

**Til:** Styret ved Vestre Viken  
**Dato utsendt:** 20. februar 2020  
**Vår ref.** Styresekretær

**Møtetype:** Styremøte  
**Møtedato:** 24. februar 2020  
**Møtetid:** kl. 12.00 – 16.30  
**Møtested:** Drammen, habilitetsavdelingens konferansesal

**PROGRAM**            **Behandling av styresaker**

**Ved forfall vennligst gi beskjed til:**

Styresekretær: Elin Onsøyen  
Telefon: 958 12 504  
E-post:  
[elin.onsoyen@vestreviken.no](mailto:elin.onsoyen@vestreviken.no)

Med vennlig hilsen  
*For styreleder Torbjørn Almlid*

Elin Onsøyen

**Saksliste:**

Saksnr.	Tid (tentativt)	<b>GODKJENNINGSSAKER</b>
<b>01/2020</b>	12.00 - 12.05	<b>Godkjenning av innkalling og saksliste</b>
<b>02/2020</b>	12.05 - 12.10	<b>Godkjenning av protokoll 16. desember</b> <b>Vedlegg:</b> 1. Offentlig protokoll 2. Protokoll unntatt offentlighet - sak 56/2019 Arealbruksplan for ledelse og staber
Saksnr.	Tid	<b>BESLUTNINGSSAKER</b>
<b>03/2020</b>	12.10 - 12.40	<b>Årlig melding 2019</b> <b>Vedlegg:</b> 1. Årlig melding 2019 2. Innspill til årlig melding 2019 fra brukerutvalget 3. Årsmelding fra brukerutvalget Årsresultat 2019 - Muntlig orientering
<b>04/ 2020</b>	12.40 – 13.10	<b>Virksomhetsrapport pr. 31. januar 2020</b> <b>Vedlegg:</b> Virksomhetsrapportering pr januar 2020
<b>05/2020</b>	13.10 - 14.10	<b>Økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplan Nytt sykehus Drammen</b> (saken ettersendes) 1. Økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplan NSD med vedleggene: Vedlegg 1 Gevinstplan for NSD (mottaksprosjekt) Vedlegg 2 Prosjektplan ARP (resursstyrt arbeidsplanlegging)
<b>06/2020</b>	14.10 - 14.20	<b>Fullmakter i Vestre Viken HF – signaturrett og prokura</b> <b>Vedlegg:</b> 1. Eieroppnevnte styremedlemmer i styrene for helseforetakene i Helse Sør-Øst med funksjonstid fra 26. februar 2020 til februar 2022 (behandlet i sak 5/2020 i HSØ styre, 5. februar 2020). 2. Instruks for styret i Vestre Viken 2018 -2020 3. Instruks for administrerende direktør i Vestre Viken 2018 - 2020. 4. Delegerte fullmakter i Vestre Viken 2019
<b>Orienteringssaker</b>		
<b>07/2020</b>	14.20 – 14.30	<b>Orienteringer</b> <b>Vedlegg:</b> 1. Styreprotokoller for styremøte i Helse Sør- Øst 19. desember 2019 2. Møte i brukerutvalget 22. januar 2020 3. Møte i hovedarbeidsmiljøutvalget 4. februar 2020 4. Foreløpig styreprotokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst 5. februar 2020

		5. Møte i brukerutvalget 19. februar 2020 (ettersendes) 6. Oversikt over styrets arbeid 2020 pr 17. februar
		<b>ANDRE ORIENTERINGER</b>
	14.30 - 15.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientering Nytt sykehus Drammen v/ prosjektdirektør Rune Abrahamsen</li> <li>• Foreløpig årsresultat 2019 (muntlig orientering tas i forbindelse med behandling av årsmelding 2019)</li> </ul>
	15.00 - 16.00	<b>Tema:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasientsikkerhet og kvalitet v/ fagdirektør Ulrich Spreng</li> </ul>
	16.00 - 16.30	Styreleder og styremedlem takkes av for tiden i Vestre Vikens styre.
		<b>EVENTUELT</b>

Dato: 17. februar 2020  
Saksbehandler: Elin Onsøyen

## Saksfremlegg

### Godkjenning av innkalling og saksliste

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken	1/2020	24.02.2020

### Forslag til vedtak

Styret godkjenner saksliste og innkalling.

Drammen, 17.02.2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Dato: 17.02.2020  
Saksbehandler: Elin Onsøyen

## Saksfremlegg

### Godkjenning av møteprotokoller 16. desember 2019

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken	2/2020	24.02.2020

### Forslag til vedtak

Møteprotokoller fra styremøtet 16. desember godkjennes.

Drammen, 17. februar 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

### Vedlegg:

1. Offentlig protokoll
2. Protokoll unntatt offentlighet - sak 56/2019 Arealbruksplan for ledelse og staber

Dato: 16. desember 2019  
Saksbehandler: Elin Onsøyen  
Direkte telefon: 95812504

## Møteprotokoll for styret i Vestre Viken

**Møtested:** Drammen, konferansesalen habilitetsavdelingen

**Dato:** 16. desember 2019

**Tidspunkt:** Kl. 12.00 –15.15

---

### Følgende medlemmer møtte:

Navn	Funksjon
Torbjørn Almlid	Styreleder
Margrethe Snekkerbakken	Nestleder
Geir Kåre Strømmen	Styremedlem
Torkil Bjørnson	Styremedlem
Bovild Tjønn	Styremedlem
Toril Anneli Kiuru Morken	Styremedlem
Tom Roger Heggelund Frost	Styremedlem
John Egil Kvamsøe	Styremedlem

---

Brukerrepresentant Toril Krogsund 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 fag
Mette Lise Lindblad	Direktør økonomi
Finn Egil Holm	Direktør administrasjon og samfunnskontakt
Cecilie B. Løken	Direktør teknologi
Rune A. Abrahamsen	Prosjektdirektør
Britt Eidsvoll	Klinikkdirektør Drammen sykehus
Kirsten Hørthe	Klinikkdirektør psykisk helse og rus
Narve Furnes	Klinikkdirektør intern service
Elin Onsøyen	Spesialrådgiver/styresekretær

Styreleder Torbjørn Almlid ledet møtet og administrerende direktør la fram sakene.

Protokollfører: Elin Onsøyen

## **Godkjenningssak**

### **Sak 50/2019 Godkjenning av innkalling og saksliste**

#### **Styrets enstemmige**

##### **Vedtak:**

Styret godkjenner saksliste og innkalling.

### **Sak 51/2019 Godkjenning av styreprotokoll 25. november 2019**

#### **Styrets enstemmige**

##### **Vedtak:**

Møteprotokoll fra styremøte 25. november 2019 godkjennes.

## **Beslutningssak**

### **Sak 52/2019 Virksomhetsrapportering pr november 2019**

#### **Oppsummering innhold:**

Administrerende direktør presenterte hovedpunktene fra saksfremlegget om status for virksomheten per november 2019. Foretaket forventer å oppnå et økonomisk resultat som overstiger budsjettet med 16 MNOK, etter sluttavregninger for ISF 2018. Dette også til tross for utsatt salg av eiendom med en forventet gevinst på 30 MNOK. Flere av klinikkene går med store underskudd i 2019. Først og fremst skyldes dette negative avvik på lønnsområdet og høyere andel årsverk enn det som ligger til grunn for budsjettet. Det er flere ulike årsaker til situasjonen. Høy aktivitet og samtidighetskonflikter er noen av årsakene, i tillegg til sykefravær og permisjoner. Underskuddene i klinikkene møtes av betydelige mindrekostnader, spesielt på H-resepter, i fellesøkonomien. Foretaket har en god utvikling på andre styringsindikatorer der blant annet ventetider både i somatikk og psykiatri har vist en god utvikling. Når det gjelder pakkeforløp for kreft har utviklingen vært varierende gjennom året og et nytt tilbakefall i november. Det er flere tiltak under arbeid, men effektene har ikke stabilisert seg og det kreves fortsatt mye arbeid for å sikre måloppnåelse

#### **Oppsummering av drøfting i saken:**

Styret er opptatt av heltid og ser en positiv utvikling på dette området. Styret ønsker en mer detaljert rapportering senere. Oppgradering i BRK-prosjektet ved Bærum sykehus ser ut til å være forsinket. Styret ønsker mer innblikk i sykefraværsutvikling og i pakkeforløp for kreft i kommende rapporteringer da disse områdene ikke ser ut til å utvikle seg som ønsket. Styret uttrykte stor bekymring for den økonomiske utviklingen i de største somatiske klinikkene, noe som vil bli særlig adressert i budsjettsaken.

#### **Styrets enstemmige**

##### **Vedtak:**

Styret tar virksomhetsrapport pr november til etterretning.

### **Sak 53 /2019 Budsjett og mål 2020**

Økonomidirektør Mette Lise Lindblad orienterte før behandling av saken.

### **Oppsummering innhold:**

Styret fikk presentert foretakets budsjettforslag for 2020. Samlet sett er risikoen tatt ned på klinikkene og flyttet noe over på fellesøkonomien gjennom rammeøkninger og finansiering av satsingsområder og andre oppgaver det er nødvendig å styrke. Det er ikke gitt effektiviseringskrav på klinikkene utover de underskuddene som ikke dekkes inn av rammetilførsler. For somatisk virksomhet er det lagt opp til økning i den faste bemanningen. Dette erstatter dyre årsverk knyttet til innleie, overtid og ekstrahjelp. Det er heller ikke lagt opp til samlet produktivitetsvekst innen somatisk virksomhet. For psykiatri er det budsjettet med bemanningsreduksjon, i hovedsak tilknyttet Blakstad som har hatt større overskridelser mot budsjett i 2019. Det er konkrete handlingsplaner som ligger til grunn for budsjettet. Ingen klinikker har rapportert om vesentlig risiko ved budsjettet etter planlagte tiltak. Samlet sett vurderes budsjettet å ha en moderat risiko knyttet til oppnåelse av økonomisk resultat, medarbeidertilfredshet og pasientsikkerhet. Planlagte tiltak og tett oppfølging av at handlingsplanene realiseres som forutsatt vil bidra til at risikoen kan tas ned. Budsjettet balanserer behov for investeringskraft og rammen for driften på en tilfredsstillende måte. Målsetninger innenfor kvalitet og pasientsikkerhet vil bli ivarett og prioritert, og omstillingsarbeidet og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten vil bli lagt til grunn for driftsavtaler med klinikkene for å sikre kontinuerlig forbedring av tjenesten. Endelig oppdrag- og bestilling fra Helse Sør Øst vil vedtas i foretaksmøte i februar, men det legges til grunn at oppdraget vil kunne gjennomføres med de rammer som nå vedtas

### **Oppsummering av drøfting i saken:**

Det er et godt bearbeidet budsjett. BRK-prosjektene må bearbeides og planlegges videre og vil behandles i forbindelse med økonomisk langtidsplan (ØLP) våren 2020.

Bemanningen i foretaket blir styrket. Faste ansettelser blir prioritert og forutsetter mindre bruk av innleide ressurser. Styret vil følge nøye med utviklingen på disse områdene på klinikknivå og vil ha konkrete tiltakslistene ved eventuelle avvik.

Omstillingsretningen i klinikk for psykisk helse og rus videreføres med vektlegging av hensiktsmessige pasientforløp, kompetanse og bruk av teknologi. I de somatiske klinikkene blir kompetansen i akuttinntakene styrket. Det forventes effekter av ny teknologi. Samhandling innad i foretaket og mot kommunene vil gi bedre pasientbehandling.

Budsjettet er krevende, men realistisk. Det gis ros til administrasjonen for arbeidsprosessen med budsjettet og saksdokumentet.

### **Styrets enstemmige**

#### **Vedtaks:**

1. Styret slutter seg til de mål og prioriteringer for budsjett 2020, som fremkommer i administrerende direktørs saksfremstilling. Budsjettet vedtas med totale inntekter på 10082 MNOK, hvorav 6021 MNOK er basisrammetildeling fra HSØ. Styret vedtar budsjettet med et overskudd på 248 MNOK.  
Styret vil i forbindelse med behandlingen av økonomisk langtidsplan (ØLP) til våren vurdere forskyvning av BRK-prosjektet.
2. Budsjett og mål for 2020 angir foretakets mål og økonomiske rammer for virksomheten det kommende år. Det er styrets forutsetning at budsjettet innenfor de samlede økonomiske rammer skal bidra til god måloppnåelse i forhold til eiers krav, helseforetakets egne mål, herunder bidra til god kvalitet og pasientsikkerhet.
3. Budsjett 2020 inkluderer blant annet følgende disponeringer og satsingsområder:
  - Økte midler til prehospitaltjenester for å styrke ambulansevirkosomhet.



- Midler til sikkerhet og vektertjeneste i sykehusene.
- Midler til skanning av historiske pasientjournaler som følge av kommende flytteprosess for nytt sykehus i Drammen.
- Økte midler til utdanning av spesialsykepleiere og øvrig helsepersonell, forskning og innovasjon.
- Styrking av kapasitet og kompetanse innen pasientlogistikk, samt medisin og helsefag.
- Midler til mottak av regionalt system for elektronisk kurve og medikasjon og til oppgradering av IKT-infrastrukturen (STIM-programmet).
- Økte midler til prosjektorganisasjon for nytt sykehus i Drammen
- Akuttmedisin Kongsberg

4. Prioriterte mål 2020 er:

- Tiltak for å bedre pasientsikkerhet og kvalitet.
- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen.
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Bedre ressursutnyttelse og samordning.
- Etablering av beste praksis i Vestre Viken.

5. Styret ber om en stram styring og løpende oversikt av rekruttering, ansettelse, og innleie. Styret ber om en klinikkvis rapportering av områdene i forbindelse med i virksomhetsrapporteringen. Det er avgjørende viktig for budsjettoppnåelse at de somatiske klinikkene klarer sine omstillingstiltak. Styret ber om klinikkvis rapportering til styret av oppnåelse og eventuelle avvik i de budsjetterte omstillingstiltakene.

6. Styret vedtar en øvre investeringsramme på 317 MNOK.

Investeringer i BRK og Bærum BUP følger tidligere vedtatt program

Investeringer finansieres med 302 MNOK i egne midler, og 15 MNOK med finansielle leasing. Bruk av finansiell leasing forutsetter godkjenning av Helse Sør Øst.

Investeringsnivået forutsettes delvis finansiert ved salg av eiendom. Om salgene ikke gjennomføres i 2020, må investeringsnivået reduseres tilsvarende.

7. Det forutsettes at omstillingsarbeid skjer i samarbeid med og i dialog med de ansattes organisasjoner og vernetjenesten. De 12 prinsipper for medvirkning skal legges til grunn for samarbeid og dialog. Likeledes legges de 13 prinsipper for brukermedvirkning til grunn for dialog med brukerne og deres organisasjoner.

8. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å foreta eventuelle budsjettkorrigeringer gjennom året, blant annet som følge av endrede DRG-indekser, nye bevilgninger eller føringer fra eier, styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF, tekniske justeringer som følge av feilbudsjetteringer med videre.

**Protokolltilførsel fra ansattes representanter, Tom Roger Heggelund Frost, John Egil Kvamsøe og Toril Anneli Kiuru Morken, i styret.**

Mangelfull satsing på kompetanse og fag er en hovedbekymring for budsjett 2020.

Ansattrepresentantene ser med bekymring på at Vestre Viken ikke følger opp egne vedtatte strategidokumenter som beskriver behovet for å sikre personell med rett kompetanse, og følge opp rekrutteringssvake områder med konkrete tiltak. Utviklingsplan 2035,

Strategiplan 2019-2022, og øvrige dokumenter og rapporter med fremskriving og beregning av kompetansebehov ligger til grunn for at ansattrepresentantene mener det er et konkret behov for øremerkede midler på 2,5 MNOK til utdanningsstillinger for spesialsykepleiere. At ledelsen ser behov for å sette av midler til øvrig kompetansetiltak for helsepersonell generelt ser vi positivt på og støtter, men dette må komme som økonomiske midler i tillegg for budsjett 2020. Slik satsingen foreligger nå blir det for lite økonomiske midler til dokumentert behov for utdanning av spesialsykepleiere.

### **Styrets enstemmige**

#### **Vedtak:**

### **Sak 54/2019 Gevinstrealiseringsplan**

Administrerende direktør Lisbeth Sommervoll orienterte før behandling av saken.

#### **Oppsummering innhold:**

Styret fikk fremlagt et utkast til plan for å sikre økonomisk bærekraft og realisering av gevinster i tilknytning til innflytting i nytt sykehus i Drammen. Administrerende direktør ønsket innspill fra styret for det videre arbeid med å ferdigstille en plan som kan fremlegges for styret i Helse Sør Øst RHF som svar på deres vedtak til sak 017-2019, Forprosjektrapport NSD.

#### **Oppsummering av drøfting i saken:**

Denne saken er spennende lesning. Å bygge et sykehus er «lettere» enn å ta ut gevinstene i organisasjonen. Styret er av den oppfatning at utkast til plan gir riktig retning for arbeidet. Målene og tiltakene for økonomi, kapasitet og kvalitet må tydeliggjøres med utgangspunkt i premissene for vedtaket i styret i HSØ om bygging av nytt sykehus i Drammen. Det må lages et dokument med milepæler som kan følges av styret og ledelsen og som kan avsjekkes underveis fram mot 2025. Styret vil ha regelmessig rapporteringer av gjennomføring og resultatoppfølging i løpet av året. Det er hele foretaket som skal skape bærekraften for nytt sykehus. Det er ønskelig å få et dokument som er godt pedagogisk oppbygd og lett tilgjengelig ned på de enkelte komponenter i gevinstplanen.

Styret tar sikte på å behandle saken 24. februar 2020 slik at styret i Helse Sør-Øst kan behandle saken i marsmøtet

### **Styrets enstemmige**

#### **Vedtak:**

Styret tar notatet om økonomisk bærekraft og gevinstrealiseringsplan «Nytt sykehus i Drammen» ( NSD) til foreløpig orientering. Styret ber om at saken kommer tilbake til styret i februar hvor det i det videre arbeidet tas hensyn til innspillene som ble gitt fra styret.

### **Sak 55/2019 Oppnevning av nye representanter til Brukerutvalget fra 2020**

Styreleder takket Toril Krogsund for meget godt arbeid som leder av Brukerutvalget i seks år. Styreleder uttrykte stor takknemlighet for de bidrag Toril hadde gitt i styremøtene.

### **Styrets enstemmige**

#### **Vedtak:**

Følgende nye medlemmer oppnevnes til Vestre Vikens brukerutvalg for perioden 2020-2021:

- Gudrun Breistøl, FFO Akershus (ny)
- Mark Miller, FFO Akershus (ny)
- Rune Kløvtveit, FFO Buskerud (ny)

- Elisabeth Schwencke, FFO Buskerud (reoppnevning)
- David C. Hemmingsen, Kreftforeningen (ny)

Oppnevningen gjelder for 2 år.

Rune Kløvtveit oppnevnes som leder for 2020-2021.

Heidi Hansen fortsetter som nestleder i 2020.

### **Sak 56/2019 Arealbruksplan for ledelse og staber**

Unntatt offentlighet, offl. § 23, 1. ledd

## **Orienteringer**

### **Sak 57/2019 Orienteringer**

Dokumenter som berører foretakets virksomhet siden forrige styremøte, legges fram for styret til orientering.

#### **Styrets enstemmige**

##### **Vedtak:**

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

#### **Andre orienteringer**

##### **Nytt sykehus Drammen**

Prosjektleder for nytt sykehus orienterte om status rivearbeider og byggeprosjekt, overordnet plan for prosjektorganisasjonen, klinisk ibruktakelse og organisering av prosjektorganisasjonen og planer for 2020.

##### Status i byggeprosjektet

Rivning av bygninger går etter planen og alle hovedaktiviteter i byggeprosjektet er på plan, både mht. fremdrift og økonomi.

##### Overordnet plan for prosjektorganisasjonen

Overordnet plan er under utarbeidelse og skal omfatte alle hovedaktiviteter for prosjektorganisasjonen fra 2020 til innflytting i nytt sykehus.

Per i dag er denne delt inn i følgende hovedområder: hovedentrepriser, utstyrsanskaffelser, OU-prosesser, flytting, opplæring og IKT. Planen vil bli løpende oppdatert iht. planer og fremdrift i byggeprosjektet, mottaksprosjektet og O-IKT.

##### Klinisk ibruktakelse

Etablert plan for gjennomføring av minimum ett arbeidsmøte med representanter fra de kliniske miljøene for alle områder som vurderes som del av første fase av innflyttingen. Skal også kartlegge støttefunksjoner som må/skal etableres og identifisere avhengighetene mellom de forskjellige funksjonsområdene og avhengigheter til personell, åpningstider, medisinsk teknisk utstyr osv. Arbeidet ledes av prosjektorganisasjonen med støtte fra stab i helseforetaket, OU og controlling.

Prosjektorganisasjonen og planer for 2020

Prosjektorganisasjonen utvides i mars 2020 med ansettelse av Prosjektleder IKT. Videre er det behov for å styrke både ressursituasjonen og fagkompetansen innen områder som stråleterapi og bilde.

### **Eventuelt**

Styret etterspurte rapporter på alvorlige hendelse i foretaket. Tema Pasientsikkerhet og kvalitet er planlagt til styremøtet i februar og her vil dette bli omtalt. I tillegg blir alvorlige hendelser rapportert i tertialrapportene til styret i løpet av året.

### **Drammen 16. desember 2019**

Torbjørn Almlid  
styreleder

Margrethe Snekkerbakken  
nestleder

Torkil Bjørnson

Bovild Tjønn

Geir Kåre Strømmen

Tom R. H. Frost

Toril A. K. Morken

John Egil Kvamsøe

Dato: 17. februar 2020  
Saksbehandler: Cecilie S. Monsen

## Saksfremlegg

### Årlig melding 2019

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte	3/2020	24.02.2020

### Forslag til vedtak

Styret for Vestre Viken HF vedtar Årlig melding 2019 for Vestre Viken, med de endringer som fremkom i styremøtet.

Drammen, 17. februar 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

### Bakgrunn

Ifølge § 14 i vedtektene for foretaket skal styret i Vestre Viken hvert år sende en årlig melding til Helse Sør-Øst RHF som omfatter styrets rapport for foregående år og styrets plandokument for virksomheten. Frist for Årlig melding 2019 er 1. mars 2020. Meldingen utarbeides etter mal gitt av Helse Sør-Øst RHF.

Årlig melding fra helseforetakene danner grunnlag for Årlig melding fra Helse Sør-Øst RHF til Helse- og omsorgsdepartementet.

### Saksutredning

I tillegg til innledning inneholder Årlig melding to deler:

- Rapporteringsdel (del II) hvor det rapporteres på hvordan helseforetaket har svart opp mål for 2019 i "Oppdrag og bestilling" og øvrige bestillinger/pålegg gitt i foretaksmøter gjennom året.
- Styrets plandokument (del III) skal være av strategisk og overordnet karakter og vise hovedtrekkene i fremtidig drift innenfor de rammebetingelser som er gitt av det regionale foretaket som eier. Her legger Helse Sør-Øst RHF til grunn at det kan henvises til andre styregodkjente dokumenter.

En foreløpig rapportering (del II) ble avgitt til Helse Sør-Øst RHF innen fristen 20. januar 2020.

Årlig melding forutsettes utarbeidet med medvirkning fra ansattes representanter og brukerutvalget. Prosess ved utarbeidelse av Årlig melding 2019 er gjennomført i henhold til følgende plan:

<b>DATO</b>	<b>AKTIVITET</b>
15.november 2019	HSØ: Oppstartsmøte med alle HF – Gjennomgang av mal
20.november 2019	HSØ: Endelig mal sendes ut til foretakene
20.januar 2020	VVHF: Frist for oversendelse av Rapportdel (del II) til HSØ
30.januar 2020	VVHF: Gjennomgang med foretakstillitsvalgte og vernetjeneste
3.februar 2020	VVHF: Gjennomgang i ADs stabsmøte
Februar 2020	VVHF: Brukerutvalget v/arbeidsutvalget
11.februar 2020	VVHF: Gjennomgang med foretaksledelsen
24.februar 2020	VVHF: Behandling i styret
1.mars 2020	VVHF: Frist for oversendelse av styrebehandlet årlig melding til HSØ

Utkastet til Årlig melding 2019 for Vestre Viken er gjennomgått med de foretakstillitsvalgte og foretakshovedverneombud i dialogmøte, og det er mottatt innspill som er innarbeidet i dokumentet.

Brukerutvalget har fått oversendt utkastet til årlig melding med mulighet til å fremme innspill. Disse innspillene er vedlagt årlig melding 2019. Brukerutvalgets egen årsmelding for 2019 er også vedlagt.

#### **Administrerende direktørs vurderinger**

Årlig melding for 2019 er utarbeidet i samsvar med eiers føringer.

Plandelen bygger på Utviklingsplan 2035, Strategiplan 2019-2022, Økonomisk langtidsplan 2020-2023 og vedtatt budsjett og mål for 2020, Planene er forankret i Regional utviklingsplan og de regionale føringer om mål og oppdrag.

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret vedtar det fremlagte forslag til Årlig melding 2019 for Vestre Viken, med de endringer som eventuelt fremkommer under styrets behandling av meldingen.

Etter styrets behandling vil meldingen bli sendt inn til Helse Sør-Øst RHF innen fristen 1. mars 2020.

Vedlegg:

1. Årlig melding 2019
2. Innspill til årlig melding 2019 fra brukerutvalget
3. Årsmelding fra brukerutvalget

**VESTRE VIKEN HF**

**ÅRLIG MELDING 2019**

til Helse Sør-Øst RHF

**Drammen, 1. mars 2020**



## **Innhold**

---

<b>DEL I: INNLEDNING OG VURDERING.....</b>	<b>4</b>
<b>1. Innledning.....</b>	<b>4</b>
1.1 Oppgaver og organisering	4
1.2 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag	5
1.3 Mål for virksomheten	5
1.4 Virksomhetsstyring - styrets arbeid, herunder intern styring og kontroll	5
1.5 Medvirkning fra brukere og ansatte	6
<b>2. Vurdering av virksomheten.....</b>	<b>8</b>
2.1 Positive resultater og uløste utfordringer	8
2.2 Evaluering av egen virksomhet og organisering	9
<b>DEL II: RAPPORTERINGER.....</b>	<b>10</b>
<b>3. Oppfølging av styringsbudskap fra tidligere år.....</b>	<b>10</b>
3.1 Pakkeforløp kreft	10
3.2 Reduksjon av unødvendig venting	10
3.3 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	10
3.4 Korridorpasienter	10
<b>4. Oppfølging av styringsbudskap for 2019.....</b>	<b>10</b>
4.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	10
4.1.1 Gjennomsnittlig ventetid	10
4.1.2 Overholdelse av pasientavtaler	11
4.1.3 Kreftbehandling	12
4.1.4 Behandling av hjerneslag	13
4.1.5 Uønsket variasjon	13
4.2 Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	14
4.2.1 Høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk på regionnivå	14
4.2.2 Pakkeforløp psykisk helsevern	16
4.2.3 Pakkeforløp tverrfaglig spesialisert rusbehandling	17
4.2.4 Forløpskoordinatorer innen psykisk helsevern og TSB	17
4.2.5 Tvangsbruk i psykisk helsevern	17
4.2.6 Epikrise	17
4.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	18
4.3.1 Kvalitet og pasientsikkerhet	18
4.3.2 Styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten	23
4.3.3 Beredskap og sikkerhet	24
4.3.4 Innkjøp	26
4.3.5 Personell, utdanning og kompetanse	27
4.3.6 Forskning og innovasjon	29
4.3.7 IKT-utvikling og digitalisering	29
4.3.8 Bygg og eiendom	30
4.4 Tildeling av midler og krav til aktivitet	30
4.4.1 Økonomiske krav og rammer	30
4.4.2 Aktivitetskrav	35
4.5 Andre rapporteringer	36
4.5.1 Oppfølging av andre oppdrag	36
4.5.2 Andre forhold ved driften	36
<b>DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT.....</b>	<b>37</b>

5.	Utviklingstrender og rammebetingelser .....	37
6.	Strategier og planer .....	37
<b>DEL IV:</b>	<b>VEDLEGG .....</b>	<b>38</b>
Vedlegg 1:	Brukerutvalgets uttalelse til årlig melding 2019 Vestre Viken.....	38
Vedlegg 2:	Årsmelding fra brukerutvalget Vestre Viken 2019 .....	38

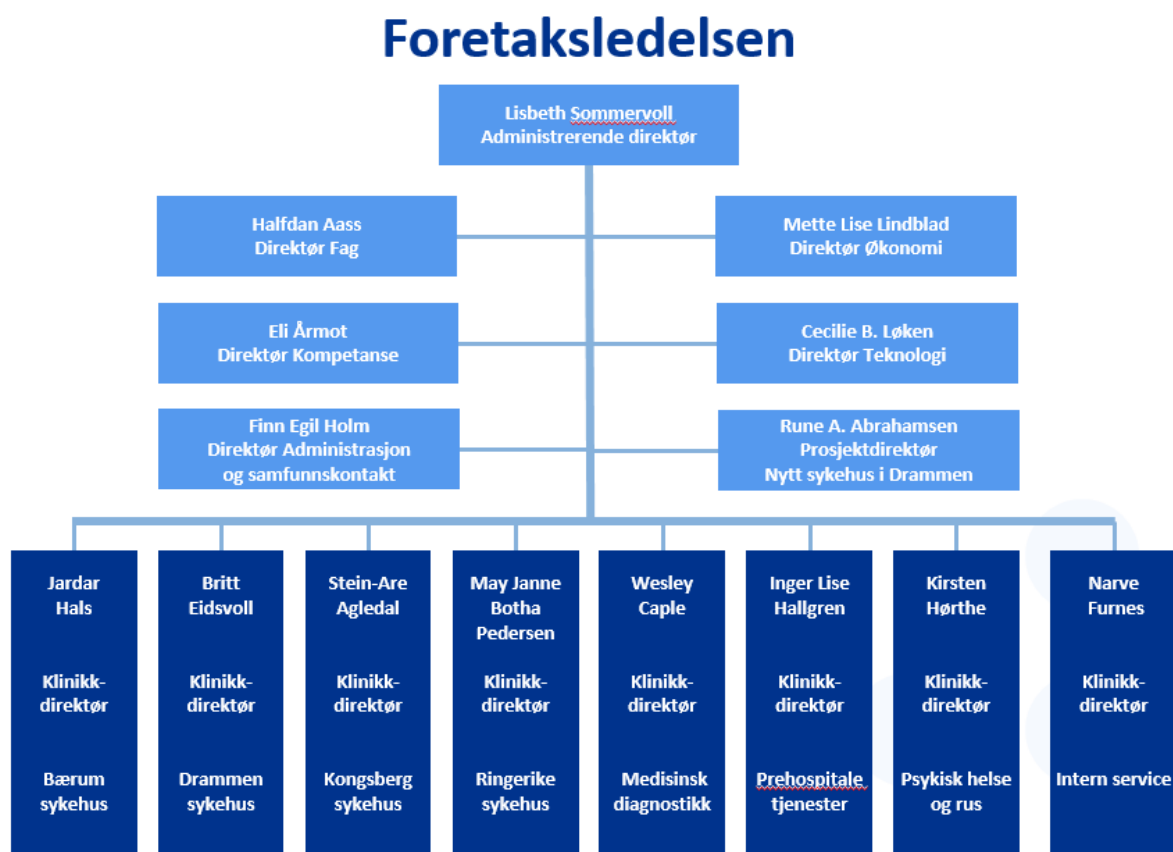
## DEL I: INNLEDNING OG VURDERING

### 1. Innledning

#### 1.1 Oppgaver og organisering

Vestre Viken yter spesialiserte helsetjenester til omlag 495 000 innbyggere i 26 kommuner fordelt på 4 fylker (inntil kommune- og regionreform 01.01.20). Prehospitale tjenester ytes også, med unntak av prehospitale tjenester for kommunene Asker og Bærum som fortsatt utføres av Oslo universitetssykehus.

Foretaket er organisert med 8 klinikker samt sentrale stabsavdelinger. Fire klinikker er organisert med utgangspunkt i de fire somatiske sykehusene, mens fire klinikker – klinikk for henholdsvis medisinsk diagnostikk, psykisk helse og rus, prehospitale tjenester og intern service – er organisert ut fra funksjoner på tvers av lokasjonene. Organisasjonskartet pr desember 2019 fremgår av figuren nedenfor.



Den somatiske aktiviteten er fordelt på Bærum, Drammen, Kongsberg og Ringerike sykehus med Hallingdal sjukestugu. Aktivitet innen klinikk for psykisk helse og rus fordeler seg mellom sykehusavdelingen som ligger på Blakstad, 5 distriktpsikiatriske sentre (DPS), en avdeling for rus og avhengighet (ARA) og en barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA).

Vestre Viken hadde gjennomsnittlig ca. 9 125 ansatte som til sammen utførte om lag 7 357 årsverk i 2019.

Involvering av ansatte i virksomheten skjer gjennom foretakets tillitsvalgte og verneombud på alle nivåer. De er valgt av organisasjonene innenfor avtalt ramme. Involvering skjer gjennom informasjon, dialogmøter, drøfting og forhandlinger.

Brukerutvalget i Vestre Viken har i 2019 arbeidet i henhold til mandatet, som er i samsvar med regionale føringer.

Ungdomsrådet i Vestre Viken ble etablert i 2015. Det skal bidra til god brukermedvirkning for ungdom som er pasienter i helseforetaket - på ungdoms premisser, både med tanke på fysiske og psykiske helseutfordringer. Medlemmene i ungdomsrådet har erfaringskompetanse fra både fysiske og psykiske helseutfordringer.

## **1.2 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag**

Vestre Viken legger eiers visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag til grunn for sin virksomhet.

Visjonen er å skape Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi.

Verdigrunnlaget er de tre nasjonale verdier for helsetjenesten:

- Kvalitet
- Trygghet
- Respekt

## **1.3 Mål for virksomheten**

Mål for foretaket formidles fra det regionale foretaket gjennom Oppdrag og bestilling. De overordnede mål for 2019 har vært:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Styret vedtar budsjett og mål som angir foretakets mål og økonomiske rammer for virksomheten det kommende år. Det er styrets forutsetning at budsjettet, innenfor de samlede økonomiske rammer, skal bidra til god måloppnåelse i forhold til eiers krav og helseforetakets egne mål, herunder å bidra til god kvalitet og pasientsikkerhet.

Prioriterte mål 2019 har videre vært:

- Etablere beste praksis i Vestre Viken
- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Gjennomføre tiltak for å bedre pasientsikkerhet og kvalitet

## **1.4 Virksomhetsstyring - styrets arbeid, herunder intern styring og kontroll**

Forskrift om Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten trådte i kraft 1. januar 2017. Vestre Viken har fulgt opp denne. Kvalitetssystemet i Vestre Viken er i samsvar med kravene i denne forskriften og med Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid. Hensikten med kvalitetssystemet er å sikre god styring og kontroll med virksomheten. Det gjennomføres Ledelsens gjennomgang (LGG) en gang årlig for å

vurdere om system for internkontroll er virksomt, hensiktsmessig og effektivt. Klinikken vurderer på avdelings- og klinikknivå om elementene i kvalitetssystemet fungerer som forutsatt. På foretaksnivå sammenfattes klinikkens LGG-rapporter og det gjøres en overordnet risikovurdering om elementene i kvalitetssystemet er i henhold til krav og interne behov.

Internkontroll inngår i administrerende direktørs organisering av virksomhetsstyringen. Det legges årlig en plan for overordnede revisjoner. Planen bygger på resultater i kvalitetssystemet og kilder er avvik, klager, risikovurderinger, tilsyn og innspill fra klinikker og staber. Revisjonsvirksomhet innen områdene kvalitet, HMS og legemiddelhåndtering blir koordinert.

Fullmaktstruktur for de ulike ledernivåene er implementert.

Det arbeides kontinuerlig med å videreutvikle kultur for åpenhet, samt for å avdekke og forebygge feil og mangler. Det er god meldekultur i virksomheten. Avvik og forbedringsområder meldes i avvikssystemet Synergi fra alle klinikker og avdelinger. Disse brukes systematisk til læring og forbedring. Vestre Viken har etablert en elektronisk tilbakemeldingsmulighet for pasienter/pårørende og samarbeidspartnere på internett som skal bidra til lav terskel for å melde feil og mangler. Systemet er en del av avvikssystemet, og bidrar til at uønskede hendelser håndteres raskere og mer systematisk.

Det rapporteres tertialvis til styret om eksterne tilsyn som er gjennomført og oppfølgingen av disse.

Det rapporteres regelmessig til styret om styring og kontroll med budsjettoppfølging, mål for pasientbehandling, kvalitetsparametre mv.

Det inngås årlig driftsavtaler mellom administrerende direktør og klinikkdirektører og tilsvarende mellom klinikkens ledernivåer. Driftsavtalen konkretiserer den enkelte klinikkens mål med utgangspunkt i Oppdrag og Bestilling for Vestre Viken. Klinikken har regelmessige møter med administrerende direktør med oppfølging av elementene i driftsavtalene.

Klinikken gjennomfører risikovurderinger hvert tertial relatert til måloppnåelse av Oppdrag og bestilling fra HSØ. Resultatene sammenfattes i en overordnet risikovurdering for Vestre Viken. Risikovurderingene er en del av tertialvis rapportering til styret og er et gjennomgående verktøy i virksomhetsstyringen.

## **1.5 Medvirkning fra brukere og ansatte**

Brukerutvalget (BU) har i samarbeid med ledelsen i Vestre Viken utviklet gode arbeidsformer. Utgangspunktet for dette arbeidet har vært de 13 punktene for brukermedvirkning vedtatt i HSØ. Brukerutvalgets årsmelding for 2019 er vedlagt. Likeledes er vedlagt Brukerutvalgets kommentarer til årlig melding. Brukerutvalget består av 9 personer, 6 kommer fra FFO, 1 fra SAFO, 1 fra Kreftforeningen og 1 fra RIO. Leder og nestleder deltar på styremøter og styreseminarer med møte- og talerett.

Brukerutvalget har medlemmer som deltar i klinikkens kvalitetsutvalg, i utvidede klinikkleder møter, samt i Vestre Vikens større prosjekter.

Brukerutvalget er også representert i Vestre Vikens sentrale kvalitetsutvalg og forskningsutvalget. Brukerutvalget deltar i overordnet samarbeidsutvalg (OSU) og i de lokale samarbeidsutvalg. Det er et eget brukerutvalg for Nytt sykehus i Drammen. Det ordinære brukerutvalget er representert i dette.

Ungdomsrådet gir råd og innspill til hvordan barn og unge kan få det bedre som pasienter og pårørende i Vestre Viken. Medlemmene i ungdomsrådet representerer ungdom med ulike bakgrunn i alder, kjønn og etnisitet, og har erfaringskompetanse fra både fysiske og psykiske helseutfordringer. Ungdomsrådet følges opp av koordinator fra lærings – og mestringssenteret (LMS) og kontaktpersoner fra avdelinger som behandler barn og unge.

Ungdomsrådet har hatt 10 møter i 2019 og har hatt et aktivt år med mye andre aktiviteter. På oppdrag fra Helse Sør-Øst arrangerte Vestre Viken den første regionale konferansen for ungdomsråd i regionen 2.-3. februar 2019. Samlingen hadde 35 deltakere. Medlemmer i rådet har også deltatt som forelesere på ulike tiltak som brukerforum, ulike foreldrekurs og deltakelse på flere fagdager. Rådet har ellers bidratt sterkt i planlegging og gjennomføring av egen ungdomshelsedag under Pasientsikkerhetsuka.

Vestre Viken arbeider for å sikre de ansattes medvirkning på alle nivåer i organisasjonen. Medvirkning fra ansatte er organisert gjennom fagforeningene og vernetjenesten sin representasjon, ved ansattvalgte representanter i Vestre Viken sitt styre, samt gjennom direkte deltakelse i prosjekt- og arbeidsgrupper i utviklings- og omstillingsprosesser. For sentrale staber er det valgt et eget hovedverneombud.

Det er inngått lokale samarbeidsavtaler med fagforeningene og med vernetjenesten. De respektive avtalene klargjør hvordan Hovedavtalens bestemmelser om informasjon, samarbeid og medbestemmelse skal praktiseres i Vestre Viken. Avtalene regulerer også hvordan ordningene skal være organisert, samt hvor stort frikjøp det er for den enkelte fagforening.

For vernetjenesten er det utarbeidet en prosedyre og en samarbeidsavtale. Disse regulerer områder som ikke er omtalt i arbeidsmiljøloven, samt frikjøp og dekning av utgifter til kurs og møter. I tillegg beskriver den hvordan Arbeidsmiljølovens krav om informasjon, drøfting og medvirkningsplikt, samt de 12 prinsippene for medvirkning i omstilling, skal oppfylles. Møtestruktur, deltakelse i styringsgrupper, arbeidsgrupper, prosjektgrupper med videre er satt i system.

Tillitsvalgte og vernetjeneste har i eget møte fått presentert utkast til årlig melding. Det ble gitt mulighet til å vurdere meldingen samt gi innspill, som så er innarbeidet her.

Brukerutvalget har gitt innspill til årlig melding 2019 for Vestre Viken; se vedlegg 1.

## **2. Vurdering av virksomheten**

### **2.1 Positive resultater og uløste utfordringer**

Overordnet vurderes 2019 som et godt driftsår for Vestre Viken, men det er stadig forbedringsområder og uløste utfordringer.

Aktiviteten har vært høyere enn planlagt innen somatikk. Innen psykisk helsevern for voksne ble aktiviteten (målt som polikliniske konsultasjoner) noe høyere enn i 2018, men noe under plan, mens aktiviteten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) var betydelig høyere enn både 2018 og plan. Innen psykisk helsevern for barn og unge økte aktiviteten også betydelig, men likevel noe under planlagt økning. Samlet er prosentvis øking innen psykisk helsevern/TSB i poliklinisk aktivitet høyere enn i somatikken.

Gjennomsnittlig ventetid innen somatikk ble redusert sammenliknet med 2018, men ventetiden på 56 dager var litt over målet på 55 dager, og må fortsatt arbeides med. Mål for ventetid innen psykisk helsevern for voksne og innen TSB ble nådd med god margin. Ventetid innen psykisk helsevern for barn og unge ble redusert sammenliknet med året før, men var samlet 43 dager som er over målet på 40 dager. Det har vært gjort flere tiltak for å bedre ventetiden og den var i tråd med målet i årets siste 3 måneder. Det forventes at målet nås i 2020.

Det er forbedring i løpet av året for forløpstider i noen pakkeforløp for kreft. Samlet er Vestre Viken imidlertid fortsatt godt unna målet på 70 % til tross for en rekke tiltak. Videre arbeid på dette området har høy prioritet i 2020.

Andel korridorpasienter innen somatikk er for høyt også i 2019. Det er i hovedsak Ringerike og Drammen sykehus som har korridorpasienter. Ved Ringerike sykehus har det vært arbeidet med forbedringstiltak gjennom året, og det ses tegn til bedring mot slutten av året. Drammen sykehus skal ha et prosjekt knyttet til akuttmottak av pasienter som forventes å gi bedring også på dette området.

Målet er ikke nådd hva angår reduksjon i bredspektrede antibiotika. Det er gjennomført flere tiltak i 2. halvår 2019 som forventes å gi effekt.

Innen psykisk helsevern er FACT-teamene videreutviklet og vurderes å fungere godt. Pakkeforløp innen psykisk helsevern/TSB er innført.

Nettbasert egenrapportering er startet for pasienter med epilepsi, et innovasjonsprosjekt støttet av Helse Sør-Øst. Dette kan i flere tilfeller erstatte fysisk oppmøte på poliklinikken. Tilsvarende for andre pasientgrupper er under planlegging.

I løpet av 2019 har Vestre Viken etablert et program for kontinuerlig forbedring for å styrke kompetansen i forbedringsarbeid.

Vestre Viken fikk et økonomisk resultat i 2019 på 284,9 MNOK, som er 29,9 MNOK bedre enn budsjett.

## **2.2 Evaluering av egen virksomhet og organisering**

Det er ikke gjort organisatoriske endringer i 2019. Organisasjonen vurderes som hensiktsmessig.

Styret har vedtatt Strategi 2019-2022 med grunnlag i Utviklingsplan 2035.

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok forprosjektrapporten for nytt sykehus i Drammen i styremøte 14. mars 2019, sak 017/2019. Vestre Viken har en egen prosjektorganisasjon for et mottaksprosjekt som ivaretar medvirkning, forankring og organisasjonsutvikling fram mot innflytting i nytt sykehus i 2025. Arbeidet knyttet til nytt sykehus i Drammen er en del av en samlet organisasjonsutvikling i hele Vestre Viken.



### 3. Oppfølging av styringsbudskap fra tidligere år

Årlig melding 2018 fra Vestre Viken HF ble behandlet i sak 3: *Årlig melding 2018, jf. vedtektene §§ 6 og 14* i foretaksmøte 20. mai 2019. Foretaksmøtet viste i saken spesielt til helseforetakets resultatoppnåelse for styringsbudskapene:

- Pakkeforløp kreft
- Reduksjon av unødvendig venting
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Korridorpasienter

I vedtaket fra foretaksmøtet ble det presisert at:

*Foretaksmøtet forutsetter at driften ved Vestre Viken HF innrettes slik at gjenstående styringskrav fra tidligere år følges opp sammen med nye styringskrav for 2019.*

#### 3.1 Pakkeforløp kreft

Se punkt 4.3.1

#### 3.2 Reduksjon av unødvendig venting

Se punkt 4.1.1

#### 3.3 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Se punkt 4.2

#### 3.4 Korridorpasienter

Se punkt 4.3.1

### 4. Oppfølging av styringsbudskap for 2019

#### 4.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

##### 4.1.1 Gjennomsnittlig ventetid

Redusere gjennomsnittlig ventetid sammenliknet med 2018. Under 55 dager i alle helseforetak innen 2019. Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være under 50 dager i alle regioner.

*[Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.]*

Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter innen somatikk var 56 dager i 2019. Dette er en reduksjon på 3 dager sammenliknet med 2018, men litt over målet på 55 dager. Aktiviteten har vært høyere enn i 2018, og også høyere enn planlagt, men det har likevel ikke vært tilstrekkelig til å redusere så mye at målet helt er nådd.

Fagområder med lang ventetid har vært øyesykdommer, plastikk-kirurgi og endokrinologi. Innen alle disse områder vil det bli en økning av kapasitet i 2020, som vil påvirke ventetid gunstig. Det har i 2019 vært arbeidet med alternativer til fysisk oppmøte på poliklinikkene. Ved nevrologisk avdeling er gjennomført et innovasjonsprosjekt hos epilepsipasienter med selvrapporing av egen tilstand som så avgjør behov for vanlig poliklinisk time. Dette er nylig satt i drift, og forventes å redusere behovet for poliklinisk time og dermed være gunstig for ventetid. Fjernoppfølging av pasienter med CPAP-behandling vil bli iverksatt i 2020.

#### *Ventetid psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*

Ventetid innen psykisk helsevern for voksne og for tverrfaglig spesialisert rusbehandling er godt innenfor målet med henholdsvis 35 og 31 dager i 2019.

Innen psykisk helsevern for barn og unge er gjennomsnittlig ventetid for hele året 43 dager. Dette er 3 dager kortere enn i 2018, men fortsatt lengre enn målet. De tre siste månedene av 2019 har imidlertid ventetiden vært kortere enn 40 dager. Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling er i en større omstillingsprosess. Tiltak for å redusere ventetid har vært sterkere oppfølging og styring av timebok, økning i andel spesialister, innføring av pakkeforløp, mer effektive pasientforløp, gjennomgang av arbeidsprosesser, kveldspoliklinikk i perioder, tettere samarbeid med kommunene om tilbud til pasientene og flere pasienter inn til en førstesamtale. Avdelingen deltar også i det regionale forbedringsprosjektet innen barne- og ungdomspsykiatri. Det gjøres et omfattende organisasjonsutviklingsprosjekt. Det forventes at ventetidsmålet nås i 2020.

#### **4.1.2 Overholdelse av pasientavtaler**

Median tid til tjenestestart skal reduseres sammenliknet med 2018.

*[Tiden mellom tidspunktet henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten og tjenestestartdato (dato for når prosedyre er utført) for spesifikke sykdomsgrupper. Målet gjelder for sykdomsgrupper der tid til tjenestestart er tilgjengelig som nasjonale tall fra NPR. Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.]*

Median tid til tjenestestart for alle utredninger/behandlinger er samlet sett på samme nivå i 2019 som i 2018. Det arbeides for å effektivisere pasientforløpene, men oppmerksomheten har vært rettet mot spesifikke områder som pakkeforløp og ventetider.

Helseforetaket skal overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2018 (passert planlagt tid). I 2019 skal helseforetaket overholde minst 93 % av avtalene. Innen 2021 skal minst 95 % av avtalene overholdes.

*[Andel pasientkontakter som har passert planlagt tid av totalt antall planlagte pasientkontakter. Må måles med samme uttrekksdato som året før.]*

Andel overholdelse av pasientavtaler er på 91,4 %, som er litt lavere enn målet på 93 %. Øyesykdommer, ØNH-sykdommer, endokrinologi og hjertesykdommer er fagområder med særlig etterslep. Innen hjertesykdommer har Ringerike sykehus engasjert en kardiolog i deltidsstilling for spesielt å konsentrere seg om disse pasientene. Kongsberg sykehus øker sin kapasitet innen fagfeltet i 2020. Innen endokrinologi er det for liten kapasitet ved Drammen sykehus, og dette fagfeltet blir styrket i 2020. Innen

øyesykdommer planlegges også en økt kapasitet. Innen ØNH-sykdommer er etterslep i stor grad knyttet til oppfølging av pasienter som behandles med CPAP for søvnapne. Her arbeides med teknologi for fjernoppfølging, som skal iverksettes i løpet av våren 2020. Det vil forbedre dette området. Det bør derfor forventes en bedring i løpet av 2020.

Det vises til Dokument 3:2 (2018–2019) Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper i 2017, der det bl.a. vises til at bedre planleggingssystemer og administrasjon fører til bedre utnyttelse av legeressursene slik at flere pasienter får time innen planlagt tid. Helseforetaket skal følge opp funnene i Riksrevisjonens undersøkelse.

Det har vært generelt vært arbeidet med lengre planleggingshorisont på poliklinikkene. Spesielt har det vært arbeidet med innen barne- og ungdomspsykiatrien i 2019. I 2020 skal foretaket gjennomføre en gjennomgripende gjennomgang om aktivitetsstyrt bemanning for langsiktig planlegging og tilpassing av bemanning til aktivitet.

#### 4.1.3 Kreftbehandling

Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 % Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres.

*[Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet for 26 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid. Andel pakkeforløp som har en forløpstid fra start av forløpet til start av kirurgisk, medikamentell- eller strålebehandling, som er innenfor standard forløpstid, for lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft, kreft i spiserør og magesekk, blærekreft, testikkelkreft, skjoldbruskkjertelkreft, kreft hos barn, hjernekreft, nevroendokrine svulster, føflekkreft, peniskreft, bukspyttkjertelkraft, myelomatose, akutt leukemi, kronisk lymfatisk leukemi, galleveiskreft, primær leverkreft, hode- halskreft, lymfom, nyrekreft, livmorkreft, eggstokkreft, livmorhalskreft og sarkom. Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.]*

Andel pasienter i pakkeforløp for kreft behandlet innen standard forløpstid var 60 % i 2019, på samme nivå som i 2018. Det er således godt under målet, og viser ingen bedring året sett under ett. Det er imidlertid noe bedring i løpet av høsten. Det har vært satt i verk en rekke forbedringstiltak i løpet av året. Det har vært gjennomført forbedringsarbeider i klinikkene både internt i den enkelte klinikk og mellom avdelinger og klinikker som samarbeider i ulike pakkeforløp for kreft.

Forløpskoordinatorfunksjonen er styrket der det er avdekket behov for det. Vestre Viken har også deltatt i et regionalt forbedringsprosjekt. Det har vært gjennomført grundig forløpsgjennomgang særlig av pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft, brystkreft, lungekreft og gynekologisk kreft. Det er identifisert forbedringstiltak som dels er gjennomført, dels fortsatt er under gjennomføring.

Det er oppnådd forbedringer i løpet av året innen noen av kreftforløpene som tykk- og endetarmskreft, prostatakreft, nyrekreft og livmorkreft. Pakkeforløp for brystkreft ligger godt under målet mens man tidligere har hatt gode resultater i dette forløpet. Det

skyldes i det vesentlige utfordringer knyttet til patologisvar. Det arbeides for å forbedre dette i 2020. Pågående tiltaksarbeid innen lungekreft forventes å gi resultater i 2020.

Videre arbeid med pakkeforløp for kreft er et prioritert område i 2020.

#### 4.1.4 Behandling av hjerneslag

Minst 60 % av pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet, får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse.

[Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.]

Trombolysebehandling utføres ved våre fire somatiske sykehus og fra sommeren 2018 også prehospitalt etter CT-undersøkelse ved Hallingdal sjukestugu. CT-undersøkelse kan nå gjøres hele døgnet ved bruk av ambulansarbeidere lokalt og fjernstyring av CT ved radiografer ved Ringerike sykehus og videokonferanse med klinikere.

Andel pasienter med hjerneinfarkt som fikk trombolysebehandling innen 40 minutter var 60 % for Vestre Viken samlet i 2018 (data for 2019 er ikke kommet) etter Norsk hjerneslagsregister. Tre av våre fire sykehus oppnådde andel over 60 %, mens ett lå litt under. Her er det gjort forbedringsarbeid.

#### 4.1.5 Uønsket variasjon

Helseforetaket skal, basert på analyser av uønsket variasjon i effektivitet, kapasitetsutnyttelse og forbruk på tvers av helseforetakene, identifisere:

- minst ett område der foretaket har gode resultater eller stor framgang, hvilke faktorer som har bidratt til denne måloppnåelsen og hvordan denne kunnskapen kan brukes til å bedre måloppnåelsen på andre områder.
- minst to områder der foretaket har svake resultater/høy risiko, og utarbeide en tiltaksplan for å bedre måloppnåelsen på disse områdene. I utarbeidelsen av tiltaksplanen skal det eksplisitt vurderes hva man kan lære av andre helseforetak som har bedre måloppnåelse.

Tilbakemelding skal oversendes Helse Sør-Øst RHF innen 1. oktober 2019. Helse Sør-Øst RHF er pålagt å orientere Helse- og omsorgsdepartementet om status i arbeidet innen 1. november 2019.

Vestre Viken rapporterte på oppdraget knyttet til uønsket variasjon i effektivitet, kapasitetsutnyttelse og forbruk innen fristen 1. oktober 2019. Det vises til denne.

Foretaket har identifisert FACT-team som et vellykket tiltak. Områder med svake resultater/høy risiko er bruk av spesialisert rehabilitering og reduksjon i forbruk av bredspektrede antibiotika.

Vestre Viken har etablert samarbeid om FACT-team med foretakets samtlige 26 kommuner med tilbud tilpasset kommunestørrelsen. Målgruppen er pasienter med alvorlige psykisk lidelser som har behov for tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunene. Det er bygget opp et felles kompetanseprogram for kommune- og spesialisthelsetjenesten. Mer enn 500 pasienter er hittil inkludert i FACT-team, ved full implementering forventes 1600-1800 pasienter inkludert. Det er for tidlig å vurdere

effekter på f. eks. behov for innleggelses, men foreløpige data tyder på et redusert innleggelsesbehov.

Vestre Viken bruker mer spesialisert rehabilitering enn andre helseforetak, og det er uønsket variasjon i bruk mellom foretakets klinikker og kommuner. Det er satt i gang et arbeid for å etablere felles retningslinjer internt for henvisninger til spesialisert rehabilitering. Videre er samarbeid med kommunehelsetjenesten, fastleger og private rehabiliteringsinstitusjoner satt på sakskartet. Med dette ønsker foretaket å sikre et riktig rehabiliteringstilbud for pasientene med slikt behov.

Når det gjelder antibiotikastyring henvises til punkt 4.3.1, kulepunkt 4.

#### **4.2 Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling**

Helseforetaket skal i 2019 redusere gjennomsnittlig ventetid til under 40 dager innen PHBU og PHV, og under 35 dager i TSB.

[Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.]

Vedrørende ventetider: Se tabell nedenfor under punkt 4.2.1 og omtale under punkt 4.1.1.

Helseforetaket skal i 2019 redusere avvisningsrater ved poliklinikkene innen psykisk helsevern.

[Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.]

<b>Avvisningsrater</b>	<b>2018</b>	<b>2019 pr nov</b>
DPS	23,6 %	15,6 %
BUP	31,6 %	27,4 %

DPS er omtrent innenfor målet som er en avvisningsrate på 15 %. BUP har ennå et stykke igjen før de når målet på 20 %. Det arbeides videre med følgende tiltak innen BUPA:

- Kvalitetssikring av registrering av hvert avslag er iverksatt, til bruk i forbedringsarbeid
- Inntak i kommunene utprøves etter modell utprøvd ved Nic Waals institutt. Innebærer at også kommunene må endre sin arbeidsmetodikk. Fremdrift i arbeidet må tilpasses dette og er en del av utviklingsarbeidet i avdelingen.

##### **4.2.1 Høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk på regionnivå**

Det skal på regionnivå være høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Dette måles ved gjennomsnittlig ventetid (som årlig gjennomsnitt), kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske konsultasjoner). Det skal være prosentvis større økning i kostnader og aktivitet. Gjennomsnittlig ventetid

skal være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 40 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 35 dager for TSB i 2019. Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 30 dager for TSB.

[Datakilde for gjennomsnittlig ventetid: Helsedirektoratet. Datakilde for kostnader: de regionale helseforetakenes regnskap. Datakilde for polikliniske opphold: Helsedirektoratet (ISF).]

## Ventetid

VOP, BUP, og TSB har hver for seg en større reduksjon i ventetid enn innenfor somatikk. Fagområde BUP ligger fortsatt over målkravet på 40 dagers gjennomsnittlig ventetid for 2019 samlet, men har nådd målet i årets tre siste måneder. Det vises til omtale under punkt 4.1.1 om ventetider.

pr desember	Hittil i år	Hittil i fjor	Faktisk endring fra i fjor	Budsjettert endring fra i fjor	Budsjett hittil i år	Avvik mot budsjett
<b>Ventetid</b>						
<b>Somatikk</b>	<b>56</b>	<b>59</b>	<b>-4,4 %</b>	<b>-6,8 %</b>	<b>55</b>	<b>2,6 %</b>
VOP	35	42	-17,6 %	-5,3 %	40	-12,9 %
BUP	43	46	-7,7 %	-13,8 %	40	7,1 %
TSB	31	37	-15,9 %	-4,5 %	35	-11,9 %
<b>SUM PHR</b>	<b>36</b>	<b>43</b>	<b>-15,6 %</b>	<b>-6,6 %</b>	<b>40</b>	<b>-9,6 %</b>

## Aktivitet

pr desember	Hittil i år	Hittil i fjor	Faktisk endring fra i fjor	Budsjettert endring fra i fjor	Budsjett hittil i år	Avvik mot budsjett
<b>Polikliniske konsultasjoner</b>						
<b>Somatikk</b>	<b>426 611</b>	<b>409 517</b>	<b>4,2 %</b>	<b>2,6 %</b>	<b>420 177</b>	<b>1,5 %</b>
VOP	127 853	124 663	2,6 %	5,2 %	131 140	-2,5 %
BUP	74 897	69 684	7,5 %	10,6 %	77 083	-2,8 %
TSB	37 846	32 270	17,3 %	2,9 %	33 220	13,9 %
<b>SUM PHR</b>	<b>240 596</b>	<b>226 617</b>	<b>6,2 %</b>	<b>6,5 %</b>	<b>241 443</b>	<b>-0,4 %</b>

Det er større vekst i polikliniske konsultasjoner innenfor barne- og ungdomspsykiatri (BUP) og innen rusbehandling (TSB) enn i somatikk, mens vekst innenfor voksenpsykiatri ligger noe lavere enn i somatikk. Det har vært en negativ trend innenfor Drammen og Kongsberg DPS som de siste månedene har hatt høy turnover av personell. Totalt sett er aktivitetsvekst innenfor psykisk helse og rus høyere enn i somatikk. En del pasienter har både psykiske problemer og rusproblematikk, slik at de er i grenseland for om de skal registreres innen VOP eller TSB, det er derfor grunn til å se dem i sammenheng.

## Kostnader

Kostnader pr tjenesteområde innenfor somatikk er 10,1 % over 2018, mens psykisk helse og rus viser en økning på 5,9 % samlet sett. Det er et stort overforbruk innenfor somatikk i 2019, spesielt knyttet til lønnsområdet. Dette gir større vekst i kostnader enn budsjettet.

Kostnader pr tjenesteområde (eks. avskrivning, legemidler og pensjon)	2018	2019	endring i %
<b>Somatikk</b>	<b>4 929</b>	<b>5 427</b>	<b>10,1 %</b>
Voksenpsykiatri	1 146	1 214	5,9 %
Barne- og ungdomspsykiatri	313	331	5,7 %
Tverrfaglig rusbehandling	187	200	6,8 %
<b>SUM psykisk helse og rus</b>	<b>1 646</b>	<b>1 744</b>	<b>5,9 %</b>

I kostnadene inngår ikke kostnader ved tjenester utført av private leverandører med avtale med Helse Sør-Øst som trekkes i innteksmodellen.

### 4.2.2 Pakkeforløp psykisk helsevern

Pakkeforløp psykisk helsevern ble innført i 2019, og målinger startet i mars.

Registreringer er innført gradvis i avdelingene i løpet av 2019. Det er i løpet av året utviklet monitoreringsverktøy for intern oppfølging av pakkeforløpene.

Helsedirektoratet har satt opp følgende nasjonale kvalitetsindikatorer;

- Involvering i utarbeidelse av behandlingsplan
- Informasjon om behandlingsformer
- Ikke rett til helsehjelp
- Tid for utredning
- Tid mellom avrusning og videre behandling
- Evalueringspunkter

Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge skal være minst 80 %.

[Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.]

Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge skal være minst 80 %.

[Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.]

Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern voksne skal være minst 80 %.

[Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.]

Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern voksne skal være minst 80 %.

[Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.]

Det foreligger ikke noen data fra Helsedirektoratet ennå.

#### 4.2.3 Pakkeforløp tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for TSB skal være minst 80 %.

[Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.]

Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid fra avsluttet avrusning til påbegynt behandling TSB i døgnenhet skal være minst 60 %.

[Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.]

Helsedirektoratet har ikke publisert noen data ennå.

#### 4.2.4 Forløpskoordinatorer innen psykisk helsevern og TSB

Virksomheter som behandler pasienter innen psykisk helsevern for voksne, barn og unge og TSB skal oppnevne forløpskoordinatorer med nødvendige fullmakter.

Alle avdelinger har forløpskoordinatorer med nødvendige fullmakter.

#### 4.2.5 Tvangsbruk i psykisk helsevern

Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) skal reduseres i 2019.

[Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette årlig.]

Helseforetaket skal redusere bruk av tvangsmidler gjennom bl.a. å implementere føringer og anbefalinger i regional rapport, jf. «Økt frivillighet - Regional plan for riktig og redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst».

Implementere føringer og anbefalinger i «Regional rapport om reduksjon i bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i Helse Sør-Øst 2018».

	2018	2019 estimat
Antall pasienter med minst ett tvangsmiddelvedtak	221	204 (187 pr nov)

Vestre Viken har økt kapasiteten i FACT-teamene for å forebygge innleggelse på tvang. Flere tiltak er under innføring ved Psykiatrisk avdeling Blakstad:

- Ettersamtaler med pasient/pårørende, og kartlegging av pasienters opplevelse av tvang (Experienced coercion scale).
- Opplæring av medarbeidere i alternativer til tvangsmidler, MAP og etisk refleksjon, trinnvis tilnærming til tvangsmiddelbruk, gjennomgang med medarbeidere etter § 4.8.
- Kartlegging av voldsrisiko med beskrivelse av påfølgende tiltak.
- Enhetlig registrering av tvangsmiddelbruk i HSØ.
- Tilpasning av bygningsmessige forhold.

#### 4.2.6 Epikrise

Minst 50 % av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB.

[Datakilde er Helsedirektoratet som publiserer dette tertialvis.]



Andel epikriser sendt 1 dag etter utskrivning	2018	2019 pr nov
VOP	34,3 %	35,2 %
TSB	43,5%	59,2 %

Målet nås ikke innen psykisk helsevern for voksne (VOP), mens det oppnås innen rusbehandling (TSB).

Det iverksettes nå tiltak som skal sikre tettere oppfølging gjennom kontrollrutiner. Det etableres systemer der andre spesialister overtar og ferdigstiller epikriser innen fristen ved kollegaers sykdom/eller annet fravær.

### 4.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

#### 4.3.1 Kvalitet og pasientsikkerhet

- **Forbedringsområder og innsatsteam**

Helseforetaket skal styrke innsatsen med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, herunder arbeid med innsatsteam, kvalitetsarbeid, forbedringsarbeid, arbeid med pakkeforløp og logistikk ved poliklinikkene. Helseforetaket skal utpeke en lokal kontaktperson som skal bidra i et regionalt innsatsteam for koordinering, felles innsats og oppfølging.

Helse Sør-Øst RHF skal styrke regionens samlede innsats innen kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Med bakgrunn i dette er det etablert et regionalt innsatsteam som skal bidra til regional koordinering, felles innsats og oppfølging av ulike definerte forbedringsområder. Vestre Viken er representert i innsatsteamet med kvalitetsjef. En av hovedoppgavene til innsatsteamet har vært støtte og koordinering i HF-ene i forbedring av resultatene for pakkeforløp kreft. I Vestre Viken har særskilt vært arbeidet med forbedring av resultatene for pakkeforløp lungekreft og gynekologisk kreft.

Vestre Viken har en betydelig satsing på å etablere system og struktur i foretaket for kontinuerlig forbedring. Det er vedtatt et fireårig program for kontinuerlig forbedring hvor målet er å bygge kompetanse og utvikle robuste strukturer.

- **HMS og pasientsikkerhet**

Arbeidet med HMS og pasientsikkerhet må sees i sammenheng. Andel «enheter med modent sikkerhetsklime» (jf. definisjon i pasientsikkerhetsprogrammet) ved hvert helseforetak skal være minst 60 %.

*[Minst 60 % av medarbeiderne i enheten skårer 75 eller høyere. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres. Datakilde skal være ForBedring. Dette publiseres årlig.]*

Vestre Viken har nådd målet om antall enheter (95%) med modent sikkerhetsklime. HMS og kvalitetsavdelingen har et strukturert samarbeid med faste samarbeidsmøter hvor blant annet avvik, revisjoner, risikostyring og eksterne tilsyn tas opp, spesielt med oppmerksomhet rettet mot sammenheng mellom HMS og pasientsikkerhet.

- **Bruk av bredspektrede antibiotika**

Helseforetak skal, som del av det langsiktige arbeidet med å redusere sykehusinfeksjoner, prioritere å oppnå 20 % reduksjon i bruk av bredspektrede antibiotika i 2019 sammenliknet med 2012. (Målet i 2020 er en reduksjon på 30 % sammenliknet med 2012 målt ved disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med ensymhemmer og kinoloner).  
[Datakilde skal være sykehusenes legemiddelstatistikk. Dette publiseres tertialvis.]

Målet er en reduksjon på 20 % i bruk av bredspektrede antibiotika i 2019 sammenliknet med 2012. Pr. 2. tertial 2019 var reduksjonen i Vestre Viken 11%.

Arbeidet med antibiotikastyring har vært intensivert i 2019. Det er antibiotikateam ved alle de fire somatiske sykehusene i foretaket. Arbeidet støttes av sentral stab med smittevern avdeling og fagdirektør. Vestre Viken deltar i regionalt læringsnettverk for antibiotikastyring iverksatt høsten 2019. Det er høsten 2019 etablert flere forbedringsteam med veiledere opplært i forbedringsmetodikk. Tiltak i de enkelte enheter:

- Alle medisinerom skal ha merket hyllene med bredspektrede antibiotika
- Lommekort med antibiotikaveiledning med spesiell veiledning i bruk av gentamycin utarbeidet og distribuert
- Konsentrasjonsmåling av gentamycin på alle fire somatiske sykehus
- Bruk av antibiotika merkes på risikotavler. Bruk vurderes etter 48-72 timer
- Forbruk følges og tiltakene diskuteres på alle ledernivåer

Tiltakene forventes å ha hatt økt effekt høsten 2019 og inn i 2020.

- **Legemidler**

Helseforetaket skal etablere rutiner for samstemming av legemiddellister, herunder rutiner for gjennomgang av gyldige resepter i reseptformidleren, for å sikre at disse samsvarer med oppdatert legemiddelliste for den enkelte pasient.

Legemiddelsamstemming har vært innsatsområde i flere år gjennom pasientsikkerhetsprogrammet. Vestre Viken har oppdaterte retningslinjer for samstemming og oppdatering i reseptformidleren. Utført legemiddelsamstemming, samt kilde til legemiddelopplysninger og evt. pasientens hjelp til legemiddelhåndtering før innleggelse, dokumenteres i innkomstjournal og på papirkurven/eget skjema ved de somatiske klinikkene og i journalnotat i Klinikk for psykisk helse og rus. Innkomstnotat og epikrisemal er tilpasset samstemming, lommekort med retningslinjer er distribuert. Flere seksjoner/avdelinger har hatt egne forbedringsprosjekter knyttet til samstemming. Effekt er kontrollert ved målinger periodevis. I Klinikk for psykisk helse og rus er det gjennomført punktrevisjon av legemiddelsamstemming ved innkomst og utskrivning av pasienter i alle døgnsseksjoner og ved halvparten av poliklinikkene i 2019.

Det er oppnådd en gradvis bedring både i grad og kvalitet på legemiddelsamstemming, men det er fortsatt behov for ytterligere arbeid på området. Det kan være utfordrende å få innhentet korrekt informasjon fra ulike kilder. Det er også utfordringer knyttet til å sikre oppdatering av reseptformidleren.

- **Korridorpasienter**

Ingen korridorpasienter.

[Datakilde skal være Helsedirektoratet. Dette publiseres tertialvis.]

Vestre Viken har fortsatt en for høy andel korridorpasienter innen somatikk med 2,2 % i 2019. Det er primært ved Ringerike og Drammen sykehus det har vært korridorpasienter. Ringerike sykehus har gjennomført et prosjekt for reduksjon av korridorpasienter. Flere tiltak er iverksatt i løpet av høsten. Kompetansen er styrket i akuttmottak, konferansetelefon er innført, noen pasientgrupper er flyttet fra døgnbehandling til dagbehandling, det er etablert avklaringspoliklinikker med rask time som alternativ for noen pasientgrupper samt startet opp et arbeid med Ringerike kommune om pasienter med hyppige reinnleggelser. Andel korridorpasienter har vist bedring ved sykehuset mot slutten av året.

Drammen sykehus har i en periode hatt utfordringer knyttet til VRE-utbrudd i noen perioder. Det har generelt også vært stor pasientpågang. Sykehuset vil i 2020 gjennomgå akuttforløpene, og styrke kompetansen i akuttmottaket, noe som har som formål også å redusere andel korridorpasienter.

- **Pasientsikkerhetsprogrammet**

Helseforetaket skal videreføre arbeidet fra pasientsikkerhetsprogrammet, implementere handlingsplanen og redusere variasjon i pasientsikkerhetsindikatorer.

Pasientsikkerhetsprogrammet har 14 definerte innsatsområder for spesialisthelsetjenesten. 11 av disse er implementert. Innsatsområdene *forebygge underernæring* og *trygg utskriving med brukermedvirkning* er i stor grad implementert. Trygg utskriving har hatt et eget løp i Vestre Viken med eget læringsnettverk utenom Pasientsikkerhetsprogrammet. Implementering av det siste innsatsområdet; *tidlig oppdagelse og behandling av sepsis sengepost* er startet.

Handlingsplan for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet er presentert i ledermøter og sentralt kvalitetsutvalg. Tiltakene er innarbeidet i strategidokumenter.

## Resultater pr. 2. tertial 2019

Tall på spredning			
Innsatsområde	Antall relevante enheter	Antall enheter som har implementert tiltakene	Prosentvis mål på spredning
Trygg kirurgi	42	42	100
Samstemming av legemiddellister	56	56	100
Behandling av hjerneslag	56	56	100
Forebygge urinveisinfeksjoner	46	46	100
Forebygge infeksjon ved SVK	11	11	100
Forebygge trykksår	39	39	100
Forebygge fall	54	54	100
Forebygging av selvmord	17	17	100
Forebygging av overdosedødsfall	4	4	100
<b>Nye innsatsområder oppstart 2017</b>			
Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	54	54	100
Tidlig oppdagelse og behandling av sepsis akuttmottak	4	4	100
Forebygge underernæring	54	52	96
Trygg utskriving med brukermedvirkning	54	48	89
Tidlig oppdagelse og behandling av sepsis sengepost	54	2	4

- **Uønskede hendelser**

Andel somatiske pasientopphold med pasientskade i 2019, målt med metoden GTT, skal reduseres på regionalt nivå sammenliknet med 2017.

[Datakilde er GTT-undersøkelsene – Helsedirektoratet. Dette publiseres årlig.]

Andel somatiske pasientopphold med pasientskade oppstått i Vestre Viken til og med 2. tertial 2019 målt med GTT er 13,6 %. I 2017 var andel somatiske pasientopphold med pasientskade oppstått i Vestre Viken 16,6 %. Det har således vært noe reduksjon.

Det skal innføres måltall for registrering av skadedata i Norsk pasientregister fra 2020. Helseforetaket skal i 2019 arbeide målrettet for å få opp registreringsandelen.

Vestre Viken har prosedyrer for registrering av skadedata i Norsk pasientregister. Det er imidlertid behov for videre arbeid for å få opp registreringsandelen.

Helseforetaket skal, i en samlet risikoanalyse basert bl.a. på GTT-data og nasjonale og lokale kvalitets- og pasientsikkerhetsindikatorer, identifisere:

- minst ett område der foretaket har gode resultater eller stor framgang, hvilke faktorer som har bidratt til denne måloppnåelsen og hvordan denne kunnskapen kan brukes til å bedre måloppnåelsen på andre områder.
- minst to områder der foretaket har svake resultater/høy risiko, og utarbeide en tiltaksplan for å bedre måloppnåelsen på disse områdene. I utarbeidelsen av tiltaksplanen skal det eksplisitt vurderes hva man kan lære av andre helseforetak som har bedre måloppnåelse.

Det er definert et område med gode resultater og to områder med svake resultater/høy risiko:

Område med gode resultater eller stor fremgang

Forebygging av trykksår har vært et satsningsområde i foretaket siden 2014. Det er arbeidet systematisk med en rekke tiltak. Det gjennomføres målinger ved flere seksjoner jevnlig, i tillegg gjennomføres en årlig prevalensundersøkelse ved alle de somatiske sengepostene. Resultatene har vært gode.

Områder med svake resultater/høy risiko

- Pakkeforløp for gynekologisk kreft og lungekreft er valgt ut av pakkeforløpene for kreft. Vestre Viken har også fått i oppdrag fra Helse Sør-Øst om å arbeide spesielt med disse. Det er identifisert forbedringsområder og etablert tiltaksplan. Arbeidet følges opp videre i 2020. Se også punkt 4.1.3.
- Trygg utskrivning. Dette er valgt på bakgrunn av at det er et område med høy risiko. Det er gjennomført et læringsnettverk for trygg utskrivning. Det er utarbeidet felles retningslinje for utskrivning. Arbeidet videre består i å få implementert tiltakene ytterligere.

- **Epikrise**

Minst 70 % av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.

[Datakilde skal være Helsedirektoratet. Dette publiseres tertialvis.]

Innen somatikk ble 70,5 % sendt innen 1 dag etter utskrivning, målet er således nådd.

- **Fødsel og fertilitet**

Helseforetaket skal rapportere hvordan nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen er implementert, spesielt hvordan anbefalingen om utreisevurdering er fulgt opp.

Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen er godt kjent ved våre fire fødeavdelinger. Tidspunkt for utreise vurderes individuelt i samråd med barselkvinnene. Alle får informasjonsskriv og individuell samtale. Det er forsterket barselopphold når det er behov for det.

Helseforetaket skal ha det økonomiske ansvaret for hormonpreparater i de tilfeller kvinner i fertil alder får tilbud om å ta ut egg hvis behandling av alvorlig sykdom kan gå utover fertiliteten.

Ikke aktuelt for Vestre Viken.

- **Organdonasjon**

Helseforetaket skal i 2019 følge opp og videreføre arbeidet med å øke antall organdonorer.

I Vestre Viken er Bærum og Drammen sykehus donorsykehus. Begge har donoransvarlig lege. Det er i 2019 etablert nettverk for ressurspersoner innen organdonasjon mellom alle de fire somatiske sykehusene i foretaket. To personer har vært på NOROD-kurs trinn 1. Det er utarbeidet ny informasjonsbrosjyre til pårørende.

- **Brukermedvirkning**

Helseforetaket skal delta i de nasjonale brukerundersøkelsene i regi av Folkehelseinstituttet, og resultatene skal brukes aktivt i forbedringsarbeid. Dette omfatter også løpende brukererfaringsundersøkelser innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som vil bli utviklet og implementert i løpet av 2019.

Vestre Viken bruker resultater fra nasjonale brukerundersøkelser aktivt i forbedringsarbeid. Det gjennomføres lokale målrettede brukerundersøkelser for å kunne gjøre lokale forbedringer. I tillegg kan pasienter og pårørende gi elektronisk tilbakemelding via Vestre Vikens internett. Klinikk psykisk helse og rus har tatt i bruk løpende brukererfaringsundersøkelser i 2019.

- **Samarbeid med kommunehelsetjenesten**

I oppdragsdokument 2019 er de regionale helseforetakene bedt om å legge *Meld. St. 15 (2017- 2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre* til grunn for utvikling av tjenesten. Det skal rapporteres i Årlig melding 2019 for helseforetakenes samarbeid med kommunene.

Målsettingene i Stortingsmelding 15 følges opp i det lokale samarbeidet med kommunene, forankret i fem lokale samarbeidsutvalg. Kompetansesamarbeid omfatter hospitering, fagnettverk (palliasjon, sårbehandling, demens, ernæring) og markering av

nasjonale og internasjonale fagdager som «*hva er viktig for deg dagen*» og «*verdens deliriumdag*». Drammen sykehus deltar i fagrådet for utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) i Buskerud, og Bærum sykehus, som er et kompetansesenter for geriatri i Vestre Viken, arrangerer årlig geriatriforum, en tverrfaglig fagdag for sykehus og kommuner.

Helseforetaket skal følge opp Riksrevisjonens anbefalinger om helseforetakenes praksis for utskrivning av pasienter, og påse at det er etablert interne systemer og kontroller for å sikre at ansatte kjenner til regelverk og benytter prosedyrer og rutiner ved utskrivning av pasienter.

Skriftlige rutiner og prosedyrer for utskrivning er etablert og er en del av nyansattopplæring. Alle lokalsykehus har jevnlig møter med sine kommuner om utskrivningsklare pasienter for å sikre gode overganger og felles forståelse av meldingsbruk, innhold i meldinger og hva som er en god utskrivning. Trygg utskrivning har vært et satsingsområde med læringsnettverk og forbedringsarbeid i alle sykehus.

Helseforetaket skal styrke arbeidet med tiltak innen området arbeid og helse. Det vises til inngått avtale mellom Helse Sør-Øst RHF og NAV hvor helseforetakene og NAV anbefales å inngå forpliktende samarbeidsavtaler lokalt.

Vestre Viken har frem til nå hatt kommuner i fire fylker. Det er et godt samarbeid med NAV lokalt, mellom kommuner og DPS med tiltak innen arbeid og helse. I 2019 har det vært møter med NAV i det nye fylket Viken (Vest) om samarbeid og samarbeidsavtale. Det gjenstår noe forventningsavklaring om hva en avtale på dette nivå skal inneholde, og hva helseforetakets rolle i NAVs HelseArbeid skal være.

#### **4.3.2 Styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten**

Helseforetakets styre må informeres om ansvaret for oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet, jf. forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Styret er kjent med ansvaret for oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsesektoren. Styret fikk en gjennomgang av styrets ansvar for pasientsikkerhet i forbindelse med styresamling i Helse Sør-Øst i februar 2019. Ansvaret for oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet var også tema i styrets evaluering av eget arbeid i 2019.

Styret i Vestre Viken får i forbindelse med månedlige rapporteringer i virksomhetsrapportene og i tertialrapporteringene orientering om status i kvalitet og pasientsikkerhet. I tertialrapporteringen rapporteres på meldte avvik. Det er også informert om saker til Norsk pasientskadeerstatning. Styret har hatt dialog med pasientombudene i Buskerud og Akershus om deres årsrapporter for 2018.

Helseforetaket må gi styremedlemmene nødvendig opplæring i internkontroll og risikostyring.

Risikovurderinger/risikostyring og internkontroll har også vært diskutert i styret i forbindelse med virksomhetsrapportering. Risikostyring er et tema som står på dagsorden for styrets arbeid våren 2020, da det er et område styret ønsker økt kompetanse på.

#### 4.3.3 Beredskap og sikkerhet

Helseforetaket skal evaluere og følge opp erfaringer og læringspunkter fra livedelen av *Trident Juncture*, Nasjonal helseøvelse 2018.

Læringspunkter fra den nasjonale helseøvelsen *Trident Juncture* i 2018 er blant annet:

- Øke kunnskap om bruk av proaktiv stabsmetodikk i krisehåndtering
  - Vestre Viken har startet arbeidet med bruk av proaktiv stabsmetodikk i klinikker og stabers krisehåndtering, men det er ikke fullt ut implementert ennå.
- Bruke beredskapsplaner med tilhørende tiltakskort i krisehåndtering for å sikre at tjenesten blir ivaretatt med hensyn til operativ ledelse, ressurser, materiell mv.
  - Vestre Viken har i stor grad utarbeidet planverk og tiltakskort som grunnlag for sin krisehåndtering ved ulike scenarier.
- Økt kompetanse i samfunnssikkerhet og helseberedskapsplanlegging, inkludert forståelse av totalforsvarskonseptet og sivilmilitært samarbeid
  - Vil bli tatt med i beredskapsarbeidet i Vestre Viken
- Vurdere tilgang til liason fra forsvaret eller bedrifter o.l. til beredskapsledelsen for å få relevant situasjonsforståelse
  - Vil bli vurdert i videre beredskapsarbeid i Vestre Viken
- Bruke krisestøtteverktøyet (HelseCIM) for loggføring, rapportering og kommunikasjon
  - Helse CIM har vært benyttet til loggføring i foretakets strategiske ledelse, og rapportering til Helse Sør-Øst, men ellers ikke. Det vil bli mer opplæring og bruk av dette i 2020
- Ta inn prosedyrer for samarbeid og samordningsplikt mellom HF og kommuner inn i samarbeidsavtalene mellom kommuner og HF, for å sikre samarbeid om den akutte helsehjelpen
  - Revidert overordnet samarbeidsavtale mellom HF og kommuner i 2019, med eget kapittel om beredskap og akuttmedisinsk kjede. Regelmessige møter mellom aktørene, med klare forventninger til innhold og struktur i disse.
- Bruke nødnett og satellitt-telefoner som kommunikasjonshjelpemidler i krisehåndtering
  - En satellitt-telefon er kjøpt inn i 2019. Praksis for bruk av denne og nødnett i krisekommunikasjon internt i HF eller mellom HF og kommuner vil være tema ved en større samvirkeøvelse våren 2020.
- Etablere kunnskap om, og forståelse for, hvordan behandle og operasjonalisere gradert informasjon, samt etablert en ordening for mottak og håndtering av gradert info
  - Ny sikkerhetslov er implementert i foretaket
- Avklare ansvarsforhold for sikring/vakthold av egen installasjoner/sykehus - ved hybride angrep, fiendtlige soldater innlagt
  - Ikke vært fokus på dette elementet i beredskapsarbeidet i Vestre Viken til nå.

- Kjenne til bruk av forsterkningsressurser og avklare regelverk for de som ikke er helsepersonell
  - Vestre Viken har kjennskap til bruk av forsterkningsressurser i en krisesituasjon, men har ikke eget regelverk for dem som ikke er helsepersonell
- Bedre samordning og koordinering av sivil og militær luftambulanssevirkosomhet med hensyn til rutiner, samband, felles retningslinjer etc
  - Dette forventes håndtert på et nasjonalt nivå

Helseforetaket skal følge opp Helsedirektoratets nasjonale risiko- og sårbarhetsanalyse for helsesektoren, jf. oppdrag i 2018.

«Helsedirektoratets nasjonale risiko- og sårbarhetsanalyse for helsesektoren» er sett opp mot både sikkerhetsloven og informasjonssikkerhet som sådan. I forbindelse med kartleggingen av grunnleggende nasjonale funksjoner, er det konkludert at de tjenester, funksjoner eller objekter som helseforetaket tilbyr, vurderes å være utenfor sikkerhetsloven område.

Kartleggingen viser at det er redundans og mulighet for samarbeid innad i eget helseforetak, mellom helseforetakene, mellom regionene og mellom regionsykehusene. Infrastruktur risikovurderes og sikres på bakgrunn av andre hensyn. Dette er en del av helseforetakets styringssystem for informasjonssikkerhet og beredskap.

Helseforetaket konsumerer IKT-tjenester fra Sykehuspartner HF. Det er uavklart hvorvidt sentrale datasenter og katalogtjenester er objekter som potensielt kan være skjermingsverdige. Det vil videre være Sykehuspartner HF som foretar ytterligere vurderinger rundt potensielle skjermingsverdige objekter i IKT-infrastruktur.

I OBD for 2018 er det beskrevet at Vestre Viken skal gjennomføre nødvendige oppdateringer av egne beredskapsplaner i tråd med revidert Nasjonal helseberedskapsplan.

I den reviderte helseberedskapsplanen er det spesielt fokus på CBRNE beredskap, IKT, strøm, vann og legemiddeltilgjengelighet, bruk av CIM krisehåndteringsverktøy, masseskadehåndtering og sivilt - militært samarbeid.

I Vestre Viken har det i 2019 vært fokus på styrking av CBRNE beredskapen i og utenfor sykehus, og det er trent på håndtering av masseskader. Planverket for vann, avløp og strømforsyning samt legemiddelberedskap er under revisjon.

Helseforetaket skal implementere ny sikkerhetslov.

Ny sikkerhetslov er implementert i helseforetaket. Sikkerhetsorganisasjon er etablert. For kartlegging av grunnleggende nasjonale funksjoner, vises det til overstående orientering.



#### 4.3.4 Innkjøp

- **Helseforetakets bestillerfunksjon overfor Sykehusinnkjøp HF**

Helseforetaket skal, i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF, ferdigstille rutiner som følge av ny funksjonsdeling mellom helseforetaket og Sykehusinnkjøp HF
---

Vestre Viken har etablert bestillerfunksjon i Innkjøpsavdelingen med klare rutiner for samhandling med Sykehusinnkjøp HF. Selv om en fast tjenesteavtale med Sykehusinnkjøp HF ikke er etablert, er oppgavefordeling mellom Vestre Viken og Sykehusinnkjøp HF definert, og det er faste månedlige dialogmøter hvor også eventuelle uklarheter diskuteres og avklares..

Vestre Viken, i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF, har i 2019 bidratt inn i det nasjonale prosjektet Omstilling- og utvikling av Sykehusinnkjøp HF. Dette for ferdigstilling av rutiner som følge av ny funksjonsdeling mellom helseforetakene i regionen og Sykehusinnkjøp HF. Prosjektet er delt inn i tre arbeidsstrømmer: 1) felles prosesser 2) permanent samarbeidsavtale/ tjenesteavtale og 3) digitalisering. Det er arbeidsstrømmen felles prosesser som har kommet lengst, og hvor Vestre Viken deltar aktivt med innspill.

- **Implementering av vedtatt innkjøp- og logistikkstrategi**

Helseforetaket skal bidra i arbeidet med å dokumentere og implementere felles arbeidsprosesser. Helseforetaket skal videre delta i arbeidet med å verifisere og realisere regional handlingsplan for utrulling av avdelingspakkelogistikk i Helse Sør-Øst.
--

Vestre Viken bidrar i arbeidet med å dokumentere og implementere vedtatt innkjøp- og logistikkstrategi, herunder understøtte målbilde for vareforsyning i Helse Sør Øst. Vestre Viken melder inn behov til årlig anskaffelsesplan, slik at Sykehusinnkjøp får denne etablert og realisert.

Vestre Viken har i 2019 vært pilot for innføring av avdelingspakke leveranser fra Helse Sør-Øst Forsyningssenter på sykehus med sentrallager. Avdelingspakke leveranser ble innført på Bærum sykehus våren 2019, og utrulling er godt i gang på Drammen sykehus.

Erfaringene så langt er at arbeidet med oppsett, implementering og oppfølging av avdelingspakker er mer omfattende og tidkrevende enn tidligere antatt, og det kreves ekstra ressurser ut over normalbemanning for å gjennomføre endringene. Det er tre hovedårsaker: 1) behovet for å drifte to vareforsyningsmodeller (Sentrallager og Avdelingspakke) på sykehuset parallelt over en lengre periode og 2) manglende sortiment på Helse Sør-Øst Forsyningssenter gir flere lokale lagerførte artikler enn ønsket, og det krevers ekstra ressurser til cross-docking hos de sykehus som innfører eller har implementert avdelingspakke. 3) for store pakningsstørrelser og minste enheter som må hensyntas i anskaffelsene som gjennomføres av Sykehusinnkjøp.

#### 4.3.5 Personell, utdanning og kompetanse

- **ForBedring**

Undersøkelsen *ForBedring* skal gjennomføres årlig og tiltak følges opp. Dette gjelder spesielt i forhold til arbeidsbelastning.

Spørreundersøkelsen *ForBedring* ble gjennomført i Vestre Viken i perioden 28.02.19 – 24.03.19 med svarprosenten på 79.

Rapportene fra undersøkelsen er en av flere datakilder til det systematiske arbeidet med å redusere risiko for uønskede hendelser i pasientbehandling og arbeidsmiljøet. God pasientsikkerhet og godt arbeidsmiljø skal sees i sammenheng. Resultatene fra undersøkelsen er et viktig verktøy for ledere i det videre forbedringsarbeidet. Det er etablert et samarbeid mellom de relevante fagmiljøene i stabene HR, HMS og kvalitet og pasientsikkerhet slik at lederne kan få nødvendig støtte og opplæring. I tillegg bidrar vernetjeneste i arbeidet. Hovedarbeidsmiljøutvalget (HAMU) og klinikkvise arbeidsmiljøutvalg (AMU) er også involvert.

Gjennomgang av resultater for medarbeidere i enhetene samt utarbeidelse av handlingsplaner hadde frist 01.06.19. Elektronisk handlingsplan for *ForBedring* og HMS-runden er utarbeidet i det elektroniske avvikssystemet Synergi. Verktøyet gjør det mulig å ta ut rapporter over handlingsplaner og tiltak på seksjons-, avdelings-, klinikk- og foretaksnivå, og er dermed også et godt oppfølgingsverktøy for linjeorganisasjonen. Årshjul for forbedringsarbeidet er utarbeidet.

- **Bierverv**

Alle arbeidsgivere i spesialisthelsetjenesten skal innføre meldeplikt for ansatt helsepersonell etter helsepersonelloven § 19 andre ledd i løpet av 2019. Meldeplikt etter bestemmelsen omfatter «all helsefaglig virksomhet som helsepersonellet utfører som selvstendig næringsdrivende, for andre arbeids- eller oppdragsgivere i Norge eller i utlandet, og om eierinteresser, samarbeidsforhold o.l.»

I Vestre Viken er det informert om at det er meldeplikt for helsepersonell etter helsepersonelloven (hpl) § 19 andre ledd. I tillegg blir alle ansatte oppfordret til å registrere bierverv. Ansatte som ikke har bierverv kan også registrere dette. Retningslinje i e-håndbok er oppdatert i henhold til dette, og ansatte blir oppfordret til å registrere bierverv på oppslagstavlen på intranett og i en systemmelding i GAT. Tema bierverv er gjennomgått på foretakets ledermøte, i klinikkenes ledermøter og i HAMU. Bierverv har vært tema i dialogmøte med tillitsvalgte og vernetjenesten.

- **Fordeling av nye legestillinger**

Helseforetaket skal bidra til at Legestillingsregisteret i Helsedirektoratet til enhver tid er oppdatert.

Leger som ansettes i helseforetaket registreres med spesialitet i Legestillingsregisteret. Leger i spesialisering registreres med den spesialiseringen de utdannes innen. Registreringen gjøres ved både faste og midlertidige ansettelsesforhold. Dersom legen går ut i lønnet permisjon, vil registreringen fortsatt være aktiv på den enkelte lege. Ved ulønnet permisjon med varighet over en måned fjernes registreringen.

- **LIS**

Helseforetaket skal ha iverksatt ny ordning for legenes spesialistutdanning i henhold til kravene i spesialistforskriften. Det skal påses at leger i spesialisering del 2 og 3 får gjennomført Helsedirektoratets anbefalte minimumstall for praktiske kliniske ferdigheter, sammenstilt i prosedyrelister.

Vestre Viken har innen fristen 1. mars 2019 søkt om å (for)bli utdanningsvirksomhet for 32 spesialiteter. Søknadene ble komplettert med utdanningsplan på nett innen fristen 30. august 2019. Unntaket er spesialiteten generell kirurgi, der det arbeides med planen regionalt. Ny spesialistutdanning er implementert der vi har LIS som har gått over på ny ordning. Heving av veilederkompetanse hos overleger og erfarne LIS som har veilederoppgaver, er også iverksatt ved at det avholdes veilederkurs med interne krefter.

I arbeidet med utdanningsplaner, som er utarbeidet av fagmiljøene i Vestre Viken (enkelte av fagmiljøer regionalt), er prosedyrelister med anbefalt minimumstall ivarettatt som læringsaktiviteter. Antall utførte prosedyrer dokumenteres fortløpende i Kompetanseportalen.

- **Praksisplasser**

Helseforetaket skal iverksette tiltak for å forbedre avviklingen av praksisundervisning for de som utdannes i helseyrkene innenfor rammene av helseforetakenes ansvar for praksisundervisning og opplæring.

Sykepleiere som er ansatt i Vestre Viken, får til enhver tid tilbud om veiledningskurs hos våre samarbeidspartnere. Flere får anledning til å ta videreutdanning innen forskjellige videreutdanninger som ikke ligger under AIOB (Anestesi – Intensiv – Operasjon – Barn), men som er med å løfte kvaliteten på kompetansen i klinikkene. Det gjør at helsepersonell er oppdatert i faget sitt, og kan overføre denne kompetansen til studenter som er i praksis.

Vestre Viken har lærlingeplasser i helsearbeiderfaget i ulike løp ved tre av de somatiske sykehusene. Det er også lærlingeplasser for ambulansesarbeidere og i yrkesfaglig fordypning (YFF). Vestre Viken kan til enhver tid tilby det antall praksisplasser som blir etterspurt, i de aller fleste helsefag.

- **Utdanning helsepersonell**

Helseforetaket skal medvirke til å utvikle innholdet i utdanningene slik at disse er i godt samsvar med tjenestenes behov, og medvirke i RETHOS-prosjektet til å forme fremtidsrettede utdanninger.

Vestre Viken har sendt inn navn på kandidater til nasjonal programgruppe for videreutdanning i sykepleie RETHOS, og etablering av referansegruppe. Vestre Viken har medvirket i henhold til forespørsel fra HSØ og andre samarbeidspartnere.

#### 4.3.6 Forskning og innovasjon

Antall nye kliniske behandlingsstudier er økt med 5 % i 2019 sammenliknet med 2017.

[Datakilde skal være CRISlin. Dette publiseres årlig.]

Antall kliniske behandlingsstudier økte med 16 % fra 2017 til 2019 i Vestre Viken.

#### 4.3.7 IKT-utvikling og digitalisering

- **Regionale IKT-prosjekter**

Helseforetaket skal bidra til en samordnet regional styring av prosjektporteføljen i Helse Sør-Øst RHF ved å benytte felles prosjektstyringsverktøy for regionen for alle IKT-prosjekter. Bidraget skal omfatte oppstart av nødvendige mottaksprosjekter for regionale innføringsprosjekter og migrasjon og sletting av data fra gamle IKT-løsninger når nye innføres. Helseforetaket skal ikke initiere konkurrerende aktiviteter til regionale prosjekter, programmer og anskaffelser.

Vestre Viken har i perioden gjennomført mottaksprosjekt av regionale løsninger innen:

- Automatisk tildeling av fødselsnummer (ATF)
- Innsynsløsning i journal (pasienter)
- Dialogmeldinger

I 2019 er det startet opp mottaksprosjekt for regional kurve- og medikasjonsløsning. Løsningen vil innføres i Vestre Viken i 2020 og 2021. Vestre Viken har i 2019 avgitt ressurser til det regionale prosjektet for helselogistikk, og til OUS-anskaffelsen av radiologi, multimedia, samhandling og doseovervåkning.

Vestre Viken har deltatt aktivt i infrastrukturprosjekter i STIM-programmet, med spesiell oppmerksomhet i 2019 på Windows 10 (inkludert applikasjonsanering), telekom og etablering av Wifi.

Vestre Viken følger opp regionale initiativer og prosjekter i henhold til planer og retningslinjer for disse. Lokale IKT-investeringer er lagt inn i porteføljestyingsverktøyet CA-PPM, og Vestre Viken deltar i regionalt porteføljennettverk for IKT. Foretaket har i 2019 hatt tiltak sammen med Sykehuspartner for bedre porteføljestyling. Dette arbeidet vil intensiveres i 2020, og ses i sammenheng med planer for IKT i Nytt Sykehus i Drammen.

- **Dataansvar og informasjonssikkerhet**

Helseforetaket skal implementere endringene fra regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet («ISMS») i eget lokalt styringssystem, herunder lokale prosesser og rutiner.

Regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet er implementert i Vestre Viken. Det er målet at oppdaterte dokumenter legges inn fortløpende etter regionale endringer.

Helseforetaket skal implementere regionale risikoakseptkriterier, herunder identifisere risikonivå mht. tilgjengelighet, integritet og konfidensialitet lokalt.

Regionale risikoakseptkriterier er implementert som en del av styringssystemet for informasjonssikkerhet i foretaket.

#### 4.3.8 Bygg og eiendom

Helseforetaket skal planlegge og gjennomføre utfasing av oljefyring i sine bygg slik at forbudet mot bruk av mineralolje til oppvarming av bygninger gjeldende fra 1. januar 2020 etterleveres. For sykehusbygninger med døgnkontinuerlig pasientbehandling skal utfasing skje innen 1. januar 2025.

Vestre Viken har faset ut oljefyring i byggene. Det kan brukes noe oljefyring til spisslast ved særskilte tilfeller. Olje/diesel til drift av nødstrømsaggregater vil fortsatt være i bruk. Ved to institusjoner (Bjerketun og Dr. Høsts vei) vil oljefyring fases ut i løpet av 2020. Dette er godt innenfor fristen for disse institusjonene, da de har døgnkontinuerlig drift hvor fristen for utfasing er 01.01.25.

#### 4.4 Tildeling av midler og krav til aktivitet

##### 4.4.1 Økonomiske krav og rammer

- **Drift og investering**

Vestre Viken skal benytte midlene som er stilt til rådighet på en effektiv måte og slik at de kommer pasientene til gode. Vestre Viken skal i 2019 basere sin virksomhet på de tildelte midler.

Tildelte midler 2019:

NOK tusen	Oppdrag og bestilling	2019	Avvik
Basisramme	5 730 494	5 984 677	254 183
<i>herav kvalitetsbasert finansiering</i>	<i>38 856</i>	<i>38 856</i>	<i>0</i>
Forskning og øremerkede midler	9 014	9 014	0
Statlige tilskudd	3 731	3 731	0
ISF-refusjoner	2 822 446	2 879 313	56 867
<b>Sum inntekter</b>	<b>8 565 686</b>	<b>8 876 735</b>	<b>311 050</b>

I 2019 er basisinntekter høyere enn i OBD. Som følge av ny aktuarberegning i januar 2019 ble det i revidert nasjonalbudsjett bevilget 103,2 MNOK i basisfinansiering til økte pensjonskostnader. I desember 2019 er basis økt ytterligere med 152 MNOK knyttet til ny aktuar beregning foretatt i januar 2020 knyttet til endring i pensjonsordninger.

ISF-refusjoner er 56,9 MNOK høyere enn angitt i OBD i resultat for 2019. Høyere ISF-inntekter skyldes høyere aktivitet enn budsjettet. Deler av økningen er knyttet til ISF-refusjon på H-reseptor som totalt er 13,9 MNOK høyere enn budsjett.

VVHF har budsjettet med basisfinansiering, forskningsmidler og statlige tilskudd i tråd med tildeling fra HSØ. ISF-refusjoner er budsjettet i klinikkene basert på erfaring og forventede endringer i budsjettåret.

- **Resultat**

Årsresultat 2019 for Vestre Viken HF skal være på minst 255 millioner kroner.

Vestre Viken har et overskudd på 284,9 MNOK i 2019. Økt resultat er knyttet til tilbakeføring av 29,9 MNOK fra HSØ som følge av at kjøp fra private ble lavere enn budsjettert i 2019. Det har vært økte kostnader til byggvedlikehold, som møtes av lavere investeringer.

- **Prioriteringsregelen**

Vestre Viken skal i 2019 ha en aktivitet innen sine tjenesteområder i samsvar med kravene til oppfyllelse av prioriteringsregelen fastsatt fra Helse Sør-Øst RHF. Det samme kravet gjelder til kostnadene fordelt per tjenesteområde. Det vises til vedlagte tabeller med budsjett 2019 som viser oversikt over innrapporterte tall for prioriteringsregelen sammenlignet med 2018. Andre relevante tabeller for budsjettert aktivitet er også vedlagt.

### Aktivitet

pr desember	Hittil i år	Hittil i fjor	Faktisk endring fra i fjor	Budsjettert endring fra i fjor	Budsjett hittil i år	Avvik mot budsjett
<b>Polikliniske konsultasjoner</b>						
<b>Somatikk</b>	<b>426 611</b>	<b>409 517</b>	<b>4,2 %</b>	<b>2,6 %</b>	<b>420 177</b>	<b>1,5 %</b>
VOP	127 853	124 663	2,6 %	5,2 %	131 140	-2,5 %
BUP	74 897	69 684	7,5 %	10,6 %	77 083	-2,8 %
TSB	37 846	32 270	17,3 %	2,9 %	33 220	13,9 %
<b>SUM PHR</b>	<b>240 596</b>	<b>226 617</b>	<b>6,2 %</b>	<b>6,5 %</b>	<b>241 443</b>	<b>-0,4 %</b>

Aktivitetsvekst målt som antall polikliniske konsultasjoner innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rehabilitering, viser en økning på totalt 6,2 % fra fjoråret, mens somatikk viser en økning på 4,2 %.

PHR budsjetterte i 2019 samlet sett med en vekst i polikliniske konsultasjoner som er høyere enn vekst i somatikken, både målt i forhold til budsjett 2018 og prognose 2018.

### Kostnader

Kostnader pr tjenesteområde (eks. avskrivning, legemidler og pensjon)	2018	2019	endring i %
<b>Somatikk</b>	<b>4 929</b>	<b>5 427</b>	<b>10,1 %</b>
Voksenpsykiatri	1 146	1 214	5,9 %
Barne- og ungdomspsykiatri	313	331	5,7 %
Tverrfaglig rusbehandling	187	200	6,8 %
<b>SUM psykisk helse og rus</b>	<b>1 646</b>	<b>1 744</b>	<b>5,9 %</b>

Kostnader pr tjenesteområde innenfor somatikk er 10,1 % over 2018, mens psykisk helse og rus viser en økning på 5,9 % samlet sett. Det er et stort overforbruk innenfor

somatikk i 2019, spesielt knyttet til lønnsområdet. Dette gir større vekst i kostnader enn budsjettet.

- **Likviditet og investeringer**

Helseforetakets styring av samlet likviditet skal skje innenfor tilgjengelige rammer til drift og investeringer.
--

Vestre Viken er ansvarlig for en effektiv styring av kontantstrømmer samt styring av tilgjengelig likviditet til drift og investeringer. Foretaket arbeider kontinuerlig med å;

- utarbeide forventningsrette likviditetsprognoser
- optimalisere kontantstrømmene ved å fremskynde innbetalinger og tilsvarende forskyve utbetalinger i tid (herunder utnytte kontraktsfestet kredittid der dette er hensiktsmessig)
- minimalisere effektiv kredittid ved å fokusere på avtaleinnhold og sikre effektive ordregistrerings-, fakturerings- og purrerutiner, blant annet ved bruk av regional avtale om innfordringstjenester
- sørge for effektive betalingsrutiner for inn- og utbetalinger
- søker å minimalisere kredittrisiko

Det utarbeides årlig en regional økonomisk langtidsplan, hvor helseforetakene leverer innspill gjennom foretakenes egne økonomiske langtidsplaner. Denne langtidsplanleggingen er etablert som et nyttig verktøy for overordnet langsiktig planlegging i helseforetakene av ressursbruk knyttet til drift og investering. Det vises for øvrig til etablerte prinsipper for likviditetsstyring i Helse Sør-Øst RHF.

Etablerte prinsipper for likviditetsstyring skal følges opp. Budsjettet resultat for 2019 skal ikke benyttes til investeringer i 2019 uten etter særskilt avtale med Helse Sør-Øst RHF.
---

Vestre Viken styrer likviditet i tråd med konsernets retningslinjer. Dette innebærer at:

1. Helseforetaket skal styre total likviditet innenfor tilgjengelige rammer til drift og investeringer.
2. Likviditet generert gjennom realiserte positive resultater fra drift eller lavere investeringsnivå enn planlagt, kan disponeres i senere år:
  - a. Til nedbetaling av kortsiktige lån (driftskreditt)
  - b. Som en buffer for resultatrisiko
  - c. Til investeringer

Tilsvarende vil negative resultater eller høyere investeringsnivå enn planlagt medføre tilsvarende reduksjon i bruk av likviditet.

3. Egen sparing som følge av realisert overskudd fra drift, kan benyttes til investeringer når helseforetaket har tilstrekkelig sikkerhet for sitt resultat
  - a. Disponering innad i samme kalenderår skjer etter dialog med det regionale helseforetaket

4. Likviditetseffekter fra pensjon, hensyntatt premiefondsmidler, kan forutsettes å være nøytrale for helseforetaket
5. Helseforetaket skal ta hensyn til risiko for
  - a. resultatavvik i drift og
  - b. i pågående investeringsprosjekter før etablering av nye investeringsforpliktelser
6. Gjennomføring av investeringsprosjekter skal tilpasses og periodiseres i samsvar med faktisk likviditetsmessig handlingsrom
7. Helseforetaket skal etablere hensiktsmessige rapporterings- og oppfølgingsrutiner for likviditetsutviklingen gjennom året
  - a. Detaljeringsgrad og hyppighet må gjenspeile risiko
8. Helseforetaket må budsjettere likviditet på en måte som gir rom for tilstrekkelig likviditetsbuffer gjennom året
9. Likviditet fra salg kan benyttes til investeringer eller nedbetaling av gjeld dersom helseforetaket viser et regnskapsmessig overskudd minst tilsvarende gevinst ved salg av eiendom
10. Dersom helseforetakene har opparbeidet trekk på driftskreditt som følge av resultatmessige underskudd, skal denne nedbetales etter avtale, normalt over 3-5 år

Det skal tas høyde for resultatrisiko og risiko ved pågående investeringsprosjekter før etablering av nye investeringsforpliktelser.

#### Overskuddslikviditet

Det er etablert praksis at overskudd inneværende år kan benyttes til investeringer i etterfølgende år, og at egenkapitalinnskuddet til pensjonsinnretning salderes innenfor tilgjengelig investeringsmidler.

- **Overføring av likviditet - driftskreditt**

Vestre Viken skal styre innenfor tilgjengelig driftskredittramme fastsatt av Helse Sør-Øst RHF.

Driftskredittrammen til Vestre Viken har gjennom 2019 vært på MNOK 1.659.000. Foretakets likviditet har vært godt innenfor denne avtalte kredittrammen hele året med et gjennomsnittlig trekk på MNOK 761.000. Fortsatt overskudd og sparing har bidratt til stadig lavere trekk på driftskreditten. Det har ikke vært nødvendig for Vestre Viken å søke om utvidet kassekreditt de siste årene.

Det legges til grunn at helseforetaket skal drive sin virksomhet innenfor gjeldende driftskredittrammer, samt innretter virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som følger av vedtak i foretaksmøter i 2019, herunder oppdrag og bestilling 2019 som er gitt i foretaksmøte 13. februar 2019, slik at det bidrar til at Helse Sør-



Øst RHF's «sørge for»-ansvar oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.

Vestre Viken legger til grunn driftskredittrammen, aktivitets- og vekstforutsetninger, samt resultatkrav fra HSØ ved årlig budsjettering og langsiktig planlegging (for eksempel i forbindelse med rullering av ØLP).

Vestre Viken har planlagt og styrt virksomheten for 2019 basert oppdrag og bestillingsdokumentet for 2019, resultatkrav, aktivitets- og vekstforutsetninger for økonomisk langtidsplan, samt tilgjengelige rammer for driftskreditt gjennom året.

- **Økonomisk handlingsrom**

Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer. Vestre Viken skal derfor sikre at gevinster av utviklingsarbeid og investeringer er realisert, både når det gjelder kvalitet og økonomi.

Vestre Viken har gjennom sin virksomhetsstyring, tett oppfølging av resultatutviklingen i foretaket og oppnåelse av foretakets planlagte resultatmål. Klinikkene følges opp tett. Handlingsplaner er utarbeidet og følges tett. Investeringsnivået justeres dersom resultatene ikke oppnås.

I 2019 viser Vestre Viken en resultatprognose som er bedre enn forutsetninger fra ØLP.

- **Investerings- og utbyggingsprosjekter**

Helse Sør-Øst avsetter regional likviditet i 2019 i forbindelse med nytt sykehus i Drammen med inntil 1 191 millioner kroner, hvorav 833 millioner kroner i ekstern lånefinansiering.

I forbindelse med prosjektet for nytt sykehus i Drammen skal helseforetaket avsette nødvendige ressurser til utvikling av virksomhetsmodell, driftskonsepter og bemanningsplanlegging samt planer for gevinstrealisering. Dette arbeidet skal avstemmes med Helse Sør-Øst RHF's prosjektorganisasjon. Videre har helseforetaket ansvar for å sikre medvirkning fra ansatte og bruker i alt arbeidet som omfatter investerings- og utbyggingsprosjektene.

Vestre Viken har avsatt 12 MNOK til en egen driftsorganisasjon som arbeider med utvikling av virksomhetsmodell, driftskonsepter og bemanningsplanlegging, samt gevinstrealisering tilknyttet nytt sykehus. Driftsorganisasjonen har i 2019 kommet godt i gang med planleggingen av klinisk ibruktakelse. I forhold til gevinstrealiseringsplanen er virksomheten godt i gang med planleggingen. Planen skal styrebehandles endelig i Vestre Viken 30. mars 2020. Gevinstrealiseringsplanen for nytt sykehus ses i sammenheng med foretakets arbeid med å sikre økonomisk bærekraft i hele foretaket.

Prosjektorganisasjonen har ansvar for å sikre involvering av brukere og ansatte i egen organisasjon.

#### 4.4.2 Aktivitetskrav

Vestre Viken skal i 2019 ha en aktivitet innen sine tjenesteområder i samsvar med aktivitetskravene fra Helse Sør-Øst RHF. En oversikt over de detaljerte kravene er tatt inn i vedlegg.

Aktivitetskrav 2019	Somatikk	VOP	BUP	TSB
<b>ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk og pasientadm. Legemidler) - "sørge for"</b>				
Foreløpig resultat 2019	122 599	18 804	24 038	6 478
Oppdrag og bestilling	120 391	18 648	24 744	5 562
Avvik	2 208	156	-706	916
<b>Antall utskrivninger døgnbehandling - "sørge for"</b>				
Foreløpig resultat 2019	69 531	2 791	166	811
Oppdrag og bestilling	70 797	3 107	134	760
Avvik	-1 266	-316	32	51
<b>Antall liggedøgn døgnbehandling - "sørge for"</b>				
Foreløpig resultat 2019	241 025	64 805	4 306	15 426
Oppdrag og bestilling	241 064	65 785	4 320	16 870
Avvik	-39	-980	-14	-1 444
<b>Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner - "sørge for"</b>				
Foreløpig resultat 2019	424 428	127 853	74 897	37 846
Oppdrag og bestilling	418 310	131 140	77 083	33 220
Avvik	6 118	-3 287	-2 186	4 626

#### Somatikk

Aktivitet innenfor somatikk, inkludert H-resepter, målt som antall ISF-poeng er 2208 poeng foran krav i OBD. Av dette er ISF-poeng knyttet til H-resepter 421 foran krav i OBD.

Det har vært generelt høyt aktivitet i klinikkene i 2019. Vestre Viken har gjennom flere år dreid aktivitetsveksten fra døgn til dag- og poliklinikkbehandling. Antall polikliniske konsultasjoner er høyere enn krav i OBD, mens antall utskrivninger er noe bak. Antall liggedøgn er om lag i tråd med kravet i OBD.

#### Psykisk Helse og Rus

Det har vært en vekst i poliklinisk aktivitet innen psykisk helse og rus på 6,2 % fra 2018 til 2019. Aktiviteten er samlet sett 0,4 % lavere enn budsjett. Den største utfordringen har vært innen BUP-feltet som oppnådde en poliklinisk aktivitet i 2019 som var 2,8 % lavere enn i budsjett. Dette innebar likevel en vekst på 7,5 % i forhold til 2018.

Det er gjennomført en rekke tiltak for å øke aktiviteten innen BUP. I tillegg til tiltakene som er nevnt over for å redusere ventetiden, er det viktigste aktivitetsøkende tiltaket å planlegge aktivitet opp mot skoleåret. Tilstedeværelse skal styres i langt større grad enn i dag til aktive perioder.

## **4.5 Andre rapporteringer**

### **4.5.1 Oppfølging av andre oppdrag**

### **4.5.2 Andre forhold ved driften**

Vestre Viken har i 2019 mottatt ekstern støtte til to innovasjonsprosjekter:

- 750 000 kr fra Buskerud fylkeskommune til videobasert såroppfølging Kongsberg
- 8 mill kr fra Innovasjon Norge til videoløsning AMK

Vestre Viken har i 2019 inngått avtale med leverandøren Checkware for egenregistrering av pasientdata innen to områder:

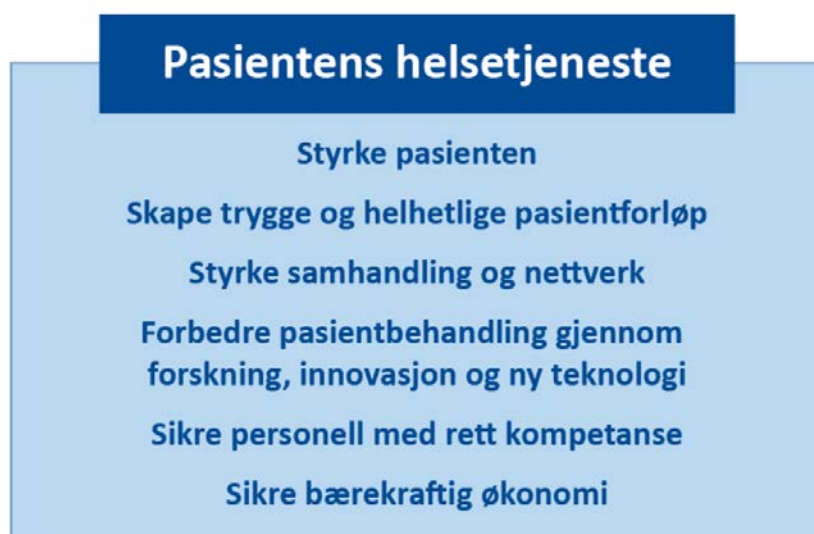
- Psykisk helsevern og rus
- Epilepsipasienter

## 5. Utviklingstrender og rammebetingelser

For nærmere omtale av utviklingstrender og rammebetingelser vises det til Utviklingsplanen 2035 og Økonomisk langtidsplan (ØLP) 2020-2023.

## 6. Strategier og planer

Frem mot 2035 er Vestre Vikens hovedmål å skape pasientens helsetjeneste. Det er fastsatt i utviklingsplanen at dette skal realiseres gjennom seks delmål.



Strategiplan 2019-2022 ble vedtatt av styret for Vestre Viken i sak 21/2019. Det er også utarbeidet understrategier for teknologi, kompetanse, HMS og innovasjon i løpet av året. Tidligere er det utarbeidet tilsvarende strategi for forskning. Strategiplanen operasjonaliserer målområder fra Utviklingsplanen og danner grunnlaget for driftsavtaler for klinikkene for 2020. Strategiplanen rulleres årlig.

Arbeid med Nytt sykehus i Drammen er et viktig område for helseforetaket. Forprosjektet ble behandlet og vedtatt i styret i Helse Sør-Øst RHF 14. mars 2019. 7. mai ble det offisielt markert at rivningsarbeidet på sykehustomta på Brakerøya i Drammen var i gang. 14. oktober 2019 var det offisiell markering av byggestart på den nye sykehustomten i Drammen. Sykehuset skal bygges ferdig i løpet av 2024. Første del av innflytting er planlagt til januar 2025 og full drift fra mai 2025.

**DEL IV: VEDLEGG**

- Vedlegg 1: Brukerutvalgets uttalelse til årlig melding 2019 Vestre Viken**  
**Vedlegg 2: Årsmelding fra brukerutvalget Vestre Viken 2019**

## **BRUKERUTVALGETS UTTALELSE TIL ÅRLIG MELDING 2019**

Arbeidsutvalget er gitt fullmakt til å utforme brukerutvalgets uttalelse til årlig melding for 2019. Samlet brukerutvalg fremlegges uttalelsen til årlig melding i møte 19 februar 2020. Brukerutvalget Vestre Viken HF har felles oppfatning av hovedtrekkene som kommer frem i resultat og utfordringer slik de er beskrevet.

### **Pakkeforløp kreft**

Andel pasienter i pakkeforløp for kreft behandlet innen standard forløpstid var 60 % i 2019, på samme nivå som i 2018. Det er godt under målet, og viser ingen bedring året sett under ett. Dette er ikke brukerutvalget fornøyd med. Brukerutvalget registrerer at Vestre Viken HF fortsatt har arbeid igjen for å oppnå full måloppnåelse på 70 % innen en del kreftområder og er bekymret for at overgangene mellom sykehusene / kommunene ikke fungerer optimalt for alle pasientene. Vi ser at det jobbes godt for å nå måloppnåelsen.

### **Kvalitet og pasientsikkerhet. Kunnskapsbasert praksis og pasientforløp**

Utvikling av gode og helhetlige pasientforløp fra «hjem til hjem» basert på kunnskapsbasert praksis er fortsatt viktig. Arbeidet med innføring av pakkeforløp er fulgt nøye fra brukerutvalget. Det er positivt at arbeid med pakkeforløp i løpet av høsten 2019 har vist fremgang.

### **Samvalg, informasjon og kommunikasjon**

Styrket pasientrolle er et av tre hovedinnsatsområder i revidert regional strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS, der pasientinformasjon og -opplæring, samvalg og kommunikasjon skal være satsningsområder. Brukerutvalget er veldig fornøyd med at Vestre Viken HF er godt i gang med dette arbeidet. Å styrke brukermedvirkning på individnivå må fortsatt være et fokusområde i 2020.

I Strategiplan 2019-2022 for VVHF er et av de seks målområder å styrke pasienten.

Samvalg er etter brukerutvalgets mening strategisk viktig for å oppfylle pasientrettighetslovens intensjoner og realisere «pasientens helsetjeneste».

### **Antibiotika styring og smittevern**

Brukerutvalget er bekymret for faren for antibiotika resistens, og merker seg at Vestre Viken kan vise til en reduksjon av den samlede bruken av bredspektret antibiotika fra 2012 til 2019. Dette er dessverre langt unna målet om 30 % reduksjon. Selv om det er en positiv utvikling fra året før, mener brukerutvalget at det må iverksettes ytterligere tiltak for å redusere bruken av bredspektret antibiotika.

### **Digitalisering og IKT**

Brukerutvalget er fornøyd med at Vestre Viken HF har innført Regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet. Brukerutvalget ønsker fortsatt utvikling av løsninger som bedrer den digitale kommunikasjonen mellom helsetjenesten og pasientene med sikte på enklere oppfølging og bedre mulighet for egenoppfølging. Brukerutvalget er opptatt av at elektroniske pasientrettede løsninger og selvbetjeningsautomater må være utformet i henhold til lov om universell utforming.

## **Pasientadministrative rutiner**

Det er avgjørende at sykehusene har kontroll på henvisninger, innkallinger, behandlingsfrister og andre dokumenter av betydning for behandlingsforløp og resultat. Digitale løsninger er viktig, men minst like viktig er riktig bruk av løsningene og at det også finnes supplerende gode manuelle rutiner som kan ivareta pasientsikkerheten til den enkelte pasient. Helseforetaket må fortsatt jobbe med å nå måltall for utsending av epikriser. Rask tilgang til epikrise er viktig for pasientsikkerhet, samhandling og mulighet for egenoppfølging. Brukerutvalget ønsker at alle pasienter skal få kopi av epikrise når de forlater sykehuset.

## **Korridorpasienter – beleggprosent**

Brukerutvalget registrerer at det er en tilnærmet uendret andel korridorpasienter. De fleste pasienter vil oppleve det som uverdigg å ligge på korridor, og at dette ikke er i tråd med god pasientbehandling. Brukerutvalget mener at det å ha korridorpasienter medfører svekket behandlingskvalitet og at pasientenes integritet ikke ivaretas på en god måte. Brukerutvalget ønsker at andel korridorpasienter skal følges opp månedlig.

Brukerutvalget er godt fornøyd med at Helse Sør-Øst RHF igjennom regional utviklingsplan endrer til 85 % utnyttelsesgrad ved bygging av fremtidige sykehusbygg. Dette vil styrke pasientsikkerhet og kvaliteten på tjenestene i fremtiden. Brukerutvalget har en bekymring om at NSD blir bygget etter 90 % utnyttelsesgrad og at det nye sykehus vil ha for liten kapasitet ved oppstart i 2025.

## **Forskning og innovasjon**

Brukerutvalget ser positivt på satsningen innen forskning og innovasjon og mener det må legges større vekt på at gode forskningsresultater overføres raskest mulig til praksis. En tverrfaglig forskning som utvikles fra et pasientperspektiv vil sikre en god nytteverdi for pasientene. Brukerutvalget ber Vestre Viken HF være en pådriver for å få til en økt satsning på området. Dette vil kunne bidra til å sikre rett kompetanse på rett sted, bedre bruk av ressurser og mer tid til pasientrettet arbeid.

## **Personvern**

Brukerutvalget mener bruk av teknologi og utnyttelse av helsedata er og blir et viktig og nødvendig virkemiddel i pasientens helsetjeneste. All bruk av teknologi i helsetjenesten må understøtte lovkrav til personvern og informasjonssikkerhet, samtidig som dette ikke må være til hinder for god pasientbehandling.

## **PASIENTRETTIGHETER OG VENTETIDER**

### **Pasientrettigheter**

Norske pasienter har gode og lovfestede rettigheter. Brukerutvalget mener det er stort behov for å øke helsepersonellens kunnskap om pasientrettigheter, slik som Pasient- og brukerombudene har påpekt. Pasientene må få riktig og forståelig informasjon om sine rettigheter i alle steg i pasientforløpet. Brukerutvalget ønsker at flere helsepersonell gjennomfører opplæringsprogrammet «klar for samvalg».

## **Ventetider**

Brukerutvalget merker seg at det er en positiv utvikling i ventetidsindikatorerne, men at det fortsatt har et stykke igjen for å oppnå målene. Dette gjelder for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Brukerutvalget er opptatt av at pasienter ikke skal oppleve venting som ikke er faglig begrunnet, og registrerer med bekymring at målet om minimum seks måneders planleggingshorisont i alle poliklinikker fortsatt ikke er nådd.

## **Et koordinert helsetilbud**

### **Samhandling**

Samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten må fortsatt prioriteres høyt. Blant annet må prosedyrer for «Trygg utskriving» følges. Brukerutvalget mener at sykehusene i større grad må bidra aktivt til å sette kommunene i stand til å overta oppgaver fra sykehusene. Brukerutvalget er fortsatt bekymret for at mange pasienter med store og sammensatte behov ikke får den oppfølgingen de trenger i kommune- og spesialisthelsetjenesten samlet sett.

### **Brukermedvirkning**

Pasienter, pårørende og deres organisasjoner er de viktigste talspersoner for «pasientens helsetjeneste». Samvalg, kommunikasjon, opplæring og informasjon er særdeles viktig for å sikre brukermedvirkning på individnivå. Brukerutvalget ser positivt på at Vestre Viken HF aktivt følger opp og bidrar til å holde søkelys på brukererfaringsundersøkelsene og at disse skal brukes til forbedring.

### **Oppsummering**

Brukerutvalget slutter seg til at det har vært en positiv utvikling i 2019, selv om mange mål fortsatt ikke er nådd. Brukerutvalget mener at pasienter som kommer til sykehusene i regionen i all hovedsak får god behandling, og at vi har en helsetjeneste som gjennomgående viser gode medisinske resultater. Dette er godt grunnlag for videre arbeid med å skape «pasientens helsetjeneste» slik at brukere, pasienter og pårørende opplever at de er partnere i helsetjenesten.



## ÅRSMELDING FRA BRUKERUTVALGET VESTRE VIKEN 2019

### Sammensetning

1.	Toril Krogsund Leder	FFO Buskerud
2.	Heidi Hansen Nestleder	Rio
3.	Torunn Viervoll	FFO Akershus
4.	Dordi S. Strand	FFO Akershus
5.	Bjørn Tolpinrud (fram til mars 2019)	Kreftforeningen
	Cesilie Bråten (fra mars 2019)	Kreftforeningen
6.	Lillemor Sandberg	FFO Buskerud
7.	Grethe Synnøve Karlsen	FFO Buskerud
8.	Rune Hansen Gunnerød	FFO Buskerud
9.	Elisabeth Schwencke	FFO Buskerud
10.	Franck Tore Larsen	SAFO

Utvalgets leder og nestleder har inngått i Arbeidsutvalget sammen med sekretær og representant fra administrerende direktørs stab. Disse har i felleskap satt opp sakliste for Brukerutvalgets møter.

Ved oppnevning av nye representanter fikk brukerutvalget et nytt medlem fra FFO Buskerud ved inngangen til 2019.

Et medlem fra FFO/Kreftforeningen døde på våren, og nytt medlem fra Kreftforeningen kom inn i april 2019.

Brukerutvalget har i 2019 bestått av representanter fra brukerorganisasjonene:  
Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon = FFO  
Samarbeidsforumet av Funksjonshemmedes organisasjoner = SAFO  
Kreftforeningen  
Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon = RIO

### Oppdrag og bestillingsdokumentet 2019 for Vestre Viken

- Hovedmål: Redusere gjennomsnittlig ventetid sammenliknet med 2018. Under 55 dager innen somatikk og under 40 dager innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Andel pakkeforløp innenfor standard forløpstid skal være minst 70 % for hver kreftform
- Fokus på reduksjon av tvang. Færrest mulig avbrudd i døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2018. Overholde minst 93 % av avtalene innen 2019.
- 20 % reduksjon bruk av bredspektret antibiotika i sykehusene i 2019 sammenlignet med 2012.
- 20 % av dialysepasienter skal få gjort dette hjemme.
- Redusere andel pasientskader på regionalt nivå i 2019 sammenlignet med 2017.

- Minst 60 % av pasientene med hjerneinfarkt får trombolysebehandling innen 40 minutter etter innleggelse
- Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning skal være minst 80 % (for PHBU og PHV)

Oppdrag og bestillingsdokumentet har bidratt til å gi arbeidet i brukerutvalget retning og fokus.

### **Aktivitet**

Brukerutvalget har hatt 10 plenumsmøter og behandlet 61 saker (pr desember). Leder og nestleder har deltatt på helseforetakets styremøter som observatører med tale- og forslagsrett. De har også bidratt til at Brukerutvalget har vært fast representert i Sentralt kvalitetsutvalg og Overordnet samarbeidsutvalg. Alle medlemmer har deltatt jevnlig på møtene i klinikkens kvalitetsutvalg, på ulike ledermøter og seminarer samt i annen virksomhet dersom det har vært ønske om det fra klinikkens side. Også fast deltagelse i Forskningsutvalget, i de lokale samarbeidsutvalgene og i klinisk etikk komitéene ved to klinikker har vært viktige bidrag fra Brukerutvalget.

### **Nytt sykehus, utviklingsplan og strategiplaner**

Arbeidet med nytt Drammen sykehus har pågått i hele 2019. Prosjektleder har deltatt jevnlig på Brukerutvalgets møter for å orientere om status i prosjektet, svart på spørsmål og tatt imot innspill. Brukerutvalgets leder har vært observatør i flere styringsgrupper.

### **Mottaksprosjektet nytt Drammen sykehus**

#### **Formål:**

Samarbeidet mellom Vestre Viken HF og intern prosjektorganisasjonen for nytt sykehus i Drammen.

VV-NSD har som formål å skape gode samarbeidsrutiner for å sikre fremdrift og gode løsninger under gjennomføringsfasen frem til nytt sykehus står ferdig.

Medvirkning er knyttet til arbeidet med å utarbeide driftseffektive arbeidsprosesser for å skape helhetlige og trygge pasientforløp, samt sikre tilpasning av drift til nytt bygg.

Det er opprettet en styringsgruppe i NSD med prosjektdirektør, klinikk Drammen, PHR, KMD, KIS, direktør teknologi, tillitsvalgte, verneombud og brukerutvalsrepresentant.

I løpet av 2019 har områdene teknologi, innovasjon, og kompetanseutvikling blitt gjenstand for mer systematisk tilnærming.

### **Brukerutvalget fokusområde i 2019**

- Samvalg. Det ble presentasjon av kurspakke ved koordinator for Læring og mestringssenteret ved Drammen sykehus.
- Ernæring
- Korridorpasienter
- Bidra i klinikkene med foredrag om erfaringer
- Erfaringsutveksling mellom klinikkene i VVHF

Utover dette har Oppdrag og bestillingsdokumentet fra Helse sør øst bidratt til å gi arbeidet i brukerutvalget retning og fokus.

## **Strategiske planer**

Brukerutvalget startet året med gjennomgang av følgende strategiske planer: HMS-strategien og bakgrunnen for strategien, blant annet utgangspunktet i pasientsikkerhet. Strategien skal gi retning for arbeidet. Målet er trygge sykehus, pasientforløp og sikkerhetskultur.

Brukerutvalget bør her ha særlig oppmerksomhet på strategiens del om lærende organisasjon, helsefremmende arbeidsplass og fysisk miljø.

## **Innovasjonsstrategien**

Strategien berører andre områder som teknologi og forskning. Målene for strategien er blant annet bedre kvalitet, nyteknisk og samarbeid med eksterne aktører.

Strategien benytter et vidt innovasjonsbegrep. Ut i fra dette er det laget en handlingsplan. BU bør ha oppmerksomhet på strategiens betydning for bedre pasientbehandling.

## **Strategiplan 2019-2022**

Strategisk plan er oppfølging av Utviklingsplan 2035. De konkrete tiltakene skal innarbeides i foretakets driftsavtaler.

## **Kontakt med Ungdomsrådet**

Ungdomsrådet i Vestre Viken har hatt ansvar for å arrangere en samling for ungdomsrådet i Helse sør øst i 2019. Brukerutvalget har blitt oppfordret til å bistå og utvalgets nestleder har deltatt på 4 møter i programkomiteen for arrangementet, som skal være Scandic Asker, helgen 2-3 februar. Samlingen vil være for leder og nestleder for ungdomsrådene. Fokus for samlingen vil være rekruttering av medlemmer til rådet, motivasjon, opplæring og hvordan påvirke.

## **Andre bidrag**

Klinikkdirektør Kirsten Hørthe har møtt i brukerutvalget for å orientere om omstillingsarbeidet i klinikk PHR.

Etter flytting av ARA Tyrifjord til Konnerud ble det etablert et dagbehandlingstilbud «Daggruppa» skal videreføres inntil det er etablert gode samarbeidsrutiner med kommunene og pakkeforløpet for TSB er implementert.

Nestleder hadde god kontakt med ledelsen og brukere om tilbudet til denne pasientgruppen.

## **2. Pasientforløp ble lansert i januar.**

Vestre Viken har pågående arbeid med to pasientforløp:

Pasientforløp for barn som er eksponert for rusmidler i fosterlivet og pasientforløp for gravide og rus. Nestleder deltar i arbeidet og nestleder har holdt et innlegg om det å være gravid som ung, med sårbarhet og rusproblemer

Brukerutvalgets juni møte ble lagt til Ringerike sykehus, hvor vi hadde følgende tema:

- Rigge en BEST-trening
- Korridorpasienter – hva gjør RS
- Aktiviteter i forbindelse med BRK
- LMS-senter på RS, spesielt med tanke på kurs for pårørende.
- Omvisning på sengetun.
- Ernæring

Ungdomsrådet deltok med 2 representanter på dette BU møte. Det var dialog om eventuelle felles interesseområder og muligheter for samarbeid. Ungdomsrådet har vært opptatt av overganger mellom barn/ungdom og til voksen.

### **Informasjon om tilrettelegging av digitalt innsyn i egen journal.**

Prosjektet er initiert av HSØ og skal gi pasienter tilgang til egen journal på Helsenorge.no. VVHF er pilot fra 03.06.2019

Leder av BU hadde en gjennomgang sammen med helseminister Bent Høie hjemme på sitt kjøkken, for å vise hvor enkelt pasienter og pårørende kan sjekke sin egen journal. Det kom dekning av denne seansen på NRK TV og radio, samt ulike dagsaviser.

### **Brukerutvalg for nytt sykehus Drammen**

Brukerutvalget i VVHF er opptatt å sikre hensiktsmessig samhandling og dialog med nytt brukerutvalg for nytt sykehus Drammen.

### **Gravestart nytt sykehus Drammen**

Denne dagen ble markert med åpning av Helseminister Bent Høie, Catrine Lofthus, Lisbeth Sommervoll, styreleder i Vestre viken og representanter fra Drammen og Lier kommune.

Hele brukerutvalget ble invitert til gravestart nytt sykehus Brakerøya.

Leder av brukerutvalget hadde innlegg om forventninger knyttet til pasienter og pårørende for nytt sykehus.

### **Konferanser**

Brukerutvalget deltok på regional konferanse i Tønsberg og på HSØ konferanse for Brukerutvalg på Oslo Universitetssykehus. Tema var henholdsvis pakkeforløp og brukermedvirkning.

To medlemmer av utvalget deltok også på det årlige høstseminaret som Senter for medisinsk etikk arrangerte.

Leder og nestleder deltok på Helsekonferansen.

Leder holdt foredrag sammen med direktør i VVHF Lisbeth Sommervoll, om «Fremtidens helsetjenester og hva VVHF tenker om dette»

Pasientsikkerhetskonferansen.

Leder av BU Toril Krogsund og medlem Rune G. Hansen deltok på pasientsikkerhetskonferansen, hvor det denne gangen var 1500 deltagere.

Tydelig at pasientsikkerhet er noe alle helseforetak er opptatt av.

### **Pasientsikkerhetsuken**

Det var mye aktiviteter på alle klinikker i forbindelse med pasientsikkerhetsuken. De fire sykehusene samt Blakstad hadde egen dag med foredrag og forslag til forbedring.

Hele Vestre Viken deltok med postere om forbedringsforslag.

Brukerutvalget hadde sin egen poster som ble utformet av vårt medlem i BU Torunn Viervoll i samarbeid med BU.

### **Samarbeid med pasientombudet**

Pasient- og brukerombudet i Buskerud har deltatt jevnlig på Brukerutvalgets plenums møter. Samarbeidet har vært nyttig og bidratt til økt oppmerksomhet på pasientenes opplevelser og enkelte ganger på svikt i klinikkens rutiner. Som følge av dette har utvalget tatt initiativ til dialog med ansvarlig ledelse og anmodet om gjennomgang av rutiner og systemer.

### **Samarbeidet med ledelsen**

Brukerutvalget legger vekt på et tett samarbeid med foretaksledelsen og opplever at denne på sin side legger vekt på å bruke utvalgets ressurser. Dette forholdet har gjort Brukerutvalgets arbeid i 2019 godt og meningsfylt.

Administrerende direktør ønsker en tett dialog med brukerutvalget for bedring, særlig når det gjelder pasientsikkerhet, fremme «beste praksis» godt samarbeid og effektivitet.

### **Årlig møte med styret**

Brukerutvalget deltok på styremøte VVHF i oktober.

I dialogen med styret ble det etterspurt et mer aktivt og krevende brukerutvalg.

Det ble positivt mottatt at styreleder vurderte at brukerutvalget burde stille mer krav til pasientbehandling.

Det var også Brukerutvalget sin oppfatning at styret var enig i at arbeidet med kvalitetsparametere og uønskede hendelser må styrkes.

Det var ellers en oppfatning av at de enkelte i Brukerutvalget fikk frem sine saker og innspill, og at styret syntes innleggene var interessante og viktige.

Dato: 17.02.2020  
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

## Saksfremlegg

### Virksomhetsrapportering for Vestre Viken pr januar 2020

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken	4/2020	24.02.2020

### Forslag til vedtak

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

Drammen 17. februar 2020

Lisbeth Sommervoll





















Administrerende direktør

**Bakgrunn**

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

**Saksutredning**

De viktigste resultatene knyttet til økonomi, aktivitet, kvalitet og bemanning pr 31.januar 2020 er oppsummert i måltavlen under:

Vestre Viken HF		Hittil i år		Prognose		
1	<b>ØKONOMI</b> Driftsresultat i KR. (1.000) (eks. pensjonsøkning)	Virkelig	20 601		248 000	
		Mål	20 666		248 000	
		Avvik	-65			
		I fjor	18 603		247 825	
2	<b>AKTIVITET Somatikk</b> DRG-poeng døgn, dag og poliklinikk "sørge for" ANTALL	Virkelig	10 565		116 672	
		Mål	10 340		116 672	
		Avvik	225		0	
		I fjor	9 934		114 512	
3	<b>AKTIVITET Voksenpsykiatri og rusbehandling</b> Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	15 384		166 005	
		Mål	15 495		166 005	
		Avvik	-111		0	
		I fjor	15 264		165 699	
4	<b>AKTIVITET Barne- og ungdompsykiatri</b> Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	7 128		77 800	
		Mål	7 598		77 800	
		Avvik	-470		0	
		I fjor	6 664		74 897	
5	<b>KVALITET</b> Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter totalt - somatikk DAGER	Virkelig	58		54	
		Mål	54		54	
		Avvik	4		0	
		I fjor	57		56	
6	<b>KVALITET</b> Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter - PHR DAGER	Virkelig	46		36	
		Mål	36		36	
		Avvik	10		0	
		I fjor	41		36	
8	<b>KVALITET</b> Korridorpasienter ANDEL	Virkelig	2,8 %		0,0 %	
		Mål	0,0 %		0,0 %	
		Avvik	2,8 %		0,0 %	
		I fjor	2,2 %		2,2 %	
10	<b>KVALITET</b> Pakkeforløp kreft ANDEL	Virkelig	52,0 %		70,0 %	
		Mål	70,0 %		70,0 %	
		Avvik	-18,0 %		0,0 %	
		I fjor	49,0 %		60,4 %	
11	<b>HR</b> Brutto månedverk ANTALL (neste måned)	Virkelig	7 378		7 396	
		Mål	7 282		7 396	
		Avvik	96		0	
		I fjor	7 188		7 357	
13	<b>HR</b> AML brudd ANDEL	Virkelig	2,0 %		0,0 %	
		Mål	0,0 %		0,0 %	
		Avvik	2,0 %		0,0 %	
		I fjor	2,0 %		2,8 %	

\*Differensierte ventetidsmål innen fagområdene

### Økonomi

I januar 2020 ble det foretatt en oppdatert aktuarberegning, som gir en reduksjon i pensjonskostnader på 157,9 MNOK for året, med en månedlig effekt på 13,2 MNOK. Pensjonsreduksjonen vises på egen linje og holdes utenfor resultat fra ordinær drift.

Resultat pr 31.januar fra ordinær drift (eksklusiv reduserte pensjonskostnader) viser et overskudd på 20,6 MNOK som er på linje med budsjett. Det er foretatt en del avsetninger i januarregnskapet, blant annet på grunn av manglende fakturamottak.

Driftsinntekter er 4 MNOK høyere enn budsjett. ISF-inntekter, inkludert ISF-refusjoner på H-resepter er 6 MNOK over budsjett. Gjestepasient og andre pasientrelaterte inntekter er 2 MNOK lavere enn budsjett. Øvrige driftsinntekter er i henhold til budsjett.

Driftskostnader, inklusive finans og eksklusiv økte pensjonskostnader, er 4 MNOK høyere enn budsjettet. Varekostnader er 1,1 MNOK høyere enn budsjettet. Det er positivt budsjettavvik på gjestepasientområdet og andre driftskostnader. Lønn viser et overforbruk på 3,7 MNOK som i stor grad er knyttet til høyere bruk av variabel lønn enn budsjettet. Dette forklares med høy aktivitet og høyt fravær ved flere avdelinger. Det er negativt lønnsavvik på mer enn 1 % på Drammen, Ringerike, Kongsberg, Psykisk helse og rus og Prehospitale tjenester. Innleie fra byrå viser et merforbruk på 0,1 MNOK i januar.

### Aktivitet

#### *Somatikk*

Samlet aktivitet hittil i år målt i antall "sørge-for" ISF-poeng er 225 poeng høyere enn budsjett, og er høyere enn samme periode i fjor. Antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner er over budsjett, mens antall døgnbehandlinger er lavere enn budsjett. ISF-refusjoner for H-resepter er avsatt i tråd med budsjett.

#### *Polikliniske konsultasjoner psykisk helse og rus*

Det er negativt avvik på alle fagområder. Det er stor usikkerhet knyttet til telefonkonsultasjoner som er underregistrert på grunn av nye regler for registrering. Det er gjort avsetning for manglende registrering av telefonkonsultasjoner og tilhørende ISF-poeng og ISF-inntekter tilsvarende januar i fjor. Det er igangsatt et arbeid for å rydde i registreringer samt sørge for at registreringene i fremtiden blir korrekte.

### Kvalitet

#### *Ventetid somatikk*

Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter somatikk var 58 dager i januar mens målet for 2020 er 54 dager. Ventetiden i januar påvirkes noe av redusert aktivitet i forbindelse med juleferie. I løpet av 2020 vil økt kapasitet innen øyesykdommer, endokrinologi ved Drammen sykehus, hjertesykdommer ved Kongsberg sykehus og plastikk-kirurgi ved Bærum sykehus bidra til redusert ventetid utover året. Gjennomsnittlig ventetid ble 56 dager i 2019, og det forventes at vi skal nå målet for 2020.

#### *Ventetid psykisk helse og rus*

Det er differensierte ventetidsmål for 2020 innen de ulike områdene med 40 dager for psykisk helsevern for voksne, 37 dager for barn og ungdom og 30 dager for rusbehandling. Oppnådd ventetid i 2019 var henholdsvis 35, 43 og 31 dager, med bedring fra året før på alle områder. Ventetiden i januar er imidlertid ikke tilfredsstillende med henholdsvis 47, 46 og 33 dager. Klinikken har iverksatt en gjennomgang av årsakene til dette resultatet, arbeidet pågår.



### *Korridorpasienter*

Andel korridorpasienter i somatikk var 2,8 % i januar i år, som er noe høyere enn i fjor. Dette tilsvarer at 18 pasienter gjennomsnittlig har ligget i korridor kl. 07.00 hver morgen så langt i år. Det er særlig korridorpasienter ved Ringerike og Drammen sykehus. Ved Ringerike har det vært jobbet systematisk med tiltak de siste månedene. Kompetansen i akuttmottak er styrket, nylig er det også innført konferansetelefon for leger utenfor sykehuset og avklaringspoliklinikker. De siste tre månedene i fjoråret så man noe forbedring mens nivået i januar er marginalt lavere enn tilsvarende måned i fjor. Tiltakene følges opp. Ved Drammen sykehus er det i gang et prosjekt som spesielt følger forløpene fra akuttmottaket. Det forventes at det også kan forbedre situasjonen med korridorpasienter.

### *Pakkeforløp for kreft*

Vestre Viken oppnår ikke målkravet for pakkeforløp for kreft som tilsier at 70 % skal få behandling innenfor standard forløpstid. I januar 2020 var andelen kun 52 %, mens andelen var 48 % i januar 2019 og 60 % for hele 2019. Det er gjort en rekke tiltak i løpet av fjoråret som har forbedret enkelte forløp, men videre arbeid på dette området må være en høyt prioritert oppgave i 2020.

### HR

#### *Brutto månedsverk*

Brutto månedsverk er høyere enn budsjettet, og 190 flere enn samme periode i fjor. Til dels som følge av høy aktivitet, men også som følge av at det tar noe tid før tiltak får effekt. Flere seksjoner har hatt høyt korttidsfravær, og høyt sykefravær samlet. I PHR har det vært høy døgnaktivitet, spesielt på avdeling Blakstad og BUPA.

#### *AML-brudd*

I januar 2020 har det vært 2452 AML-brudd, som tilsvarer brudd på 2% av alle vakter i foretaket. Foretaket har ikke hatt så lave tall siden januar i 2018, så dette er et godt utgangspunkt for det nye året.

Det har i en lengre periode vært en feil i GAT som har generert mange brudd hos Prehospitale tjenester. Denne feilen er nå rettet opp, noe som vises i resultatene, men feilen blir ikke rettet opp tilbake i tid. Samtlige klinikker har færre brudd sammenlignet med desember 2019. I HR har det vært høy aktivitet i januar for å bidra og assistere ledere med å sørge for at avtaler og dispensasjoner er oppdatert og registrert i GAT.

En partssammensatt arbeidsgruppe, med representanter fra ledere, tillitsvalgte, verneombud og HR, jobber med en handlingsplan for å redusere AML-brudd. Analyse viser at ca. 25% av alle AML-brudd er tilknyttet tilkallingsvikarer. Dette er en gruppe som i perioder jobber ekstra mye, og de jobber opp mot forskjellige avdelinger og seksjoner, noe som bidrar til manglende oppfølging og oversikt hos leder. Arbeidsgruppen ønsker økt fokus mot denne gruppen, i tillegg til systematisk oppfølging og opplæring for ledere.

### **Administrerende direktørs vurderinger**

Resultatet for januar er på linje med budsjett. Flere klinikker viser negativt resultat. Basert på styrets vedtak ved behandling av budsjett 2020 vil det legges opp til månedlig rapportering på iverksettelse av tiltak og oppnådde resultater av tiltakene. Modellen for oppfølging etableres i forbindelse med inngåelse av driftsavtaler med klinikkene og kommer på plass i løpet av februar måned. Negative avvik i januar skyldes til dels at tiltak er periodisert flatt og at effekter vil oppnås i de kommende månedene, men også uforutsette avvik som følge av sykefravær og høy aktivitet.

Brutto månedsverk ligger over budsjett, og over fjoråret. Det er fortsatt betydelige lønnsavvik, og spesielt på variabel lønn. I forbindelse av inngåelse av driftsavtalene og styringsmodell for oppfølging av handlingsplaner i klinikkene, vil det etableres en fast rapportering og oppfølging også på bruk av variabel lønn og innleie. Foretaket har igangsatt et større prosjekt med innføring av en modell for aktivitetsstyrt ressursplanlegging.

Pakkeforløp for kreft er en høyt prioritert oppgave i 2020, og vil følges tett opp.

Administrerende direktør anbefaler at styret tar virksomhetsrapport pr januar til etterretning.

Vedlegg: Virksomhetsrapportering pr januar 2020

# Sak 4/2020

## Virksomhetsrapportering pr januar 2020

*Pr 17. februar 2020*



## Innledning

- Presentasjonen viser utvikling og status pr. november måned
  - Resultat
  - Aktivitet
  - HR
  - Styringsparametre
- Tallene stemmer med rapporteringspakken til HSØ

# Pensjonsendring









- I januar 2020 ble det foretatt en oppdatert aktuarberegning, som gir en reduksjon i pensjonskostnader på 157,9 MNOK.
- Ny aktuarberegning legges til grunn for resultatføring.
- Pensjonsreduksjonen vises på egen linje og holdes utenfor resultat fra ordinær drift.
- Månedlig effekt 13,2 MNOK

Pensjonsendring	MNOK
Budsjett 2020	817,9
Ny beregning januar 2020	659,9
Endring	157,9









## Kommentarer pr januar 2020

- Totalresultat pr 31.januar viser et overskudd på 33,8 MNOK. Dette er 13,1 MNOK høyere enn budsjett, men der om lag 13.2 MNOK skyldes reduserte pensjonskostnader som holdes utenfor resultatmålet.
- Resultat fra ordinær drift (eksklusiv pensjonsreduksjonen) viser følgelig et overskudd på 20,6 MNOK, som er i tråd med budsjett
  - ISF, gjestepasient og andre pasientrelaterte inntekter er 3,9 MNOK over budsjett i januar
  - Det er et overforbruk på lønn og innleie på 3,8 MNOK i januar
  - Varekostnader er 1,1 MNOK høyere enn budsjettet i januar
- Det er usikkerhet knyttet til resultatet i januar, da det foretas en del avsetninger knyttet både til inntekter og kostnader.

# Måltavle pr januar – Økonomi og aktivitet

Vestre Viken HF		Denne måned		Prognose		
1	<b>ØKONOMI</b> Driftsresultat i KR. (1.000) (eks. pensjonsøkning)	Virkelig	20 601		248 000	
		Mål	20 666		248 000	
		Avvik	-65			
		I fjor	18 603		247 825	
2	<b>AKTIVITET Somatikk</b> DRG-poeng døgn, dag og poliklinikk "sørge for" ANTALL	Virkelig	10 565		116 672	
		Mål	10 340		116 672	
		Avvik	225		0	
		I fjor	9 934		114 512	
3	<b>AKTIVITET Voksenpsykiatri og rusbehandling</b> Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	15 384		166 005	
		Mål	15 495		166 005	
		Avvik	-111		0	
		I fjor	15 264		165 699	
4	<b>AKTIVITET Barne- og ungdomspsykiatri</b> Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	7 128		77 800	
		Mål	7 598		77 800	
		Avvik	-470		0	
		I fjor	6 664		74 897	

# Måltavle pr januar – Kvalitet

Vestre Viken HF		Hittil i år		Prognose		
5	<b>KVALITET</b> Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter totalt - somatikk DAGER	Virkelig	58		54	
		Mål	54		54	
		Avvik	4		0	
		I fjor	57		56	
6	<b>KVALITET</b> Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter - PHR DAGER	Virkelig	46		36	
		Mål	36		36	
		Avvik	10		0	
		I fjor	41		36	
8	<b>KVALITET</b> Korridorpasienter ANDEL	Virkelig	2,8 %		0,0 %	
		Mål	0,0 %		0,0 %	
		Avvik	2,8 %		0,0 %	
		I fjor	2,2 %		2,2 %	
10	<b>KVALITET</b> Pakkeforløp kreft ANDEL	Virkelig	52,0 %		70,0 %	
		Mål	70,0 %		70,0 %	
		Avvik	-18,0 %		0,0 %	
		I fjor	49,0 %		60,4 %	



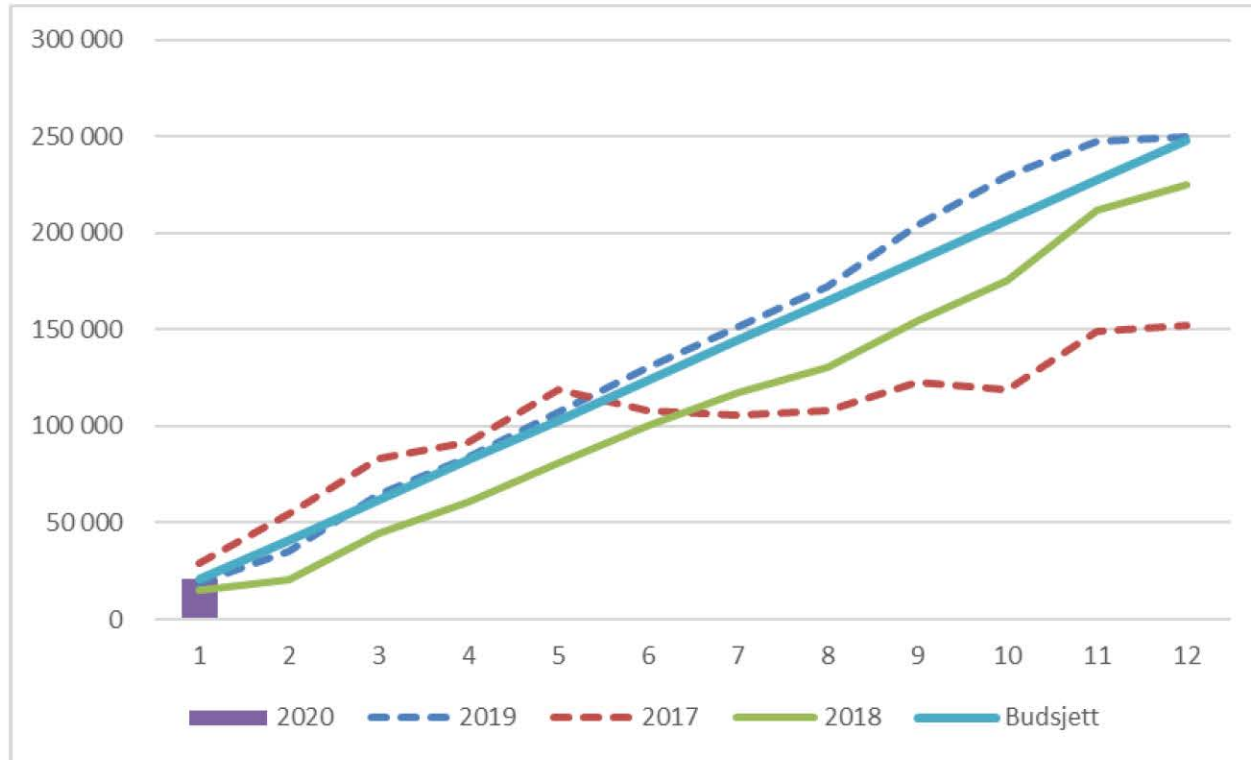
# Måltavle pr januar – HR

Vestre Viken HF			Denne måned		Hittil i år		Prognose	
11	<b>HR</b> Brutto månedsverk ANTALL (neste måned)	Virkelig	7 366	[Red]	7 378	[Red]	7 396	[Green]
		Mål	7 276		7 282		7 396	
		Avvik	90		96		0	
		I fjor	7 180		7 188		7 357	
13	<b>HR</b> AML brudd ANDEL	Virkelig	2,0 %	[Green]	2,0 %	[Green]	0,0 %	[Green]
		Mål	0,0 %		0,0 %		0,0 %	
		Avvik	2,0 %		2,0 %		0,0 %	
		I fjor	2,0 %		2,0 %		2,8 %	

















# Resultat

pr Januar 2020					% endring	
	Regnskap hittil i år	Budsjett hittil i år	Avvik hittil i år	Avviks %	Regnskap hittil i fjor	i år ift i fjor
Basisramme inkl. KBF	482 895	482 882	13	0,0 %	452 679	7 %
ISF inntekter	279 874	273 904	5 970	2 %	257 832	9 %
Gjestepasient inntekter	13 067	13 914	- 847	-6 %	14 267	-8 %
Andre pasientrelaterte inntekter	39 999	41 185	- 1 187	-3 %	39 612	1 %
Øvrige driftsinntekter	29 750	29 729	20	0 %	20 384	46 %
Gevinst ved avgang av anleggsmidler						-100 %
<b>SUM Inntekter</b>	<b>845 584</b>	<b>841 614</b>	<b>3 970</b>	<b>0 %</b>	<b>784 774</b>	<b>8 %</b>
Varekostnader	102 550	101 444	- 1 106	-1 %	94 840	8 %
Gjestepasientkost. og kjøp av tjenester	69 755	70 490	735	1 %	64 369	8 %
Innleid arbeidskraft	775	664	- 110	-17 %	2 044	-62 %
Lønnskostnader	533 355	529 619	- 3 736	-1 %	504 105	6 %
Avskrivninger og nedskrivninger	23 653	23 599	- 55	0 %	22 557	5 %
Andre driftskostnader	93 723	94 120	397	0 %	87 342	7 %
Netto finanskostnader	1 172	1 013	- 159	-16 %	- 1	
<b>SUM Driftskostnader inkl. finans</b>	<b>824 983</b>	<b>820 949</b>	<b>- 4 034</b>	<b>0 %</b>	<b>775 256</b>	<b>6 %</b>
<b>Resultat fra ordinær drift</b>	<b>20 601</b>	<b>20 666</b>	<b>- 65</b>	<b>0 %</b>	<b>9 518</b>	
Pensjonsendring januar 20 aktuar	13 162		13 162			
<b>Resultat totalt</b>	<b>33 763</b>	<b>20 666</b>	<b>13 097</b>	<b>63 %</b>	<b>9 518</b>	

## Resultatutvikling



# Budsjettavvik per klinikk

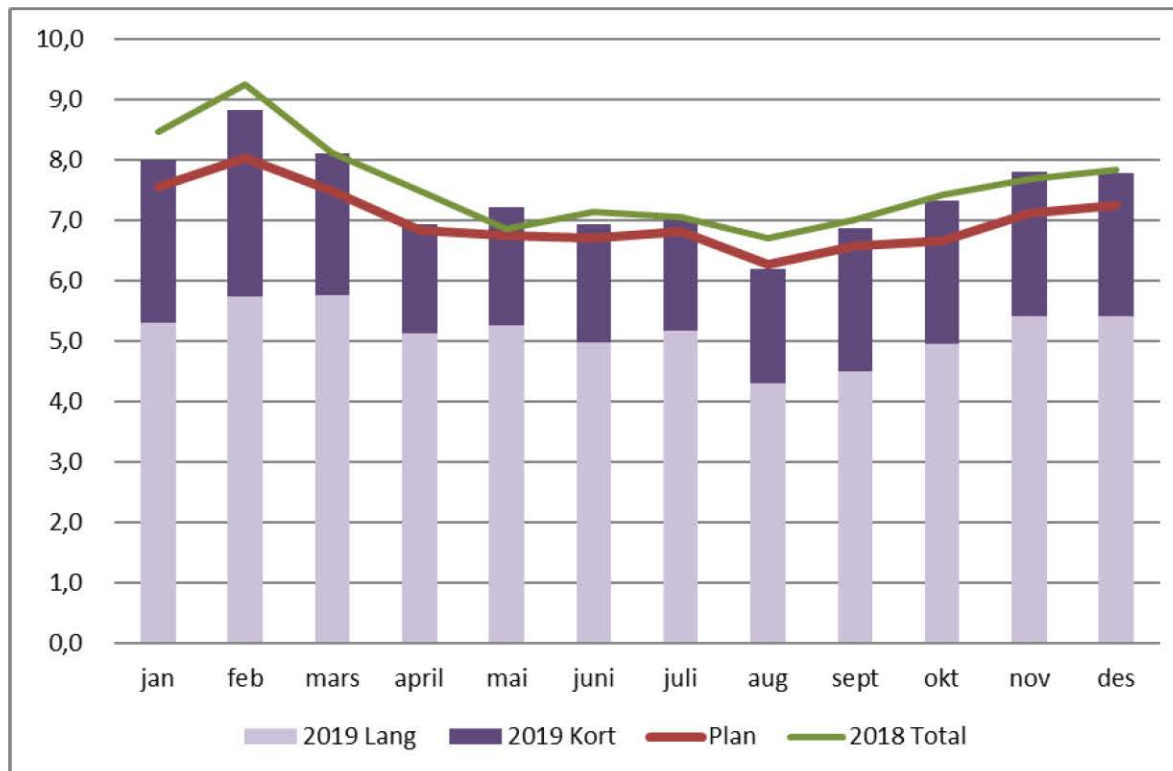
Avvik mot budsjett pr Januar	Inntekter		Kostnader		RESULTAT		
	Avvik hittil i år	% avvik	Avvik hittil i år	% avvik	Avvik hittil i år	Avvik som % av total budsjett	
<b>Drammen sykehus</b>	<b>2 241</b>	<b>1,3 %</b>	<b>- 4 180</b>	<b>-2,5 %</b>	<b>- 1 939</b>	<b>-1,2 %</b>	
<b>Bærum sykehus</b>	<b>416</b>	<b>0,4 %</b>	<b>- 238</b>	<b>-0,2 %</b>	<b>177</b>	<b>0,2 %</b>	
<b>Ringerike sykehus</b>	<b>- 2 267</b>	<b>-4,2 %</b>	<b>- 1 627</b>	<b>-3,0 %</b>	<b>- 3 893</b>	<b>-7,1 %</b>	
<b>Kongsberg sykehus</b>	<b>- 269</b>	<b>-1,0 %</b>	<b>- 615</b>	<b>-2,2 %</b>	<b>- 885</b>	<b>-3,1 %</b>	
<b>Intern Service</b>	<b>- 462</b>	<b>-0,8 %</b>	<b>1 967</b>	<b>3,6 %</b>	<b>1 505</b>	<b>2,8 %</b>	
<b>Psykisk Helse og Rus</b>	<b>424</b>	<b>0,3 %</b>	<b>- 3 462</b>	<b>-2,3 %</b>	<b>- 3 038</b>	<b>-2,0 %</b>	
<b>Prehospitale Tjenester</b>	<b>- 307</b>	<b>-0,9 %</b>	<b>- 604</b>	<b>-1,8 %</b>	<b>- 911</b>	<b>-2,7 %</b>	
<b>Medisinsk Diagnostikk</b>	<b>- 516</b>	<b>-0,8 %</b>	<b>864</b>	<b>1,4 %</b>	<b>348</b>	<b>0,6 %</b>	
<b>Stabene</b>	<b>- 720</b>	<b>-0,8 %</b>	<b>4 286</b>	<b>0,0 %</b>	<b>3 566</b>	<b>4,0 %</b>	
<b>Byggvedlikehold</b>			<b>- 2 533</b>	<b>-50,1 %</b>	<b>- 2 533</b>	<b>-50,1 %</b>	
<b>Varekost BHM</b>			<b>1 267</b>	<b>20,9 %</b>	<b>1 267</b>	<b>20,9 %</b>	
<b>SP IKT</b>			<b>890</b>	<b>2,5 %</b>	<b>890</b>	<b>2,5 %</b>	
<b>Overordnet VVHF</b>	<b>5 430</b>	<b>26,9 %</b>	<b>- 48</b>	<b>-0,1 %</b>	<b>5 382</b>	<b>7,1 %</b>	
<b>Avvik i forhold til budsjett</b>	<b>3 970</b>	<b>-0,5 %</b>	<b>- 4 034</b>	<b>-0,5 %</b>	<b>- 65</b>	<b>0,0 %</b>	
<b>Endret pensjonskostnader</b>			<b>13 162</b>	<b>1,6 %</b>	<b>13 162</b>	<b>-1,6 %</b>	
<b>Total budsjett avvik</b>	<b>3 970</b>	<b>-0,5 %</b>	<b>9 128</b>	<b>1,1 %</b>	<b>13 097</b>	<b>1,6 %</b>	

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

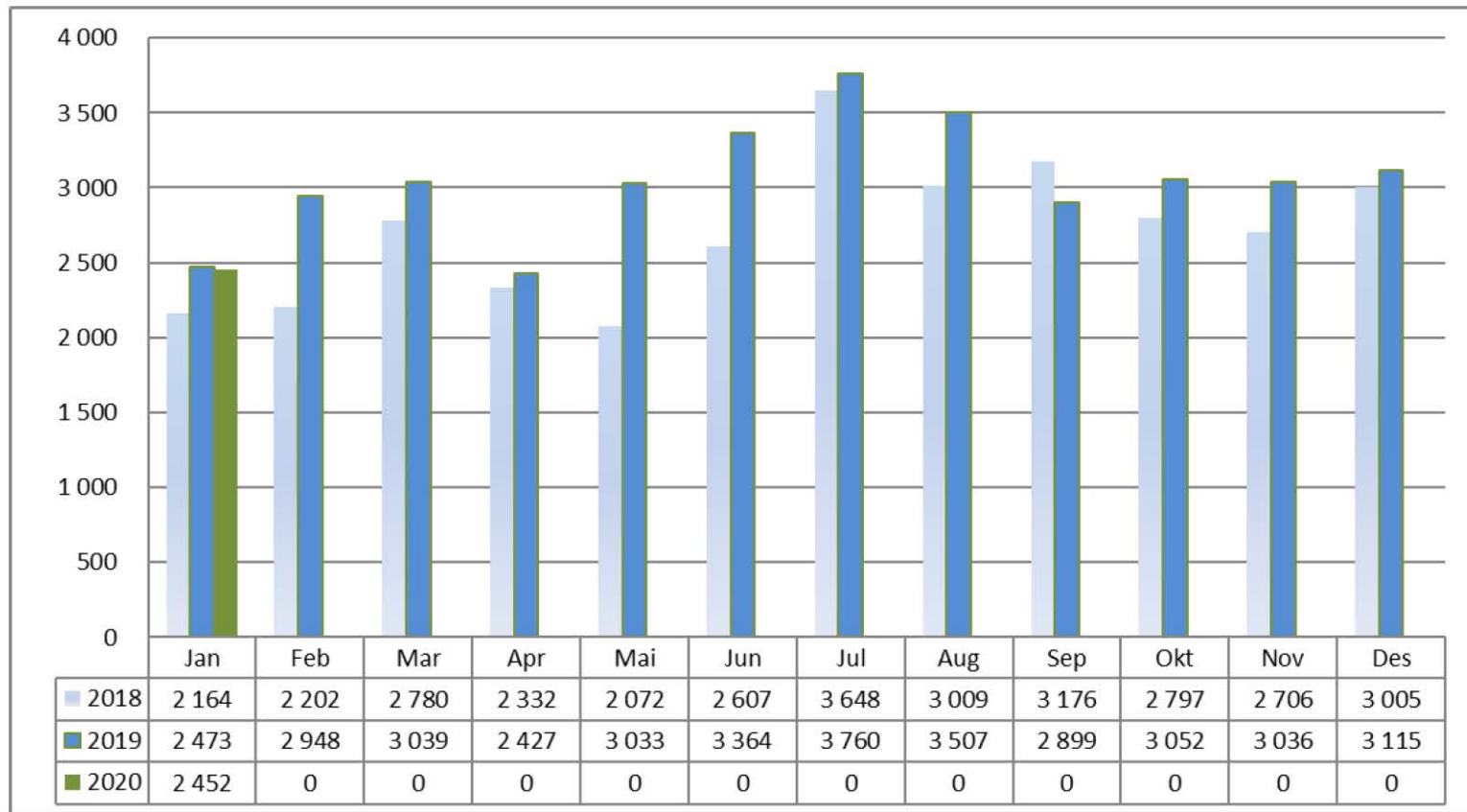
# Brutto månedsverk



# Sykefravær totalt VVHF 2019

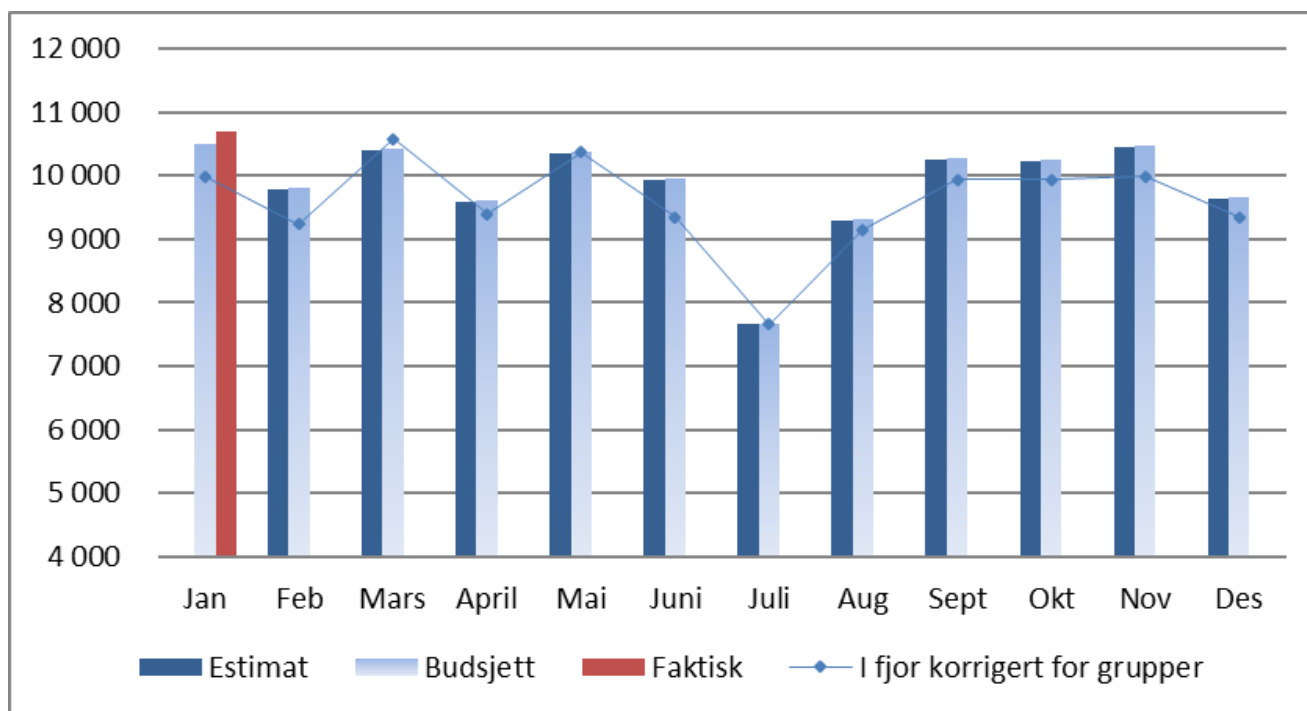


# AML-brudd – antall





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

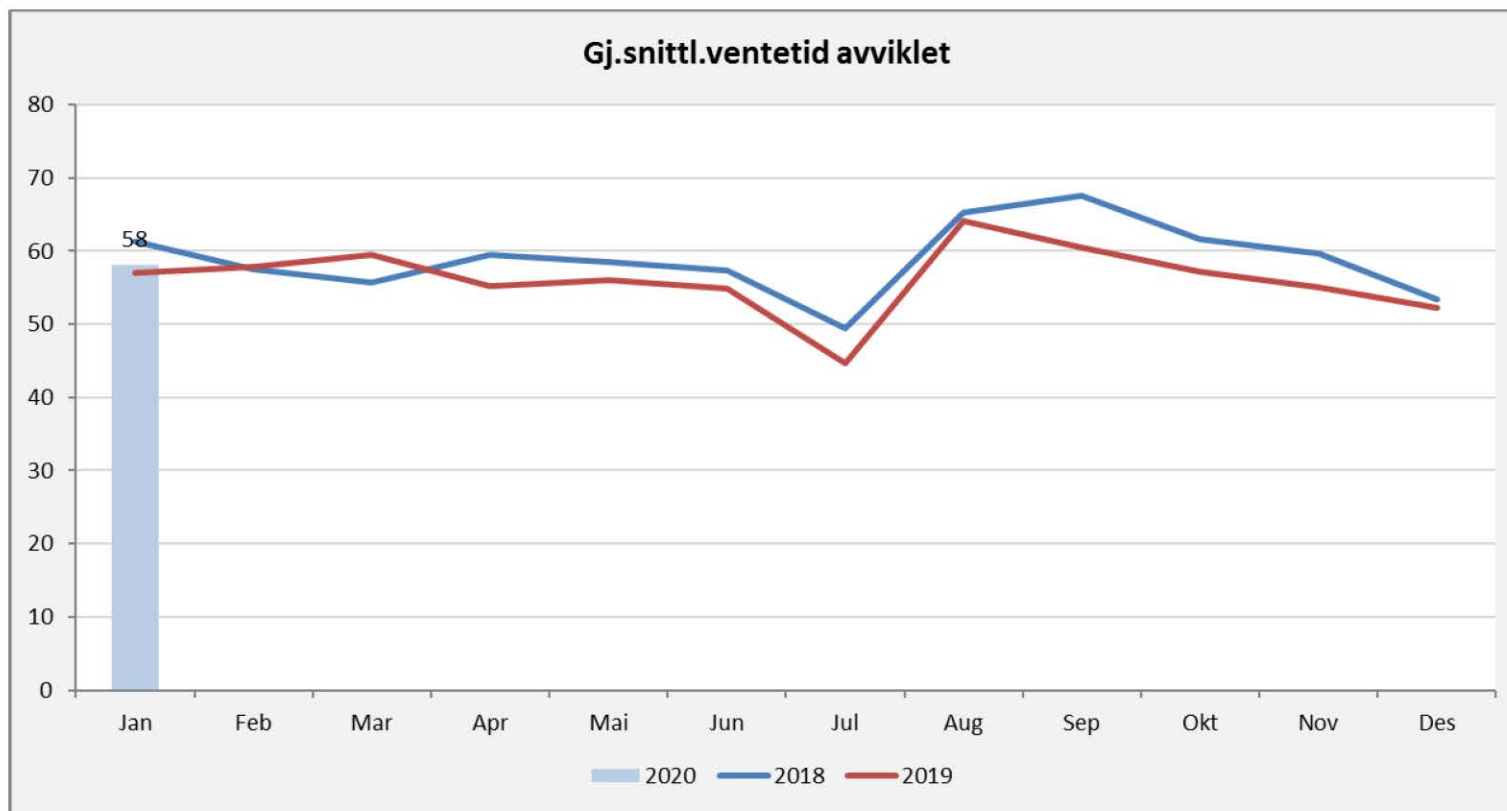



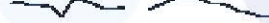





# Prioriteringsregel

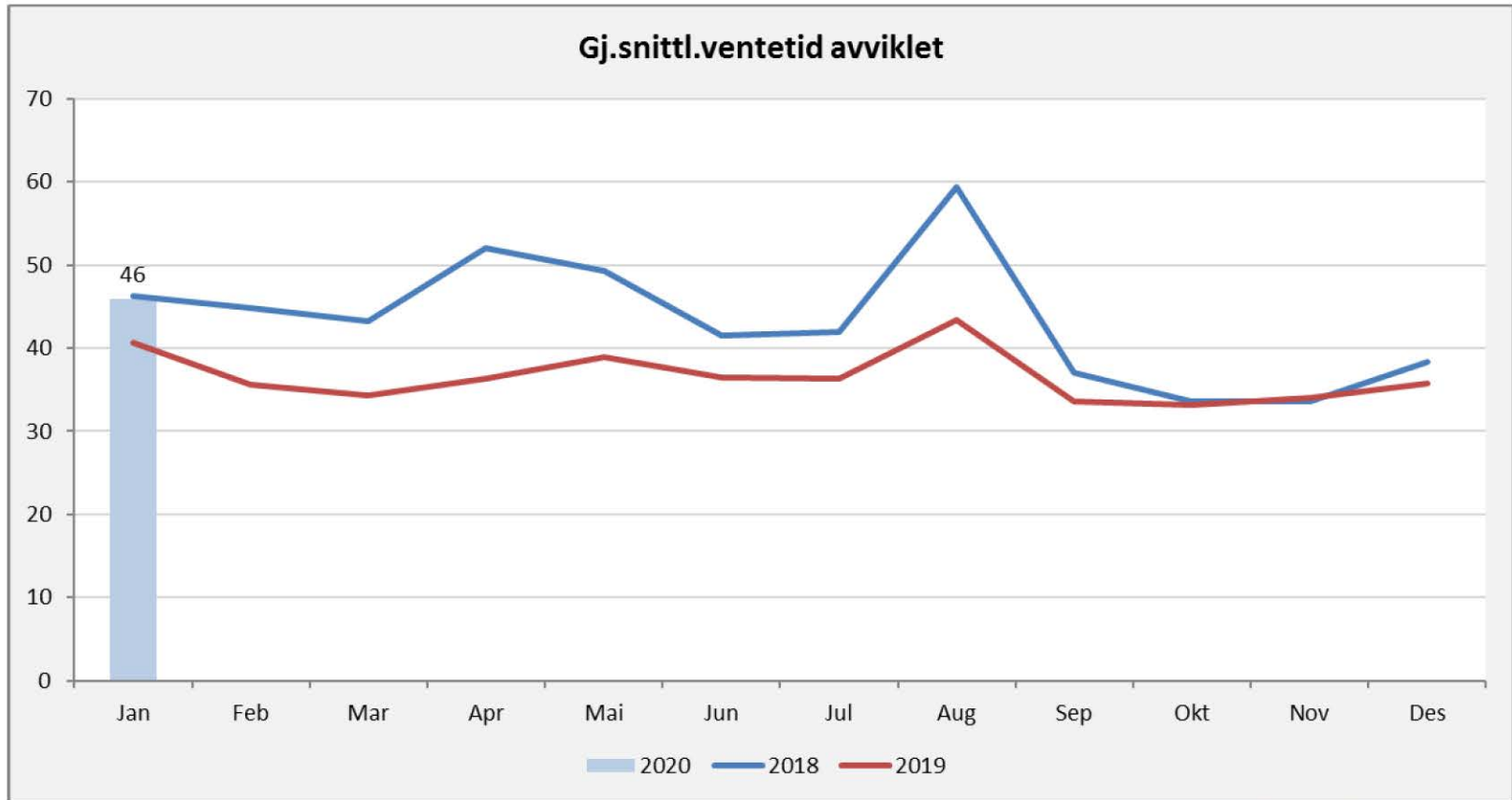
pr januar	Hittil i år	Hittil i fjor	Faktisk endring fra i fjor
<b>Polikliniske konsultasjoner</b>			
<b>Somatikk</b>	<b>41 994</b>	<b>40 339</b>	<b>4,1 %</b>
VOP	11 967	12 080	-0,9 %
BUP	7 128	6 664	7,0 %
TSB	3 417	3 184	7,3 %
<b>SUM PHR</b>	<b>22 512</b>	<b>21 928</b>	<b>2,7 %</b>
<b>Ventetid</b>			
<b>Somatikk</b>	<b>58</b>	<b>57</b>	<b>2 %</b>
VOP	47	40	18 %
BUP	46	43	7 %
TSB	33	36	-8 %
<b>SUM PHR</b>	<b>46</b>	<b>41</b>	<b>12 %</b>





# Gjennomsnittlig ventetid avviklet helsehjelp somatikk



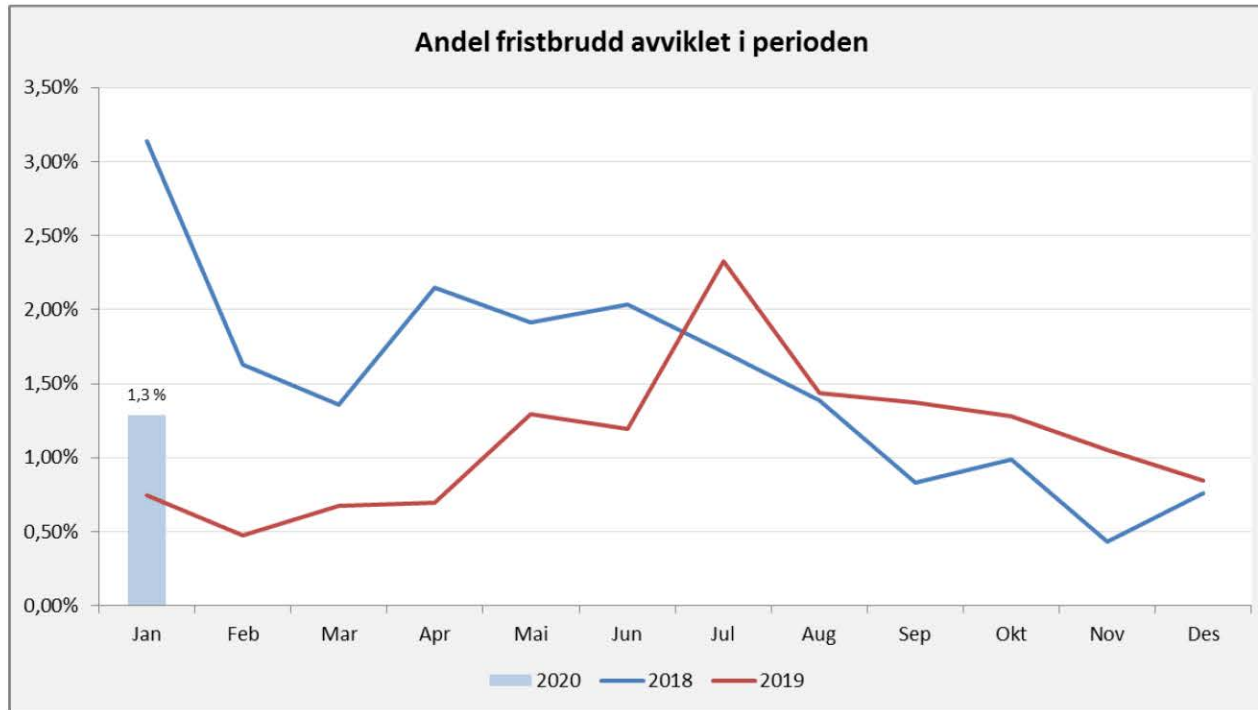
	Jan 2019	Feb 2019	Mar 2019	Apr 2019	Mai 2019	Jun 2019	Jul 2019	Aug 2019	Sep 2019	Okt 2019	Nov 2019	Des 2019	Jan 2020	Siste 12 mnd	Siste 3 år
Gj.snittl.ventetid avviklet for pasienter med r	57,0	57,9	59,6	55,1	56,0	54,8	44,7	64,2	60,5	57,2	55,0	52,3	58,1		
<b>10 - Klinikk Drammen sykehus</b>	<b>61,9</b>	<b>63,9</b>	<b>64,7</b>	<b>61,2</b>	<b>62,1</b>	<b>60,7</b>	<b>48,6</b>	<b>69,5</b>	<b>66,1</b>	<b>62,9</b>	<b>58,9</b>	<b>58,1</b>	60,1		
<b>20 - Klinikk Bærum sykehus</b>	<b>56,4</b>	<b>56,8</b>	<b>60,3</b>	<b>53,9</b>	<b>52,1</b>	<b>52,8</b>	<b>44,6</b>	<b>62,4</b>	<b>58,2</b>	<b>56,6</b>	<b>53,8</b>	<b>46,5</b>	63,3		
<b>30 - Klinikk Ringerike sykehus</b>	<b>49,3</b>	<b>45,1</b>	<b>44,9</b>	<b>45,2</b>	<b>50,2</b>	<b>45,4</b>	<b>36,7</b>	<b>57,1</b>	<b>55,5</b>	<b>52,1</b>	<b>55,2</b>	<b>52,3</b>	51,0		
<b>40 - Klinikk Kongsberg sykehus</b>	<b>39,2</b>	<b>42,9</b>	<b>46,3</b>	<b>32,9</b>	<b>33,9</b>	<b>33,9</b>	<b>28,9</b>	<b>42,7</b>	<b>41,5</b>	<b>33,0</b>	<b>34,1</b>	<b>35,1</b>	41,0		













# Gjennomsnittlig ventetid avviklet helsehjelp PHR



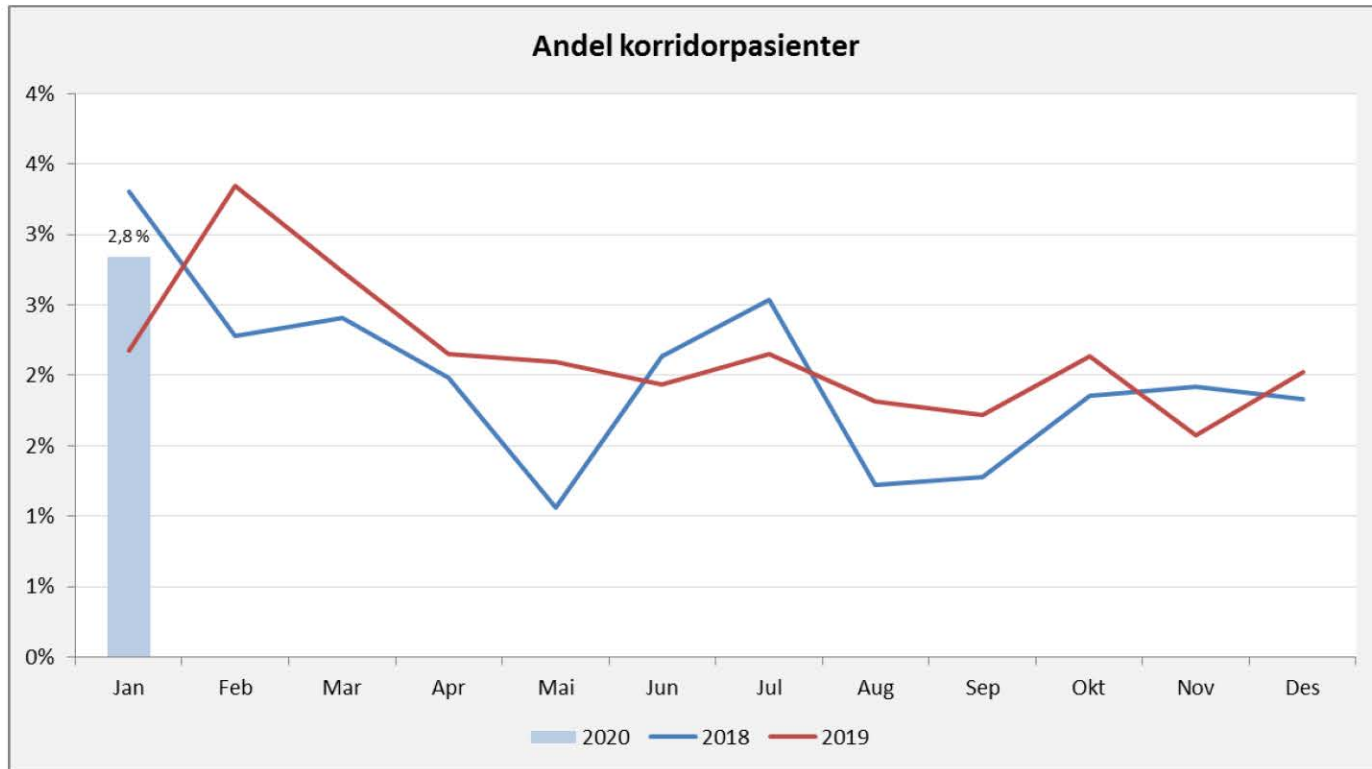
	Jan 2019	Feb 2019	Mar 2019	Apr 2019	Mai 2019	Jun 2019	Jul 2019	Aug 2019	Sep 2019	Okt 2019	Nov 2019	Des 2019	Jan 2020	Siste 12 mnd	Siste 3 år
Gj.snittl.ventetid avviklet for pasienter med r	40,7	35,6	34,3	36,3	39,0	36,4	36,4	43,4	33,7	33,2	34,0	35,8	45,9		
<b>60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)</b>	<b>40,7</b>	<b>35,6</b>	<b>34,3</b>	<b>36,3</b>	<b>39,0</b>	<b>36,4</b>	<b>36,4</b>	<b>43,4</b>	<b>33,7</b>	<b>33,2</b>	<b>34,0</b>	<b>35,8</b>	<b>45,9</b>		











# Andel fristbrudd avviklet



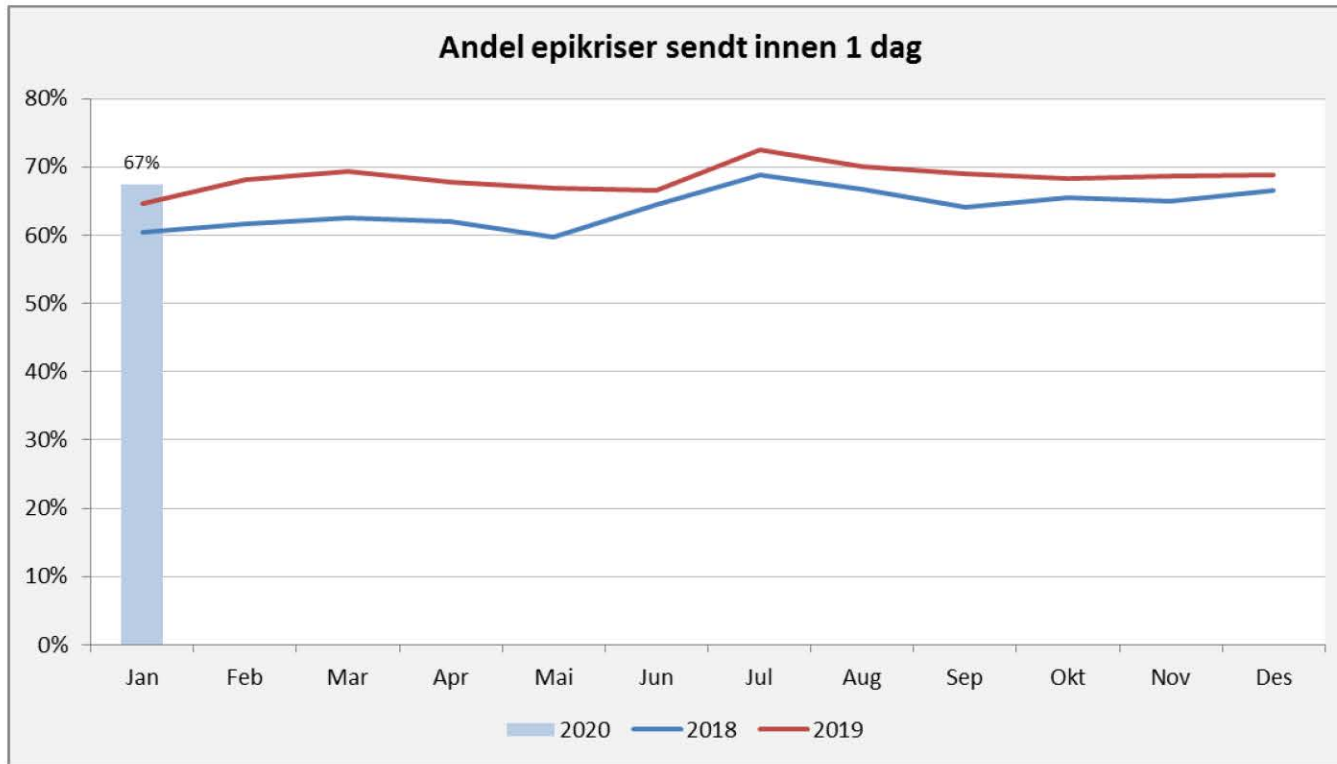
	Jan 2019	Feb 2019	Mar 2019	Apr 2019	Mai 2019	Jun 2019	Jul 2019	Aug 2019	Sep 2019	Okt 2019	Nov 2019	Des 2019	Jan 2020	Siste 12 mnd	Siste 3 år
Andel fristbrudd avviklet i perioden (n)	0,7%	0,5%	0,7%	0,7%	1,3%	1,2%	2,3%	1,4%	1,4%	1,3%	1,1%	0,8%	1,3%		
10- Klinikk Drammen sykehus	0,8%	0,4%	0,7%	1,0%	1,7%	1,9%	2,9%	1,8%	1,9%	1,7%	1,5%	1,1%	1,7%		
20- Klinikk Bærum sykehus	0,6%	0,4%	0,4%	0,3%	1,0%	0,7%	1,2%	0,7%	0,6%	1,0%	0,8%	0,6%	0,7%		
30- Klinikk Ringerike sykehus	1,4%	1,3%	1,3%	0,5%	1,0%	0,5%	1,1%	1,5%	1,9%	1,1%	0,6%	1,1%	1,8%		
40- Klinikk Kongsberg sykehus	-	-	0,4%	-	0,5%	-	5,3%	2,8%	0,8%	0,3%	0,2%	0,4%	0,7%		
60- Klinikk for Psykisk helse og rus (F)	0,6%	0,2%	0,5%	0,4%	0,2%	0,4%	0,6%	-	0,2%	0,5%	0,3%	0,2%	0,6%		













# Andel korridorpasienter somatikk



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

# Andel epikriser sendt innen 1 dag

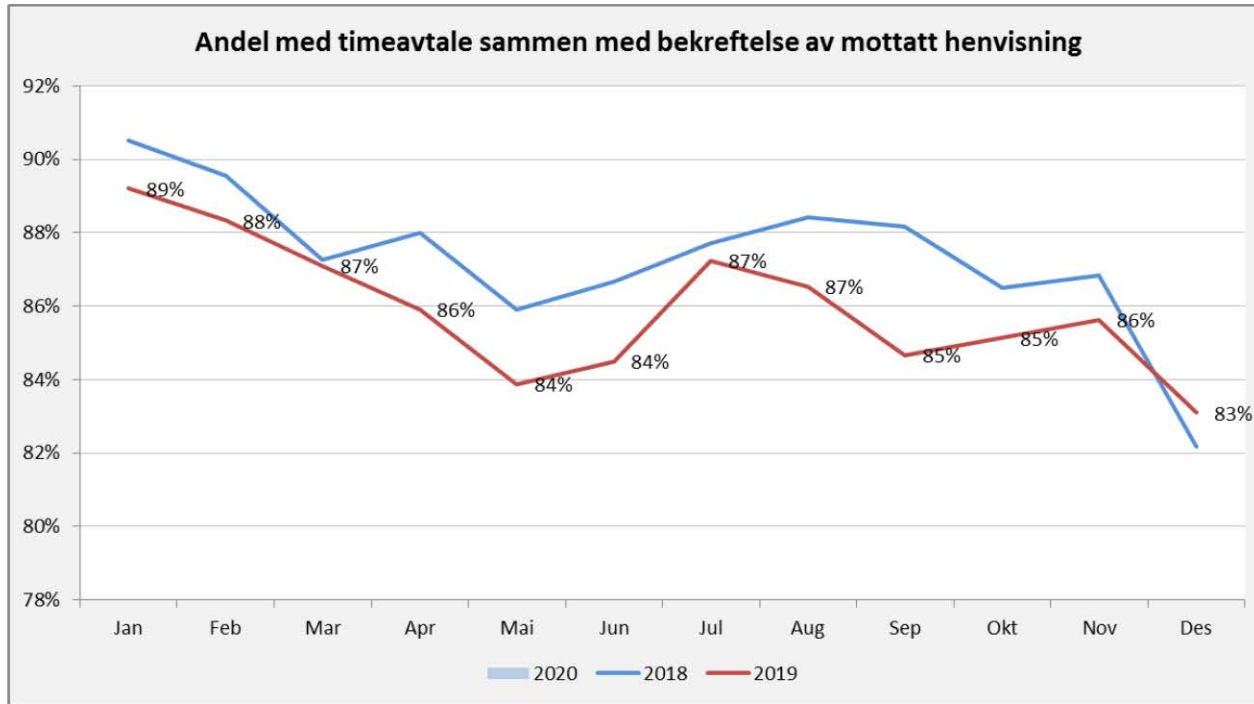














	Jan 2019	Feb 2019	Mar 2019	Apr 2019	Mai 2019	Jun 2019	Jul 2019	Aug 2019	Sep 2019	Okt 2019	Nov 2019	Des 2019	Jan 2020	Siste 12 mnd	Siste 3 år
Andel epikriser sendt innen 1 dag	64,6 %	68,1 %	69,4 %	67,8 %	66,9 %	66,6 %	72,6 %	70,1 %	69,0 %	68,4 %	68,6 %	68,9 %	67,4 %		
10- Klinikk Drammen sykehus	62,3 %	64,6 %	67,1 %	66,5 %	64,8 %	64,7 %	70,9 %	67,9 %	66,7 %	66,4 %	67,2 %	68,5 %	67,6 %		
20- Klinikk Bærum sykehus	66,5 %	71,0 %	73,3 %	70,0 %	66,3 %	67,1 %	74,0 %	73,2 %	72,5 %	69,8 %	70,7 %	69,0 %	68,8 %		
30- Klinikk Ringerike sykehus	70,2 %	75,6 %	74,1 %	72,5 %	74,3 %	72,6 %	75,6 %	72,7 %	69,9 %	77,4 %	74,5 %	74,0 %	69,8 %		
40- Klinikk Kongsberg sykehus	78,6 %	82,1 %	78,3 %	78,8 %	84,9 %	81,0 %	85,8 %	82,8 %	84,9 %	78,3 %	78,6 %	83,9 %	82,2 %		
60- Klinikk for Psykisk helse og rus (PT)	33,1 %	37,5 %	39,6 %	37,0 %	38,0 %	39,2 %	50,7 %	45,6 %	43,8 %	35,3 %	39,3 %	36,3 %	34,3 %		



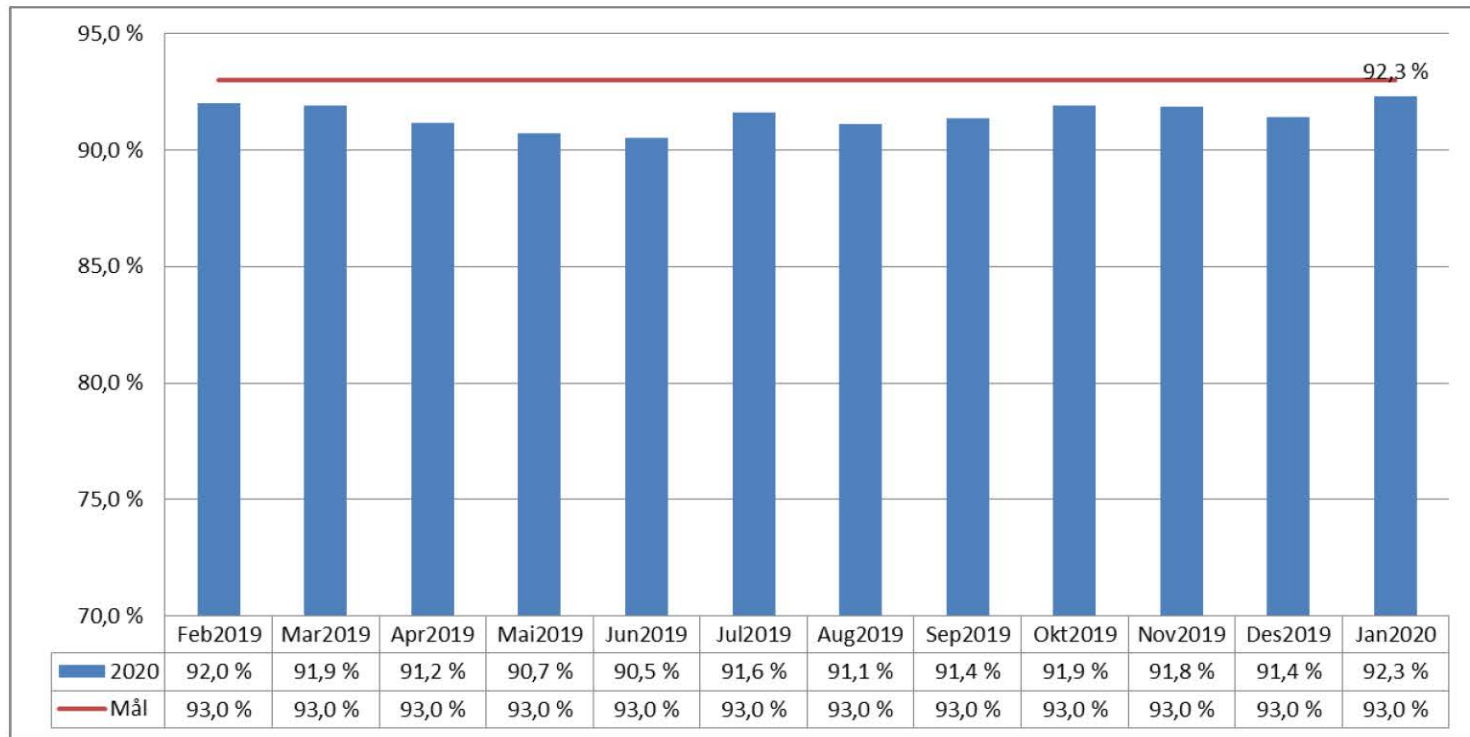
# Andel timeavtale

## sammen med bekreftelse av mottatt henvisning



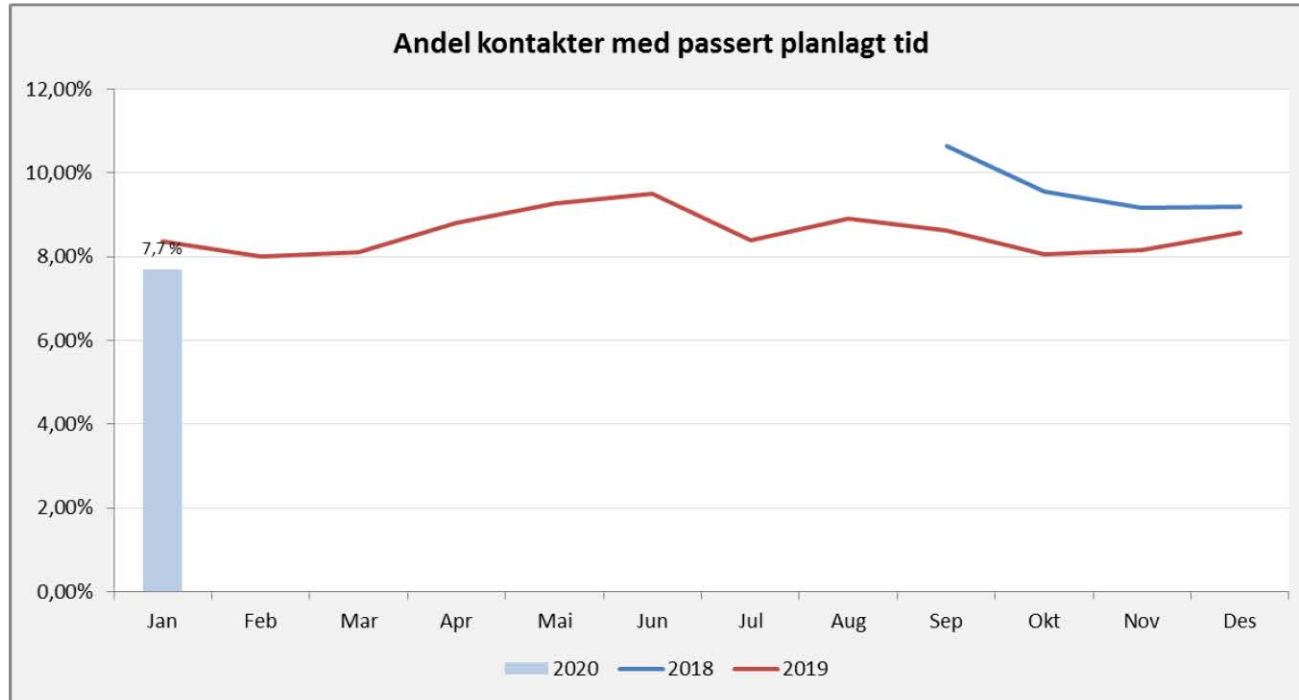
	Jan 2019	Feb 2019	Mar 2019	Apr 2019	Mai 2019	Jun 2019	Jul 2019	Aug 2019	Sep 2019	Okt 2019	Nov 2019	Des 2019	Jan 2020	Siste 12 mnd	Siste 3 år
☐ Andel med timeavtale sammen med bekrefte	89,2 %	88,3 %	87,1 %	85,9 %	83,9 %	84,5 %	87,2 %	86,5 %	84,7 %	85,1 %	85,6 %	83,1 %			
10 - Klinikk Drammen sykehus	88,1 %	85,2 %	86,0 %	85,4 %	83,7 %	83,7 %	86,0 %	84,5 %	83,0 %	85,5 %	85,4 %	82,3 %			
20 - Klinikk Bærum sykehus	90,6 %	91,1 %	88,4 %	87,2 %	86,9 %	88,4 %	91,1 %	89,6 %	88,4 %	87,5 %	87,5 %	86,2 %			
30 - Klinikk Ringerike sykehus	88,2 %	90,7 %	89,6 %	83,9 %	76,5 %	79,7 %	82,5 %	83,0 %	86,3 %	81,7 %	82,0 %	82,8 %			
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	89,6 %	90,7 %	83,2 %	88,2 %	80,4 %	77,6 %	86,7 %	89,2 %	85,1 %	88,7 %	90,7 %	84,7 %			
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	91,7 %	89,8 %	88,4 %	85,7 %	87,5 %	88,8 %	88,4 %	89,3 %	81,6 %	80,5 %	83,3 %	79,4 %			













# Andel pasientavtaler overholdt



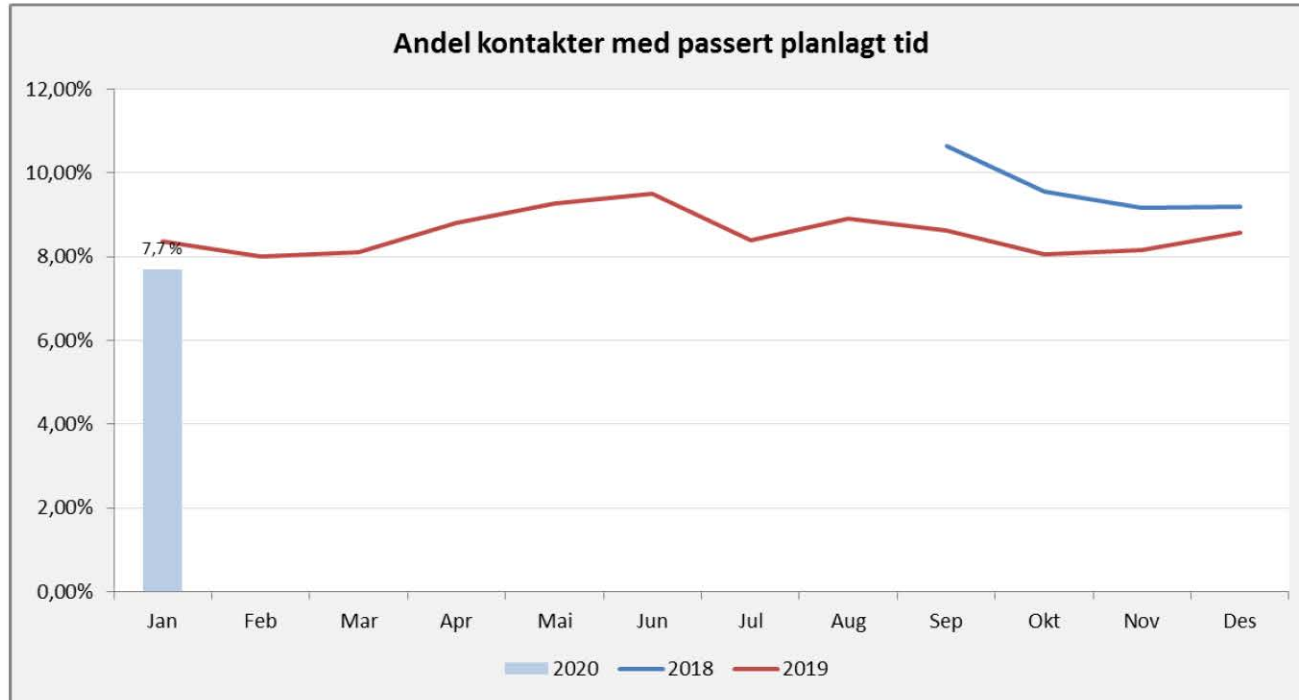


# Andel kontakter med passert planlagt tid



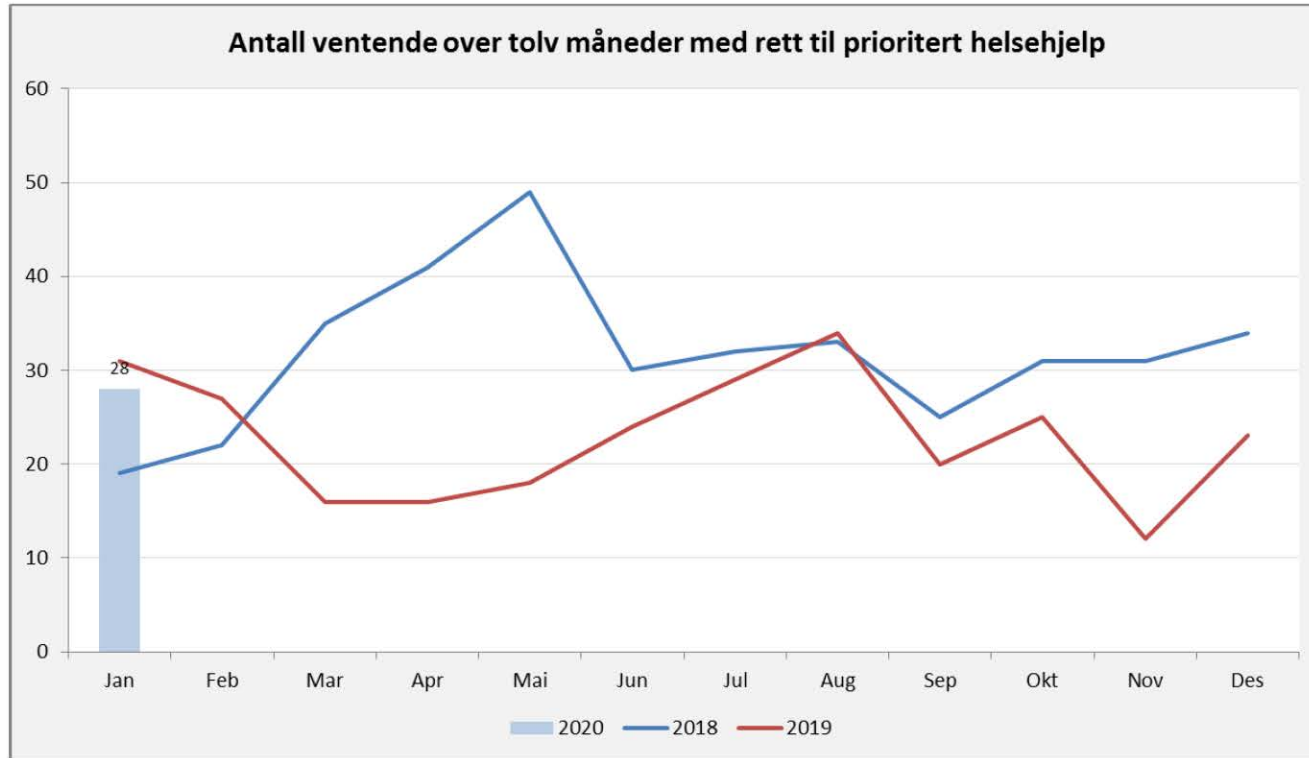
	Jan 2019	Feb 2019	Mar 2019	Apr 2019	Mai 2019	Jun 2019	Jul 2019	Aug 2019	Sep 2019	Okt 2019	Nov 2019	Des 2019	Jan 2020	Siste 12 mnd	Siste 3 år
Andel kontakter med passert planlagt tid	8,4%	8,0%	8,1%	8,8%	9,3%	9,5%	8,4%	8,9%	8,6%	8,1%	8,2%	8,6%	7,7%		
10- Klinikk Drammen sykehus	9,7%	9,3%	9,7%	10,7%	11,0%	10,9%	9,9%	10,2%	9,9%	9,5%	9,5%	9,8%	8,8%		
20- Klinikk Bærum sykehus	3,3%	4,1%	4,1%	4,1%	4,2%	4,6%	3,7%	4,7%	4,0%	4,0%	4,5%	5,0%	3,5%		
30- Klinikk Ringerike sykehus	9,6%	9,7%	9,1%	9,8%	10,6%	11,6%	10,6%	11,2%	11,5%	10,2%	9,6%	9,4%	9,5%		
40- Klinikk Kongsberg sykehus	13,5%	14,7%	13,7%	16,1%	17,7%	19,6%	17,7%	16,7%	16,7%	14,4%	14,2%	15,4%	12,6%		
60- Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	6,1%	3,9%	3,8%	3,7%	4,5%	4,4%	3,4%	4,0%	4,1%	3,5%	3,6%	4,8%	5,3%		










# Andel kontakter med passert planlagt tid



	Jan 2019	Feb 2019	Mar 2019	Apr 2019	Mai 2019	Jun 2019	Jul 2019	Aug 2019	Sep 2019	Okt 2019	Nov 2019	Des 2019	Jan 2020	Siste 12 mnd	Siste 3 år
Andel kontakter med passert planlagt tid	8,4%	8,0%	8,1%	8,8%	9,3%	9,5%	8,4%	8,9%	8,6%	8,1%	8,2%	8,6%	7,7%		
10- Klinikk Drammen sykehus	9,7%	9,3%	9,7%	10,7%	11,0%	10,9%	9,9%	10,2%	9,9%	9,5%	9,5%	9,8%	8,8%		
20- Klinikk Bærum sykehus	3,3%	4,1%	4,1%	4,1%	4,2%	4,6%	3,7%	4,7%	4,0%	4,0%	4,5%	5,0%	3,5%		
30- Klinikk Ringerike sykehus	9,6%	9,7%	9,1%	9,8%	10,6%	11,6%	10,6%	11,2%	11,5%	10,2%	9,6%	9,4%	9,5%		
40- Klinikk Kongsberg sykehus	13,5%	14,7%	13,7%	16,1%	17,7%	19,6%	17,7%	16,7%	16,7%	14,4%	14,2%	15,4%	12,6%		
60- Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	6,1%	3,9%	3,8%	3,7%	4,5%	4,4%	3,4%	4,0%	4,1%	3,5%	3,6%	4,8%	5,3%		

# Antall ventende over 1 år totalt



	Jan 2019	Feb 2019	Mar 2019	Apr 2019	Mai 2019	Jun 2019	Jul 2019	Aug 2019	Sep 2019	Okt 2019	Nov 2019	Des 2019	Jan 2020	Siste 12 mnd	Siste 3 år
Antall ventende over tolv måneder med rett til prioritert helsehjelp	31	27	16	16	18	24	29	34	20	25	12	23	28		
10 - Klinikk Drammen sykehus	20	22	6	9	11	17	19	23	12	16	4	6	6		
20 - Klinikk Bærum sykehus	8	3	4	1	3	4	3	6	5	5	8	13	19		
30 - Klinikk Ringerike sykehus			1	3	2	2	4	3	2	3			2		
40 - Klinikk Kongsberg sykehus		1	3	1				1							
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	2		1	1	1		2					3	1		

Dato: 19.2.2020  
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

## Saksfremlegg

### Økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplan NSD

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte	5/2020	24.02.2020

### Forslag til vedtak

1. Styret tar utkast til plan for økonomisk bærekraft VVHF og gevinstrealiseringsplan NSD til foreløpig orientering.
2. Planen oppdateres i tråd med de innspill som ble gitt i styremøtet og fremlegges for endelig behandling i mars.

Drammen, 20. februar 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

**Bakgrunn**

I styremøte 14.3.2019 fattet styret i Helse Sør Øst RHF følgende vedtak i sak 017-2019 (utdrag):

3. Styret konstaterer at det nye sykehuset ikke er økonomisk bærekraftig på prosjektnivå, men er avhengig av effektiviseringstiltak i hele Vestre Viken HF for å kunne gjennomføres. Videre konstateres det at Vestre Viken HFs arbeid med gevinstrealiseringsplaner ikke har kommet så langt som det er ønskelig for et forprosjekt.

På denne bakgrunn forutsetter styret at:

- a) Vestre Viken HF oppretter et organisasjonsutviklingsprosjekt og gjennom dette forbereder organisasjonen på endring, tilpasser arbeidsprosesser og oppnår positive resultater i forkant av innflytting slik at de økonomiske forutsetningene for utbyggingen innfris.
- b) Vestre Viken HF utarbeider en detaljert gevinstrealiseringsplan og konkrete tiltak for å oppnå den nødvendige økonomiske utviklingen samtidig som kvaliteten i pasientbehandlingen opprettholdes. Planen skal inkludere bemanningsutviklingen i årene frem til ferdigstilling av bygget.
- c) Styret ber om at det fremlegges en egen sak med resultatet av arbeidet under punkt 3 a) og b).

Styret i Vestre Viken har bedt om at planen for gevinstrealisering fremlegges til behandling i styremøtet før oversendelse til Helse Sør Øst. Et foreløpig utkast til plan for arbeidet med organisasjonsutvikling og gevinstrealisering NSD og økonomisk bærekraft for VVHF samlet, ble fremlagt for styret i VVHF 16.12.2019, sak 54/2019. Styret oppsummerte følgende:

«Å bygge et sykehus er «lettere» enn å ta ut gevinstene i organisasjonen. Styret er av den oppfatning at utkast til plan gir riktig retning for arbeidet. Målene og tiltakene for økonomi, kapasitet og kvalitet må tydeliggjøres med utgangspunkt i premissene for vedtaket i styret i HSØ om bygging av nytt sykehus i Drammen. Det må lages et dokument med milepæler som kan følges av styret og ledelsen og som kan avsjekkes underveis fram mot 2025. Styret vil ha regelmessig rapporteringer av gjennomføring og resultatoppfølging i løpet av året. Det er hele foretaket som skal skape bærekraften for nytt sykehus. Det er ønskelig å få et dokument som er godt pedagogisk oppbygd og lett tilgjengelig ned på de enkelte komponenter i gevinstplanen.

Styret tar sikte på å behandle saken 24. februar 2020 slik at styret i Helse Sør-Øst kan behandle saken i marsmøtet.»

Det ble fattet følgende vedtak:

Styret tar notatet om økonomisk bærekraft og gevinstrealiseringsplan «Nytt sykehus i Drammen» (NSD) til foreløpig orientering. Styret ber om at saken kommer tilbake til styret i februar hvor det i det videre arbeidet tas hensyn til innspillene som ble gitt fra styret.

### Saksutredning

Helse Sør Øst RHF har fremlagt følgende fremdriftsplan:

- 1) Styret i VVHF behandler andre utkast i februar, og endelig gevinstrealiseringsplan i mars.
- 2) Helse Sør-Øst RHF styrebehandler gevinstrealiseringsplanen i april - basert på styresakene fra VVHF i desember 2019 og februar/mars 2020.

Gevinstrealiseringsplanen vil påvirke beregningsgrunnlaget for ØLP. Det er en fordel om planen er forankret i styrene i VVHF og HSØ før ØLP skal vedtas. HSØ har derfor planlagt at VVHFs svar på styrets vedtak fra mars 2019 blir en egen sak og ikke inngår i styrets ØLP behandling, annet enn som underlag for den økonomiske resultatutvikling i ØLP for VVHF.

Vedlagt følger et planverk for effektiviserings- og gevinstrealiseringsarbeidet i VVHF. Planverket er fortsatt et arbeidsdokument. En endelig versjon vil bli fremlagt for styret i mars.

Dokumentet skal gi en samlet beskrivelse av gevinstrealiseringen som planlegges i tilknytning til innflytting i nytt sykehus i Drammen (prosjektavhengige gevinster) og for det samlede foretaket VVHF (prosjektuavhengige gevinster). Tiltakene som beskrives har ulik detaljeringsgrad, avhengig av hvor nært forestående effektene er, og hvor omfattende analyser som er gjennomført.

Av tiltak som omfatter flere klinikker prioriteres følgende:

- Innføre Aktivitetsstyrt Ressurs Planlegging (ARP)
- Videreutvikle og forbedre de akutte pasientforløpene
- Utvikle bedre kontroll og styring av innkjøp
- Videreføre arbeid med kvalitetsforbedring gjennom nettverkssamarbeid og etablering av beste praksis

Flere av tiltakene er igangsatt og vil prioriteres i perioden 2020-2023.

Det arbeides med å utvikle en modell for aktivitets-, bemannings- og produktivitetutvikling i NSD som oppdateres løpende med faktiske data. Modellen skal benyttes for avstemming med forutsetningene som ligger til grunn for det nye sykehuset, og skal kunne oppdateres i årene frem til innflytting. Modellen skal sikre at eventuelle endringer som påvirker samlet gevinstrealisering og eventuelt kapasitetsavvik, avdekkes underveis slik at kompensierende tiltak kan iverksettes. Modellen vil bli nærmere beskrevet for styret ved behandlingen i mars.

Oppdatert gevinstrealiseringsmodell skal inneholde:

- Komplette gevinstrealiseringsplaner for prosjektavhengige gevinster inkludert nullpunktmålinger
- Gevinstene i modellen avstemt mot planforutsetningene
- Korreksjon av gevinstberegninger dersom det kommer endringer i byggeprosjektet

For øvrig virksomhet i VVHF vil det først og fremst følges opp at de økonomiske resultatene oppnås.

Tilpasninger i forholdet til aktivitets- og bemanningsvekst ligger i de årlige tiltak i budsjett, samt i strategisk plan for foretaket samlet.

ØLP planlegges fremlagt for styret i april. Det vil da dokumenteres sammenheng mellom foretakets resultatutvikling i årene fremover i lys av planene for gevinstrealisering NSD og prosjektuavhengige gevinster beskrevet i notatet.

### **Administrerende direktørs vurderinger**

Vestre Viken har en stor oppgave foran seg for å sikre resultatoppnåelse i tråd med ØLP og forutsetningene for bygging av nytt sykehus i Drammen. Som presentert i delrapport økonomi til forprosjektet for NSD, kreves det realisering av gevinster i hele foretaket, og ikke kun de klinikkene som omfattes av det nye bygget. Dette er også en viktig forutsetning for at foretaket skal kunne fullføre rehabiliteringen av eksisterende bygningsmasse tilknyttet Bærum, Ringerike og Kongsberg (BRK-prosjektet), men også øvrige bygg for klinikkene psykisk helse og rus (PHR) og prehospitale tjenester (PHT).

Dokumentet som omfatter økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplanen for NSD, er et viktig fundament for å sikre resultatoppnåelsen. Arbeidet vil kreve mye av organisasjonen, og ledelsens prioritering av oppgaver er en forutsetning for å lykkes. Administrerende direktør vil sikre prioritering gjennom konkrete mål i driftsavtaler med hver enkelt klinikk og staber. Det vil videre etableres faste oppfølginger i foretaksledelsen og i samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten i avtalte dialogmøter.

Administrerende direktør foreslår at styret tar planverket til foreløpig orientering da det ønskes en dialog med styret om innretningen før endelig godkjenning i styremøtet i mars og oversendelse av sak til Helse Sør-Øst.

### **Vedlegg:**

1. Økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplan NSD med vedleggene:  
Vedlegg 1 Gevinstplan for NSD (mottaksprosjekt)  
Vedlegg 2 Prosjektplan ARP (aktivitetsstyrt ressursplanlegging)

Økonomisk bærekraft i Vestre Viken og  
gevinstrealiseringsplan NSD

UTKAST

19. februar 2020  
Versjon 0.90



## Innhold

<b>1.</b>	<b>INNLEDNING</b>	<b>4</b>
1.1.	BAKGRUNN	4
1.2.	PREMISSET FOR BYGGING AV DET NYE SYKEHUSET	4
<b>2.</b>	<b>ORGANISASJONSUTVIKLING</b>	<b>6</b>
2.1.	ORGANISASJONSUTVIKLING VVHF	6
2.1.1.	KULTUR	6
2.1.2.	LEDEROPPFØLGING	7
2.1.3.	MEDARBEIDERPERSPEKTIVET	8
2.1.4.	OMDØMME	8
2.1.5.	NY OPPGAVEDELING	8
2.1.6.	HELTIDSKULTUR	9
2.1.7.	UTDANNING	9
2.2.	MOTTAKSPROSJEKTET NSD	10
<b>3.</b>	<b>PROSJEKTAVHENGIGE GEVINSTER NSD</b>	<b>11</b>
3.1.	DIMENSJONERINGSFORUTSETNINGER NSD	11
3.1.1.	AKTIVITET SOMATIKK	12
3.1.2.	AKTIVITET PSYKISK HELSEVERN OG RUS	14
3.1.3.	AKTIVITET MEDISINSK DIAGNOSTIKK	14
3.2.	FORPROSJEKTRAPPORTENS GEVINSTNOTAT	15
3.3.	GEVINSTREALISERINGSPLAN NSD	16
3.3.1.	ENDRING OG FORBEDRING AV ARBEIDSPROSESSER – FOKUS PÅ PASIENTFORLØP	16
3.3.2.	DRAMMEN SYKEHUS	17
3.3.3.	PSYKISK HELSE OG TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING	18
3.3.4.	MEDISINSK DIAGNOSTIKK	19
3.3.5.	INTERN SERVICE	20
3.3.6.	KONTORTJENESTEN	22
3.3.7.	IKKE PRISSATTE GEVINSTER	22
3.3.8.	LOGISTIKK	23
3.3.9.	AKUTTORGANISERING	24
3.3.10.	RISIKO FOR Å IKKE OPPNÅ GEVINSTMÅLENE	24
3.3.11.	IKT LØSNINGER I NSD	25
<b>4.</b>	<b>PROSJEKTUAVHENGIGE GEVINSTER – TILTAK FOR Å SIKRE ØKONOMISK BÆREKRAFT I VVHF</b>	<b>26</b>
4.1.	AKTIVITETSSTYRT BEMANNINGS- OG RESSURSPLANLEGGING (ARP)	26
4.2.	AKUTTFORLØPENE	31
4.3.	INNFØRING AV NY TEKNOLOGI	32
4.3.1.	HELSELOGISTIKK, AUTOMASJON OG FORLØPSSTYRING	33
4.3.2.	AVSTANDSKOMPENSERENDE TEKNOLOGI	34

4.3.3.	VIDEOMØTER MELLOM ANSATTE I VVHF.....	38
4.3.4.	REALISERING AV GEVINSTER VED INNFØRING AV NY TEKNOLOGI .....	38
4.4.	PROFESJONALISERING AV INNKJØP .....	39
4.5.	RUTINER FOR MEDIKAMENTBYTTER.....	41
4.6.	LOGISTIKK OG VAREFORSYNING .....	42
4.7.	REHABILITERING .....	44
4.8.	GJESTEPASIENTKOSTNADER .....	45
4.9.	ARBEID MED SYKEHUS I NETTVERK.....	45
4.10.	BESTE PRAKSIS MED REDUKSJON AV UTILSIKTEDE HENDELSER OG REDUKSJON AV UØNSKET VARIASJON.....	46
5.	NULLPUNKT FOR MÅLING .....	49
5.1.	FORUTSETNINGER OM EBITDA UTVIKLING I FORPROSJEKTRAPPORTEN NSD.....	49
5.2.	FAKTISK EBITDA UTVIKLING.....	51
5.3.	FREMTIDIG EBITDA UTVIKLING .....	53
6.	OPPFØLGING AV RESULTATOPPNÅELSE .....	53
	VEDLEGG .....	54

UTKAST

## 1. Innledning

### 1.1. Bakgrunn

Styret i Helse Sør-Øst RHF (HSØ RHF) besluttet å bygge nytt sykehus i Drammen i styremøte 14.3.2019, sak 017-2019. Vedtaket inneholdt også følgende:

*Utdrag fra vedtak i sak 017-2019:*

3. Styret konstaterer at det nye sykehuset ikke er økonomisk bærekraftig på prosjektnivå, men er avhengig av effektiviseringstiltak i hele Vestre Viken HF for å kunne gjennomføres. Videre konstateres det at Vestre Viken HFs arbeid med gevinstrealiseringsplaner ikke har kommet så langt som det er ønskelig for et forprosjekt.

På denne bakgrunn forutsetter styret at:

- a) Vestre Viken HF oppretter et organisasjonsutviklingsprosjekt og gjennom dette forbereder organisasjonen på endring, tilpasser arbeidsprosesser og oppnår positive resultater i forkant av innflytting slik at de økonomiske forutsetningene for utbyggingen innfris.
- b) Vestre Viken HF utarbeider en detaljert gevinstrealiseringsplan og konkrete tiltak for å oppnå den nødvendige økonomiske utviklingen samtidig som kvaliteten i pasientbehandlingen opprettholdes. Planen skal inkludere bemanningsutviklingen i årene frem til ferdigstillelse av bygget.
- c) Styret ber om at det fremlegges en egen sak med resultatet av arbeidet under punkt 3 a) og b).

På dette grunnlag har Vestre Viken HF (VVHF) arbeidet videre med et plandokument som kan legges til grunn for fremtidig oppfølging av at foretaket oppnår den utvikling som er nødvendig. Det gjøres både for å sikre egenfinansiering av nytt sykehusbygg i Drammen, herunder evne til å pleie låneopptaket i forbindelse med anskaffelsen, og samtidig sikre at foretaket er i stand til å vedlikeholde og utvikle øvrig bygningsmasse og drift. Det gjelder sykehusene Bærum, Ringerike og Kongsberg samt psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling utenom sykehusnivå, samt ambulansestasjoner omkring i foretakets opptaksområde.

### 1.2. Premisset for bygging av det nye sykehuset

Beslutning om igangsettelse av byggeprosjektet NSD baserer seg på forprosjektrapporten, med vedlegg Delrapport økonomi, som redegjør for de økonomiske forutsetningene for VVHFs bærekraft – på prosjektnivå og som samlet foretak.

NSD har alene ikke økonomisk bærekraft. Isolert sett viste beregningene i forprosjektrapporten en negativ bæreevne på ca. 3,2 milliarder kroner. Beregningene for et samlet VVHF viste imidlertid en oppbygging av likviditet på 802 millioner kroner ut over forpliktelser frem til ferdigstilling og betaling av bygget. Det betyr at VVHF har finansieringsevne til å gjennomføre planlagte prosjekter, under forutsetning av at driftsmarginene realiseres som forutsatt i beregningene. Det er nødvendig med en betydelig effektivisering i tillegg til de gevinster som oppnås som en konsekvens av innflytting i nytt bygg.

VVHF har en omfattende plan for oppgradering og vedlikehold av øvrig bygningsmasse. I denne omgang er det først og fremst sykehusene Ringerike, Bærum og Kongsberg som omfattes. Planen (BRK) strekker seg fra 2017 til 2027 og er beløpsfestet til 1,6 MRD målt i 2017-kroner. Foretaket arbeider nå med en eiendomsstrategi også for øvrige bygg, som omfatter psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) utenom sykehusnivået, prehospitaltjenester, habiliteringsavdelingen, avdeling for behandlingshjelpemidler og sentrale staber. Det er også løpende behov for oppgradering, utskifting og utvidelse av medisinskteknisk utstyr, og investeringer i ny teknologi for å tilpasse virksomheten til fremtiden. Disse forholdene utfordrer foretakets økonomiske bærekraft og er grunnlaget for arbeidet med forbedring i driftsmarginene, ikke bare for NSD, men for det samlede foretaket.

Effektivisering og gevinstrealisering er to sentrale områder å lykkes med for å sikre økonomisk bærekraft. Ved fremleggelse av forprosjektrapporten for NSD var det krevende å skille mellom de to begrepene. I tradisjonell teori kan man i hovedsak si at gevinster realiseres som konsekvens av at en investering tas i bruk, mens effektivisering kan gjøres løpende uavhengig av en investering. Bygging av NSD vil medføre begge deler. I konseptfasen ble denne tilnærmingen lagt til grunn, uten at effektivisering og gevinster ble spesifisert.

Gjennom forprosjektet erkjente VVHF at en større nedbemanning knyttet til innflytting vil være vanskelig å gjennomføre, samtidig som det vil være vanskelig å sikre økonomisk bærekraft. VVHF la derfor til grunn en tilnærming hvor det i perioden frem til innflytting vil bli gjennomført tiltak for å tilpasse bemanningen til drift i NSD i dagens sykehus så langt det er mulig. Det vil si at det legges opp til større besparelser før innflytting. Formålet med denne tilnærmingen er å sikre finansieringsevne og økonomisk bærekraft. Samtidig vurderes de som den mest realistiske tilnærmingen. I dette arbeidet vil VVHF se på sin samlede virksomhet. Ny teknologi som skal tas i bruk i nytt sykehus, vil også kunne tas i bruk i de øvrige sykehusene. Det gjelder likeledes for nye arbeidsmodeller. VVHF vil arbeide med tiltak som omfatter hele foretaket og med tiltak som er spesifikke for den delen av virksomheten som skal inn i nytt sykehusbygg i 2025. Det presiseres at det i perioden vil være en klar grunnforutsetning at tiltak ikke skal medføre risiko for pasientbehandlingen.

Driftsmarginen som ligger til grunn for finansieringsevnen er mellom 8 % og 9,5 % fra 2027. Dette er betydelig opp fra dagens nivå, og vesentlig høyere enn andre sammenlignbare helseforetak. Dersom VVHF ikke klarer å realisere den forutsatte marginutviklingen, eller investeringen i NSD overstiger angitt kostnadsramme, vil foretaket ha problemer med å opprettholde økonomisk bæreevne.

Gitt at forutsetningene for effektivisering og gevinstrealisering realiseres, har VVHF økonomisk bærekraft til å håndtere både bygging av nytt sykehus i Drammen og oppgradering av Bærum, Ringerike og Kongsberg sykehus.

## 2. Organisasjonsutvikling

Det er en erkjennelse at kravene til fremtidig driftsmargin ikke kan oppnås ved krav til produktivitetsøkning alene. VVHF må igjennom flere endringer av virksomheten. Det omhandler andre måter å arbeide på, og andre måter å planlegge virksomheten på år for år. Det å ta i bruk et nytt sykehusbygg, kan heller ikke lykkes uten grundige forberedelser av organisasjonen. Styret i HSØ har i sitt vedtak lagt til grunn en forutsetning om at VVHF etablerer et organisasjonsutviklingsprosjekt, og gjennom dette forbereder organisasjonen på endring, tilpasser arbeidsprosesser og oppnår positive resultater i forkant av innflytting, slik at de økonomiske forutsetningene for utbyggingen innfris. For de deler av virksomheten som skal inn i nytt sykehus, vil mye av dette ivaretas gjennom mottaksprosjektet. For det samlede foretaket ivaretas dette gjennom det løpende arbeidet med organisasjonsutvikling som omfatter hele virksomheten.

Det er en forutsetning at målene er kjent i hele organisasjonen, og at hver og en ser sin del av ansvaret for å bidra til måloppnåelse. Det forutsetter åpenhet i informasjon og kommunikasjon, og tydelige budskap overfor alle medarbeidere om hvordan foretakets verdigrunnlag og kultur preger det daglige arbeidet. Ledere må formidle tydelige forventninger til god virksomhetsstyring. En kultur preget av åpenhet for å lære av uønskede hendelser og bidra til forbedring og læring er et kontinuerlig arbeid, som må være gjennomgående i alle deler av virksomheten.

### 2.1. Organisasjonsutvikling VVHF

#### 2.1.1. Kultur

VVHF har en nullvisjon om at ingen pasienter skal komme til skade. Denne pasientsikkerhetskulturen skal legges til grunn for alle aktiviteter i foretaket. Implisitt i denne kulturen er de tre verdiene *kvalitet, trygghet og respekt*. Dette innebærer at det er en selvfølge å involvere brukere, vi følger beste praksis, driver aktiv risikostyring og bemanner etter behov. I VVHF arbeides det i team og vi lærer av hverandre. Våre ledere tar ansvar. Pasientsikkerhetskulturen er et viktig bidrag til godt arbeidsmiljø og godt omdømme.

Medarbeiderundersøkelsen Forbedring er et viktig verktøy i det kontinuerlige forbedringsarbeidet. Dette er en arena for direkte involvering av medarbeidere, med formål å sørge for ivaretagelse av et godt arbeidsmiljø i den enkelte enhet/avdeling. Foretaket videreutvikler systemene for å sikre god tjenesteleveranse og læring på tvers, herunder knyttet til beste praksis, uønskede hendelser, eksterne tilsyn, revisjoner mv.

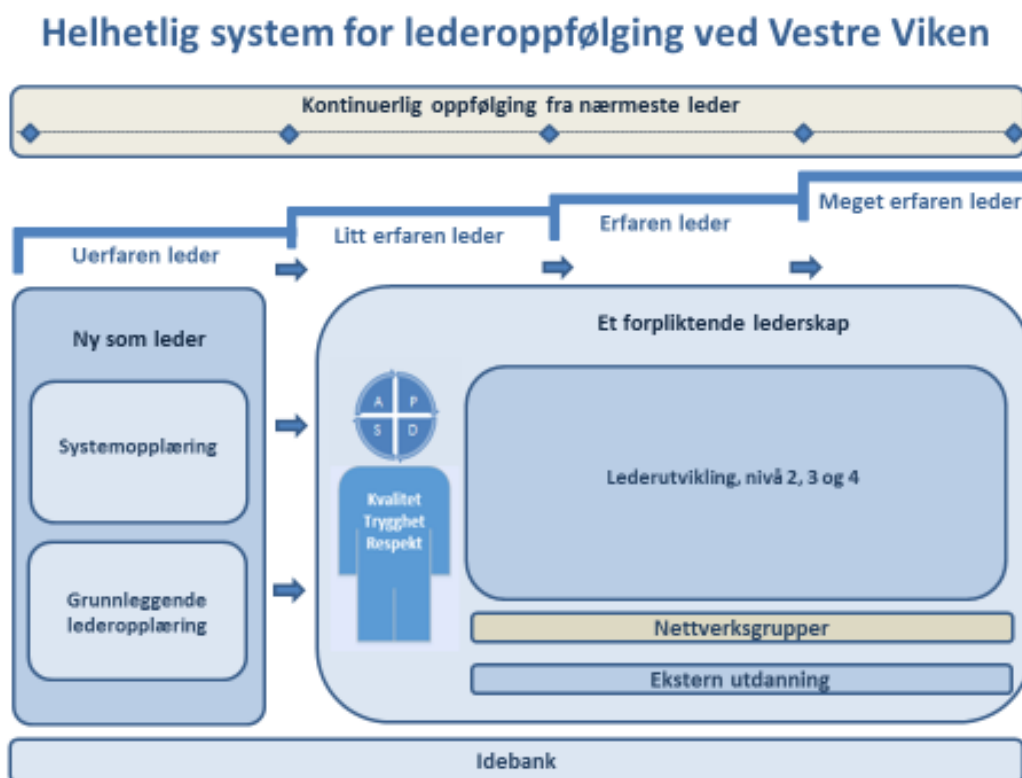
Foretaket arbeider systematisk med Inkluderende Arbeidsliv, og har et utvidet samarbeid med NAV Arbeidslivssenter hvor også arbeidet med Inkluderingsdugnaden inngår. Det

arbeides kontinuerlig med å tydeliggjøre og skape bedre forståelse for viktigheten av god samhandling mellom partene med hensyn til medbestemmelse og medvirkning.

Velferdsforeningen har en viktig rolle som kulturbygger i foretaket ved å utvikle tilbud og aktiviteter som bidrar til godt arbeidsmiljø.

### 2.1.2. Lederoppfølging

VVHF har som mål å ha ledere som forstår lederrollen, tar ansvar og lever opp til de forventningene som stilles. For å bygge opp under dette har foretaket utviklet et helhetlig system for lederoppfølging, hvor linjeleders ansvar for kontinuerlig oppfølging av egne ledere er tydelig. Det gjennomføres obligatorisk system- og grunnopplæring for nye ledere, og koordinerte og systematiske tiltak for videre lederutvikling på ulike trinn. Å være leder innebærer både forpliktelser og muligheter, og foretaket vil sikre at alle ledere forstår dette. Helhetlig system for lederoppfølging skal bidra til å sette ledere på ulike nivåer i stand til å utøve god ledelse. Systemet fremstilt i modellform:



Foretaket arrangerer to samlinger for ledere på nivå 1-3 og en samling for ledere på nivå 1-4 hvert år. I tillegg gjennomføres lederopplæring innen ulike temaer knyttet til ordinær drift etter behov, eksempelvis lov- og avtaleverk i forbindelse med ferieavvikling, oppfølging av sykefravær, inngåelse av arbeidsplaner mv. I 2020 vil det bli lagt særlig vekt på opplærings- og utviklingsaktiviteter innen aktivitetsstyrt bemanning og ressursplanlegging (ARP), jf. punkt 3.2.3 nedenfor.

Våren 2020 vil foretaket implementere Kompetanseportalen for alle yrkesgrupper. Dette er et verktøy for blant annet å dokumentere kompetanse, herunder gjennomførte obligatoriske

opplærings- og utviklingstiltak. Det muliggjør oppfølging av at lederopplæringen gjennomføres i tråd med intensjonene.

### 2.1.3. Medarbeiderperspektivet

Medarbeidere er foretakets viktigste ressurs, og det arbeides kontinuerlig for å sikre tilstrekkelig bemanning med rett kompetanse til enhver tid. God ledelse medvirker til godt arbeidsmiljø og ivaretagelse av et forebyggende og godt HMS-arbeid. Dette er noen av de viktigste faktorene for å beholde medarbeidere. Det må videre legges til rette for kompetanseutvikling, faglige karriereveier og utviklingsmuligheter for alle stillingsgrupper.

Fremover må det arbeides mer i tverrfaglige team, kompetanse må deles på tvers, ny kunnskap må tas raskere i bruk og teknologi må utnyttes mye mer. Det må derfor legges til rette for god og hensiktsmessig opplæring slik at medarbeidere har den kompetansen som må til for å mestre arbeidet de er satt til å utføre. Dette innebærer behov for livslang læring og omstillingsevne for medarbeidere, og er noe som må tas hensyn i fremtidig kompetanseplanlegging.

### 2.1.4. Omdømme

VVHF har som mål å være en attraktiv arbeidsgiver som har tilstrekkelig tilgang på dyktige medarbeidere for å løse sine oppgaver. Konkurransen om kvalifisert arbeidskraft øker og omdømmet får større betydning for arbeidstakeres valg av arbeidsgiver/arbeidsplass.

Foretaket arbeider kontinuerlig med å ha en fremtidsrettet og profesjonell tilnærming til rekruttering av arbeidskraft. Det vil brukes flere arenaer og kanaler enn tradisjonell annonsering, herunder å synliggjøre foretaket bedre på digitale plattformer. Policy for rekruttering vil være gjenstand for kontinuerlig videreutvikling. Systematisk styrking av praksisdelen, herunder veiledning og organisering, i alle utdanninger vil bli vektlagt for å styrke omdømme og rekruttering.

### 2.1.5. Ny oppgavedeling

Alle som arbeider i VVHF (og andre helseforetak) må være innstilt på at arbeidsoppgaver, og hvem som utfører de enkelte oppgavene, vil forandres. Endring i oppgavedeling og personellsammensetning vil være virkemiddel for å gjøre god bruk av tilgjengelig kompetanse og kapasitet. Deler av den fremtidig kompetansen foretaket trenger, er ikke nødvendigvis knyttet til bestemte yrkesgrupper. IKT- og logistikk kompetanse er eksempler på dette.

Det er vel kjent at tilgangen på enkelte yrkesgrupper vil bli en knapphet fremover, herunder spesialutdannede sykepleiere/sykepleiere. Samtidig øker behovet for helsetjenester i årene som kommer. Dette vil ikke være mulig å møte gjennom økt bemanning. Foretaket må derfor arbeide strategisk for å sikre tilstrekkelig bemanning med rett og hensiktsmessig kompetanse. Oppgavedeling mellom yrkesgrupper er et av virkemidlene som må tas i bruk. Eksempler på yrkesgrupper hvor det kan være aktuelt å se på oppgavedelingen er blant annet mellom sykepleier og helsefagarbeider, spesialutdannet sykepleier og sykepleier/helsefagarbeider og lege og helsesekretær. Dette innebærer at alle medarbeidere

må være innstilt på å utvikle og bygge egen kompetanse gjennom hele yrkeskarrieren. Kompetanseutvikling vil gjennomføres både som formalisert utdanning og opplæring, i tillegg til interne kurs/organisert trening i team. Kompetanse utvikles også i den daglige samhandlingen med kollegaer. Kompetanseutvikling er et viktig virkemiddel for å beholde kvalifiserte medarbeidere i foretaket.

#### 2.1.6. Heltidskultur

Medarbeidere i spesialisthelsetjenesten er, i tillegg til trygghet og forutsigbarhet for egen arbeidstid og lønn, opptatt av pasientsikkerhet og kvalitet. I en høyere stillingsprosent vil den enkelte medarbeider oppleve en større trygghet for egen kompetanse i sin arbeidshverdag, i tillegg vil de oppleve at hele arbeidsmiljøet har en felles høyere kompetanse. Det vil være enklere å få en drift som flyter, og hvor, ikke minst, medarbeiderne ser at driften og pasientbehandlingen blir bedre. I en sterk heltidskultur fordeles også arbeidet på kveld, natt og i helg på flere medarbeidere. Dette vil kreve en gjennomgang av aktiviteten opp mot ressursplanleggingen, slik at økt heltid ikke medfører en økning i bemanning totalt sett, jf. ARP i punkt 3.2.1. Et godt arbeidsmiljø er både et rekrutteringsfortrinn og et beholde-fortrinn i en tid med mangel på kvalifisert helsepersonell.

#### 2.1.7. Utdanning

Utdanning er viktig både med hensyn til foretakets omdømme, rekruttering av nye medarbeidere og for å beholde kvalifiserte og gode medarbeidere. Foretaket har inngått samarbeidsavtale med Universitet i Sør-Norge (USN), som inneholder konkrete tiltak for oppfølging. Foretaket viderefører samarbeidet med Universitet i Oslo (UiO) og andre utdanningsinstitusjoner, herunder aktuelle videregående skoler/Viken fylke. I denne sammenheng vil det arbeides aktivt med å øke antall lærlinger både i helsefag og andre relevante lærefag, hvor helsefagarbeiderlærlinger er en prioritert gruppe i første omgang. Budsjettet knyttet til utdanningsstillinger for sykepleiere/helsepersonell er styrket. Arbeidet med kvalitetsreformen for ny utdanning av leger i spesialisering (LIS) fortsetter i hele foretaket. Å utvikle gode og effektive utdanningsløp for LIS er viktig for å gjøre VVHF til et attraktivt utdanningssted. I tillegg vil en systematisk styrking av praksisdelen i andre utdanninger som gjennomføres i foretaket, bli vektlagt. Dette skal bidra til godt omdømme, styrke rekruttering, og til at foretaket beholder kvalifiserte medarbeidere etter endt utdanning.



## 2.2.Mottaksprosjektet NSD

VVHF har opprettet et Mottaksprosjekt under prosjektorganisasjonen for nytt sykehus (VV-NSD), som blant annet omfatter organisasjonsutvikling i forbindelse med ibruktakelsen av nytt bygg. Administrerende direktør er prosjekteier med egen styringsgruppe ledet av prosjektdirektør nytt sykehus. Klinikkdirektørene for berørte klinikker inngår i denne, sammen med direktør teknologi og direktør medisin. Foretakstillitsvalgte, klinikktillitsvalgt for overlegene ved Drammen sykehus, foretakshovedverneombudet og brukerutvalget er også representert i styringsgruppen.

Gevinstene knyttet til nytt sykehus skal konkretiseres gjennom organisasjonsutviklingsarbeidet. For å sikre en forutsigbar og styrt prosess, må klinikkene prioritere tidsbruk og gjøre nødvendige avklaringer slik at mottaksprosjektets krav til fremdrift og kvalitet ivaretas. Den enkelte klinikkdirektør har overordnet ansvar for å iverksette og følge opp tiltak i den enkelte avdeling og seksjon. Selv om hovedansvaret ligger i linjeorganisasjonen, er det nødvendig med ressurser fra sentrale staber i helseforetaket for å få gjennomført dette arbeidet.

Linjeorganisasjonene skal etablere egne delprosjekter i henhold til områdene som skal utredes. Ansatte, tillitsvalgte og vernetjeneste skal involveres i dette arbeidet for å tilføre kunnskap og erfaringer for å sikre mål om driftseffektive arbeidsprosesser for å skape helhetlige og trygge pasientforløp innen alle fagområder. Deltakelse av brukerrepresentanter avklares mellom leder av brukerutvalget og prosjektleder.

I arbeidet med delprosjektene må linjeorganisasjonen sikre at helheten i organisasjonsutviklingsarbeidet ivaretas ved å påse at tilrådninger fra delprosjekter er i henhold til lov og forskrift, samt sikre de nødvendige avklaringer i forbindelse med ansvaret for realisering av gevinstene.

De enkelte delprosjekter vil rapportere inn i respektive linjeorganisasjoner. Der det opprettes delprosjekter som omfatter flere klinikker, plikter delprosjektleder å involvere ansatte fra alle berørte klinikker.

I forbindelse med ibruktakelse av nytt bygg forventes det at medarbeiderne er i stand til å nyttiggjøre seg både av bygget og nye løsninger som følger med dette. Teknologiske løsninger innebærer mye integrasjon mellom både byggteknisk utstyr og medisinsk teknisk utstyr. Kompleksitet i integrasjoner og nye driftsmåter i NSD vil kreve nye kompetanseområder i drift. Klinikkene har ansvaret for å lage opplæringsplaner og å sørge for at ansatte har fått nødvendig opplæring før innflytting. VV-NSD vil sørge for at det er krav om opplæring i alle anskaffelser. Det er videre linjeorganisasjonen sitt ansvar å planlegge for rett kompetanse i de ulike driftsorganisasjonene i nytt sykehus.

Noen av gevinstområdene vil kreve oppgaveglidning mellom ansatte, eller nye funksjoner må løses på nye måter som krever endringer både hos ansatte og i organisasjonsstrukturen.

Videreføring av gevinstrealiseringsarbeidet fra forprosjektet NSD skal være et kontinuerlig arbeid som pågår frem til gevinstene er realisert i nytt sykehus. Gevinstrealiseringsplanen skal koordineres og følges opp som en del av ansvaret til prosjekteier og styringsgruppen i mottaksprosjektet. Dette vil også være en naturlig del av den ordinære økonomioppfølgingen i den enkelte klinikk. Det er laget en foreløpig fremdriftsplan for gjennomføring av de ulike delprosjektene som må gjennomføres i organisasjonsutviklingsarbeidet i Mottaksprosjektet (vedlegg 1). Fremdriften på denne blir koordinert sammen med entreprisplan, utstyrsanskaffelser og IKT-plan, samt pågående og planlagte interne prosjekter i VV.

Mottaksprosjektet skal fokusere på det som gjelder nytt sykehus. Øvrig organisasjonsutvikling i helseforetaket vil skje i linjeorganisasjonen i den enkelte klinikk og i samarbeid med sentrale staber. Foretaksledelsen har ansvaret for å koordinere og sikre tiltak på tvers i helseforetaket.

### 3. Prosjektavhengige gevinster NSD

#### 3.1. Dimensjoneringsforutsetninger NSD

Dimensjonering av nytt sykehus i Drammen ble gjennomført i forbindelse med konseptfasen i 2015 og omfattet både somatisk aktivitet og aktivitet i Klinikk for psykisk helse og rus. Aktivitet i 2013 ble lagt til grunn og framskrevet til 2030. Befolkningsveksten ble basert på framskrivninger fra Statistisk sentralbyrå (SSB) med alternativ MMMM som standard for de fire endringsfaktorene fruktbarhet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring.

I forbindelse med at godkjenning av forprosjekt for nytt sykehus i Drammen var temasak i styremøte i Helse Sør-Øst RHF den 31. januar 2019, ble det fremsatt behov for å gjennomføre ny framskriving i tråd med nasjonal modell for framskriving og regional utviklingsplan.

Sykehusbygg HF bisto VVHF i dette arbeidet. Pasientdata ble hentet fra Norsk pasientregister (NPR), basert på antall avdelingsopphold i 2017, og framskrevet til 2030. Siden framskrivningsmodellen i konseptfasen benyttet høy utnyttelse, ble dette også lagt til grunn i dette arbeidet, og ikke middels utnyttelse som ny regional utviklingsplan legger til grunn.

I arbeidet med revisjonen av gevinstrealiseringsplan for NSD, er framskrivningen gjennomført av Sykehusbygg benyttet. Framskrivningene fra konseptfasen og sykehusbygg er vist i etterfølgende vurderinger for sammenlikning. Dette gjøres også for å avstemme ny framskriving med forutsetningene lagt til grunn for NSD, og derved avdekke eventuelle kapasitetsutfordringer.

Bemanningsframskrivningen i konseptfase og forprosjekt var basert på brutto månedsverk. For å kunne gjøre en mer realistisk framskriving, basert på nye bemanningsplaner som skal utarbeides for nytt sykehus, er det besluttet å benytte faktiske tall fra

bemanningsplanleggingsverktøyet GAT. Disse analysene er på nåværende tidspunkt ikke fullstendige, men vil være på plass i endelig versjon av dette dokumentet. Det vil da vises faktisk benyttet bemanning opp mot faktisk aktivitet. Tallene fra 2019 vil brukes som et nullpunkt for arbeidseffektivitet. Det vil kunne måles opp mot de endringene som gjøres i forkant av nytt sykehus, og de planer som legges for drift ved ibruktakelse.

### 3.1.1. Aktivitet somatikk

Framskriving er ingen eksakt øvelse, men gir retninger for forventet utvikling. Det er viktig at det tas hensyn til det ved vurderinger om fremtidig utvikling innen de enkelte områder. Det er forventet en betydelig utvikling innenfor medisin, MTU og teknologi, som er vanskelig å forutsi. Dette er derfor i mindre grad tatt hensyn til i de to framskrivingsmodellene.

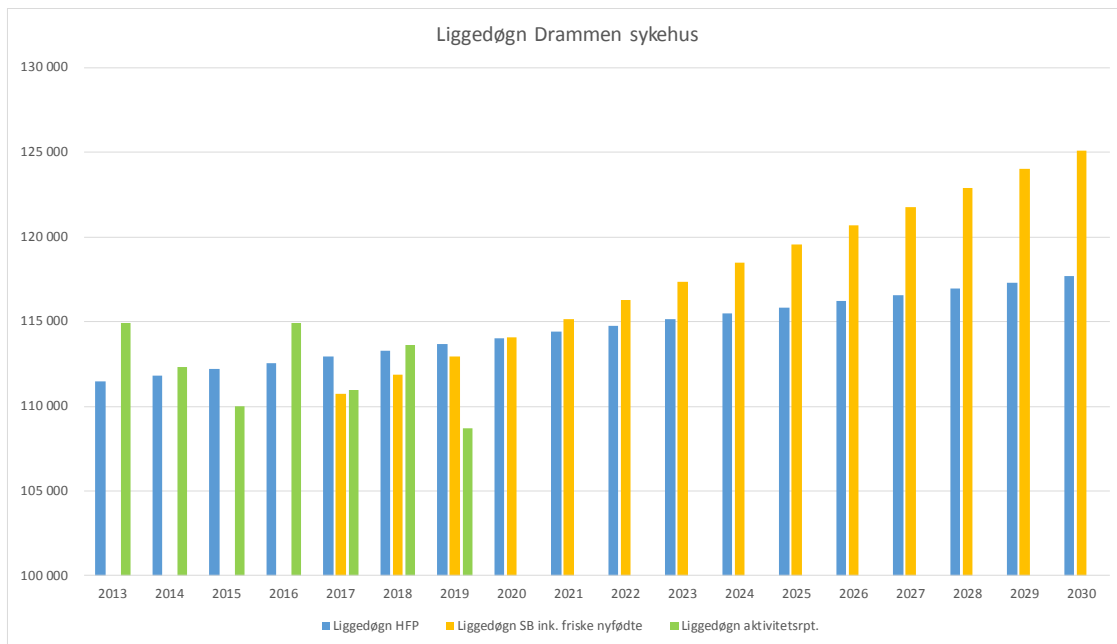
#### *Døgndrift*

Det er variasjoner i antall liggedøgn registrert i aktivitetsrapporten for Drammen sykehus. Gjennomsnittlig antall liggedøgn er redusert de siste 3 år og er lavere enn framskrivningen i hovedfunksjonsprogrammet (HFP) og på linje med ny framskrivning basert på Sykehusbygg sine forutsetninger. Sykehusbygg sine framskrivninger har en relativt kraftig vekst i antall liggedøgn i perioden frem til 2030. Differansen mellom de to framskrivningene skyldes i hovedsak at det i HFP ble lagt til grunn en fortsatt liggetidsreduksjon utover det som er lagt til grunn i ny framskrivning.

Liggetidsreduksjonen i HFP ble beregnet til 0,2 dager i 2030 sammenliknet med 2013. Denne reduksjonen er i snitt oppnådd de tre siste år og forventes ytterligere redusert frem mot 2030.

Tiltakene som iverksettes i VVHF, som arbeid med redusert antall reinnleggelser, redusert innleggelse fra akuttmottak til sengepost og redusert infeksjonsrate, vil gi redusert antall liggedøgn frem mot 2030. Det legges derfor til grunn at framskrivningene i HFP viser forventet utvikling i antall liggedøgn.

Tabellen nedenfor viser utvikling i antall liggedøgn i perioden 2013-2030 ved Drammen sykehus:



### Poliklinikk og dagbehandling

Ny framskrivning viser et høyere antall konsultasjoner innen poliklinikk og dagbehandling i 2030 enn det som ble lagt til grunn i HFP.

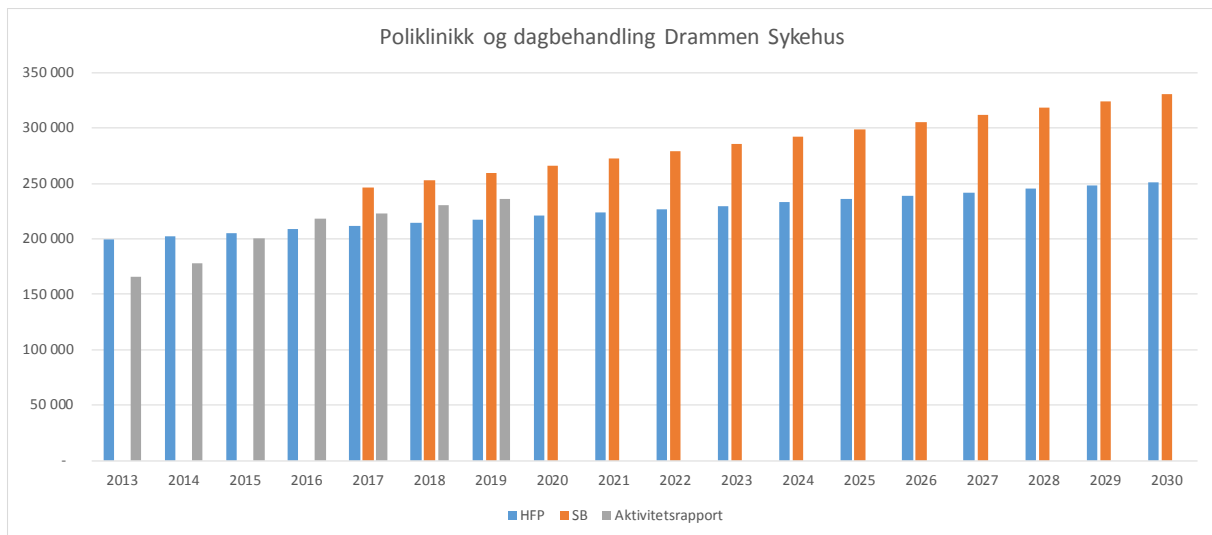
Utover generelle faktorer for framskrivning, er det i ny framskrivning lagt til grunn en generell vekst innen polikliniske konsultasjoner på 1 % per år. Denne faktoren vil alene gi en økning i antall konsultasjoner i perioden på ca. 30 000. Dette ble ikke gjort i HFP. Ny framskrivning viser derfor en betydelig vekst ut over det som ble lagt til grunn i HFP.

Ny framskrivning av dagbehandling viser totalt mindre forskjeller mellom de to framskrivningene, men med noe økt behov for dagbehandling.

Ny framskrivning for poliklinikk og dagbehandling viser at det må iverksettes tiltak for ikke å få kapasitetsutfordringer i det nye sykehuset. Regional utviklingsplan har et mål om å redusere oppmøte på sykehuset med 20 %.

VVHF legger til grunn at forskjellen mellom de to framskrivningene må løses med nye arbeidsformer knyttet til avstandskompenserende teknologi, som videokonsultasjoner, selvmonitorering og annen avstandsoppfølging. Dette, samt mer brukerstyrt oppfølging, vil redusere antall oppmøter på sykehuset.

Tabellen nedenfor viser utvikling i antall konsultasjoner poliklinikk og dagbehandling i perioden 2013-2030 ved Drammen sykehus:



### 3.1.2. Aktivitet Psykisk helsevern og rus

I konseptfasen var det ikke tilgjengelig aktivitetsstatistikk for psykisk helsevern og rus tilsvarende som for somatisk virksomhet. Framtidig aktivitet ble derfor ikke beregnet, men kapasiteten ble framskrevet basert på forventet utvikling. Denne viste et forventet behov på 167 senger og 16 poliklinikkrom i nytt sykehus. Hoveddelen av klinikkens polikliniske aktivitet er planlagt gjennomført ved avdelinger/seksjoner utenfor nytt sykehus (primært ved DPS-ene).

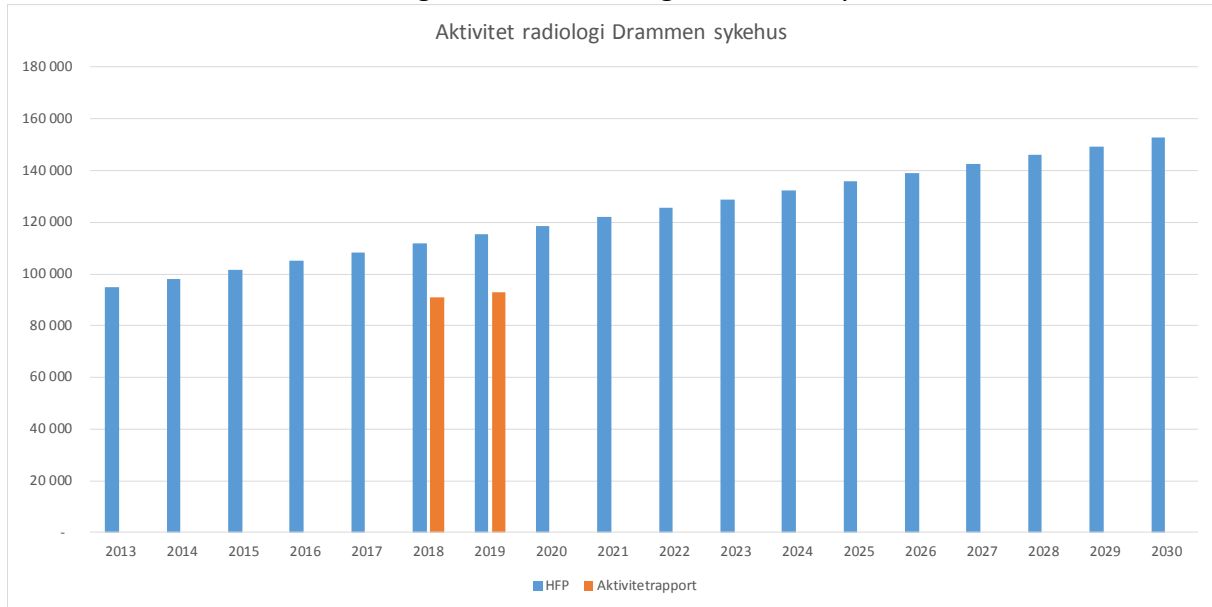
### 3.1.3. Aktivitet Medisinsk diagnostikk

Det forventes høy grad av teknologisk utvikling innenfor fagområdene i medisinsk diagnostikk, blant annet innen automasjon og kunstig intelligens. Valg av teknologi og utstyr vil derfor legge betydelige føringer for framtidig bemanningsbehov.

Det ble i HFP lagt til grunn en betydelig økning av aktivitet innenfor bilde på nytt sykehus. Dette var basert på forventet utvikling og ikke framskrivning for de kliniske områdene. Det foreligger i dag kun aktivitetsstatistikk for de siste to årene. Disse viser en betydelig lavere aktivitet enn framskrevet. En av grunnene til lavere aktivitet kan være manglende rekruttering av fagpersonell til avdelingen. Dataunderlaget vil bli utvidet med historisk utvikling i perioden 2013-2017 til neste versjon av dokumentet. I tillegg vil det vises utvikling innen de enkelte modaliteter.

Det er ikke lagt til grunn økning i antall modaliteter, utover en MR i bildediagnostikk i nytt sykehus. Framtidig aktivitetsvekst i HFP la til grunn økt utnyttelse av utstyr og endrede åpningstider for å håndtere framskrevet vekst.

Tabellen nedenfor viser utvikling i aktivitet radiologi Drammen sykehus:



Øvrige fagområder innenfor bildediagnostikk er under bearbeiding og ferdigstilles i endelig versjon av dokumentet.

#### *Laboratoriemedisin og klinisk patologi*

Dette område er under bearbeiding og ferdigstilles i endelig versjon av dokumentet.

### 3.2. Forprosjektrapportens gevinstnotat

I forprosjektrapporten for NSD, styresak i VVHF, 02-2019 Gevinster ved Nytt sykehus i Drammen (9.1.2020), er det redegjort for forventede gevinster i forbindelse med ibruktakelse av det nye sykehuset. Følgende gevinstområder er beskrevet:

- Samlokalisering funksjoner innen somatikk
- Samlokalisering av all sykehuspsykiatri innen psykisk helsevern og rus
- Samlokalisering somatikk og psykisk helsevern og rus
- Administrativt personell
- Bildediagnostikk
- Laboratoriemedisin og patologi
- Interne service- og forsyningstjenester

Dette omfatter både prissatte og ikke prissatte gevinster i berørte klinikker.

For å synliggjøre at gevinster i gevinstoversikten skal kunne realiseres, må det gjennomføres en rekke tiltak innenfor alle områder. Gjennomføring av tiltak vil kunne gi en kostnad, men også tilrettelegge for betydelige gevinster ved innflytting i nytt sykehus.

Gevinstrealiseringsplanen gir oversikt over:

- Hvilke gevinster planlegges realisert (mål)
- Hvem er ansvarlig for å realisere gevinstene

- Hvilke effekter skal oppnås (økonomiske og kvalitative)
- Hva må gjøres for at gevinstene skal kunne realiseres (tiltak)
- Prosess for identifisering og oppfølging av realiserede effekter

### 3.3. Gevinstrealiseringsplan NSD

Arbeidet med gevinstrealisering skal inngå i det arbeidet som planlegges i mottaksprosjektet (ref. vedlegg 1). Organisasjonsutviklingsarbeidet omfatter alle fagområder som skal inn i nytt sykehus. Det er først når ny organisering og nye arbeidsprosessene er planlagt, at det kan utarbeides konkrete bemanningsplaner for hver enkelt enhet. Det er dermed kun forventede gevinster som beskrives i dette notatet. Forventede gevinster fremkommer som differansen mellom framskrivning av aktivitet og bemanning uten nytt sykehus – målt mot framskrivning av bemanning med nytt sykehus.

#### 3.3.1. Endring og forbedring av arbeidsprosesser – fokus på pasientforløp

I konseptfasen for nytt sykehus i Drammen ble det lagt vekt på å definere konsepter og driftsmodeller som gir helseforetaket en langsiktig og bærekraftig utvikling.

Organisasjonsutviklingsarbeidet i mottaksprosjektet er en viktig premissgiver for å oppnå gevinstene som er lagt til grunn. Utvikling av gode og sammenhengende pasientforløp, med tilhørende arbeidsprosesser, er kjernen i prosessen med å tilpasse driften til konseptene.

Organisasjonsutviklingsarbeidet i nytt sykehus skal ta utgangspunkt i pasientforløp. Godt planlagte pasientforløp og tilhørende arbeidsprosesser vil gi organisatoriske og driftsmessige gevinster samt økt kvalitet og pasienttilfredshet.

Et av målene i VVHFs Utviklingsplan 2030 er *Trygge og helhetlige pasientforløp*.

Planlegging og samarbeid på tvers av enheter og fagområder skal gi gode og sikre forløp for hver enkelt pasient. Pasienten skal oppleve god og sammenhengende behandling, og slippe unødig ventetid.

Utnyttelsesgradene som er lagt til grunn for dimensjoneringen får konsekvenser for organisering av bemanning og åpningstider. Analyser av dagens ressursbruk viser eksempler på lav utnyttelse av poliklinikkrom. Det må legges til grunn forbedret driftseffektivitet og utnyttelsesgrad i nytt sykehus. Det er også en forutsetning at flere pasienter skal behandles på nye innovative måter, eksempelvis at de ikke skal måtte behøve å komme til sykehuset for behandling. Se avstandsoppfølging i pkt 4.3.2 nedenfor.

Nye arbeidsformer og innovativ utnyttelse av medisinskfaglig utvikling og ny teknologi skal bidra god ressursutnyttelse. Sykehusets samlede kompetanse og kapasitet skal brukes slik at pasientene får virksom og god behandling med riktig ressursinnsats.

Det er forventet høy grad av teknologisk utvikling på en rekke områder. Valg av utstyr vil påvirke forløp og arbeidsprosesser, og derigjennom bemanningsplaner i nytt sykehus. Nytt sykehus i Drammen i 2030, vil etter framskrivningsmodellen, ha en økning av ansatte fra basisåret 2017. Gevinstene er beregnet ved høyere produktivitetsvekst per årsverk.

Innføring av logistikksystemer, som AGV, rørpost og avfallsug for restavfall, vil gi gevinster innen flere områder i nytt sykehus. Det vil redusere manuelle prosesser, bidra til endret oppgavefordeling, hurtigere diagnostikk og leveranser. Logistikksystemene vil være ressursbesparende ift. ansatte og være med å forenkle arbeidsprosessene.

Det har vært stor oppmerksomhet rettet mot standardisering av rom og fleksibilitet i bygget med tanke på medisinsk utvikling og endring i behandlingsmetoder. Det er derfor rendyrket områder og ikke fag i funksjonsplasseringene, noe som gir mulighet for god samhandling og kapasitetsutnyttelse.

Organisasjonsutviklingsarbeidet skal gjennomføres som definerte delprosjekter.

Delprosjektene får hvert sitt mandat med et økonomisk målbilde for gevinstrealisering. Alle prosjektene skal utarbeide fremtidig pasientforløp og tilhørende arbeidsprosesser. Det må ses på kompetanse, oppgaveglidning, bemanning og organisering av driften. Alle seksjoner som skal inn i det nye sykehuset må gå gjennom prosedyrer, og revidere de som blir berørt av å flytte inn i nytt sykehus. Samhandling er en viktig del av arbeidet for å se hvordan man kan få til et bedre tverrfaglig samarbeid.

### 3.3.2. Drammen sykehus

I nytt sykehus er samlokalisering og plasseringen av funksjonsområder innenfor somatikk endret sammenliknet med dagens drift. Alle normalsenger er plassert i eget bygg, noe som legger til rette for en stor fleksibilitet og gode samhandlingsmuligheter på tvers av fagområdene, både med hensyn til drift og kapasitetsutnyttelse. All dagbehandling og poliklinisk virksomhet er samlet i to bygg med en felles støtterom og standardiserte rom som legger til rette for mer fleksibel bruk på tvers av fagområder. Dermed kan rom, utstyr og personell benyttes på en mer effektiv måte.

Basert på faglige vurderinger og nærhetsbehov har man samlet og plassert funksjonene for å legge til endrede driftsformer. Dette gjelder for eksempel operasjon, intensiv, intervensjon, skopi og kreftbehandling av voksne. For disse områdene er det potensiale for samordning av ledelse og øvrig personell.

#### **Effekter**

Gjennom delprosjektene skal man utrede nye arbeidsprosesser og bemanningsplaner for å kunne utnytte ressursene på en mer effektiv måte.

Gode pasientforløp på tvers vil gi effektiv pasientbehandling med god kvalitet, som vil gi god pasienttilfredshet.

#### **Tiltak for realisere effektene**

Det skal gjennomføres egne delprosjekter innen:

- Døgnområder somatikk
- Poliklinikk- og dagbehandling
- Akuttorganisering
- Samlokalisering av operasjonsvirksomhet



- Samlokalisering av intensivbehandling
- Samlokalisering av kreftbehandling
- Samlokalisering av skopi-virksomhet
- Samlokalisering av intervensjonsvirksomhet

Det er behov for et godt ressursstyring- og planleggingsverktøy for å kunne utnytte ressursene på en bedre måte.

Det er pågående prosjekter innen akuttinntak og sengepostdrift på Drammen sykehus som ser på endringer i dagens drift. Prosjektene omfatter dagens drift, men vil videreføres for å tilpasse driften til nytt sykehus.

### Økonomiske resultater

Frem mot innflytting i nytt sykehus forventes det en gradvis reduksjon av produktivitetsveksten for Drammen sykehus. Dette skyldes at det tas høyde for merarbeid og økt belastning for de ansatte i forbindelse med planlegging og gjennomføring av OU-prosessene og flyttestrukturprosjektet. Etter innflytningen i nytt bygg forventes en høyere produktivitetsvekst, som vist i tabellen.

I konseptfasen ble tilsvarende vurderinger lagt til grunn. Samme produktivitetsutvikling er lagt til grunn i tabellen nedenfor.

#### Produktivitetsvekst for Drammen sykehus 2020-2030:

2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
0,42 %	0,39 %	0,39 %	0,29 %	0,30 %	0,59 %	0,79 %	0,89 %	0,89 %	0,69 %	0,69 %

Det vil bli gjort en revurdering av effektiviseringsgevinsten i HFP i videre arbeid. Eventuelle endringer innarbeides i neste versjon av dokumentet.

### 3.3.3. Psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Samlokalisering av all sykehuspsykiatri, samt standardisering og fleksibilitet i byggene, gir mulighet for samhandling og økt kapasitetsutnyttelse på tvers av fagområdene. Det er betydelige organisatoriske og driftsmessige gevinster ved å utnytte samdriftsfordelene de tilrettelagte lokalene vil gi.

Samlokalisering med somatikk og klinikk for medisinsk diagnostikk vil gi redusert tid til transport av pasienter til undersøkelse og behandling. I tillegg vil pasientene få en raskere diagnostikk som kan føre til mer effektive pasientforløp og økt kvalitet i pasientbehandlingen.

### Effekter

Det er kjent at pasienter med psykiatriske lidelser har kortere levetid. Samlokalisering av sykehuspsykiatri med somatisk virksomhet vil kunne gi pasientene en bedre helhetlig behandling ved at fagmiljøene samhandler om pasienten. Det gir gode muligheter for gode helhetlige pasientforløp.

Kompetansen innenfor psykiatrien vil kunne utnyttes bedre ved god samhandling mellom seksjonene. De ansattes sikkerhet vil ivaretas på en god måte ved at seksjonene er nært integrert.

### **Tiltak for realisere effektene**

Det skal gjennomføres egne delprosjekter innen:

- Samlokalisering av døgnområder psykisk helsevern
- Samlokalisering av poliklinikk psykisk helsevern
- Pasientforløp på tvers av klinikkene

Klinikk for psykisk helsevern og rus har et pågående arbeid med å se på pasientforløp og arbeidsprosesser ved seksjonene innen psykisk helsevern for voksne. Disse forløpene skal videreutvikles før innflytting i nytt bygg.

### **Økonomiske resultater**

Organisering av avdelingene og samhandling mellom ulike seksjoner vil gi redusert bemanning.

Behovet for bruk av transport mellom ulike lokasjoner vil gi redusert bruk av bemanning og bortfall av reisekostnader.

Det er en tydelig sammenheng mellom ARP-arbeidet som skal gjøres i PHR, og gevinstene som tidligere er beregnet i forbindelse med nytt sykehus. Det er startet et arbeid med pasientforløp på Blakstad sykehus for å endre driften inn mot NSD. Dette arbeidet må samstemmes for å ikke regne gevinstene flere ganger. Det vises til beregnede gevinster ved innføring av blant annet ARP for PHR under pkt 4.1 nedenfor. I neste versjon av dokumentet vil en slik avstemming dokumenteres nærmere.

#### **3.3.4. Medisinsk diagnostikk**

Samlokalisering av all radiologisk virksomhet på et plan gir mer fleksibilitet og bedre utnyttelse av modaliteter og ansatte.

Opprettelse av en intervensjonsenhet med bildediagnostikk og operasjon vil gi et samlet spesialisert fagmiljø med høy kompetanse.

Felles prøvemottak og automatisert analysehall, samt samlokalisering av alle laboratoriefagene, gir muligheter for samdrift og bedre utnyttelse av ressursene. Blant annet vil medisinskteknisk utstyr kunne benyttes på tvers av fagområdene.

### **Effekter**

Ved å samlokalisere elektiv og akutt radiologi vil man kunne planlegge og utnytte kapasiteten på en mer effektiv måte. Den økte kapasiteten ved bedre utnyttelse vil kunne gi muligheter for mindre bruk av eksterne tilbydere innen fagområdet.

En moderne analysehall for laboratorieanalyser vil gi hurtigere diagnostikk, økt kapasitet og mulighet for å analysere flere prøver enn i dag, med bruk av færre manuelle prosesser og ansatte.

Gode planlagte pasientforløp ved bruk av medisinske støttetjenester vil gi en effektiv pasientbehandling og en god pasientopplevelse.

Større grad av automasjon og gode logistikk-løsninger vil også gi gevinster på klinisk side ved at svartidene reduseres. Dette gir et potensial for reduserte liggetider og effektivisering av pasientforløpene.

#### **Tiltak for realisere effektene**

Det skal gjennomføres egne delprosjekter innen:

- Samlokalisering av elektiv og akutt bildediagnostikk
- Felles varemottak og analysehall for laboratoriemedisin
- Samlokalisering av laboratoriefagene
- Intervensjonshuset
- Desentral prøvetakning

#### **Økonomiske resultater**

Det er ikke noen økning i modaliteter innen bildediagnostikk før ibruktakelse av nytt sykehus. Økt aktivitet forventes oppnådd gjennom utvidet åpningstid og bedre ressursutnyttelse. I 2025 er det planlagt installert en ekstra MR som vil medføre behov for økt bemanning. Samtidig vil dette medføre mindre behov for bemanning for MR-drift på kveldstid.

Det er forventet en betydelig teknologisk utvikling innen automatiserte intelligente diagnostiseringsverktøy, spesielt innenfor medisinsk diagnostikk. Det kan medføre en større økonomisk gevinst enn bemanningsframskrivningen tilsier. Gevinstene dette gir, er avhengig av hvilke IKT-løsninger og utstyr som kommer i nytt bygg. Det må gjennomføres analyser i forhold til innkjøps- og bemanningskostnader når valg av IKT-løsninger og utstyr skal gjøres.

For laboratoriefagene er det forventet en liten økning i bemanning i tråd med forventet aktivitetsvekst.

Det må ses på aktivitet og bemanning for klinikk for medisinsk diagnostikk i endelig versjon av dokumentet, da det er noe usikkerhet i grunnlagstallene.

#### **3.3.5. Intern service**

Felles lokalisering av klinikkene, ny bygningsstruktur og teknologiske løsninger vil gi mer rasjonell drift enn i dagens mange lokasjoner i gamle bygg for de fleste avdelingene i intern service

Et høyteknologisk bygg vil gi behov for økt teknisk kompetanse i driftsavdelingen. Kvaliteten på bygg og installasjoner gir et godt inn klima for ansatte og pasienter.

## Effekter

Intern service er en viktig støtte for de andre klinikkene i hele sykehuset. Godt samarbeid, oppgavedeling og gode verktøy for samhandling mellom de ulike fagområdene vil gi effektiv drift og muligheter for gevinstrealisering.

Et felles sentralkjøkken med kok-kjøøl prinsipp vil gi et mer fleksibelt mattilbud og redusert svinn. Tøyautomater vil gi god kontroll på håndtering av arbeidstøy og redusere kostnader. Samling av lokasjoner vil gi mindre transportkostnader. Sporing og færre lokasjoner og nye enklere flater som er lettere å renholde, gir redusert bemanning. Et felles varemottak vil gi effektiv vareforsyning. Økonomiske gevinster vil spesifiseres som en del av utredningen i de ulike delprosjektene. Gevinstene avhenger også av hvilke løsninger og utstyr som installeres i nytt bygg.

## Tiltak for realisere effektene

Det skal gjennomføres egne delprosjekter innen:

- Varemottak
- Avfallssentral
- Pasientservice
- Ansattservice
- Matforsyning
- Avfallshåndtering
- Vareforsyning
- Tøyforsyning
- Sengevask
- Forflytningsmateriell
- Steril vareforsyning
- Portørtjeneste
- Varemottak
- Renhold

## Økonomiske resultater

For klinikk for intern service kan det ikke vises til produktivetsgevinst basert på produktivetsendring. Gjennomførte LCC analyse viser antall årsverk for ivareta forvaltning, drift vedlikehold og utvikling av nytt sykehus. Den fremtidige bemanningen er forventet lavere enn ved dagens drift, med en total reduksjon på 22 årsverk. Det er så langt ikke gjort beregninger for gevinster som kan oppnås gjennom mer effektiv bruk av tøy, redusert matsvinn mv.

*Bemanningsutvikling klinikk for intern service, 2020-2030:*

2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
230	230	230	230	230	219	209	208	208	208	208

### 3.3.6. Kontortjenesten

Samling av funksjonsområder gir behov for færre resepsjoner i nytt sykehus. Sammen med innføring av helselogistikk-løsninger, som elektronisk timebestilling og betalingsløsning, samt selvinnsjekk, gir dette mindre behov for helsesekretærer i nytt sykehus.

En samling av kontortjenesten i adkomstbygget legger til rette for et felles inntakskontor og godt planlagt pasientbehandling på tvers av fagområdene.

#### Effekter

Frigjøring av oppgaver for helsesekretærer legger til rette for oppgaveforskyvning som kan føre til mer tid til pasientbehandling for eksempel for legene.

Pasienttilfredsheten vil øke ved at pasientene kan ta del i planleggingen og gjøre mer selv. I tillegg vil et inntakskontor kunne gi bedre planlagte besøk til sykehuset, noe som vil gi en bedre pasientopplevelse og reduserte reisekostnader.

#### Tiltak for realisere effektene

Det skal gjennomføres egne delprosjekter innen:

- Drift av kontortjenesten
- Bruk av kontorer, møterom, undervisningsrom

#### Økonomiske resultater

For funksjonen er det ikke mulig å vise til produktivetsgevinst basert på produktivetsendring. Men færre resepsjoner og teknologiske hjelpemidler vil bidra til at pasienten gjør mer selv, og føre til redusert bemanning i nytt sykehus.

Det er forventet å innføre helselogistikk før ibruktakelse av nytt bygg, det er derfor en gradvis reduksjon i bemanningen. I tillegg starter prosessen med å utrede fremtidig kontortjeneste tidlig og det er en fordel om ny driftsmodellen er innført før flytting.

*Bemanningsutvikling for administrasjon og merkantil tjeneste, 2020-2030:*

2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
154	150	145	140	130	110	100	100	98	96	96

### 3.3.7. Ikke prissatte gevinster

Samlokalisering av somatikk, psykiatri og medisinsk diagnostikk vil gi gode samhandlingsmuligheter på tvers av fagene. Det vil legge til rette for å styrke arbeidet med gode og trygge pasientforløp. Dette vil gi god pasienttilfredshet og -sikkerhet.

Mange av konseptene i nytt sykehus gir store kvalitetsmessige gevinster for pasientene, og vil effektivisere driften. Ensengsrom i døgnområdene gir mindre fare for smitte, og en redusert infeksjonsfrekvens vil medføre redusert liggetid. Ensengsrom forenkler også en del forhold i pasientbehandlingen, med mindre behov for flytting av pasienter. Det vil være enklere å håndtere pasienter med behov for isolasjon, og det vil være mulig å gjennomføre flere av undersøkelses- og behandlingsprosedyrer på rommene enn i dag. Samtaler vil også

kunne foretas på rommet. Enerom gir grunnlag for bedre kapasitetsutnyttelse ved å unngå at pasienter med behov for enerom opptar et flersengsrom.

Det vil også medføre mindre forflytninger mellom sengerom for å oppnå at pasienter på samme flersengsrom passer sammen.

Ensengsrom kan være personellkrevende ved behov for fastvakter og ved behandling av pasienter med særskilte overvåkningsbehov. Det er derfor lagt opp til et flersengsrom med mulighet for overvåkning i hver etasje for å ivareta disse pasientene.

Nytt bygg vil gi gevinster for pasientopplevelsen ved arealer i tidsmessig standard og utforming. Det vil være en stor forbedring ift. dagens situasjon i gamle bygg. Nytt bygg med tilrettelagte arealer og godt inneklima vil gi de ansatte et godt arbeidsmiljø.

Nytt sykehus vil medføre en oppgradering av medisinskteknisk og annet utstyr. Det vil være inspirerende og stimulerende for de ansatte å kunne ta i bruk ny teknologi som vil gjøre pasientbehandlingen raskere og mer effektiv. Det vil i tillegg gi økte muligheter for digital samhandling mellom parter i helsetjenesten og forenkle arbeidshverdagen.

### 3.3.8. Logistikk

Logistikkløsningene i nytt sykehus er et viktig virkemiddel for å oppnå optimal funksjonalitet og driftsøkonomiske gevinster. De overordnede logistikkprinsippene er utviklet for å legge til rette for effektive arbeidsprosesser, forsyningsikkerhet og fleksibilitet i det nye sykehuset og er lagt til grunn ved plassering av både funksjons- og transportarealer. Målet har vært å utforme et oversiktlig og strukturert sykehus med god logistikk. Dette har blitt oppnådd ved at kommunikasjonsveier og fordeling av trafikk i byggene på ulike plan er nøye vurdert. Kombinasjonen av vertikal og horisontal kommunikasjon har gitt korte transportavstander.

Alle varer mottas i sentralt varemottak i servicebygget. Det er planlagt med hyppige leveranser av forbruksmateriell, mat og tøy. Vareflyt bygger på prinsippet om aktiv forsyning og avdelingspakker, noe som har medført redusert behov for lagerplass. Hovedprinsippet er at vogntransport skal skje med bruk av automatisk gående vogner (AGV).

Logistikkmedarbeidere har ansvar for manuell transport fra AGV-stasjoner som ligger nær funksjonsområdene i sykehuset. De skal bidra til å understøtte prinsippet om aktiv forsyning av varer. Avdelingspakker og daglig leveranser av varer gir mindre kapitalbinding i varelagrene.

Det er planlagt en rekke bygningstekniske løsninger som vil redusere manuelle prosesser og gi effektiv flyt av leveranser i sykehuset:

- AGV. All transport av varer, tøy, mat, apotekvarer og avfall, foruten restavfall, vil skje med AGV
- Rørpostsystem. Dekker hele sykehuset og vil transportere hovedsakelig laboratorieprøver, legemidler og blod
- Avfallssentral for samling av kildesortert avfall der hovedandelen av avfall ankommer via avfallssug fra miljøstasjoner i funksjonsområdene

- Kirurgiske instrumenter og annet sterilt gods håndteres av sterilsentralen. Transport av sterilt utstyr mellom sterilsentral og operasjonsavdeling foregår i separate heiser for rent og urent gods

Det er ikke beregnet noen spesifikke gevinster knyttet til logistikk, da det vil støtte opp under driften ved å minske de manuelle prosessene og dermed gi gevinster for alle klinikkene. Gevinstene vil vises på redusert bemanning i de ulike klinikkene

### 3.3.9. Akuttorganisering

Det er planlagt for et felles akuttmottaket for voksne, barn og psykisk helsevern. I tillegg er det et mottak med egen inngang for avklarte pasienter til psykisk helsevern og TSB.

Akuttmottaket er plassert med direkte tilgang til bildediagnostiske laboratorier for rask diagnostisering. Enheten er integrert med observasjonsområder for barn/ungdom og voksne.

Akuttfunksjonene i NSD ligger i hovedsak samlet i behandlingsbygget. Akuttheisene gir god vertikal kommunikasjon mellom akuttmottak, helikopterlandingsplass og øvrige akuttfunksjoner.

Akuttmottaket har en rekke undersøkelses- og behandlingsrom for de enkelte fagområder, og ø-hjelpspasienter skal derfor ikke inn i generell poliklinikk. Dette skal gi pasientene en raskere avklaring og behandling. En samling av kompetansen i front vil gi en trygg og god pasientbehandling. De ansattes sikkerhet ved å være samlet i mottaket er vurdert som meget god sammenliknet med dagens situasjon.

Konseptet med akuttmottaket skal ytterligere detaljeres. Det er viktig å planlegge gode helhetlige forløp og arbeidsprosesser for god og effektiv drift inne i mottaket, men også videre inn i sykehuset for å ikke få en opphopning av pasienter. Gode pasientforløp med understøttende arbeidsprosesser i akuttorganiseringen vil kunne gi mer effektiv drift både i akuttmottaket og i sengepostene. Det er på nåværende tidspunkt ikke regnet på økonomiske gevinster ved dette, men det skal utredes i delprosjektet for akuttmottak.

### 3.3.10. Risiko for å ikke oppnå gevinstmålene

Omstillingen til nytt sykehus vil medføre betydelige endringer fra dagens drift, og vil kreve at både ledelsen og den enkelte medarbeider er villig til å samhandle og utrede nye arbeidsformer. Dette vil kreve tydelig linjeledelse i arbeidet med å utrede de nye konseptene for virksomheten i det nye sykehuset.

Det er en forutsetning at mellomledere og ansatte får tid til å delta i arbeidet, samtidig med at de skal opprettholde daglig drift på en god og trygg måte.

Ledere med eierskap og kunnskap om endringsledelse vil være en forutsetning for å gjennomføre planlegging og realisering av endringer for å kunne oppnå målene som er lagt til grunn i gevinstplanen. Det må vurderes særskilte opplæringstiltak for ledere som er omfattet av disse omstillingene.

Tilgang på administrative ressurser med rett kompetanse kan være en knapp faktor i gjennomføringen. Det er nødvendig at bistand til prosjektet prioriteres.

Det er nødvendig å se på hvilke yrkesgrupper som skal utføre de ulike oppgavene i hele sykehuset. Klinikkene må se på tverrfaglig samarbeid for å løse oppgavene på rett nivå. Dette må utredes og forankres, slik at gevinstene ved å nytt bygg oppnås.

Det er viktig med god og kontinuerlig informasjon til alle ansatte, slik at alle kan være med å påvirke sin fremtidige arbeidsplass og få god opplæring i de nye arbeidsmetodene i god tid før innflytting, for å kunne hente ut de planlagte gevinstene.

Det er generelt viktig at alle delprosjektene utreder fremtidige driftskonsepter som er i tråd med de prinsippene som er bestemt for nytt sykehus.

### 3.3.11. IKT løsninger i NSD

PNSD (HSØs prosjektorganisasjon for nytt sykehus i Drammen) har i samarbeid med representanter fra VVHF og Sykehuspartner utarbeidet en IKT-plan for NSD. Planen revideres hvert halvår. Gjeldende versjon ble behandlet i NSDs prosjektstyre i oktober 2019. IKT-planen tar utgangspunkt i IKT-plan fra Sykehuset Østfold, og utvikles i parallell med tilsvarende plan for OUS. Noen av aktivitetene er prosjekter tett knyttet til nytt sykehus, for eksempel byggnær IKT og løsninger for stråleterapi, mens andre gjelder hele VVHF, som helselogistikk. IKT-planen legger til grunn en ansvarsfordeling som ble besluttet allerede i konseptfasen, med følgende faseinndeling:

- **Fase 1:** Anskaffelse og etablering av IKT-systemer. Ansvar: VVHF
- **Fase 2:** Installasjon, integrasjon og testing av IKT-systemer i Nytt Sykehus. Ansvar: PNSD
- **Fase 3:** Forvaltning, drift og videreutvikling etter innflytting. Ansvar: VVHF

PNSD dekker ikke anskaffelse av nye IKT-systemer, med unntak av IKT-systemer som blir levert som en del av selve bygget, eller som en del av en utstyrsanskaffelse. Anskaffelse av øvrige IKT-systemer må finansieres av VVHF, Sykehuspartner og/eller HSØ. VVHF legger til grunn at regionale IKT-løsninger vil utgjøre hovedvekten av nye IKT-systemer. Det legges opp til at nye IKT-løsninger i størst mulig grad skal piloteres i eksisterende sykehus. Det skal utarbeides en langtidsplan for å tydeliggjøre de samlede planene for IKT-løsninger i VVHF for de neste årene.

I 2020 adresserer VVHF spesielt følgende systemer som er viktige for Nytt Sykehus:

- Helselogistikk
- Labdatasystem
- Sterilsentralsystem
- Adgangskontrollsystem
- Innendørs mobildekning 5G
- Infrastruktur for lokalisering og sporing

*IKT og gevinstmodell NSD*



Det er lagt en del forutsetninger til grunn ved beregning av gevinster ved nytt sykehus. Dette gjelder for eksempel innføring helselogistikk, ressursstyrings- og planleggingsverktøy og sporing. For å kunne planlegge for effektive forløp og arbeidsprosesser er innføring av ny teknologi avgjørende. I tillegg vil ny teknologi gi muligheter for lett tilgjengelig pasientinformasjon og gi pasientene mulighet til å ta mer aktivt deltagelse i sin egen helse.

VVHF har startet arbeidet med å lage en detaljert oversikt over planlagte IKT-leveranser i fase 1. Dette omfatter:

- Systemoppgraderinger i tråd med Sykehuspartners tjenesteavtale («SLA oppgraderinger»)
- Leveranser fra regionale prosjekter og regionale programmer i HSØ
- Tjenestebestillinger bekostet av VVHF gjennom lokale investeringsmidler

I 2019 har det vært prioritert å få på plass en helhetlig kundeplan for 2020 og å få fremdrift i sentrale aktiviteter og prosjekter med høy avhengighet til NSD. VVHF etablerte i 2019 en egen avdeling for koordinering av utviklingsaktiviteter, investeringer og prosjekter på teknologiområdet. I samarbeid med Sykehuspartner og PNSD arbeides det med å finne en hensiktsmessig struktur og oversikt over for den totale teknologiporteføljen for VVHF. Det utarbeides en plan for investering og implementering av IKT-systemer i fase 1.

Innføring av nye IKT-løsninger krever en tett koordinering med PNSD, HSØ og Sykehuspartner. Det er etablert en IKT koordineringsgruppe og det planlegges en fast oppfølging på direktørnivå. Det skal rapporteres fast til prosjektstyret på status IKT fase 1, og rapporteringen startet i januar 2020.

Det er knyttet en del kostnader til innføring i nye IKT-løsninger. I forbindelse med ØLP vil det utarbeides en langtidsplan for IKT anskaffelser og kostnader forbundet med implementeringen. Det vil prioriteres å investere i de løsningene som vil gi betydelige gevinster for de ansatte og/eller pasientene. Det er så langt ikke beregnet økonomiske gevinster knyttet til IKT-løsninger. Gevinster vil oppnås gjennom forbedring av arbeidsprosessene, i tillegg til at det vil bidra til utvikling av trygge og helhetlige pasientforløp og forbedring av diagnostikk og behandling.

### **Risiko**

Risikoen forbundet med NSD IKT fase 1 vurderes å være:

- Forsinkelser i innføring av regionale løsninger.
- Kapasitet og økonomiske rammer for Sykehuspartner HF.
- Kapasitet for innføring i VVHF.

## **4. Prosjektuavhengige gevinster – tiltak for å sikre økonomisk bærekraft i VVHF**

### **4.1. Aktivitetsstyrt bemannings- og ressursplanlegging (ARP)**

VVHF har hatt en betydelig vekst i variable lønnsutgifter som lønn til vikarer, overtid og innleie fra vikarbyråer i de siste årene. Samlet sett utgjorde kostnadene i 2019 337 MNOK ekskl. sosiale utgifter, en vekst på 9,5 % fra 2018, se tabell nedenfor.

Kostnader VVHF	2 017	2 018	2 019
Innleid arbeidskraft	37 536	29 680	31 648
Overtid og ekstrahjelp	251 055	277 775	305 017
<b>Sum</b>	<b>288 591</b>	<b>307 455</b>	<b>336 665</b>
Endring fra året før		6,5 %	9,5 %

Sammenliknet med sykehus som har innført aktivitetsstyrt bemannings- og ressursplanlegging har VVHF en høyere andel av lønnskostnadene som variabel lønn. Sykehusene som har innført metodikken, har lav og oppnådd forbedringer med redusert andel innleie, bruk av vikarbyråer og overtid. Overtid, som i hovedsak utføres av egne ansatte, og innleie fra vikarbyrå innebærer dyrere timer enn arbeid utført av egne ansatte med tilsvarende kompetanse innenfor normalt tid. I tillegg er det en risiko for at innleie kan medføre lavere kompetanse enn arbeid utført av egne ansatte.

VVHF har hadde en betydelig reduksjon av innleie fra 2017 til 2018, men en mindre økning igjen i 2019. Veksten i overtid og ekstrahjelp har vært betydelig i samme periode.

Utviklingen innebærer både en risiko for redusert økonomisk bærekraft og redusert kompetanse og kvalitet i arbeidet.

### Effekter

Aktivitetsstyrt bemannings- og ressursplanlegging (ARP) handler om å utvikle en tydelig sammenheng mellom planlegging og styring av:

- Kapasitet (eks. poliklinikkrom og operasjonsstuer)
- Aktivitet
- Bemanning og kompetanse
- Planmetoder og nye måter å planlegge arbeidstid og turnuser
- Styring og oppfølging av bemanning og turnuser
- Reduksjon av smådriftsulempet (eks. gjennom å planlegge bemanning for små enheter)
- Styring av vikarer – intern bemanningsløsning

Det har hittil vært vanskelig å se alle disse områder i sammenheng i en modell grunnet utilstrekkelige datasystemer og planmetoder. Innføring av helselogistikk vil gi vesentlig forenkling. I tillegg vil foretaket prioritere utvikling av nye styringsdata. ARP kombinert med nye teknologiske løsninger og bedre styringsdata kan virke gjensidig forsterkende, se nærmere beskrivelse nedenfor under pkt 4.3.

De viktigste effektene av ARP er:

*Redusert variasjon i bemanning i forhold til aktivitet.* Metoden bygger på samlet planlegging dvs. på tvers av yrkesgrupper og enheter: eks. lege/fysioterapeut-/sykepleier/sekretær, poliklinikk/døgn, støttefunksjoner/drift, diagnostikk/behandling. Til grunn for alle planene er aktivitet, dvs. når pasientene er tilstede.

*Økt arbeidet tid for egne ansatte* gjennom redusert bruk av innleie og vikarbyrå. Dette fremkommer etter fusjonen av Blakstad og Lier sykehus, der opprettelsen av et bemanningsteam har ført til nyansettelser og reduksjon fra om lag 1.000 tilkallingsvikarer i 2018 til 290 ved utgangen av 2019. Tilkallingsvikarene får systematisk opplæring og

oppfølging gjennom kontraktperioden. Målet for bemanningsteamet ved Blakstad er bl.a. å redusere bruk av tilkallingsvikarer og innleie fra vikarbyrå.

Gjennom *kompetanseplanlegging og ny oppgavedeling* arbeides det systematisk for å dreie aktivitet mellom yrkesgruppene, eksempelvis gjennom å øke andel kontroller av fysioterapeuter for ortopediske pasienter, kontroller av epilepsipasienter av sykepleiere osv. En slik dreining kan gi økt samlet kapasitet og lavere kostnad per poliklinisk opphold.

Sykehus som har anvendt metodikken systematisk, har redusert vikarbruk og bruk av bemanningsbyrå betydelig, og økt andel av samlet arbeidet tid med egne ansatte. For Helse Bergen HF er det fremlagt følgende tall som sier mye om utviklingen:

- Antall tilkallingsvikarer ble redusert fra 2.700 i 2009 til 790 i 2016 (for foretakets 12.300 ansatte).
- Om lag 10-15 månedersverk innleid fra vikarbyrå i 2018.
- Sykehuset har bedret sin økonomi over en årrekke som følge av dette.

### **Tiltak for å realisere effektene**

VVHF har opprettet et tverrfaglig team med bemanning fra Kompetanse, Økonomi og Medisin og helsefag. Teamet skal støtte linjen i arbeidet med å implementere ARP-metoden. Teamet vil ha ansatte med erfaring fra ARP-implementering og spesialkompetanse på analyse av pasientforløp, aktivitet, kapasitet, bemanning og arbeidsplanlegging. Teamet vil fungere som et innsatsteam for å implementere ARP på bl.a. sommerturnus for noen av klinikkene i 2020.

I løpet av 2020 skal ARP også frigjøre ressurser til lokale bemanningsplanleggere. Dette er ansatte som skal støtte linjeledere med å utvikle arbeidsplaner basert på ARP-metodikk. Videre skal ARP gradvis utvikle VVHF sin interne bemanningsløsning, slik at behov for syke- og ferievikarer i økende grad håndteres av egne ansatte og ikke av tilkallingsvikarer. Vikarordningen skal rekruttere og drive opplæring av de vikarer som benyttes. Dette innebærer at arbeidet overtid og bruk av vikarbyrå i økende grad erstattes av ordinært lønnet arbeidstid.

ARP-teamet vil arbeide systematisk med klinikkene, stab Teknologi og Medisin og helsefag for å innføre arbeidssparende teknologi, eks. helselogistikk og programvare-roboter. Erfaringene med programvareroboter spesielt i Helse Vest RHF er svært lovende, og viser at en betydelig andel av manuelle og repeterende oppgaver, eks. overføring av informasjon mellom fagsystemer, kan erstattes av programvare. Innføringen av slik programvare er i hovedsak selvfinansiert i innføringsåret i henhold til erfaringer fra Helse Vest RHF<sup>1</sup>. Det er viktig å understreke at, for å opprettholde resultater over tid, må VVHF videreutvikle styringsrapportene, slik at ledere og ARP-team har levende styringsinformasjon om sammenhenger mellom aktivitet og bemanning. Dette er beskrevet i modellen som en investering iett av tiltakene, men det gjelder alle tiltak i ARP-modellen.

ARP-teamet vil i fokusere på følgende områder i 2020:

- Klinikk for psykisk helse og rus:

---

<sup>1</sup> Bruk av robot i Helse Vest sitt administrasjonsarbeid, Helse Vest IKT

- Blakstad og BUPA
- Bemanningsteam
- Drammen sykehus:
  - Sengepostprosjektet
  - Akuttforløpet
- Tiltak som treffer flere klinikker:
  - Sommerturnus i 2020 for et utvalg av klinikker
  - Akuttforløpsforbedringer
- KMD:
  - Bilde
- Programvareløsninger for å effektivisere administrative prosesser
- Styringsdata for å understøtte forbedringsarbeidet

### Økonomiske resultater

Beregning av økonomiske effekter ved implementeringen er foretatt på overordnet nivå. Tiltak vil bli fortløpende konkretisert på klinikk- og avdelingsnivå. Det henvises til overordnet arbeidsplan (vedlegg 2).

- For VVHF er beregnet effekt totalt 82 årsverk fram til 2025 og 200 årsverk fram til 2030 regnet med 2019 som basisår.
- For PHR er det utviklet en konkret omstillingsmodell. Her er beregnet effekt av omstillingen 66 årsverk når det tas høyde for at PHR skal finansiere oppbygging av FACT team.<sup>2</sup> I modellen er det også lagt inn effekter av ytterligere styrkning av FACT, samt inntektsøkning av FACT-aktivitet både knyttet til økt kapasitet og økt produktivitet. Se oversikt i tabellen under. FACT er helt avgjørende for at PHR skal gjennomføre dreining fra døgnbehandling til poliklinisk og ambulant behandling.

Effekter	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Totalt
Årsverk VVHF samlet	24	26	11	2	10	9	15	12	12	18	101	200
- herv PHR nkl. FACT		19	19	2	3	7	7	7	3	8	7	66
Merinntekter PHR TNOK		4 865	4 615	3 124	2 124	5 747	5 747	5 497	5 247	4 247	4 247	52 498
Nødvendige investeringer												
VVHF samlet TNOK	-1 150	-1 300	-1 450	-1 600	-1 750	-1 900	- 950	-1 050	-1 150	-1 250	-1 350	-14 900

I 2020 og 2021 er det lagt inn gevinst på endring fra døgn- til dagbehandling i PHR.

Tabellen over omfatter:

- Gevinster grunnet ARP i PHR
- Gevinster knyttet til økt innsats i FACT og økte inntekter grunnet den økte innsatsen i FACT
- Gevinster grunnet ARP i øvrige klinikker
- Investeringer tilknyttet automatisering

### PHR

Tiltakene i PHR omfatter arbeid med ARP, styringsdata, helseteknologi, programvareroboter mv. Videre bygger beregningene på igangsatt arbeid, eks. gjennom regionale prosjekter for

<sup>2</sup> I dag er en stor del av FACT etablering finansiert gjennom oppstartmidler i tillegg til ISF inntekter. Korrigeres det for inntektsøkning pga. økt aktivitet i FACT og flere FACT team tilsvarer effekten 120-125 årsverk innen 2030, dvs. vel 60 % av det totale beregnede resultatet.

anskaffelse av helseteknologi og kjent og utprøvd teknologi bl.a. fra Helse Vest IKT vedr. roboter samt styringsdataløsninger som er i bruk ved Ahus.

Dette innebærer at effektene omfatter både tiltak knyttet til aktivitet, bemanning og teknologi, og styringsdata for å understøtte endringer. Videre omfatter tiltakene at PHR skal egenfinansiere FACT-team etter en innledende periode med eksternt tilskudd til finansieringen.

Øvrige tiltak omfatter:

- Etablering av nye FACT team inkludert inntekter fra disse nye teamene.
- Endring i tilbud i DPS med endring fra døgn- til dagbehandling. Dette tiltaket er en konsekvens av FACT-etablering som medfører redusert behov for døgnbehandling, og økt behov for nye tilbud som intensiv dagbehandling.
- Effekter av sommerturnus med samling av tilbud på færre steder.
- Endringer i tilbudet i sykehuspsykiatrien med midlertidig etablering av ekstra akutteam og korresponderende reduksjon i kapasitet i Asker DPS.
- Systematisk utvikling av avstandskompenserende teknologi og erstatning av manuelle oppgaver med digitale prosesser.

Modellen omfatter også investeringer i nødvendig teknologi og styringsinformasjon. FACT er det viktigste tiltaket i PHR for som har vist seg å kunne motivere pasienter for å kontinuere behandling og tidlig fange opp tilbakefall av sykdommen. Videre har FACT bidratt i vesentlig grad til et betydelig fall i innleggelser ved Blakstad sykehus. Innen utgangen av 2019 er det målt en reduksjon i antall innleggelser på 23,5 % i forhold til 2018.

#### **KMD Bilde**

Det er gjennomført en analyse for KMD, Avdeling for bildediagnostikk, men det er til nå ikke trukket konklusjoner vedrørende effekter.

Tiltakene i KMD Bilde følger samme modell som PHR med hovedvekt på ARP, programvareroboter, styringsdata og på sikt kunstig intelligens.

Det er analysert sammenheng mellom aktivitet og bemanning i fem helseforetak og ett privat ideelt sykehus i Helse Sør-Øst samt VVHF.

Sammenlikning av aktivitet i forhold til bemanning viste at VVHF sammen med Sykehuset Østfold og Diakonhjemmet sykehus hadde høyest aktivitet per årsverk i HSØ.

Det er utviklet en modell som viser aktivitetsvariasjoner og kapasitetsutnyttelse. Bilde Drammen er gjennomgått. Analysen viste 73 % kapasitetsutnyttelse sammenholdt med internt beste praksis i løpet av 8 timers utnyttelsesgrad på hverdager. MR har høyest faktisk utnyttelsesgrad med 77 %, mens CT har 74 %. Isolert sett tilsier dette at høyere utnyttelsesgrad på dagtid kan føre til redusert aktivitet på kveld, og ved det gi bedre økonomisk kontroll.

Erfaringer fra Helse Vest RHF er at bildeområdet har betydelig potensiale for effektivisering av administrative prosesser gjennom bruk av programvareroboter.

## Risiko

Det er to områder for risiko:

- Å gjennomføre tiltak basert på en felles metodikk både i og på tvers av klinikker.
- Å ha tilstrekkelig kapasitet til å utvikle ARP-team og bemanningsplanleggere.
- Investeringsmidler og kapasitet for innføring av ny teknologi.

## 4.2. Akuttforløpene

I perioden 2016-2019 har det vært en økning i akutthenvendelser i de somatiske klinikkene på 11 %, dvs. gjennomsnittlig 2,8 % pr. år., men med forskjeller mellom klinikkene. Dette er både pasienter som innlegges, og pasienter som får poliklinisk akuttbehandling. For akutte pasienter arbeides det også med å vri behandling fra innleggelse til poliklinisk behandling. Den økte pasientstrømmen gir et økt press på akuttmottakene og skaper økt press på sengepostene.

Av utskrevne pasienter ble 16,3 % reinnlagt innen 30 dager i 2018 i VVHF mot 15,8 % i Helse Sør-Øst. Dette er pasienter som også kommer til akuttmottakene. Andel reinnleggelser varierer både mellom sykehusene våre og mellom de enkelte kommunene. Bærum sykehus har den laveste reinnleggesraten og Drammen sykehus den høyeste i 2018.

Alle de somatiske sykehusene vil gå gjennom akuttforløpene sine og driften av akuttmottakene. Spesielt har Drammen sykehus satt i gang et prosjekt knyttet til akuttforløpene for å redusere presset på akuttaksen. Arbeidet peker fram mot organiseringen i nytt sykehus.

## Effekter

Arbeidet skal gi:

- Mer effektive pasientforløp for pasienter som kommer til akuttmottakene
- Større andel av akuttpasientene behandlet poliklinisk – dermed også færre innleggelser
- Kortere oppholds tid i akuttmottak
- Mer effektiv bruk av personell

## Tiltak for realisere effektene

Analyse av pasientstrømmer for akuttpasienter og deres forløp i sykehusene.  
Styrket kompetanse i front.

## Økonomiske resultater

Inngår i arbeidet med generell forbedring av arbeidsprosesser og aktivitetsstyrt ressursplanlegging.

## Risiko

Det må frigjøres tilstrekkelige ressurser til å arbeide med forløpene. Ny teknologi som helselogistikk vil understøtte tiltakene og må utvikles.

### 4.3. Innføring av ny teknologi

Et satsingsområde for VVHF er å ta i bruk teknologiske løsninger som raskere gir bedre og mer effektive helsetjenester. Det er spesielt innen fire hovedområder hvor det forventes at nye IKT løsninger vil gi betydelige bidrag til gevinstrealiseringen:

#### *Løsninger for bedre helselogistikk, automasjon og forløpsstyring*

VVHF har gjennom innføring av regionale kliniske løsninger (DIPS, Partus, IKT-løsning for medikamentell kreftbehandling) bidratt til digitalisering og standardisering av grunnleggende kliniske prosesser. Innføring av regionale kliniske løsninger fortsetter. Sammen med prosjektene knyttet til nytt sykehus i Drammen legges grunnlag for gevinstuttak i hele VVHF.

Dette gjelder blant annet:

- Elektronisk kurve og medikasjon
- Helselogistikk
- Sporing og lokalisering
- Samhandling med kommunene
- Automasjon ved hjelp av programvareroboter

#### *Mobile løsninger*

Mobile løsninger vil frigi tid for helsepersonell ved at informasjon i større grad blir tilgjengelig der de er. VVHF har flere aktiviteter knyttet til mobile løsninger og applikasjoner:

- Innføring av sikkerhetsløsning for mobiltelefoner og nettbrett
- Mobil løsning for blodtransfusjoner innført på alle de somatiske sykehusene
- Interne systemer gjøres tilgjengelig på mobiltelefon, eksempelvis eHåndbok (kvalitetssystem) og Medusa (administrasjon av medisinskteknisk utstyr).

#### *Avstandskompenserende teknologi for å bringe helsetjenester nærmere pasienten*

Vestre Viken har som målsetning å bringe helsetjenester nærmere pasienten gjennom økt bruk av avstandskompenserende teknologi. Det er en rekke aktiviteter knyttet til dette, bl.a.:

- Egenregistrering fra pasient
- Videokonferanser mellom helsepersonell
- Videokonsultasjoner med pasienter
- Sensorinformasjon fra hjemmebehandling
- Fjernstyring av CT
- Videodialog mellom pasient og AMK
- Sårbehandling via video
- Mobil bildediagnostikk på sykehjem

#### *Bruk av kunstig intelligens, blant annet innen bildediagnostikk*

Bruk av kunstig intelligens fremheves som et område med betydelig potensiale for effektivisering, bl.a. gjennom mer presis diagnostikk. Klinikk for medisinsk diagnostikk undersøker hvilke løsninger som finnes på dette området knyttet til eksisterende løsninger for diagnostikk. Det vurderes oppstart av et innovasjonsprosjekt innen bruk av kunstig intelligens.

### *Teknologi alene vil ikke føre til gevinster*

Noen av de teknologiske løsningene *kan* føre til helhetlige forbedringer som gir en direkte sammenheng mellom IKT løsning og effektivisering.

Eksempler på dette er:

- Overgang fra betjente skranke til terminaler/apper for innsjekk og betaling
- Videokonferanser og –konsultasjoner reduserer behov for areal (leiekostnader), reiseutgifter og tapt arbeidstid
- Automasjon av prosesser som tidligere ble utført manuelt, eks. overføring av data og informasjon fra ett IKT system til et annet IKT system
- Fjernstyring av CT

Men disse løsningene er *ikke forutsetningsfrie*. Hvis IKT investeringene skal gi effekter, må tjenesteproduksjonen organiseres slik at det gir et samlet gevinstuttak, f.eks. i overgang fra betjente til selvbetjente skranke. Hvis alle poliklinikker derimot har ulike løsninger, kan effekt per poliklinikk være så liten at gevinstene blir redusert arbeidsbelastning snarere enn reduserte kostnader og/eller økt produktivitet.

På samme måte kan videokonferanser mellom ansatte bidra til reduserte reisekostnader og tidsbruk i reise, men det forutsetter at man også ser kritisk på antall møter, antall deltagere i møter, tid per møte og andre tiltak som kan skape reell effektivisering.

Mange av de andre teknologiske løsningene innebærer *partielle* forbedringer, eks.:

- Informasjon til den enkelte ansatte
- Data over pasienter i ulike applikasjoner
- Data over bemanning og pasientforløp i tavler eller apper
- Sporing og lokalisering
- Bestillingsløsninger

Det er ikke vanskelig å se at hver enkelt av løsningene kan bidra til en forbedring av arbeidsprosesser og tidsbruk. Men gevinstarbeid handler om å nå et kritisk nivå der summen av f.eks. «*reduert arbeid grunnet ny teknologi*» blir så stor at det kan tas ut som en gevinst, f.eks. i form av økt arbeidsproduktivitet eller redusert variabel lønn.

Mange av løsningene forutsetter endringer i bemanning, organisering, forløpsstyring og ikke minst endring i arbeidsprosesser. For å skape tydeligere sammenhenger mellom teknologiske løsninger og gevinster er det derfor avgjørende at VVHF organiserer gevinstarbeidet slik at ARP-metodikken anvendes for å realisere gevinster knyttet til bemanning og aktivitet.

#### 4.3.1. Helselogistikk, automasjon og forløpsstyring

Helselogistikk omfatter løsninger innenfor:

- Ressursstyring og planlegging
- Kommunikasjonsflyt og varsler
- Bestilling og håndtering av servicefunksjoner
- Innsjekk og oppgjør



I løpet av 2020 vil det bli utviklet mer nøyaktige gevinstberegninger på disse områdene og sammenheng mellom ARP og effekter av helselogistikk. VVHF deltar med ressurser i det regionale gevinstprosjektet knyttet til helselogistikk.

Automasjon handler om å innføre eksisterende programvare tilsvarende f.eks. det Helse Vest IKT<sup>3</sup> har utviklet, som erstatter manuelle prosesser med RPA, robotisert prosessautomasjon. De prosessene som er særlige egnet er i dag manuelle, gjentakende og regelbaserte, har høyt volum og er digitaliserte. Eksempler på dette er overføring av data fra ett datasystem til neste. Helse Vest IKT har vist til at mange av disse endringene betaler den opprinnelige investeringen etter bare noen få måneders drift. Automasjon vil understøtte effekter av ARP i vesentlige grad. I løpet av 2020-21 vil det bli utviklet mer nøyaktige gevinstberegninger på disse områdene og nærmere vurdert sammenheng mellom ARP og effekter av automasjon.

Modeller for forløpsstyring støtter planlegging og styring i sykehus med utgangspunkt i flytperspektiv og optimalisert ressursbruk. Optimalisering med fokus på flyt vil gi pasientene en bedre opplevelse av møtet med helsevesenet hvor unødvendig venting som følge av flaskehals i sykehusene reduseres. Gode forløpsmodeller viser flytinformasjon som vil bistå ledere på ulike nivåer til å styre arbeidsoppgaver, ressurser og pasientflyten i sanntid. Videre vil ledere på overordnede nivåer få en sanntidsoversikt over flyten i sykehuset på tvers av avdelinger og enheter. Det gjør at ressursene kan styres dit hvor behovene er størst med tanke på optimal flyt av pasienter.

I løpet av 2020 vil det bli utviklet mer nøyaktige gevinstberegninger på disse områdene og vurdert sammenheng mellom ARP og effekter av forløpsstyring.

#### 4.3.2. Avstandskompenserende teknologi

VVHF har en klar ambisjon om å bringe helsetjenestene nærmere pasienten gjennom økt bruk av avstandskompenserende teknologi. Det gjelder i første rekke videokonsultasjoner og digital innsamling av strukturerte data ved hjelp av egenregistreringer og sensormålinger. Dette er digitale verktøy som gir grunnlag for nye tjenesteforløp og fleksibel arbeidsdeling og kan kombineres på ulike måter i ulike forløp.

Medisinsk avstandsoppfølging forventes å gi betydelige effekter både for pasientene, helseforetaket og for samfunnet. For foretaket innebærer dette en omlegging av tjenesten, noe som vil gi både finansielle og ikke-finansielle gevinster. De danske regionene har over flere år tilbudt stadig nye pasientgrupper oppfølging ved hjelp av egenregistreringer supplert med telefonkonsultasjon. PA Consulting Danmark har utarbeidet et businesscase for seks ulike pasientforløp som viser at den største gevinsten er knyttet til bortfall av konsultasjoner ved oppmøte (reduksjon på mellom 6% og 31%)<sup>4</sup>.

De regionale helseforetakene har gitt et felles innspill<sup>5</sup> til arbeidet med Nasjonal Helse- og sykehusplan der man har sett nærmere på hvor stor andel av pasientene som kan egne seg

<sup>3</sup> Bruk av robot i Helse Vest sitt administrasjonsarbeid, Helse Vest IKT

<sup>4</sup> ANALYSE AF PATIENTRAPPORTEREDE OPLYSNINGER (PRO) Hovedrapport 2. mars 2015

<sup>5</sup> Vedlegg 2, Analyser og framskrivning

for medisinsk avstandsoppfølging, basert på analyser av fire ulike pasientgrupper (epilepsi, diabetes, prostatakreft og HIV). Med utgangspunkt i polikliniske konsultasjoner gjennomført uten prosedyrekoder (i overkant av 32 %) antas at minimum 16 % vil egne seg for oppfølging ved hjelp av egenregistrering.

Basert på dette, samt at den teknologiske utviklingen i økende grad gjør det mulig å gjennomføre prosedyrer hjemme (sensormålinger og prøvetaking), og kombinert med høykvalitets bilde og videokommunikasjon, forventes minimum 20 % reduksjon i oppmøtekonsultasjoner innen 2030. Helse Sør-Øst RHF har i regional utviklingsplan satt som mål at behovet for polikliniske konsultasjoner reduseres med 20 % gjennom medisinsk avstandsoppfølging eller nettkonsultasjon.<sup>6</sup> Det ble i 2019 gjennomført 415 000 somatiske polikliniske konsultasjoner ved VVHF<sup>7</sup>. Et bortfall på 20 % av konsultasjonene ved oppmøte i 2030 utgjør ca. 83 000 konsultasjoner årlig.

Realiseres forventede effekter som følge av implementering av medisinsk avstandsoppfølging i henhold til skissert implementeringstakt, vil dette i stor grad bidra til å redusere veksten i poliklinisk aktivitet inne på sykehuset. Det er viktig å merke seg at dette ikke tilsvarer en reduksjon i totalt antall konsultasjoner, da en andel av de 20 % som ikke møter opp på poliklinikken fortsatt må vurderes av en sykepleier eller en lege, men da basert på egenregistrering evt. supplert med en telefon- eller videokonsultasjon. Imidlertid er det nærliggende å tro at innebygd logikk i de digitale løsningene vil bidra med klinisk beslutningsstøtte, noe som igjen vil redusere behovet for manuelle kliniske vurderinger i mange av tilfellene<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> Regional Utviklingsplan 2035, Helse Sør-Øst

<sup>7</sup> NPR tall distribuert fra HSØ RHF

<sup>8</sup> Eksempel på dette er teknologien levert av Checkware som VVHF har tatt i bruk på Nevrologisk avdeling, der en andel av besvarelsene fra egenregistreringen blir «grønne» og således ikke blir vurdert av en klinker.

## Gevinster ved innføring av avstandskompenserende teknologi

### *Reduksjon i ressursbruk*

En omlegging i driften fra oppmøte til telefon- og videokonsultasjon forventes å gi en betydelig reduksjon i ressursforbruk med tilhørende reduksjon i kostnader. En studie gjennomført av den danske kreftforeningen undersøkte endring i kostnad ved poliklinisk oppfølging av pasienter med lunge- og prostatakreft som følge av implementering av TelePROM (PROM=Patient Reported Outcome Measures). Data for tre ulike avdelinger viste en gjennomsnittlig reduksjon i kostnader på mellom 55% og 64%<sup>9</sup>. Telefon- og videokonsultasjoner kan gjennomføres mer effektivt, klinisk personell har tilgang på data fra pasientene i forkant og kan dermed spisse konsultasjonene, og systematisk oppgaveglidning f.eks. fra lege til sykepleier og annet helsepersonell kan gjennomføres. I sum gir dette redusert samlet kostnad per konsultasjon.

### *Reduksjon i transportkostnad*

En reduksjon i oppmøtekonsultasjoner vil medføre bortfall av reise med tilhørende refusjon av reisekostnader. Imidlertid er andelen av samlede transportkostnader som er knyttet til polikliniske oppmøter relativt begrenset, noe som medfører at foretaket ikke kan regne med noen vesentlige økonomiske gevinster som følge av dette. På den annen side er 90 % av samlede transportkostnader knyttet til primærhelsetjenesten. Gitt at tiltak i tilknytning til medisinsk avstandsoppfølging også gir en reduksjon i oppmøter hos fastleger, er det nærliggende å anta en betydelig samlet besparelse her.

### *Reduksjon i arealkostnader*

Det er ikke funnet studier som har målt effekter på reduksjon i lokalkostnader som følge av innføring av denne teknologien. Samtidig antas det å være en sammenheng mellom økning i konsultasjoner med bruk av teknologien, og redusert behov for rom til konsultasjoner ved oppmøte. Det vil arbeides videre med denne antagelsen i forbindelse med at nye løsninger planlegges implementert.

## Ikke prissatte gevinster ved avstandskompenserende teknologi

De ikke prissatte gevinstene er primært knyttet til bortfall av konsultasjoner ved oppmøte, en vesentlig økning i bruk av video- og telefonkonsultasjoner, samt en mer hensiktsmessig ressursbruk som følge av oppgaveglidning. Dette vil frigjøre kapasitet som igjen vil være en vesentlig faktor for å håndtere veksten fremover.

I analysen gjennomført av PA Consulting har man sett nærmere på hva implementering av egenregistreringer vil kunne bety for samlet tidsbruk. Eksemplet under tar utgangspunkt i 100 polikliniske epilepsikonsultasjoner og viser en reduksjon i tidsbruk på ca. 40 %<sup>10</sup>. (forutsetter uendret eller bedre kvalitet):

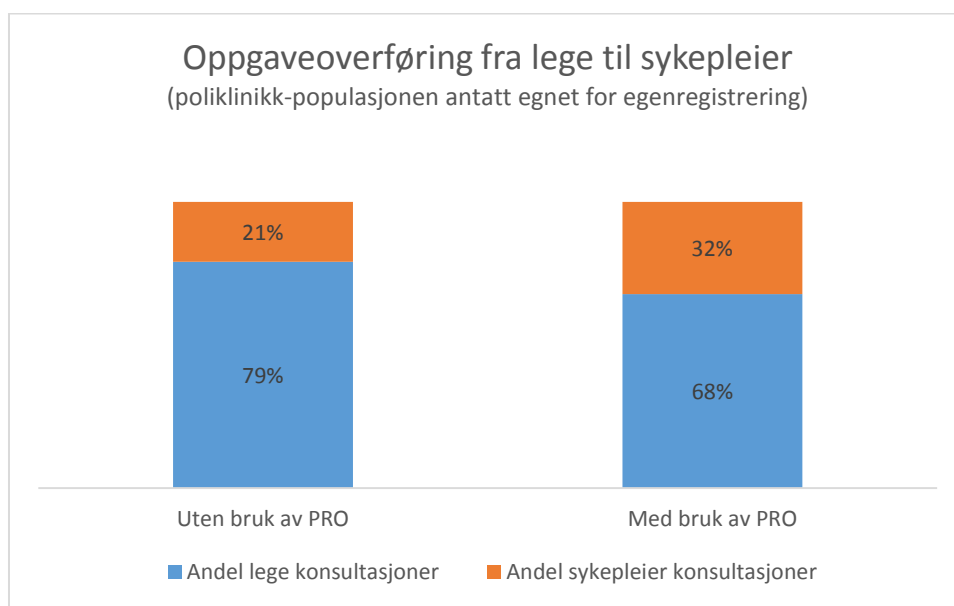
Hva	Fra		Til	
	Antall (andel)	Tid	Antall (andel)	Tid
Egenregistrering	0	0	48 (48%)	4 timer
Telefonkonsultasjon	20 (20%)	5 timer	32 (32%)	8 timer
Oppmøte	80 (80 %)	33 timer	15 (15%)	7,5 timer

<sup>9</sup> Klinisk anvendelse af Patient Reported Outcome Measures (PROM) – en evalueringsrapport, Kræftens Bekæmpelse, 2016, S.71.

<sup>10</sup> ANALYSE AF PATIENTRAPPORTEREDE OPLYSNINGER (PRO) Hovedrapport, 2. mars 2015, s. 16.

Telefon og oppmøte	0	0	5 (5%)	3,4 timer
<b>Total tid brukt</b>	<b>100 (100%)</b>	<b>38 timer</b>	<b>100 (100%)</b>	<b>23 timer</b>

I tillegg til redusert tid brukt pr pasient/ konsultasjon innebærer omleggingen en overføring av oppgaver fra leger til sykepleiere. I samme eksempel fra Danmark håndterer legene i tradisjonell oppfølging 90% av de pasientene som møter på poliklinikken (8 av 10). Ved bruk av pasientrapporterte data supplert med telefon/ videokonsultasjon møter kun 15 % av pasientene fysisk på poliklinikken. Av disse håndteres 75% av lege. Det innebærer en markant reduksjon i antall konsultasjoner ved oppmøte gjennomført av leger, mens man samtidig ser en forholdsvis stor økning i egenregistreringer og telefonkonsultasjoner som håndteres av sykepleiere. Her vil potensialet variere mellom ulike pasientgrupper, figuren under viser gjennomsnittlig endring i konsultasjoner samlet for seks ulike fagområder<sup>11</sup>



Erfaringene så langt med bruk av egenregistrering for epilepsipasienter ved nevrologisk avdeling i VVHF viser en tilsvarende effekt, der epilepsisykepleier nå håndterer alle innkomne besvarelser i «1. linje», og vurderer hvorvidt pasienten trenger kontakt med nevrolog, enten via telefon eller ved oppmøte på nevrologisk poliklinikk. En annen effekt av dette er bortfall av oppgaver hos kontorpersonalet, der de nå ikke setter opp ordinære kontroller på poliklinikken.

### **Kostnader i fbm avstandskompenserende teknologi**

Innføring av avstandskompenserende teknologi er forbundet med både investerings- og driftskostnader. Investeringskostnader er for eksempel installasjon av videoløsninger i sykehus og/eller tilpasning av polikliniske rom. Egenregistreringer som f.eks. i epilepsiprojektet bruker elektroniske skjemaer som har en kostnad per innsendt skjema. Finansiering av utstyr innen sensorteknologi som brukes av pasientene utenfor sykehus er ikke avklart, men det forventes at utstyret kan blir vurdert som behandlingshjelpemidler som skal dekkes av foretakene.

<sup>11</sup> Data for astma, epilepsi, cellegift, prostatakreft, revmatoid artritt og kronisk nyresvikt. Kilde: ANALYSE AF PATIENTRAPPORTERTE OPLYSNINGER (PRO) Hovedrapport, 2. mars 2015.

### 4.3.3. Videomøter mellom ansatte i VVHF

Data fra Norsk helsenett viser at VVHF har økt antall elektroniske møter fra 150/måned til 342 møter/måned. VVHF har 66 videorom og planlegger å øke kapasiteten ytterligere i inneværende år. Det er ingen tvil om at dette reduserer både reisekostnader og tid til reise.

Samtidig viser regnskapet kun en marginal reduksjon i reisekostnader i perioden 2017-2019. Gevinstrealisering må ses i sammenheng med endring i mange ledd, hvis det skal gi noen målbar effekt. Vekst i videomøter har åpenbart ikke vært tilstrekkelig. Det handler ikke om teknologien. Mange virksomheter har greid å redusere reisekostnader betydelig gjennom systematisk bruk av samme teknologi. Eksempelvis har Statens vegvesen og Forskningsrådet rapportert om betydelige gevinster i tilsvarende prosjekter. I begge disse eksemplene har kravet vært tydelig på at videomøter skal erstatte reiser.

### 4.3.4. Realisering av gevinster ved innføring av ny teknologi

Innføring av ny teknologi forventes å gi gevinster gjennom blant annet mer effektiv utførelse av arbeidet og bedre tilgang til styringsinformasjon. Gevinstberegninger tilknyttes hvert innføringsprosjekt i planleggingsfasen. Gevinster må ses opp mot kostnader til anskaffelser, implementering og fremtidig forvaltning av nye løsninger. For å sikre realisering av gevinster må det settes på tverrfaglige team med ansatte fra linje og stab i innføring av nye løsninger. Det er en forutsetning at det settes tydelige mål til gevinstrealisering for hvert innføringsprosjekt. Gevinstene må forankres i de enheter som forventes å oppnå ressursbesparelser eller økt kvalitet.

Program for medisinsk avstandsoppfølging koordinerer aktiviteter for innføring av nye tjenester innen egenregistrering, videokonsultasjoner og sensormålinger. Programmet følges opp av fagdirektør og teknologidirektør, og gjennomføres i tett samarbeid med Sykehuspartner. I 2019 innførte VVHF muligheten for egenregistrering av egen helsetilstand for epilepsipasienter. Det er utviklet en gevinstmodell som testes ut på denne tjenesten. I løpet av 2020 vil tjenesten breddes til nye pasientgrupper.

Fra ØLP 2020 – 2023 ble det lagt til grunn følgende gevinstrealisering:

Tiltak (TNOK)	2020	2021	2022	2023
Avstandskompenserende teknologi		2 000	2 000	2 000
Innføring av helselogistikk		3 000	3 000	
Digital utsendelse av brev - HSØ		4 000		

Disse gevinstene er målsatte og foreløpig ikke konkretisert i prosjekter. Effektene av ny teknologi vil i hovedsak oppnås gjennom effektivisering av arbeidet tid, i tillegg til kvalitative gevinster. Målsatte gevinster må derfor ses i sammenheng med de gevinster som er beskrevet over i kapitlet om prosjektavhengige gevinster NSD, samt innføring av ARP.

### Risiko

De største risiko-områdene er:

- Tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i innføringsprosjektene.
- Uklare mål knyttet til gevinstrealisering, samt manglende forankring i operative enheter.

- Forsinkelser i innføringen av regionale prosjekter og/ eller leveransekapasitet hos Sykehuspartner HF.

#### 4.4. Profesjonalisering av innkjøp

Opprettelsen av Sykehusinnkjøp HF skal bidra til økt effektivisering av innkjøp i spesialisthelsetjenesten ved samordning av anskaffelser og bedre ressursutnyttelse. Innkjøpsavdelingen i VVHF utøver bestillerrollen ovenfor Sykehusinnkjøp for ytterligere profesjonalisering av innkjøp i VVHF.

Innkjøpsavdelingen er pådriver for innovasjon av produkter og tjenester i anskaffelser. Det skal bidra til at VVHF kan tilby fremtidsrettede helsetjenester, som ivaretar kvalitet i pasientbehandlingen, god pasientsikkerhet og likeverdige helsetjenester. Gjennom innkjøpsarbeidet får helseforetaket økt forutsigbarhet for at utstyr, materiell og tjenester leveres til rett tid, kostnad og kvalitet. Innkjøpsavdelingen arbeider aktivt for at arbeids- og miljøforhold stadig forbedres hos leverandører ved å styrke oppslutningen om etisk handel. I samarbeid med fagmiljøene skal innkjøpsavdelingen, gjennom fokus på livssyklus-kostnader, være en pådriver for at anskaffelser i VVHF er miljøvennlige og bærekraftige.

VVHF har ansvar for å følge opp en rekke kontrakter som serviceavtaler, supportavtaler, leieavtaler, leasingavtaler og lokale innkjøpsavtaler. Frem til 2020 har ikke VVHF hatt system for kontraktsadministrasjon. En konsekvens av dette har vært at flere avtaler ikke har blitt fulgt opp, og det kan ha vært påført unødvendige kostnader. VVHF har derfor nylig inngått kontrakt om for kjøp og implementering av kontraktadministrasjonsverktøy, for ytterligere kontroll på avtaler og profesjonalisering av innkjøpsområdet.

Lover, forskrifter og retningslinjer ligger til grunn for alt arbeid Innkjøpsavdelingen utfører.

Innkjøpsavdelingen er nylig omorganisert for å styrke gevinstrealiseringen i foretaket gjennom kategoristyring. Dette betyr at kategoriansvaret er fordelt for å bidra til økt standardisering av produkter og tjenester gjennom sortimentsstyring, avtalelojalitet og effektiv implementering av produkter og tjenester. Kategoriansvarlig er i tett dialog med fag, de interne produktrådene, samt regionale produktsrådsmedlemmer. Kategorioppfølging er iverksatt i tillegg til de oppgavene avdelingen utfører i klinikkoppfølging, hvor det er mer overordnet fokus på avtalelojalitet, systemlojalitet, analyser og forbedringsarbeid.

Satsingsområdene til innkjøpsavdelingen for 2020-2023 er følgende:

- Behandlingshjelpemidler, herunder diabetes.  
Stor variasjon i pumper og forbruksmateriell som benyttes  
Tiltak er analyser som synliggjør forskjellene og systematisk arbeid i 2020 for økt standardisering  
Forventet økonomisk effekt i 2020-2021
- Behandlingshjelpemidler, herunder engangs infusjonspumper til behandling av pasienter i hjemmet  
Leveres via apotek  
Har ikke vært gjennomført anbudskonkurranse

Miljøaspekt bør vurderes

Apotek kjøper til pasient og fakturerer Behandlingshjelpemidler med påslag

Tiltak er å gjennomføre anbudskonkurranse på området samt ta kontroll på transporttjenesten (se nedenfor)

Forventet økonomisk effekt i 2021

- Medisinske forbruksvarer, herunder sårbehandling  
Ny anskaffelse av sårbehandlingsprodukter i gang hvor også forebyggingsprodukter blir vurdert  
Implementering i 2021  
Forventet økonomisk effekt er unngåelse av økte kostnader ved å beholde tilsvarende priser som i 2019, grunnet økt valuta i EUR og USD mot NOK.
- Utprøving av sårprodukter  
Bandasjer for protesekirurgi som er superabsorberende, forventet økonomisk gevinst er 35 % reduksjon i pris sett opp mot dagens produkt  
Bandasjer for forebygging av liggesår. Forventet gevinst er økt kvalitet i pasientbehandling og redusert liggetid på sykehus.  
Forventet økonomisk effekt i 2021
- Medisinske forbruksvarer, herunder ernæringsdrikker  
Kjøper i dag fra apotek, er vesentlig dyrere enn direkte kjøp på avtale  
Tiltak er å lagerføre egnet sortiment og endre bestillingsrutinene  
Økonomiske effekter er 41 % lavere pris på samme produkter  
Forventet økonomisk effekt i 2020
- Medisinske forbruksvarer, herunder Klorhexidin produkter  
Konkurransesatt området  
Ny avtale inngått hvor økonomisk effekt er 29 % reduksjon i pris på tilsvarende produkt  
Forventet økonomisk effekt i 2020
- Kirurgiske produkter, herunder artroskopiprodukter  
Konkurransesatt området  
Ny avtale inngått hvor økonomisk effekt er 19 % reduksjon i pris på tilsvarende produkt  
Forventet økonomisk effekt i 2020
- Transporttjenester  
Ingen avtale foreligger i dag  
VVHF har behov for transport av kostbare tjenester (hjemmedialyse på grunn av mye utstyr, engangs infusjonspumper) i tillegg til enklere transport  
Tiltak er kartlegging av nåværende kjøp av transporttjenester før igangsettelse av anbudskonkurranse  
Potensialet for økonomiske gevinster vil konkretiseres etter kartlegging av nåværende kjøp  
Forventet økonomisk effekt i 2021

Det arbeides med å se på andre områder for å avdekke mulige besparelser- og/eller kvalitetsforbedringer på innkjøpsområdet.

Høykostnadsmedisiner er beskrevet under pkt. 4.5 og omhandles derfor ikke her.

## Effekter

Effekten av det planlagte arbeidet på innkjøpsområdet er, tillegg til reduserte kostnader, økt sikkerhet i pasientbehandling og likeverdige tjenester. Samordning av praksis i klinikkene kan i visse tilfeller også medføre økte kostnader om alle klinikker tilslutter seg en praksis med dokumentert bedre helseeffekt som godtgjør økte kostnader. Verdien av en enhetlig praksis vil uansett være ensartede prosedyrer og enklere gjennomføring av samarbeid mellom klinikkene, både i opplæringsammenheng og ved eventuelle behov for bistand mellom klinikkene i forbindelse med sykefravær og/ eller ulike effekter av høysesong.

## Tiltak for realisere effektene

For å kunne realisere effekter er det nødvendig med standardisering av ulike prosedyrer og metoder i VVHF. Dette krever at ulike fagområdene organiseres i faggrupper som jevnlig møtes og avstemmer metodikk og valg av produkt. Fagmiljøene fra sykehusene må være involvert i anbudsprosesser. Det er en forutsetning at avtaler som er inngått følges av alle klinikkene.

## Økonomiske resultater

Analysegrunnlagene for arbeidet på innkjøpsområdet er ikke kommet så langt at det er mulig å angi økonomiske resultater av alle tiltakene. Dette vil innarbeides i planen fortløpende når det kommer på plass, og arbeidet for realisering iverksettes. Tabellen nedenfor viser estimerte økonomiske effekter for de tiltak som er analysert så langt.

Tiltak (TNOK)	2020	2021	2022
Innkjøpsområdet	3 177	4 368	4 618

## Risiko

Realisering av tiltakene forutsetter avtalelojalitet. I enkelte tilfeller vil effekter først realiseres om alle klinikker innfører ensartede prosedyrer. Om nye produkter krever vesentlig omlegging av rutiner/ prosedyrer kan det medføre risiko for realisering.

## 4.5. Rutiner for medikamentbytter

Kostnader til legemidler er en betydelig utgiftspost. Det omfatter både legemidler som gis pasienter i sykehus og legemidler som pasientene administrerer selv hjemme (H-resept-medikamenter). De legemidlene som pasientene administrerer hjemme, er foreskrevet dels av våre egne leger, dels av leger ved andre sykehus og avtalespesialister. Helseforetakene overtar stadig flere av legemidler som pasientene bruker hjemme. Det, samt nye legemidler gjør at kostnadene øker årlig.

Sykehusinnkjøp forvalter samarbeid om innkjøp av legemidler finansiert av helseforetakene (LIS-avtaler). VVHF har en farmasøyt i Sykehusapotekene som er LIS-kontakt. LIS-kontakten er også medlem av legemiddelkomiteen i VVHF. Sykehusinnkjøp arrangerer LIS-konferanser innen en del områder, hvor fagfolk fra VVHF deltar, i tillegg til de spesialistgruppene i LIS-samarbeidet hvor VVHF har spesiell kompetanse.

De administrerende direktørene i helseregionene har vedtatt å benytte anbefalingene fra spesialistgruppene i LIS som instruks i egne helseforetak. Rimeligste alternativ blant de ulike



alternativene skal benyttes. Dersom det ikke kan benyttes av medisinske grunner, skal det begrunnes i pasientens journal.

Innkjøpsavtalene for legemidler inngås ofte for ett eller to år. En del avtalene har medført betydelige kostnadsreduksjoner, særlig når patenter på legemidler har gått ut. Det er derfor viktig å få implementert nye avtaler raskt. Enkelte fagmiljøer i VVHF, spesielt revmatologisk avdeling, og legemiddelkomiteen har i en del sammenhenger vært pådriver for dette. Det er imidlertid identifisert at tettere oppfølging kan gjøre gevinstene større. Foretaket har derfor i 2019 etablert et utvalg for høykostmedisin som skal sikre rask implementering av nye avtaler og sørge for at oppfølgende styringsinformasjon blir tilgjengelig for ledelsesnivåene.

Medikamentene inngår i ordningen med innsatsstyrt finansiering. Kostnadsreduksjoner for medikamenter vil derfor på sikt føre til mindre inntekter, men det er positiv økonomisk effekt en periode.

### **Effekter**

Medikamentbytter til rimeligere medikamenter gir positiv økonomisk effekt med samme kvalitet i behandlingen.

### **Tiltak for realisere effektene**

Gruppe for høykostmedisin følger opp nye LIS-avtaler i samråd med fagmiljøene. Oppfølging av resultater i foretaksledelsen. Sykehusapotekene gjør medikamentbytter i samråd med klinikkene for medikamenter som benyttes i sykehus. For pasientadministrerte byttes ved nye resepter, eller tidligere hvis besparelser er betydelige. Oppfølging også mot andre sykehus og avtalespesialister som utsteder resepter for våre pasienter.

### **Økonomiske resultater**

Oppsummert økonomiske effekter:

Tiltak (TNOK)	2020	2021	2022
Medikamentkostnader	15 000	10 000	10 000

### **Risiko**

Kostnadsreduksjoner er avhengig av at LIS-avtaler medfører bedre priser. Det kreves at fagmiljøene både i og utenfor foretaket følger anbefalingene.

## **4.6. Logistikk og vareforsyning**

I perioden 2016 – 2017 ble det foretatt en kartlegging av logistikkfunksjonene i sykehusene tilknyttet vareforsyning fra sentrallagrene, sterilsentral, tekstiler, matforsyning, avfallshåndtering mv. Prosjektgruppen avla rapport i januar 2018 med anbefalinger til iverksettelse av tiltak for å samordne en rekke av disse tjenestene i sykehusene. Rapporten ble lagt på vent i påvente av innføring av regional ERP og beslutning om innføring av avdelingspakker for vareforsyningen.

Høsten 2019 startet «Logistikkprosjektet Vestre Viken HF» med mandat å iverksette

anbefalingene om omfatter samordning av funksjoner og arbeidsprosesser innenfor logistikk på de somatiske sykehusene i VVHF.

VVHF er fortsatt i prosess med å endre vareforsyningen til avdelingspakke leveranser fra HSØ Forsyningscenter og dermed (delvis) avvikle egne sentrallager på de fire somatiske sykehusene i helseforetaket. Innføring av avdelingspakke leveranser medfører vesentlige endringer av arbeidsprosessene tilknyttet vareforsyningen på det enkelte sykehus. Regionalt ERP-system som ble innført i VVHF høsten 2018, forutsetter bruk av logistikkmedarbeider og avdelingspakke leveranser til sykehusene. Avdelingspakke leveranser ble innført på Bærum Sykehus våren 2019. Oppstart for Drammen Sykehus var høsten 2019. Utrulling ved Ringerike og Kongsberg er planlagt frem mot sommeren 2020.

### **Effekter**

Effekter som oppnås ved prosjektet, er frigjorte ressurser som følge av samordning av tjenestene. Det vil medføre en mer effektiv ressursbruk i gjennomføringen av ulike logistikkoppdrag i sykehusene.

Innføring av avdelingspakke medfører dessuten frigjorte arealer til sentrale varelager, da forsyningene kommer direkte til postene i sykehusene. Innføring av avdelingspakke og etablering av logistikkmedarbeidere ved avdelingene underletter arbeidet til helsepersonell med bestillinger, varemottak og organisering av avdelingslagre.

### **Tiltak for realisere effektene**

«Logistikkprosjekt Vestre Viken HF» skal gjennomføre og implementere de anbefalinger og råd som er beskrevet og definert i «Sluttrapport logistikkprosesser VVHF 1.0». Prosjektet er organisert med ekstern prosjektleder og en styringsgruppe bestående av klinikkdirektør Interne servicetjenester, økonomidirektør, representanter fra tillitsvalgte og vernetjenesten, samt representanter fra klinikkene tilknyttet etableringen ved respektive klinikk.

### **Økonomiske resultater**

Omorganisering, effektivisering og optimalisering av funksjoner og arbeidsprosesser har et forventet gevinstpotensial som samlet utgjør 5,3 MNOK årlig i reduserte personalkostnader for de prosessene som er kartlagt. Inkludert i dette er effektiviseringsgevinster som oppnås som følge av innføring av avdelingspakke, mens frigjorte lokaler ved nedbygging/ nedleggelse av sentrallagrene er ikke beregnet. Det pågår arbeid for å kartlegge frigjort tid for helsepersonell. Anslagsvis vil denne gruppen redusere sin tid benyttet til håndtering av bestilling, varemottak og lageradministrasjon med ca 40%. Denne tiden vil imidlertid fordele seg utover arbeidsdagen og uken og er vanskelig å hente ut direkte gjennom redusert bemanning. Det må likevel antas at effekten er økt tid til pasientbehandling og ledelse. Det er videre kvalitative gevinster tilknyttet systembruk som kan forventes å underlette arbeidet ved regnskapsavdelingen.

<b>Tiltak (TNOK)</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Logistikkprosjektet	2 650	2 650

## Risiko

Risikoen ligger i ressurser til gjennomføring av alle tiltak innenfor prosjektplanen som løper til 30.06.2020.

### 4.7.Rehabilitering

En del pasienter har behov for spesialisert rehabilitering som gjøres i sykehus og i private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med Helse Sør-Øst. Andre har behov for kommunale rehabiliteringstjenester. VVHF er det foretaket som har det høyeste forbruket av privat spesialisert rehabilitering i Helse Sør-Øst. Pasienter henvises til disse tilbudene dels fra våre egne sykehus og dels fra fastleger hvor søknader vurderes av «Regional koordinerende enhet» ved Sunnaas sykehus. Det er betydelig variasjon i forbruket mellom våre sykehus og mellom kommunene i opptaksområdet for VVHF.

Det er viktig at pasientene får optimal rehabilitering. Det er grunn til å tro at VVHF kan redusere forbruket av spesialisert rehabilitering nærmere nivået til andre helseforetak, og dermed frigjøre ressurser til annen pasientbehandling. Foretakene trekkes for kostnader til privat spesialisert rehabilitering gjennom inntektsfordelingsmodellen i Helse Sør-Øst basert på gjennomsnittlig forbruk av de siste tre år. Økonomiske effekter kommer således i ettertid.

VVHF har i 2019 startet et arbeid med riktig bruk av rehabiliteringsressursene. Arbeidet fortsetter i 2020. Tiltakene er:

- Felles rutiner for henvisning til privat spesialisert rehabilitering mellom internt i foretaket
- Dialog med de private rehabiliteringsinstitusjonene om riktig bruk av tilbudene
- Dialog med kommunene om riktig behandlingsnivå
- Dialog med fastleger om henvisning til spesialisert rehabilitering
- Dialog med Helse Sør-Øst om bedre styringsdata og eventuell lokal vurdering av søknader til spesialisert rehabilitering

#### Økonomiske resultater

Kostnader til privat spesialisert behandling trekkes fra basisrammen til foretakene i inntektsmodellen basert på historikk for de siste tre årene. Effekt av redusert bruk kommer således gradvis og i ettertid. Den økonomiske effekten er basert på en bruk av disse ressursene på nivå med de to andre foretakene i HSØ som sammen med VVHF benytter mest, Akershus universitetssykehus og Sykehuset Innlandet.

Tiltak (TNOK)	2021	2022	2023	2024
	5 000	10 000	10 000	10 000

## Risiko

Avtaler om spesialisert rehabilitering med private institusjoner inngås av Helse Sør-Øst RHF, bruk således avhengig av hvilke avtaler som inngås. VVHF har ikke kontroll over bruk fra fastleger mv.

## 4.8. Gjestepasientkostnader

Gjestepasientkostnader er en betydelig utgiftspost for foretaket. En betydelig del av disse er knyttet til pasienter som har behov for regionale tjenester ved Oslo universitetssykehus. Det er imidlertid også en god del pasienter som kunne få behandling hos oss, som velger annet behandlingssted. Det gjelder særlig pasienter fra Asker og Bærum som benytter tilbud i Oslo av historiske og praktiske grunner. Arbeid med å øke egendekning har to aspekter:

- Etablere tilbud på områder VVHF ikke har i dag
- Få flere av pasientene i vårt opptaksområde å benytte tilbudene i VVHF

Etablering av nye tilbud er faglig utviklende. For at det skal ha økonomisk effekt, må kostnadene for behandling i eget foretak være lavere enn gjestepasientkostnadene. Det må vurderes i de enkelte tilfellene.

VVHF sender også en del spesialanalyser innen laboratoriefag til andre laboratorier. Her gjøres også en vurdering av å sette opp disse analysene selv.

### Effekter

Behandling av pasienter med samme kvalitet. Reduserte gjestepasientkostnader. Reduserte kostnader til laboratorieanalyser. Raskere prøvesvar kan gi mer effektiv pasientbehandling.

### Tiltak for å realisere effektene

I forbindelse med arbeidet med budsjett 2020 er det etablert en arbeidsgruppe som utreder muligheter for å øke egendekning. Arbeidet vil pågå utover våren 2020.

### Økonomiske resultater

Oppsummert økonomiske effekter

Tiltak (TNOK)	2021	2022	2023	2024
Reduserte gjestepasientkostnader	5 000	5 000	5 000	5 000

### Risiko

Fritt sykehusvalg innebærer en risiko. Forutsetning for positiv økonomisk effekt er at pasientene kan behandles i eget foretak til lavere kostnad enn gjestepasientkostnaden. Ekstern motstand mot desentralisering av funksjoner.

## 4.9. Arbeid med sykehus i nettverk

Klinikkene Kongsberg sykehus og Drammen sykehus har i flere år hatt samarbeid innen bløtdelskirurgi, nefrologi, onkologi og nyfødtdmedisin. I løpet av de siste årene har det blitt utviklet et tettere samarbeid, spesielt innen ortopedi og øre-, nese-, hals-sykdommer. Dette har gitt bedre utnyttelse av de samlede ressursene i de to klinikkene med økonomisk gevinst. Samarbeidet mellom klinikkene skal videreutvikles gjennom etablering av

faggrupper på tvers for bedre samordning. Samordning av sommerferieavvikling er et område som spesielt vil bli vurdert.

Nettverkssamarbeid bør videreutvikles mellom alle fire sykehusene i VVHF. Samarbeid i nettverk vil kunne styrke mindre fagmiljøer som f.eks. endokrinologi, hematologi eller nefrologi. Det kan være fornuftig å samle disse mindre fagmiljøene, men da under forutsetning at fagpersonene er tilgjengelig for alle sykehus i VVHF. Til dels er det nødvendig med ambulering av helsepersonell. Bruk av videokonferanser mellom helsepersonell skal brukes i økende grad.

Utdanning av legespesialister etter revidert spesialistutdanning vil kunne styrkes om deler av utdanningen forgår i et VVHF nettverk. Eksempler er felles undervisning på video og rotasjons- eller hospiteringsordninger.

Fra ØLP 2020 – 2023 var det lagt til grunn følgende gevinstrealisering

Tiltak (TNOK)	2020	2021
Bedre utnyttelse av samlet kapasitet	5 000	5 000

#### 4.10. Beste praksis med reduksjon av utilsiktede hendelser og reduksjon av uønsket variasjon

Det er dokumentert at standardisering av arbeidsprosesser og reduksjon av uønsket variasjon fører til færre utilsiktede hendelser. Beste praksis er kunnskapsbasert, og innebærer at alle følger nasjonale retningslinjer, felles fagprosedyrer, forbedrer arbeidsprosesser, og at pasientene er medvirkende både i utvikling av tjenestene og i egen behandling. Bruk av nasjonale kvalitetsregistre og systematisk bruk av styringsdata brukes til benchmarking.

Det kan dokumenteres at det å trene og arbeide i tverrfaglige kliniske team og lære av hverandre, gir økt pasientsikkerhet. Etablering av faglige nettverk på tvers av klinikker og avdelinger i VVHF vil kunne bidra til en mer standardisert praksis og en reduksjon av uønsket variasjon.

Det er internasjonalt godt dokumentert at andel pasientskader ligger mellom 15 og 20 %. Det er beregnet at 30-50 % av disse kan forhindres. Samtidig viser styringsdata i VVHF at det er variasjon mellom klinikkene i andel reinnleggelser av pasienter, andel pasienter i korridor, forekomst av reoperasjoner, og i liggetid.

Det er god grunn til å styrke arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet gjennom systematisk forbedringsarbeid for å redusere utilsiktede hendelser og reduksjon av uønsket variasjon. Kontinuerlig forbedring og forbedringsmodellen er valgt som metodikk for forbedringsarbeid i hele VVHF. Systematikken i forbedringskunnskap kan brukes til alt fra små forbedringsarbeid til store organisatoriske endringsprosjekter. Metodikken kan også brukes til å identifisere forbedringsområder. Forbedringskunnskap bruker gode statistiske metoder (SPC) som gir data i sanntid. Forbedringsmodellen er forskningsbasert. Metoden stimulerer til teamarbeid og mobiliserer hver enkelt ansatt til å engasjere seg i forbedring av egen

praksis. Større forbedringsarbeid på tvers av klinikker og avdelinger bør organiseres som læringsnettverk.

### **Effekter**

Systematisk og langsiktig innsats for å redusere utilsiktede hendelser og uønsket variasjon vil føre til bedre behandlingsresultater, økt pasientsikkerhet og mer fornøyde pasienter. Dette vil gi økonomisk gevinst både for VVHF og samfunn. For å oppnå effekter må arbeidsprosesser og pasientforløp forbedres. Systematisk forbedringsarbeid skal føre til:

- Økt pasienttilfredshet
- Redusert forekomst av reoperasjoner
- Redusert antall reinnleggelser
- Gode behandlingsresultater
- Kortere liggetid
- Reduksjon av overbelegg og korridorpasienter
- Trygg utskrivning og sikre overganger mellom behandlingsnivåer
- Redusert forekomst av sykehusinfeksjoner
- Tidlig identifisering av forverret tilstand og forebygging av sepsis
- Reduksjon i unødvendige sykehusopphold
- Standardiserte arbeidsprosesser

### **Tiltak for å realisere effekter**

Et ekstra liggedøgn på sykehus koster et sted mellom 15000 og 25000 NOK om man regner med støttefunksjoner som intensivsenhet og operasjonsenhet. En infeksjon i forbindelse med en operasjon medfører ofte mange ekstra liggedøgn. I tillegg kan det være nødvendig med en reoperasjon som er en belastning og risiko for pasienten, men også en kostnad for sykehuset og samfunnet for øvrig.

I perioder har sengepostene i VVHF stort overbelegg. Overbelegg er en risiko for pasientsikkerheten i tillegg til at overbelegg medfører en risiko for korridorpasienter og økte variable lønnskostnader. Overbelegg på sengepostene kan reduseres med tiltak innen flere faser i et pasientforløp. God kommunikasjon med helsepersonell i primærhelsetjenesten, f.eks. fastlegene, legevakt og sykehjem, kan føre til at pasienten ikke trenger å sendes til et akuttmtak. Gode arbeidsprosesser og rutiner i akuttsløyfene er viktig for rask avklaring av pasientens situasjon og iverksetting av behandling. Dette vil korte liggetider, og bidra til at flere pasienter kan reise hjem uten innleggelse.

Det er forskjell i hyppigheten av reinnleggelser på de fire sykehus i Vestre Viken HF. Analyser har vist at VVHF kunne redusere i overkant av 3000 liggedager årlig om alle sykehusene vil ha en reinnleggesrate som tilsvarer reinnleggesraten på Bærum sykehus.

I videre arbeid vil det bli vurdert en rekke tiltak som hver for seg kan påvirke flere effekter:

- Overføre deler av døgnbehandling til dag- og poliklinisk behandling og oppfølging der dette er mulig.
- Øke kapasitet for polikliniske nyhenvisninger ved å overføre polikliniske kontroller fra sykehusene til fastlegene.

- Tilrettelegge for brukerstyrte poliklinikker der dette er egnet. Andre har vist at det fører til redusert behov for poliklinikktimer, og dermed økt kapasitet til behandling av flere pasienter.
- Ta i bruk ny teknologi som medisinsk hjemmeoppfølging. Pasientene kan følge opp og monitorere egen behandling med veiledning fra sykehuset ved hjelp av sensorteknologi og / eller egenregistrering av helsestatus og uten oppmøte på poliklinikk
- Forbedre arbeidsprosesser og pasientforløp etter kartlegging av hvilke faktorer som påvirker overbelegg, herunder kartlegging av reinnleggelser, forsinket utskrivelse av pasienter, forsinkede avklaringer om behandling etc. Kartleggingene brukes som grunnlag for forbedringsarbeid.
- Gjennomføring av alle elementer i «Trygg utskrivning». God informasjon ved utskrivning av pasientene er viktig for forløpet etter sykehusopphold. Pasient, pårørende og helsepersonell i kommunehelsetjenesten må ha informasjon om sykehusoppholdet, medikamenter og komplikasjoner som kan oppstå.

Tiltakene gjennomføres ved at klinikkene etablerer tverrfaglige og kliniske team og fagnettverk som sammen definerer innsatsområder og gjennomfører forbedring av arbeidsprosesser og pasientforløp. Teamene bruker sanntidsdata som styringsinformasjon i arbeidet. Teamenes forbedringsarbeid følges opp i linjen.

#### **Eksempler på forbedringsarbeid:**

##### *Reduksjon av infeksjoner og reoperasjoner ved ortopedisk kirurgi*

Det ortopediske miljøet ved Drammen sykehus har gjennomgått hyppigheten av dype infeksjoner etter ortopediske operasjoner og deretter innført en tiltakspakke som har ført til en betydelig reduksjon i forekomsten av postoperative infeksjoner. Ingen av de mer enn 1750 pasienter som er elektivt operert med protese på Drammen eller Kongsberg sykehus siden oktober 2018 har fått en dyp infeksjon forårsaket av gule stafylokokker. Gule stafylokokker utgjorde tidligere over halvparten av alle dype infeksjoner.

Reoperasjoner innen ortopedisk kirurgi medfører betydelige kostnader, spesielt ut fra et samfunnsperspektiv. Det er etablert et ortopedisk fagnettverk i VVHF som består av avdelingssjefene/avdelingsoverlegene ved de tre ortopediske avdelingene i VVHF, og som samarbeider om tiltak som skal føre til en reduksjon av forekomsten av infeksjoner og hyppigheten av reoperasjoner.

##### *Intensivkapasitet*

VVHF har intensivavdelinger med ulik størrelse på alle fire somatiske sykehus. Denne spredningen av intensivkapasitet er knyttet til annen aktivitet i sykehusene.

Intensivavdelinger er kostbare driftsenheter, og det er behov for bedre oversikt over faktisk bruk av kapasiteten. Det er også behov for å utrede bedre og mer kostnadseffektive løsninger i forbindelse med avvikling av ferier og høytidsperioder.

Det skal settes ned et faggruppe som skal se på standardisering i rapportering av kapasitetsutnyttelse, like rapporteringsrutiner i Norsk intensivregister, og løsninger for samdrift i lavaktivitetsperioder. Analyser har vist at en del av pasientene som behandles i en intensivsenhet, ikke har behov for intensivbehandling, men at pasienten er likevel for syk til å

bli behandlet på en sengepost. Faggruppen skal kartlegge om det er ulike kriterier for bruk av intensivkapasiteten, og i hvilken grad intermedisærseger kan bidra til å behandle pasienter på riktig nivå.

Reduksjon av uønskede hendelser vil gi både bedre pasientbehandling og gi økonomiske gevinster ved kortere liggetider, færre reinnleggelser mv. De økonomiske gevinstene vil derfor ikke direkte henføres til eget område, men ligge til grunn for gevinstuttak på andre områder. Det er likevel beregnet et forsiktig direkte gevinstuttak som grunnlag for videre arbeid.

Fra ØLP 2020 – 2023 var det lagt til grunn følgende gevinstrealisering

Tiltak (TNOK)	2020	2021
Bedre utnyttelse av samlet kapasitet	5 000	5 000

#### *Ikke finansielle effekter*

Etablering av beste praksis kan gi bedre pasientbehandling. Behandlingen kan ha en bedre virkning, bidra til bedre pasientsikkerhet og/eller bidra til at pasienten oppnår økt livskvalitet (f.eks. økt mobilitet). Den kan gi effekter som f.eks. bedre pasientopplevelse og/eller gunstig effekt på pasientens økonomi (f.eks. kortere sykmelding eller mindre tapt arbeidsinntekt). Effektene må også ses i et større perspektiv hvor man også inkluderer effekter på samfunnet som f. eks. arbeidsproduktivitet eller folkehelse.

## 5. Nullpunkt for måling

Den økonomiske analysen som fulgte forprosjektrapporten tok utgangspunkt i aktivitets- og bemanningsnivået ved inngangen til 2018, driftsresultat og planlagte investeringer. For å vurdere prosjektets nåverdi og bærekraft, samt VVHF's økonomiske bæreevne, ble framtidig resultat- og likviditetsutvikling for hele foretaket modellert for en periode tilsvarende forventet levetid for NSD. Det skal nå etableres et oppdatert nullpunkt for måling av resultatoppnåelse i de kommende årene. For NSD tar dette utgangspunkt i bemanning og aktivitet slik at det også kan ses opp mot kapasitetsforutsetningene for det nye sykehuset. Det vises til kapittel 3 for mht aktivitets- og bemanningsfremskrivningen for NSD. For VVHF for øvrig følges kun de økonomiske resultatene. Tilpasninger i forholdet til aktivitets- og bemanningsvekst ligger i de årlige tiltak i budsjett, samt i strategisk plan for foretaket samlet.

### 5.1. Forutsetninger om EBITDA<sup>12</sup> utvikling i forprosjektrapporten NSD

I forprosjektrapporten for NSD, delrapport økonomi, ble det presentert en utvikling på EBITDA-marginen fra ca. 5,2 % i 2018 til ca. 9,5 % ved innflytting i 2025 for den delen av virksomheten som er berørt av nytt sykehusbygg. Utviklingen drives hovedsakelig av at foretaket mottar en høyere basisramme enn tidligere, en forutsetning om at foretakets lønnskostnadsnivå holdes relativt konstant fram til innflytting, samt at kostnader ved

<sup>12</sup> EBITDA = resultat før avskrivninger og nedskrivninger, finansposter og skatt



mottaksprosjektet og innflytting bortfaller i 2025. Aktivitetsveksten i perioden innebærer at det må gjennomføres betydelig effektivisering for at kostnadsnivået skal kunne realiseres.

Foretakets lønnskostnadsnivå forventes å være forholdsvis stabil frem til innflytting som følge av en forventning om bedret produktivitet i pasientbehandlingen, i tillegg til tilpasninger til ny drift i NSD, jf kapitel 3 overfor.

Utviklingen i EBITDA-margin etter innflytting påvirkes av flere forhold som oppstår i forbindelse med etablering av virksomheten i det nye bygget:

- **Ikke-byggnær IKT:** I byggeperioden har prosjektet gjennomført en investering i ikke-byggnær IKT på 736 millioner kroner. Denne investeringen eies av Sykehuspartner og faktureres NSD over 10 år gjennom økt tjenestepriis på IKT-tjenester. Dette gir en økt IKT-kostnad i perioden 2026 til 2035.
- **Negativ gevinst knyttet til etablering av stråleterapi:** 2026 blir første operative år for stråleterapienheten i nytt sykehus. Driftskostnadene for enheten forventes å være høyere enn driftsinntektene, spesielt i etableringsfasen. Dette påvirker marginen negativt.
- **Gevinst knyttet til FDVU<sup>13</sup>-kostnader:** Etter innflytting erstattes dagens eiendomskostnader av framtidig beregnede LCC<sup>14</sup>-kostnader. Det forventes at de framtidige FDVU-kostnadene er noe lavere i nytt sykehus som følge av mer effektiv bygningsmasse, noe som gir en kostnadsreduksjon. Dette påvirker marginen positivt.
- **Gevinst knyttet til reduksjon av administrativt personell:** Det nye sykehuset tilrettelegger for en mer effektiv bemanning av administrative kontortjenester. Dette gir en varig gevinst som reduserer lønnskostnader i nytt sykehus sammenlignet med tidligere. Gevinsten er forutsatt fullt realisert fra 2027.
- **Aktivitetsvekst for PHR og Medisinsk Service:** For alle områder, unntatt medisinsk service, er det forutsatt stabil vekst i perioden fra innflytting og frem til 2038. For PHR er det lagt til grunn en lav vekst i NSD i perioden. Dette skyldes forventninger om beskjeden vekst i sykehuspsykiatrien. For Medisinsk Service er aktivitetsveksten redusert relativt mye etter 2030. Redusert vekst for de to områdene bidrar positivt på EBITDA-marginens utvikling.

Samlet medfører endringene at EBITDA-marginen opprettholdes på rundt 9 % fra innflytting fram til 2035, til tross for en årlig ikke-byggnær IKT-kostnad på 73,6 millioner kroner. EBITDA-marginen stiger til litt over 10 % når ikke-byggnær IKT er ferdig nedbetalt i 2035. I perioden 2030 til 2038 faller marginen noe som følge av at effektiviseringsraten reduseres mot en langsiktig sats på 0,5 % etter innflytting. Noe løpende effektivisering opprettholdes siden vekst ikke fullfinansieres i helsesektorens finansieringsregime, og det derfor er nødvendig å effektivisere for å opprettholde driftsmargin. Fra 2038 er marginen konstant på ca. 10 %.

For VVHF for øvrig er vekst og effektiviseringsmålene fra ØLP 2018 videreført i forprosjektrapporten. Av figuren nedenfor fremkommer utvikling i EBITDA-margin både for

<sup>13</sup> FDVU = forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av bygningsmassen

<sup>14</sup> LCC = livssyklus-kostnader (summen av investeringskostnad og alle kostnader til forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling i bruksfasen av et bygg eller anlegg)

NSD, VVHF for øvrig og foretaket samlet. Figuren viser også en betydelig marginvekst i den øvrige virksomheten i VVHF. Hovedårsaken er forutsetningene som er lagt for effektivisering i lys av aktivitetsvekst. I tillegg er det som for NSD tildelt økte basisinntekter som følge av endringer i inntektsmodellen. Det er i beregningene ikke tatt høyde for økt inntektsfordeling til VVHF som følge av antatt skjevfordeling av finansieringen av psykiatrien i forhold til hovedstadsområdet.

Marginutviklingen er noe høyere i første del av planperioden i VVHF for øvrig som hovedsakelig skyldes at det ikke vil pågå planlegging og gjennomføring av tilsvarende flytteprosess som i NSD. Marginen er jevnt stigende og stabiliserer seg rundt 9 % fra 2026.

EBITDA	2 018	2 019	2 020	2 021	2 022	2 023	2 024	2 025	2 026	2 027	2 028	2 029	2 030
EBITDA-margin (Øvrige)	5,22 %	6,23 %	6,49 %	7,19 %	7,42 %	7,69 %	7,42 %	7,64 %	8,89 %	8,98 %	8,85 %	8,89 %	8,70 %
EBITDA-margin (NSD)	5,21 %	6,27 %	6,16 %	6,24 %	5,94 %	5,76 %	6,94 %	9,41 %	8,41 %	8,76 %	8,90 %	9,03 %	8,97 %
EBITDA-margin	5,22 %	6,25 %	6,34 %	6,77 %	6,76 %	6,84 %	7,21 %	8,42 %	8,68 %	8,88 %	8,87 %	8,95 %	8,82 %

## 5.2. Faktisk EBITDA utvikling

Forprosjektrapporten forutsatt en EBITDA på hhv 6,27% for NSD og 6,23% for øvrig virksomhet i VVHF i 2019, samlet 6,25%.

Den faktiske EBITDA i 2019 er som følger:

Resultat 2019	Annet			SUM
	NSD	virksomhet	Fellesområdet	VVHF
Andel av fellesområde	43 %	57 %		
Sum inntekter	- 3 092 098	- 3 971 925	- 2 813 231	- 9 877 255
Fordelt inntekter fellesområdet	- 1 209 690	- 1 603 542	2 813 231	
<b>Sum inntekter inkl fordelt felles</b>	<b>- 4 301 788</b>	<b>- 5 575 467</b>		<b>- 9 877 255</b>
<b>EBITDA (minus = positiv)</b>	<b>81 822</b>	<b>32 701</b>	<b>- 669 933</b>	<b>- 555 410</b>
Fordelt fellesområde	- 288 071	- 381 862	669 933	
<b>EBITDA (minus = positiv) inkl. fordelte felles</b>	<b>- 206 249</b>	<b>- 349 161</b>		<b>- 555 410</b>
<b>EBITDA prosent</b>	<b>4,8 %</b>	<b>6,3 %</b>		<b>5,6 %</b>
Korrigert for vedlikeholdskostnader BRK	- 41 280	- 54 720		- 96 000
<b>Sammenlignbar EBITDA</b>	<b>- 247 529</b>	<b>- 403 881</b>		<b>- 651 410</b>
<b>EBITDA prosent</b>	<b>5,8 %</b>	<b>7,2 %</b>		<b>6,6 %</b>

Den samlede EBITDA er noe lavere enn forutsetningen fra forprosjektrapporten. Et viktig element i dette er at vedlikeholdskostnader er betydelig økt som følge av BRK prosjektet. Dette utgjør om lag 96 MNOK i 2019. I forutsetningene for ØLP i forprosjektrapporten ble dette behandlet som investering. Korrigert for vedlikeholdsandelen tilknyttet BRK vil den samlede EBITDA for VVHF være 6,6 %, dvs en god del bedre enn forutsatt, dvs. om lag 34 MNOK. Det er viktig å bemerke en ytterligere endring i forutsetningene for den fremtidige EBITDA utviklingen. I forprosjektrapporten var det lagt til grunn kapitalisering av nytt sykehusbygg fra 1.1.2025. Ved rapportering av ØLP 2020 – 2023 var kapitaliseringen flyttet til 1.1.2016. Dette ga ett år mer med sparing inn mot nytt bygg og derav noe lavere press på resultatene i årene som kommer. Dette medførte også at VVHF raskt kunne tilpasse seg nye forutsetninger for finansiering av investeringer med finansielle leasingavtaler innenfor en maksimal grense på 2 % av omsetningen uten å redusere investeringsnivået.

I beregningen overfor er fellesområdet fordelt på hhv NSD og øvrig virksomhet basert på forutsetningen i forprosjektrapporten. Denne modellen er det ønskelig å gå bort fra i den videre oppfølgingen. En rendyrking av de berørte avdelinger i hhv NSD og VVHF for øvrig vil forenkle den fremtidige oppfølgingen av resultatutviklingen. Dette vil da følge dagens rapporteringsmodell. EBITDA utvikling vil dermed ikke kunne måles sammenlignet med tabellen fra forprosjektrapporten i fremtiden. Av den grunn etableres en ny nullpunktsmålning basert på faktiske tall 2019. Den videre oppfølging vil da relateres til realisering av gevinstplaner og planlagte tiltak for å sikre økonomisk bærekraft i tråd med forutsetningene for foretakets egenfinansiering både av NSD og investeringer og vedlikehold i den øvrige delen av virksomheten.

Det er foretatt en sammenstilling av resultatutviklingen pr fagområdet i NSD fra underlaget for forprosjektrapporten til den faktiske resultatutviklingen. Sammenstillingen baseres på faktiske driftskostnader og driftsinntekter og fordelt basis.

Område	2019 i NSD		Faktisk 2019	Faktisk ift prisjustert estimat (+ = pos)
	prosjekt-rapport	2019 estimat prisjustert		
Medisin	- 61 397	- 79 005	- 69 943	9 062
Kirugi	37 846	29 452	33 894	4 442
AIO	- 231 143	- 248 843	- 241 420	7 423
Øre/nese/hals	- 15 102	- 18 979	- 10 932	8 047
Nevrolog/revmatologi/habilitering - EKS HAB	- 44 779	- 50 523	- 33 643	16 880
Barn/ungdom	- 75 889	- 85 202	- 64 407	20 796
Gyn/føde	- 2 141	- 7 662	2 479	10 140
Ortopedi	104 815	131 341	102 270	- 29 071
Fysio- og ergoterapi, sosio, mm.	- 13 835	- 14 972	- 12 569	2 403
Akuttmttakk	- 56 389	- 61 182	- 55 117	6 065
ØYE - opprinnelig i KIR (NY fom 2019)	5 641	3 517	- 2 301	- 5 818
Administrasjon, stab og merkantile pers.	- 101 468	- 108 191	- 163 975	- 55 784
Physisk helse og rus	- 574 828	- 617 359	- 606 082	11 277
Medisinsk service - lab, pat og bilde	- 211 379	- 233 310	- 230 811	2 499
Intern service- og forsyningstjenester	- 63 019	- 66 847	- 101 797	- 34 950
NVVS prosjekt administrasjon			- 8 442	- 8 442
Eiendomskostnader NSD - LCC og Lier	- 164 814	- 173 130	- 151 697	21 434
Basisramme direkteført NSD	1 507 783	1 608 249	1 532 597	- 75 652
SUM NSD direkteført inntekter/(kostnader)	39 902	7 354	- 81 895	- 89 249

Det er til dels vesentlige avvik i oppnådde resultater pr avdeling. Dette henger i stor grad sammen med resultatutviklingen siden 2017 som framskrivningen av 2019- tallene i NSD prosjektrapport bygger på. Endringer i DRG vekter og -indeks, prisjustering DRG, endringer i budsjettprinsipper, samt rammefordelinger påvirker også tallene. Helt overordnet er avvikene sammenlignbare med de faktiske resultatene som er oppnådd pr avdelinger i respektive Drammen Sykehus og PHR i årene 2018 og 2019. Mottaksprosjekt NSD inngikk i felleskostnader i forprosjektrapporten og ble fordelt som felleskostnader.

I det videre arbeidet med gevinstrealisering og tiltak for å sikre økonomisk bærekraft vil faktiske resultat 2019 (eller budsjett 2020) danne grunnlaget for nullpunktsmålningen.

### 5.3. Fremtidig EBITDA utvikling

Basert på dagens omsetning vil en EBITDA margin som forutsatt i forprosjektrapporten i 2025 gi et økonomisk resultat på 832 MNOK - dvs en forbedring på om lag 180 MNOK i forhold til dagens EBITDA. Dette gir et perspektiv på de resultatforbedringer som må skje i perioden frem til overtakelsen av det nye sykehuset. En framskrivning av omsetning og resultat vil gjøres i forbindelse med utarbeidelsen av ØLP for perioden 2021 – 2024.

Resultat 2019	NSD	Annet virksomhet	SUM VVHF
Andel av fellesområde	43 %	57 %	
<b>Sum inntekter inkl fordelt felles</b>	<b>- 4 301 788</b>	<b>- 5 575 467</b>	<b>- 9 877 255</b>
<b>Beregnet EBITDA 2025</b>	<b>- 404 863</b>	<b>- 426 209</b>	<b>- 832 021</b>

Krav til resultatforbedring (%-vis EBITDA utvikling) er høyere for den del av virksomheten som skal inn i nytt sykehus enn øvrige deler av VVHF. Dette relateres til de prosjektavhengige gevinstene som oppnås for den delen av virksomheten som etableres i nytt sykehus.

Kapitel 3 og 4 ovenfor omhandler forventede gevinster i tilknytning til de tiltak som planlegges iverksatt i perioden frem til 2025 og videre i forbindelse med etableringen av virksomheten i den nye sykehusbygget.

## 6. Oppfølging av resultatoppnåelse

Underlaget fra kapitel 5 overfor vil danne grunnlaget for etablering av et nullpunkt. De gevinstplaner og tiltak for å sikre økonomisk bærekraft som er omtalt under kapitel 3 og 4, er dedikert dels til konkrete avdelinger og dels til mer overordnede tiltak som vil fordeles når planene for realisering er brutt ned på enkeltavdelinger og områder. Dette vil danne konkrete resultatmål på hver enkelt avdeling, på NSD, og på VVHF som helhet for de kommende årene.

I forbindelse med utarbeidelsen av økonomisk langtidsplan (ØLP) for årene 2021 – 2024 (2036) vil framskrivning av økonomiske resultater bygges opp på avdelingsnivå for NSD, og på klinikknivå for resterende deler av VVHF. Det vil ikke gjøres fordeling av fellesområdet eller felleskostnader i dette underlaget. Gevinstplaner og tiltak vil således innarbeides i framskrivningsunderlagene og etablere mål for respektive enhet. I forhold til aktivitetsutvikling vil dette følges opp år for år mot forutsetningene for kapasiteten som er beregnet i det nye sykehusbygget, som omtalt under del 3 overfor.

ØLP vil rapporteres for foretaket samlet. Det er foretakets samlede resultatutvikling som er viktig for å sikre at VVHF oppnår kravet til egenfinansiering av NSD, i tillegg til å sikre BRK-prosjektet og øvrige investeringer. Framskrivning på avdelingsnivå vil kun legges til grunn for foretakets egen oppfølging av respektive ansvarsområder, samt for rapportering til styret og HSØ for å dokumentere faktisk gevinstrealisering og resultatoppnåelse. Det vil videre være

et underlag for driftsavtaler med klinikkene for å sikre ansvarliggjøring på det nivået der realisering faktisk skal finne sted. En slik forankring vil først bli gjort når tiltakene er konkretisert og akseptert av respektive leder som er ansvarlig for realiseringen.

## Vedlegg

Vedlegg 1 Fremdriftsplan mottaksprosjektet NSD

Vedlegg 2 Handlingsplan Aktivitetsstyrt Ressurs Planlegging

# UTKAST





Dato: 17. februar 2020

Saksbehandler:

## Saksfremlegg

### Fullmakter i Vestre Viken HF – signaturrett og prokura

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte	6/2020	24.02.2020

### Forslag til vedtak

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

Drammen, 17. februar 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør



## Bakgrunn

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

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

Signaturrett og prokura skal registreres i foretaksregisteret i Brønnøysund.

## Saksutredning

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

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

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

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

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

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

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

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

## Administrerende direktørs vurderinger

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

Vedlegg:

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

## Eieroppnevnte styremedlemmer i styrene for helseforetakene i Helse Sør-Øst med funksjonstid fra 26. februar 2020 til februar 2022:

### *Styret i Akershus universitetssykehus HF*

Styreleder	Morten Dæhlen	NY som styreleder
Nestleder	Anne Sissel Faugstad	NY
Styremedlemmer	Sylvi Graham	Gjenvalg
	LEDIG	NY
	Hanne Tangen Nilsen	Gjenvalg

### *Styret i Oslo universitetssykehus HF*

Styreleder	Gunnar Bovim	Gjenvalg
Nestleder	Anne Kari Lande Hasle	NY
Styremedlemmer	Tore Eriksen	Gjenvalg
	Nina Tangnes Grønvold	Gjenvalg
	Svein Stølen	Gjenvalg

### *Styret i Sunnaas sykehus HF*

Styreleder	Christel Kvam	NY
Nestleder	Eva Bjørstad	NY som nestleder
Styremedlemmer	Helge Stene-Johansen	NY
	Saida Ibrahim	NY
	Ole Tjomsland	NY

### *Styret i Sykehusapotekene HF*

Styreleder	Eli Giske	NY
Nestleder	Anne Karlsen	NY som nestleder
Styremedlemmer	Ellen Henriette Pettersen	NY
	Michael Vester	Gjenvalg
	Henrik Schultz	NY

### *Styret i Sykehuset i Vestfold HF*

Styreleder	Per Christian Voss	Gjenvalg
Nestleder	Anne Biering	NY
Styremedlemmer	LEDIG	NY
	Charlotte Haug	Gjenvalg
	Hans August Hansen	Gjenvalg

### *Styret i Sykehuset Innlandet HF*

Styreleder	Torill B. Ressem	NY
Nestleder	Torbjørn Almlid	NY
Styremedlemmer	Torunn Aas Taralrud	NY
	Daniel Haga	Gjenvalg
	Ivar Gladhaug	NY

**Styret i Sykehuset Telemark HF**

Styreleder	Per Anders Oksum	Gjenvalg
Nestleder	Kine Jordbakke	NY
Styremedlemmer	Nils Kristian Bogen	Gjenvalg
	Per Kristian Voss	NY
	Turid Ellingsen	NY

**Styret i Sykehuset Østfold HF**

Styreleder	Torbjørn Almlid	NY
Nestleder	Petter Brelin	Gjenvalg
Styremedlemmer	Carl-Morten Gjeldnes	NY
	Maren Kyllingstad	NY
	Gro Seim	Gjenvalg

**Styret i Sykehuspartner HF**

Styreleder	Morten Thorkildsen	Gjenvalg
Nestleder	Nina Mevold	NY som nestleder
Styremedlemmer	Bjørn Atle Bjørnbeth	NY
	Hege Gjessing	NY
	Eivind Gjerdal	Gjenvalg

**Styret i Sørlandet sykehus HF**

Styreleder	Bjørn Walle	NY som styreleder
Nestleder	Hanne Falck-Fladmark	NY
Styremedlemmer	Sunniva Withaker	NY
	Einar Hysing	NY
	LEDIG	NY

**Styret i Vestre Viken HF**

Styreleder	Siri Hatlen	NY
Nestleder	Margrethe Snekerbakken	Gjenvalg
Styremedlemmer	Robert Bjerknes	NY
	Geir Kåre Strømmen	Gjenvalg
	Bovild Tjønn	Gjenvalg

**Instruks for styret**

**Vestre Viken HF**

**2018 -2020**

## **1. Innledning**

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

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

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

## **2. Hovedmålsetting for styrearbeidet**

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

## **3. Styremedlemmenes rettigheter og plikter**

Styrets medlemmer har ansvar for alle saker.

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

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

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

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

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

### **Habilitet**

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

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

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

### **Taushetsplikt**

Forvaltningslovens bestemmelser om taushetsplikt gjelder for styrets arbeid.

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

### **Styreansvarsforsikring**

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

## **4. Hvilke saker skal styret behandle**

### **Hovedoppgaver**

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

Styrets hovedoppgaver er knyttet til:

#### *1. Medisinsk og helsefaglig kvalitet og tjenesteinnhold*

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

#### *2. Strategi og mål*

Styret har ansvar for Vestre Viken HF's strategiske utvikling

#### *3. Organisasjon og ledelse*

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

#### *4. Tilsyn med foretakets virksomhet og drift*

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

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

### **Virksomhetsstyring**

Styret skal påse at Vestre Viken HF styrer og kontrollerer virksomheten for å forebygge, forhindre og avdekke svikt. Dette omfatter internkontroll som ledelsesverktøy for å sammenfatte systemer, prosesser og rutiner som gjennomføres. Internkontrollen skal gi:

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

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

### **5. Struktur for styrearbeidet**

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

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

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

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

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

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

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

Vestre Viken HF's årsberetning, årsregnskap, økonomisk langtidsplan og budsjett skal alltid behandles i møte.

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

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



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

## **6. Innkalling til styremøte**

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

## **7. Styremøtene**

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

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

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

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

## **8. Protokoller**

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

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

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

## **9. Informasjon fra styremøtene**

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

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

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



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

**Instruks for administrerende direktør**

**Vestre Viken HF**

**2018 -2020**

### **1. Formål med instruksen**

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

### **2. Overordnet rolleavklaring**

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

Administrerende direktør forestår den daglige ledelsen av foretaket og har gjennomføringsansvar i virksomheten.

Administrerende direktør har ansvar for at virksomheten drives i samsvar med foretakets formål, vedtekter, årsbudsjett, foretaksmøtets avgjørelser, instruksjer og andre retningslinjer, samt aktuelle lover og forskrifter.

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

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

### **3. Administrerende direktørs myndighet**

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

Administrerende direktør i Helse Sør-Øst har, som ledd i oppfølging av Vestre Viken HF, rett og plikt til direkte innsyn i og oppfølging av driften i helseforetaket og administrasjonen, jf. helseforetaksloven § 37.

Den daglige ledelsen omfatter ikke saker som etter foretakets forhold er av uvanlig art eller av stor betydning. Administrerende direktør plikter å forelegge saker av slik natur for styret.

Administrerende direktør kan i helt spesielle hastesituasjoner fatte vedtak i slik sak. I slikt tilfelle skal styrets leder umiddelbart informeres.

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

### **4. Administrerende direktørs oppgaver**

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

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

Forøvrig tilkommer oppgaver som følger naturlig av helseforetaksloven § 37.

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

### **Virksomhetsstyring**

Administrerende direktør skal sørge for at foretaket etablerer og gjennomfører intern styring og kontroll av virksomheten for å forebygge, forhindre og avdekke svikt.

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

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

Intern styring og kontroll må tilpasses virksomhetens risiko og egenart. Risiko må derfor identifiseres, analyseres og kontrolleres (risikostyring). Administrerende direktør har ansvar for å etablere et forsvarlig internkontrollsystem og å holde styret tilstrekkelig orientert.

### **Informasjon til styret**

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

I alle ordinære styremøter skal administrerende direktør gi styret skriftlig rapport om situasjonen i Vestre Viken HF.

Rapporten skal inneholde både økonomiske og ikke-økonomiske forhold, herunder ha et spesielt fokus på kvalitet og pasientsikkerhet, aktivitet, innhold og effektivitet.

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

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

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

### **Kontroll og regnskap**

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

### **Rapportering**

#### *Årlig melding*

Administrerende direktør skal utarbeide bidrag fra Vestre Viken til den årlige meldingen styret i Helse Sør- Øst plikter å levere til Helse og omsorgsdepartementet i henhold til helseforetaksloven § 34.

#### *Årsberetning og årsregnskap*

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

### **Saksforberedelse - styremøter**

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

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

Administrerende direktør skal sørge for å holde styret informert om viktige beslutninger som gjøres av ledelsen innenfor den daglige ledelse.

Administrerende direktør skal rapportere fremdrift i planer og informere om eventuelle avvik til styret.

Administrerende direktør skal sørge for at alle styremedlemmer får den samme informasjon til samme tid.

Administrerende direktør utarbeider forslag til årsplan for styret.

Administrerende direktør kan kreve at styret sammenkalles.

### **Foretaksmøtet**

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

### **Representasjon**

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

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

### **Lederfora og lederkompetanse**

Administrerende direktør har et overordnet ansvar for at det drives gode lederutviklingsprosesser innenfor foretaket.

### **Samarbeid med andre**

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

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

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

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

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

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

### **Informasjon og samfunnskontakt**

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

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

### **Helse, miljø og sikkerhet**

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

### **Organisering**

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

### **Fullmakter**

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

## **5. Resultatkrav og evaluering av administrerende direktør**

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

Vestre Viken

# Delegerte fullmakter i Vestre Viken 2019

Delegasjoner gitt av administrerende direktør

Lisbeth Sommervoll  
01.01.2019



## Innhold

Delegerte fullmakter i Vestre Viken .....	0
1. Innledning .....	1
1.1. Formål .....	2
1.3. Avgrensning .....	3
2. Fullmaktsområder .....	4
2.1. Juridiske fullmakter .....	4
2.2. Økonomiske fullmakter .....	5
2.3. Innkjøpsfullmakter .....	5
2.4. HR fullmakter .....	6
3. Overholdelse av fullmaktene .....	6
3.1. System for administrasjon av fullmaktene .....	6
4. Definisjoner og begrepsbruk .....	7
4.1. Bakgrunnsdokumenter for dokumentet <i>Delegerte fullmakter i Vestre Viken</i> .....	8
Matrise 1 - Beløpsgrense for økonomiske fullmakter med unntak av investeringer .....	9
Matrise 2 - Juridiske fullmakter .....	10
Matrise 3 - Økonomiske fullmakter .....	12
Matrise 4 - Innkjøpsfullmakter .....	16
Matrise 5 - HR fullmakter .....	18

## **Delegerte fullmakter i Vestre Viken**

Ledelsen er helt avhengig av den enkelte medarbeiders gode skjønn, sunne fornuft og vilje til å ta ansvar i daglig drift. Det hjelper lite om Vestre Vikens ledelse vedtar et fullmaktsreglement hvis dette ikke følges. Det kan være lett å tenke at feil/misligheter «ikke skjer hos oss». Statistikken forteller noe annet, nemlig at dette kan skje på alle arbeidsplasser.

Konsekvensene av en feilvurdering kan bli betydelige, både samfunnsøkonomisk og for omdømmet til Vestre Viken.

Dette dokumentet handler både om å håndtere en delegert fullmakt på formelt riktig måte, og hvor viktig det er for den enkelte å ta ansvar, ha oversikt over rammene og erkjenne risikoen for feil. Dersom du er i tvil må du ta opp saken opp med nærmeste leder.

## 1. Innledning

Administrerende direktør har rett og plikt til å opptre på vegne av Vestre Viken i saker som hører til driften av helseforetaket, innenfor gjeldende lov- og regelverk. Helseforetaksloven m.fl. regulerer Vestre Vikens forskjellige roller som sykehus, forsknings/utdanningsinstitusjon, arbeidsgiver, offentlig myndighetsorgan og/eller forretningspart. Vestre Viken er også bundet av Helse og omsorgsdepartementets krav som overordnet helsemyndighet. Helse Sør Øst som eier gir konkrete føringer for daglig drift i vedtekter, instruks for styret, instruks for administrerende direktør og i oppdragsdokumentet. Helse Sør Øst kan instruere administrerende direktør i enkeltsaker i foretaksmøtet.

I styrets [instruks til administrerende direktør](#) er administrerende direktør gitt følgende fullmakt, i medhold av helseforetaksloven § 37:

- Representere foretaket utad i saker som inngår i den daglige ledelse; herunder å tegne foretakets firma
- Begjære påtale på vegne av foretaket
- Avgi og motta søksmål, samt opptre på vegne av foretaket i saker for domstolene

Av loven følger disse begrensningene for administrerende direktørs myndighet:

Den daglige ledelsen omfatter ikke saker som etter foretakets forhold er av <sup>1</sup>*uvanlig art eller av stor betydning*. Slike saker kan daglig

---

<sup>1</sup> Må vurderes etter hva som er vanlig praksis. Det må gjøres en konkret vurdering i forhold til hvor vide fullmakter daglig leder har. Selv om en sak i seg selv synes å være av uvanlig art eller av stor betydning, kan den ligge innenfor daglig leders

leder/administrerende direktør bare avgjøre når styret i den enkelte sak har gitt myndighet til det, eller dersom styrets beslutning ikke kan avventes uten *vesentlig ulempe* for foretakets virksomhet. Styret skal i så fall snarest underrettes om saken.

### "Vesentlig ulempe"

Administrerende direktør i Vestre Viken er gitt en hastekompetanse i saker som er av uvanlig art eller stor betydning. Dersom det vil medføre ulempe eller skade for Vestre Viken å vente på styrets behandling, kan administrerende direktør dermed treffe avgjørelsen. Ulempen ved å utsette må først veies opp mot ulempen ved at styret ikke får vurdert saken selv. Saker av vesentlig betydning skal i alle tilfelle forelegges departementet, jamfør helseforetaksloven § 30.

Innenfor disse rammene kan administrerende direktør fordele myndighet og tildele fullmakter i organisasjonen. Den overordnede fullmakten kan dermed delegeres nedover i linjen, så langt loven eller eiers instruksjoner ikke er til hinder for det. Oversikt over fullmaktene er nødvendig. Det bidrar til effektiv intern styring og kontroll, skaper forutsigbarhet, legger til rette for god oppfølging og kan forebygge uregelmessigheter. Fullmaktene tydeliggjør den enkeltes ansvar for/rett til å handle på foretakets vegne, og gir trygghet for at vedkommende holder seg innenfor sine rammer.

Administrerende direktør har på denne bakgrunn delegert myndighet til ansatte med definerte roller, jamfør fullmaktmatrisen. Matrisens formål er å bidra til forsvarlig drift ved å sørge for at ansatte har

---

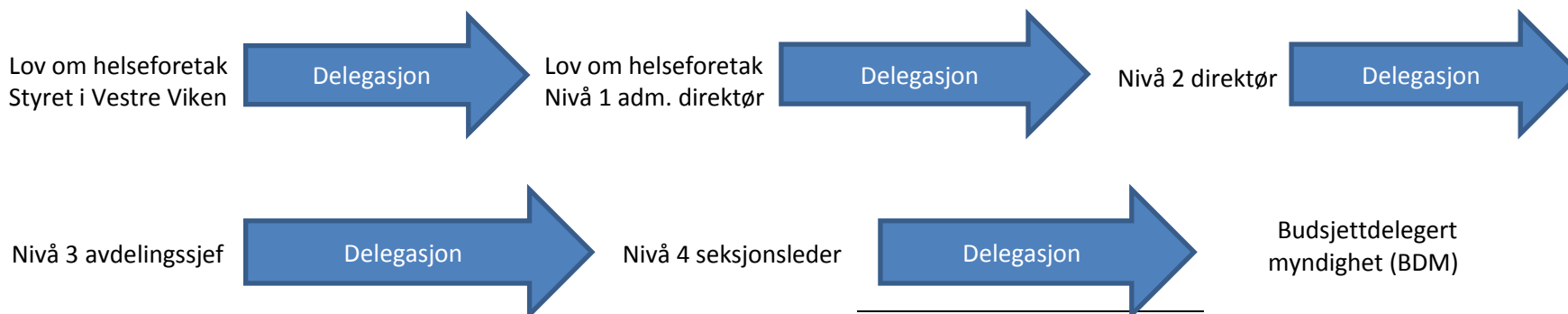
kompetanseområde, dersom det går klart fram av foretakets budsjett hvilke avgjørelser foretaket skal ta.

oversikt over delegerede fullmakter. Dette er igjen en forutsetning for effektiv styring og kontroll. Behovet for klare kommandolinjer og ansvarsforhold ivaretas ved at den som delegerer en fullmakt alltid kan trekke denne tilbake.

Fullmaktene i matrisen forutsettes kjent av alle ansatte som er berørt av den. Kvaliteten på matrisen skal sikres gjennom løpende vedlikehold. Dette inkluderer arkivering av historikk, slik at det i ettertid er mulig å gjenfinne hvem som hadde en bestemt fullmakt når.

### 1.1. Formål

Vestre Vikens administrerende direktør delegerer i dette dokumentet fullmakter nedover i linjen for å sikre best mulig underbygde beslutninger der enkeltsakene oppstår. Dokumentet viser hvilke generelle fullmakter som er delegert ut. Den viser også laveste mulige myndighetsnivå for delegasjon. Det betyr at alle nivå over laveste mulige myndighetsnivå fortsatt har fullmakten.



### 1.2. Delegasjon internt i Vestre Viken

Begrensninger for videredelegasjon følger av [dokumentet Instruks for administrerende direktør](#).

Styret er øverste organ i Vestre Viken med det alminnelige ansvar for forvaltning av helseforetaket. Overfor styret er administrerende direktør bindeleddet til foretakets administrasjon (daglige ledelse), og har et direkte ansvar for at den er organisert slik at den fungerer hensiktsmessig. Herunder at helseforetaket har en formålstjenlig og helhetlig fullmaktstruktur.

Fullmaktene er gitt ledere individuelt gjennom driftsavtale og i administrerende direktørs delegasjon i Vestre Viken.

Fullmaktene følger budsjettansvarsområdene<sup>2</sup>. Ingen kan fatte beslutninger som innvirker på andre områder enn de en selv har ansvaret for. Er saken av klinikk- eller stabsovergripende art, må beslutningen fattes av involverte direktører og administrerende direktør. Saker av helseforetaksovergripende art besluttes av administrerende direktør.

<sup>2</sup> Se [Vestre Viken mapping](#) i e-håndbok id 12194

Administrerende direktør har som daglig leder det øverste ansvaret, men den daglige ledelsen i Vestre Viken er den samlede innsatsen fra alle lederne.

Administrerende direktør står fritt til å tilbakekalle og gi instruksjoner om utøvelsen både generelt og i enkeltsaker, og til å omgjøre beslutninger i linjen. Fullmakten kan delegeres videre (fig. 1) når det er nødvendig, forsvarlig og det støtter en effektiv myndighetsutøvelse i Vestre Viken. Ingen myndighet kan likevel, delegeres til et lavere nivå enn laveste myndighetsnivå på området i fullmaktmatriksen.

Den som har delegert en fullmakt til en annen, beholder full instruksjonsrett og har et selvstendig ansvar for at fullmakten utøves i tråd med både delegasjonen og fullmaktmatriksen.

Dersom fullmektigen går ut over sin rett, vil Vestre Viken kunne være forpliktet. Saken følges da opp av nærmeste leder.

### 1.3. Avgrensning

Fullmaktene i dette dokumentet gjelder det administrative nivået, primært saker av økonomisk betydning i vid forstand. Saker som faller utenfor er dermed blant annet:

- Saker på styrenivå
- Helsefag og helseadministrasjon
- Utdanning
- Forskning
- Informasjonshåndtering, herunder forholdet til presse/media
- Tilgang til IT-systemer
- Større investeringsprosjekter (Rutiner vedtatt av styret for Helse Sør-Øst RHF, sak 082/2008 er erstattet av 016/2012).

Videre er beslutningsmatriksen for byggeprosjekter i Helse Sør-Øst RHF som fremgår av sak 016-2012, komplettert av styresak 029-2015 "Behandling av utviklingsplaner og byggeprosjekter i Helse Sør-Øst".

## 2. Fullmaktsområder

Fullmaktene i dette dokumentet er delt inn i områdene:

- Juridiske fullmakter
- Økonomiske fullmakter
- Innkjøpsfullmakter
- HR fullmakter

Viktig å huske på:

- Alle transaksjoner relatert til en ansatt, skal godkjennes av leder. Dette gjelder eksempelvis reisekostnader, attestasjon av fakturaer for telefon- og internettutgifter, bestillinger, kurs, timelister, ferieuttak og andre registreringer i GAT og Personalportalen. Dette for å sikre habilitet og redusere muligheten for mislighet.
- Delegerte fullmakter gjelder det enkelte budsjettår.
- Den enkelte fullmakthaver skal forsikre seg om at hun/han ikke går utover sine fullmakter. En fullmakthaver som er i tvil, skal avklare med sin overordnede.
- Fullmaktshaver skal handle til beste for Vestre Viken uten motiver om egen eller andres private vinning.

Enkelte særlig relevante eller nye fullmakter fra fullmaktsmatrisen er omtalt nedenfor.

### 2.1. Juridiske fullmakter

Overordnede juridiske fullmakter i Vestre Viken er:

- Signaturrett
- Prokura
- Inngå driftsavtale med RHF
- Inngå vesentlige avtaler innenfor rammen av den daglige ledelse
- Retts- og prosessfullmakter
- Inngå utenomrettslig forlik med vesentlig økonomisk konsekvens for Vestre Viken
- Beslutninger om erstatning/oppreisning i og utenfor kontraktsforhold
- Politianmelde straffbare forhold

#### Vesentlig avtale

Avtale av stor politisk interesse som kan få betydelig oppmerksomhet også i media er typisk en avtale av prinsipiell, politisk karakter som angår Vestre Vikens omdømme, for eksempel overordnet samarbeid, strategier, oppgavefordeling mellom flere HF og flerårige avtaler.

#### Retts- og prosessfullmakt

Fullmakt til å ta ut stevning/anke, såkalt partsfullmakt, og/eller å inngå rettslig forlik.

Et forlik inngått i retten vil ha rettslig virkning tilsvarende en rettskraftig dom. Saken er da endelig avgjort.

Styret har delegert retts- og prosessfullmakter til administrerende direktør i [instruks av 26.august 2009 punkt 5.6](#). Fullmakten må forstås innenfor prosesslovgivningens grenser og øvrige grenser for

administrerende direktørs fullmakter. Det betyr at retts- og prosessfullmakter delegeres administrerende direktør for de saker som kan regnes som daglig ledelse og drift, med unntak av saker av uvanlig art eller stor betydning. Saker som gjelder retts- og prosessfullmakter skal underlegges juridisk vurdering for å sikre ivaretagelse av rettslige og prosessuelle forhold, ikke minst sikre at absolutte frister overholdes.

#### Politianmeldelse av straffbare forhold

En politianmeldelse er å gi politimyndighetene melding om et mulig straffbart forhold. Det er administrerende direktør i Vestre Viken som har fullmakt til å anmelde straffbare forhold begått mot helseforetaket eller dets ansatte. Av hensyn til oversikt over og formelt korrekte anmeldelser kan fullmakten delegeres. Saken forberedes i den aktuelle avdeling hvor forholdet har oppstått og kvalitetssikres av juridisk kompetanse før saken anmeldes.

#### Utenomrettslig forlik og lignende

Et utenrettslig forlik vil normalt være som en regulær avtale mellom partene (motsatt er rettslig forlik en enighet som er oppnådd mellom partene i en rettstvist).

Fullmakt til å inngå utenomrettslig forlik, godkjenne utbetaling av erstatning i et kontraktsforhold og utbetale erstatning eller oppreisning utenfor kontraktsforhold ligger i utgangspunktet hos administrerende direktør. Ofte skyldes krav om slike utbetalinger uheldige forhold. Det må gjøres til dels kompliserte, juridiske vurderinger av om Vestre Viken a) er rettslig forpliktet, og/eller om b) andre forhold gjør at utbetaling bør/ikke bør gjennomføres. Det bør være mest mulig lik praktisering i Vestre Viken, og juridisk kompetanse bør søkes ved et mulig utenomrettslig forlik. I mindre

vesentlige saker kan myndigheten til å inngå utenomrettslig forlik delegeres i linjen.

## 2.2. Økonomiske fullmakter

Økonomifullmakter omfatter rammene for iverksettelse av disposisjoner som gir foretaket en økonomisk forpliktelse. Rammene setter beløpsmessige grenser, samt fastsetter hvilke disposisjoner som kan iverksettes.

Den overordnede økonomiske rammen er foretakets styrevedtatte budsjett. Det er administrerende direktør i Vestre Viken som har fullmakt til å fastsette detaljert årsbudsjett ut fra styrets budsjettvedtak.

## 2.3. Innkjøpsfullmakter

Innkjøp av varer og tjenester skal følge bestemmelsene beskrevet nedenfor. Det gjelder særskilte retningslinjer og fullmakter for investering- og leieområdet<sup>3</sup>. Generelt gjelder følgende:

- Lov og forskrifter om offentlige anskaffelser, samt andre gjeldende lover og regler.
- Ethvert innkjøp skal være relevant og nødvendig for driften. Det skal kontrolleres at det er dekning for kostnaden i tildelt budsjett og at den er økonomisk forsvarlig, herunder basert på en vurdering av om det foreligger en resultatrisiko for året.

---

<sup>3</sup> [ID-100225 VV Investeringer - beslutninger og gjennomføring](#)  
[ID-100227 VV Leieavtaler](#)

- Ved behov for kjøp over 100.000 NOK (inkl. mva. og livsløpskostnader), som ikke er avrop på en rammeavtale med krav om minikonkurranse, skal saken forelegges innkjøpsavdelingen som vurderer behov for eventuell konkurranseutsetting før avtale kan inngås med Vestre Viken.

## 2.4.HR fullmakter

Ledernes fullmakter på HR-området er omfattende og sentrale for en effektiv ledelse og styring av Vestre Viken. Med arbeidsgiveransvaret utøver lederne også arbeidsgivers styringsrett. Arbeidsgivers styringsrett innebærer at lederen organiserer driften, leder de ansatte, fordeler og kontrollerer arbeidet. Med andre ord bestemmer hvem som skal gjøre hva, når og hvordan. Arbeidsgiver beslutter hvem som skal ansettes for å utføre oppgavene i enheten, og gjør beslutninger ved avslutning av ansattes arbeidsforhold. Fullmaktene på HR-området avspeiler arbeidsgiveransvaret og styringsretten.

I tillegg til den generelle lederfullmakten vil det være nødvendig med en tidsavgrenset engangfullmakt en såkalt stedfortrederfullmakt, eksempelvis i forbindelse med ferieavviklingen og/eller sykdomsperioder. Om lederen på enheten har en formell stedfortreder er denne stedfortreder ved leders fravær. Stedfortreder må være dokumentert.

Det laveste mulige myndighetsnivå er budsjettdelegert myndighet (BDM). Det vil være enhetens kompleksitet, geografiske beliggenhet og antall årsverk som vil være avgjørende for om det er opprettes en BDM. Nivå 3 skal beslutte om det skal opprettes BDM i avdelingen. HR Utvikling er rådgivere i prosessen.

## 3. Overholdelse av fullmaktene

Fullmaktene er forpliktende. Overholdelse følges opp både via en automatisert systemkontroll og gjennom manuelle kontroller/revisjoner. Overtredelse av fullmakt vil kunne få arbeidsrettslige følger. Den som går utover sine fullmakter vil urettmessig kunne forplikte Vestre Viken utad, på tvers av ledelsens ønsker og foretakets policy (legitimasjonsfullmakt). En slik avtale vil kunne medføre erstatningsansvar for Vestre Viken. Den som uaktsomt har medvirket til dette, vil kunne bli stilt økonomisk til ansvar (om avtalen heves eller avtalen medfører forpliktelser av uheldig art for Vestre Viken). Ansatte som mistenker/avdekker brudd på en fullmakt plikter å melde fra til nærmeste leder, eller leder på nivået over. Disse vurderer videre saksgang, herunder hvem som skal informeres og om juridisk kompetanse må innhentes.

Med mindre overtredelsen er bagatellmessig, skal et brudd tas opp med vedkommende i skriftlig form som en advarsel.

### 3.1.System for administrasjon av fullmaktene

Endringer i fullmaktmatrisen vedtas av administrerende direktør i helseforetakets ledermøte. Fullmaktmatrisen er administrerende direktørs instruks for ledelse i Vestre Viken. Justeringer og enkeltendringer vedtas fortløpende når behovet oppstår. Stab Kompetanse i Vestre Viken er eier av dette dokumentet og koordinerer arbeidet med oppdatering.

Se e-håndbok [ID-78528 VV Fullmakter i Vestre Viken](#) ved spørsmål om delegerte fullmakter i Vestre Viken.



## 4. Definisjoner og begrepsbruk

### Anvisning

En fullmakt til å godkjenne at foretaket skal betale for innkjøp av varer og tjenester. Utøves ved å anwise en faktura.

### Attestasjon

En fullmakt til å bestille varer og tjenester, og godkjenne varemottak av varen. Man godkjenner at varen/tjenesten er mottatt til korrekt pris, kvalitet og antall.

### Budsjettdelegert myndighet (BDM)

Den som har ansvar for budsjett innenfor gitt område. Vedkommende vil tilsvarende ha budsjett disponeringsmyndighet for dette området. Denne myndigheten kan ikke delegeres.

### Buffer

Buffer er en sum som klinikkene kan søke om til uforutsette ikke planlagte investeringer og havarier. I utgangspunkt skal hvert investeringsområde dekke dette selv.

### Daglig leder

Begrepet brukes i lov om helseforetak. Daglig leder er tilsatt av styret, jmfør lov om helseforetak § 36. Daglig leder i Vestre Viken HF kalles administrerende direktør.

### Delegasjon

Retten en fullmektig (fullmaktsinnehaver) har til å delegere myndighet videre. Fullmaktsgiver beholder samtidig selv myndigheten/det overordnede ansvaret og har instruksjonsrett om hvordan denne skal utøves av fullmektig. Delegasjonen kan trekkes tilbake. All delegasjon i Vestre Viken skal være begrunnet, forsvarlig og dokumenterbar/mulig å ettergå. Delegering fritar ikke for eget ansvar.

### Fritekstkjøp/Formular

Kjøp av varer og tjenester som ikke er lagt inn som artikkel i innkjøpssystemet.

### Fullmakt

Rett/myndighet/legitimasjon/kompetanse gitt til en person til å handle på vegne av og forplikte Vestre Viken. Legitimasjonen utad vil kunne være større enn retten internt.

### Habilitet

For å være habil må det ikke være noen omstendigheter i saken som er egnet til å svekke tilliten til den som deltar i saksbehandlingen. Ingen skal altså kunne påvirke eller oppfattes som å kunne påvirke sakens behandling der vedkommende selv eller noen som står denne nær kan ha interesse av utfallet.

### Instruksjonsrett

Den som har delegert fullmakt videre, har rett til å instruere den man har gitt fullmakt til.

### Mislighet

Handlinger som innebærer uredelighet for å oppnå en urettmessig fordel for seg selv, virksomheten mv. eller andre. Misligheter skilles fra feil ved at den underliggende handlingen er tilsiktet.

### Prokura

Begrenset signaturrett.

Den som har en prokurafullmakt (prokuristen) kan ikke selge eller pantsette fast eiendom eller opptre på foretakets vegne i søksmål, uten at det er et styrevedtak på prokuristens navn. Prokura kan ikke delegeres.

### Signaturrett

Styreleder og administrerende direktør i Vestre Viken har retten til å tegne foretaket (firmategningsrett). Styremøtet i Vestre Viken bestemmer hvem som har signaturrett i foretaket. Signaturretten kan ikke delegeres videre. Den skal være registrert i Foretaksregisteret.

### **4.1. Bakgrunnsdokumenter for dokumentet *Delegerte fullmakter i Vestre Viken***

Retningslinje for helseforetakene, sak 069-2008 Fullmakter i Helse Sør-Øst, ble vedtatt som forpliktende i regionalt helseforetaks styremøte 19. juni 2008. Retningslinjen ble behandlet i Vestre Vikens foretaksmøte i november 2008. Styrets vedtak innebærer at helseforetakene står fritt med hensyn til å fastsette beløpsgrenser innenfor de enkelte fullmaktsområder.

Vedtak i sak 003-2010 Revidering av instruksjer og fullmakter. RHF vedtok i januar 2010 en endring av sak 069-2008. Helseforetakenes administrerende direktør kan delegere fullmakter til lavere nivåer enn de som var fastsatt i retningslinjene til Helse Sør-Øst. Det ble her forutsatt at de anbefalte fullmaktnivå skal legges til grunn som veiledende norm og at eventuelle avvik skal begrunnes særskilt.

## Matrise 1 – Beløpsgrense for økonomiske fullmakter med unntak av investeringer<sup>4</sup>

Nivå	Benevnelse	Kostnadssteder/Prosjekt	Beløpsgrense	Rapporterer til
1	Administrerende direktør	Alle	Innenfor vedtatt budsjett til VV	Styret
2	Klinikkdirektør og stabsdirektør	Egne	Innenfor vedtatt budsjett til klinikk eller stabsområde	Administrerende direktør
3	Avdelingssjef	Egne	1 000 000,-	Direktør på eget område
4	Seksjonsleder	Egne	500 000,-	Avdelingssjef på eget område
<b>BDM</b>	Budsjettdelegert myndighet	Eget	100 000,-	Nærmeste leder

<sup>4</sup> For investeringer gjelder egen fullmakt. Se matrise 3 økonomifullmakter

## Matrise 2 - Juridiske fullmakter

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
Signatur	Fullmakt til å opptre på og å underskrive på vegne av foretaket i forretningsforhold.	Signaturretten må delegeres fra foretakets styre.  Fullmakten må være registrert med navn i foretaksregisteret.	Administrerende direktør
Prokura	Fullmakt til å opptre på og å underskrive på vegne av foretaket i forretningsforhold.	Prokuraretten må delegeres fra foretakets styre.  Fullmakten må være registrert med navn i foretaksregisteret eller være navngitt i styresak.  Enkelte leverandører godkjenner kun signatur fra signaturberettiget eller prokurist.	Direktør økonomi
Inngå avtalen <i>Oppdrag og bestilling</i> med det regionale helseforetaket	Fullmakt til å inngå avtalen <i>Oppdrag og bestilling</i> i foretaksmøtet mellom Vestre Viken og Helse Sør-Øst.		Administrerende direktør
Inngå <b>vesentlige avtaler</b> , som inngår i den daglige ledelsen, av økonomisk art, <b>utenom innkjøpsområde</b>	Kan være av prinsipiell, politisk karakter og angå helseforetakets omdømme. Eksempelvis samarbeidsavtaler, strategi, oppgavefordeling mellom helseforetak og flerårige avtaler.	Styret skal orienteres om alle vesentlige saker.	Administrerende direktør
Forlik	Fullmakt til å inngå forlik i saker av økonomisk og annen karakter. Fullmakten gjelder både rettslige og utenomrettslige forlik.	Vesentlige saker: Styret skal orienteres.  Mindre vesentlige saker skal fremlegges for juridisk vurdering før forlik inngås.	Administrerende direktør  Nivå 2

<b>Fullmakt</b>	<b>Fullmaktens innhold</b>	<b>Avgrensning</b>	<b>Laveste myndighetsnivå</b>
Godkjenne utbetaling av erstatning i og utenfor et kontraktsforhold	Fullmakt til å godkjenne utbetaling i samsvar med kontraktsforpliktelser.  Fullmakt til å godkjenne utbetaling av erstatning, uten at dette har utgangspunkt i kontrakt.	Saken skal underlegges juridisk vurdering før utbetaling.  Styret skal orienteres om alle vesentlige saker.	Nivå 2
Ta ut stevning/anke	Fullmakt til å ta ut stevning på helseforetakets vegne og eventuelt anke.	Styret skal informeres om alle stevninger av prinsipiell, omdømmemessig eller annen vesentlig karakter.	Administrerende direktør
Politianmelde straffbare forhold	Fullmakt til å anmelde straffbare forhold begått mot helseforetaket eller dets ansatte.	Saken forberedes i berørt avdeling. Saken underlegges juridisk vurdering før anmeldelse.  Styret skal informeres om vesentlige saker.	Stabsdirektør på Nivå 2
Begjære påtale	Fullmakt til å begjære påtale på vegne av foretaket.	Begjære påtale i vesentlige saker. Styret skal informeres om alle påtalebegjæringer av vesentlig karakter.  Mindre vesentlige saker underlegges juridisk vurdering før beslutning om påtalebegjæring.	Administrerende direktør  Stabsdirektør på Nivå 2
Partsrepresentant	Opptre som part/lovlig stedfortreder i en rettslig prosess.		Nivå 2

### Matrise 3 - Økonomiske fullmakter

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
Vedta budsjett	Fullmakt til å fastsette detaljert årsbudsjett ut fra styrets budsjettvedtak.		Administrerende direktør
Omdisponere budsjett	Fullmakt til å endre vedtatt budsjett innenfor gitt ansvarsområde.		Nivå 3
Disponere budsjett	Fullmakt til å benytte budsjettmidler innenfor eget ansvarsområde og vedtatt budsjett.		BDM
Investeringer	Fullmakt til å beslutte gjennomføring av investering.	Årlig budsjettvedtak innenfor de gitte investeringsområder Eiendom og grunnutstyr Medisinsk teknisk utstyr og IKT Ambulanser Klinikkinvesteringer	Klinikkdirektør KIS Direktør teknologi Klinikkdirektør PHT Klinikkdirektører Administrerende direktør
Salg og utrangering av utstyr	Fullmakt til å beslutte salg eller utrangering av utstyr og til å fastsette pris ved salg.	Salg må godkjennes av ansvarlige for respektive investeringsområde (MTU, GRU, bygg, IKT), og alltid godkjennes av regnskapssjef.  Antatt markedsverdi over kr 1.000.000,-  Antatt markedsverdi under kr 1.000.000,-	Administrerende direktør Nivå 2
Innlevere tilbud ved salg av tjenester	Fullmakt til å innlevere tilbud der helseforetaket konkurrerer om å være leverandør.	Konsultasjonsplikt med Controlleravdeling	Nivå 2

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
Leiekontrakter for eiendom/bygg	Fullmakt til å inngå leiekontrakter for eiendom/bygg.	<p>Leiekontrakten skal vurderes av Direktør økonomi for å avgjøre om det er operasjonell eller finansiell leasing før kontraktinngåelse.</p> <p>Finansielle leieavtaler skal godkjennes av Helse Sør-Øst, uavhengig av beløp og leieobjekt, og undertegnes av signaturberettiget i VV.</p> <p>Operasjonelle avtaler for eiendom/bygg med avtalevarighet over 5 år og nåverdi av fremtidige leieforpliktelser over 10 MNOK i hele perioden, skal godkjennes administrerende direktør.</p> <p>Operasjonelle avtaler for eiendom/bygg hvor nåverdien av fremtidige leieforpliktelser er mellom 10 MNOK og 50 MNOK skal godkjennes av styret i Vestre Viken.</p> <p>Operasjonelle avtaler for eiendom/bygg hvor nåverdien av fremtidige leieforpliktelser er over 50 MNOK skal godkjennes av Helse Sør-Øst.</p>	Klinikkdirektør Intern Service

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
Leiekontrakter for utstyr	Fullmakt til å inngå leiekontrakter av utstyr.	Leiekontrakten skal vurderes av Direktør økonomi for å avgjøre om det er operasjonell eller finansiell leieavtale før kontraktinngåelse. Det er kun direktør økonomi som kan godkjenne en leieavtale som forplikter foretaket utover ett år.  Finansielle leieavtaler skal godkjennes av Helse Sør-Øst uavhengig av beløp og leieobjekt, og undertegnes av signaturberettiget i VV.  Forespørsel til finansieringsselskap skal sendes fra Stab Økonomi.	Direktør teknologi for IKT og medisinsk utstyr ----- Klinikkdirektør Prehospitale tjenester for ambulanser ----- Klinikkdirektør Intern service for grunnutrustning
Opprette, endre eller slette bankkonti	Fullmakt til å opprette, endre eller slette bankkonti hos foretakets bankforbindelse.	Regnskapssjefen er forslagsstiller.	Direktør økonomi
Avgjøre hvem som skal ha utbetalingsfullmakt på bankkonti	Fullmakt til å avgjøre hvem som skal ha utbetalingsfullmakt på bankkonti.	Konsultasjonsplikt med Direktør økonomi.	Regnskapssjef
Avskrive fordringer	Fullmakt til å avskrive uerholdelige fordringer.	Kan først gjøres etter at ordinære purre- og inkassorutiner er fulgt og har vært formålsløst.  over kr 1.000.000,-	Regnskapssjef  Direktør økonomi
Godkjenne særskilte oppdrag	Fullmakt til å godkjenne oppstart av særskilte prosjekter, der det følger med særskilte midler, men som også medfører kapasitetsutnyttelse utenfor primæroppgaver for enheten.	Inntil kr 10.000.000,-  Inntil kr 5.000.000,-	Administrerende direktør  Nivå 2
Godkjenne regnskap for øremerkede midler	Fullmakt til å undertegne særregnskap for bruk av øremerkede midler mottatt fra utenforstående (i hovedsak departement).		Regnskapssjef



<b>Fullmakt</b>	<b>Fullmaktens innhold</b>	<b>Avgrensning</b>	<b>Laveste myndighetsnivå</b>
Motta pengegaver/ donasjoner	Fullmakt til å motta gaver på vegne av helseforetaket i henhold til etiske retningslinjer. Fullmakten gjelder kun i de tilfeller det ikke er bindinger tilknyttet gaven.	Gaver som generer vesentlige kostnader utover budsjettåret og/eller som det knyttes vesentlige bindinger til, skal vurderes av administrerende direktør.  Gaver som er av vesentlig størrelse og som kan ha innvirkning på strategien i Vestre Viken skal vurderes av styret i Vestre Viken.	Nivå 2
Godkjenning av bedriftskort	Godkjenne avtale om bedriftskort.	Avtalen signeres av Direktør økonomi.	Nivå 3
Disponere fellesøkonomiske ansvarssted	Innhold følger av årlige budsjettvedtak.		Direktør økonomi

### Matrise 4 - Innkjøpsfullmakter

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
Bestille oppdrag fra Sykehusinnkjøp	Bestille anskaffelsesoppdrag fra Sykehusinnkjøp i henhold til gjeldende prosedyrer		Innkjøpssjef (Nivå 3)
Starte en innkjøpsprosess	Fullmakt til å beslutte at man skal starte en innkjøpsprosess. Omfatter oppstart av innkjøpsprosess både med sikte på å etablere rammeavtale og ved enkeltstående kjøp.	Praktisk gjennomføringsansvar for innkjøp over kr 100.000,- (inkl. mva. og livsløpskostnader) tilligger innkjøpsavdelingen. Gjelder ikke kjøp på rammeavtale, der det ikke er krav til minikonkurranse.	Nivå 3
Innkjøp av medisinsk utstyr og IKT over 100.000,- NOK (inkl. MVA)	Fullmakt til å gjennomføre kjøp av medisinsk utstyr og IKT.	Innkjøp IKT skal som utgangspunkt kjøpes via Sykehuspartner og alle IKT-investeringer må avklares med Sykehuspartner.  I samsvar med prosedyrer for iverksettelse av innkjøpsprosess.	Direktør teknologi
Innkjøp av varer og tjenester til oppgradering av bygg og grunnrustning over 100.000,- NOK (inkl. MVA)	Fullmakt til å gjennomføre kjøp av varer og tjenester til oppgradering av bygg og grunnrustning.	I samsvar med prosedyrer for iverksettelse av innkjøpsprosess.	Nivå 3 KIS

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
Signere kontrakt	Fullmakt til å signere kontrakt etter gjennomført konkurranse i henhold til lovmessige krav (spesielt lov om offentlige anskaffelser med forskrifter).	Innenfor budsjettåret: Generell fullmakt.  Utover budsjettåret: Nivå 1 inntil kr 20.000.000,-	Nivå 3  Administrerende direktør
Foreta bestilling og/eller attestere faktura	Fullmakt til å utarbeide bestillinger i de tilfeller det finnes rammeavtale. Tilsvare å attestere kostnader.	Kan delegeres til ansatte med nødvendig bestillerkompetanse i avdelingen (rekvirent).	Utnevnes av BDM
Godkjenne bestilling og/eller anwise faktura	Fullmakt til å godkjenne bestillinger i de tilfeller det finnes rammeavtale.  Tilsvare å anwise kostnader.	Innenfor generell fullmakt.	BDM
Godkjenne varemottak	Fullmakt til å signere for kontroll av at mottatte varer er i henhold til følgeseddel. Varemottak gjøres fortrinnsvis av bestiller.		Utnevnes av BDM eller i form av stilling
Utbetaling bank	Fullmakt til å foreta utbetaling fra bank.	Skal ikke kombineres med tilgang til å bokføre og oppdatere leverandørregisteret.	Regnskapssjef (nivå 3)
Bokføre	Tilgang til å oppdatere regnskapet/leverandørreskontro (systemtilgang).	Skal ikke kombineres med utbetalingsfullmakt bank og tilgang til å oppdatere leverandørregisteret.	Regnskapssjef (nivå 3)
Godkjenne oppdatering av leverandørregister	Tilgang til å opprette, endre og slette leverandører i økonomisystemet (systemtilgang).	Skal ikke kombineres med utbetalingsfullmakt bank og bokføringstilgang.	Regnskapssjef (nivå 3)
Godkjenne hvem som kan utføre fritekstkjøp	Fullmakt til å godkjenne hvem som kan gjøre fritekstkjøp på enheten.	Behovsprøves av innkjøpsavdelingen.	Nivå 4

## Matrise 5 - HR fullmakter

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
<p>Beslutte å opprette ny stilling, herunder opprette engasjementstilling</p>	<p>Fullmakt til å beslutte at det skal opprettes ny stilling, herunder opprette engasjementstilling innenfor vedtatt budsjett.</p> <p>I dette ligger at helårseffekten skal vurderes for å sikre at det ikke pådras utgifter frem i tid som det ikke er dekning for.</p>	<p>Lønn fastsettes i henhold til gjeldende overenskomst eller sammenlignbare stillinger.</p> <p>Ved avvikende lønn fra ovennevnte har leder med fullmakt konsultasjonsplikt med HR Utvikling og lederstøtte før fastsettelse.</p> <p>Nye legestillinger: Ansvarlig leder sender søknad til nivå 2, hvor søknaden skal få tilslutning før den avgjøres av administrerende direktør i ledermøte.</p>	Nivå 2
<p>Beslutte å besette eksisterende stilling, med unntak av:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Legestillinger</li> <li>• Lederstillinger</li> <li>• Stillinger i stab/merkantile støttepersoner</li> </ul>	<p>Fullmakt til å beslutte at ubesatt stilling skal lyses ut for ansettelse.</p> <p>I dette ligger at helårseffekten skal vurderes for å sikre at det ikke pådras utgifter frem i tid som det ikke er dekning for.</p>	<p>Ved mindre enheter som i liten grad foretar ansettelser forslås det at fullmakten legges til Nivå 3.</p> <p>Lønn fastsettes i henhold til gjeldende overenskomst eller sammenlignbare stillinger.</p> <p>Ved avvikende lønnsfastsettelse har leder konsultasjonsplikt med HR Utvikling og lederstøtte. Endelig godkjenning av avvikende lønn skal fastsettes av nivå 2.</p>	Nivå 4

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
Beslutte å besette i eksisterende: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Legestillinger</li> <li>• Lederstillinger</li> <li>• Stillinger i stab/merkantile støttepersoner</li> </ul>	Fullmakt til å beslutte at ubesatt stilling skal lyses ut for ansettelse.  I dette ligger at helårseffekten skal vurderes for å sikre at det ikke pådras utgifter frem i tid som det ikke er dekning for.	Lønn fastsettes i henhold til gjeldende overenskomst eller sammenlignbare stillinger.  Ved avvikende lønn fra ovennevnte har leder med fullmakt konsultasjonsplikt med HR Utvikling og lederstøtte før fastsettelse. Endelig godkjenning av avvikende lønn skal fastsettes av nivå 2.	Nivå 3
Beslutte å ta inn vikar	Fullmakt til å beslutte at det skal tas inn vikar i stilling.	Lønn fastsettes i henhold til gjeldende overenskomst eller sammenlignbare stillinger.  Ved avvikende lønnsfastsettelse har leder konsultasjonsplikt med HR Utvikling og lederstøtte. Endelig godkjenning av avvikende lønn skal fastsettes av nivå 2.	Nivå 4
Lønnsforhandlinger	Fullmakt til å gjennomføre lønnsforhandlinger i foretaket.	Avdelingssjef HR Utvikling og lederstøtte kan delegere til forhandlingsledere.	Avdelingssjef HR Utvikling og lederstøtte (Nivå 3)
Beslutte hvem som skal ansettes	Fullmakt til å beslutte hvem som skal ansettes.		BDM
Omgjøring av stilling	Fullmakt til å vedta omgjøring av eksisterende stilling innenfor arbeidsgivers styringsrett. Omfatter både inndragning av stilling og å endre eksisterende stilling.		Nivå 3

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
Utøvelse av daglig drift i samråd med leder på nivå 4, herunder å kunne godkjenne personrelaterte kostnader	<p>Fullmakt til å ivareta daglig personaloppfølging.</p> <p>Fullmakten omfatter, <i>men er ikke begrenset til</i>, fastsetting av arbeidsplaner/turnus og ferielister, pålegging av overtid og å innvilge avtalefestede permisjoner.</p> <p>Fullmakt til å ivareta daglig personaloppfølging vil også omfatte godkjenning av variabelønnslister for utbetaling (som time- og overtidslister, turnusplaner og reisegodtgjørelse).</p>	<p>Personalansvar kan ikke delegeres til BDM, kun personaloppfølging i samråd med nivå 4.</p> <p>Enhetens kompleksitet, geografiske beliggenhet og antall årsverk er avgjørende for om det kan opprettes en BDM.</p> <p>Nivå 3 skal beslutte om det skal opprettes BDM i avdelingen. HR Utvikling og lederstøtte er rådgivere i prosessen.</p>	BDM
Godkjenne legers bemanningsplaner	Fullmakt til å godkjenne legers bemanningsplaner.		Nivå 3
Godkjenne bierverv	Fullmakt til å godkjenne bierverv.		Nivå 2
Godkjenne ferie	Fullmakt til å godkjenne ferie.		BDM
Advarsel	Fullmakt til å gi ansatte muntlig og skriftlig advarsel.	Konsultasjonsplikt med HR Utvikling og lederstøtte.	Nivå 3
Suspendere ansatte	Fullmakt til å beslutte at ansatte skal suspenderes fra sitt arbeid.		Direktør Kompetanse
Vedta oppsigelse/avskjed	Fullmakt til å avslutte arbeidsforhold.		Direktør Kompetanse
Godkjenne sluttpakke ved oppsigelse	Fullmakt til å godkjenne sluttpakke i forbindelse med at ansatte slutter.	Sluttpakke må avgjøres i samarbeid med nivå 2.	Direktør Kompetanse
Vedta omplassering av ansatte	Fullmakt til å beslutte omplassering av ansatte.	Innenfor egen avdeling.	Nivå 3

Dato: 17.02.2020  
Saksbehandler: Elin Onsøyen

## Saksfremlegg

### Orienteringer

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken	7/2020	24.02.2020

### Forslag til vedtak

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

Drammen, 17. februar 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. Styreprotokoller for styremøte i Helse Sør- Øst 19. desember 2019  
Viser til vedlegg 1
2. Møte i brukerutvalget 22. januar 2020  
Viser til vedlegg 2
3. Møte i hovedarbeidsmiljøutvalget 4. februar 2020  
Viser til vedlegg 3
4. Styreprotokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst 5. februar 2020  
Viser til vedlegg 4
5. Møte i brukerutvalget 19. februar 2020 (ettersendes)  
Viser til vedlegg 5
6. Oversikt over styrets arbeid 2020 pr 17. februar  
Viser til vedlegg 6

### **Administrerende direktørs vurderinger**

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

### **Vedlegg:**

1. Styreprotokoller for styremøte i Helse Sør- Øst 19. desember 2019
2. Møte i brukerutvalget 22. januar 2020
3. Møte i hovedarbeidsmiljøutvalget 4. februar 2020
4. Foreløpig styreprotokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst 5. februar 2020
5. Møte i brukerutvalget 19. februar 2020 (ettersendes)
6. Oversikt over styrets arbeid 2020 pr 17. februar



## Møteprotokoll

---

<b>Styre:</b>	Helse Sør-Øst RHF
<b>Møtested:</b>	Helse Sør-Øst RHF, Hamar
<b>Dato:</b>	19. desember 2019
<b>Tidspunkt:</b>	Kl 09:15-16:00

---

### Følgende styremedlemmer møtte:

---

Svein I. Gjedrem	Styreleder
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder
Kirsten Brubakk	
Christian Grimsgaard	
Bushra Ishaq	
Vibeke Limi	
Einar Lunde	
Geir Nilsen	
Lasse Sølvsberg	
Sigrun E. Vågeng	

---

### Fra brukerutvalget møtte:

---

Rune Kløvtveit

---

Nina Roland

---

### Fra administrasjonen deltok:

---

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus

---

Eierdirektør Tore Robertsen

---

Viseadministrerende direktør Jan Frich, konserndirektør Atle Brynestad, økonomidirektør Hanne Gaaserød, direktør teknologi og e-helse Rune Simensen, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande og direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø

---

**Saker som ble behandlet:**

<b>103-2019</b>	<b>Godkjenning av innkalling og sakliste</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

<b>104-2019</b>	<b>Godkjenning av protokoll fra styremøte 21. november 2019</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 21. november 2019, med tillegg under sak 094 under kommentarer i møtet, godkjennes. Tillegget omhandler behovet for tilgjengelige parkeringsplasser for pasienter.

<b>105-2019</b>	<b>Virksomhetsrapport per november 2019</b>
-----------------	---

Data fra Norsk pasientregister (NPR) ble først mottatt 18.12.19. Av denne grunn var saken ettersendt til styret kvelden før styremøtet. Det ble gitt en orientering om status for virksomheten per november 2019 i møtet. Styret stilte spørsmål til saken, men utsatte behandlingen av saken til neste møte.

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Saken utsettes til neste styremøte

106-2019	Tildeling av regionale, konkurranseutsatte forskningsmidler for 2020
----------	--

### Oppsummering

Regionale forskningsmidler i Helse Sør-Øst skal støtte helseforskning i regionen og bidra til videreutvikling og kvalitetsforbedring av tjenestene gjennom utvikling av kunnskap og kompetanse.

Forskningsmidlene benyttes for å realisere de regionale forsknings- og innovasjonsstrategiene og skal også brukes for å understøtte hovedmålene i regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst.

De regionale midlene til forskning og innovasjon omfatter det øremerkede tilskuddet til forskning fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD-midlene) og forsknings- og innovasjonsmidler fra det regionale helseforetakets eget budsjett. I sak 094-2019 vedtok styret i Helse Sør-Øst RHF budsjetttrammen for de regionale forskningsmidlene for 2020 og avsatte i alt 133,7 mill. kroner som søknadspott for den regionale hovedutlysningen.

Det er Samarbeidsorganet for Helse Sør-Øst RHF og Universitetet i Oslo som vedtar innstilling av HOD-midlene, mens styret i Helse Sør-Øst RHF gjør endelig vedtak i tildelingen av de regionale, konkurranseutsatte forskningsmidlene.

### Kommentarer i møtet

Styret imøteser en sak tidlig neste år hvor virkemidler for målrettet tildeling av forskningsmidler gjennomgås. Styret er opptatt av at blant annet forskning på variasjon i levekår og dødelighet inngår i prosjekter som støttes. Styret ba om at kjønnsfordelingen for tildelingen kommer frem i senere saker. Det samme gjelder andelen med minoritetsbakgrunn.

### Styrets enstemmige

## VEDTAK

Styret slutter seg til innstilling vedtatt i Samarbeidsorganet for Helse Sør-Øst RHF og Universitetet i Oslo om fordeling av det øremerkede tilskuddet fra Helse- og omsorgsdepartementet og vedtar tildeling av regionale, konkurranseutsatte forskningsmidler for 2020 i samsvar med innstillingen.

107-2019	Oppdrag og bestilling 2020 – økonomiske resultatkrav og særskilte krav innen IKT-området
----------	--

### Oppsummering

Hensikten med denne saken er å fastsette økonomiske resultatkrav for helseforetakene i 2020. Det økonomiske resultatkravet fastsettes som en del av det samlede styringsbudskapet, men av hensyn til helseforetakenes budsjettprosesser gjøres denne beslutningen før oppdrag og bestilling (dokumentet som viser det samlede styringsbudskapet) er utformet og lagt frem for styret i Helse Sør-Øst RHF. Det redegjøres også for arbeidet og prosess med utforming av

oppdrag og bestilling 2020 til helseforetakene og de private ideelle sykehusene i regionen. I tillegg redegjøres det for noen særskilte krav innen IKT-området som foreslås innarbeidet i oppdrag og bestilling 2020.

Det legges til grunn at innholdet i oppdrag og bestilling gjenspeiler styringsbudskapene gitt av eier og styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF. Flere av styringsbudskapene som er gitt i tidligere års oppdragsdokumenter vil kreve fortsatt oppfølging uten at de er spesielt nevnt i årets dokument. Dette gjelder styringsbudskap som må betraktes som systemkrav og som forventes å inngå i helseforetakets virksomhetsstyring, eller krav/oppdrag som ikke er gjennomført som forutsatt. Selv om oppdrag og bestilling 2020 ikke stiller krav om rapportering for disse områdene vil status for arbeidet kunne etterspørres av Helse Sør-Øst RHF i den faste oppfølgingen av helseforetakene.

Endelig versjon av oppdrag og bestilling 2020 vil bli forelagt styret 5. februar 2020 og vil bli gjort gjeldende for helseforetakene i foretaksmøter 26. februar 2020.

### Kommentarer i møtet

Administrerende direktør redegjorde for at styret i Vestre Viken HF har fastsatt et resultatkrav på 248 millioner kroner ved behandling av budsjett 2020 for helseforetaket. Dette henger sammen med at det må arbeides videre med planer og konsekvenser av forsering av arbeidet med BRK-prosjektet (prosjektprogram for vedlikehold og oppgradering av Bærum, Ringerike og Kongsberg sykehus). På denne bakgrunn endret administrerende direktør forslag til konklusjon tilsvarende, dvs at resultatkrav for Vestre Viken HF settes til 248 millioner kroner.

Styret diskuterte spesielt særskilte krav innen IKT-området. Styret var opptatt av at lokale datarom er å betrakte som avvik som skal forelegges det aktuelle helseforetakets styre. Vedtakspunkt om sentrale datarom ble justert tilsvarende.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

1. Det fastsettes følgende krav til økonomisk resultat eksklusive salgsgvinster i 2020 (tall i hele tusen kroner):

Akershus universitetssykehus HF	150 000
Oslo universitetssykehus HF	250 000
Sunnaas sykehus HF	12 000
Sykehusapotekene HF	6 000
Sykehuset i Vestfold HF	100 000
Sykehuset Innlandet HF	0
Sykehuset Telemark HF	30 000
Sykehuspartner HF	100 000
Sykehuset Østfold HF	-78 000
Sørlandet sykehus HF	40 000
Vestre Viken HF	248 000
Helse Sør-Øst RHF	200 000

Styret legger til grunn at eventuelle salgsgevinster i 2020 medfører forbedret resultat tilsvarende oppnådde gevinster og at gevinstene skal framkomme i helseforetakenes årsestimat for økonomisk resultat.

2. Følgende særskilte krav innen IKT-området innarbeides i oppdrag og bestilling 2020:
  - a. Helseforetakene må akseptere de bruksvilkårene som Sykehuspartner HF definerer for de tjenestene som helseforetakene bruker
  - b. Helseforetakene skal bidra aktivt til å sanere applikasjoner, og på den måten bidra til overgangen til Windows 10 som operativsystem
  - c. Helseforetakene skal forelegge avvik fra regionale føringer for IKT for eget styre
  - d. Hovedregelen er at IKT-utstyr skal være plassert i sentrale datarom og helseforetakene skal bidra til dette. Etablering av lokale datarom er å betrakte som avvik som skal forelegges styret, jf. punkt c. Dagens situasjon med desentraliserte datarom skal gjennomgås og tas stilling til. De lokale datarommene som skal bestå, skal holde et forsvarlig sikkerhetsnivå. Helseforetakene skal gjennomføre tiltak for dette.
  - e. Helseforetakene skal sette av ressurser til å gjennomgå eksisterende IKT- avtaler i regionen for å avklare eierskap til og vilkår i den enkelte avtalen. Hovedregelen er at Sykehuspartner HF skal forvalte IKT-avtaler i Helse Sør-Øst.
  - f. Helseforetakene skal sørge for at egne bestillinger til Sykehuspartner HF er prioritert innbyrdes og avstemt mot regionale føringer
  - g. Helseforetakene skal ikke bygge opp eller inneha intern IKT-kompetanse og -kapasitet som hører hjemme hos Sykehuspartner HF
  
3. Styret tar redegjørelsen om utformingen av oppdrag og bestilling 2020 til orientering.

<b>108-2019</b>	<b>Vestre Viken HF – avhending av eiendom i Ringerike kommune</b>
-----------------	---

### **Oppsummering**

Saken gjelder anmodning om samtykke til avhending av eiendom i Vestre Viken HF's eiendomsportefølje. Eiendommen ligger i Ringerike kommune.

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

### **Kommentarer i møtet**

Styret mente at vedtaks punkt 5 i forslag til vedtak kunne utgå. For øvrig ble vedtaket som fremlagt av administrerende direktør.

## Styrets enstemmige

### VEDTAK

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF oversender Vestre Viken HFs anmodning om samtykke til salg av eiendom i Ringerike kommune til foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF for behandling. Salget omfatter Arnegårdsveien 25, 3511 Hønefoss, gnr. 44, bnr. 40 i 0605 Ringerike kommune.
2. I tråd med intensjonene i samhandlingsreformen tilbys vertskommunen Ringerike å kjøpe eiendommen til markedspris. Dersom det ikke oppnås enighet, kan eiendommen legges ut for salg i det åpne markedet.
3. Frigjort likviditet skal benyttes til BRK-prosjektet (prosjektprogram for vedlikehold og oppgradering av Bærum, Ringerike og Kongsberg sykehus).
4. Investeringer, herunder langsiktige leieavtaler, må behandles i henhold til gjeldende fullmaktsstruktur.
5. Styret presiserer at Vestre Viken HF har ansvaret for at avhendingen gjennomføres korrekt og bærer all risiko knyttet til avhendingen.

109-2019	Sykehuspartner HF – leverandørstrategi og bruk av leverandørmarkedet i programmet STIM
----------	--

Saken ble behandlet i lukket møte, jf helseforetakslovens § 26a, annet ledd.

### Oppsummering

Saken omhandler vedlagte brev fra Sykehuspartner HF datert 5. juli 2019 om leverandørstrategi og bruk av markedet for programmet STIM. Leverandørstrategien for programmet STIM ble behandlet i styret i Sykehuspartner HF i møtet den 19. juni 2019, sak 043-2019.

Leverandørstrategien fra Sykehuspartner HF legges med dette frem for styret i Helse Sør-Øst RHF for behandling.

### Kommentarer i møtet

Styret diskuterte at det er nødvendig med en beskrivelse av fremtidig behov for kompetanse og kapasitet i Sykehuspartner HF. Dette betyr imidlertid ikke at Sykehuspartner HF skal utføre alle oppgaver selv. Det ble presisert at hele heleforetaksgruppen må involveres i et arbeid med fremtidig kompetanse og kapasitet i Sykehuspartner HF, herunder også tillitsvalgte og ansatte. Det var ikke lagt opp at styret skulle realitetsbehandle strategien, og administrerende direktør justerte forslag til vedtak tilsvarende dette.

## Styrets enstemmige

### VEDTAK

1. I oppdrag og bestilling 2020 for Sykehuspartner HF skal det stilles krav om at helseforetaket skal beskrive behov for fremtidig kompetanse og kapasitet i egen organisasjon. Hele helseforetaksgruppen skal involveres i dette arbeidet og endelig beslutning skal fattes av styret i Helse Sør-Øst RHF.
2. Styret avventer behandling av leverandørstrategi og bruk av markedet for programmet STIM i Sykehuspartner HF til punkt 1 er gjennomført

110-2019	Anskaffelse av regional løsning for helselogistikk
----------	--

### Oppsummering

Saken omhandler anskaffelse av regional IKT-løsning for helselogistikk.

En IKT-løsning for helselogistikk skal legge til rette for endring av arbeidsprosesser slik at helsepersonell og pasienten unngå unødvendig venting og som muliggjør mer effektiv bruk av ressurser. Anskaffelsen omfatter funksjonalitet med fokus på innsjekk og oppgjør for pasienter, styring av pasientflyt og ressurser, samt intern kommunikasjon og varsling på mobil.

En regional IKT-løsning for helselogistikk vil bidra inn mot flere satsningsområder i Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst. Dette gjelder både nye arbeidsformer med bedre bruk av teknologi og brukerstyring, samt mer tid til pasientrettet arbeid.

Saken omhandler kun anskaffelsen av en regional IKT-løsning for helselogistikk. Kostnadsrammen for gjennomføring av selve anskaffelsen er innenfor administrerende direktørs fullmakt. Saken legges imidlertid frem for styret da kostnadsrammen for hele prosjektet er antatt å gå utover administrerende direktørs fullmakt.

### Kommentarer i møtet

Styret var opptatt av å få fremlagt planen for gjennomføring sammen med kostnadsrammen for prosjektet. Styret tar ikke stilling til gevinstestimatene som er presentert i saken. Styret påpekte at kravet til universell utforming ligger til grunn også ved anskaffelser av IKT-løsninger.

## Styrets enstemmige

### VEDTAK

1. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å iverksette en regional anskaffelse av IKT-løsning for helselogistikk. Kostnadsrammen for gjennomføring av selve anskaffelsen settes til 10 millioner kroner.
2. Styret ber administrerende direktør komme tilbake med en egen sak når plan for gjennomføring og kostnadsrammen for hele prosjektet foreligger

<b>111-2019</b>	<b>Revisjon av forvaltning av regionale kliniske systemer – oppfølging</b>
-----------------	--

### Oppsummering

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst har, i henhold til revisjonsplan 2019, gjennomført revisjon som omfattet prosessene for forvaltning av regionale kliniske systemer.

Bakgrunn for revisjonen er at Helse Sør-Øst over flere år har utviklet regionale kliniske systemer som et ledd i modernisering og standardisering av helseregionens systemportefølje. De store investeringene i disse systemene er begrunnet i gevinster. Gevinstene skal realiseres gjennom mer effektive kliniske arbeidsprosesser kombinert med bedre kvalitet i prosessene og dermed pasientbehandlingen. Dette gjelder arbeidsprosesser internt i og på tvers av helseforetakene, og mellom helseforetakene og eksterne helseaktører som fastleger, kommunale helsetjenester, private institusjoner og avtalespesialister.

Det er viktig at Helse Sør-Øst RHF har etablert en hensiktsmessig, overordnet styrings- og forvaltningsmodell for de regionale kliniske systemene i hele foretaksgruppen og at denne fungerer etter hensikten. Saken omhandler revisjonsrapporten fra konsernrevisjonen og tiltaksplan for oppfølging av de anbefalinger som ble gitt av konsernrevisjonen.

### Kommentarer i møtet

Administrerende direktør redegjorde for at revisjonen omhandlet forvaltning av regionale kliniske systemer og at den fremlagte tiltaksplanen omhandler de påpekninger som konsernrevisjonen har. I tillegg arbeides det med gjennomgang av hele porteføljestyringen av IKT-prosjekter som har betydning for hvilke prosjekter som igangsettes og dermed hvilke gevinster som kan hentes ut.

### Styrets enstemmige

## VEDTAK

Styret tar revisjonsrapporten fra konsernrevisjonen om forvaltning av regionale kliniske systemer til orientering og tilhørende tiltaksplan for oppfølging til etterretning.

<b>112-2019</b>	<b>Høring ny e-helselov</b>
-----------------	-----------------------------

### Oppsummering

Helse Sør-Øst RHF har mottatt høringsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 28. oktober 2019, med forslag til ny e-helselov og endringer i forskrift om IKT-standarder. Frist for å avgi høringsuttalelse er 15. januar 2020.

Etablerte nasjonale e-helseløsninger (kjernejournal, e-resept og helsenorge.no) er vedtatt overført fra Direktoratet for e-helse til Norsk Helsenett SF fra 1. januar 2020. Som følge av dette foreslås det forskriftsfestede dataansvaret for e-resept og kjernejournal overført fra Direktoratet for e-helse til Norsk Helsenett SF. Høringen omfatter også overføringen av dette dataansvaret, hvor svarfristen var 9. desember 2019. Det er avgitt hørings svar hvor slik overføring støttes, med forbehold om styrets godkjenning.



Helse- og omsorgsdepartementets uttalte hovedmål for innføring av ny e-helselov er en tydeliggjøring av myndighetsrollen for Direktoratet for e-helse og legge til rette for raskere innføring av prioriterte nasjonale e-helsetiltak. Loven legger føringer for styring og organisering av e-helse området, på tvers av sektorer.

Målet med styresaken er å drøfte innretningen på høringsvaret om ny e-helselov.

### **Kommentarer i møtet**

Styret støttet momentene til høringen som var presentert fra administrerende direktør. Styret anerkjenner behovet for at det over tid utvikles bedre nasjonale løsninger.

Styret pekte imidlertid på at arbeidsdelingen som loven beskriver, gjør ansvarslinjene mer uklare. Styret er bekymret for budsjettstyringen og de økonomiske konsekvenser for spesialisthelsetjenesten.

Styret var opptatt av at lovforslaget vil kunne hemme innovasjon ute i tjenesten. Videre ønsket styret at det i høringsvaret skal beskrives hvordan de fire regionale helseforetakene samarbeider om IKT-løsninger og hvilket potensiale dette gir for å utvikle nasjonale løsninger innenfor eksisterende styringsstruktur. Dette som en alternativ modell for nasjonal samordning.

Styret er opptatt av at de regionale helseforetakene er nærmere sluttbruker av løsninger og at regionale løsninger ofte må komme først. Det skal i høringsvaret beskrives hvordan Helse Sør-Øst RHF deler opp IKT-prosjekter for å redusere kompleksitet og risiko.

### **Styrets enstemmige**

## **V E D T A K**

Styret slutter seg til den foreslåtte tilnærmingen til høringsvar om ny e-helselov, hensyntatt de innspill som ble gitt i styremøtet.

<b>113-2019</b>	<b>Revisjonsplan 2020 for konsernrevisjonen Helse Sør-Øst</b>
-----------------	---

### **Oppsummering**

Saken gjelder fremleggelse av forslag til revisjonsplan 2020 for konsernrevisjonen Helse Sør-Øst. Revisjonsutvalget skal i henhold til instruks for styrets revisjonsutvalg utforme forslag til revisjonsplan og fremlegge denne for styret for godkjenning. I henhold til helseforetakslovens § 21 a skal styret godkjenne planen.

### **Kommentarer i møtet**

Styreleder understreket at konsernrevisjonen er et redskap for styret i Helse Sør-Øst RHF, men også et redskap for styrene i helseforetakene i regionen. I tillegg kan administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF i samråd med styreleder eller revisjonsutvalget be om revisjoner av forhold utenfor Helse Sør-Øst RHF.

Styreleder understreket at konsernrevisjonen også må bistå styrene i helseforetakene i prosessen med å komme frem til viktige revisjoner. Forslag fra styrene i helseforetakene skal normalt ikke avslås.

## Styrets enstemmige

### VEDTAK

Styret godkjenner revisjonsplan 2020.

114-2019	Status oppnevning av nye styrer i helseforetakene i Helse Sør-Øst
----------	---

Saken ble behandlet i lukket møte, jf helseforetakslovens § 26a, annet ledd.

#### Oppsummering

I forbindelse med oppnevning av styrer i helseforetakene i februar 2020, har Helse Sør-Øst RHF gjennomført samtaler/intervjuer med styremedlemmer og administrerende direktør i helseforetakene. Hensikten har vært å få et samlet inntrykk av det enkelte helseforetaks utfordringsbilde, hvordan styret fungerer og kompetansebehov i styret. I denne saken oppsummeres status for intervjuene og prosess frem mot re-oppnevning av styrer i helseforetakene som skal behandles i styret i Helse Sør-Øst RHF i styremøte 5. februar 2020. Saken omhandler også de kriterier og kompetansekrav som stilles til styresammensetningen i helseforetakene i Helse Sør-Øst.

#### Kommentarer i møtet

Styreleder redegjorde for arbeidet i valgkomitéen og oppfordret styret til å foreslå navn på kandidater. Det ble spesielt pekt på behov for aktuelle kandidater med minoritetsbakgrunn, med kompetanse på sykehusdrift og økonomisk kompetanse.

## Styrets enstemmige

### VEDTAK

1. Styret tar redegjørelsen om prosess for styrevalg i helseforetakene i Helse Sør-Øst til orientering.
2. Styret slutter seg til de kriterier og kompetansekrav som stilles til styresammensetningen i helseforetakene i Helse Sør-Øst.

115-2019	Sykehuset Østfold HF – konseptrapport nytt akuttmottak
----------	--

#### Oppsummering

Sykehuset Østfold HF har gjennomført konseptfase for utvidelse av akuttmottaket ved Kalnes og har i brev av 29. oktober 2019 oversendt styresak 57-19 med forespørsel om å få videreføre prosjektet til forprosjektfasen.

I tråd med fullmaktsstruktur for bygginvesteringer i styresak 073-2019 Revisjon av fullmaktsstruktur for bygginvesteringer, har Helse Sør-Øst RHF beslutningsmyndighet for beslutningspunkt B3 – godkjenne valg av konsept, for alle prosjekter over 50 millioner kroner. Estimert investeringskostnad for utvidelse av akuttmottaket ved Sykehuset Østfold HF ligger innenfor investeringsfullmakten til administrerende direktør. Saken legges derfor frem for styret i Helse Sør-Øst RHF til orientering.

#### **Kommentarer i møtet**

Styret uttrykte støtte til at akuttmottaket ved Sykehuset Østfold HF bygges ut. Styret ba om en egen redegjørelse om kapasitetssituasjonen og aktuelle tiltak på kort og mellomlang sikt for å bedre kapasiteten.

#### **Styrets enstemmige**

### **VEDTAK**

Styret i Helse Sør-Øst RHF tar redegjørelsen om konseptrapporten for nytt akuttmottak ved Sykehuset Østfold HF til orientering.

<b>116-2019</b>	<b>Årsplan styresaker</b>
-----------------	---------------------------

#### **Styrets enstemmige**

### **VEDTAK**

Årsplan styresaker tas til orientering.

<b>117-2019</b>	<b>Driftsorienteringer fra administrerende direktør</b>
-----------------	---

I forbindelse med gjennomgangen av sakens punkt 13 *Grossistanbud* ble det gitt en utvidet orientering i lukket møte, jf helseforetakslovens § 26a, annet ledd. Styret er enig i at beredskapslageret utvides og tok til etterretning at administrerende direktør vil inngå ny grossistavtale.

#### **Styrets enstemmige**

### **VEDTAK**

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

### **Andre orienteringer**

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 19. november 2019
3. Foreløpig protokoll fra møte i Revisjonsutvalget 20. november 2019
4. Protokoll datert 18.12.19 fra drøftinger med de konserntillitsvalgte.

### **Temasaker**

- Styrets egevaluering 2019

Møtet hevet kl 15:40

Hamar, 19. desember 2019

---

Svein I. Gjedrem  
Styreleder

---

Anne Cathrine Frøstrup  
Nestleder

---

Kirsten Brubakk

---

Christian Grimsgaard

---

Bushra Ishaq

---

Vibeke Limi

---

Einar Lunde

---

Geir Nilsen

---

Lasse Sølvsberg

---

Sigrun E. Vågeng

---

Tore Robertsen  
styresekretær

**Endelig protokoll**

<b>Møte:</b>	<b>Brukerutvalget</b>	<b>Til stede:</b>	<b>Fra Brukerutvalget:</b> Rune Hansen Gunnerød, Franck Tore Larsen, Lillemor Sandberg, Heidi Hansen (nestleder), Elisabeth Schwencke, Grethe Synnøve Karlsen, Mark Miller, Rune Kløvtveit (Leder), Gudrun Breistøl, David C. Hemmingsen  <b>Fra administrasjonen:</b> Helsefaglig sjef Elisabeth Kaasa  Spesialrådgiver Jens Kristian Jebsen (sekretær)
<b>Møtedato:</b>	22. januar 2020		
<b>Tidspunkt:</b>	13:00 – 18:00		
<b>Sted:</b>	Wergelandsgate, Glitre 2		
<b>Møteleder:</b>	Rune Kløvtveit		
<b>Referent:</b>	Jens Kristian Jebsen	<b>Forfall:</b>	

**Innkalling og referat fra forrige møte**

<b>1/20</b>	<b>Godkjenning av innkalling og sakliste Godkjent</b>
<b>2/20</b>	<b>Godkjenning av referat fra møtet 9. desember 2019 Godkjent, med justert dato.</b>

**Nye saker**

<b>3/20</b>	<p><b>Vestre Viken HF, mandat, nasjonale retningslinjer og honorering/budsjett</b></p> <p>Leder orienterte om at representanter for de enkelte klinikkene vil bli invitert til å komme til BU for å informere om sitt arbeid, del av opplæringen. Det vil også bli lagt opp til at Brukerutvalget kan besøke ulike klinikker for å få kunnskap om hvordan det arbeidets i ulike deler av foretaket.</p> <p>Monica Øvrid (Stab Økonomi) gjorde rede for budsjetttrammene for Brukerutvalget. Brukerutvalget har felles budsjett med ungdomsrådet. Samlet budsjett for Brukerutvalget for 2020 er 1,36 mill. kroner. Brukerutvalget stilte spørsmål ved at det økningen i budsjettet fremstår som moderat i forhold til i fjor. I følge Øvrid har Brukerutvalget en budsjettøkning i samsvar med øvrige driftsområder i Vestre Viken.</p> <p>Leder spilte inn at timelistene for BU er utdaterte og mangelfulle, blant annet ved at de ikke inneholder tidsangivelser som gir grunnlag for kostgodtgjørelse. Det ble også tatt opp at det var viktig å sende inn timelister innen fristen for at budsjettsituasjonen skal være korrekt og oppdatert.</p> <p>Det var enighet om at Monica Øvrid inviteres inn for å orientere om den generelle økonomisituasjon ved VV og for BU hver fjerde måned.</p> <p>Jens Kristian Jebsen gjennomgikk hovedprinsippene i retningslinjer for godtgjørelse for</p>
-------------	---

	<p>Brukerutvalg. Det kom frem at det var en feil i excel-skjema, Jens Kristian følger opp dette. I tillegg vil det bli undersøkt om det er mulig å oppdatere skjema for honorering.</p> <p>Elisabeth Kaasa gjorde rede for Vestre Viken HF, med de ulike hovedlokasjonene med Bærum, Drammen Kongsberg og Ringerike med Hallingdal sjukestugu, samt de gjennomgående klinikkene, Psykisk helse og rus, Prehospitale tjenester, Klinikk for intern service og Klinikk for medisinsk diagnostikk. Dette må ses som en del av opplæring nytt brukerutvalg.</p>
<p><b>4/20</b></p>	<p><b>Fordeling av oppgaver for Brukerutvalgets medlemmer – Møteplan</b></p> <p>Utvalget diskuterte møtestruktur. Møtedager planlegges slik at utvalget kan gjennomgå styresaker før styremøtene. Leder ønsker å legge møtene tidligere på dagen, men det passet dårlig for enkelte medlemmer å starte allerede kl. 10.</p> <p>Medlemmene i utvalget vil bli bedt om å oppgi sine interesser innenfor Vestre Vikens oppgaver. En slik oversikt vil gjøre det lettere å fordele oppgaver og prioritere deltakelse.</p> <p><b>Vedtak</b> Fremover vil brukerutvalgsmøtene starte kl.12.00 og at vi avholder møtene inn til 6 timer ved behov.</p>
<p><b>5/20</b></p>	<p><b>Strategiplan for Vestre Viken, Nasjonal helse- og sykehusplan</b> Ny Nasjonal helse- og sykehusplan gir føringer for etablering av Helsefelleskap sammen med kommunene. Helsefelleskapet skal særskilt følge opp fire prioriterte pasientgrupper:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Barn og unge</li> <li>- Personer med alvorlig psykisk lidelser og rusproblemer</li> <li>- Skrøpelige eldre</li> <li>- Personer med flere kroniske lidelser</li> </ul> <p>For øvrig gjennomgikk Elisabeth ulike nasjonale og lokale strategier og styringsdokumenter, og sammenhengen mellom disse.</p> <p>Etableringen av Helsefelleskap skal gjøres i fellesskap med kommunene og vil være særlig aktuelt for Brukerutvalget å følge opp. For øvrig gjennomgikk Elisabeth ulike nasjonale og lokale strategier og styringsdokumenter, og sammenhengen mellom disse.</p> <p>Det ble orientert om arbeidet med rullering /revisjon av Strategiplan 2019-2022. Utkast til Strategiplan 2020-2023 vil sendes leder og nestleder som vi gi innspill før fristen 11. februar.</p> <p>Leder av Brukerutvalget uttrykte at det var behov for en egen strategiplan for Brukerutvalget, noe som vil gjøre det lettere å vurdere om Brukerutvalget har oppfylt sine mål for eget arbeid.</p>

**Eventuelt**

Det er behov for en eller flere brukerrepresentanter til revidering av brukerundersøkelsen. Vi melder inn at Grethe Synnøve Karlsen og Gudrun Breistøl bidrar.

Innspill fra Heidi vedr ulik deltakelse på AKU og KEK (v/DPS Asker) osv som hun ikke kan delta på. Det skal vurderes hvordan Gudrun Breistøl kan delta som klinikkontakt i PHR. I samråd med klinikken ønsker BU å vurdere prioritering av oppgavene i PHR.

Fordeling av oppgaver og representasjon i klinikkene vil vurderes i neste møte i BU.

Brukerutvalget må forelegges og spille inn til Vestre Vikens årlige melding og utarbeide årsrapport for egen virksomhet. Leder og nestleder i Brukerutvalget vil ferdigstille utvalgets årsrapport, og vurdere innspill til Vestre Vikens årlige melding. Disse dokumentene må sendes styret før 17. februar, noe som innebærer at Brukerutvalget ikke rekker en samlet behandling. Dette innebærer at Brukerutvalget denne gangen må følge opp disse dokumentene gjennom AU.



**Referat**

<b>Møte:</b>	<b>HAMU</b>	<b>Tilstede:</b>	Lisbeth Sommervoll, Eli Årnot, Stein-Are Agledal, Finn Egil Holm, Kirsten Hørthe, Narve Furnes, John Egil Kvamsøe, Gry L Christoffersen, Anita Gommæs, Harald Baardseth (for Joan Nygard), Henning Brueland, Roald Brekkhus, Sine Kari Braanaas, Hanne Juritzen
<b>Møtedato:</b>	4.februar 2020		
<b>Tidspunkt:</b>	0900 - 1050		
<b>Sted:</b>	Møterom Tyrifjord		
<b>Møteleder:</b>	Lisbeth Sommervoll		
<b>Referent:</b>	Cecilie Søfting Monsen	<b>Forfall:</b>	Joan Nygard, Tom Frost, Toril Morken

<b>Agenda:</b>
Se utsendt saksliste

<b>Saksnr.</b>	<b>Beskrivelse/oppfølging/vedtak</b>
	<b>Godkjenning av innkalling og agenda</b> Godkjent
	<b>Godkjenning av referat fra 12.desember 2019</b> Godkjent uten kommentarer
	<b>Saker</b>
01/2020	<p><b>Helhetlig system for lederoppfølging – status etter gjennomført pilot</b> Presentasjon ved Marit Onshuus Lysebo, OU-avdelingen. Se vedlagte presentasjon.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er 24 påmeldte til vårens samlinger.</li> <li>• Samling nr.2 har spesielt fokus på HMS og arbeidsmiljø, og kan ev være aktuelt for ledere som ikke har vært gjennom vanlig HMS grunnopplæring.</li> <li>• Modulen «Ny som leder» er primært tiltenkt helt nye ledere.</li> <li>• Systemet er foreløpig ikke rigget hverken for ledere som måtte ha et behov for oppdateringer eller som et ledermobiliserings verktøy.</li> <li>• Systemet er foreløpig ikke tiltenkt ledere på nivå 5 – dette er ikke et definert ledernivå i Vestre Viken. Det pågår nå en kartlegging av antall ledere på dette nivået – det er nødvendig for å se om foretaket har et ledersjikt som eventuelt ikke ivaretas på riktig måte. Arbeidstaker-siden ber om at dette følges opp videre.</li> </ul> <p><b>Vedtak</b> HAMU tar orienteringen om status i «Helhetlig system for lederoppfølging» til etterretning.</p>
02/2020	<p><b>Forslag til temasaker</b> Ved en kort gjennomgang av de foreslåtte temasakene ble HAMU enige om i første omgang å prioritere følgende tema:</p>

	<p>«Organisering av arbeid» - herunder se sammenhengen med heltidskultur, ARP, AML brudd, arbeidsmiljø, pasientsikkerhet og «uhelse».</p> <p><b>Vedtak</b> HAMU slutter seg til avgjørelsen om at temasaker settes opp ut ifra hva som er aktuelt, og at det etterstrebes å komme innom de fleste forslag som er fremkommet. Det bes om at tema «Organisering av arbeid» prioriteres. HAMU ber om at dette også tas som tema i sentralt kvalitetsutvalg (SKU).</p>
03/2020	<p><b>Årsrapport bedriftshelsetjenesten (BHT)</b> Gjennomgang ved Roald Brekkhus, Synergi Helse.</p> <p>BHT har i 2019 bistått med systematisk HMS arbeid ved veiledning fra de faste rådgiverne ute i klinikkene, planarbeid, løpende HMS bistand, kartlegginger av fysiske arbeidsmiljøfaktorer og sykefraværsoppfølging (forebyggende og etter fravær).</p> <p>Typiske områder det har vært arbeidet med:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det psykososiale arbeidsmiljøet</li> <li>• Forståelse for egen rolle rundt arbeid og ansvar</li> <li>• Emosjonell dissonans; ansatte i sykehustjenester har høyest andel arbeidstakere som oppgir å ha høye emosjonelle krav i jobben og høy grad av rollekonflikter (NOA)</li> <li>• Måltrettete helseundersøkelser for nattarbeidere, ansatte eksponert for cytostatika og kjemikalier/løsemidler</li> <li>• Rus og avhengighetssaker</li> <li>• Undervisning/opplæring</li> </ul> <p>Det fremkom i dialogen at Grønt kors kan benyttes som metode i videre arbeid, spesielt med tanke på emosjonell dissonans. Det vil nå bli krav om å trene mer i team innenfor dette området.</p> <p><b>Vedtak</b> HAMU godkjenner årsrapporten 2019 for bedriftshelsetjenesten.</p>
04/2020	<p><b>Årsrapport HMS</b> Gjennomgang ved Henning Brueland, HMS-sjef.</p> <p>Det er meldt flere HMS avvik enn tidligere år. Det er likevel uklart om det er en bedre meldekultur eller om det er faktisk flere hendelser. 2 typer hendelser meldes mest:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vold og trusler</li> <li>- Psykososialt/organisatorisk arbeidsmiljø</li> </ul> <p><u>Vold og trusler</u> En relativt kraftig økning innen vold/trusler – spesielt innen PHR.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De fleste sakene meldes fra på Blakstad. Igangsetter nå en opplæring som handler om å arbeide med situasjoner for å nedskalere vold og trusler. Det er viktig å trygge den ansatte – noe som igjen vil trygge</li> </ul>

	<p>pasientene. Bevisstgjøring kontinuerlig. Nødvendig med en systematisk tilnærming.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bærum og PHT har hatt en økning i meldte saker – handler muligens også om bedre meldekultur. Det er ikke noe klart svar på dette.</li> <li>- Ønskelig med bedre analysekompetanse på området for å unngå for mange antakelser.</li> <li>- Egen sikkerhet skal stå først – noe som krever god opplæring av de ansatte.</li> <li>- Stikkskader ligger høyt – hva er årsak til dette? Krever kontinuerlig opplæring og bevissthet blant ledere og ansatte.</li> </ul> <p>Hva med å kjøre en pilot – f.eks. i akuttmottakene – for å kartlegge i større grad.</p> <p><u>Psykososialt/organisatorisk arbeidsmiljø:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skjer en endring rundt 2017 – økning på arbeidspress og bemanning. Innmelde saker går på pasientsikkerhet i større grad enn arbeidsmiljø.</li> <li>- Er det mulig å se på HMS hendelser som har medført pasienthendelser og motsatt? Det er mulig å melde konsekvens i systemet, opplæring i optimal bruk er nødvendig for flere.</li> <li>- Har vi sårbare perioder i løpet av døgnet, ukedag, helg etc? Det meldes flere saker på dagtid, men ikke noe signifikant.</li> <li>- HMS handlingsplaner Nedgang fra 2018. Foretaket har fortsatt stort forbedrings potensiale.</li> <li>- Bærum har registrert 73,2 % - dette er bra.</li> <li>- Vernetjenesten ber om at alle nå legger handlingsplanene inn i Synergi. Dette er ikke valgfritt.</li> <li>- Legges også nå inn i driftsavtalene for 2020.</li> </ul> <p>Det stilles spørsmål ved hvorfor det er så mangelfull registrering av handlingsplaner i Synergi. Hvordan få formidlet til ledere hva dette kan brukes til? Det krever god kommunikasjon. Kan det legges inn i forbindelse med innføring av kompetanseportalen? Hensikten er å arbeide med handlingsplanene fortløpende.</p> <p>FHVO påpeker følgende punkter hvor det fortsatt ikke er godt nok:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brannvernopplæring</li> <li>• Ytre miljø – elæringskurs</li> <li>• Reduksjon matavfall</li> </ul> <p><b>Vedtak</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. HAMU tar årsrapporten HMS 2019 til etterretning.</li> <li>2. HAMU ber alle klinikker- og staber sørge for at handlingsplaner legges inn i Synergi. Handlingsplanarbeidet skal følges opp etter den kommende ForBedrings undersøkelsen, både i ledermøter og i respektive AMU'er.</li> </ol>
05/2020	<p><b>Årsrapport HAMU</b> HAMU ønsker at navnene på medlemmene i HAMU legges inn i rapporten.</p>

	<p>Det er også ønskelig til neste årsrapport å si noe mer om oppnådde resultater - hva HAMU har fått til gjennom året.</p> <p><b>Vedtak</b> Hovedarbeidsmiljøutvalget godkjenner årsrapporten for 2019. Medlemmenes navn legges inn i rapporten.</p>
06/2020	<p><b>Årsrapport Varslingsutvalget (VU)</b> Kort presentasjon v/leder av utvalget – Mette Lindblad.</p> <p>Det arbeides nå med å oppdatere retningslinjene da det er kommet endringer om varsling som ble inntatt i arbeidsmiljøloven i juni 2019, med virkning fra 1. januar 2020. Konsernrevisjonen vil ha revisjon i løpet av året for å avklare om foretaket er rigget i henhold til dette lovverket.</p> <p>VU's egne rutiner arbeides med og vil bli lagt i eHåndbok.</p> <p>Det er ikke mottatt noen varsler i 2019 – hvorfor? VU er kjent med saker som har gått direkte i linjen. Det er også kjent med saker som er gått eksternt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Det som går i linjen er bra.</li> <li>- Det som går til andre myndigheter er utfordrende; burde vært innom egen linje?</li> <li>- Tidligere år har det vært flere saker – de fleste er gått tilbake i linjen. VU har som rutine at slike saker skal følges opp med tilbakemelding på status fra linjen.</li> </ul> <p><b>Vedtak</b> HAMU tar årsmelding 2019 for varslingsutvalget til etterretning.</p>
07/2020	<p><b>Forsvarlighetsvurdering av turnus – forslag til endelig verktøy/prosedyre</b> Anita H Gornæs gikk kort gjennom saken.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Det har vært gjennomført en pilot på Kongsberg sykehus, og basert på tilbakemeldinger her er det blitt utarbeidet retningslinjer.</li> <li>- Retningslinjene skal også være et støtteverktøy for ledere.</li> <li>- Det anbefales en evaluering etter 1 år – i de lokale AMU'ene.</li> <li>- Saken tas tilbake til HAMU i begynnelsen av 2021.</li> <li>- HR vil sende ut alle dokumenter i «HR informerer» via lederlinjen.</li> <li>- HR sjekker om det finnes muligheter i GAT om det kan krysses av for at forsvarlighetsvurdering er utført.</li> </ul> <p><u>Innspill i møtet:</u> Retningslinjene og kriteriene er dekkende. Det legges inn følgende under akseptkriteriene: «Bemanningsplanen bør være tilpasset aktiviteten». HR sjekker om det finnes muligheter i GAT om det kan krysses av for at forsvarlighetsvurdering er utført.</p>

	<p><b>Vedtak</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. HAMU støtter forslaget til retningslinjer for gjennomføring av forsvarlighetsvurdering av arbeidsplaner - med tillegg av punkt om å tilpasse bemanningsplan etter aktivitet.</li> <li>2. HAMU ber om at det gjennomføres evaluering av metode i klinikkens AMU etter 1 år. Evalueringene legges frem i HAMU.</li> </ol>
	<p><b>Orienteringer</b></p> <p><b>Orientering fra foretakshovedverneombudet</b> Verneombudssamling nettopp gjennomført. Blant annet med temaene virksomhetsstyring og emosjonell dissonans. Vellykket samling.</p> <p>AML brudd – Klinikkhovedverneombudene skal gå gjennom «10 på topp» i egen klinikk. Som kjent er det noen få som står for veldig mange brudd.</p> <p>Jakob Winther Westlie er 40% vernetjeneste i NSD.</p>
08/2020	<p><b>Faste skriftlige orienteringer</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientering om AML-brudd</li> <li>2. Årshjul 2020 HAMU</li> <li>3. Referat fra lokale <a href="#">AMU</a></li> </ol> <p><b>Vedtak</b> HAMU tar de fremlagte sakene til orientering.</p>

## Møteprotokoll

---

<b>Styre:</b>	Helse Sør-Øst RHF
<b>Møtested:</b>	Helse Sør-Øst RHF, Hamar
<b>Dato:</b>	5. februar 2020
<b>Tidspunkt:</b>	Kl 09:15-15:00

---

### Følgende styremedlemmer møtte:

---

Svein I. Gjedrem	Styreleder	Til kl 1400
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder	Møteleder fra kl 1400
Kirsten Brubakk		
Olaf Qvale Dobloug		
Christian Grimsgaard		
Bushra Ishaq		
Vibeke Limi		Forfall
Einar Lunde		
Lasse Sølvberg		
Sigrun E. Vågeng		Til kl 1230

---

### Fra brukerutvalget møtte:

---

Nina Roland  
Lilli-Ann Stensdal

---

### Fra administrasjonen deltok:

---

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

---

**Saker som ble behandlet:**

<b>001-2020</b>	<b>Godkjenning av innkalling og sakliste</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

<b>002-2020</b>	<b>Godkjenning av protokoll fra styremøte 19. desember 2019</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 19. desember 2019 ble godkjent.

<b>003-2020</b>	<b>Virksomhetsrapport per november og desember 2019</b>
-----------------	---

**Oppsummering**

Saken presenterte virksomhetsrapport for november og foreløpig status for virksomheten per desember 2019.

**Kommentarer i møtet**

Styret gleder seg over det økonomiske resultatet for 2019 og viser særlig til bedringen i helseforetakenes økonomiske resultater. Dette gir større mulighet til å investere i nødvendig utstyr og bygningsmasse.

Styret viste også til de positive resultatene for pakkeforløpene for kreft. Styret vil følge med på om dette er varige forbedringer.

Styret er fortsatt bekymret for problemene med leveransepresisjon fra Sykehuspartner HF.

Styret var videre opptatt av at arbeidet med bemanningsstyring følges opp og ba om at de fikk en nærmere orientering om styringsystemer innen området og den reelle utviklingen.

## Styrets enstemmige

### VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport per november og foreløpig virksomhetsrapport per desember 2019 til etterretning.

004-2020	Oppdragsdokument 2020 fra Helse- og omsorgsdepartementet og protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 14. januar 2020 - oppdrag og bestilling 2020 til helseforetakene i Helse Sør-Øst
----------	---

### Oppsummering

Helse- og omsorgsdepartementets styring av de regionale helseforetakene gjøres i form av styringsbudskap gjennom:

- Oppdragsdokumentet som omhandler «sørge for»-ansvaret og supplerer den styring som skjer gjennom foretaksmøter, lover, forskrifter og øvrige myndighetstiltak. I oppdragsdokumentet fastslås spesialisthelsetjenestens overordnede mål og det bevilges midler til å gjennomføre oppgavene som er lagt til det regionale helseforetaket.
- Vedtak i foretaksmøter, der det stilles krav i kraft av at Helse- og omsorgsdepartementet er eier. Foretaksmøtet omhandler overordnede styringsbudskap, styringskrav og rammer.

For enkelte oppgaver og krav legger Helse- og omsorgsdepartementet opp til rapportering ved fastsatte indikatorer slik at styringsdialogen kan baseres på felles kunnskap.

I oppdrag og bestilling til helseforetakene samordner Helse Sør-Øst RHF oppgaver og krav fra Helse- og omsorgsdepartementet med vedtak i det regionale helseforetakets styre som helseforetakene skal følge opp.

### Kommentarer i møtet

Styret ønsket at målet om likeverdige helsetjenester forsterkes innledningsvis i oppdrag og bestilling til helseforetakene og at det i denne sammenheng vises til etniske minoriteter på samme måte som at det skal tilrettelegges for helsetjenester til samiske pasienter.

Styret understreket at det i arbeidet med helsefellesskapene må sikres god medvirkning fra ansatte og brukere.

Styret vil på et senere tidspunkt vurdere om det bør stilles noen mer spesifikke krav til oppfølgingen av samvalg.

Styrets spesifikke kommentarer til oppdrag og bestilling 2020 for Sykehuspartner HF innarbeides i det endelige dokumentet.



## Styrets enstemmige

### VEDTAK

1. Styret tar oppdragsdokument 2020 fra Helse- og omsorgsdepartementet og protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF av 14. januar 2020 til etterretning.
2. Styringsbudskapene følges opp gjennom å integreres i oppdrag og bestilling 2020 til helseforetakene og de private ideelle sykehusene i Helse Sør-Øst
3. Styret slutter seg til egendefinerte mål for 2020 i Helse Sør-Øst for:
  - Gjennomsnittlig ventetid, somatikk: 54 dager
  - Gjennomsnittlig ventetid, psykisk helsevern voksne: 40 dager
  - Gjennomsnittlig ventetid, psykisk helsevern barn og unge: 37 dager
  - Gjennomsnittlig ventetid, tverrfaglig spesialisert rusbehandling: 30 dager
  - Andel av pasientavtaler som overholdes: 94 %
4. Oppdrag og bestilling 2020 til helseforetakene og de private ideelle sykehusene i Helse Sør-Øst godkjennes med de merknader som fremkom i møtet. Administrerende direktør gis fullmakt til å slutføre dokumentet.
5. Styret ber om å bli orientert om gjennomføringen av oppdraget i den ordinære rapporteringen og i årlig melding.

<b>005-2020</b>	<b>Oppnevning av nye styre og fastsetting av styregodtgjørelse i helseforetakene i Helse Sør-Øst fra 2020</b>
-----------------	---

*Saken ble behandlet i lukket møte, jf helseforetakslovens § 26a.  
Innstillingen ble lagt fram av valgkomiteén i styremøtet.*

### Oppsummering

De sittende styrene i helseforetakene i Helse Sør-Øst er oppnevnt med funksjonstid til februar 2020 og det skal følgelig oppnevnes nye styre for helseforetakene. Det fastsettes samtidig styregodtgjørelser som gjelder for hele funksjonstiden.

### Kommentarer i møtet

Styret ba om at det blir fremmet en egen sak hvor det vurderes en utvidelse av antallet styremedlemmer i helseforetakene. Styret ønsket et ekstra vedtakspunkt om at valgkomiteén får fullmakt til å supplere med et styremedlem i styrene for Sykehuset i Vestfold HF, Sørlandet sykehus HF og Akershus universitetssykehus HF.

## Styrets

### VEDTAK

1. Følgende oppnevnes som eieroppnevnte styremedlemmer i styrene for helseforetakene i Helse Sør-Øst med funksjonstid fra 26. februar 2020 til februar 2022:

#### **Styret i Akershus universitetssykehus HF**

Styreleder	Morten Dæhlen	NY som styreleder
Nestleder	Anne Sissel Faugstad	NY
Styremedlemmer	Sylvi Graham	Gjenvalg
	Hanne Tangen Nilsen	Gjenvalg
	LEDIG	NY

#### **Styret i Oslo universitetssykehus HF**

Styreleder	Gunnar Bovim	Gjenvalg
Nestleder	Anne Kari Lande Hasle (*)	NY
Styremedlemmer	Tore Eriksen	Gjenvalg
	Nina Tangnes Grønvold	Gjenvalg
	Svein Stølen	Gjenvalg

(\*) Vedtatt mot tre stemmer

#### **Styret i Sunnaas sykehus HF**

Styreleder	Christel Kvam	NY
Nestleder	Eva Bjørstad	NY som nestleder
Styremedlemmer	Helge Stene-Johansen	NY
	Saida Ibrahim	NY
	Ole Tjomsland	NY

#### **Styret i Sykehusapotekene HF**

Styreleder	Eli Giske	NY
Nestleder	Anne Karlsen	NY som nestleder
Styremedlemmer	Ellen Henriette Pettersen	NY
	Michael Vester	Gjenvalg
	Henrik Schultz	NY

#### **Styret i Sykehuset i Vestfold HF**

Styreleder	Per Christian Voss	Gjenvalg
Nestleder	Anne Biering	NY
Styremedlemmer	LEDIG	NY
	Charlotte Haug	Gjenvalg
	Hans August Hansen	Gjenvalg

#### **Styret i Sykehuset Innlandet HF**

Styreleder	Torill B. Ressem	NY
Nestleder	Torbjørn Almlid	NY
Styremedlemmer	Torunn Aas Taralrud	NY
	Daniel Haga	Gjenvalg
	Ivar Gladhaug	NY

**Styret i Sykehuset Telemark HF**

Styreleder	Per Anders Oksum	Gjenvalg
Nestleder	Kine Jordbakke	NY
Styremedlemmer	Nils Kristian Bogen	Gjenvalg
	Per Kristian Voss	NY
	Turid Ellingsen	NY

**Styret i Sykehuset Østfold HF**

Styreleder	Torbjørn Almlid	NY
Nestleder	Petter Brelin	Gjenvalg
Styremedlemmer	Carl-Morten Gjeldnes	NY
	Maren Kyllingstad	NY
	Gro Seim	Gjenvalg

**Styret i Sykehuspartner HF**

Styreleder	Morten Thorkildsen	Gjenvalg
Nestleder	Nina Mevold	NY som nestleder
Styremedlemmer	Bjørn Atle Bjørnbeth	NY
	Hege Gjessing	NY
	Eivind Gjerdal	Gjenvalg

**Styret i Sørlandet sykehus HF**

Styreleder	Bjørn Walle	NY som styreleder
Nestleder	Hanne Falck-Fladmark	NY
Styremedlemmer	Sunniva Withaker	NY
	Einar Hysing	NY
	LEDIG	NY

**Styret i Vestre Viken HF**

Styreleder	Siri Hatlen	NY
Nestleder	Margrethe Snekkerbakken	Gjenvalg
Styremedlemmer	Robert Bjercknes	NY
	Geir Kåre Strømmen	Gjenvalg
	Bovild Tjønn	Gjenvalg

2. Styret gir valgkomiteen fullmakt til å supplere styrene i Sykehuset i Vestfold HF, Sørlandet sykehus HF og Akershus universitetssykehus HF med et nytt styremedlem.
3. Styregodtgjørelsen for valgperioden fastsettes til:

**Oslo universitetssykehus HF:**

Styreleder	kr	297 000 per år
Nestleder	kr	209 000 per år
Styremedlem	kr	154 000 per år
Varamedlem	kr	5 170 per møte med oppmøte for styremedlem

**Akershus universitetssykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Østfold HF, Sykehuspartner HF, Sørlandet sykehus HF og Vestre Viken HF:**

Styreleder	kr	263 000 per år
Nestleder	kr	184 000 per år
Styremedlem	kr	134 000 per år
Varamedlem	kr	5 170 per møte med oppmøte for styremedlem

**Sunnaas sykehus HF og Sykehusapotekene HF:**

Styreleder	kr	197 000 per år
Nestleder	kr	132 000 per år
Styremedlem	kr	105 000 per år
Varamedlem	kr	5 170 per møte med oppmøte for styremedlem

Praksis med at det ikke skal utbetales økonomisk kompensasjon eller dekning av kostnader utover fastsatt styregodtgjørelse, videreføres. Utgifter til reise og opphold i forbindelse med styrearbeidet dekkes etter regning.

<b>006-2020</b>	<b>Oppnevning av styrets revisjonsutvalg og styrets valgkomité</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

- Følgende oppnevnes til styrets revisjonsutvalg for perioden 5. februar 2020 til februar 2022:
  - Anne Cathrine Frøstrup (leder)
  - Einar Lunde
  - Kirsten Brubakk
- Følgende oppnevnes til styrets valgkomité for perioden 5. februar 2020 til februar 2022:
  - Svein Gjedrem (leder)
  - Anne Cathrine Frøstrup
  - Christian Grimsgaard

<b>007-2020</b>	<b>Regional beredskapsplan – rullering</b>
-----------------	--

**Oppsummering**

Hensikten med denne styresaken er å orientere styret om de viktigste prinsippene som legges til grunn i beredskapsplanverket og endringene som er gjort i denne rulleringen.

## Styrets enstemmige

### VEDTAK

1. Styret tar den regionale beredskapsplanen til etterretning.
2. Planen legges til grunn for arbeidet med beredskapsplanverket i helseforetakene i regionen og private ideelle sykehus med driftsavtaler med Helse Sør-Øst RHF.

008-2020	Regional delstrategi for teknologiområdet
----------	---

### Oppsummering

Saken beskriver strategi, mål og retning for videre utvikling av teknologiområdet i Helse Sør-Øst. Regional delstrategi for teknologiområdet er utarbeidet med deltagelse fra helseforetakene i foretaksgruppen og er behandlet i direktørmøtet i regionen. Delstrategien legges nå fram for styret i Helse Sør-Øst RHF for orientering og med mulighet for å gi innspill før endelig behandling.

### Kommentarer i møtet

Styret fremhevet at teknologien gir store muligheter som må utnyttes. Styret viste til at det er utfordringer innen personvernområdet som det må arbeides med. Videre diskuterte styret balansegangen mellom bruk av markedet og oppbygging av egen kompetanse.

## Styrets enstemmige

### VEDTAK

Styret tar regional delstrategi for teknologiområdet til orientering. Styret ber om at merknader og innspill gitt i møtet innarbeides og at delstrategien fremmes for beslutning i styremøte i mars 2020.

009-2020	Oslo universitetssykehus HF – leiekontrakt med Oslo kommune om ny storbylegevakt på Aker
----------	--

### Oppsummering

Dagens samarbeid om skadelegevakt mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF skal videreføres. Ny storbylegevakt er lokalisert til Aker sykehus, og virksomhetsinnhold og driftsmodell er avpasset med planer for utbyggingen av nye Oslo universitetssykehus HF, Aker og Rikshospitalet. Etter fullmakt fra Helse Sør-Øst RHF i sak 011-2019, har Oslo universitetssykehus HF fremforhandlet endelig leiekontrakt og godkjent denne i helseforetakets styre, jamfør styresak 8/2020 i Oslo universitetssykehus HF.

Saken fremmes styret i Helse Sør-Øst RHF for oppfølging av forutsetninger som ble satt i styresak 011-2019 hvor fullmakt om inngåelse av leiekontrakt ble gitt til Oslo universitetssykehus HF.

### Kommentarer i møtet

Styret gir sin tilslutning til forslaget til vedtak og viser til at dette er et komplekst prosjekt som det er viktig å høste erfaringer fra. Erfaringene må tas med i vurdering av eventuelle tilsvarende samarbeidsprosjekter.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

1. Styret konstaterer at styret i Oslo universitetssykehus HF har behandlet en omforent og endelig leiekontrakt med Oslo kommune om ny storbylegevakt på Aker.
2. Styret tar til etterretning at den økonomiske rammen satt i styresak 011-2019 er opprettholdt. Dette medfører at styringsrammen (P50) for Oslo universitetssykehus HFs arealer i storbylegevakten utgjør 1 602,6 millioner kroner.
3. Styret forutsetter at Oslo universitetssykehus HF gjennom etablerte styringsstrukturer følger opp de risikomomenter som er identifisert slik at tiltak kan iverksettes ved behov.
4. Ved eventuelt behov for økt ramme til prosjektet utover nivået i punkt 2, skal dette fremmes styret i Helse Sør-Øst RHF for behandling.

<b>010-2020</b>	<b>NOU 2019:24 - Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak</b>
-----------------	--

### Oppsummering

Saken har som formål å gi styret informasjon om forslaget til ny inntektsfordeling mellom regionale helseforetak, slik dette presenteres i NOU 2019:24. Styret er tidligere orientert om utvalgsarbeidet, senest som del av styresak 117-2019 *Driftsorienteringer fra administrerende direktør* i styremøtet den 19. desember 2019.

NOU 2019:24 er sendt på høring med høringsfrist 17. mars 2020. Administrerende direktør vil legge frem en egen styresak om høringssvaret fra Helse Sør-Øst RHF i styremøtet 12. mars.

### Kommentarer i møtet

Styret påpeker at kvalitetssikringen av arbeidet ikke er tillitvekkende, da det er oppdaget regnefeil i etterkant av at NOU 2019:24 ble overlevert til Helse- og omsorgsdepartementet. Dette betyr at det er tilkommet nye forhold etter at de skjønnsmessige vurderingene er gjort. Det bør vurderes en fornyet gjennomgang av tallmaterialet i samarbeid mellom departementet og de fire regionale helseforetakene.

Styret støtter merknadene fra de to utvalgsmedlemmene om kostnadsindeksen innen psykisk helsevern.

Endringen i kapitalelementet sammenlignet med nåværende modell rammer Helse Sør-Øst på en uheldig måte. Dette skyldes blant annet etterslepet på investeringer i denne helseregionen.

#### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Styret tar informasjonen om NOU 2019:24 *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*, til orientering og ber om at de forhold som foreslås omtalt i høringsvaret fra Helse Sør-Øst RHF presenteres i styremøtet 12. mars.

011-2020	Årsplan styresaker
----------	--------------------

#### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Årsplan styresaker tas til orientering.

012-2020	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
----------	--

#### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

#### Orienteringer

1. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 18. og 19. desember 2019
2. Foreløpig protokoll fra møte i Revisjonsutvalget 10. desember 2019
3. Protokoll fra drøftinger 4. februar 2020 med de konserntillitsvalgte

#### Temasaker

- Lederutvikling og utvikling av lederkandidater v/direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø

Møtet hevet kl 14:30

Hamar, 5. februar 2020

---

Svein I. Gjedrem  
styreleder

---

Anne Cathrine Frøstrup  
nestleder

---

Kirsten Brubakk

---

Olaf Qvale Dobloug

---

Christian Grimsgaard

---

Bushra Ishaq

---

Vibeke Limi

---

Einar Lunde

---

Lasse Sølvberg

---

Sigrun E. Vågeng

---

Tore Robertsen  
styresekretær



## Foreløpig protokoll

<b>Møte:</b>	<b>Brukerutvalget</b>	<b>Til stede:</b>	<b>Fra Brukerutvalget:</b> Rune Hansen Gunnerød, Franck Tore Larsen, Lillemor Sandberg, Heidi Hansen (nestleder), Elisabeth Schwencke, Grethe Synnøve Karlsen, Mark Miller, Rune Kløvtveit (Leder), David C. Hemmingsen
<b>Møtedato:</b>	19. februar 2020		
<b>Tidspunkt:</b>	12:00 – 18:00 Møtet ble avsluttet kl. 17:30		
<b>Sted:</b>	Wergelandsgate, Glitre 2		
<b>Møteleder:</b>	Rune Kløvtveit		<b>Fra administrasjonen:</b> Helsefaglig sjef Elisabeth Kaasa Spesialrådgiver Jens Kristian Jebsen (sekretær)
<b>Referent:</b>	Jens Kristian Jebsen	<b>Forfall:</b>	Gudrun Breistøl. Rune Hansen Gunnerød kom fra et annet møte kl. 12:50.

Agenda	
<b>6/20</b>	<b>Godkjenning av innkalling og sakliste</b> Godkjent.
<b>7/20</b>	<b>Godkjenning av referat fra møtet 22. januar 2020</b> Godkjent, med retting av årstall fra 2029 til 2019 under sak 5/20.
Nye saker	
<b>8/20</b>	<p><b>Pasientombudet orienterer</b></p> <p><i>Organisering</i> Det er bestemt at pasientombudene skal ha geografisk ansvarsområde som tilsvarer de gamle fylkene. Ombudet orienterte for øvrig om egen drift.</p> <p>Årsrapporten Ombudet er nå ferdig med sin årsrapport og vil komme tilbake til Brukerutvalget og orientere om denne i mars.</p> <p><i>Medisinsk avdeling – Drammen sykehus</i> Ombudet er bekymret for om pasientene får tilstrekkelig omsorgsfull oppfølging og ivaretagelse når de er innlagt. Fortsatt er det mange pårørende som er misfornøyde og melder om dårlig renhold, en stresset arbeidshverdag, tv på rommene som ikke virker osv. Det er viktig at hele pasientoppholdet er trygt og omsorgsfull, ikke bare den medisinskfaglige utredningen og behandlingen.</p> <p><i>Drammen DPS</i> Pasientombudet har hatt en tett og god dialog med DPS Drammen i forbindelse med arbeidet med å redusere/få en mer riktig avslagsprosent på henvisninger. Pasientene får nå innkalling til samtale med et kartleggingsteam dersom det er tvil om videre</p>

	<p>behandling/oppfølging i spesialisthelsetjenesten er nødvendig. Dette er en stor fordel for de pasientene som tidligere trolig ville blitt avvist direkte. Etter denne samtalen er det flere som går videre til nærmere utredning eller behandling. Det er viktig at denne rutinen ikke skaper forvirring rundt rettighetsvurderingen som allerede er gjennomført. Ombudet er fornøyd med samarbeidet og løsningen som nå er etablert.</p> <p><i>DPS Konnerud</i> Pasientombudet gir opplæring i regelverk osv for pasienter og ansatte på senteret. Dette oppleves som nyttig.</p> <p>Brukerutvalget gav innspill på at det kunne være behov for ombudets orientering om Vestre Vikens virksomhet i Akershus. Ombudet skulle følge opp dette med å etterspørre saker fra Pasientombudet i Oslo og Akershus</p> <p><b>Vedtak:</b> Brukerutvalget tar Pasientombudets redegjørelse til orientering.</p>
9/20	<p><b>Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023</b> Seniorrådgiver Ingrid Middelthon fra HOD orienterte om planens formål og innhold. Det er en overordnet problemstilling at det vil være en større andel eldre i store deler av landet. Dette må møtes med blant annet tiltak knyttet til digitalisering, finansieringsordningene, uønsket variasjon og sikre tilstrekkelig og riktig kompetanse. Det pekes på at det må rettes et særlig fokus på barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, flere kroniske lidelser og skrøplige eldre. En vesentlig del av ressursene brukes på disse pasientene og forbedringer og tiltak kan ha gode virkninger for tilbudet til også andre pasientgrupper. Et viktig tiltak er å inngå helsefelleskap mellom helseforetak og kommuner, i alt 19 stykker.</p> <p>Det var innspill fra Brukerutvalget at når det legges opp til store endringer av et system som allerede er presset på ressurser. Dette krever kompetanse i omstillingsledelse. Dette fremstår som lite omtalt i planen. Det ble også spilt inn at det er langt mindre kunnskap om tilstanden i kommunene.</p> <p><b>Vedtak:</b> Brukerutvalget tar orienteringen til etterretning.</p>
10/20	<p><b>Erfaringsutveksling mellom medlemmene i Brukerutvalget (inntil fem minutter for hvert medlem)</b> Brukerutvalget orienterte om saker og diskusjoner i følgende møter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Heidi: Klinisk etisk komitee (Blakstad), pasientsikkerhetsprogrammet ift. overdoser, KKU innen psykisk Helse.</li> <li>Frank: KKU Bærum sykehus samt LSU for Bærum sykehus med Asker og Bærum kommuner.</li> <li>Rune G: LSU Hallingdal, KKU Ringerike sykehus</li> <li>Mark: KKU Bærum sykehus.</li> <li>Lillemor: LSU Kongsberg.</li> <li>Grethe: KKU Kongsberg, gruppearbeid om brukerundersøkelser.</li> <li>Rune K.: Sentralt kvalitetsutvalg, ledersamling DS, møte med AD.</li> </ul>
11/20	<p><b>Oppnevninger i råd/utvalg</b></p>

	<p>Det ble gjort en gjennomgang av utvalgsmedlemmenes ansvar for klinikker, utvalg og prosjekter. Det ble bestemt at Franck og Rune K innstilles som medlemmer for Brukerutvalget for NSD.</p>
<b>12/20</b>	<p><b>Strategiplan for Vestre Viken</b>          Elisabeth Kaasa orienterte Brukerutvalget om arbeidet med strategisk plan, både når det gjelder prosess og innhold. Planen skal behandles av styret i Vestre Viken 30. mars og det er ønskelig at Brukerutvalget kommer med innspill.</p> <p>Brukerutvalget spilte inn at samvalg bør tydeliggjøres, gjerne som en rød tråd, i planen. Dette må sees i sammenheng med det strategiske målet om å gi alle pasienter en plan. Her bør samvalg løftes. Når det gjelder strategiske mål knyttet til kompetanse, spilte Brukerutvalget inn at man også bør se på hvilke oppgaver som evt. kan utføres av grupper som er mindre rekrutteringssårbare eller som ikke er helsepersonell.</p> <p><b>Vedtak:</b>          Brukerutvalget tar orienteringen til etterretning og viser til sine innspill til saken.</p>
<b>13/20</b>	<p><b>AD gjennomgår aktuelle styresaker</b>          Administrerende direktør Lisbeth Sommervoll gjennomgikk og var tilgjengelig for diskusjon av enkelte styresaker.</p> <p><i>Økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringplan NSD</i>          Vestre Viken er forpliktet til å lage en plan for å vise hvordan foretaket vil bære bygging av NSD, herunder hvilke gevinster nybyggingen vil innebære. Det er en viss utfordring ved å vise økonomiske gevinster ved nybygging ettersom det nye sykehuset kun skal erstatte ett sykehus. Planen skal styrebehandles 30. mars og det er ønskelig med innspill fra Brukerutvalget. Det er ventet gevinster med samlokalisering av poliklinikker, operasjonslokaler, varelevering, klinisk logistikk osv.</p> <p><i>Dimensjonering av NSD</i>          Ansatte på Øyeavdelingen har gjort gjeldende at deres arealer er for små, blant annet fordi det har vært en økning av pasientgruppen. Det er planlagt endring av rom på Øyeavdelingens lokaler på NSD. Det er gitt tillatelse til dette fra HSØ, blant annet så fremt tillitsvalgte og brukere støtter endringen. Det skal være et møte 2. mars 14:30 der problemkomplekset skal belyses og aktuelle tiltak avklares. Det er ønskelig at Brukerutvalget er med på dette møtet.</p> <p><i>Spørsmålet om hvilket helseforetak Sande skal sogne til.</i>          AD redegjorde for denne problemstillingen og oppfordret Brukerutvalget til å uttale seg i den pågående høringen. Brukerutvalget vil sette seg inn i saken og komme med innspill, evt. sammen med Vestre Vikens høringsinnspill.</p> <p><b>Vedtak:</b>          Rune Kløvtveit deltar på møtet 2. mars vedrørende Øyeavdelingens arbeidsarealer på vegne av Brukerutvalget. Gevinstrealiseringsplanen vil følges opp av Brukerutvalget.</p>
<b>14/20</b>	<p><b>Orienteringer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Brukerutvalgets uttalelse til Vestre Vikens årlig melding</b></li> </ul> <p>Brukerutvalget gav arbeidsutvalget mandat til å lage uttalelsen og er fornøyd med hvordan dette har blitt gjort.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Årsrapport fra Brukerutvalget</b></li> </ul>

	<b>Eventuelt</b> Ingen saker.

## Styrets arbeid 2020

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Andre orienteringer/merknader
*Mandag 27. januar (ved behov)			
<b>Mandag 24. februar</b>  Møtested: Drammen	- Årlig melding 2019 - Virksomhetsrapport pr 31. januar – <ul style="list-style-type: none"> <li>o Økonomi</li> <li>o Bemanning</li> <li>o Pakkeforløp</li> <li>o Utsiktede hendelser</li> <li>o Korridorpasienter</li> <li>o AML-brudd</li> </ul> - Økonomisk bærekraft i Vestre Viken HF og plan for gevinstrealisering nytt sykehus i Drammen - Fullmakter i Vestre Viken HF – signaturrett og prokura	- Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 19. desember og 5. februar - HAMU 4. februar - SKU 11. februar - Brukerutvalg 22. januar og 11. februar - Styrets arbeid 2020	<b>Tema:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasientsikkerhet og kvalitet</li> </ul> <b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientering Nytt sykehus Drammen</li> <li>• Foreløpig årsresultat 2019</li> </ul>
<b>Onsdag 26. feb</b> Gardermoen	-	-	<b>Foretaksmøte – februar</b> Styresamling i regi av HSØ OBD 2020
<b>Mandag 30. mars</b>  Møtested: Bærum	- Virksomhetsrapport februar kort/PPT vedlegg - Oppdrag og bestilling 2020 - Årsberetning/årsregnskap 2019 - ØLP 2021 -2024 - Utvidelse av øyeavdelingens arealer i NSD	- Foretaksprotokoller 26. februar - Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 12. mars - Brukerutvalg16. mars - Styrets arbeid 2020	<b>Tema:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ØLP orientering om forutsetninger for 2021 - budsjettprosessen</li> <li>• Rammeverk for virksomhetsstyring</li> <li>• Risikostyring</li> <li>• Rullering - Strategisk plan</li> </ul> <b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientering fra Bærum sykehus</li> <li>• ADs møte med venneforeningene – tilbakemelde til styret</li> </ul>

## Styrets arbeid 2020

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Andre orienteringer/merknader
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientering Nytt sykehus Drammen</li> <li>•</li> </ul>
<b>Mandag 27. april</b> Møtested: Ringerike	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Virksomhetsrapport mars</li> <li>- ØLP 2021 -2024</li> <li>- Ledelsens gjennomgang</li> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- HAMU 31. mars og SKU 14. april</li> <li>- Brukerutvalg- 16. april</li> <li>- Foreløpig styreprotokoll I HSØ 29.-30 april</li> <li>- Styrets arbeid 2020</li> </ul>	<b>Tema:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Teknologi</b></li> <li>• <b>Forskning/innovasjon</b></li> </ul> <b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientering om årets lønnsforhandlinger?</li> <li>• Orientering fra Ringerike sykehus</li> <li>• Orientering Nytt sykehus Drammen</li> <li>•</li> <li>•Pasientombudene i Akershus og Buskerud – årsmelding 2019?</li> </ul>
<b>*Mandag 25. mai (ved behov)</b>		-	
<b>Onsdag 15. juni</b> Møtested: Drammen	Virksomhetsrapport mai - kort PPT Virksomhetsrapport 1. tertial Eksterne tilsyn pr 1. tertial Ledernes ansettelsesvilkår 2020 Styrets møteplan 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Foretaksprotokoll VV?</li> <li>- Vedtekter Vestre Viken?</li> <li>- Brukerutvalg 8. juni</li> <li>- HAMU 2. juni</li> <li>- SKU 9. juni</li> <li>- Styrets arbeid 2020</li> </ul>	<b>Tema:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sykehus i nettverk</b></li> <li>• <b>Kompetanseplanlegging/kartlegging</b></li> </ul> <b>Andre orienteringer:</b> Orientering fra Drammen sykehus Orientering Nytt sykehus Drammen
<b>*Mandag 31. august (ved behov)</b>			
<b>Mandag 21. september</b>	Virksomhetsrapport 2. tertial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Protokoll fra styremøte i HSØ 25. juni og 20. august</li> </ul>	<b>Tema:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Arbeidsmiljø/sommerferieavviklingen</b></li> </ul>

## Styrets arbeid 2020

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Andre orienteringer/merknader
Møtested: Kongsberg		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tilleggsdokument for Oppdrag og bestilling 2020?</li> <li>- Brukerutvalg 7. september</li> <li>- HAMU 1. september og SKU 8. september</li> <li>- Styrets arbeid 2020</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dialog med brukerutvalget</b></li> <li>• <b>Mulig budsjettseminar:</b> Budsjett 2021</li> </ul> <p><b>Andre orienteringer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientering fra Kongsberg sykehus</li> <li>• Orientering Nytt sykehus Drammen</li> </ul>
<b>Mandag 26. oktober</b> Møtested: Blakstad	Virksomhetsrapport september kort/PPT vedlegg	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Brukerutvalg 12. oktober</li> <li>- Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 22. oktober</li> <li>- Styrets arbeid 2020</li> </ul>	<p><b>Tema:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Samhandling med kommunene/primærhelsetjenesten</b></li> </ul> <p><b>Andre orienteringer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientering fra PHR</li> <li>• Orientering Nytt sykehus Drammen</li> </ul>
<b>Mandag 16. november</b> Møtested: Drammen	- Virksomhetsrapport oktober	<ul style="list-style-type: none"> <li>Brukerutvalg 9. november</li> <li>SKU 10. nov og HAMU 3. november</li> <li>- Styrets arbeid 2020</li> </ul>	<p><b>Andre orienteringer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientering fra KIS</li> <li>• Orientering Nytt sykehus Drammen</li> <li>• Budsjett 2021</li> </ul> <p>Styreevaluering 2020</p>
<b>Mandag 14. desember</b> Møtested: Drammen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Virksomhetsrapport november kort/PPT vedlegg</li> <li>- Budsjett og mål 2021</li> <li>- Oppnevning av nye representanter og leder i Brukerutvalget?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 25. -26. nov Brukerutvalg 9. desember</li> <li>- HAMU og SKU 3. desember</li> <li>- Styrets arbeid 2020/2021</li> </ul>	<p><b>Tema:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ?</li> </ul> <p><b>Andre orienteringer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientering Nytt sykehus Drammen</li> </ul> <p>Julemiddag</p>
	-		Dialogmøte med kommunene 2020 30. november
<b>2021</b>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 17.</li> </ul>	

## Styrets arbeid 2020

---

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Andre orienteringer/merknader
		desember	