

Til: Styret ved Vestre Viken
Dato utsendt: 9. november 2020
Vår ref. Styresekretær

Møtetype: Styremøte
Møtedato: 16. november 2020
Møtetid: kl. 12 - 17
Møtested: Skypemøte

Publikum og media som ønsker å følge møtet, må gi beskjed til styresekretær på mail innen søndag 15. november kl.18.00 slik at vi kan prøve å tilrettelegge for deltagelse via Skype.

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

PROGRAM **Behandling av styresaker**

Ved forfall vennligst gi beskjed til:

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

Med vennlig hilsen
For styreleder Siri Hatlen

Elin Onsøyen

Saksnr.	Tid (tentativt)	GODKJENNINGSSAKER
65/2020	12.00	Godkjenning av innkalling og saksliste Vedlegg: Innkalling til styremøte 16. november
66/2020	5 min	Godkjenning av møteprotokoll 26. oktober 2020 Vedlegg: Foreløpig protokoll 26. oktober 2020
ORIENTERINGER		
	12.05 60 min	Orientering fra Drammen sykehus
	13.05 15 min	Orientering fra nytt sykehus Drammen
Saksnr. BESLUTNINGSSAKER		
67/2020	13.20 40 min	Virksomhetsrapport for VVHF pr oktober 2020 Vedlegg: 1. Virksomhetsrapportering for VVHF pr. oktober 2020
68/2020	14.00 30 min	Nasjonale kvalitetsindikatorer – status i Vestre Viken HF
69/2020	14.30 60 min	Revisjon av varslingssystemet i Vestre Viken HF – Konsernrevisjonens rapport 8/2020 Vedlegg: Revisjonsrapport_8_2020_Varsling - system for å håndtere varsler og kritikkverdige forhold Konsernrevisjonen v/ konsernrevisor Espen Andersen og revisor Signe Sagabraaten deltar på Skype og gir en presentasjon.
70/2020	15.30 5 min	Fullmakter i Vestre Viken – signaturrett og prokura
71/2020	15.35 5 min	Protokoll fra foretaksmøte for Vestre Viken HF 3. november 2020 Vedlegg: 1. Foretaksprotokoll for Vestre Viken 3. november 2. Fullmakt styreleder HSØ RHF
72/2020	15.40 10 min	Styrets årsplan 2021 Vedlegg: Styrets årsplan 2020 - 2021
74/2020	16.10	Lønnsoppgjør 2020 administrerende direktør

ORIENTERINGER		
73/2020	15.50 5 min	Orienteringer Vedlegg: <ul style="list-style-type: none">• Hovedarbeidsmiljøutvalget referat 3. november• Sentralt kvalitetsutvalg referat 10. nov (ettersendes)
	15.55 15 min	Andre orienteringer <ul style="list-style-type: none">• Budsjett 2021 - rammer
EVENTUELT		

Dato: 9. november 2020
Saksbehandler: Elin Onsøyen

Saksfremlegg

Godkjenning av innkalling og saksliste

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken	65/2020	16.11.2020

Forslag til vedtak

Styret godkjenner saksliste og innkalling.

Drammen, 9. november 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: Innkalling og saksliste til styremøte 16. november 2020

Dato: 9. november 2020
Saksbehandler: Elin Onsøyen

Saksfremlegg

Godkjenning av møteprotokoll 26. oktober 2020

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken	66 /2020	09. 11. 2020

Forslag til vedtak

Møteprotokoll fra styremøtet 26. oktober godkjennes.

Drammen, 9. november 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: Foreløpig protokoll 26. oktober 2020

Dato: 26. oktober 2020
Saksbehandler: Elin Onsøyen
Direkte telefon: 95812504

Møteprotokoll for styret i Vestre Viken

Møtested: Kongsberg sykehus
Dato: 26. 10. 2020
Tidspunkt: Kl. 12.00 – 16.55

Følgende medlemmer møtte:

Navn	Funksjon
Siri Hatlen	Styreleder
Margrethe Snekerbakken	Nestleder – deltok via Skype
Geir Kåre Strømmen	Styremedlem - forfall
Robert Bjerknes	Styremedlem
Bovild Tjønn	Styremedlem
Toril Anneli Kiuru Morken	Styremedlem
Tom Roger Heggelund Frost	Styremedlem
John Egil Kvamsøe	Styremedlem

Bruckerrepresentanter 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
Stein- Are Agledal	Klinikkdirektør Kongsberg
Bjørn Rishovd Rund	Forskningsdirektør
Cecilie Søfting Monsen	Rådgiver/administrasjonskonsulent
Elin Onsøyen	Spesialrådgiver/styresekretær

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

Godkjenningssak

Sak 54/2020 Godkjenning av innkalling og saksliste

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret godkjenner saksliste og innkalling.

Sak 55/2020 Godkjenning av styreprotokoll for 21. september 2020

Styrets enstemmige

Vedtak:

Møteprotokoll fra styremøtet 21. september 2020 godkjennes.

Beslutningssak

Sak 56/2020 Virksomhetsrapport for VVHF pr. 2. tertial 2020

Administrerende direktør Lisbeth Sommervoll innledet før behandling av saken. Direktør kompetanse orienterte om AML-brudd i foretaket.

Oppsummering innhold:

Administrerende direktør innledet før behandlingen av saken. Rapporteringen pr 2. tertial gjentar store deler av den rapporteringen som ble gitt til styret ved Virksomhetsrapporten for august, behandlet i styremøtet 25. september. Det ble gitt en oppdatert prognose for året og en særskilt gjennomgang av de viktigste utfordringene knyttet til foretakets økonomiske resultat. Bemanningen ligger langt over budsjett, også korrigert for nødvendig ekstra personale som følge av smitteverntiltak. Det ble også gitt en utvidet gjennomgang av tiltak for å redusere AML-bruddene i foretaket.

Utover den faste månedlige rapporteringen omfatter tertialrapportering en gjennomgang av uønskede hendelser og avvik, samt varsler til Statens helsetilsyn, eksterne tilsyn og HMS indikatorer. I forhold til HMS er det spesielt oppmerksomhet knyttet til vold og trusler innen psykisk helsevern og det er iverksatt et opplæringsprogram tilpasset ansatte i denne delen av virksomheten. Dette vil utvikles videre for spesielt utsatte områder innen somatikken. «Snakk om forbedring» vil sette pasientsikkerhet og HMS i sammenheng og understøtte en åpenhetskultur.

Rapporteringen pr. 2. tertial omfattet også en første rapportering på status og vurdert risiko knyttet til planen for gevinstrealisering NSD og økonomisk bærekraft i Vestre Viken.

Kommentarer i møtet:

Styret ser at det er stort omfang av AML-brudd. Det må fortsatt arbeides med tiltak for å redusere disse, og styret ser at det er nødvendig å få korrekte registreringer. Styret ønsker rapporteringer på utvikling og status på tiltak i forbindelse med tertialrapporteringene.

Det er iverksatt tiltak for å øke aktiviteten, redusere ventelister og ta igjen etterslep i pasientbehandlingen i klinikkene blant annet ved bruk av kveldspoliklinikk og utvidet tid på operasjonsstuene. Dette kan være kostbare løsninger i tillegg til ordinær drift. Styret ønsker en redegjørelse for omfang av eventuelle merkostnader knyttet til slik virksomhet til novembermøtet.

Styret takker for en god gjennomgang av rapportering på gevinstplanen. Det arbeides med å finne en egnet form for rapportering som gir sammenheng mellom ulike rapporter for økonomi, gevinstplan og IKT og tilhørende risikovurderinger for å sikre konsistens. Det blir spesielt viktig å se tidsaksen for aktiviteter for implementering av ny teknologi i relasjon til Nytt Sykehus i Drammen. Det vises også til sak 58 Risikovurdering.

Styrets enstemmige

Vedtak:

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

Sak 57/2020 Virksomhetsrapportering for Vestre Viken HF pr. september

Administrerende direktør innledet før behandling av saken.

Oppsummering innhold:

Administrerende direktør innledet saken i forbindelse med gjennomgangen av tertialrapporten. Det ble gitt en orientering om foretakets resultater pr. september.

Kommentarer i møtet:

Det vises til kommentarer til tertialrapporten.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret tar virksomhetsrapport pr. september 2020 til orientering.

Sak 58 /2020 Risikovurdering pr 2. tertial 2020

Oppsummering innhold:

Administrerende direktør innledet saken, og direktør økonomi gikk igjennom de viktigste risikoområdene slik ledelsen har vurdert situasjonen. Risikovurderingen viser områder der det er et spesielt behov for å følge utviklingen tettere enn det som kan gjøres gjennom ordinær rapportering og monitorering. Vurderingen er knyttet opp til styringsmålene for foretaket. Planlagte og pågående tiltak bidrar til å ta risikoen ned, men det er områder der det flagges særskilt høy risiko, som er utenfor foretakets kontroll mht IKT driftsavbrudd og IKT-leveranser.

Kommentarer i møtet:

Det er viktig å arbeide med risikoanalyser på kort og lang sikt. Noen av risikoområdene knyttes nært til drift på kort sikt, mens andre knyttes til prosjekt Nytt sykehus Drammen

der tiltak ikke vil være fullført før fram mot 2025. Det bør jobbes videre med en pedagogisk fremstilling som legger til rette for å forstå og følge opp de viktigste risiki løpende selv om de har ulik tidshorisont. Styret påpekte at det er viktig med tiltak for å beholde kompetanse hos ansatte, tiltak som ivaretar et godt psykososialt arbeidsmiljø, og tiltak som utvikler lederne i foretaket. Styret er godt fornøyd med at administrerende direktør har involvert de tillitsvalgte i disse vurderingene.

Styret ser frem til en samlet rapportering for tredje tertial justert med de innspill som fremkom i møtet. Det vises også til kommentarer under sak 56.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret tar risikovurderingen til etterretning, og ber administrasjonen videreutvikle den tertiale risikovurderingen med de innspillene som fremkom i møtet.

Sak 59 /2020 Styrende dokumenter for Vestre Viken HF i 2020

Kommentarer i møtet:

Det er god praksis å behandle de viktigste styrende dokumenter i styret hvert år. Instruks for styret, instruks for administrerende direktør, etiske retningslinjer og varslingsrutiner behandles og godkjennes årlig.

Signaturrett er i dag gitt til styreleder eller administrerende direktør alene, slik det er ved flere helseforetak. Styret ønsker imidlertid at signaturretten skal tillegges to personer i fellesskap, og ber om en sak til neste styremøte om dette.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret tar oversikten over styrende dokumenter til etterretning.

Sak 60/2020 Instruks for styret i Vestre Viken HF

Kommentarer i møtet:

I tråd med kommentarene i ovennevnte sak, tas instruksene for styret og administrerende direktør opp til godkjenning i styret årlig, og det settes da ikke noen tidsangivelse for varighet av instruksene.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Instruks for styret i Vestre Viken HF godkjennes.

Sak 61/2020 Instruks for administrerende direktør i Vestre Viken HF

Styrets enstemmige

Vedtak:

Instruks for administrerende direktør i Vestre Viken HF godkjennes.

Sak 62/2020 Varslingsrutiner i Vestre Viken HF

Oppsummering innhold:

Saken redegjør for dagens rutiner for varsling i Vestre Viken. Konsernrevisjonen har høsten 2020 gjennomgått ordningen i foretaket og avgitt sin rapport, som var ettersendt og vedlagt saken. Konsernrevisjonen vil gå igjennom sin rapport for styret i møtet 16. november 2020. Der vil også administrerende direktør redegjøre for hvordan foretaket vil innrette seg for å styrke ordningen. For å kunne forebygge, avdekke og håndtere kritikkverdige forhold må helseforetaket ha etablert en god varslingsordning. Ordningen må gi trygghet for å kunne varsle.

Kommentarer i møtet:

Konsernrevisjonens rapport viser at det er et tydelig behov for forbedringer i varslingsordningen i foretaket, og styret imøteser behandling i neste styremøte. Styret merker seg med tilfredshet at konsernrevisjonen konstaterer at det er god åpenhetskultur(tonen fra toppen) i Vestre Viken, dette er en helt avgjørende premiss for at varsling skal kunne fungere som ønsket.

Styrets enstemmige

Vedtak:

1. Styret tar beskrivelsen av rutiner for varsling i Vestre Viken HF til orientering.
2. Styret tar Konsernrevisjonens rapport 8/2020: *Varsling – system for å håndtere varsler om kritikkverdige forhold, Vestre Viken HF* til foreløpig orientering, og imøteser behandling av rapporten med tiltaksplan for forbedringer etter anbefalingene i neste styremøte.

Sak 63/2020 Etske retningslinjer for Vestre Viken HF

Kommentarer i møtet:

Det er vedlegg 3 den «lange» retningslinjen som er de etiske retningslinjene i VVHF, og det er denne versjonen av retningslinjene styret godkjenner. Dato for årlig styregodkjenning av de etiske retningslinjer påføres dokumentet.

Styret oppfordrer administrasjonen til å styrke arbeidet med å gjøre dokumentet kjent for nyansatte, og at de etiske retningslinjene jevnlig løftes fram for alle ansatte da det er viktig at disse er godt kjent og forstått av alle ansatte. Retningslinjene gjelder også for styrets medlemmer.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret godkjenner etiske retningslinjer (lang versjon) for Vestre Viken HF.

Sak 64/2020 Orienteringer

Oppsummering av innhold:

Det vises til utsendt saksgrunnlag.

Kommentarer i møtet: Det var ingen kommentarer til orienteringene.

Styrets enstemmige

Vedtak:

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

Andre orienteringer

1. Forskning i VVHF ved forskningsdirektør Bjørn Rishovd Rund

Presentasjoner av Covid-19 studier:

- **Lars Heggelund (Drammen sykehus):** Internasjonal behandlingsstudie ved covid-19 infeksjon – VVHF involvering
- **Marius Myrstad (Bærum sykehus):** COBRA – Covid-19 på Bærum sykehus. Å forske i sanntid – når det haster med ny kunnskap
- **Gernot Ernst (Kongsberg sykehus):** Identifikasjon av alvorlige COVID-19-infeksjoner med Lukt-testing og Hjerterefrekvensvariabilitet.

Kommentarer:

Styret påpekte at det er en imponerende forskningsinnsats som gjøres, og at studiene som ble presentert var spennende å høre om. Lokalsykehusforskning er viktig og hever kompetansen på ulike fagområder. Vestre Viken kom raskt i gang med forskning i forbindelse med pandemien og resultatene får oppmerksomhet i media.

2. Digital hjemmeoppfølging

Kommentarer:

Dette er framtidsrettet og spennende arbeid som er nyttig for pasienter og samfunn, og som styret vil følge med på framover.

Det er viktig å få gode analyser på hva dette betyr for tidsbruken til sykepleiere og leger, og hva det betyr for en bedre pasientoppfølging.

3. Orientering fra Kongsberg sykehus ved klinikkdirektør

Kommentarer:

Styret takket for en flott orientering og vektla spesielt arbeidet med bærekraft, god ressursutnyttelse og samarbeid på tvers i foretaket. Styret ga ros for det arbeidet som Kongsberg og Drammen sykehus har gjort for å utvikle samarbeid og nettverksbygging for å sikre faglig kompetanse og gode og likeverdige pasienttilbud ved sykehusene. Styret påpekte at det er en styrke at Vestre Viken har 4 somatiske lokalsykehus der nettverkssamarbeid er viktig for en samlet ressursutnyttelse i foretaket.

Eventuelt

Det ble ikke tatt opp noe under dette punktet.

Drammen 26. oktober 2020

Siri Hatlen
styreleder

Margrethe Snekkerbakken
nestleder

Robert Bjerknes

Bovild Tjønn

Geir Kåre Strømmen

Tom R. H. Frost

Toril A. K. Morken

John Egil Kvamsøe

Dato: 12.11.2020
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Virksomhetsrapportering for Vestre Viken pr. oktober 2020

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	67/2020	16.11.2020

Forslag til vedtak

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

Drammen 12. november 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

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

Saksutredning

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

Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år		Prognose	
1	ØKONOMI Driftsresultat i KR. (1.000)	Virkelig	5 073	129 459	145 000		
		Mål	20 667	206 667	248 000		
		Avvik	-15 594	-77 208	-103 000		
		I fjor	25 450	227 259	274 968		
2	AKTIVITET Somatikk ISF-poeng døgn, dag og poliklinikk "sørge for" ANTALL	Virkelig	9 695	87 481	106 181		
		Mål	10 123	96 814	116 672		
		Avvik	-427	-9 334	-10 491		
		I fjor	9 921	95 213	114 802		
3	AKTIVITET Voksenpsykiatri og rusbehandling Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	15 829	137 724	166 652		
		Mål	16 875	142 670	172 584		
		Avvik	-1 046	-4 946	-5 932		
		I fjor	16 425	139 118	165 699		
4	AKTIVITET Barne- og ungdomspsykiatri Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	8 341	69 280	82 500		
		Mål	7 961	64 411	77 800		
		Avvik	380	4 869	4 700		
		I fjor	7 248	62 098	74 897		
5	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter totalt - somatikk	Virkelig	62	59	58		
		Mål	54	54	54		
		Avvik	8	5	4		
		I fjor	55	56	56		
6	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter - PHR DAGER	Virkelig	33	41	41		
		Mål	36	36	36		
		Avvik	-3	5	5		
		I fjor	33	36	36		
8	KVALITET Korridorpasienter ANDEL	Virkelig	0,7 %	0,7 %	0,5 %		
		Mål	0,0 %	0,0 %	0,0 %		
		Avvik	0,7 %	0,7 %	0,5 %		
		I fjor	2,1 %	2,2 %	2,2 %		
10	KVALITET Pakkeforløp kreft innen avtalt tid ANDEL	Virkelig	73 %	71 %	70 %		
		Mål	70 %	70 %	70 %		
		Avvik	3 %	1 %	0 %		
		I fjor	62 %	60 %	60 %		
11	HR Brutto månedsverk ANTALL (neste måned)	Virkelig	7 665	7 628	7 616		
		Mål	7 390	7 401	7 396		
		Avvik	275	227	220		
		I fjor	7 406	7 350	7 357		
12	HR Sykefravær i PROSENT (etterskuddsvis)	Virkelig	7,6 %	8,0 %	8,1 %		
		Mål	6,5 %	7,0 %	7,0 %		
		Avvik	1,1 %	1,0 %	-1,1 %		
		I fjor	6,9 %	7,3 %	7,4 %		
13	HR AML brudd ANDEL	Virkelig	2,3 %	2,3 %	2,5 %		
		Mål	0,0 %	0,0 %	0,0 %		
		Avvik	2,3 %	2,3 %	2,5 %		
		I fjor	2,4 %	2,8 %	2,8 %		

PHR: Differensierte ventetidsmål innen fagområdene

Økonomi

2020 er i stor grad påvirket av koronapandemien. Totalresultatet pr. oktober viser et overskudd på 129,5 MNOK, som er 77,2 MNOK bak budsjett. Det er beregnet en netto negativ økonomisk effekt på 65 MNOK pr. oktober, etter inntektsføring av bevilgninger til formålet. Resultatavviket pr. oktober eksklusiv beregnet koronaeffekter utgjør følgelig 22 MNOK.

Inntektsførte bevilgninger vedrørende koronapandemien skal også dekke ekstraordinære investeringer. Dette er estimert til 50 MNOK i 2020, og må fremkomme som økt overskudd for å dekke investeringene. I tillegg skal overskuddskravet økes med gevinst ved salg av eiendom på 8,6 MNOK.

Totale inntekter er 99,5 MNOK lavere enn budsjett, og totale kostnader er 22,3 MNOK lavere enn budsjett pr. oktober. Utover koronaeffektene skyldes det samlede negative avviket pr. oktober i hovedsak overforbruk på lønn, innleie og varekostnader, samt reduserte inntekter som følge av lavere ø.hjelp.

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. oktober på 81,5 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 oktober viser et overskudd på 5,1 MNOK, som er 15,6 MNOK bak budsjett. Herav utgjør registrerte netto koronakostnader 11,2 MNOK. Inntektstap og merkostnader relatert til korona utgjør 28,1 MNOK, før resultatført andel av tilleggsbevilgningene. Resultatavvik tilknyttet den ordinære virksomheten vedrører i hovedsak lønn og høyere varekostnader i klinikkene.

Det er pr. oktober rapportert en årsprognose på 145 MNOK i overskudd, som er 103 MNOK bak budsjett. Som følge av behov for økte investeringer korona på 50 MNOK (estimert), og 8,6 MNOK i gevinst ved salg av eiendom som ikke er budsjettet, bør overskuddskrav økes med 58,6 MNOK i forhold til budsjett. Estimert gir dermed et samlet negativt avvik mot korrigert overskuddskrav på 161,6 MNOK. Det er ikke tatt hensyn til effekter av årets lønnsoppgjør i resultat pr. oktober eller årsprognosen. Det er heller ikke tatt hensyn til nye tildelinger fra ufordelte midler i HSØ. Det er forventet at disse to forholdene klargjøres i nær fremtid slik at en mer reell prognose kan fremvises.

Aktivitet

Somatikk

Samlet aktivitet pr. oktober i antall "sørge-for" ISF-poeng er 9334 poeng lavere enn budsjett. Dette forklares i hovedsak av lavere aktivitet på grunn av koronapandemien. Det er iverksatt tiltak for å øke aktiviteten. Det oppleves en vedvarende reduksjon i antall døgnbehandlinger, spesielt knyttet til medisinske pasienter med et hovedsakelig uforklart fall i øyeblikkelig hjelp pasienter. I oktober er antall ISF-poeng 427 lavere enn budsjett.

Polikliniske konsultasjoner psykisk helse og rus

Aktivitet i oktober 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 pandemien. Vakante stillinger, økt sykefravær, blant annet som følge av korona, medfører fortsatt lavere aktivitet enn budsjett.

Det har vært et negativt avvik i aktivitetsbaserte inntekter på 1,8 MNOK målt mot budsjett hittil i år. Det er en klar positiv trend i dette bildet fordi balansen mellom andel telefonkonsultasjoner og andel oppmøtekonsultasjoner (inkl. video) er tilbake til normalen, og fordi telefonkonsultasjoner fra juli vektet på samme nivå som oppmøtekonsultasjoner.

Kvalitet

Ventetid somatikk

Ventetiden innen somatikk er 62 dager i oktober og akkumulert 59 dager, som er 5 dager over målet. 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 satt til 58 dager.

Ventetid psykisk helse og rus

Innen PHR er ventetiden i oktober på 33 dager, og dermed redusert fra forrige måned. Den akkumulerte ventetiden for 2020 er på 41 dager. Prognose for ventetiden er satt til 38 dager i snitt for alle fagområder.

Korridorpasienter

Andel korridorpasienter er fortsatt lav (0,7 %). 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. Det har vært en økning i korridorpasienter siste måned ved Ringerike sykehus. Dette skyldes økning i døgnopphold, der antall utskrivningsklare har ligget høyt etter sommerferien.

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 oktober var andelen 73 %, og i perioden januar-oktober 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. november er 227 høyere enn budsjettet. Av dette er 152 månedsverk knyttet til korona. I november er det 7665 brutto månedsverk, som er 275 månedsverk høyere enn budsjett. Andelen tilknyttet korona ligger på samme nivå som de akkumulerte tallene. Det bemerkes at registreringen av koronarelatert bemanning er manuell, og det kan være ulik praksis for registrering. Det er dermed noe avvik mellom koronaregistrert bemanning i GAT og vurderingen av den reelle andelen årsverk tilknyttet korona.

Merforbruk av månedsverk målt mot budsjett utover det som tilknyttes korona skyldes først og fremst forsinket effekt av budsjetterte tiltak og ferieavviklingen. Økning i smittetilfeller i samfunnet, flere i karantene blant de ansatte og høyt sykefravær er medvirkende årsaker til situasjonen. Det er lagt planer for å redusere bemanningen frem mot nyttår, men situasjonen er nå truet som følge av den økte smitten.

Årsprognosen gir 7616 brutto månedsverk, som er 220 mer enn budsjett. Det er usikkerhet knyttet til prognosen. 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 september var 7,6 %, som er betydelig over målet på 6,5 %. I høst har covid-19 smitten økt i vår region, noe som medfører økt sykefravær i foretaket. I oktober og november har det vært en betydelig økning i antall ansatte i karantene eller med påvist smitte. Ansatte som ikke har anledning til hjemmekontor, må melde fravær med symptomer som de under normale omstendigheter hadde gått på jobb med. Ledelsen har anbefalt at alle ansatte tar influensavaksinen i år.

Når grunnlag for sykefravær utvides og korttidsfraværet øker, er det desto viktigere med tett oppfølging for å unngå fravær og redusere varighet på fravær, i de tilfellene det kan påvirkes. Foretaket samarbeider godt med NAV om hvordan oppfølgingsplaner og dialogmøter kan bli et bedre verktøy i sykefraværsoppfølgingen. Forventet prognose for sykefraværet i 2020 er 8,1 %.

AML-brudd

I oktober 2020 var det 2923 AML-brudd. Dette tilsvarer brudd på 2,3 % av alle vakter i foretaket. I oktober er 7 % av registrerte brudd knyttet til koronapandemien. Så langt i år er 14 % av registrerte brudd knyttet til koronapandemien.

Det er sendt ut en lokal handlingsplan til alle ledere med forslag på tiltak som skal gjennomføres. Dette omfatter blant annet kompetansehevende tiltak, påse at avtaler og dispensasjoner er oppdatert i GAT, og rapportering som avdekker AML-brudd frem i tid. Videre arbeides det med tiltak på foretaksnivå for å redusere AML-brudd. Det er satt opp både GAT support og GAT kurs som skal gjennomføres via Skype. Dersom høsten 2020 blir sammenlignbar med høsten 2019 forventes et årsresultat på ca. 2,5 %.

Administrerende direktørs vurderinger

Koronapandemien påvirker aktivitet, økonomi og kvalitetsindikatorer. Samlet har foretaket et negativt avvik på 77,2 MNOK pr. oktober, hvorav 65 MNOK er registrert som koronaeffekter.

Den økte smitten i samfunnet den siste perioden har resultert i økt fravær som følge av karantene for medarbeidere, i tillegg merkes nå en økende pågang av smittede pasienter. Dette kan få konsekvenser for planlagt aktivitetsøkning og gir fortsatt utfordringer med høyere bemanning enn budsjett. Det vil gis en egen rapportering om koronasituasjonen i styremøtet.

Prognosen for 2020 baserer seg på resultatet pr. oktober. Det er ikke tatt hensyn til ytterligere tildeling av midler fra Helse Sør-Øst, som ventes avklart i løpet av november, og heller ikke effekter av et lavere lønnsoppgjør enn budsjettet. Dette vil forbedre resultatet betraktelig for 2020. Usikkerheten ligger nå først og fremst i inngangsfarten mot budsjett 2021 og fortsatt høye kostnader forbundet med pandemien.

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

Vedlegg: Virksomhetsrapportering pr. oktober 2020

Sak 67/2020
Virksomhetsrapportering
pr oktober 2020

Måltavle pr oktober – Økonomi og aktivitet

Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år	Prognose
1	ØKONOMI Driftsresultat i KR. (1.000)	Virkelig	5 073	129 459	145 000
		Mål	20 667	206 667	248 000
		Avvik	-15 594	-77 208	-103 000
		I fjor	25 450	227 259	274 968
2	AKTIVITET Somatikk ISF-poeng døgn, dag og poliklinikk "sørge for" ANTALL	Virkelig	9 695	87 481	106 181
		Mål	10 123	96 814	116 672
		Avvik	-427	-9 334	-10 491
		I fjor	9 921	95 213	114 802
3	AKTIVITET Voksenpsykiatri og rusbehandling Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	15 829	137 724	166 652
		Mål	16 875	142 670	172 584
		Avvik	-1 046	-4 946	-5 932
		I fjor	16 425	139 118	165 699
4	AKTIVITET Barne- og ungdomspsykiatri Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	8 341	69 280	82 500
		Mål	7 961	64 411	77 800
		Avvik	380	4 869	4 700
		I fjor	7 248	62 098	74 897

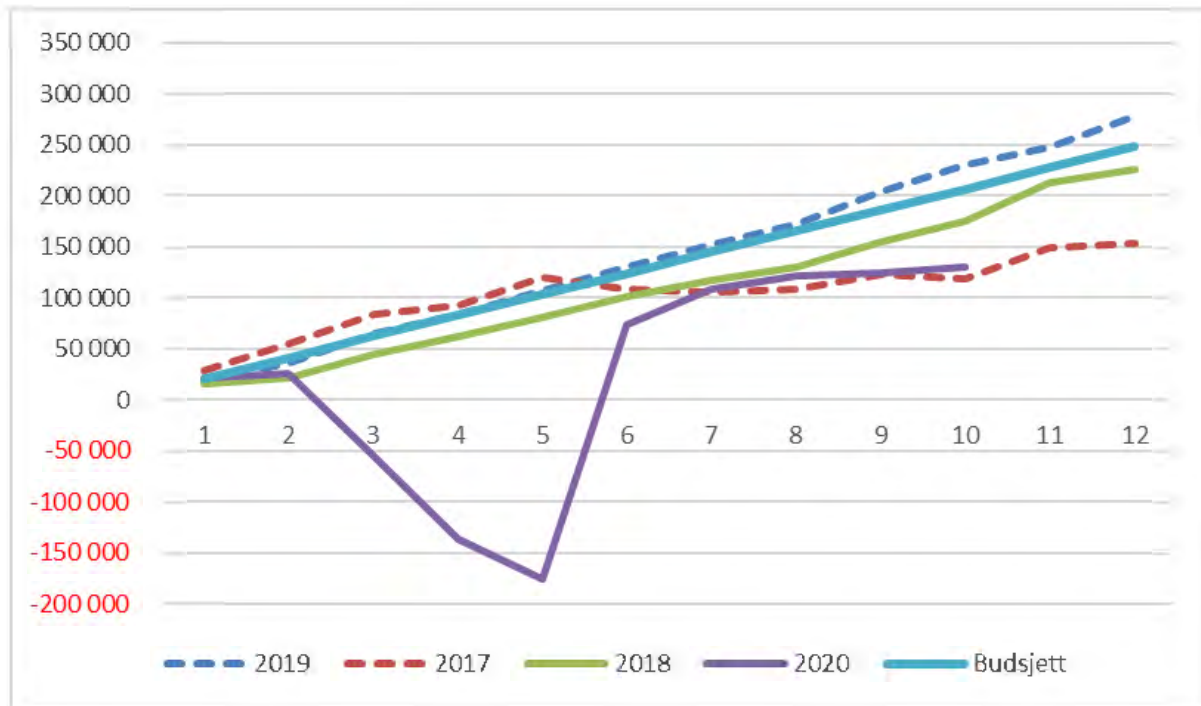
Måltavle pr oktober – Kvalitet

Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år		Prognose	
5	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter totalt - somatikk	Virkelig	62	59	54	58	54
		Mål	54				
		Avvik	8				
		I fjor	55				
6	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter - PHR DAGER	Virkelig	33	41	36	41	36
		Mål	36				
		Avvik	-3				
		I fjor	33				
8	KVALITET Korridorpasienter ANDEL	Virkelig	0,7 %	0,7 %	0,0 %	0,5 %	0,0 %
		Mål	0,0 %				
		Avvik	0,7 %				
		I fjor	2,1 %				
10	KVALITET Pakkeforløp kreft innen avtalt tid ANDEL	Virkelig	73 %	71 %	70 %	70 %	70 %
		Mål	70 %				
		Avvik	3 %				
		I fjor	62 %				

Måltavle pr oktober – HR

Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år	Prognose		
11	HR Brutto månedsverk ANTALL (neste måned)	Virkelig	7 665	7 628	7 616		
		Mål	7 390			7 401	7 396
		Avvik	275			227	220
		I fjor	7 406			7 350	7 357
12	HR Sykefravær i PROSENT (etterskuddsvis)	Virkelig	7,6 %	8,0 %	8,1 %		
		Mål	6,5 %			7,0 %	7,0 %
		Avvik	1,1 %			1,0 %	-1,1 %
		I fjor	6,9 %			7,3 %	7,4 %
13	HR AML brudd ANDEL	Virkelig	2,3 %	2,3 %	2,5 %		
		Mål	0,0 %			0,0 %	0,0 %
		Avvik	2,3 %			2,3 %	2,5 %
		I fjor	2,4 %			2,8 %	2,8 %

Resultatutvikling - akkumulert



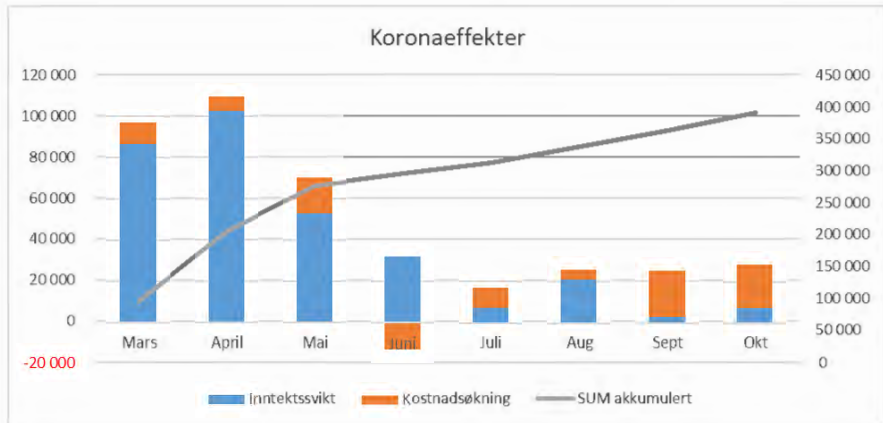


Budsjettavvik per klinikk

Avvik mot budsjett pr oktober	Inntekter		Kostnader		RESULTAT		
	Avvik hittil i år	% avvik	Avvik hittil i år	% avvik	Avvik hittil i år	Avvik som % av total budsjett	
Drammen sykehus	- 25 594	-1,6 %	- 105 251	-6,5 %	- 130 845	-8,1 %	
Bærum sykehus	- 16 795	-1,7 %	- 36 787	-3,8 %	- 53 582	-5,6 %	
Ringerike sykehus	- 11 518	-2,2 %	- 16 877	-3,2 %	- 28 395	-5,3 %	
Kongsberg sykehus	- 4 874	-1,8 %	- 6 749	-2,5 %	- 11 624	-4,2 %	
Intern Service	- 15 101	-3,0 %	- 26 868	-5,4 %	- 41 969	-8,5 %	
Psykisk Helse og Rus	22 884	1,6 %	- 2 641	-0,2 %	20 242	1,4 %	
Prehospitaltjenester	- 639	-0,3 %	- 11 614	-4,7 %	- 12 252	-5,0 %	
Medisinsk Diagnostikk	833	0,1 %	- 19 624	-3,3 %	- 18 791	-3,2 %	
Stabene	5 459	0,6 %	- 1 228	0,0 %	4 232	1,0 %	
Byggvedlikehold			- 1 008	-2,0 %	- 1 008	-2,0 %	
Varekost BHM			- 6 837	-8,5 %	- 6 837	-8,5 %	
SP IKT			1 835	0,5 %	1 835	0,5 %	
Pasientreiser	- 10 372		13 590	25,5 %	3 219	3,2 %	
Overordnet VVHF	- 43 819	3,9 %	242 385	25,5 %	198 567	21,4 %	
Avvik i forhold til budsjett	- 99 535	1,2 %	22 327	0,3 %	- 77 208	-1,0 %	

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

Koronavirus – Økonomi



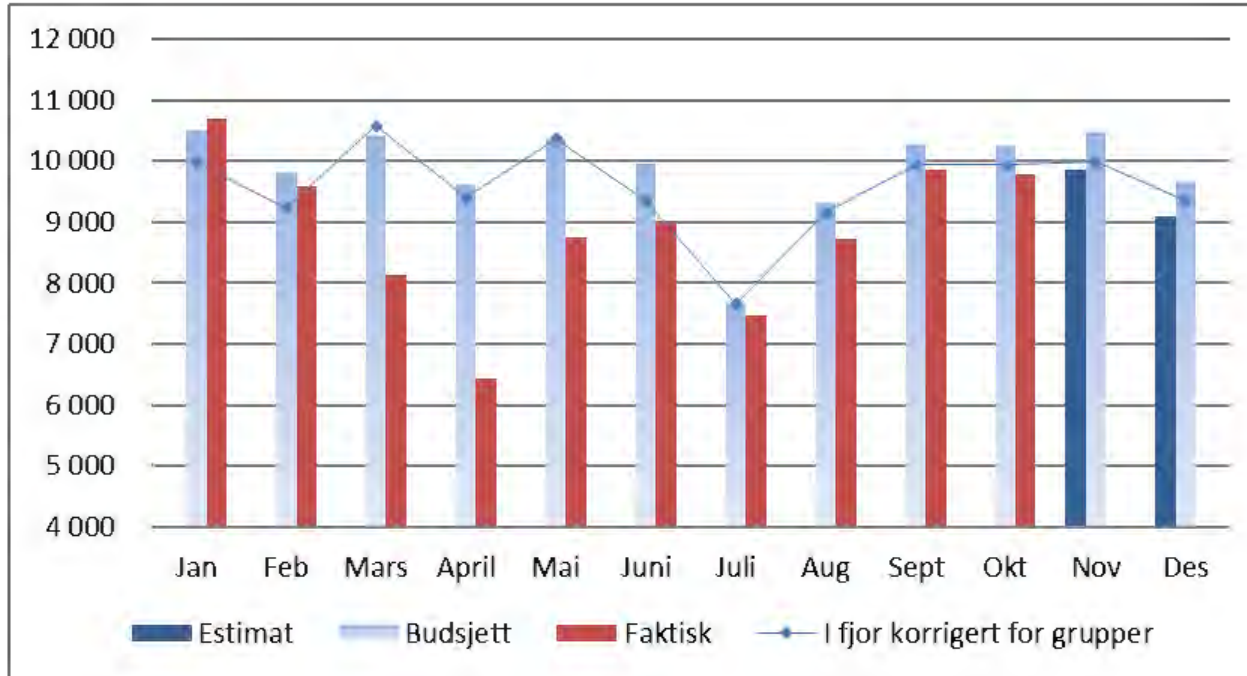
- Økonomiske effekter som følge av korona (eks. RNB tildelinger) hittil i er 391,4 MNOK inkl. redusert AGA i 3 T.
 - Mindreinntekter 312,1 MNOK
 - Merkostnader 79,4 MNOK
- Koronaeffekter i oktober måned utgjør 28,1 MNOK.
- Investeringer (bokført og bestilt) 35,2 MNOK

Koronavirus bevilgninger VVHF

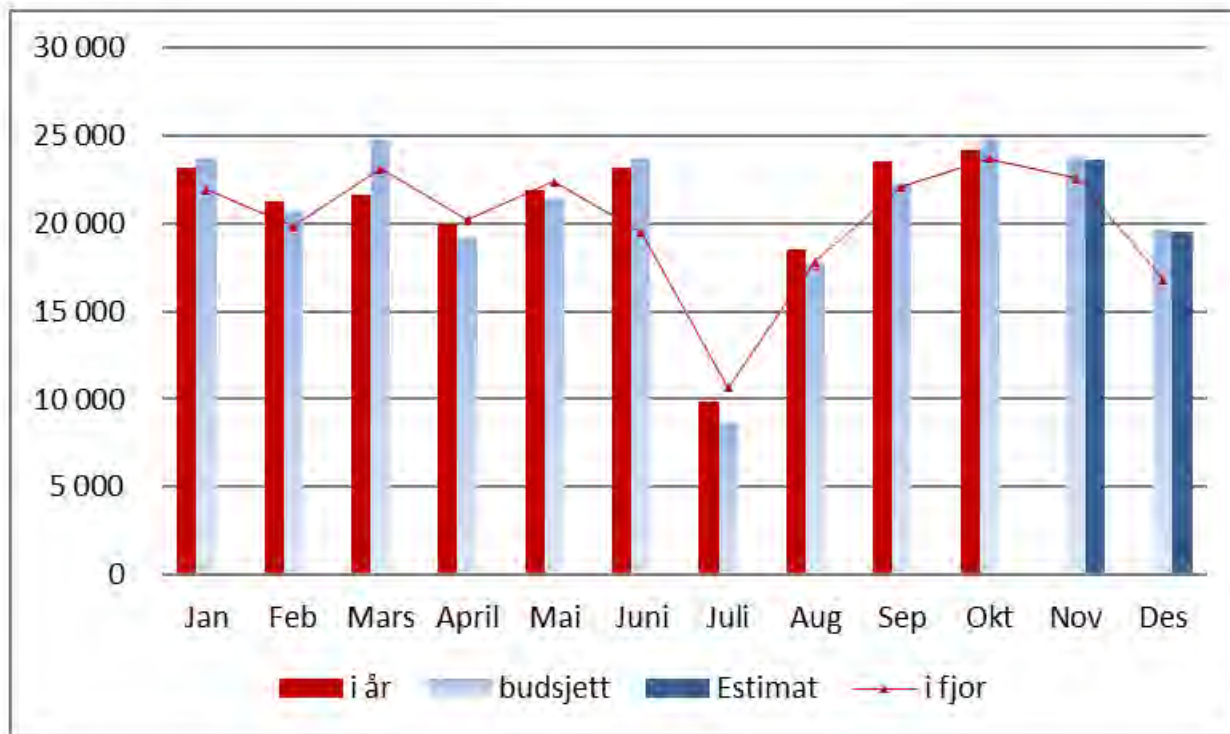
Beskrivelse	Total beløp	Hittil i år
Aga-refusjon 3 T (mai/juni)	-36 455	-36 455
Aga-refusjon 3 T (mai/juni) pensjon	-8 519	-8 519
Refusjon inntektstap RNB - basis	-31 000	-31 000
Refusjon inntektstap RNB - ADI	-211 000	-211 000
Aktivitets- og investeringsmidler - basis	-118 400	-84 571
SUM bevilget midler	-405 374	-371 545

- Totale bevilgninger knyttet til korona utgjør 405,4 MNOK.
- Hittil i år er 371,5 MNOK resultatført.

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



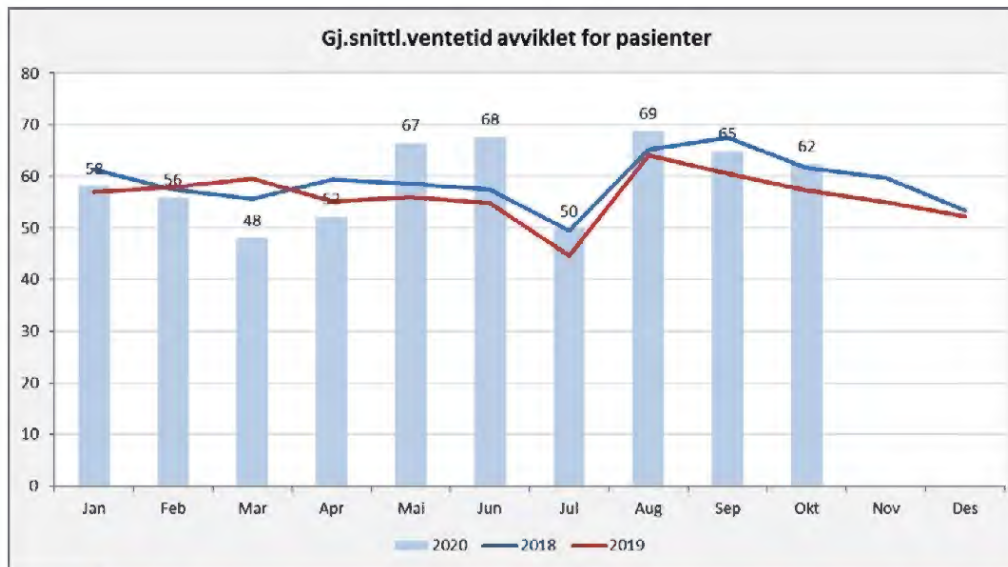
Poliklinikk PHR totalt













Utvikling pr uke VVHF- antall opphold totalt

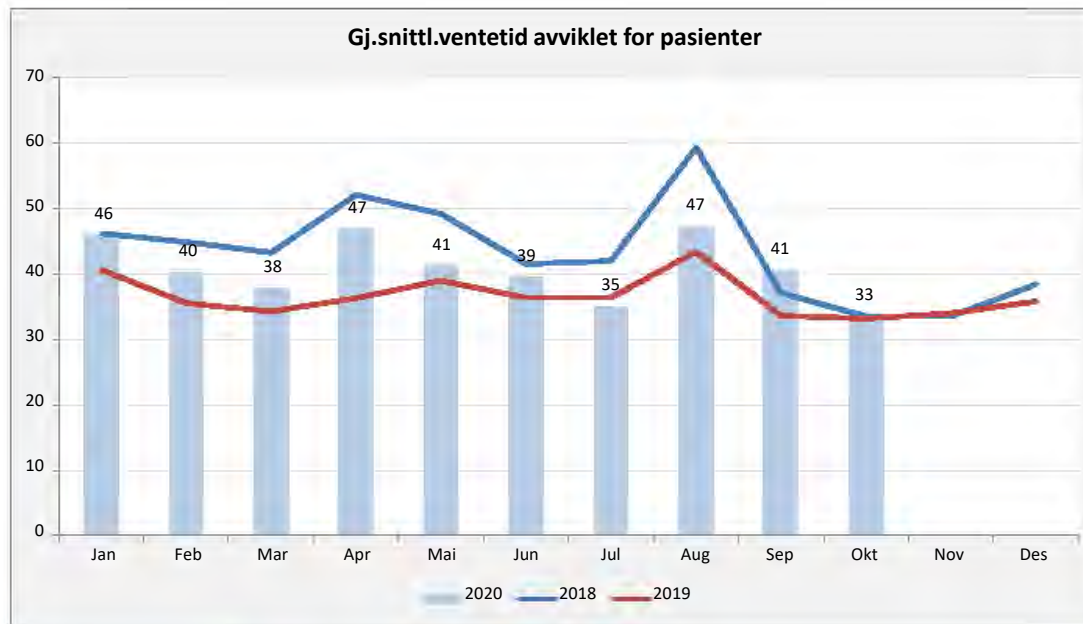


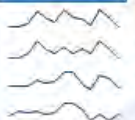
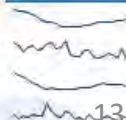

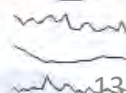




Gjennomsnittlig ventetid avviklet helsehjelp somatikk



	Okt 2019	Nov 2019	Des 2019	Jan 2020	Feb 2020	Mar 2020	Apr 2020	Mai 2020	Jun 2020	Jul 2020	Aug 2020	Sep 2020	Okt 2020	Siste 12 mnd	Siste 3 år
Gj.snittl.ventetid avviklet for pasienter	57	55	52	58	56	48	52	67	68	50	69	65	62		
10 - Klinikk Drammen sykehus	63	59	58	60	61	50	55	66	70	55	73	68	62		
20 - Klinikk Bærum sykehus	57	54	46	63	54	50	49	75	75	45	65	64	71		
30 - Klinikk Ringerike sykehus	52	55	52	51	53	48	53	67	63	59	70	67	64		
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	33	34	35	41	36	36	46	49	40	24	48	44	40		

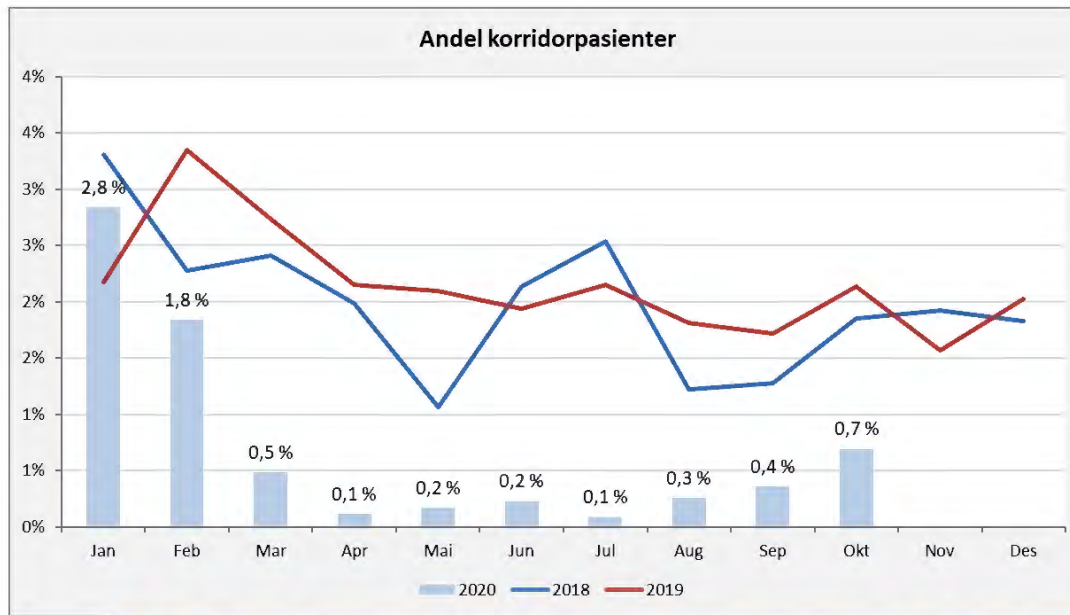
Gjennomsnittlig ventetid avviklet helsehjelp PHR



Gj.snittlig ventetid avviklet for pasienter	Okt 2019	Nov 2019	Des 2019	Jan 2020	Feb 2020	Mar 2020	Apr 2020	Mai 2020	Jun 2020	Jul 2020	Aug 2020	Sep 2020	Okt 2020	Siste 12 mnd	Siste 3 år
60 - Psykisk helse og rus (PHR)	33	34	36	46	40	38	47	41	39	35	47	41	33		
Herav VOP	32	33	36	47	41	36	42	36	40	37	48	40	33		
Herav BUP	37	39	37	46	41	44	57	58	40	33	52	48	36		
Herav TSB	29	34	32	33	30	32	42	41	35	24	31	25	30		

VESTRE VIKEN

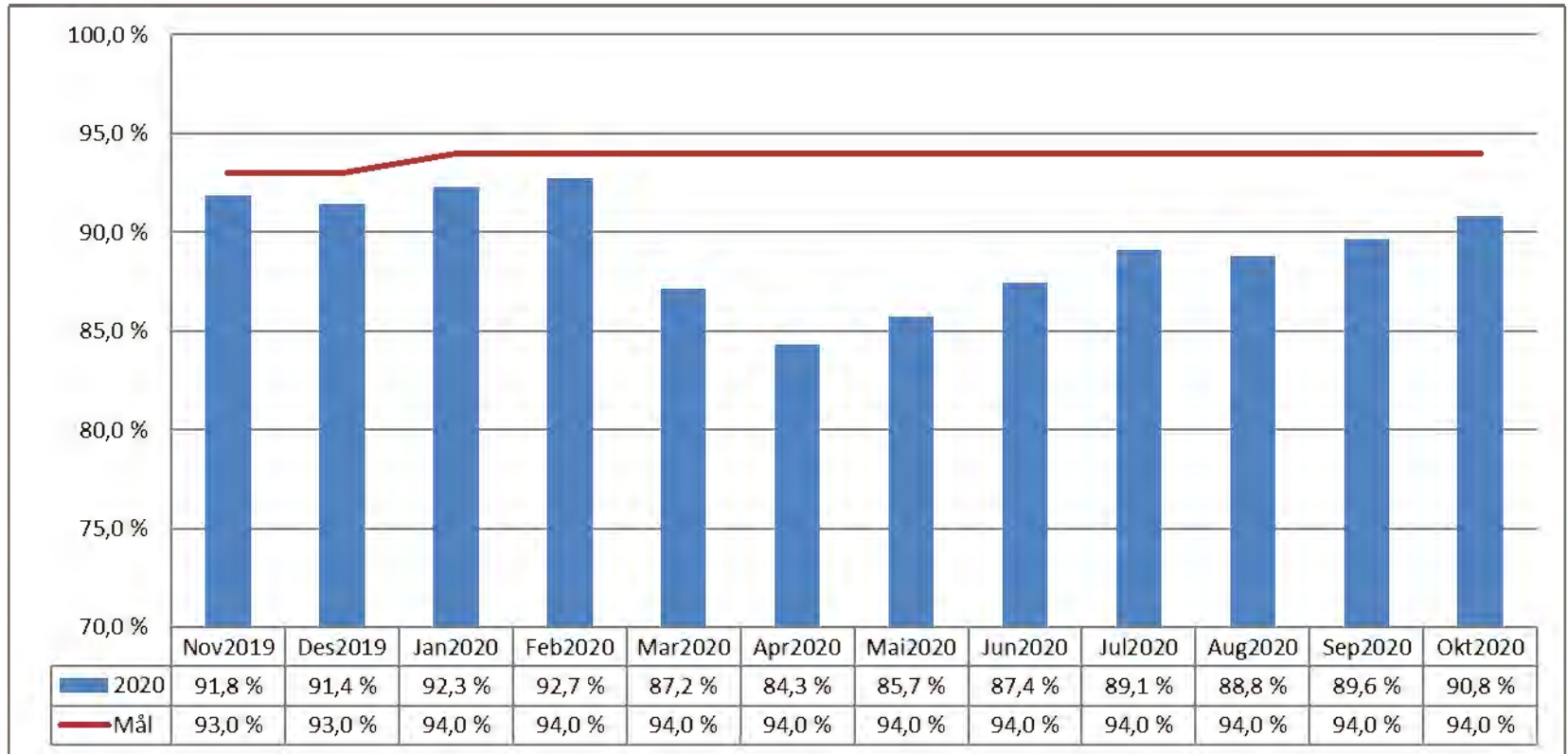
Andel korridorpasienter somatikk



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

	Siste 12 mnd	Siste 3 år
Andel korridorpasienter		
10- Klinikk Drammen sykehus		
20- Klinikk Bærum sykehus		
30- Klinikk Ringerike sykehus		
40- Klinikk Kongsberg sykehus		

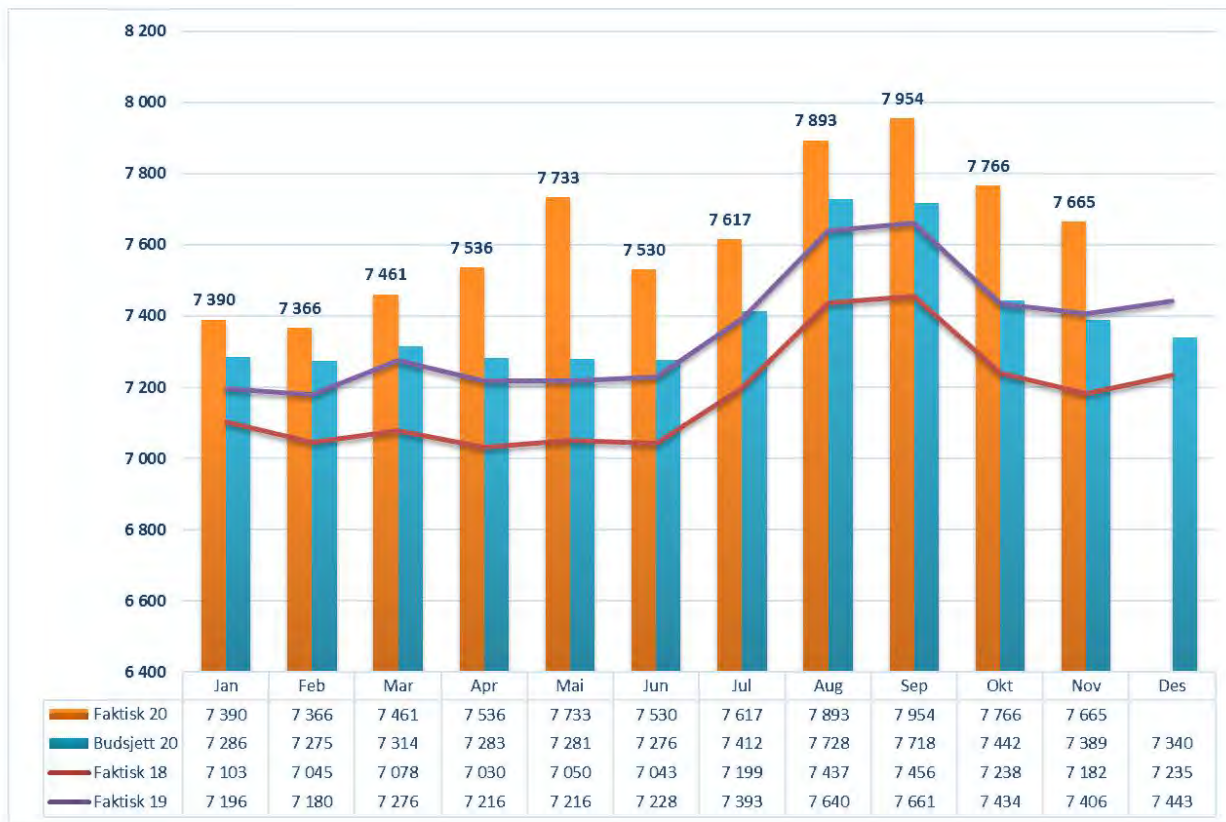
Andel pasientavtaler overholdt



Prioriteringsregel

pr oktober	Hittil i år	Hittil i fjor	Faktisk endring fra i fjor	Estimat i år	Året i fjor
Polikliniske konsultasjoner					
Somatikk	333 400	355 862	-6,3 %	409 774	426 611
VOP	107 104	107 544	-0,4 %	129 617	127 853
BUP	69 280	62 098	11,6 %	82 500	74 897
TSB	30 620	31 574	-3,0 %	37 035	37 846
SUM PHR	207 004	201 216	2,9 %	249 152	240 596
Ventetid					
Somatikk	59	56	6 %	58	56
VOP	40	35	15 %	39	35
BUP	46	44	4 %	45	43
TSB	32	30	6 %	31	31
SUM PHR	41	36	12 %	41	36

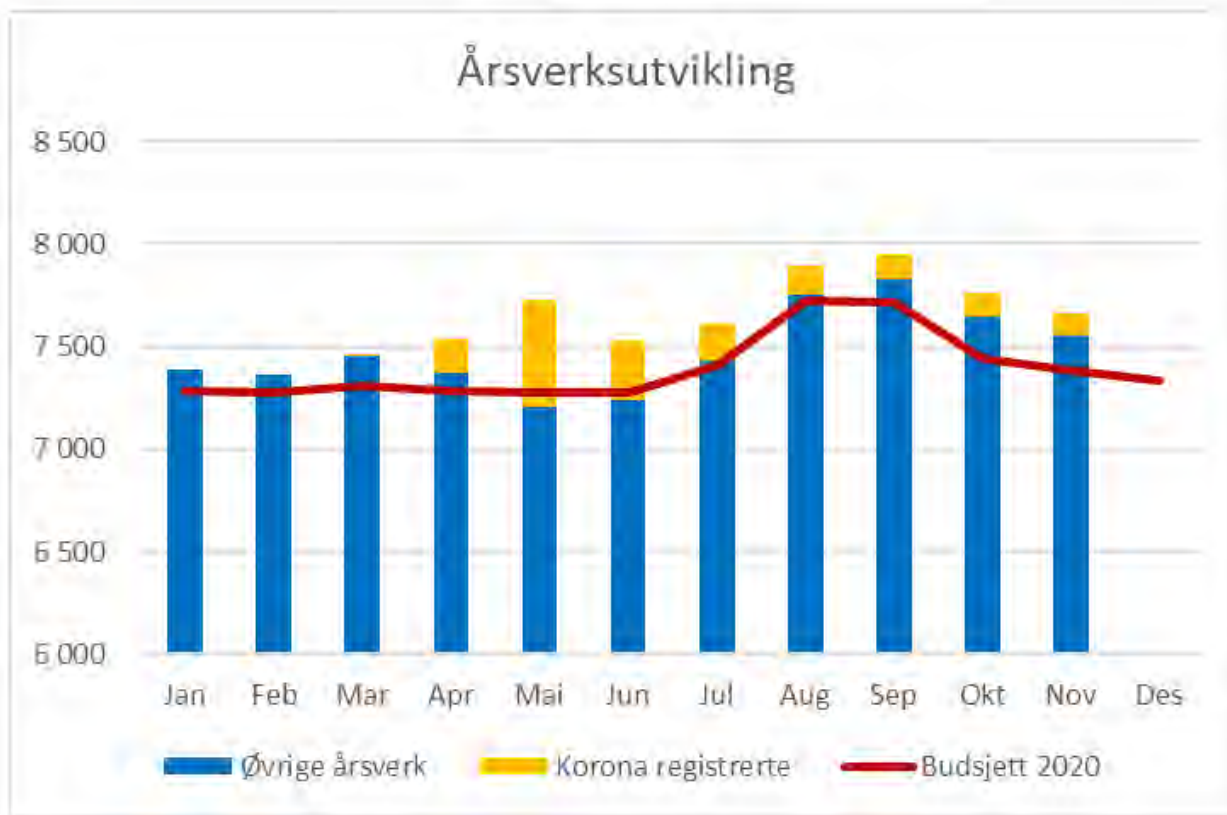
VESTRE VIKEN Brutto månedsverk



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

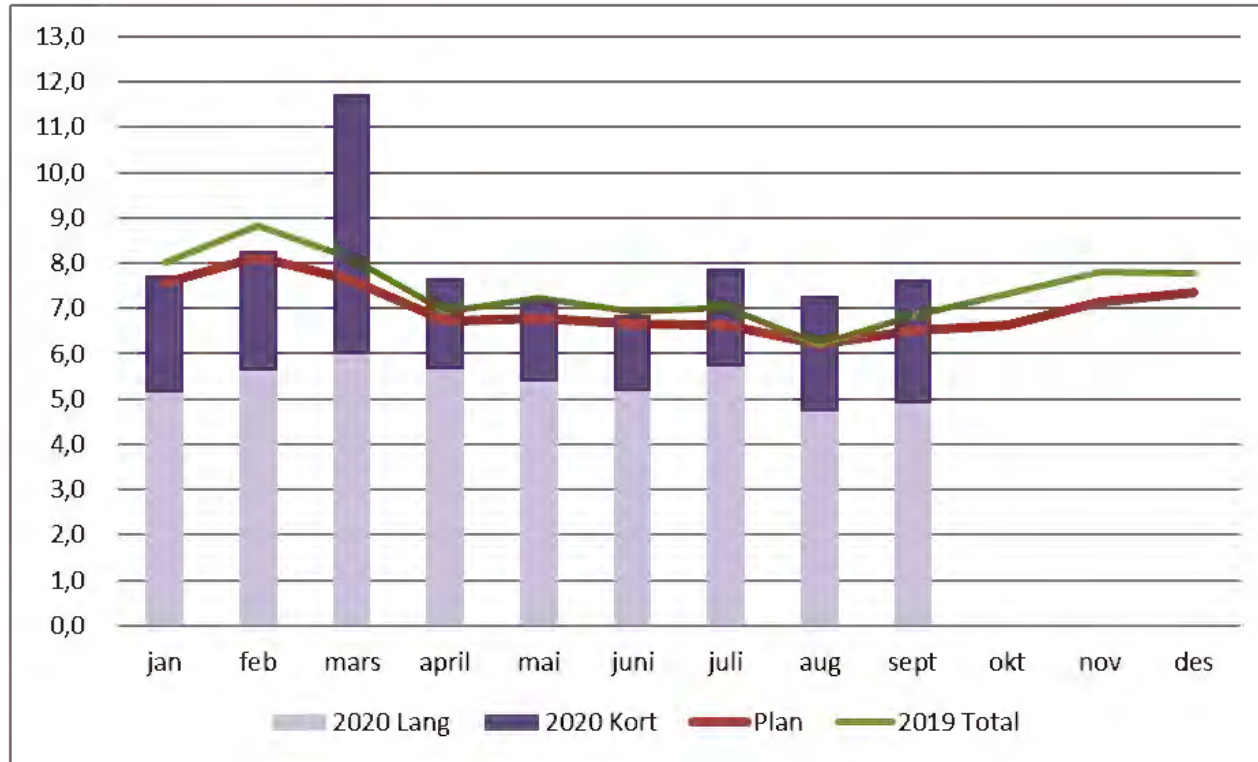
VESTRE VIKEN

Brutto månedsverk fordelt



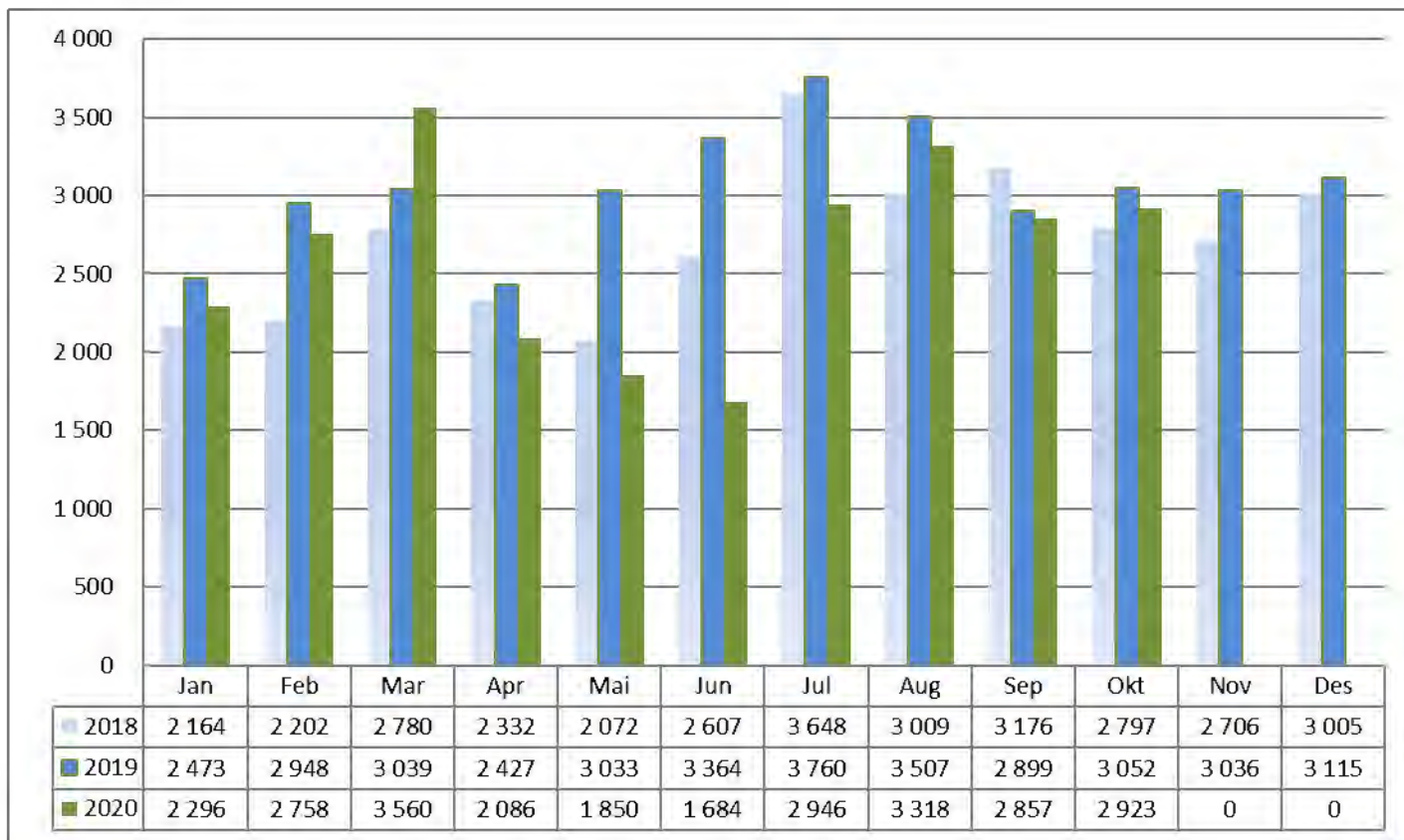
Brutto månedsverk prosjektført korona vises gult

Sykefravær totalt VVHF



VESTRE VIKEN

AML-brudd – antall



Dato: 08.11.2020
Saksbehandler: Ulrich Spreng

Saksfremlegg

Nasjonale kvalitetsindikatorer – status i Vestre Viken HF

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	68/2020	16.11.20

Forslag til vedtak

Styret tar gjennomgang av utvalgte kvalitetsindikatorer til orientering med de innspillene som er gitt i møtet.

Drammen, 9. november 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Kvalitetsindikatorer tar utgangspunkt i en eller flere av dimensjonene av kvalitet. Disse måler helsetjenestens tilgjengelige ressurser, pasientforløpet og resultat av helsetjenestene for pasientene. Kvalitetsindikatorer bør ses i sammenheng og kan samlet gi et bilde av kvaliteten i tjenesten.

Det er vanlig å dele inn i tre typer indikatorer:

- Strukturindikatorer (rammer og ressurser, kompetanse, tilgjengelig utstyr, registre mm)
- Prosessindikatorer (aktiviteter i pasientforløpet f. eks. diagnostikk, behandling)
- Resultatindikatorer (overlevelse, helsegevinst, tilfredshet mm.)

Kvalitetsindikatorerne har flere formål. De skal:

- Gi sentrale helsemyndigheter et godt grunnlag for prioritering og styring.
- Gi eiere og ledere på alle nivå innen helse- og omsorgstjenestene grunnlag til å bruke resultatene til lokal kvalitetsforbedring.
- Gi fagmiljøene tilbakemelding om kvaliteten på tjenestene
- Gi pasienter, brukere og pårørende mulighet til å kunne ta valg basert på konkret informasjon.
- Bidra til åpenhet om kvalitet og variasjon i helse- og omsorgstjenestene.

Helsedirektoratet publiserer regelmessig kvalitetsindikatorer for helsetjenesten på sine nettsider (<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer>) og utgir årlig en rapport. Utover dette publiserer Helsedirektoratet oppdaterte resultater. En del indikatorer rapporteres tertialvis, en del årlig.

Totalt finnes det 174 nasjonale kvalitetsindikatorer for helsetjenesten, derav 104 innen somatisk helse og 30 innen psykisk helse og rus.

Kreftregisteret publiserer årlig rapporter som beskriver kvalitetsindikatorer innen behandlingen av kreftsykdommer. Kvalitetsregistrene på kreftområdet har publisert sine årsrapporter for 2019 i slutten av september 2020. På bakgrunn av årsrapportene gir kreftregisteret en individuell tilbakemelding til helseforetakene og utpeker forbedringsområder.

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord RHF har som oppgave å kartlegge og synliggjøre geografiske ulikheter i spesialisthelsetjenesten. SKDE utgir helseatlas, en oversikt over forbruk av helsetjenester i henhold til geografi i Norge, og har nylig lansert en nettbasert tjeneste hvor det er samlet relevante resultater fra medisinske kvalitetsregistre på ett sted (<https://sykehus.skde-resultater.no/>; bruk google-nettleser).

Det er 51 registre som har status som nasjonale kvalitetsregistre. De utgir årlige rapporter, som regel i oktober året etter. Det er en variabel innmelding av data til de ulike kvalitetsregistrene.

Informasjon fra kvalitetsregistre og helseatlas brukes i arbeidet med å redusere variasjon innen helsetjenester i Vestre Viken HF. Det er klinikkene som må «eie» sin kvalitet. For å styrke forbedringsarbeidet ytterligere og bruke det mer som ledelsesinformasjon, ønsker administrerende direktør at hver klinikk velger tre områder for kvalitetsforbedring, og at disse områdene blir særskilt omtalt i driftsavtalene for 2021 og i oppfølgingen mellom klinikkdirektør og administrerende direktør.

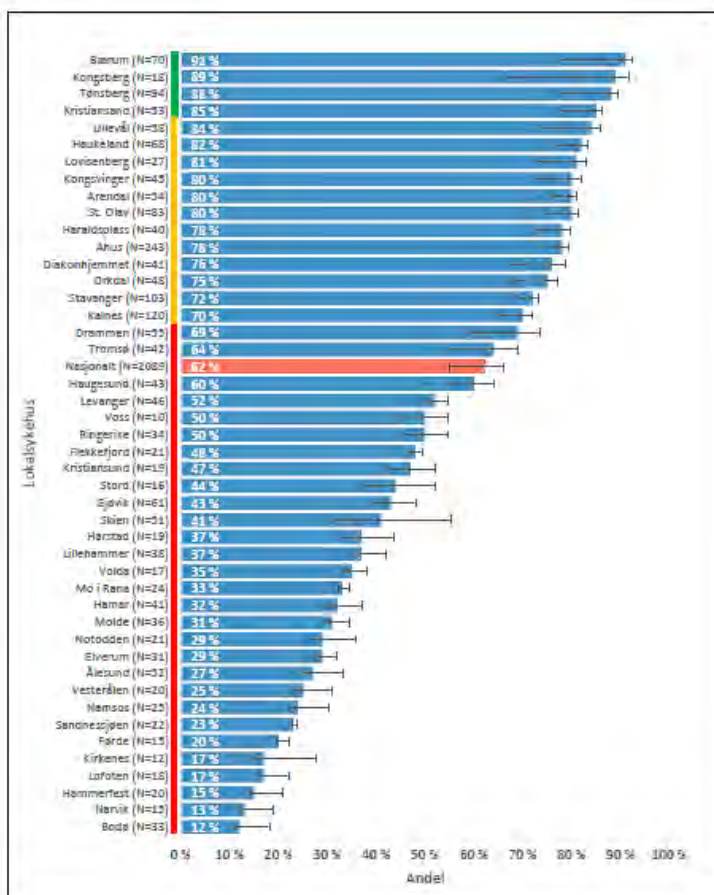
Kvalitetsindikatorer skal også regelmessig presenteres og diskuteres i ledermøter og styremøter.

Saksutredning

Som beskrevet ovenfor finnes det en rekke kvalitetsindikatorer. Det vil være for omfattende å gå inn på hver og en av disse, og etter faglig skjønn er følgende kvalitetsindikatorer valgt ut til nærmere omtale i denne saken:

- Andel pasienter under 85 år som fikk reperfusjonsbehandling (PCI=utblokkning av blodårer til hjertet eller trombolyse (blodproppopløsende behandling) innen anbefalt tid ved STEMI (alvorlig hjerteinfarkt) - Årsrapport fra Norsk hjerteinfarktregister (2019)
- Andel pasienter med hjerneinfarkt behandlet med trombolyse (medikamentell oppløsning av blodpropp) - Årsrapport fra Norsk hjerne slagregister (2019)
- Andel pasienter som ble operert med hofteprotese som ikke trengte en ny hofteoperasjon - Hofteledd og hoftebruddregisteret (2019)
- Resultater for tykktarmskreft - Årsmeldinger fra Kreftregisteret (2019)
- Individuelle tilbakemeldinger fra kreftregisteret i forbindelse med årsmelding 2019
- Andel pasienter med diabetes som har god kontroll på blodsukkeret - Årsrapport diabetesregister for voksne (2019)
- 30 dagers overlevelse etter døgnopphold i sykehus (2019)
- Andel av eldre pasienter som blir innlagt på nytt på sykehus innen 30 dager etter utskrivelse (2019)
- Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne (2019)
- Andel pasienter som er i hjemmedialyse (2019)

Andel pasienter under 85 år som fikk reperfusjonsbehandling (PCI) innen anbefalt tid ved STEMI (akutt alvorlig hjerteinfarkt)

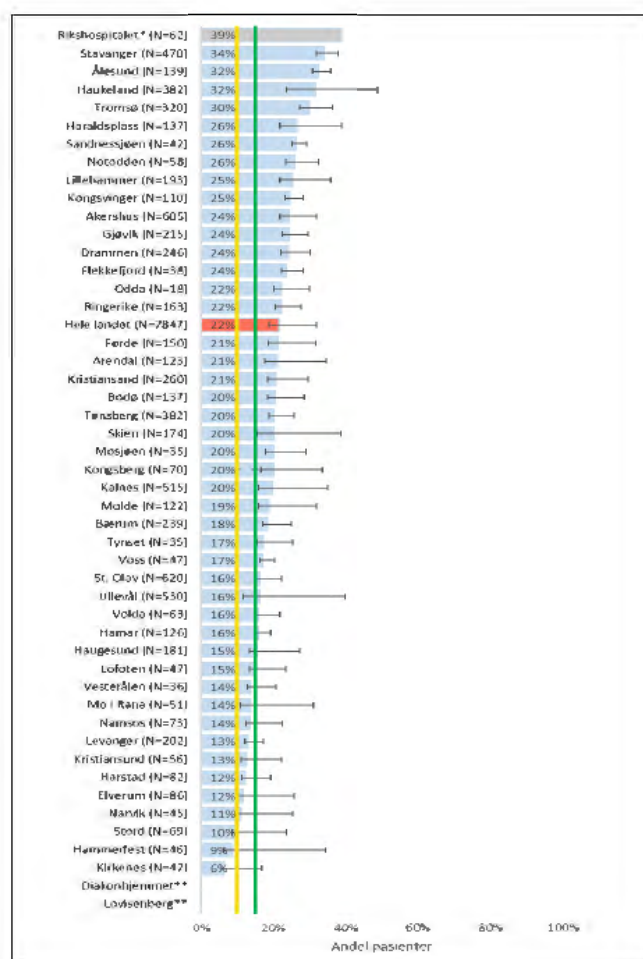


Figur 1: Andel (%) pasienter under 85 år som fikk reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI, fordelt på helseregion og lokalsykehus (opptaksområde). Norsk hjerteinfarktregister 2019

Rask åpning av den tette blodåren i hjertet vil ofte være det viktigste enkelttiltak i akuttfasen av et hjerteinfarkt. Det skjer i vårt område primært ved utblokking av årene (PCI) ved at pasientene transporteres til Oslo universitetssykehus, alternativt ved trombolyse (blodproppopløsende behandling) ved lengre avstander. Indikatoren måler andel pasienter med utblokking innen 120 minutter eller trombolyse innen 30 minutter etter første medisinske kontakt.

Norsk hjerteinfarktregister vurderer måloppnåelsen som mindre god < 70 %, god 70-84 % og meget god ≥ 85 %. Pasientene fra opptaksområdet til Bærum sykehus og til Kongsberg sykehus ligger øverst i Norge, Drammen sykehus ligger over snittet og Ringerike under snittet. Etter kriteriene til hjerteinfarktregisteret vurderes måloppnåelsen for Bærum og Kongsberg som meget god, Drammen ligger på grensen god/mindre god mens Ringerike vurderes som mindre god. Det er gitt et oppdrag til Ringerike sykehus om å analysere sine rutiner og å se hvor disse kan forbedres.

Andel pasienter med hjerneinfarkt behandlet med trombolyse (medikamentell oppløsning av blodpropp)



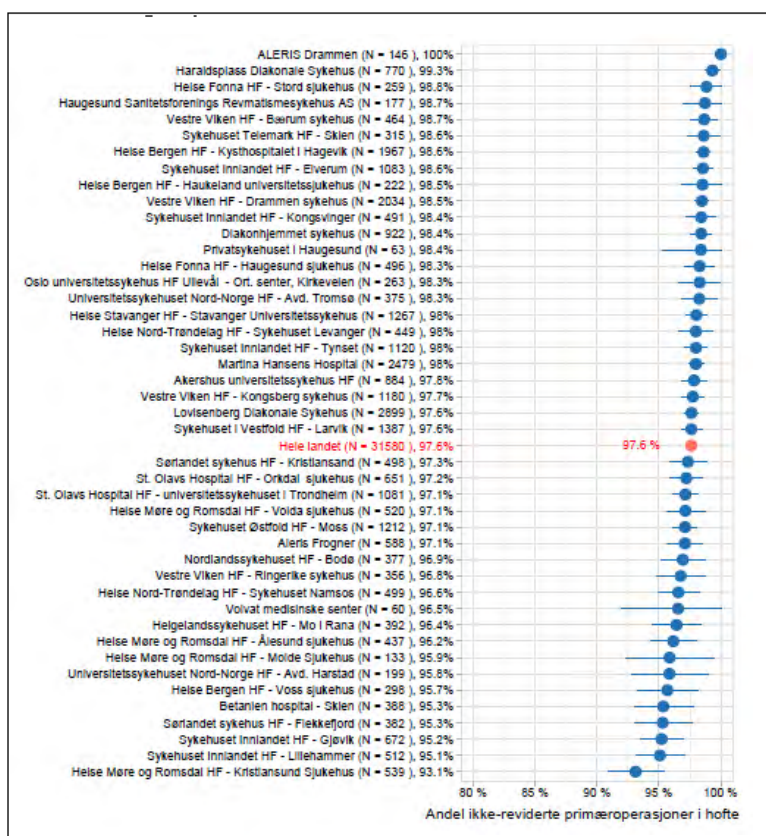
Figur 2: Andel pasienter med hjerneinfarkt som blir behandlet med trombolyse - Årsrapport fra Norsk hjerteinfarktregister (2019)

Det er dokumentert at trombolysbehandling for pasienter med akutt hjerneinfarkt reduserer funksjonshemming hvis behandlingen starter innen 4,5 timer fra symptomdebut. Nasjonal målsetting har vært en andel på 20 % i en årrekke, og hjerneslagsregisteret har satt grensen for høy måloppnåelse til 15 prosent. Dette tallet vil trolig blitt økt til 20 prosent i fremtiden. Det

diskuteres hvor høy andelen ideelt sett bør være. En meget høy andel pasienter som behandles med trombolyse kan tyde på at pasienter med lette slagsymptomer får behandling med trombolyse, og det er først ved mer uttalte symptomer det er allmenn enighet om at det er indikasjon for denne behandlingen. Bærum sykehus ligger på 18 prosent, Kongsberg på 20 prosent, Ringerike på 22 prosent og Drammen sykehus på 24 prosent. Resultatene for alle fire sykehus i Vestre Viken HF ansees som tilfredsstillende.

Når det gjelder andel pasienter med hjerneinfarkt som blir behandlet med trombolyse (medikamentell oppløsning av blodpropp) innen 40 minutter etter innleggelse så ligger Kongsberg sykehus best av de sykehusene i Vestre Viken HF med en måloppnåelse på 71 %. Norsk hjerneslagregister vurderer måloppnåelsen som god når over 50 % av pasientene behandles innen 40 minutter. For pasientene fra opptaksområdet til Drammen sykehus ligger måloppnåelsen på 58 %, Bærum sykehus ligger på 57 % og Ringerike sykehus ligger på 53 %. Sykehusene i Vestre Viken HF arbeider målrettet med å redusere tiden til en pasient får trombolyse og det er etablert dedikerte slagteam.

Andel pasienter som ble operert med hofteprotese som ikke trengte en ny hofteoperasjon



Figur 3: Andel pasienter som ble operert med hofteprotese 2017-2019 som ikke trengte en ny hofteoperasjon innen 2 år - Hofteledd og hoftebruddregisteret (2019).

Behovet for reoperasjoner er et viktig endepunkt for å vurdere kvaliteten av behandlingen. En reoperasjon etter et hoftebrudd er en alvorlig hendelse for pasientene og medfører både økt sykkelighet og dødelighet. Spesielt lårhalsbruddene har tidligere hatt høye reoperasjonsrater, men etter at de fleste sykehus i dag har gått over til å operere lårhalsbrudd med feilstilling hos eldre pasienter med protese har reoperasjonsraten sunket.

Bærum, Drammen og Kongsberg sykehus ligger over landsgjennomsnitt, Ringerike sykehus litt under snittet. Det er positivt at tre av fire sykehus i Vestre Viken HF ligger over gjennomsnittet. Et fagnettverk innenfor ortopedi er under etablering og fagnettverket skal blant annet se på variasjon mellom sykehusene i Vestre Viken HF. Det er gitt et oppdrag til Ringerike sykehus om å analysere sine rutiner og å se hvor disse kan forbedres.

Resultater for tykktarmskreft



Figur 4: Utvalg av kvalitetsindikatorer for tykktarmskreft. Fra Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft 2019

Pasienter som er behandlet i Vestre Viken HF er i større grad operert med laparoskopi (kikk-hullskirurgi) og andel strukturerte patologibeskrivelse er høyere enn i Helse Sør-Øst RHF og Norge. Pasienter som er behandlet i Vestre Viken HF har noe høyere fem års overlevelse sammenlignet med både Helse Sør-Øst RHF og Norge. Resultatene for Vestre Viken er over målsetningen, og således tilfredsstillende.

Når man bryter ned tallene på sykehusnivå så ligger Bærum sykehus best når det gjelder fem års relativ overlevelse etter operasjon (94,6 %), mens Drammen ligger noe lavere (90,9 %), Ringerike sykehus ligger laveste i Vestre Viken HF med 83,3 prosent, dog høyre som det nasjonale måltallet på 80 prosent. Når man ser på andel pasienter som ikke har fjernmetastaser fem år etter operasjon så er resultatet motsatt. Her ligger Ringerike sykehus best (95,1 %), mens Drammen og Bærum ligger lavere (91,3 % og 84,6 %).

Det er planlagt en audit innen gastrokirurgi hvor behandling av pasienter med tykktarmskreft skal undersøkes nærmere.

Individuelle tilbakemeldinger fra kreftregisteret i forbindelse med årsmelding 2019

Kreftregisteret gir individuelle tilbakemeldinger til det enkelte helseforetak på bakgrunn av resultatene. I 2019 har Vestre Viken HF fått tilbakemelding om at foretaket generelt har gode resultater.

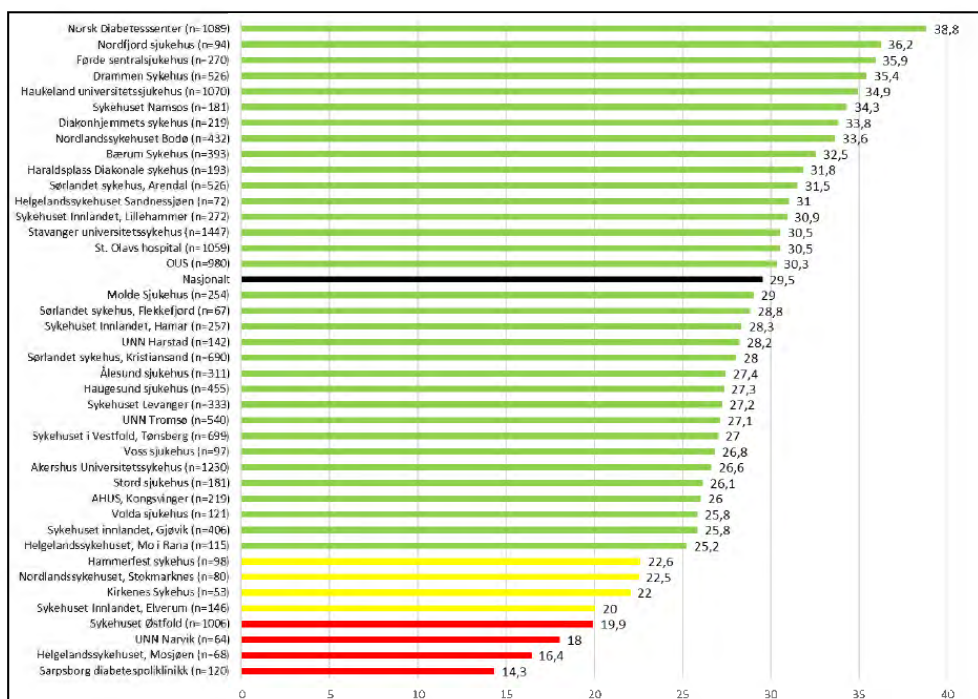
Innen lungekreft ligger andelen pasienter som blir utredet med PET-CT og andelen pasienter som blir vurdert i tverrfaglig møte lavere enn anbefalt nivå. Innen lymfoide maligniteter bør det utføres såkalt FISH-diagnostikk, en metode til å undersøker forandringer i arvematerialet (genomet), på flere pasienter med myelomatose (Bærum sykehus) og 5 års relativ overlevelse for pasienter med myelomatose ligger relativt lavt (Drammen sykehus). Det er gitt et oppdrag til Drammen sykehus om å analysere sine rutiner og å se hvor disse kan forbedres.

Innen prostatakreft ligger andelen høyriskopasienter som blir radikalt behandlet noe lavere enn anbefalt nivå. Klinikken gir tilbakemelding om at alle disse pasienter blir vurdert i tverrfaglige møter hvor behandlingsstrategien velges.

Innen endetarmskreft ligger andelen pasienter som blir strålebehandlet før operasjon noe høyere enn anbefalt nivå. Det er bare Drammen sykehus og Bærum sykehus som opererer pasienter med endetarmskreft og alle pas som har endetarmskreft gjennomgår avansert bildediagnostikk, i tillegg til kliniske undersøkelser. Pasientene blir diskutert i tverrfaglige møter og i møter med Oslo universitetssykehus. Den høyre andelen som blir strålebehandlet kan skyldes tilfeldig variasjon og en følger dette videre.

Det er en god dialog med klinikken omkring disse forbedringsområdene. PET-CT er nå i drift ved Drammen sykehus, noe som bedrer tilgjengeligheten til denne undersøkelsen.

Andel pasienter med diabetes som har god kontroll på blodsukkeret



Figur 5: Prosentandel av type 1 diabetespasienter med HbA1c \leq 53mmol/mol per diabetespoliklinikk. Lavere HbA1c betyr bedre kontroll på blodsukkeret - Årsrapport diabetesregister for voksne (2019). Grønn søyle indikerer høy, gul middels og rød lav måloppnåelse.

Drammen sykehus og Bærum sykehus har en høyre andel av pasienter med sukkersyke som har god kontroll på blodsukkeret sammenlignet med gjennomsnittet i Norge. Resultatene her er således gode. Kvalitetsregisteret regner høy måloppnåelse ved en andel på >25 %. Kongsberg og Ringerike sykehus har lav rapporteringsgrad, og er derfor ikke med i tabellen. Ringerike sykehus og Kongsberg sykehus har gitt tilbakemelding at rapporteringen fra 2020 er betydelig bedre.

30 dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse

30 dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse beregnes for alle pasienter med innleggelser innen de diagnosegruppene som står for 80 % av dødeligheten ved sykehusinnleggelse. Det beregnes total overlevelse hver år, mens det innen diagnosegruppene hjerteinfarkt, hjerneslag og hoftebrudd hos eldre (65 år og eldre) beregnes som gjennomsnitt av de siste tre årene.

Pasienter i Vestre Viken HF har signifikant høyre overlevelse etter 1. gangs hjerteinfarkt enn gjennomsnittet av pasientene i Norge (Vestre Viken HF 92,7 prosent mot gjennomsnittet i Norge 92,3 prosent). På de andre områdene (total overlevelse, overlevelse, hjerneslag, hoftebrudd) ligger Vestre Viken HF på omtrent samme nivå som gjennomsnittet av pasientene i Norge (ingen signifikante forskjell).

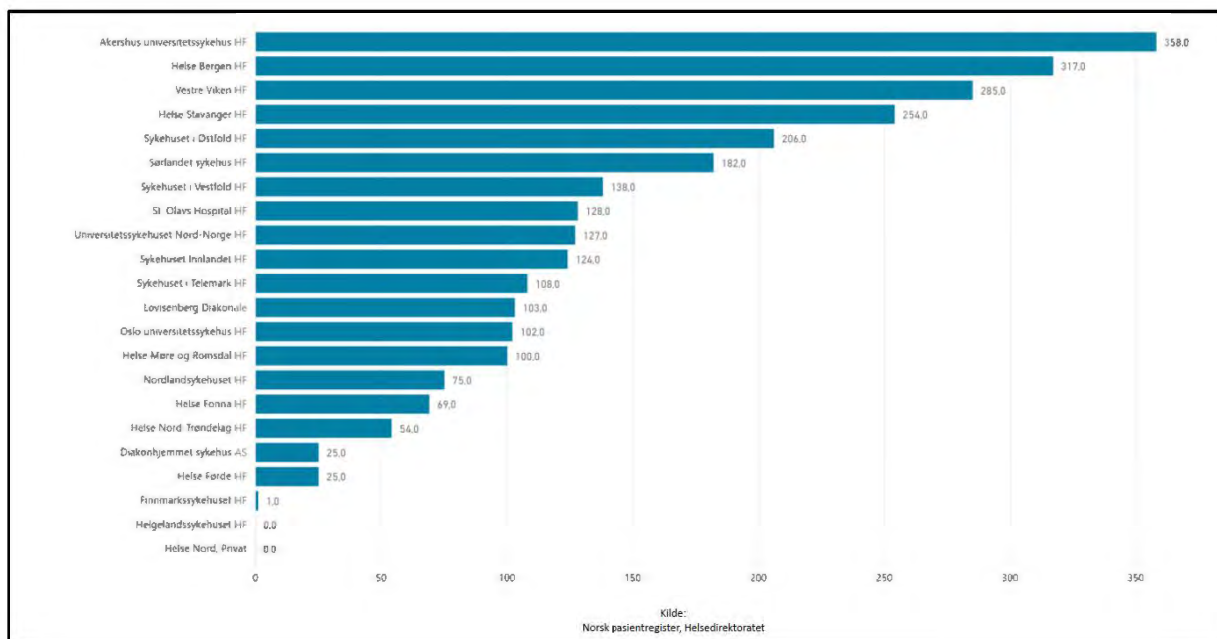
Det er positivt at Vestre Viken HF ligger over eller på gjennomsnittet når det gjelder 30 dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse.

Andel pasienter som blir innlagt på nytt på sykehus innen 30 dager etter utskrivelse (reinnleggelse)

Andel reinnleggelser beregnes for pasienter som er 67 år eller eldre i 11 diagnosegrupper. Signifikant flere pasienter i Vestre Viken HF med diagnosen hjertesvikt blir innlagt på nytt på sykehus innen 30 dager etter utskrivelse. Signifikant flere pasienter på Drammen sykehus blir innlagt på nytt på sykehus innen 30 dager etter utskrivelse. Dette gjelder særsilt pasienter med diagnosen KOLS.

Det er igangsatt arbeid ved Drammen sykehus som undersøker dette nærmere, og som skal føre til tiltak som reduserer andelen av pasienter som blir lagt inn på nytt på sykehus kort tid etter utskrivelse.

Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne

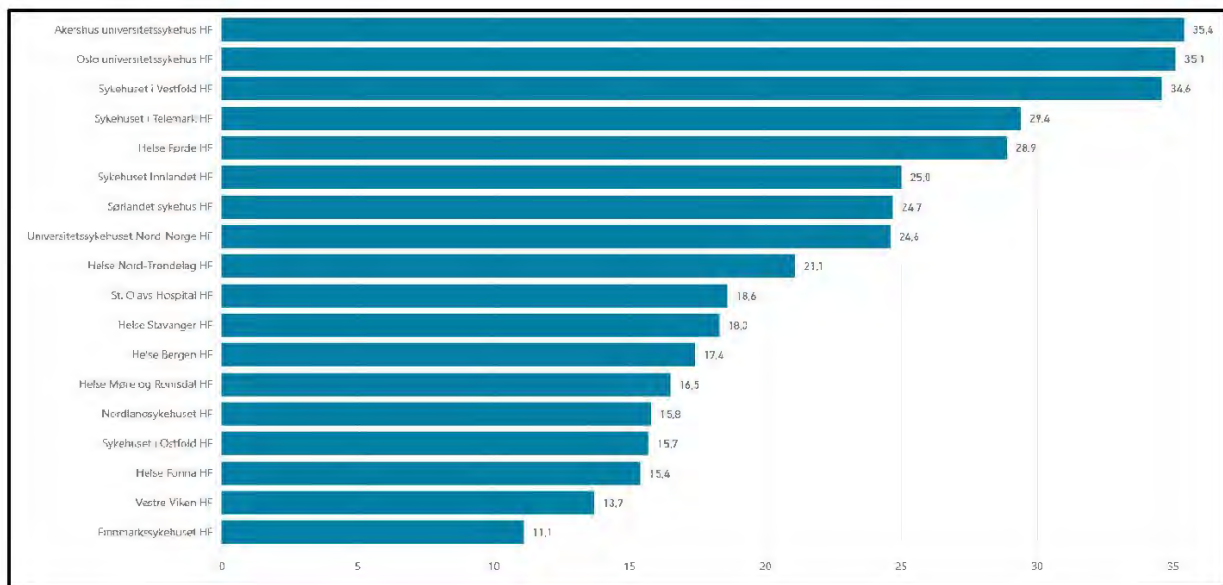


Figur 6: Antall tvangsinnleggelseser i psykisk helsevern for voksne – Helsedirektoratet (1. tertial 2020)

Vestre Viken HF har et høyt antall tvangsinnleggelseser i psykisk helsevern for voksne. Det er viktig å ha med at Vestre Viken HF har en stor andel av Norges befolkning som sitt opptaksområde, og derfor vil andel pasienter som blir innlagt med tvang være en bedre kvalitetsindikator enn antallet.

Det har over lengre tid vært arbeidet med å redusere bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern og det har også vært en revisjon av bruk av tvang av konsernrevisjon HSØ i 2020. Resultatene fra denne revisjonen forventes i slutten av 2020.

Andel pasienter som er i hjemmedialyse



Figur 7: Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse – Helsedirektoratet (1. tertial 2020)

Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse ligger lavt i Vestre Viken HF. Nasjonalt er det et mål at 30 prosent av alle dialysepasienter skal få hjemmedialyse. Vestre Viken HF har før sommeren 2020 igangsatt et forbedringsprosjekt som har som mål å øke andelen pasienter som får hjemmedialyse til 30 prosent innen 30.6.2022.

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør vil gjennom driftsavtalene se til at kvalitetsindikatorene blir en del av virksomhetsstyringen i Vestre Viken HF, og at disse brukes aktivt i forbedringsarbeidet.

Rapporteringen på utvalgte kvalitetsindikatorer vil følge den ordinære resultatrapporteringen tertialvis. Hver klinikk er bedt om å etablere minst tre indikatorer som skal følges særskilt opp gjennom månedlige oppfølgingsmøter.

Kvalitetsindikatorene som er presentert her viser at Vestre Viken HF innenfor de fleste områder ligger på gjennomsnittet eller bedre, men at det også er områder der det er behov for ekstra oppmerksomhet og målrettede tiltak.

Vestre Viken HF har som ambisjon om å ligge blant de beste sykehusene i Norge.

Administrerende direktør anbefaler at styret i Vestre Viken HF tar de presenterte kvalitetsindikatorene til orientering.

Dato: 05.11.2020
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Revisjon av varslingsystemet i Vestre Viken HF – Konsernrevisjonens rapport 8/2020

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte Vestre Viken HF	69/2020	16.11.2020

Forslag til vedtak

1. Styret tar Konsernrevisjonens rapport om varslingsystemet i Vestre Viken HF til etterretning.
2. Styret ber administrerende direktør redegjøre for iverksatte tiltak og videre planer for utbedring av varslingsystemet til styremøtet i april 2021.

Drammen, 9. november 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst har høsten 2020 gjennomgått varslingsordningen i Vestre Viken HF. Rapporten ble oversendt foretaket 16.10.2020. Rapporten ble oversendt styret til orientering i sak 62/2020 om varslingsrutiner i Vestre Viken, styremøte 26.10.20. Styret tok rapporten til foreløpig orientering og imøteså videre behandling av rapporten i neste møte. Rapporten behandles videre i denne saken. Konsernrevisjonen vil presentere sine funn under behandlingen.

Saksutredning

Konsernrevisjonens rapport

Konsernrevisjonens rapport viser at det er et tydelig behov for forbedringer i varslingsordningen i Vestre Viken.

Oppsummert gir konsernrevisjonen følgende anbefalinger som kan bidra til at varslingsordningen blir et verktøy for å avdekke og rette opp i kritikkverdige forhold så tidlig som mulig:

1. *Styrke varslingsutvalgets rolle og kompetanse*

Varslingsutvalgets rolle og kompetanse bør styrkes slik at utvalget kan være en tydelig rådgivende enhet og et overordnet kompetanseorgan. Med en samlet oversikt over antall og type saker vil utvalget kunne bidra i systematisk risiko- og forbedringsarbeid. Målet vil være at varslingsutvalget er et uavhengig organ med solid kompetanse som bidrar med rådgivning, håndtering av komplekse saker samt opplæring og bevisstgjøring i helseforetaket.

2. *Oppdatere varslingsrutinen slik at den omfatter gjeldende krav og grunnleggende prinsipper*

Varslingsrutinen må oppdateres slik at den omfatter hele varslingsprosessen og tilfredsstillende kravene i gjeldende varslingsbestemmelser og grunnleggende prinsipper for god saksbehandling. Trygghet og forutsigbarhet for en potensiell varsler, den omvarslede og andre berørte, og samtidig nødvendig støtte ved saksbehandling av mottak, behandling og oppfølging av varslings, er viktig for tilliten til ordningen. Målet vil være en beskrivelse med avklarte roller og ansvar, og med en struktur og fremstilling som gir råd og veiledning for å kunne ivareta både aktivitets- og omsorgsplikten i tillegg til viktige prinsipper som anonymitet og konfidensialitet.

3. *Styrke opplæring og kommunikasjon*

Opplæring og kommunikasjon bør styrkes slik at varslingsordningen er godt kjent blant de ansatte og innleide, og at helseforetaket har tilstrekkelig kompetanse til å håndtere varslings på en god måte. Målet vil være at varslingsordningen er lett tilgjengelig og at systematisk opplæring og informasjon er tilpasset ulike roller.

Rapporten gir en rekke konkrete anbefalinger til tiltak som kan iverksettes for å sikre utbedring av de svakheter som er avdekket. Tiltakene må inndeles i kortsiktige tiltak som korrigerer det skriftlige rutineverket, og langsiktige tiltak som omhandler mer strukturelle forhold tilknyttet ordningen, i tillegg til tiltak som bidrar til kulturbygging.

Konsernrevisjonen konstaterer at det er god åpenhetskultur i Vestre Viken, noe som er en helt avgjørende premisse for at varslings skal kunne fungere som ønsket.

Tiltaksplan i Vestre Viken

Administrerende direktør har startet arbeidet med å nedsette en arbeidsgruppe som får som oppgave å utbedre konkrete forhold i rutinen, samt foreslå tiltak som på lengre sikt kan bidra til å styrke ordningen. Det planlegges et møte med konsernrevisjonen for å starte opp gruppens arbeid. Dette møtet vil gjennomføres innen utgangen av november.

Tiltakene vil blant annet omfatte:

1. Tilpasning av skriftlige retningslinjer i tråd med anbefalingene
2. Vurdere Varslingsutvalgets rolle – utforme mandat og vurdere sammensetning
Vurdere behov for kompetanseøkning
3. Etablere system/rutine for å sikre oversikt over alle varslingssaker i foretaket
4. Opplæring og kommunikasjon:
Utvikle opplæringsprogram – nye og «gamle» ledere
5. Oppdatere hjemmesider og intranett
6. Påse at varsling blir et gjennomgående tema i forbindelse med Snakk om forbedring mm. og inngår i foretakets risikovurdering.

Det er viktig at ledelsen har eierskap til helheten. Varsling må fremkomme i alle relevante retningslinjer (etiske retningslinjer, HMS, oppfølging av Forbedring osv). Dette medfører at eiere av relevante dokumenter i eHåndbok må involveres i forbedringsarbeidet. I tillegg er det ønskelig å involvere tillitsvalgte og vernetjenesten. Arbeidsgruppen vil bli ledet av direktør Kompetanse.

Det legges til grunn at arbeidsgruppen slutfører sitt arbeid innen utgangen av 1. kvartal 2021.

Administrerende direktørs vurderinger

Utbedring av varslingsordningen vil være et prioritert arbeid for foretaket. Konsernrevisjonens rapport gir konstruktive innspill til forbedringer, og vil være et nyttig verktøy for den arbeidsgruppen som nå får i oppgave i iverksette og fremme forslag til forbedringer. Arbeidsgruppen vil fremlegge sin innstilling innen utgangen av 1. kvartal 2021. Administrerende direktør vil komme tilbake til styret i april 2021 med en rapportering på iverksatte tiltak, samt videre planer for å sikre at varslingsordningen i foretaket blir et verktøy for å avdekke og rette opp i kritikkverdige forhold så tidlig som mulig, og bidrar til å understøtte den åpenhetskultur som er ønsket i foretaket.

Vedlegg: Revisjonsrapport_8_2020_Varsling - system for å håndtere varsler og kritikkverdige forhold

Konsernrevisjonen

Rapport 8/2020

**Varsling – system for å håndtere varsler om
kritikkverdige forhold**

Vestre Viken HF

16. oktober 2020



Introduksjon

Varsling i arbeidslivet er at en arbeidstaker sier ifra om et kritikkverdige forhold på egen arbeidsplass. For å kunne forebygge, avdekke og håndtere kritikkverdige forhold må helseforetaket ha etablert en god varslingsordning. Ordningen må gi trygghet for å kunne varsle. Undersøkelser indikerer at halvparten av alle arbeidstakere som opplever kritikkverdige forhold velger å ikke varsle. En av fire som varsler opplever negative reaksjoner etter å ha varslet.

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

For å undersøke dette har vi definert følgende problemstillinger:

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

Revisjonen er gjennomført ved Vestre Viken HF i tidsrommet mai - september 2020. Gjennomføringsperioden ble utvidet i dialog med helseforetaket som følge av koronasituasjonen.

Innhold

1. Konklusjoner og anbefalinger	4
2. Kontekst	8
3. Tilnærming og omfang	9
4. Skriftlige varslingsrutiner	12
5. Varslingsutvalget – en verdi for helseforetaket	23
6. Kompetanse og bevisstgjøring	27
7. Modenhetsvurdering	30
Vedlegg 1	34
Vedlegg 2	35
Vedlegg 3	37
Vedlegg 4	38

1. Konklusjoner og anbefalinger

1.1 En styrket og helhetlig varslingsordning vil øke verdien for helseforetaket

Varslingsordningen skal bidra til å skape trygghet slik at ansatte kan varsle om kritikkverdige forhold. Ved å se på varsling som en verdi skal helseforetaket legge til rette for et godt yringsklima på arbeidsplassen, utarbeide rutiner for varsling og undersøke og følge opp varselet innen rimelig tid. Helseforetaket har også ansvar for å verne varslernes identitet, og sørge for at den som varsler og den/de det varsles om har et fullt forsvarlig arbeidsmiljø. Den som varsler skal ikke bli utsatt for gjengjeldelse.

Vestre Viken HF har etablert en varslingsordning og utarbeidet skriftlig rutine for varsling. Ledelsen har de senere årene arbeidet aktivt med å kommunisere betydningen av en god yringskultur og det å «si i fra». Informasjon om varsling er lett synlig på intranett med egen «varslingsknapp». Det er etablert elektronisk kanal til eksternt varslingsmottak for å sikre muligheten til å varsle anonymt. Helseforetaket synes å ta tak i yringer om påståtte kritikkverdige forhold innen rimelig tid, og håndtere sakene på lavest mulig nivå.

Varslingsutvalget i helseforetaket og eksternt varslingsmottak har i 2019 og frem til juni 2020 ikke mottatt nye varslings saker, men utvalget skal ha «avvist» noen saker. Helseforetaket har ikke samlet oversikt over hvor mange varslings saker som er behandlet av linjen. Det fremkommer i intervjuer at mange mener omfanget av varslings saker er overraskende lavt, spesielt relatert til mobbing og trakassering. Flere vurderer at det lave antallet varslings saker kan skyldes at mange er usikre på «hva det skal varsles om» og «hva er et varsel». Begrepet «varsling» brukes i liten grad. Usikkerhet om hvem og hvordan et varsel vil bli håndtert oppgis som en annen mulig årsak.

I februar 2018 ba styret administrerende direktør om å gjennomføre nødvendige tiltak for å styrke varslingsinstituttet i samarbeid med de

foretakstillitsvalgte og vernetjenesten. I oktober samme år vedtok ledermøtet sju prinsipper for å styrke varslingsordningen. Enkelte tiltak ble gjennomført umiddelbart. Det ble etablert et eksternt varslingsmottak, åpnet opp for varsler fra eksterne og utnevnt ny leder av varslingsutvalget. Revisjonen viser at flere av punktene ikke er fulgt opp per dags dato. I intervju erkjenner flere av lederne et behov for å forbedre prosessene med å følge opp vedtak. Prinsippene besluttet i ledermøtet sammenfaller med flere av forbedringsområdene som fremkommer i revisjonen.

I denne revisjonen har vi undersøkt om helseforetaket har etablert en hensiktsmessig ordning for å varsle om kritikkverdige forhold, som ivaretar lovkrav og legger til rette for god håndtering av varsling. Revisjonen har omfattet styret, linjeledelsen, varslingsutvalget, ulike støtte- og rådgivningsfunksjoner samt verneombudet og tillitsvalgte.

Revisjonen viser at helseforetaket har igangsatt et arbeid for å forsterke den interne opplæringen innen varsling. Helseforetaket har ansatt nye medarbeidere for å styrke arbeidet med et helhetlig HMS-system. I styret pågår det i oktober 2020 et arbeid med å forankre styrende dokumenter i helseforetaket, herunder etiske retningslinjer og varslingsrutiner.

Etter vår vurdering vil verdien av varslingsordningen øke dersom helseforetaket utformer en varslingsrutine som omfatter hele prosessen med alle relevante aktører og aktiviteter. En forutsetning er at arbeidstakerne er gjort kjent med ordningen. Basert på våre undersøkelser begrunnes konklusjonen med følgende:

- En styrking av varslingsutvalgets rolle og kompetanse vil tilføre verdi for helseforetaket
- Den skriftlige varslingsrutinen må oppdateres med gjeldende krav i varslingsbestemmelser og grunnleggende prinsipper for god saksbehandling
- Økt kompetanse og bevissthet vil gjøre det tryggere å varsle og bidra til at flere sier fra om kritikkverdige forhold

En styrking av varslingsutvalgets rolle og kompetanse vil tilføre verdi for helseforetaket

Et kompetent og virksomt varslingsutvalg vil være en ressurs for helseforetaket. Ledere og ansatte i helseforetaket ønsker et varslingsutvalg som er en tydelig rådgivende enhet og et overordnet kompetanseorgan. Utvalgets rolle er i dag uklar og det er behov for å klargjøre og styrke utvalgets rolle om når og på hvilken måte utvalget bør og skal involveres i varslings saker. Dette gjelder særlig relatert til den veiledende rollen overfor ansatte og ledere. Etter vår vurdering kan usikkerhet om rollen være en årsak til at varslingsutvalget så langt har hatt få saker til behandling, og/eller det kan indikere en høy terskel for å henvende seg til utvalget. Det er også behov for å avklare utvalgets størrelse og roller og ansvar internt for å sikre ivaretagelse av grunnleggende prinsipper for god saksbehandling.

Varslingsutvalget må ha solid kompetanse innen varsling. Ved å være en naturlig rådgiver for linjen og saksbehandler i vanskelige saker, samt å være et bindeledd til ledelsen i rapportering av antall og type varslings saker, vil utvalget etter vår vurdering bygge verdifull kompetanse. Utvalget vil få kunnskap og erfaring som igjen bør benyttes aktivt til opplæring og bevisstgjøring i helseforetaket, og som innspill til helseforetakets risiko- og forbedringsarbeid. I tillegg må utvalget vurdere behovet for andre kompetansehevede tiltak.

Helseforetaket har etablert et eksternt varslingsmottak for å sikre mulighet til å varsle anonymt, men det er ulik oppfatning i organisasjonen om det

eksterne mottakets rolle. Vår vurdering er at det er behov for å avklare og synliggjøre hvordan den eksterne varslings tjenesten skal inngå i en helhetlig varslingsprosess, herunder behovet for et samarbeid med varslingsutvalget som bidrag til å heve utvalgets kompetanse.

Den skriftlige varslingsrutinen må oppdateres med gjeldende krav i varslingsbestemmelser og grunnleggende prinsipper for god saksbehandling

Skriftlige varslingsrutiner bidrar til økt bevissthet om varsling og forutsigbarhet i varslingsprosessen. Vestre Viken HFs varslingsrutine omhandler i hovedsak varslingsutvalget og deres arbeid. Noe mer informasjon om varsling i helseforetaket fremgår av andre dokumenter, men gyldigheten til disse er uklar. Kravene i varslingsbestemmelsene og grunnleggende prinsipper for god saksbehandling er ikke godt nok ivaretatt i rutinen. For å sikre samsvar med gjeldende bestemmelser og prinsipper, og for å bidra til en mer forutsigbar prosess, er det etter vår vurdering behov for å se på og beskrive struktur og håndtering av ytringer om påståtte kritikkverdige forhold i et helhetlig perspektiv. Slik vil rutinen også bidra til en felles tilnærming og forståelse, og samtidig redusere risikoen for ulik håndtering på tvers av enhetene i helseforetaket. Håndteringen av vesentlige prinsipper som anonymitet og konfidensialitet må beskrives mer utførlig.

Varslingsrutinen må beskrive en prosess som dekker helseforetakets aktivitets- og omsorgsplikt, med en god håndtering av selve varselet og som samtidig ivaretar varsleren, den omvarslede og andre berørte på en tilfredsstillende måte. Beskrivelser som gir veiledning og støtte til ansatte og innleide som vurderer å varsle, og til mottak, saksbehandling og oppfølging av varsel, vil i tillegg styrke varslingsordningen.

Roller og ansvar beskrives ikke eksplisitt i varslingsrutinen. Ansvar og oppgaver er ikke tydelig adressert med krav og forventninger til de ulike aktørene og aktivitetene i varslingsprosessen, noe som innebærer en risiko for ulik forståelse og at sentrale oppgaver og funksjoner ikke blir tilstrekkelig ivaretatt.

Etter vår vurdering er det behov for å tydeliggjøre og formalisere roller og ansvar for de ulike funksjonene i varslingsordningen. Alle sentrale roller bør beskrives, herunder støtte- og rådgivningsfunksjoner samt styret og ledelsens rolle.

En stadig gjeldende og relevant varslingsrutine forutsetter jevnlig evaluering. Rutinen bør beskrive hvordan enkeltsaker og ordningen som helhet skal evalueres. Ved oppdatering av varslingsrutinen er det vår vurdering at helseforetaket bør støtte seg til anbefalingene på Arbeidstilsynets nettsider om varsling.

Økt kompetanse og bevissthet vil gjøre det tryggere å varsle og bidra til at flere sier fra om kritikkverdige forhold

Troverdig håndtering av ytringer om påståtte kritikkverdige forhold forutsetter tilstrekkelig kompetanse. Opplæringen innen varsling i Vestre Viken HF har vært under omlegging. Det nåværende lederprogrammet har slik vi vurderer det for liten oppmerksomhet på gjeldende varslingsbestemmelser og varslingsordningen i helseforetaket. Opplæringen for tillitsvalgte og verneombud er i hovedsak knyttet til dialogmøter. Etter vår vurdering er det behov for å definere kompetansebehovet for ulike roller, slik at opplæringen kan tilpasses de ulike målgruppene. Opplæringen innen varsling bør i større grad relateres til helseforetakets varslingsordning og knyttes mot opplæring i etiske retningslinjer og HMS-området. Endringer i den etablerte ordningen bør løpende formidles i faste arenaer.

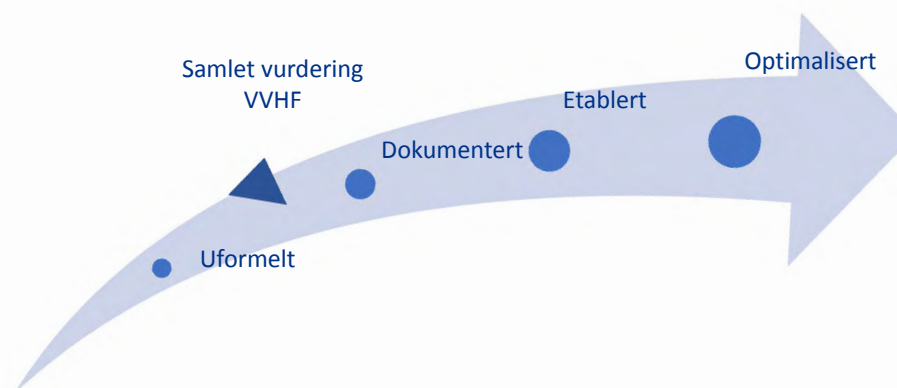
Revisjonen indikerer at det er kjent blant de ansatte at de kan varsle, og at dette er et ønske fra ledelsen i helseforetaket at man skal «si i fra» om kritikkverdige forhold. «Varslingsknappen» er lett synlig på intranettet. Innholdet i varslingsordningen og informasjonen bak «varslingsknappen» synes imidlertid ikke å være like godt kjent blant de ansatte og innleide i helseforetaket. Vår vurdering er at dette først og fremst skyldes manglende opplæring og informasjon. I tillegg henger dette trolig også sammen med at informasjonen om ordningen og de styrende dokumentene ikke gir

tilstrekkelig oversikt og forutsigbarhet i prosessen, og at beskrivelsene ikke er fullt ut oppdaterte.

1.2 Modenhet

Konsernrevisjonen vurderer at den samlede modenheten av ordningen i dag ligger mellom nivå 1 og 2 av 4 nivåer. Ledelsen kommuniserer på en god og tydelig måte om det å si ifra om kritikkverdige forhold som en verdi, men de styrende dokumentene ivaretar ikke godt nok kravene i varslingsbestemmelsene og ordningen er ikke godt nok kjent.

Konsernrevisjonen vurderer at alle helseforetak bør være på nivå 3 eller 4.



Figur 1: Modenhet i utforming av varslingsordningen

1.3 Anbefalinger

For å bidra til at varslingsordningen blir et verktøy for å avdekke og rette opp i kritikkverdige forhold så tidlig som mulig, har konsernrevisjonen følgende anbefalinger:

- **Styrke varslingsutvalgets rolle og kompetanse**

Varslingsutvalgets rolle og kompetanse bør styrkes slik at utvalget kan være en tydelig rådgivende enhet og et overordnet kompetanseorgan. Med en samlet oversikt over antall og type saker vil utvalget kunne bidra i systematisk risiko- og forbedringsarbeid. Målet vil være et uavhengig organ med solid kompetanse som bidrar med rådgivning, håndtering av komplekse saker samt opplæring og bevisstgjøring i helseforetaket.

- **Oppdatere varslingsrutinen slik at den omfatter gjeldende krav og grunnleggende prinsipper**

Varslingsrutinen må oppdateres slik at den omfatter hele varslingsprosessen og tilfredsstillende kravene i gjeldende varslingsbestemmelser og grunnleggende prinsipper for god saksbehandling. Trygghet og forutsigbarhet for en potensiell varsler, den omvarslede og andre berørte, og samtidig nødvendig støtte ved saksbehandling av mottak, behandling og oppfølging av varsling er viktig for tilliten til ordningen. Målet vil være en beskrivelse med avklarte roller og ansvar, og med en struktur og fremstilling som gir råd og veiledning for å kunne ivareta både aktivitets- og omsorgsplikten i tillegg til viktige prinsipper som anonymitet og konfidensialitet.

- **Styrke opplæring og kommunikasjon**

Opplæring og kommunikasjon bør styrkes slik at varslingsordningen er godt kjent blant de ansatte og innleide, og at helseforetaket har tilstrekkelig kompetanse til å håndtere varsling på en god måte. Målet vil være at varslingsordningen er lett tilgjengelig og at systematisk opplæring og informasjon er tilpasset ulike roller.

2. Kontekst

2.1 Åpenhet og ytringsfrihet

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.

2.2 NOU 2018:6 Varsling – verdier og vern

Varslingsutvalgets utredning om varsling i arbeidslivet konkluderer med at varsling er en verdi, ikke et problem. Varslere som er tilstede i virksomheten kan lettere få kjennskap til kritikkverdige forhold, enn hva revisjoner og tilsyn kan. Utvalgets hovedfunn er at varsling har størst verdi der varselet blir tatt på alvor, varsleren blir tatt vare på, og hvor det iverksettes adekvate prosesser umiddelbart. Prosessene må avklare om det foreligger kritikkverdige forhold, og eventuelle kritikkverdige forhold må bringes til opphør.

En god håndtering av en varslingssak bør ha som mål at både varsleren og den omvarslede fortsetter i virksomheten i etterkant. Det blir derfor svært viktig at sakene løses på lavest mulig nivå. Særlig gjelder det varsel som omhandler organisatoriske prosesser og som kan ramme det psykososiale arbeidsmiljøet. Det er dette det varsles mest om, ifølge NOU-en.

2.3 Nytt varslingsregelverk legger mer ansvar på arbeidsgiver

1. januar 2020 trådte endringer i regelverket for varsling i arbeidslivet i kraft. Endringer i arbeidsmiljøloven § 2 A legger mer ansvar på arbeidsgiveren, blant annet om hva arbeidsgiver har plikt til å foreta seg i forbindelse med varsling.

Arbeidsgiver har ikke bare plikt til å motta og registrere varsel, men også til å undersøke og følge opp varselet. Det er et krav at dette skal gjøres «innen rimelig tid» (arbeidsgivers «aktivitetsplikt»). Samtidig har arbeidsgiver en særlig plikt til å påse at den som har varslet har et fullt forsvarlig arbeidsmiljø (arbeidsgivers «omsorgsplikt»). Arbeidsgiver har ansvar for at virksomheten har rutiner for intern varsling. Arbeidstakerne skal oppfordres til å varsle om kritikkverdige forhold. Rutinene skal også beskrive fremgangsmåten både for hvordan arbeidstakere kan varsle, og for hvordan arbeidsgiver skal håndtere og saksbehandle et varsel.

2.4 Varslingsordningen i Vestre Viken HF

Varslingsordningen med varslingsrutine og annen informasjon er tilgjengelig fra en «varslingsknapp» på forsiden av Vestre Viken HF sitt intranett. Informasjon og mulighet til å varsle er også tilgjengelig fra helseforetakets nettsider.

Intensjonen er at varslingssaker skal håndteres innen rimelig tid etter grunnleggende prinsipper og på lavest mulig nivå i organisasjonen. Et varslingsutvalg 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.

3. Tilnærming og omfang

3.1 Metodikk og gjennomføring

Konsernrevisjonen har gjennom en systematisk og strukturert metode i tråd med anerkjente standarder, undersøkt og vurdert varslingsordningen ved Vestre Viken HF. Objektivitet og uavhengighet er grunnleggende prinsipper i vårt arbeid.

For å belyse problemstillingene i revisjonen har vi gjennomgått relevant dokumentasjon som grunnlag for å kunne velge ut og gjennomføre intervjuer med aktuelle aktører. Vi har gjennomgått styrende dokumenter og beskrivelser relatert til prosessen, eksempelvis rutinebeskrivelser, saksdokumenter, interne kartlegginger og signerte avtaler. Se ytterligere detaljer i vedlegg 2.

Vi har gjennomført 14 intervjuer med ledere og ansatte i Vestre Viken HF. De intervjuede har representert både arbeidsgiver- og arbeidstakersiden i helseforetaket. Vi har hatt samtaler med ledere på ulike nivå, stabsfunksjoner, medlemmer av varslingsutvalg, bedriftshelsetjenesten, verneombud og tillitsvalgte. Styreleder i helseforetaket er også blitt intervjuet. Oversikt over de intervjuede fremgår i vedlegg 3.

Basert på våre observasjoner og vurderinger har vi utarbeidet en modell som illustrerer helseforetakets modenhet innen varsling. Modenhetsanalysen er utformet etter kriterier gitt i bestemmelser og god praksis. Metoden og resultatet av analysen fremgår i kapittel 7. Selve modellen for modenhetsanalyse av varslingsordningen er beskrevet i vedlegg 4.

Fremstillingen av faktaopplysninger og observasjoner er verifisert av helseforetaket før utarbeidelse av endelig konklusjon og rapport.

3.2 Omfang

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

Revisjonen omfatter varsling av kritikkverdige forhold etter arbeidsmiljølovens bestemmelser. Kritikkverdige forhold defineres i bestemmelsene som forhold som er i strid med rettsregler, skriftlige etiske retningslinjer i virksomheten eller etiske normer som det er bred tilslutning til i samfunnet.

Tilgjengelighet og kompetanse

For at varslingsordningen skal fungere etter sin hensikt og i tråd med bestemmelser og god praksis, er det avgjørende at varslingskanalene er kjent og lett tilgjengelig for alle arbeidstakerne i helseforetaket. Dessuten må helseforetaket ha tilstrekkelig kompetanse til å kunne håndtere ulike typer varslingssaker. Vi har undersøkt hva helseforetaket har gjort for å gjøre ordningen kjent og tilgjengelig for ansatte og innleide. Videre har vi undersøkt om det er etablert et system slik at de som er involvert i håndtering av varslingssaker har nødvendig kompetanse om lovkrav, interne føringer og god praksis.

Organisering

En viktig forutsetning for at en varslingsordning skal være egnet til å skape tillit er at prosessen er forutberegnelig med avklarte roller og ansvar som sikrer en habil og upartisk håndtering. Vi har kartlagt og vurdert om helseforetaket har etablert en formålstjenlig organisering med avklarte roller og ansvar for alle aktører og aktiviteter. Organiseringen må ta hensyn til potensielle rollekonflikter.

Rutiner for intern varsling

Figur 2 under illustrerer en generisk varslingsprosess i to faser med tydelige beslutningspunkter og etterfølgende oppfølging. Vi har undersøkt hvordan helseforetakets interne rutine støtter prosessen med en trygg og god saksbehandling som ivaretar helseforetakets aktivitets- og omsorgsplikt. Dokumentert rutine er vurdert opp mot krav og forventninger i bestemmelsene og god praksis på området. I tillegg har vi vurdert om rutinen i tilstrekkelig grad ivaretar grunnleggende prinsipper som konfidensialitet, objektivitet, habilitet, kontradiksjon og personvern.

Varslingsmottak

Vi har undersøkt om det er avklart hvordan og til hvem en arbeidstaker kan varsle om kritikkverdige forhold. Videre har vi sett nærmere på hvilke forventninger som stilles til selve mottaket, forundersøkelser og vurderinger, samt dokumentasjons- og faktagrunnlag før det blir fattet en beslutning om eventuell videre oppfølging.

Videre behandling av varsel

Ved videre behandling av en varslingssak må rutinebeskrivelsen angi fremgangsmåte for nærmere undersøkelser med valg og gjennomføring av ulike metoder, samt vurderinger og dokumentasjon av saksbehandlingen. Vi har undersøkt og vurdert hvilken veiledning og støtte som er gitt i rutinebeskrivelsen, og om den er tilpasset ulike typer varslingssaker. Vi har sett på om rutinen legger opp til en konkret vurdering av hvem som skal involveres i den enkelte sak og hvem som beslutter om en sak skal avsluttes. Krav og forventninger til konklusjonsgrunnlag og videre oppfølging er også vurdert.

Omsorgsplikt

Parallelt med aktivitetsplikten skal helseforetakets omsorgsplikt ivaretas. Gjennom revisjonen er det kartlagt og vurdert hvordan arbeidsgiver skal beskytte den som varsler mot gjengjeldelse, og hvordan varsleren, den/de omvarselede og andre involverte skal informeres underveis i prosessen.



Figur 2: Varslingsprosessen

Involvering og forankring

En varslingsordning som bidrar til kontinuerlig forbedring, og slik representerer en verdi for organisasjonen, må være godt forankret på alle nivå. For å gi trygghet for å kunne varsle er det sentralt at de ansatte er involvert i arbeidet med utforming av ordningen. Revisjonen har derfor omfattet undersøkelser av hvordan arbeidstakere og tillitsvalgte blir involvert i arbeidet med å utvikle og vedlikeholde varslingsrutinen. Videre har vi sett på hvordan dette inngår i helseforetakets arbeid med risikovurderinger og systematisk HMS-arbeid. Vi har også undersøkt hvordan varslingsordningen som helhet er forankret i organisasjonen.

3.3 Avgrensning

Revisjonen har omfattet undersøkelser av hvordan varslingsordningen er utformet i samsvar med krav og forventninger i bestemmelser og god praksis.

Følgende er ikke omfattet av revisjonen:

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

Meldeplikt og varsling om alvorlige pasienthendelser etter spesialist-helsetjenesteloven inngår ikke i revisjonen, herunder undersøkelser av helseforetakets system og saksbehandling ved uønskede hendelser. Heller ikke plikten til å informere tilsynsmyndighetene etter helsepersonelloven inngår i revisjonen.

3.4 Revisjonsgrunnlag

Revisjonsgrunnlaget fremgår av lover, forskrifter og gjennom spesifikke krav til helseforetaket:

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

Revisjonskriterier er utledet fra overnevnte kilder. Se vedlegg 1.

4. Skriftlige varslingsrutiner

Varslingsrutiner på arbeidsplassen er en viktig suksessfaktor for et godt varslingsklima. Skriftlige varslingsrutiner bidrar til økt bevissthet om varsling og forutsigbarhet i varslingsprosessen. Dette skaper trygghet for å kunne varsle om kritikkverdige forhold, og reduserer samtidig risikoen for at forholdene utvikler seg til å bli store kompliserte saker som vil være en belastning for de involverte, arbeidsmiljøet og helseforetakets omdømme.

4.1 Forankring av varslingsordningen og styrende dokumenter

Ledelsen ved administrerende direktør beskriver at det har vært arbeidet aktivt de senere årene med å kommunisere betydningen av en god ytringskultur og det å «si i fra». Flere verktøy og arenaer er tatt i bruk for å stimulere til åpenhet i organisasjonen. Det å «si i fra» har vært et gjentakende tema i ledermøter og andre møter med ansatte. Ledelsens arbeid med en åpenhetskultur omtales positivt i intervjuene.

Dokumenter som beskriver varsling i Vestre Viken HF

Helseforetaket har ingen samlet beskrivelse av varslingsordningen. Flere erkjenner i intervjuer at helseforetaket mangler en helhetlig overbygning og en sammenheng i prosessen. Dokumentet *VV Varsling i Vestre Viken* er opplyst å være helseforetakets varslingsrutine, heretter omtalt som varslingsrutinen/rutinen. Varslingsrutinen omhandler i hovedsak varslingsutvalget og deres arbeid. Rutinen ble publisert våren 2019, og er godkjent av leder av varslingsutvalget. Den er ikke fullt ut oppdatert i tråd med gjeldende varslingsbestemmelser som trådte i kraft 1. januar 2020.

I intervjuer opplyses at styrende dokumenter for håndtering av varsling utgjør de dokumentene som er tilgjengelig fra «varslingsknappen» på forsiden av helseforetakets intranett. Via denne siden fremkommer informasjon om varsling generelt og i Vestre Viken HF. Informasjon fra

ulike intra- og internettsider, Personalthåndboken og eHåndboken er lenket sammen. Flere av de styrende dokumentene er av eldre dato og er ikke oppdatert. Dokumentet *Flytskjema Varsling av kritikkverdige forhold* er datert 3. februar 2016 og *Skjema for varsling av kritikkverdige forhold i Vestre Viken HF* er datert 13. september 2010. Det fremkommer i intervjuer at det er uklart hvem som er ansvarlig for å oppdatere flere av dokumentene, hvem som eier/godkjenner de og hvilke dokumenter som fremdeles er gyldige.

Eierskap til varslingsordningen

Vestre Viken HF har egne etiske retningslinjer, som er knyttet til de regionale retningslinjene på området. Retningslinjene ble behandlet i styremøte i juni 2017. Kritikkverdige forhold og varsling inngår i helseforetakets etiske retningslinjer, men fremstår ikke som en formell forankring av ordningen. Definisjonen av kritikkverdige forhold og varsling er for øvrig ikke oppdatert og i tråd med gjeldende bestemmelser. Helseforetakets arbeidsreglementet omhandler hverken etikk eller varsling.

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. Den 10. oktober samme år vedtok ledermøtet sju punkter for styrking av varslingsordningen. Etter det konsernrevisjonen forstår er styret ikke blitt orientert om arbeidet. Det fremstår dessuten uklart for konsernrevisjonen hvordan vedtaket i ledermøtet skulle følges opp, jf. kapittel 4.5.

Styreleder fra februar 2020 opplyser at nåværende etiske retningslinjer og varslingsrutiner sammen med aktuelle instruksjoner snarlig vil bli behandlet i styret, og at styrets ansvar og oppfølging knyttet til varsling vil bli formalisert.

Del av HMS-arbeidet – integrert i virksomhetsstyringen

Varslingsrutinen skal etter lovbestemmelsene utarbeides i tilknytning til virksomhetens systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid, og vil på den

måten være en del av HMS-arbeidet i helseforetaket. I Vestre Viken HF er varsling ikke en synlig del av klinikkenes eller helseforetakets HMS-planer, og det rapporteres ikke om varsling eksplisitt. I intervjuer fremkommer at varsling inngår i det samlede bildet som danner grunnlaget for overordnede risikovurderinger og ledelsens gjennomgang (LGG), men at det ikke gjennomføres særskilte risikovurderinger utover det som omfattes av arbeidsmiljøet generelt. De siste års LGG omtaler kort endringer i varslingsutvalget og arbeidet med oppdatering av varslingsrutiner. Omfang av varslingsaker og potensiell risiko er ikke omtalt.

Flere av de intervjuede viser til den årlige medarbeiderundersøkelsen ForBedring som et godt kartleggings- og forbedringsverktøy for arbeidsmiljø, kultur og tillit til varslingsordningen. Undersøkelsen kartlegger varslingskulturen, hvor trygg og åpen den er, og om de ansatte er kjent med om noen har vært utsatt for mobbing og trakassering. Undersøkelsen belyser forhold som virker inn på kvalitet og pasientsikkerhet.

På spørsmålet om det er trygt å si ifra om kritikkverdige forhold gir undersøkelsen for 2020 et resultat på 80, mens resultatet i fjor var på 79. Fjorårets resultat for helseregionen samlet var 79. Svarprosenten på undersøkelsen i Vestre Viken HF var på 50% (utsendt til 7513 medarbeidere).

4.2 Roller og ansvar

Beskrivelser av roller og ansvar

Varslingsrutinen i helseforetaket omhandler i hovedsak varslingsutvalget og deres arbeid. Det er i flere sammenhenger anført at rutinen er skrevet for varslingsutvalget og gjelder for utvalgets saksbehandling. Roller og ansvar for andre sentrale aktører er derfor ikke eller i liten grad

beskrevet, herunder tillitsvalgte, vernetjenesten, HR-funksjonen, bedriftshelsetjenesten, arbeidsmiljøutvalget (HAMU), administrerende direktør og styret.

Som en følge av manglende beskrivelser viser revisjonen eksempelvis at det er ulik oppfatning av hvem som skal håndtere eventuelle varsler på administrerende direktør. Mange vurderer at varslingsutvalget er rette mottaker, mens styreleder vurderer at henvendelsen normalt rettes til styret ved styreleder og/eller eksternt varslingsmottak.

Linjeledelsen

Det er en gjennomgående og felles oppfatning at linjeledelsen er ansvarlig for å håndtere ytringer om påståtte kritikkverdige forhold på lavest mulig nivå. Tilsvarende gjelder ansvaret for å sikre varsleren mot gjengjeldelse, samt å følge opp tiltak i etterkant av varslingsaker.

Håndtering av henvendelser om kritikkverdige forhold fremkommer i noen grad av varslingsrutinen punkt 5. Se omtale i kapittel 4.3 under temaet fremgangsmåte for saksbehandling.

Tillitsvalgte og vernetjenesten

Ansatte som blir kjent med kritikkverdige forhold kan kontakte tillitsvalgte eller vernetjenesten som kan bistå vedkommende, heter det i varslingsrutinen. Nærmere beskrivelse av deres rolle og ansvar er ikke gitt.

Revisjonen indikerer at de tillitsvalgte og vernetjenesten står sterkt i organisasjonen, og har en viktig rolle ved ytringer om påståtte kritikkverdige forhold. Det er en felles oppfatning blant de intervjuede at de tillitsvalgte, men også vernetjenesten, er de ansatte sin representant i varslingsaker. Flere vurderer at de ansatte primært henvender seg til disse organene fremfor nærmeste leder.

Varslingsutvalget og eksternt varslingsmottak

Varslingsrutinen omhandler varslingsutvalgets rolle og ansvar, samt eksternt varslingsmottak i relasjon til anonym varsling. Se kapittel 5 for nærmere beskrivelse og konsernrevisjonens vurdering.

Støtte- og rådgivningsfunksjoner

Det er flere aktører som fremstår med en viktig rolle i arbeidet med ytringer om påståtte kritikkverdige forhold. Linjeledelsen nevner spesielt HR-funksjonen med dedikerte HR-rådgivere i klinikkene. Disse benyttes raskt og aktivt for å få råd og sikre riktig håndtering i varslingssaker. HR ivaretar innledende undersøkelser med blant annet innkalling til møter, informasjon til de berørte, referatskriving, kontradiksjon og arkivering. Det er en felles oppfatning i organisasjonen at i varslingssaker er HR-funksjonen først og fremst en støttefunksjon for lederne og deres arbeid.

Vestre Viken HF har signert kontrakt med ekstern leverandør av bedriftshelsetjeneste. Relatert til varslinger benyttes denne av HR og spesielt linjen 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. Helseforetaket administrerer prosessen. Oppdraget avsluttes med en rapport til bestiller, vedlagt all dokumentasjon i saken. Bedriftshelsetjenesten opplyser at de har blitt kontaktet av arbeidstakere som søker råd om hvor vidt de har en sak som bør varsles.

HAMU mottar årsrapport fra varslingsutvalget. Ut over dette blir HAMU i dag ikke orientert om antall og type varslingssaker som er behandlet, og hvordan disse er håndtert og løst. Flere av de intervjuede oppfatter at HAMU bør ha en mer proaktiv rolle knyttet til varslingsordningen.

4.3 Innholdet i varslingsrutinen

Innledende avklaringer – Formål, omfang og ansvar

Varslingsrutinen oppfordrer alle ansatte i Vestre Viken HF til å varsle, og beskriver tydelig retten til å varsle. Det presiseres at dette gjelder faste og midlertidige ansatte, samt innleide og oppdragstakere, i tillegg til eksterne som leverandører, pasienter, pårørende med videre. Plikten til å varsle er også omtalt, ved hjelp av eksempler.

Innledningsvis i rutinen fremkommer det at dokumentet skal oppfylle krav til rutiner for varsling etter arbeidsmiljøloven § 2 A-3. Samtidig presiseres det at rutinen først og fremst gjelder for varslingsutvalgets oppfølging av varslingssaker. Videre avgrenses rutinen mot oppfølging av ulike saker håndtert av ledere i linjen, og at disse sakene er bundet av andre rutiner. Blant de intervjuede er det ulik oppfatning om når varslingsrutinen kommer til anvendelse. Selv om rutinen er utformet for varslingsutvalget velger enkelte ledere i linjen likevel å støtte seg til denne. Se nærmere omtale av samhandlingen mellom varslingsutvalget og linjeledelsen i senere avsnitt om fremgangsmåte for saksbehandling.

Rutinen beskriver varslingsutvalgets myndighet. Andre roller og ansvar er ikke eksplisitt beskrevet, jf. kapittel 4.2.

Fremgangsmåte for varsling

Hva et varsel er og hva det kan varsles om

Varslingsrutinen skal beskrive hvordan en arbeidstaker kan varsle. For å kunne varsle må det være klart for ansatte og innleide hva et varsel er.

Arbeidstilsynet beskriver et varsel slik:

«Varsling er at en arbeidstaker eller innleid arbeidstaker sier ifra om et kritikkverdige forhold på egen arbeidsplass. Det betyr ingenting hva en kaller det eller hvordan det kategoriseres (som avvik, klage, bekymringsmelding si ifra osv.). Det er innholdet i det de sier ifra om, og hvem som sier ifra, som avgjør om det er et varsel.»

Kritikkverdige forhold er omtalt i varslingsrutinen punkt 3. Det fremkommer at det er ytringens art som avgjør om det foreligger et varsel. Definisjonen av kritikkverdige forhold er imidlertid ikke oppdatert og i samsvar med endringen i varslingsbestemmelsene fra 1. januar 2020. Eksempelvis er det ifølge rutinen et vilkår for å kunne varsle at ytringen dreier seg om opplysninger som ikke er «allment tilgjengelig», og at opplysningene kan ha en viss «allmenn interesse». Dette innebærer en innskrenkning av muligheten til å varsle da rutinen har strengere vilkår enn lovteksten.

Det er en gjennomgående og felles oppfatning blant de intervjuede at det ikke er tydelig nok for organisasjonen hva et varsel er og hva det kan varsles om. Denne usikkerheten gjør seg gjeldende både blant medlemmer av varslingsutvalget og i linjen.

Per i dag vil meldinger i avvikssystemet som inneholder direkte påstander om kritikkverdige forhold etter definisjonen i arbeidsmiljøloven, ikke bli systematisk registrert som «varsel». Dette fremkommer i intervjuer. Rutinen presiserer ikke at gjentakende avvik kan utvikle seg og bli en varslings sak om mulige lovbrudd og/eller brudd på etiske retningslinjer. Fagsjef kvalitet i klinikkene sørger imidlertid for at alle registrerte avvik blir gjennomgått og vurdert. Ved gjentakende problemstillinger, for eksempel stort arbeidspress, tas sakene videre med linjeleder og det utarbeides tiltaksplaner.

Kritikkverdige forhold som gjelder administrerende direktør, medlemmer av varslingsutvalget og styret er ikke omtalt.

Hvordan og til hvem det kan varsles – herunder anonymitet

Varslingsrutinen beskriver i punkt 4 til hvem ansatte og innleide kan varsle. Det heter at ansatte som ønsker å varsle skal kontakte nærmeste leder. Dersom nærmeste leder ikke håndterer eller kan håndtere saken, kan den ansatte henvende seg ett nivå opp i linjen. Varslingsutvalget varsles først dersom en sak ikke er håndtert tilfredsstillende av linjeledelsen, eller det er saklig grunn til å tro at ledelsen ikke vil behandle saken på en hensiktsmessig måte. Videre heter det at dersom det er ønskelig kan ansatte varsle til eksternt varslingsmottak. Ansatte kan også kontakte tillitsvalgte eller vernetjenesten.

Hvordan den ansatte kan varsle er beskrevet for varslingsutvalget og eksternt varslingsmottak. Et varsel kan leveres via e-post til begge kanaler, ved utfylling av varslings skjema, og det er åpent for andre former for kontakt med varslingsutvalget og utvalgets medlemmer. Varsling til andre kanaler, som for eksempel linjeleder eller tillitsvalgte, er ikke omtalt. Rutinen omhandler ikke håndtering av varslings skjemaet.

I ledermøtet i oktober 2018 ble det besluttet å tilrettelegge for varsling fra eksterne (leverandører osv.). Eksterne varslere kan i dag ikke benytte den eksterne varslingskanalen da lenken til web-skjema ikke er tilgjengelig fra Vestre Viken HFs internettside om varsling.

Ansatte kan varsle anonymt ved å sende varslings skjema eller brev uten å oppgi avsenderinformasjon. De kan også benytte et eksternt varslingsmottak innrettet for anonym varsling. Rutinen understreker imidlertid flere ganger at anonym varsling vil medføre begrensinger, og at det derfor bør skje «i særlig begrunnede tilfeller og unntaksvis». Grader av anonymitet er ikke omtalt.

Muligheten til å varsle gjennom eksternt varslingsmottak er tilgjengelig via en lenke til elektronisk web-skjema fra «varslingsknappen» på forsiden av

intranett og via varslingsrutinen. Dersom en ansatt følger denne lenken er det gitt tre opsjoner: «Jeg ønsker å være anonym», «Jeg ønsker ikke å være anonym» og «Jeg ønsker å være anonym men ikke overfor BDO». Opsjonen ansatte får om å være anonym, men ikke overfor BDO, er lite kjent blant de som er intervjuet, også blant medlemmene av varslingsutvalget.

Av informasjonen på intranett og i rutinen fremstår det eksterne varslingsmottaket som en instans som kun mottar varselet via web-skjema, for så å anonymiserer avsender før det videresendes til helseforetaket for innledende undersøkelser. Flere opplyser i intervju at problemstillinger knyttet til anonymitet ikke er tilstrekkelig vurdert og ivaretatt. I intervjuer med linjelederne fremkommer det at varslersens identitet vil bli holdt skjult dersom dette er et ønske.

Hva bør varselet inneholde

Rutinen angir ikke hva et varsel bør inneholde. Varslings skjemaet, som etter beskrivelsen kun er ment brukt ved varsling til varslingsutvalget, har i tillegg til datering/signering ett felt for å beskrive hva man ønsker å varsle om og ett for hva man mener bør gjøres. Det er ikke gitt annen veiledning.

Ved å gå inn på lenken til den eksterne varslingskanalen blir det gitt god veiledning om hva det bør være redegjort for i varselet. Varsleren blir bedt om å beskrive så nøyaktig som mulig hva vedkommende har observert, og forsøke å besvare spørsmålene hvem, hva, hvor, når og hvordan. Det presiseres at det ikke er behov for å ha «bevis» for forholdet det varsles om.

Fremgangsmåte for saksbehandling

Aktivitetsplikten og undersøkelse innen rimelig tid

Krav og forventninger til mottak og håndtering av varsel beskrives i liten grad i rutinen. Linjeleder skal, ifølge rutinens punkt 5, så snart som mulig etter å ha kommet til kunnskap om forhold som kan være kritikkverdige, vurdere og avklare om informasjonen handler om kritikkverdige forhold. Videre fremgår det at dette kan innebære å hente inn ytterligere informasjon og ha dialog med berørte ansatte, samt vurdere om det er behov for dialog med HR, HMS eller varslingsutvalget. Linjeledernes konkrete oppfølging av henvendelsen skal bestemmes av saksstypen, enten det gjelder systemer for å ivareta lovbestemte meldeplikter for helsepersonell eller foretaksinterne saksbehandlingsrutiner som *VV Konflikt håndtering*, *VV HMS Mobbing og trakassering på arbeidsplassen* og *VV HMS Håndtering og saksbehandling av arbeids- og yrkesrelaterte hendelser/avvik*. Andre beskrivelser og føringer er ikke gitt. De intervjuede linjelederne omtaler overnevnte rutiner, spesielt de to første, som «kokebøker» i håndteringen av yringer om kritikkverdige forhold.

Varslingsutvalgets skal behandle henvendelser så snart som mulig. Det er et krav om å gi tilbakemelding til den som varsler om at saken er mottatt, og at vedkommende så langt som mulig skal holdes orientert om behandling av varselet. Rutinen angir imidlertid ikke nærmere kriterier for innledende vurderinger, eksempelvis hva som må/bør undersøkes og hvilke krav som forventes for at utvalget «finner grunn til at det har skjedd noe kritikkverdig».

Samhandlingen mellom varslingsutvalget og linjen er i liten grad beskrevet i rutinen. Det er ingen forventninger om at linjen hverken skal informere eller involvere varslingsutvalget ved mottak av ny sak. Det står heller ikke noe om eventuelt hvilke saker linjen skal overlate til varslingsutvalget å behandle. Ifølge rutinen er det ikke hensiktsmessig at varslingsutvalget involverer seg i saker som er til behandling i linjen. Samtidig fremkommer det at dersom varslingsutvalget vurderer at påstander om 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. I intervjuene med linjeledere fremkommer det at de fleste opplever det som uklart når de skal involvere varslingsutvalget.

Varslingsrutinen punkt 7.3.10 benevnes «Avvisning av sak og forenklet behandling». Saker som ikke omhandler kritikkverdige forhold kan avvises av varslingsutvalget, heter det. Videre heter det at avvisning uten realitetsvurdering kan gjøres av leder av varslingsutvalget. Det er ikke gitt eksempler på hvilke forhold dette kan dreie seg om. Varslingsutvalget skal ha avvist to saker i 2019 etter at sakene ble fulgt opp og undersøkt av utvalget.

Grunnleggende prinsipper ved behandling av varsling

Prinsippene om objektivitet, saklighet, konfidensialitet, habilitet, kontradiksjon og personvern er avgjørende for tilliten til varslingsordningen. Ifølge rutinen skal varslingsutvalget håndtere varsling konfidensielt. Videre står det at saksbehandling av innkomne saker skal gjøres i henhold til ordinære saksbehandlingsregler nedfelt i lov og retningslinjer. Hvilke lover og retningslinjer som er relevante, og hvordan disse er ment praktisert, fremkommer ikke. Eksempelvis er det ikke angitt hvordan identiteten til varsleren og den/de det varsles om skal holdes konfidensiell under hele prosessen, slik at identiteten til varsleren og opplysninger i saken ikke blir kjent for flere enn strengt nødvendig. Det samme gjelder hvordan den som beskyldes for et kritikkverdig forhold får anledning til å komme med sin versjon av saken (kontradiksjon), herunder retten til innsyn i påstandene om det kritikkverdige forholdet og andre personopplysninger. Metoden knyttet til intervjureferater eller krav til dokumentasjon av samtaler og dialog er ikke beskrevet.

Linjeleder er i forbindelse med mottak og innledende vurderinger pålagt å vurdere egen habilitet. Det er ikke gitt nærmere kriterier for når og hvordan dette skal vurderes, og hva som er videre prosedyre dersom lederen vurderes som inhabil. Ved valg av medlemmer til

varslingsutvalget skal grad av tillit, egnethet, personlig integritet, kompetanse og praktisk arbeidssituasjon vurderes. Det er ikke presisert at det skal gjøres en egen vurdering av medlemmenes habilitet ved mottak av sak. Forventninger om å vurdere mulige rolle- og habilitetskonflikter, samt behov for kompetanse og eventuelt ekstern bistand underveis i saksbehandlingen er ikke omtalt. I samtaler fremstår det imidlertid som at helseforetaket har fokus på habilitet ved sammensetning av varslingsutvalg og i saksbehandling både i varslingsutvalget og i linjen.

Saksbehandling og dokumentasjon i praksis

Revisjonen omfatter ikke revisjonshandlinger for å verifisere i hvilken utstrekning helseforetaket etterlever rutinen for håndtering av varsler i hver enkelt sak. I intervjuene har vi hatt oppmerksomhet på den overordnede tilnærming ved håndtering i linjen og varslingsutvalget.

Som omtalt i kapittel 4.2, er det praksis at linjeledelsen raskt kontakter HR for å få råd og sikre riktig håndtering i varslingssaker. Det er en klar oppfatning blant de intervjuede at HR-rådgiverne i klinikkene med bistand fra Stab Kompetanse ivaretar de grunnleggende prinsippene for god saksbehandling, herunder nødvendig og tilstrekkelig dokumentasjon. Linjeledelsen viser også til HR-funksjonen når det gjelder arkivering og sletting av data, samt tilgangsstyring til dokumentasjonen. Blant de intervjuede er det ulik oppfatning om hvem som har ansvar for eventuell utlevering av data, og påse-ansvaret for at kravene til dokumenthåndtering er ivaretatt. Revisjonen har ikke gått nærmere inn i HR-funksjonens arbeid.

Ekstern bedriftshelsetjeneste benyttes også for å undersøke det psykososiale arbeidsmiljøet, og om det er hold i påstander om mobbing eller trakassering. Undersøkelsene gjennomføres i samsvar med bedriftshelsetjenestens egne beskrivelser, og resultatet av undersøkelsene dokumenteres i rapport i henhold til egen veileder.

Varslingsutvalget har ifølge årsmeldingen for 2019 ikke mottatt nye varslings saker til behandling. Samtidig er det opplyst at utvalget har avvist to saker etter at de er blitt fulgt opp og undersøkt. I samtaler fremkommer at det i utvalgets arbeidsmøter har vært en dialog om hvordan innkomne saker bør håndteres, for eksempel om medlemmer av utvalget i større grad selv bør intervju varsler som del av innledende behandling. Varslingsutvalget disponerer en egen prosjektkatalog på filområdet, etter bestilling via sikkerhetsrådgiver til Sykehuspartner HF. I mappen for varslings saker er det tre mapper i perioden 2019-2020. Sekretæren i utvalget har etablert en logg for intern oppfølging og dialog i den enkelte sak. Hun fører loggen og gir tilbakemelding ved mottak av varsel, men deltar ikke i saksbehandling av varselet, jf. kapittel 5.1. Det er opplyst at den i varslingsutvalget som håndterer saken også dokumenterer saksbehandlingen, og at sekretæren bistår ved behov. For mer inngående beskrivelse og vurdering av varslingsutvalget, se kapittel 5.

4.4 Omsorgsplikt parallelt med aktivitetsplikt

Samtidig som mulige kritikkverdige forhold blir undersøkt og fulgt opp skal arbeidsgiver ivareta varsleren, den/de omvarslede og andre involverte i saken. Ifølge varslingsrutinen i helseforetaket skal arbeidsgiver beskytte ansatte som ytrer/varsler mot gjengjeldelse. Selv om føringen er gitt som en beskrivelse av hvordan varslingsutvalget skal verne den som varsler, fremgår det klart at kravet gjelder fullt ut både ved henvendelser i linjen og til utvalget. Et forbud mot gjengjeldelse fremgår imidlertid ikke. Rutinen er heller ikke tydelig på forventningene om å gjennomføre systematiske risikovurderinger av faren for gjengjeldelse ved mottak av et varsel, slik at vurderingene bidrar til tiltak for å sikre et fullt forsvarlig arbeidsmiljø.

Det er en felles oppfatning blant de intervjuede at ytringer om påståtte kritikkverdige forhold normalt blir tatt raskt tak i og håndtert på lavest

mulig nivå. Revisjonen indikerer imidlertid at omsorgsplikten ivaretas på noe ulikt vis. Enkelte linjeledere har et bevisst forhold til å kartlegge arbeidsmiljøet og risiko for gjengjeldelse i forbindelse med innledende undersøkelser. Flere av de som er intervjuet har opplevd tilfeller der de mener varsleren ikke har blitt godt nok ivaretatt.

4.5 Utforming og evaluering

Varslingsrutinen i Vestre Viken HF omhandler ikke evaluering av rutinen og ordningen, eller håndtering av enkeltsaker. I samtaler fremkommer at helseforetaket heller ikke har praksis med å løpende vurdere den enkelte sak, eller rutinen og ordningen som en helhet i tilknytning til det systematiske HMS-arbeidet. Helseforetaket fremstår imidlertid generelt å være opptatt av forbedringer. Videre er de bevisste på å involvere tillitsvalgte og vernetjenesten blant annet ved at de skal være representert i varslingsutvalget.

En styrking av varslingsordningen ble besluttet i styremøte i februar 2018. Ansvaret ble gitt til administrerende direktør, og i oktober vedtok ledergruppen sju punkter for å styrke ordningen. Vedtaket eller mottatte saksdokumenter viser ikke hvem som er ansvarlig og frist for gjennomføring. Flere av punktene i vedtaket er ikke fulgt opp. Revisjonen viser at det fremdeles ikke foreligger varslingsrutiner for ledere, eller at det er gjort en «gjennomgang av øvrige systemer for varslings og melding i eksisterende internkontroll- og HMS-rutiner for å sikre at disse er i samsvar med regler for varslings». Konsernrevisjonen er kjent med at det er utarbeidet utkast til flere maler som skal støtte varslingsutvalgets saksbehandling og oppfølging av varslings saker.

Saksfremlegget til ledermøtet hvor tiltak for å styrke ordningen ble behandlet beskriver en involveringsprosess med innspill, møter eller dialog med ansattrepresentanter, stabsmøte og varslingsutvalget. De intervjuede har varierende oppfatning av å ha blitt involvert i prosessen. Det fremstår som at forslaget til vedtak i ledermøtet har vært på en innspillrunde i deler av organisasjonen. Det samme gjelder forslaget til oppdatert varslingsrutine som

ble publisert våren 2019. Flere vurderer at de kommer for sent inn i slike evalueringsprosesser.

4.6 Vurderinger

Gode varslingsrutiner må tilpasses situasjonen og behovet i hver enkelt virksomhet. Arbeidsmiljøloven § 2 A fastsetter enkelte minimumskrav til interne rutiner. Utover dette er det «god praksis» i henhold til blant annet lovforarbeider, Arbeidstilsynets nettsider, samt veiledere og retningslinjer for sammenlignbare virksomheter som er førende.

Konsernrevisjonens samlede vurdering er at den interne varslingsrutinen i Vestre Viken HF kun omhandler deler av varslingsprosessen.

Minimumskravene i varslingsbestemmelsene er ikke godt nok ivaretatt. Mer veiledning og støtte til ansatte som vurderer eller ønsker å varsle, og i saksbehandling ved mottak og videre behandling og oppfølging av varsel, vil styrke varslingsordningen. Roller og ansvar, samt ivaretagelse av de grunnleggende prinsippene for god saksbehandling, bør avklares og fremgå på en tydeligere måte.

Forankring og fremstilling av en helhetlig prosess vil styrke varslingsordningen

Hvordan virksomheten har lagt til rette for en god åpenhets- og ytringskultur er av stor betydning for ansatte og innleides trygghet til å varsle om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen. Revisjonen viser at ledelsen i Vestre Viken HF ved administrerende direktør er opptatt av åpenhet, og at dette er godt kjent i organisasjonen. De ansatte blir i ulike arenaer oppfordret til å si ifra om forhold de mener er kritikkverdige. For å ta neste skritt – å varsle om et mulig kritikkverdig forhold, er det avgjørende at de ansatte opplever at helseforetakets varslingsordning er godt forankret og innebærer en forutsigbar og trygg prosess med tydelig avklarte roller og ansvar.

Vestre Viken HF har i dag ingen helhetlig beskrivelse av varslingsordningen med en prosess som dekker helseforetakets aktivitets- og omsorgsplikt, fra en ytring om mulige kritikkverdige forhold mottas til saken og de berørte er forsvarlig håndtert og fulgt opp. Revisjonen indikerer at organisasjonen så langt heller ikke har sett på mottak og håndtering av varsel som en helhetlig prosess med et sett av avhengigheter mellom flere aktører og aktiviteter som må utføres. Mottak og saksbehandling av ytringer om påståtte kritikkverdige forhold i et avgrenset perspektiv kan medføre brudd på grunnleggende prinsipper for saksbehandling og manglende ivaretagelse av varsleren, den omvarslede og andre berørte. Konsernrevisjonens vurdering er at liten bevissthet om en helhetlig tilnærming kan ha sammenheng med et uklart eierskap til styrende dokumenter og den samlede ordningen.

Hvordan varslingsordningen blir oppfattet styres av signaler og forankring hos ledelsen og styret. I Vestre Viken HF er prinsipper for varslingsordningen behandlet og vedtatt i ledermøte. Den interne varslingsrutinen som primært omhandler varslingsutvalgets myndighet og saksbehandling, godkjennes av utvalgets leder. Rutinen er ikke fullt ut oppdatert i tråd med gjeldende varslingsbestemmelser. Revisjonen viser at det også er usikkerhet om gyldighet og hvem som eier/godkjenner flere andre dokumenter som er oppgitt å være styrende innen varsling.

For å styrke varslingsordningen er det etter konsernrevisjonens vurdering behov for en sterkere forankring og et mer tydelig eierskap til styrende dokumenter og varslingsordningen som helhet. Konsernrevisjonen konstaterer at det pågår en prosess med å forankre styrende dokumenter i styret, herunder etiske retningslinjer og varslingsrutinen.

Roller og ansvar er ikke tilstrekkelig avklart og formalisert

Flere stillinger og funksjoner kan ha en rolle i varslingsaker. Arbeidstilsynet anbefaler at man beskriver disse rollene i varslingsrutinen, slik at ingen er i tvil om hvilken rolle den enkelte har i en varslingssak. Eksempler på slike stillinger og funksjoner kan være administrerende direktør, styreleder, tillitsvalgte, HR-

funksjonen, varslingsutvalget i virksomheten, bedriftshelsetjenesten og andre eksterne konsulenter. Særlig viktig er det å klargjøre roller og ansvar mellom de ulike funksjonene.

Vestre Viken HF beskriver ikke eksplisitt roller og ansvar i sin varslingsrutine. Ansvar og oppgaver er ikke tydelig adressert med krav og forventninger til de ulike aktørene og aktivitetene i varslingsprosessen, noe som innebærer en risiko for ulik forståelse og at sentrale oppgaver og funksjoner ikke blir tilstrekkelig ivaretatt. Varslingsrutinen som er skrevet for varslingsutvalget omhandler i noen grad linjelederne, men rutinen gir ikke en dekkende beskrivelse av deres funksjon ved mottak og håndtering av ytringer om påståtte kritikkverdige forhold. Andre sentrale støtte- og rådgivningsfunksjoner enn varslingsutvalget er ikke beskrevet. Spesielt HR-funksjonen, men også bedriftshelsetjenesten, vernetjenesten og de tillitsvalgte, har i praksis stor betydning for arbeidet med ytringer om påståtte kritikkverdige forhold. Dette gjelder både i rollen som rådgivere overfor varslere, omvarslede og andre berørte, samt ledere. Erfaring viser at arbeidsmiljøutvalg vanligvis ikke har en rolle i konkrete varslingsaker, men at de kan delta i arbeidet med varslingsrutiner. Arbeidstilsynet anbefaler at virksomhetens sentrale arbeidsmiljøutvalg blir orientert om antall varslingsaker, hvilke kritikkverdige forhold disse sakene gjelder og hvordan sakene blir håndtert og løst.

Etter konsernrevisjonens vurdering er det behov for å tydeliggjøre og formalisere roller og ansvar for de ulike funksjonene i varslingsordningen. Dette gjelder også administrerende direktør og styrets rolle og ansvar som i liten grad fremgår av de styrende dokumentene. Uklare styringslinjer og ansvarsforhold ble også påpekt i rapporten etter ekstern undersøkelse av takstbruk i Avdeling for Klinisk Patologi. Se kapittel 5.4 for nærmere vurdering av rollen til varslingsutvalget og eksternt varslingsmottak.

Den skriftlig varslingsrutinen må oppdateres i tråd med gjeldende bestemmelser og prinsipper slik at den gir tilstrekkelig støtte for å varsle og saksbehandle ved mottak, behandling og oppfølging av varsel

Vestre Viken HF oppfordrer i sine rutiner til å varsle om kritikkverdige forhold, og det presiseres at dette gjelder alle ansatte og de som utfører arbeid for helseforetaket. Varslingsrutinen er imidlertid på flere områder ikke dekkende for hva en varslingsrutine bør inneholde for å oppfylle minimumskravene i arbeidsmiljøloven kapittel 2 A og Arbeidstilsynets anbefalinger for en varslingsrutine. Rutinen omhandler i hovedsak varslingsutvalget og deres arbeid, og gir ikke veiledning og føringer for alle relevante aktører og aktiviteter i en varslingsprosess. Dette reduserer mulighetene for en helhetlig tilnærming og muligheten for å etterleve lovbestemmelser og prinsipper for god saksbehandling ved håndtering av ytringer om påståtte kritikkverdige forhold. Selv om varslingsrutinen oppfordrer til å varsle, medfører svakheter og mangler ved innhold og fremstilling risiko for at prosessen fremstår som lite forutberegnelig, og at den ikke gir tilstrekkelig støtte og veiledning til de som ønsker å varsle og de som mottar og behandler ytringer av slik art.

I varslingsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven som trådte i kraft 1. januar 2020 er begrepet «kritikkverdige forhold» definert gjennom en ikke-uttømmende liste med eksempler. Rutinen i Vestre Viken HF er ikke oppdatert i tråd med endringene, og begrenser muligheten til å varsle i strid med gjeldende regler. Rutinen gir heller ingen tydelig definisjon av hva et varsel er eller hva det kan varsels om. Avgrensning mot andre interne rutiner medfører usikkerhet om når rutinen skal anvendes. Mobbing og trakassering inngår i definisjonen av kritikkverdige forhold i arbeidsmiljøloven, og håndteringen av slike saker bør derfor være en del av varslingsrutinen. Erfaringsmessig er det i ulike virksomheter en stor utfordring at få har klare forestillinger om hva som er en varslings sak og hva som er noe annet, eksempelvis klage i egen personalsak. Konsernrevisjonens forståelse er at usikkerheten i Vestre Viken HF først og fremst skyldes manglende klargjøring og definisjoner i intern rutine, i tillegg til liten opplæring og bevisstgjøring. En tydelig definisjon av hva det kan varsles om og hva som er å anse som kritikkverdig forhold, vil i tillegg til mer opplæring

og varsling på «agendaen» bidra til større grad av felles forståelse av hva det kan og skal varsles om etter arbeidsmiljølovens bestemmelser. Dette vil dessuten skape større trygghet og legitimitet for ordningen og det å varsle.

Skriftlige varslingsrutiner skal bidra til forutberegnelighet i prosessen og sikre likebehandling og sporbarhet. Varslingsrutinen i Vestre Viken HF gir ikke en helhetlig beskrivelse av fremgangsmåte for varsling og for arbeidsgivers saksbehandling ved mottak, behandling og oppfølging av varsling. Rutinen gjenspeiler ikke tydelig krav og forventninger, og gir ikke tilstrekkelig støtte og veiledning til relevante aktører i ulike faser av prosessen. For eksempel viser revisjonen at linjelederne i stor grad støtter seg på andre foretaksinterne saksbehandlingsrutiner ved mottak av ytringer som etter arbeidsmiljøloven defineres som kritikkverdige forhold. HR-funksjonen er blant de som fremstår å ha en viktig rolle i saksbehandling og dokumentasjon i varslingssaker, men deres ansvar og oppgaver er ikke omtalt. Krav og forventninger ved mottak av varsel i andre kanaler enn varslingsutvalget inngår ikke. Rutinen omhandler varslingsutvalget, men revisjonen viser at den også for utvalget kun i begrenset grad gir føringer og veiledning for saksbehandling av ytringer om påståtte kritikkverdige forhold. Beskrivelsene er dessuten ikke utformet for å håndtere saker som krever støtte av annen type kompetanse enn HR, for eksempel ytringer om økonomiske misligheter eller brudd på personopplysningsikkerheten/ personvernlovgivningen. Vesentlige forhold som forbud mot gjengjeldelse, og hvordan arbeidsgiver skal påse at den som har varslet har et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, er ikke omtalt.

Rutinen bør også beskrive saksbehandling i det tilfelle et varsel omhandler et medlem av varslingsutvalget, administrerende direktør eller et medlem av styret. Dersom et varsel omhandler administrerende direktør vil eksempelvis alle som rapporterer i linje til øverste leder være inhabile, herunder alle medlemmer av varslingsutvalget.

Ivaretagelse av grunnleggende prinsipper for god saksbehandling er viktig for tilliten til ordningen. Varslingsrutinen omhandler anonym varsling, men beskriver ikke ulike grader av anonymitet og presiserer gjentatte ganger begrensningene ved å varsle anonymt. Selv om helseforetaket har etablert et eksternt varslingsmottak, er det vår vurdering at rutinen signaliserer en høy terskel for å varsle anonymt. Rutinen bør samstemmes med mulighetene som tilbys gjennom den eksterne varslingskanalen. Helseforetaket bør endre tilnærmingen ved håndtering av anonyme varsler til å søke å oppnå større grad av åpenhet gjennom informasjon om muligheter og begrensninger. Revisjonen har vist at helseforetaket har god bevissthet om habilitet ved saksbehandling både i varslingsutvalget og i linjen. For å bevare bevisstheten og sikre gode vurderinger bør imidlertid praksis og forventninger formaliseres. Etter vår vurdering er det også et behov for at rutinen i større grad synliggjør hvordan og hvem som skal ivareta de grunnleggende prinsippene for personvern, konfidensialitet og kontradiksjon.

Fremstilling og språk er også viktige elementer ved utforming av en rutine som har som mål å skape trygghet og tillit. Revisjonen har vist at det er flere eksempler på misvisende og/eller feil omtale og begrepsbruk. I avsnittet over er nevnt eksempel med uheldig fremstilling av begrensninger ved anonyme varsler. Et annet eksempel er «avvisning» av sak. Konsernrevisjonens vurdering er at både rutine og praksis ikke innebærer et avslag ved henvendelser om påståtte kritikkverdige forhold, men snarere en eventuell undersøkelse og en vurdering av om det foreligger et kritikkverdige forhold i henhold til arbeidsmiljøloven.

Utforming og evaluering av varslingsrutinen må bli en del av det systematiske HMS-arbeidet

Den interne varslingsrutinen skal utarbeides i tilknytning til virksomhetens systematiske HMS-arbeid i samarbeid med arbeidstakerne og de tillitsvalgte. Konsernrevisjonen er kjent med at det er gjort ansettelser for å styrke arbeidet på HMS-området. Varsling vil være en naturlig del av et helhetlig HMS-system, med planer, systematiske risikovurderinger og jevnlig rapportering. Slik vil

varslingsrutinene i helseforetaket på en god måte kunne knyttes til helseforetakets HMS-arbeid, i tråd med varslingsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven, og dessuten inngå som en del av helseforetakets overordnede risikovurderinger og LGG.

Etter konsernrevisjonens vurdering bør varslingsrutinen beskrive hvordan enkeltsaker og ordningen som helhet skal evalueres. Hvem som er ansvarlig for gjennomføring, hvordan de ansatte skal involveres og hvilke frister som gjelder for arbeidet, bør angis slik at eventuelle innspill kan inngå i helseforetakets øvrige risiko- og forbedringsarbeid.

Medarbeiderundersøkelsen ForBedring benyttes aktivt som et forbedringsverktøy i helseforetaket. Det er viktig å merke seg at rapporten er ment å være en av flere datakilder til det systematiske arbeidet med å redusere risiko for uønskede hendelser både i pasientbehandling og arbeidsmiljø. I tillegg er det viktig å være oppmerksom på at andre områder hvor varslingsordningen kommer til anvendelse, ikke er dekket av denne kartleggingen. Det gjelder eksempelvis brudd på personopplysningssikkerheten og ulike former for økonomisk kriminalitet.

Konsernrevisjonens samlede vurdering er at minimumskravene i varslingsbestemmelsene ikke er godt nok ivaretatt i den interne varslingsrutinen. For å sikre en forutsigbar prosess som oppfordrer til å varsle om kritikkverdige forhold, og samtidig bidrar til en god håndtering av selve varselet og ivaretar varsleren, den omvarslede og andre berørte på en tilfredsstillende måte, er det behov for å se på og beskrive håndteringen i et helhetlig perspektiv. Dette vil bidra til en felles tilnærming og forståelse, og samtidig redusere risikoen for ulik håndtering på tvers av enhetene i helseforetaket. Ved oppdatering av

varslingsrutinen bør helseforetaket støtte seg til anbefalingene på Arbeidstilsynets nettsider om varslingsrutiner.



5. Varslingsutvalget – en verdi for helseforetaket

En av de største utfordringene i varslingssaker knytter seg til mangel på kunnskap og erfaring. Gjennom å være en naturlig rådgiver og en sentral aktør ved håndtering av kompliserte varslingssaker vil varslingsutvalget kunne bygge kompetanse og bidra til bevisstgjøring og opplæring i organisasjonen. Videre vil utvalget kunne bidra til å trygge en god håndtering av ytringer om påståtte kritikkverdige forhold.

5.1 Varslingsutvalget som kompetansesenter

Varslingsutvalgets egen kompetanse

I en rapport etter en ekstern undersøkelse av takstbruk ved Avdeling for Klinisk Patologi, datert 25. februar 2018, stilles det 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 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 å iverksette tiltak for å sikre varslingsutvalgets myndighet, selvstendighet, kapasitet og kompetanse, herunder tilrettelegging for nødvendig kompetanseheving for varslingsutvalgets medlemmer.

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. Ifølge varslingsutvalgets årsmelding har utvalget i 2019 også bestått av en spesialrådgiver. Leder av utvalget skal utpekes av administrerende direktør, mens direktør Kompetanse velger representanter fra sitt område, og tilsvarende for vernetjenesten og organisasjonene etter

hovedsammenslutningsmodellen. Referater og saksdokumenter i forbindelse med sammensetning av nytt utvalg, samt intervjuer i anledning revisjonen, viser at det er bevissthet om kompetanse og interessekonflikter. Det er en oppfatning blant flere av de intervjuede at representanter fra HR ikke bør sitte i utvalget da de gjennom daglige oppgaver har et tett samarbeid med lederlinjen, og det fort kan oppstå habilitetsutfordringer. Samtidig får vi opplyst at HR vil bli involvert som støttefunksjon dersom varslingsutvalget mottar en varslingssak.

Ifølge varslingsrutinen skal medlemmene i varslingsutvalget få nødvendig kompetanseheving for å kunne ivareta sin rolle i utvalget. Leder av utvalget skal vurdere hvilken kompetanseheving som er nødvendig. Det er så langt ikke gjort vurderinger av behovet for kompetanseheving for utvalgets medlemmer. Foretaksjuristen bidrar i intern undervisning, og deltok sammen med den tillitsvalgte på et webinar om varsling i sommer. I etterkant av webinaret er kunnskapen delt i et internt møte i utvalget. Andre kompetansehevingstiltak er ikke kjent for konsernrevisjonen.

Varslingsutvalgets rolle – rådgivning og saksbehandling

Varslingsutvalget har ifølge varslingsrutinen som oppgave å utrede og behandle varsel om kritikkverdige forhold som sendes til utvalget, samt om nødvendig gi råd og involveres i varsler sendt eller håndtert i linjen. Samtidig fremgår det at utvalget ikke skal behandle saker som allerede er til behandling i linjen. Dette skal hindre parallelle prosesser. Rutinen omhandler i liten grad beskrivelser av hvordan utvalget skal utøve sin saksbehandling, jf. kapittel 4.

Varslingsutvalget er tilgjengelig gjennom direkte kontakt, bruk av varslingsskjema eller egen e-postadresse.

Intervjuer viser at det er ulik oppfatning i organisasjonen om varslingsutvalgets rolle, spesielt knyttet til rådgivning. Forståelsen av utvalgets ansvar og oppgaver er også ulik innad i utvalget. Flere av medlemmene oppfatter at utvalget har stor takhøyde og at de har gitt råd, både til ansatte som vurderer å

varsle og til ledere som har mottatt ytringer om påståtte kritikkverdige forhold. Samtidig er de opptatt av å ikke «blande seg opp i linjens håndtering». I intervjuer med linjelederne fremkommer at de i liten grad har vært i kontakt med varslingsutvalget. Varslingsutvalgets rolle oppfattes av linjen til primært være å undersøke varsler som mottas av varslingsutvalget direkte. Linjelederne søker støtte og veiledning hos HR, selv om flere saker skal ha vært aktuelle for varslingsutvalget. Flere har forstått at varslingsutvalget ikke er til for å gi råd til lederne. Flere opplever også at avgrensningen av ansvar og oppgaver mellom linjen og varslingsutvalget ved håndtering av ytringer om påståtte kritikkverdige, ikke er tydelig definert.

Administrerende direktør vurderer at varslingsutvalget bør ha tilstrekkelig kompetanse til å vurdere ytringer om påståtte kritikkverdige forhold, og at de bør være en rådgiver og et kompetansesenter. Intervjuene indikerer også et felles ønske i organisasjonen om et varslingsutvalg som en tydeligere rådgivende enhet for både ledere og ansatte.

Roller og ansvar innad i varslingsutvalget er ikke tydelig definert. Ifølge varslingsrutinen håndterer utvalget varslings saker i møter der samtlige medlemmer innkalles. Utvalget er beslutningsdyktig når tre medlemmer, i tillegg til leder, er til stede. I intervjuer er det opplyst at henvendelser om påståtte kritikkverdige forhold i første omgang vurderes av leder og jurist. I ettertid blir saken diskutert i utvalget. Nærstab sørger for en sekretær til utvalget. Funksjonen er ikke beskrevet. Det fremkommer i samtaler at sekretæren kaller inn til møter og skriver referater for utvalget, men at hun ikke deltar ved intervjuer og behandling av varslings saker. Sekretæren fremstår som ansvarlig for arkivering, og har administratorrettigheter til det lukkede filområdet som varslingsutvalget disponerer.

5.2 Ekstern varslingsjeneste

I ledermøte den 10. oktober 2018 ble det besluttet at et av tiltakene for å styrke varslingsordningen skulle være å etablere et eksternt varslingsmottak. Hensikten var å etablere en varslingskanal som sikrer full anonymitet ovenfor helseforetaket ved at en varsler kan henvende seg til eksterne. Avtale med BDO AS om bistand til ekstern varslingsjeneste ble signert av leder i varslingsutvalget den 30. januar 2019. Avtalen hadde en varighet på ett år, men kunne forlenges etter ønske fra Vestre Viken HF. Vi er ikke kjent med om avtalen er fornyet.

Avtalen om ekstern varslingsjeneste gir tilgang til fem ulike kanaler for varslings, blant annet nettbasert varslings via web-skjema i lenke som tilgjengeliggjøres av helseforetaket. Videre innebærer avtalen blant annet dialog med varsler, innledende undersøkelser og utarbeidelse av et skriftlig sammendrag av hva varselet gjelder med anbefalinger til videre håndtering i Vestre Viken HF. Avtalen tilbyr tilleggstenester innen workshop, e-læring, granskning og rådgivning.

I intervjuer fremkommer stor usikkerhet om hva avtalen med eksternt varslingsmottak innebærer, også blant varslingsutvalgets medlemmer. Enkelte er av den klare oppfatning at mottaket kun er en «postkasse», mens andre antyder at bruk av denne kanalen også innebærer samtaler og innledende undersøkelser. BDO AS har etter det vi er kjent med ikke mottatt varsel relatert til Vestre Viken HF.

5.3 Samlet oversikt over antall og type varslings saker

Rapportering fra linjen

Det foreligger ingen samlet oversikt over antall og type varslings saker i Vestre Viken HF. Helseforetaket har ikke etablert formell rapportering om varslings saker fra linjen til varslingsutvalget eller administrerende direktør. De klinikklederne som er intervjuet vurderer at de systematisk vil bli informert av

sine ledere ved ytringer om påståtte kritikkverdige forhold. Praxis for videre rapportering i linjen varierer. Ifølge varslingsrutinen kan varslingsutvalget kreve å bli holdt orientert fra linjen om hvilke tiltak som iverksettes i den enkelte sak, og hvordan saken følges opp. Utvalget bestemmer i henhold til rutinen om dette skal skje skriftlig og/eller i møte.

Rapportering fra varslingsutvalget

Varslingsutvalget utarbeidet sin første årsmelding for 2019. Årsmeldingen redegjør kort for utvalgets arbeid. Det fremkommer at det i 2019 ikke er innmeldt nye varslings saker til varslingsutvalget eller til det eksterne varslingsmottaket. Videre fremkommer at varslingsutvalget er kjent med at det har kommet varsler i linjen som er blitt håndtert uten involvering av varslingsutvalget. Det er opplyst at dette blant annet gjelder konkrete henvendelser til administrerende direktør om utfordringer med driftssituasjonen ved enkelte avdelinger. Enkelte av henvendelsene skal være håndtert på lavere nivå, mens andre har fulgt linjen opp til administrerende direktør. Varslingsutvalgets årsmelding er presentert i HAMU.

I henhold til varslingsrutinen rapporterer varslingsutvalget til administrerende direktør. Orientering skal gis fortløpende i saker der det anbefales konkrete tiltak.

Per i dag er det ingen formell rapportering til styret om varsling. Styreleder fra februar 2020 signaliserer et ønske om en årlig redegjørelse i styret for varslingsutvalgets arbeid, herunder en totaloversikt over antall og type varslings saker i helseforetaket. I tillegg mener hun at styreleder skal informeres umiddelbart om alvorlige varslings saker og sammen med administrerende direktør avgjøre om hele styret skal informeres.

5.4 Vurderinger

Et anerkjent og velfungerende varslingsutvalg vil representere en verdi for helseforetaket. Gjennom å bli informert og involvert ved varsling i helseforetaket vil utvalget bygge kompetanse som kan benyttes til opplæring og bevisstgjøring, og håndtering av de mest kompliserte varslings sakene. Konsernrevisjonens vurdering er at varslingsutvalget i Vestre Viken HF er etablert som et overordnet organ, men det er behov for å avklare i hvilke grad og eventuelt hvordan varslingsutvalget skal være et kompetansesenter og en rådgivende enhet for ledere og ansatte.

En styrking av varslingsutvalgets rolle og kompetanse vil tilføre verdi for helseforetaket

Kunnskap og erfaring fra tidligere varslings saker er viktig for forståelse og håndtering av ytringer om påståtte kritikkverdige forhold. Enkelte saker er vanskelige med mange involverte og sammensatte problemstillinger. Slike saker kan lett utvikle seg til å bli store kompliserte saker som igjen kan få konsekvenser for arbeidsmiljøet, varsleren eller de som blir utpekt som ansvarlige, i tillegg til å påvirke virksomhetens omdømme negativt. Helseforetaket bør derfor ha et organ som bidrar til at varsling blir tatt på alvor, varsleren blir tatt vare på, og hvor det iverksettes adekvate prosesser umiddelbart for å få avklart om det foreligger kritikkverdige forhold, og der det kritikkverdige forholdet bringes til opphør.

For at varslingsutvalget skal være en tydeligere rådgivende enhet og et overordnet kompetanseorgan slik ledere og ansatte i helseforetaket ønsker, er det behov for å klargjøre og styrke utvalgets rolle. Slik varslingsprosessen beskrives i dag av de intervjuede så er det uklart når og på hvilken måte varslingsutvalget bør og skal involveres. Blant annet gjelder dette undersøkelser av varslings saker, men særlig i hvilken grad varslingsutvalget skal ha en veiledende rolle overfor ansatte, innleide og ledere. Varslingsutvalget bør også ha en funksjon med å sikre at håndteringen av ytringer om påståtte kritikkverdige forhold på tvers av enhetene er konsistent og i henhold til styrende dokumenter. Mangler ved rolleavklaringen kan ha sammenheng med

at varslingsutvalget har hatt få saker til behandling. Få behandlede saker kan også indikere at det er en opplevelse av en høy terskel for å kontakte varslingsutvalget, og/eller at utvalgets rolle er lite kjent blant arbeidstakerne.

Konsernrevisjonens vurdering er at det også er behov for å definere roller og ansvar internt i varslingsutvalget. En slik klargjøring må henge sammen med ansvar og oppgaver som følger av en formålstjenlig intern varslingsrutine og grunnleggende prinsipper for god saksbehandling. Eksempelvis gjelder dette ansvar for dokumentasjon av saksbehandlingen. Utvalget har egen sekretær, men sekretæren deltar ikke i saksbehandling/håndtering av varslingsaker. Varslingsutvalget har i dag relativt mange medlemmer, sammenlignet med tilsvarende organer i andre virksomheter. Etter vår vurdering er dette også noe som helseforetaket bør vurdere ut fra prinsippet om at identiteten til varsleren og opplysninger i saken ikke skal gjøres kjent for flere enn strengt nødvendig.

Dersom varslingsutvalget skal være et sentralt og aktuelt organ innen varsling er det viktig at utvalget ikke underkjenner behovet for egen kompetanse. Medlemmene av utvalget må delta i beslutninger av stor betydning for de berørte og må derfor ha solid kompetanse innen varsling. Kompetanse kan tilegnes gjennom konkrete kompetansehevingstiltak. Dette skal vurderes og følges opp systematisk, ifølge varslingsrutinen. Også ved å være en naturlig rådgiver for linjen og saksbehandler i vanskelige saker, samt å være et bindeledd til ledelsen i rapportering av antall og type varslingsaker, vil utvalget etter vår vurdering bygge kompetanse. Slik kan utvalget bidra til å forebygge tilsvarende hendelser og ta del i det systematiske forbedringsarbeidet. Utvalget vil få kunnskap og erfaring som bør benyttes aktivt til opplæring og bevisstgjøring i helseforetaket, og som innspill til risikoanalyser i helseforetakets plan- og oppfølgingsprosesser.

Rollen til ekstern varslingsjeneste er ikke tilstrekkelig avklart og kjent

Varslingsutvalget har på vegne av Vestre Viken HF signert avtale om bistand til ekstern varslingsjeneste. Under forutsetning av at avtalen er forlenget bør helseforetaket ta stilling til hvordan denne tjenesten skal benyttes, utover å tilgjengeliggjøre en lenke som sikrer en mulighet for anonym varsling. Det er ulik oppfatning blant de intervjuede i varslingsutvalget og ledelsen om hva det eksterne mottakets rolle er.

Etter konsernrevisjonens vurdering gir ikke rutinen eller annen informasjon tilstrekkelig beskrivelse av hvordan et varsel til eksternt varslingsmottak vil bli håndtert. Dette påvirker tryggheten, og kan være av avgjørende betydning for den som ønsker å varsle anonymt. Videre er det etter vår vurdering et uutnyttet potensiale i avtalen som gir tilgang til flere kanaler for varsling enn det som er gjort kjent i organisasjonen. Konsernrevisjonen vurderer at det er behov for å avklare og synliggjøre hvordan den eksterne varslingsjenesten skal inngå i en helhetlig varslingsprosess, herunder behovet for et samarbeid med varslingsutvalget som bidrag til å heve utvalgets kompetanse.



6. Kompetanse og bevisstgjøring

Et viktig ledd i varslervernet er å sette arbeidsgiver og arbeidstakers representanter i stand til å håndtere interne varsler og varslere. Tilstrekkelig kompetanse vil gi styrke til å stå støtt i vanskelige varslings saker. Lett tilgjengelig informasjon om den lokale varslingsordningen er en forutsetning for at ansatte og innleide våger å si ifra om kritikkverdige forhold.

6.1 Informasjon om varslingsordningen

Betydningen av en god åpenhetskultur og det «å si i fra» har vært kommunisert aktivt fra ledelsen i Vestre Viken HF de senere årene. «Varslingsknappen» er lett synlig på helseforetakets forside på intranett. Via denne siden fremkommer informasjon om varsling generelt og varslingsordningen i Vestre Viken HF. Informasjon fra ulike intra- og internettsider, Personelhåndboken og eHåndboken er lenket sammen. Innholdet i de styrende dokumentene det er lenket til er imidlertid ikke oppdatert i tråd med gjeldende varslingsbestemmelser som trådte i kraft 1. januar 2020. Intranettsiden fra «varslingsknappen» mangler viktig informasjon om forbud mot gjengjeldelse, håndtering i linjen, samt en oppfordring til å varsle. Informasjonen er dessuten ikke konsistent på tvers av de ulike kildene. Flere opplyser i intervju at det er en utfordring at informasjonen er fragmentert.

De intervjuede har alle den oppfatningen at «varslingsknappen» på intranett er godt kjent blant de ansatte, men at selve varslingsordningen ikke er tilstrekkelig kjent. De mener at de ansatte er kjent med at helseforetaket har en varslingsordning på plass og hvor de skal lese dersom de trenger mer informasjon. Trolig får de innleide ikke helt den samme informasjonen som de ansatte. Ansatte i helseforetakene har mye informasjon å forholde seg til. Flere opplyser at det handler om prioriteringer og at helseforetaket har en utfordring med å nå godt nok frem til ansatte og innleide i mengden av all informasjon som skal kommuniseres.

På helseforetakets internettsider er det informasjon om varsling i Vestre Viken HF. Det er mulighet for å varsle til egen e-postadresse som håndteres av varslingsutvalget. Internettsiden har ikke informasjon om en ekstern varslingskanal.

6.2 Opplæring

Per i dag har helseforetaket ikke definert behovet for kompetanse innen varsling, og ut fra dette kunne planlegge opplæring tilpasset ulike roller. En egen kompetansemodul er nå under innføring i helseforetaket. Det er stabsområdet kompetanse som er ansvarlig for opplæring innen temaet varsling.

Etikk for alle i Vestre Viken er ett av de fem første obligatoriske kursene som skal gjennomføres av alle nye medarbeidere. E-læringskurset bygger på helseforetakets egne etiske retningslinjer og en case-samling. Kurset inneholder blant annet en klar oppfordring om at alle kan si fra om uheldige opplevelser og at dette kan gjøres uten risiko for gjengjeldelse. Det er ikke gitt nærmere informasjon om varslingsordningen i helseforetaket eller hvor en medarbeider kan finne slik informasjon.

Den interne opplæringen innen HMS og for ledere har vært under omlegging. Flere opplyser at temaet varsling har falt litt ut, og fått for liten oppmerksomhet i det nye lederprogrammet. Opplæringsmaterialet er relatert til arbeidsrett og personalsaker, og i liten grad varslingsordningen i Vestre Viken HF. Opplæringen for tillitsvalgte og verneombud er i hovedsak knyttet til dialogmøter på ulike nivå. Varsling skal ha vært tema i slike møter, på lik linje med eksempelvis konflikthåndtering. Det er opplyst å være et arbeid på gang med å styrke opplæringen innen varsling, herunder ny modell for HMS-opplæring for vernetjenesten, tillitsvalgte og medlemmer av arbeidsmiljøutvalgene.

Bedriftshelsetjenesten opplyser at de i flere av sine årsrapporter har anbefalt helseforetaket å styrke kompetansen til ledere innen konflikthåndtering og håndtering av uheldige belastninger. Betydningen av at de foretaksinterne rutinene for å si i fra eller varsle er godt kjent for arbeidstakerne er også kommunisert gjennom årsrapport fra bedriftshelsetjenesten.

Styret har ikke mottatt opplæring eller annen informasjon om varslingsordningen.

6.3 Vurderinger

Varslingskanalene og hva det kan og skal varsles om må være kjent og lett tilgjengelig for arbeidstakerne for at de skal kunne benytte seg av muligheten for å varsle internt. Videre må helseforetaket ha tilstrekkelig kompetanse til å håndtere mottatte varsel. Vår vurdering er at helseforetaket må styrke kompetansen innen varsling, både for de som skal motta, behandle og følge opp varsling, men også de ansattes forståelse av hva et varsel er og hvordan de kan varsle.

Økt kompetanse og bevissthet vil gjøre det tryggere å varsle og bidra til at flere sier fra om kritikkverdige forhold

Kjennskap til hva et varsel er, og at det er et system på arbeidsplassen som legger til rette for varsling, er viktige premisser for et reelt varslervern. Brukerundersøkelser viser generelt at kompetanse, nødvendig informasjon, samt veiledning og råd, er blant de faktorene som har mest å si for tillit og tilfredshet med etablerte ordninger.

Håndtering av ytringer om påståtte kritikkverdige forhold forutsetter kunnskap om varslingsregelverket og varslingsordningen i helseforetaket. Ledere og medarbeidere i sentrale roller vil også ha behov for kompetanse innen tilgrensende temaer som personopplysningssikkerhet. Manglende kompetanse kan medføre feil anvendelse og behandling etter

gjeldende lover og bestemmelser, samt grunnleggende prinsipper for god saksbehandling.

Den interne opplæringen innen varsling i Vestre Viken HF har vært under omlegging, og det nåværende lederprogrammet har slik konsernrevisjonen vurderer det for liten oppmerksomhet på gjeldende varslingsbestemmelser og varslingsordningen i helseforetaket. Opplæringen for tillitsvalgte og verneombud er i hovedsak knyttet til dialogmøter. Etter vår vurdering vil dette være et godt supplement til en mer grunnleggende og systematisk opplæring gjennom målrettede kurs.

Revisjonen viser at helseforetaket ikke har identifisert behovet for ulike typer kompetanse knyttet til håndtering av varsling, og at planer og tiltak ikke sikrer tilstrekkelig kompetanse på ulike nivå og i ulike deler av saksbehandlingen.

For å sikre tilstrekkelig kompetanse er det konsernrevisjonens vurdering at temaet varsling bør inngå i helseforetakets helhetlige kompetanseutvikling. Ved å definere opplæringsbehovet for ulike roller og aktiviteter vil også planer og innhold i opplæringen kunne tilpasses ulike målgrupper. Alle ansatte og innleide bør ha grunnleggende kunnskaper om helseforetakets varslingsordning, mens ledere og støttefunksjoner bør få mer inngående opplæring i rutiner og forståelsen av disse, eksempelvis ved hjelp av case og dilemmatrening. Selv om helseforetaket gjør rutinemessige vurderinger av egen kompetanse og behovet for å be om bistand fra eksempelvis bedriftshelsetjenesten, bør det selv også inneha grunnleggende kunnskaper om innledende undersøkelser og bruk av ulike metoder for videre behandling av et varsel.

Opplæring innen varsling bør i større grad relateres til helseforetakets egen varslingsordning, og knyttes til opplæring i etiske retningslinjer og HMS-området. Det er konsernrevisjonens inntrykk at helseforetaket har jobbet godt med temaet etikk på alle nivå i organisasjonen. Tilsvarende ble seksuell trakassering satt på «agendaen» i 2017. Erfaringer fra arbeidet med disse to

temaene kan etter vår vurdering tas med i det videre arbeidet. Ved endringer i den etablerte ordningen bør oppdatert informasjon gis i faste arenaer som allmøter, ledermøter, klinikkksamlinger og personalmøter, og eventuelt nyhetsoppslag på intranettet.

De interne rutinene skal ifølge arbeidsmiljøloven være lett tilgjengelig for alle arbeidstakere i virksomheten. En lite opplyst varslingsordning vil for eksempel kunne medføre at potensielle varslere henvender seg direkte til media eller andre eksterne instanser. I så tilfelle vil dette ofte berøre omdømmet til helseforetaket negativt, og det vil kunne innebære en tapt mulighet til å se på varslet som en verdi i helseforetakets arbeid med å forebygge og forhindre kritikkverdige forhold. Det er ledelsen i helseforetaket som må sørge for at varslingsordningen er tilstrekkelig kommunisert i helseforetaket.

Revisjonen indikerer at det er kjent blant de ansatte at de kan varsle, og at dette er et ønske fra ledelsen i helseforetaket at man skal «si i fra» om kritikkverdige forhold. «Varslingsknappen» er lett synlig på intranettet. Innholdet i varslingsordningen og informasjonen bak «varslingsknappen» synes imidlertid ikke å være like godt kjent blant de ansatte og innleide i helseforetaket. Vår vurdering er at dette først og fremst skyldes manglende opplæring og informasjon. I tillegg henger dette trolig også sammen med at informasjonen om ordningen og de styrende dokumentene ikke gir tilstrekkelig oversikt og forutsigbarhet i prosessen, og at beskrivelsene ikke er fullt ut oppdaterte, jf. vurderingene i kapittel 4.6.



7. Modenhetsvurdering

En modenhetsvurdering er et nyttig verktøy som ledd i en kontinuerlig forbedringsprosess. Resultatet av analysen forteller hvor virksomheten står i dag i forhold til kriteriene gitt i bestemmelser, offentlige retningslinjer og utredninger samt god praksis. Rammeverket gir virksomheten konkret veiledning til forbedringstiltak for å kunne løfte modenheten på et høyere nivå.

7.1 Innledning

I dette kapittelet beskriver vi resultatet av modenhetsanalysen av varslingsordningen i helseforetaket. Modellen er utarbeidet av konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst med bistand fra KPMG og er beskrevet i vedlegg 4. Figur 3 nedenfor viser de fire definerte modenhetsnivåene. Rammeverket er basert på bestemmelser, offentlige retningslinjer, utredninger samt god praksis:

- Arbeidsmiljøloven kapittel 2 A. Virksomheter må etterleve minimumskravene i arbeidsmiljøloven. Da endringene som trådte i kraft 1. januar 2020 har vært kjent siden juni 2019 legger vi gjeldende regelverk til grunn for modenhetsanalysen av helseforetaket.
- Arbeidstilsynets temaside hvor varslingsreglene beskrives.
- NOU 2018:6 Varsling – verdi og vern.
- Med «god praksis» mener vi innføring av praksis utover minimumskrav i lovverk og retningslinjer som fagekspert regner som god.

Både bestemmelser, offentlige retningslinjer og utredninger samt god praksis er i stadig utvikling. Rammeverket må jevnlig oppdateres. I oktober 2019 vedtok EU et nytt «direktiv for varslere». Medlemsstatene har frist til desember 2021 for å implementere direktivet i nasjonal lovgivning. Gjennomføringen av direktive er for tiden til vurdering hos departementene. Direktivet stiller strengere krav til virksomhetenes

behandling av varslings saker enn det som følger av den norske arbeidsmiljøloven i dag. Blant annet åpner direktivet for at en større personkrets har rett til å varsle. Videre er det et konkret krav at varslingsmottaker skal være uavhengig og kompetent, og det er skjerpede bestemmelser om taushetsplikt og frister i saksbehandlingen. Hva som er å regne som «god praksis» endres også. Det som var «god praksis» for noen år tilbake kan i dag være noe mangelfullt.

7.2 Forankring og styring

Fokus og forankring hos ledelsen og styret

Ledelsen ved administrerende direktør kommuniserer aktivt og tydelig om åpenhet og det å si ifra om kritikkverdige forhold som en verdi. Prinsipper for varslingsordningen er vedtatt i ledermøte. Styret er ikke orientert om ordningen. Varslingsrutinen er per i dag ikke godkjent av ledelsen. Det pågår en prosess i styret for å forankre styrende dokumenter, herunder varslingsrutiner. Vi vurderer at samlet modenhet i dag er på nivå 2.

Involvering

Varslingsrutinen er utarbeidet etter innspill fra deler av organisasjonen. Det er ikke dokumentert prosesser for systematisk evaluering av rutinen med ansatte. HAMU blir ikke orientert om antall og type varslings saker som er behandlet, og hvordan disse er håndtert og løst. Vi vurderer at modenheten i dag er mellom nivå 1 og 2.

Risikoarbeid

Varsling inngår i virksomhetens risikoarbeid, men er ikke et fast element i et helhetlig HMS-system. Det er ikke etablert rapportering av antall og typer varslings saker til ledelsen og styret. Vi vurderer at modenheten i dag er mellom nivå 1 og 2.

7.3 Varslingsrutinen – aktivitets- og omsorgsplikt

Formål-hensikt-omfang

Rutinen gir noe overordnet informasjon og veiledning, men ingen samlet fremstilling av varslingsprosessen. Vi vurderer at modenheten i dag er mellom nivå 1 og 2.

Roller og ansvar

Varslingsutvalgets rolle er beskrevet i rutinen. Andre sentrale roller er mangelfullt beskrevet. Det fremgår ikke tydelig i hvilken grad varslingsutvalget også skal ha en rolle i å bistå leder og være veileder overfor varslere. Vi vurderer at modenheten i dag er mellom nivå 1 og 2.

Hva det kan og skal varsles om

Hva det kan varsles om er ikke tydelig beskrevet i rutinen. Definisjonen av «kritikkverdige forhold» innebærer en innskrenkning av muligheten til å varsle i strid med endringene i varslingsbestemmelsene fra 1. januar 2020. Det er ikke godt kjent i organisasjonen hva et varsel er. Vi vurderer at modenheten i dag er mellom nivå 1 og 2.

Varslingskanaler og fremgangsmåte

Varslingskanaler og fremgangsmåte er ikke tydelig beskrevet, herunder beskrivelse av anonym varsling. Rutinen beskriver ikke hva et varsel bør inneholde, men varslingsskjemaet gir noe veiledning. Det er tilrettelagt for elektronisk varsling til et eksternt varslingsmottak, hvor elektroniske varslingsskjemaet gir god veiledning til innhold i varselet. Det eksterne varslingsmottaket er lite kjent i organisasjonen. Det er delvis tilrettelagt for varsling fra eksterne via internettside. Vi vurderer at modenheten i dag er mellom nivå 2 og 3.

Saksbehandling av varselet

Varslingsutvalgets saksbehandling er delvis beskrevet i rutinen. Forventninger til saksbehandling ved mottak, innledende undersøkelser og videre behandling er ikke beskrevet. Rutinen beskriver i liten grad beslutningspunkter, tidsfrister og forventninger til dokumentasjon. De viktigste prinsippene objektivitet, konfidensialitet, habilitet, kontradiksjon og personvern er ikke tilstrekkelig omtalt. Saksbehandling for varslere som mottas i det eksterne varslingsmottaket er utydelig beskrevet. Vi vurderer at modenheten i dag er mellom nivå 1 og 2.

Konklusjon, rapportering og evaluering

Konklusjon og evaluering av hver enkelt sak er ikke beskrevet i rutinen. Rapportering inngår delvis. Rutinen beskriver hvilken informasjon som skal gis til de involverte. Rutinen beskriver ikke konsekvenser ved brudd. Vi vurderer at modenheten i dag er mellom nivå 1 og 2.

Ivareta berørte og forebygge gjengjeldelse

Ivaretagelse av berørte er beskrevet i rutinen, men ikke forbud mot gjengjeldelse. Det er ikke beskrevet rutine for vurderinger av om de berørte har et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, inkludert risiko for gjengjeldelse overfor varslere(e). Vår vurdering er at modenheten i dag er mellom nivå 1 og 2.

Tekniske løsninger for varsling og saksbehandling

Tekniske løsninger legger til rette for å varsle og dokumentere saksbehandling av varsel. Det er etablert elektronisk kanal med elektronisk varslingsskjema for varsling til eksternt mottak. Det er etablert egen e-postadresse for kommunikasjon med varslingsutvalget. Varslingsutvalget har opprettet egen katalog med ekstra nivå av sikkerhet for lagring av dokumentasjon i varslingssaker. Saker som behandles av linjen lagres i Public 360. Vi vurderer at modenheten i dag er mellom nivå 2 og 3.

7.4 Kompetanse og bevisstgjøring

Opplæring

Det gjennomføres begrenset opplæring innen varsling og i virksomhetens varslingsordning. Kompetansebehovet for de ulike rollene er ikke definert og kartlagt og opplæringen er i liten grad tilpasset de enkelte rollene. Vi vurderer at modenheten i dag er mellom nivå 1 og 2.

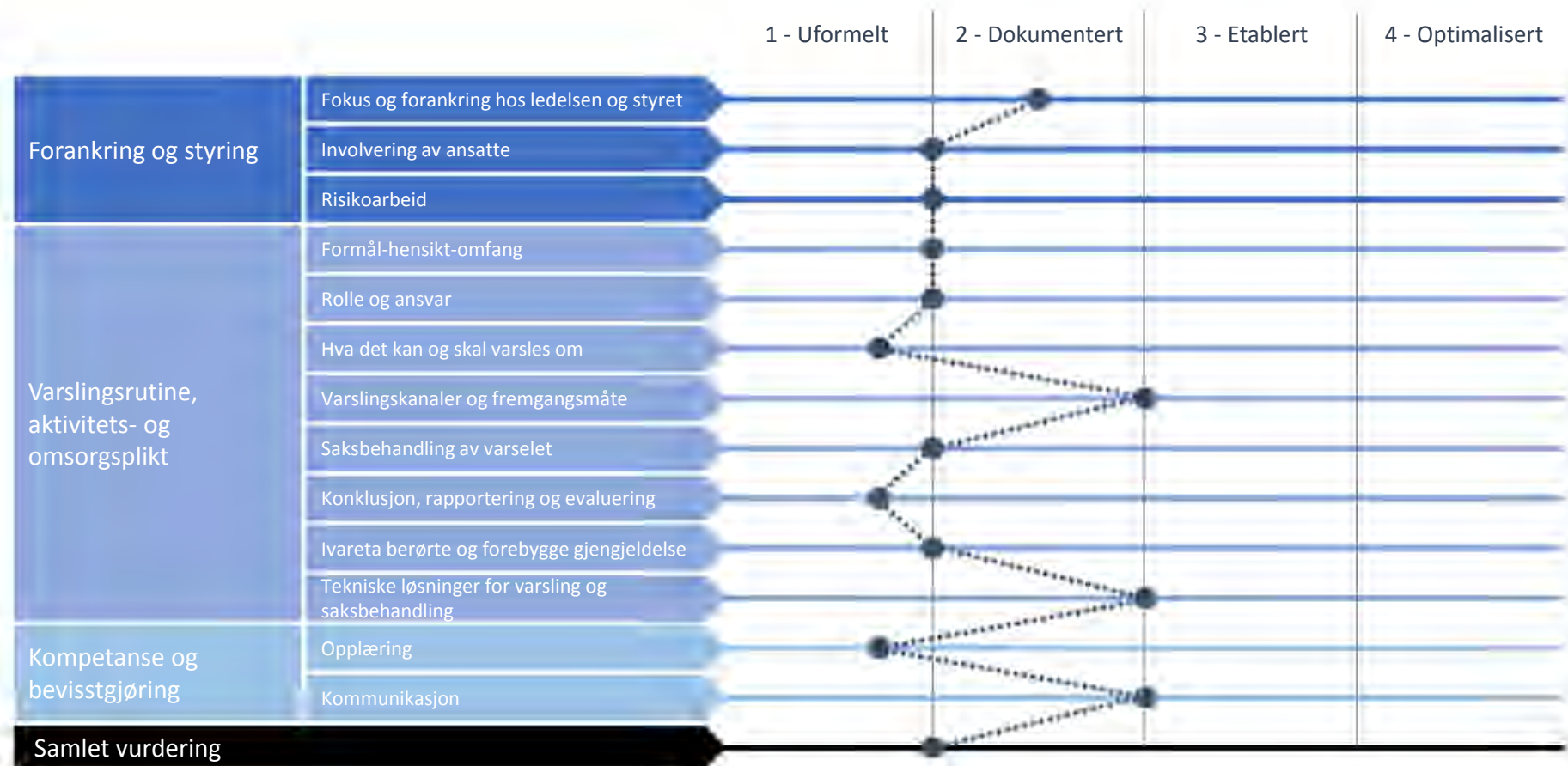
Kommunikasjon

Informasjon om varsling er godt synlig på intranett med egen «varslingsknapp». Materialet er lett tilgjengelig for ansatte og innleide. Ledelsen ved administrerende direktør kommuniserer tydelig om verdien av det å si ifra. Innholdet i selve varslingsordningen fremstår imidlertid ikke som godt nok kommunisert. Vi vurderer at modenheten i dag er mellom nivå 2 og 3.

7.5 Samlet modenhetsvurdering

Konsernrevisjonen vurderer at den samlede modenheten av ordningen i dag ligger mellom nivå 1 og 2 av 4 nivåer. Ledelsen kommuniserer på en god og tydelig måte om det å si ifra om kritikkverdige forhold som en verdi, men de styrende dokumentene ivaretar ikke godt nok kravene i varslingsbestemmelsene og ordningen er ikke godt nok kjent.

Konsernrevisjonen vurderer at alle helseforetak bør være på nivå 3 eller 4.



Figur 3: Modenhetsanalyse av varslingsordningen i Vestre Viken HF

Vedlegg 1

Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene er utledet fra revisjonsgrunnlaget beskrevet i kapittel 3.4. Følgende revisjonskriterier er lagt til grunn:

- Helseforetaket har forankret et systemet for å håndtere varsler om kritikkverdige forhold på overordnet nivå.
- Helseforetaket har etablert parallelle prosesser for å undersøke og saksbehandle det mulige kritikkverdige forholdet, og samtidig ivaretar varsleren, den det varsles om samt andre involverte.
- Konfidensialitet, objektivitet, habilitet, kontradiksjon og personvern er grunnleggende prinsipper som ligger til grunn for organisering og håndtering av varsling.
- Varslingsrutinen er lett tilgjengelig for de ansatte og innleide, og tiltak er etablert for å gjøre ordningen kjent.
- Varslingsordningen er organisert med tydelige roller og ansvar for mottak, behandling og oppfølging av varsling.
- Et etablert system sikrer at aktørene har tilstrekkelig kompetanse til å håndtere varsling i tråd med lovkrav, intern rutine og god praksis.
- Varslingsrutinen er utarbeidet i tilknytning til virksomhetens systematiske HMS-arbeid, og i samarbeid med arbeidstakerne og deres tillitsvalgte.
- Skriftlig varslingsrutine oppfordrer til å varsle og angir fremgangsmåte for varsling og saksbehandling i tråd med bestemmelser og god praksis.

Vedlegg 2

Tabell 1: Informasjonsgrunnlag

Etiske retningslinjer i Vestre Viken (inkl. case-samling)
Arbeidsreglement for Vestre Viken
VV Varsling i Vestre Viken
Flytskjema Varsling av kritikkverdige forhold
Skjema for varsling av kritikkverdige forhold Vestre Viken HF
Bestilling – prosjektkatalog VVHF Interne kvalitetsregistre*
Beskrivelse av rutiner for lagring av dokumenter
VV Konflikthåndtering
VV HMS Mobbing og trakassering på arbeidsplassen
VV MHS Håndtering og saksbehandling av arbeids- og yrkesrelaterte hendelser/avvik
Utkast til maler for varslingsutvalget
Logg Intern oppfølging av varsling
Saksfremlegg (med vedlegg) til styret om <ul style="list-style-type: none">- ledelsens gjennomgang for 2019 (Saksnr. 30/2020)- ledelsens gjennomgang for 2018 (Saksnr. 19/2019)- status omstillingsarbeid i BUPA (Saksnr. 14/2019)- ledelsens gjennomgang for 2017 (Saksnr. 15/2018)- situasjonen ved avdeling for klinisk patologi KMD og videre tiltak (Saksnr. 5/2018)- etiske retningslinjer for ansatte i Vestre Viken (Saksnr. 37/2017)

<p>Notat til ledermøtet om</p> <ul style="list-style-type: none"> - styrking av varslingsordningen (10.10.2020) - trakassering (11.12.2017)
Saksfremlegg og referater fra HAMU
Referater fra Brukerutvalget og Dialogmøte FTV/FHVO
Resultater fra medarbeiderundersøkelsen ForBedring 2020
Årsmelding varslingsutvalget 2019
Årsrapport Vestre Viken HF 2017, 2018 og 2019
<p>Skjermdump fra intranett og fra personalhåndboken, herunder</p> <ul style="list-style-type: none"> - Varsling på intranett/«varslingsknappen» - Varsling – mer utdypende
Oversikt og sjekklister for obligatorisk opplæring for nye medarbeidere
<p>Presentasjoner fra opplæring/kurs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arbeidsrett og personalsaker/Rutiner for varsling - VV Kurs i etikk
VV HMS Bestilling av bedriftshelsetjenester
<p>Avtale med Synergi Helse AS om kjøp av bedriftshelsetjeneste, samt</p> <ul style="list-style-type: none"> - mandat, beskrivelser av undersøkelser, hjelpearbeid for planlegging, veileder for skriving av rapport
Avtale med BDO AS om ekstern varslingstjeneste

Vedlegg 3

Tabell 2: Gjennomførte samtaler

Dato	Navn og stilling/funksjon
27.08.2020	Janne Hjelm-Gabrielsen, foretaksjurist, medlem av varslingsutvalget
27.08.2020	Joan Sigrunn Nygard, foretakstillitsvalgt Psykologforeningen, medlem av varslingsutvalget Toril Morken, foretakstillitsvalgt Norsk overlegeforening, styremedlem
27.08.2020	Mette Lise Lindblad, direktør økonomi, leder av varslingsutvalget
28.08.2020	Eli Årnot, direktør kompetanse
28.08.2020	Anita Haugland Gornæs, foretaksverneombud, medlem av varslingsutvalget
28.08.2020	Lisbeth Sommervoll, administrerende direktør
02.09.2020	Stein-Are Agledal, klinikkdirektør Kongsvinger sykehus Nina Wangestad, fagsjef kvalitet Kongsvinger sykehus
02.09.2020	Britt Eidsvoll, klinikkdirektør Drammen sykehus Mette Anita Hilden, fagsjef kvalitet Drammen sykehus
02.09.2020	Kirsten Hørthe, klinikkdirektør Psykisk helse og rus
02.09.2020	Henning Brueland, avdelingssjef HMS, medlem av varslingsutvalget
04.09.2020	Roald Brekklus, bedriftshelsetjenesten
04.09.2020	Narve Furnes, klinikkdirektør Intern service
04.09.2020	Kjersti Lohne Enersen, avdelingssjef Renhold og tekstil
04.09.2020	Cecilie Søvting Monsen, administrasjonskonsulent, sekretær i varslingsutvalget
09.09.2020	Siri Hatlen, styreleder

Vedlegg 4

Modenhetsanalyse varslingsordning

Matrisen under viser vår vurdering av modenhet av varslingsordningen basert på kriteriene gitt i bestemmelser og god praksis.

		1 - Uformelt	2 - Dokumentert	3 - Etablert	4 - Optimalisert
Forankring og styring	Fokus og forankring hos ledelsen og styret				
	Involvering av ansatte				
	Risikoarbeid				
Varslingsrutine, aktivitets- og omsorgsplikt	Formål-hensikt-omfang				
	Rolle og ansvar				
	Hva det kan og skal varsles om				
	Varslingskanaler og fremgangsmåte				
	Saksbehandling av varselet				
	Konklusjon, rapportering og evaluering				
	Ivareta berørte og forebygge gjengjeldelse				
	Tekniske løsninger for varsling og saksbehandling				
Kompetanse og bevisstgjøring	Opplæring				
	Kommunikasjon				
Samlet vurdering					

Kriteriene for nivåene «1 - Uformelt, 2 - Dokumentert, 3 - Etablert og 4 - Optimalisert» er beskrevet på de neste sidene.

Overordnet: Har helseforetaket etablert en hensiktsmessig ordning for å varsle om kritikkverdige forhold som ivaretar lovkrav og legger til rette for god håndtering av varsling? Varslingsordningen må være egnet til å skape tillit til at varselet blir tilstrekkelig undersøkt innen rimelig tid, og at de berørte blir ivaretatt på en god måte. Varslingsrutinen må sikre en habil og forsvarlig saksbehandling med nødvendig forutberegnelighet og som ivaretar rettssikkerheten til alle berørte parter i en varslings sak. I tillegg til å ivareta arbeidsmiljølovens bestemmelser og grunnleggende prinsipper for god saksbehandling bør rutinene være i tråd med god praksis for håndtering av varslings saker.

1 = Uformelt - Varslingsordningen er mangelfull og varslings saker håndteres på en tilfeldig og ikke formalisert måte.

2 = Dokumentert - Varslingsordningen er formalisert med rutine på plass, tilgjengelig for de ansatte. Oppfyller krav i arbeidsmiljøloven.

3 = Etablert - Varslingsordningen er godt forankret, dokumentert og innført, god kompetanse. Oppfyller krav i arbeidsmiljøloven og hovedelementer av god praksis.

4 = Optimalisert - Virksomheten søker aktivt å følge ledende praksis. Oppfyller krav i arbeidsmiljøloven og ledende praksis.

Elementer	Nivå 1: Uformelt	Nivå 2: Dokumentert	Nivå 3: Etablert	Nivå 4: Optimalisert
Fokus og forankring hos ledelsen og styret	<p>Varslingsordningen er ikke formelt godkjent av ledelsen.</p> <p>Ledelsen kommuniserer ikke aktivt om varsling som verdi.</p> <p>Ikke egnet til å skape tillit.</p>	<p>Varslingsordningen er formelt godkjent av ledelsen (evt. av styret).</p> <p>Styret er orientert om ordningen.</p> <p>Ledelsen kommuniserer aktivt om varsling som verdi.</p>	<p>Varslingsordningen er formelt godkjent av ledelsen (evt. av styret).</p> <p>Styret er godt kjent med ordningen.</p> <p>Ledelsen kommuniserer aktivt og tydelig om varsling som verdi.</p> <p>Ledelsen og styret involveres i evaluering av ordningen.</p>	<p>Varslingsordningen er formelt godkjent av ledelsen (evt. av styret).</p> <p>Styret er godt kjent med ordningen</p> <p>Ledelsen kommuniserer aktivt og tydelig om varsling som verdi.</p> <p>Ledelsen og styret involveres i evaluering av ordningen.</p> <p>Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.</p>
Involvering av ansatte	<p>Varslingsordningen er utarbeidet, men med uformell involvering av ansatte.</p> <p>Ikke egnet til å skape tillit.</p>	<p>Varslingsordningen er utarbeidet i samarbeid med ansatte.</p> <p>Det er dokumentert prosesser for systematisk evaluering av ordningen med ansatte.</p>	<p>Varslingsordningen er utarbeidet i samarbeid med ansatte.</p> <p>Det er dokumentert og innført prosesser for systematisk evaluering av ordningen med ansatte.</p> <p>AMU blir orientert om antall og type varslingssaker som er behandlet, og hvordan disse er håndtert og løst.</p>	<p>Varslingsordningen er utarbeidet i samarbeid med ansatte.</p> <p>Det er dokumentert og innført prosesser for systematisk evaluering av ordningen med ansatte.</p> <p>AMU blir orientert om antall og type varslingssaker som er behandlet, og hvordan disse er håndtert og løst.</p> <p>Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.</p>
Risikoarbeid	<p>Varsling inngår i liten grad i virksomhetens risikoarbeid, arbeidet er i liten grad formalisert og dokumentert.</p> <p>Det er ikke etablert et helhetlig HMS-system der varsling er en del av systemet</p> <p>Ikke egnet til å skape tillit.</p>	<p>Varsling er adressert i virksomhetens risikoarbeid, men inngår ikke som et fast element i et helhetlig HMS-system.</p> <p>Det er etablert rapportering av antall og typer varslingssaker til ledelsen og styret.</p>	<p>Det er etablert et helhetlig HMS-system der varsling inngår som et fast element.</p> <p>Det er etablert rapportering av antall og typer varslingssaker til ledelsen og styret.</p> <p>Det gjennomføres undersøkelser for å kartlegge tillit til varslingsordningen som innspill til risikostyring og kontinuerlig forbedring.</p>	<p>Det er etablert et helhetlig HMS-system der varsling inngår som et fast element.</p> <p>Det er etablert rapportering av antall og typer varslingssaker til ledelsen og styret.</p> <p>Det gjennomføres undersøkelser for å kartlegge tillit til varslingsordningen som innspill til risikostyring og kontinuerlig forbedring.</p> <p>Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.</p>

Elementer	Nivå 1: Uformelt	Nivå 2: Dokumentert	Nivå 3: Etablert	Nivå 4: Optimalisert
Formål-hensikt-omfang	Formål, hensikt og omfang er i liten grad formalisert og dokumentert. Ikke egnet til å skape tillit.	Formål, hensikt og omfang er formalisert og dokumentert.	Formål, hensikt og omfang er formalisert og dokumentert. Språket er enkelt og klart. Arbeidstakerne er godt kjent med formål, hensikt og omfang.	Formål, hensikt og omfang er formalisert og dokumentert. Språket er enkelt og klart. Arbeidstakerne er godt kjent med formål, hensikt og omfang. Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.
Roller og ansvar	Roller og ansvar er i liten grad formalisert og dokumentert. Ikke egnet til å skape tillit.	Roller og ansvar er formalisert og dokumentert. Alle sentrale roller er beskrevet.	Roller og ansvar er formalisert og dokumentert Alle sentrale roller er tydelig beskrevet. Det er etablert en objektiv og uavhengig person/part der en potensiell varsler kan søke råd. Roller og ansvar er godt kjent og innført i organisasjonen.	Roller og ansvar er formalisert og dokumentert. Alle sentrale roller er tydelig beskrevet. Det er etablert en objektiv og uavhengig person/part der en potensiell varsler kan søke råd. Roller og ansvar er godt kjent og innført i organisasjonen. Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.
Hva det kan og skal varsles om	Hva det kan varsles om er i liten grad formalisert og dokumentert. Ikke egnet til å skape tillit.	Hva det kan varsles om er dokumentert og i samsvar med beskrivelsene i arbeidsmiljøloven. Det er gitt konkrete eksempler på hva som ikke faller under begrepet varsel.	Hva det kan varsles om er godt dokumentert og i samsvar med beskrivelsene i arbeidsmiljøloven. Det er gitt konkrete eksempler på hva som ikke faller under begrepet varsel. Det er beskrevet hvordan det som eventuelt sorteres vekk fra varslingsaken skal håndteres. Hva det kan og skal varsles om er godt kjent i organisasjonen.	Hva det kan varsles om er godt dokumentert og i samsvar med beskrivelsene i arbeidsmiljøloven. Det er gitt konkrete eksempler på hva som ikke faller under begrepet varsel. Det er beskrevet hvordan det som eventuelt sorteres vekk fra varslingsaken skal håndteres. Hva det kan og skal varsles om er godt kjent i organisasjonen. Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.

Elementer	Nivå 1: Uformelt	Nivå 2: Dokumentert	Nivå 3: Etablert	Nivå 4: Optimalisert
Varslingskanaler og fremgangsmåte	Varslingskanaler og fremgangsmåte er i liten grad formalisert og dokumentert. Ikke egnet til å skape tillit.	Varslingskanaler og fremgangsmåte er beskrevet og i samsvar med arbeidsmiljøloven, herunder beskrivelse av anonym varsling. Det er beskrevet hva varselet bør inneholde.	Varslingskanaler og fremgangsmåte er tydelig beskrevet og i samsvar med arbeidsmiljøloven, herunder beskrivelse av anonym varsling. Det er beskrevet hva varselet bør inneholde. Det er tilrettelagt for elektronisk varsling. Varslingskanaler og fremgangsmåte er godt kjent.	Varslingskanaler og fremgangsmåte er tydelig beskrevet og i samsvar med arbeidsmiljøloven, herunder beskrivelse av anonym varsling. Det er beskrevet hva varselet bør inneholde. Det er tilrettelagt for elektronisk varsling og kryptert dialog med anonym varslar. Varslingskanaler og fremgangsmåte er godt kjent. Det er tilrettelagt for varsling til ekstern enhet som alternativ til interne kanaler. Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.
Saksbehandling av varselet	Saksbehandling er i liten grad formalisert og dokumentert. Ikke egnet til å skape tillit.	Saksbehandling er formalisert og dokumentert. Beslutningspunkter, tidsfrister og forventninger til dokumentasjon er beskrevet. Objektivitet, konfidensialitet, habilitet, kontradiksjon og personvern er beskrevet.	Saksbehandling er formalisert og dokumentert. Beslutningspunkter, tidsfrister og forventninger til dokumentasjon er beskrevet. Objektivitet, konfidensialitet, habilitet, kontradiksjon og personvern er beskrevet. Rutiner for bruk av ekstern kompetanse er etablert og godt kjent. Rutine for saksbehandling av varsel er godt kjent.	Saksbehandling er formalisert og dokumentert. Beslutningspunkter, tidsfrister og forventninger til dokumentasjon er beskrevet. Objektivitet, konfidensialitet, habilitet, kontradiksjon og personvern er beskrevet. Rutiner for bruk av ekstern kompetanse er etablert og godt kjent. Rutine for saksbehandling av varsel er godt kjent. Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.

Elementer	Nivå 1: Uformelt	Nivå 2: Dokumentert	Nivå 3: Etablert	Nivå 4: Optimalisert
Konklusjon, rapportering og evaluering	<p>Konklusjon, rapportering og evaluering er i liten grad formalisert og dokumentert.</p> <p>Ikke egnet til å skape tillit.</p>	<p>Konklusjon, rapportering og evaluering er formalisert og dokumentert.</p> <p>Beskriver hvilken informasjon som skal gis de involverte.</p> <p>Beskriver konsekvenser ved brudd.</p>	<p>Konklusjon, rapportering og evaluering er formalisert og dokumentert.</p> <p>Beskriver hvilken informasjon som skal gis de involverte.</p> <p>Beskriver konsekvenser ved brudd.</p> <p>Det gjennomføres systematisk evaluering av håndtering av hver enkelt sak.</p> <p>Rutiner for konklusjon, rapportering og evaluering er godt kjent.</p>	<p>Konklusjon, rapportering og evaluering er formalisert og dokumentert.</p> <p>Rapportmater er etablert.</p> <p>Beskriver hvilken informasjon som skal gis de involverte.</p> <p>Beskriver konsekvenser ved brudd.</p> <p>Det gjennomføres systematisk evaluering av håndtering av hver enkelt sak.</p> <p>Rutiner for konklusjon, rapportering og evaluering er godt kjent.</p> <p>Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.</p>
Ivareta berørte og forebygge gjengjeldelse	<p>Ivaretagelse av berørte og forebygging av gjengjeldelse er i liten grad formalisert og beskrevet.</p> <p>Ikke egnet til å skape tillit.</p>	<p>Ivaretagelse av berørte og forebygging av gjengjeldelse er formalisert og beskrevet.</p> <p>Det er dokumentert rutine for vurderinger av om de berørte har et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, inkludert risiko for gjengjeldelse overfor varslere(e).</p>	<p>Ivaretagelse av berørte og forebygging av gjengjeldelse er formalisert og beskrevet.</p> <p>Det er dokumentert og gjennomføres systematisk vurderinger av om de berørte har et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, inkludert risiko for gjengjeldelse overfor varslere(e).</p> <p>Varsler følges opp i etterkant med tanke på mulig gjengjeldelse</p> <p>Rutiner for å ivareta berørte og forebygge gjengjeldelse er godt kjent.</p>	<p>Ivaretagelse av berørte og forebygging av gjengjeldelse er formalisert og beskrevet.</p> <p>Det er dokumentert og gjennomføres systematisk vurderinger av om de berørte har et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, inkludert risiko for gjengjeldelse overfor varslere(e).</p> <p>Varsler følges opp i etterkant med tanke på mulig gjengjeldelse.</p> <p>Rutiner for å ivareta berørte og forebygge gjengjeldelse er godt kjent.</p> <p>Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.</p>
Tekniske løsninger for varsling og saksbehandling	<p>Tekniske løsninger legger i liten grad til rette for å varsle og saksbehandle et varsel.</p> <p>Ikke egnet til å skape tillit.</p>	<p>Tekniske løsninger legger til rette for å varsle og saksbehandle et varsel.</p> <p>Ivaretar krav til personvern og sikkerhet.</p>	<p>Tekniske løsninger legger til rette for å varsle og saksbehandle et varsel.</p> <p>Ivaretar krav til personvern og sikkerhet.</p> <p>Løsningene er brukervennlige.</p>	<p>Tekniske løsninger legger godt til rette for å varsle og saksbehandle et varsel.</p> <p>Ivaretar krav til personvern og sikkerhet.</p> <p>Løsningene er brukervennlige.</p> <p>Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.</p>

Elementer	Nivå 1: Uformelt	Nivå 2: Dokumentert	Nivå 3: Etablert	Nivå 4: Optimalisert
Opplæring	<p>Det gjennomføres begrenset opplæring innen varsling og i virksomhetens varslingsordning.</p> <p>Ikke egnet til å skape tillit.</p>	<p>Det gjennomføres opplæring innen varsling og i virksomhetens varslingsordning.</p>	<p>Det gjennomføres opplæring innen varsling og i virksomhetens varslingsordning.</p> <p>Kompetansebehovet for de ulike rollene er definert og kartlagt og opplæringen er tilpasset de enkelte rollene.</p>	<p>Det gjennomføres opplæring innen varsling og i virksomhetens varslingsordning.</p> <p>Kompetansebehovet for de ulike rollene er definert og kartlagt og opplæringen er tilpasset de enkelte rollene.</p> <p>Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.</p>
Kommunikasjon	<p>Leders kommunikasjon om varsling er lite synlig for de ansatte.</p> <p>Ikke egnet til å skape tillit.</p>	<p>Ledere på alle nivåer kommuniserer om varsling til sine ansatte på allmøter, ledermøter etc.</p> <p>Virksomheten bruker digitale flater til å kommunisere om varsling, men begrenset med informasjon.</p>	<p>Ledere på alle nivåer kommuniserer tydelig om varsling som verdi og kommunikasjonen er godt synlig for de ansatte.</p> <p>Virksomheten bruker aktivt digitale flater til å kommunisere om varsling. Materialet er lett tilgjengelig for ansatte og innleide.</p>	<p>Ledere på alle nivåer kommuniserer tydelig om varsling som verdi og kommunikasjonen er godt synlig for de ansatte. .</p> <p>Virksomheten bruker aktivt digitale flater til å kommunisere om varsling. Materialet er lett tilgjengelig for ansatte og innleide.</p> <p>Det er fokus på kontinuerlig forbedring, søker aktivt beste praksis.</p>

Om konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst

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

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

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

Vår visjon

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

Dette skal vi oppnå gjennom:

- relevante revisjons- og rådgivningsoppdrag som skaper innsikt
- effektiv kommunikasjon og godt samarbeid
- deling av erfaringer og læringspunkter på tvers av helseforetakene

Om revisjonsprosjektet

Revisjonsperiode: Mai-September 2020

Virksomhet: Vestre Viken HF

Oppdragsgiver: Styret i Helse Sør-Øst RHF

Revisorer:

- Espen Anderssen (oppdragseier)
- Signe Sagabraaten (oppdragsleder)
- Beate Hvam-Axelsen (innleide konsulent fra KPMG)

Rapporten er oversendt til:

- styret i Vestre Viken HF
- administrerende direktør i Vestre Viken HF
- revisjonsutvalget i Helse Sør-Øst RHF
- administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF

Konsernrevisjonens rapporter

Rapporter er tilgjengelig på følgende web-adresse:

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

Dato: 9. november 2020
Saksbehandler: Elin Onsøyen

Saksfremlegg

Fullmakter i Vestre Viken – signaturrett og prokura

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	70/2020	16. 11. 2020

Forslag til vedtak

1. Signaturrett tildeles styreleder og administrerende direktør i fellesskap, og styreleder eller administrerende direktør i fellesskap med ett styremedlem.
2. Administrerende direktør tildeles prokura i tillegg til de prokurarettigheter som er registrert i foretaksregisteret.

Drammen, 9. november 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Styret ønsker endringer på signaturrettighetene i Vestre Viken HF, slik at det er to i fellesskap som har denne rettigheten.

Saksutredning

Signaturrett er retten til å tegne foretakets firma. Denne rettigheten har bare foretakets samlede styre med mindre styret har delegert fullmakten, jf Helseforetaksloven § 39.

I Vestre Viken har styreleder og administrerende direktør hver for seg hatt signaturrett. Dette var sist behandlet i styret i møtet 24. februar 2020, sak 6/2020.

Det foreslås i denne saken at signaturretten for Vestre Viken endres til at styreleder og administrerende direktør innehar denne retten i fellesskap, og at begge har signaturrett i fellesskap med ett styremedlem.

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. Det vises til «Instruks for styret i Vestre Viken 2020» og «Instruks for administrerende direktør i Vestre Viken 2020» som ble behandlet i styremøte i oktober 2020. Ved bortfall av retten til å signere alene på foretakets vegne må administrerende direktør tildeles prokura. Prokurettet er i dag tildelt medisinsk direktør Halfdan Aass og direktør økonomi Mette Lise Lindblad.

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør foreslår at styret vedtar de foreslåtte endringer i signaturretten, samt at administrerende direktør tildeles prokura.

Dato: 16. november
2020
Saksbehandler: Elin Onsøyen

Saksfremlegg

Protokoll fra foretaksmøte for Vestre Viken HF 3. november 2020

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte	71/2020	16.11.2020

Forslag til vedtak:

1. Styret tar protokoll fra foretaksmøte fra 3. november 2020 til etterretning.

Drammen, 9. november 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Geir Kåre Strømmen, eieroppnevnt styremedlem for perioden februar 2020 – 2022 i Vestre Viken HF, har bedt om fritak fra styrevervet.

Saksutredning

I foretaksmøte for Vestre Viken HF 3. november ble Ane Rongen Breivega oppnevnt som nytt eieroppnevnt styremedlem for perioden 3. november 2020 og fram til foretaksmøte i februar 2022.

Kjønnsbalansen i styret i Vestre Viken HF vil bli rettet opp ved varslet snarlig utvidelse av styret.

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret tar foretaksprotokollen fra 3. november til etterretning.

- Vedlegg:
1. Protokoll fra foretaksmøte i Vestre Viken HF 3. november 2020
 2. Fullmakt styreleder HSØ RHF

**PROTOKOLL
FRA
FORETAKSMØTE I VESTRE VIKEN HF**

Tirsdag 03. november 2020 klokken 15:45 ble det avholdt foretaksmøte i Vestre Viken HF. Møtet ble gjennomført som telefonmøte .

Dagsorden:

1. Foretaksmøtet konstitueres
2. Dagsorden
3. Valg av styremedlemmer, jf. helseforetaksloven § 21

Til stede var:

Helse Sør-Øst RHF, 100 % eier av foretaket, representert ved administrerende direktør Cathrine M. Lofthus, etter fullmakt fra styreleder Svein Gjedrem. Hun ledet også møtet.

I tillegg møtte fra administrasjonen i Helse Sør-Øst RHF:
Eierdirektør Tore Robertsen, som også førte protokollen

Fra styret i Vestre Viken HF møtte:

Styreleder Siri Hatlen
Styremedlem Toril Morken

I tillegg møtte fra administrasjonen i Vestre Viken HF:
Administrerende direktør Lisbeth Sommervoll

Foretakets revisor var varslet i samsvar med helseforetaksloven
Riksrevisjonen var varslet i samsvar med riksrevisjonsloven.

Sak 1: Foretaksmøtet konstitueres

Som øverste eiermyndighet og møteleder ønsket administrerende direktør Cathrine M. Lofthus velkommen og spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

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

Foretaksmøtet vedtok:

Innkallingen godkjennes. Foretaksmøtet er lovlig satt.

Sak 2: Dagsorden

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus spurte om noen hadde merknader til den utsendte dagsorden. Det var ingen merknader til dagsorden.

Foretaksmøtet vedtok:

Dagsorden godkjennes.

Sak 3: Valg av styremedlemmer, jf. helseforetaksloven § 21

Styret i Helse Sør-Øst RHF oppnevnte 5. februar 2020 nye styrer i helseforetakene i Helse Sør-Øst for perioden 2020-2022, jf. styresak 005-2020. Det er behov for å supplere styret i Vestre Viken HF etter at et av medlemmene har bedt seg fritatt fra vervet. I henhold til helseforetaksloven § 21 skal foretaksmøtet velge de eieroppnevnte styremedlemmene.

Styrets valgkomité har lagt frem innstilling til behandling i styret for Helse Sør-Øst RHF den 22. oktober 2020. I henhold til vedtak i styresak 117-2020 *Supplering av styret i Vestre Viken HF og PKH* oppnevnes eieroppnevnt styremedlem i Vestre Viken HF med funksjonstid fra 03. november 2020 til nytt styre oppnevnes i foretaksmøte i februar 2022.

Kjønnsbalansen i styret i Vestre Viken HF vil bli rettet opp ved snarlig utvidelse av styret.

Foretaksmøtet vedtok:

Foretaksmøtet velger følgende som eieroppnevnt styremedlem i Vestre Viken HF med funksjonstid fra 03. november 2020 til nytt styre oppnevnes i foretaksmøte i februar 2022:

Styremedlem

Ane R. Breivega

Møtet ble hevet klokken 15:55

Hamar, 03. november 2020.

Administrerende direktør
Cathrine M. Lofthus
Helse Sør-Øst RHF

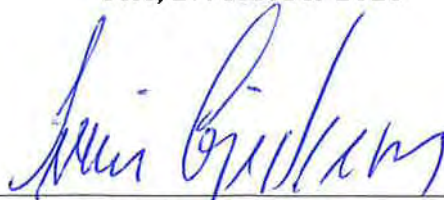
Styreleder Siri Hatlen
Vestre Viken HF

Protokollen er elektronisk godkjent og har derfor ikke håndskrevne signatur

FULLMAKT

Helse Sør-Øst RHF ved styreleder Svein Ingvar Gjedrem, som representerer 100 % eierskap, gir herved administrerende direktør Cathrine M. Lofthus fullmakt til å representere, herunder å utøve stemmerett i alle saker for dette eierskapet, i henhold til innkallingen ved foretaksmøtet i Vestre Viken HF 03. november 2020.

Oslo, 27. oktober 2020



styreleder Helse Sør-Øst RHF

Dato: 09.11.2020
Saksbehandler: Elin Onsøyen

Saksfremlegg

Styrets årsplan 2021

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte	72/2020	16.11.2020

Forslag til vedtak

Styrets årsplan 2020 - 2021 tas til orientering.

Drammen, 9. november 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: Styrets årsplan 2020 - 2021

Årsplan for styret 2020 -2021

Ajourført pr. 9. november 2020/EO

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Mandag 14. desember 2020 Sted: Drammen	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport november kort/PPT vedlegg Budsjett og mål 2021 Oppnevning av nye representanter og nestleder i Brukerutvalget Sentralt styringsdokument PNSD 	<ul style="list-style-type: none"> Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 25. -26. nov Brukerutvalg 9. desember HAMU og SKU 3. desember Styrets årsplan <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klinikk for intern service Nytt sykehus Drammen 	
Mandag 25. januar 2021 Sted: Drammen		<ul style="list-style-type: none"> Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 17. desember Brukerutvalg 20. januar Styrets årsplan <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nytt sykehus Drammen Foreløpig årsresultat 2020 	Styreevaluering utsatt fra 2020
Mandag 22. februar 2021 Sted: Bærum	<ul style="list-style-type: none"> Årlig melding 2020 Virksomhetsrapport pr. 31. januar 2021 Oppdrag og bestilling 2021 	<ul style="list-style-type: none"> Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 4. februar SKU 2. februar HAMU 9. februar Brukerutvalg 17. februar Styrets årsplan <p>Andre orienteringer:</p>	

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
		<ul style="list-style-type: none"> Bærum sykehus Nytt sykehus Drammen 	
Dato ikke bestemt	Felles foretaksmøte og styreseminar med HF-styrene		
Mandag 22. mars 2021 Sted: Drammen	<ul style="list-style-type: none"> Årsberetning/årsregnskap 2020 Virksomhetsrapport pr. 28. februar 2021 Foretaksprotokoll datert? Styrende dokumenter for Vestre Viken i 2021 Instruks for styret i Vestre Viken Instruks for AD i Vestre Viken Ledelsens gjennomgang 	<ul style="list-style-type: none"> Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 11. mars SKU 2. mars HAMU 9. mars Brukerutvalg 17. februar Styrets årsplan <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nytt sykehus Drammen ØLP 2022 -2025 Pasientombudenes årsmelding 2020 <p>Eget møte mellom styret og revisor.</p>	Samhandling/helsefelleskap
Mandag 26. april 2021 Sted: Ringerike	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr. 31. mars 2021 ØLP 2022 -2025 Revisjonsrapport 8/2020 – varslingsystemet. Status på oppfølgingstiltak. 	<ul style="list-style-type: none"> SKU 6. april HAMU 13. april Brukerutvalg 21. april Styrets årsplan <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ringerike sykehus Nytt sykehus Drammen 	Informasjonssikkerhet og personvern

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Mandag 31. mai 2021 Sted: Drammen	<ul style="list-style-type: none"> • Tertialrapport 1. tertial 2021 • Risikovurdering pr. 1. tertial 2021 • Styrets møteplan 2022 	<ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 21.-22. april • SKU 11. mai • Brukerutvalg 26. mai • Styrets årsplan <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • Klinikk for medisinsk diagnostikk 	Styreseminar
Mandag 21. juni 2021 Dagsseminar Sted: Drammen	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. mai 2021 • Nasjonale kvalitetsindikatorer 	<ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 17. juni • HAMU 8. juni • SKU 15. juni • Brukerutvalg 16. juni • Styrets årsplan <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prehospitale tjenester • Nytt sykehus Drammen 	Forskning
Mandag 30. august 2021 Sted:	Virksomhetsrapport pr. 31. juli 2021	<ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 19. august • Brukerutvalg 25. august • Styrets årsplan <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klinikk for psykisk helse og rus • Nytt sykehus Drammen 	

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Mandag 27. september 2021 Styreseminar 27.-28. september Sted:	<ul style="list-style-type: none"> • Tertialrapport 2. tertial 2021 • Risikovurdering pr. 2. tertial 2021 • Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2022 	<ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 23. september • HAMU 7. september • SKU 14. september • Brukerutvalg 22. september • Styrets årsplan <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Drammen sykehus • Nytt sykehus Drammen 	Styreseminar
Mandag 25. oktober 2021 Sted: Kongsberg	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr 30. september 2021 	<ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra HSØ 21. oktober • SKU 12. oktober • Brukerutvalg 20. oktober • Styrets årsplan <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • Budsjett 2022 • Kongsberg sykehus 	Dialogmøte med Brukerutvalget
Mandag 29. november 2021 Sted:	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. oktober 2021 • Nasjonale kvalitetsindikatorer • 	<ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 24.-25. november • HAMU • SKU • Brukerutvalg 24. november • Styrets årsplan <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen 	Styreevaluering 2021

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
		<ul style="list-style-type: none"> Budsjett 2022 	
Mandag 20. desember 2021 Sted:	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr. 30. november 2021 Budsjett og mål 2022 Oppnevning av representanter og leder av Brukerutvalget 	<ul style="list-style-type: none"> Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 16. desember HAMU SKU Brukerutvalg 15. desember Styrets årsplan <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nytt sykehus Drammen 	

Kjente saker som kommer til behandling hvor møtetidspunkt ikke er fastsatt:

- Virksomhetsstyring (oppfølging av sak i styret for HSØ 22. oktober 2020) – settes opp til behandling når en får saken i foretaksmøte
- Revisjonsrapport – tilsyn høst 2020 bruk av tvang i PHR – behandles når rapport foreligger
- Eiendomsplan Prehospitale tjenester
- Parkering nytt sykehus Drammen.

Dato: 9. november .2020
Saksbehandler: Elin Onsøyen

Saksfremlegg

Orienteringer

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken	73/2020	16.11. 2020

Forslag til vedtak

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

Drammen, 9. november 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. Hovedarbeidsmiljøutvalget referat 27. oktober
Viser til vedlegg 1
2. Sentralt kvalitetsutvalg referat 10. november (ettersendes)
Viser til vedlegg 2

Administrerende direktørs vurderinger

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

- Vedlegg:
1. Hovedarbeidsmiljøutvalget referat 27. oktober
 2. Sentralt kvalitetsutvalg referat 10. november (ettersendes)

Referat

Møte:	HAMU	Tilstede:	Lisbeth Sommervoll, Eli Årnot, Stein-Are Agledal, Mette Lise Lindblad, Kirsten Hørthe, Narve Furnes, John Egil Kvamsøe, Gry L Christoffersen, Anita Gonnæs, Joan Nygard, Toril Morken, Henning Brueland, Roald Brekkhus, (Synergi Helse), Sine Kari Braanaas
Møtedato:	27.oktober 2020		
Tidspunkt:	0900 - 1100		
Sted:	Skype		
Møteleder:	Lisbeth Sommervoll		
Referent:	Cecilie Søfting Monsen	Forfall:	Tom Frost; Hanne Juritzen

Agenda:
Se utsendt saksliste

Saksnr.	Beskrivelse/oppfølging/vedtak
	Godkjenning av innkalling og agenda Godkjent
	Godkjenning av referat fra 1.september 2020 Godkjent uten kommentarer
	Temasak
Tema	<p>Snakk om Forbedring (se vedlagt presentasjon) Gjennomgang ved Asgeir Kvam av verktøyene:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grønt kors 2 2. Snakk om Forbedring (Diagnostic Tool) <p>VVHF har både «verdikjeder» og «teamorganiserte» arbeid – viktig å tilpasse seg organisasjonen og kunne gjøre begge deler. Henger tett sammen med prosedyrer.</p> <p>Det oppfordres til å være opptatt av hva som har gått bra og bruke det til læring. I tillegg se på mindre avvik/hendelser som gjentar seg ofte (uten å bli meldt i avvikssystemet) – her er det også mye læring.</p> <p>Det må settes av tid til refleksjon; noe som er gjennomførbart ved å sette av bare noen få minutter daglig.</p> <p><u>Innspill:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ «Alt henger sammen med alt!» ✓ Hvordan få dette systemet satt i sammenheng med HMS og ForBedrings-undersøkelsen? ✓ Resultatet vil forhåpentligvis gjenspeile seg i selve ForBedringsundersøkelsen. Disse systemene skal fungere som et bindeledd mot handlingsplanene HMS. ✓ Viktig å koble på de rette stabene i dette arbeidet. ✓ Verdikjede kontra verdiverksted – forskjellige fagområder – viktig å anerkjenne dette. God verktøykasse. Også for de som ikke arbeider direkte med pasientarbeid.

	HAMU takker Asgeir for en nyttig og god presentasjon.
	Saker og orienteringer
Orientering	<p>NSD – orientering ved Rune Abrahamsen (<i>se vedlagt presentasjon</i>)</p> <p><u>Pandemi:</u> Det har vært en prosess med klinikkene hvor innspill vedr tematikken er innhentet. Tilbakemeldinger er at det skal legges vekt på normaldrift sykehus – det skal ikke bygges et «pandemisykehus», men legges til rette for enkelt å kunne gjøre nødvendige tilpasninger ved behov.</p> <p>Vedr isolater og forrom: Glassvindu i dørene inn til rommene vil gi mulighet for observasjon av pasienter uten å måtte åpne døren. Prosjektert 48 isolatrom i nytt sykehus (15 slike rom på eksisterende sykehus). Lagt opp til flere adkomstmuligheter og avdeling i soner – kohorter. Berøringsfrie dører der man ferdes ofte. UVC-belysning; vurderes og legges inn som opsjon i anskaffelsene. Arbeider med smittevern i forhold til vurdering av dette. Garderobe PHR ved behov for bytte til hvitt tøy – kartlegging pågår i samarbeid med PHR. Ønske om mer bærbart IKT-utstyr for å sikre god kommunikasjon mellom pasient og behandler.</p> <p><u>Mottaksprosjektet:</u> Hovedfokus i prosjektet pr i dag er på <u>Utstyrsanskaffelser</u> og <u>Organisasjonsutvikling</u>. 51 anskaffelsespakker – stor involvering av ansatte (rundt 250 ansatte). Flere delprosjekter pågår og er i oppstartsfasen nå.</p> <p>HAMU takker for en fin gjennomgang.</p>
Sak 16/2020	<p>Tertialrapport HMS 2.tertial</p> <p>Hendelsestyper:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Smittevern med størst økning • Vold/trusler/utagerende atferd høyest risiko sett under ett • Psykososialt/organisatorisk arbeidsmiljø også høyt • Etterslep på saker <p><u>Psykososialt arbeidsmiljø</u> Dreier seg i stor grad om arbeidspress og bemanning. Det oppleves at man ikke rekker å utføre jobben de skulle/burde gjort som får konsekvenser for pasienten. Får ikke avvirket spisepauser. Fordeling av oppgaver. Organisering av arbeidsdagen.</p> <p><u>Smitte covid19</u> De som er smittet på jobb ble dette gjennom kontakt med pasient med ukjent smitte. De fleste tilfeller skjedde i oppstarten av pandemien.</p> <p><u>Risikovurdering av kjemikalier</u> Det er et etterslep på dette området som må tas tak i.</p>

	<p>Innspill fra FHVO: Hendelser i avvikssystemet Synergi bør være en oppfølgings sak i oppfølgingsmøtene i klinikkene – mange saker som ikke har startet saksbehandling. Stikkskader – tilbakeføring av kanyle – slurv? Må innskjerpes.</p> <p><i>Vedtak:</i> <i>HAMU tar tertialrapporten til etterretning og støtter at HMS arbeidet blir fulgt tettere opp i lederlinjen.</i></p>
Sak 17/2020	<p>ForBedringsundersøkelsen v/ Eli Årnot Foreløpig er det mange enheter som enda ikke har lagt inn handlingsplaner. Frist 1.oktober for å legge disse inn i Synergi. Klinikkene som ikke har ferdigstilt å legge inn handlingsplaner (100%) har fått frist til neste oppfølgingsmøte. Nødvendig med en tettere oppfølging av HMS arbeidet i klinikkene – legges inn i oppfølgingsmøtene. Viktig å få alle til å se nytteverdien.</p> <p><i>Vedtak:</i> <i>HAMU tar saken til etterretning og støtter at det iverksettes en tettere oppfølging av HMS-arbeidet i de månedlige oppfølgingsmøtene med klinikkene.</i> <i>HAMU ber om at handlingsplaner ForBedring settes opp fast i HAMU-møtene fremover.</i></p>
Sak 18/2020	<p>HMS opplæring Gjelder primært opplæring for verneombud, AMU/HAMU medlemmer og ledere som trenger oppfriskning. Krav til opplæring tilsvarende 40-timers kurs.</p> <p><u>Innspill i møtet:</u> Mulig å lage en oppfølgingsdag spesielt tilpasset disse gruppene for å etterkomme krav til opplæring. En fleksibel ordning må på plass. Modulbasert opplæring – gjerne webinarer.</p> <p>Synergi Helse opplyser at de har gode erfaringer med digitale løsninger; det øker deltakelsen. Det oppleves å gi en svært positiv effekt og anbefales.</p> <p><i>Vedtak:</i> <i>HAMU støtter forslag til at HMS opplæring fra og med vår 2021 gjennomføres som eget tiltak, uavhengig av grunnopplæring for nye ledere. Det sees nærmere på innholdet i opplæringen, når det gjelder AMU og HAMU medlemmer.</i></p> <p><i>HAMU presiserer at utarbeidede opplæringstiltak for verneombud og AMU og HAMU medlemmer, må tilfredsstillende lovens krav til HMS opplæring.</i></p>

<p>Orientering</p>	<p>Budsjett 2021 (se vedlagte presentasjon) Resultatkrav 271 MNOK i 2021 (før ev koronatilpasninger som pr nå er uavklart) – justert for prisstigning BRK. Arbeidsrammer fordelt til klinikkene i juni – budsjettinnlevering fra klinikkene 31.oktober. Foreløpige budsjettinnspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sikkerhetstiltak • Mottaksprosjekt IKT • Videreutdanning sykepleiere • Oppbygging av PET • Etablering av livsstilspoliklinikk på BS <p>Utfordringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bemanning på Drammen • Inntekstavvik • Økte medikamentkostnader kreft • Økt press på ambulanskapasiteten • Vekst BHM, positivt da det kan være et signal om at flere pasienter behandles i eget hjem • Uavklart mht kostnader korona <p>Statsbudsjettet har lagt til grunn en aktivitetsvekst (i tillegg til normal økt aktivitet) for å ta inn etterslepet pga korona. Prioriteringsregelen videreføres.</p> <p><u>Innspill i møtet:</u> Hvordan prioriteres forskning i budsjettet? Økonomidirektør kommenterer at Forskning vil komme med i salderingsmøtet.</p>
<p>Orientering</p>	<p>Foretakshovedverneombudet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bør Vestre Viken stramme inn antall deltakere (fysisk oppmøte) på møter og kurs nå som smitten øker i samfunnet? Ber om en vurdering fra fagdirektør/smittevern • Brudd på taushetsplikten – Fylkesmannen • Arbeidstilsyn – utfordringer med smittevernutstyr – bør hente opplysninger fra Ahus og Innlandet som har hatt tilsyn. • AMU referatene legges nå stort sett på intranettet; Bra!
<p>Orientering</p>	<p>Bedriftshelsetjenesten – (se vedlagte presentasjon)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Størst aktivitet på PHR. • Generelt en del oppfølging av sykefrafær. • Gjennomført helseundersøkelser avdeling behandlingshjelpemidler relatert til mulig asbesteksponering/asbestsanering. • Skal gjennomføre 2 kartlegging/undersøkelser med hensyn til inn klima, psykososialt arbeidsmiljø etc for de ansatte som skal flytte til nytt kontor i løpet av 2021. Før og etter flytting.

Sak 19/2020	Faste skriftlige orienteringer Ingen kommentarer i møtet. <i>Vedtak:</i> <i>HAMU tar de fremlagte orienteringene til etterretning.</i>
Informasjon	Neste møter: Ekstraordinært HAMU 24.november kl.0800 Ordinært HAMU 8.desember kl.0900