

**Til:** Styret ved Vestre Viken

**Dato utsendt:** 8. juni 2020

**Vår ref.** Styresekretær

**Møtetype:** Styremøte  
**Møtedato:** 15. juni 2020  
**Møtetid:** kl. 15.00 – 18.50  
**Møtested:** Drammen –Quality Hotel River Station - Dr. Hansteinsgate 7  
(like ved jernbanestasjonen)

Publikum og media som ønsker å følge møtet, må gi beskjed til styresekretær på mail innen søndag 14. juni kl.18.00 slik at vi kan prøve å tilrettelegge for deltagelse i møterommet. Det er begrenset plass for publikum av smittehensyn.

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

**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 Siri Hatlen*

Elin Onsøyen

Saksnr.	Tid (tentativt)	GODKJENNINGSSAKER	MERKNAD
27/2020	15.00	<b>Godkjenning av innkalling og saksliste</b> Vedlegg: Innkalling til styremøte 15. juni	
28/2020		<b>Godkjenning av møteprotokoll 25. mai 2020</b> Vedlegg: Foreløpig protokoll 25. mai 2020	
Saksnr.		BESLUTNINGSSAKER	
29/2020	15.05 (20 min)	<b>Virksomhetsrapport for Vestre Viken pr 1. tertial 2020</b> Vedlegg: Virksomhetsrapportering pr 1. tertial 2020	Presentasjon resultater pr mai og 1. tertial 2020 administrerende direktør
		<b>Status pr 15. juni- Koronasituasjonen</b>	Presentasjon direktør fag
30/2020	15.25 (40 min)	<b>Ledelsens gjennomgang (LLG)</b> Vedlegg: 1. VV Ledelsens gjennomgang av ledelses-/styringssystemet (LGG) Foretaksnivå for 2019	Presentasjon inkl. nasjonale kvalitetsindikatorer mai 2020 direktør fag
	16.05 (10 min)	<b>Pause</b>	
31/2020	16.15 (60 min)	<b>Rapportering plan for bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplan NSD</b> Vedlegg: Rapporteringsplan bærekraft og gevinstrealisering Vedlegg: 1. Rapporteringsplan økonomisk bærekraft og gevinstrealisering 2. Fremdriftsplan mottaksprosjektet NSD 3. Fremdriftsplan ARP	Presentasjon direktør økonomi
32/2020	17.15 (10 min)	<b>Utskilling av areal til kommunal infrastruktur og utomhus areal</b> Vedlegg: 1. Situasjonsplan UTOMHUSPLAN - eiendom etter anlegg 2. Utomhusplan Lier kommune 3. Signert Anleggsbidragsavtale Drammen kommune 4. Signert Utbyggingsavtale Drammen kommune 5. Utkast Anleggsbidragsavtale Lier kommune	

		6. Utkast Utbyggingsavtale Lier kommune	
<b>33/2020</b>	17.25 (15 min)	<b>Parkering nytt sykehus i Drammen</b> Vedlegg: 1. Reguleringsplankart Nytt sykehus i Drammen 2. Områderegulering plankart Nytt sykehus i Drammen 3. Kartskisse Odden	
<b>34/2020</b>	17.40 (10 min)	<b>Møteplan for styret i Vestre Viken HF 2021</b> Vedlegg: Møteplan i Vestre Viken 2021 (årskalender for foretaket pr. juni 2020)	
<b>35/2020</b>	17.50 (5 min)	<b>Erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansatte</b> Vedlegg: 1. 1.Erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjøring til daglig leder og andre ledende ansatte 2. Styresak 027-2015 HSØ – retningslinjer for avlønning av administrerende direktør og ledende ansatte i Helse Sør-Øst RHF 3. Utdrag fra Allmennaksjeloven § 6-16 a. 4. Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel	
<b>ORIENTERINGER</b>			
<b>36/2020</b>	17.55 (5 min)	<b>Orienteringer</b> Vedlegg: 1. Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 30. april 2. Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 14. mai 3. Hovedarbeidsmiljøutvalg referat 2. juni 4. Styrets arbeid pr juni 2020 5. Brukerutvalget foreløpig referat 10. juni 2020 (ettersendes)	
	18.00  (30 min)  (20 min)	<b>Andre orienteringer:</b>  1. Virksomhetsstyring i Vestre Viken  2. Orientering Nytt sykehus Drammen	Presentasjoner  Direktør økonomi  Prosjektdirektør NSD
<b>EVENTUELT</b>			
	Ca. 18.50	<b>Møteslutt</b>	



Dato: 8. juni 2020  
Saksbehandler: Elin Onsøyen

## Saksfremlegg

### Godkjenning av innkalling og saksliste

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken	27/2020	15.06.2020

### Forslag til vedtak

Styret godkjenner saksliste og innkalling.

Drammen, 8. juni 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: Innkalling og saksliste til styremøte 15. juni 2020

Dato: 8. juni 2020  
Saksbehandler: Elin Onsøyen

## Saksfremlegg

### Godkjenning av møteprotokoll 25. mai 2020

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken	28/2020	15.06.2020

### Forslag til vedtak

Møteprotokoll fra styremøtet 25. mai godkjennes.

Drammen, 8. juni 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: Foreløpig protokoll 25. mai 2020

Dato: 25. mai 2020  
Saksbehandler: Elin Onsøyen  
Direkte telefon: 95812504

## Møteprotokoll for styret i Vestre Viken

**Møtested:** Skype/telefonmøte  
**Dato:** 25. mai 2020  
**Tidspunkt:** Kl. 12 – 13.30

---

### Følgende medlemmer møtte:

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

---

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

### Følgende fra administrasjon og ledelse møtte:

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

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

Protokollfører: Elin Onsøyen

## **Godkjenningssak**

### **Sak 23/2020 Godkjenning av innkalling og saksliste**

#### **Styrets enstemmige**

##### **Vedtak:**

Styret godkjenner saksliste og innkalling.

### **Sak 24/2020 Godkjenning av styreprotokoll for 27. april 2020**

#### **Styrets enstemmige**

##### **Vedtak:**

Møteprotokoll fra styremøtet 27. april 2020 godkjennes.

#### **Aktuell informasjon**

Administrerende direktør orienterte innledningsvis om at Trine Olsen er ansatt som ny klinikkdirektør ved Bærum sykehus.

Administrerende direktør orienterte om foretakets håndtering av innsynsbegjæringer i forbindelse med koronapandemien.

## **Beslutningssak**

### **Sak 25/2020 Virksomhetsrapportering for Vestre Viken pr april 2020**

#### **Oppsummering av innhold:**

Administrerende direktør innledet før behandlingen av saken.

Effekter av koronapandemien preger resultatet også pr april. Det er betydelig inntektsbortfall og ekstra kostnader både til innkjøp av utstyr og lønn som følge av at mange medarbeidere har hatt fravær som følge av karantenebestemmelsene. Månedens resultat er 102 MNOK svakere enn budsjett der det meste tilskrives tapte inntekter og økte kostnader som følge av pandemien. I forbindelse med behandlingen av RNB vil det bli gitt kompensasjon via de regionale helseforetakene, videre fordeling er ikke avklart. Det er nå først og fremst fokus på å bygge opp aktiviteten igjen samtidig som smittevern hensyn ivaretas. Det vises til vedtak i foretaksmøte for VVHF 28. april 2020:

*Vestre Viken HF skal:*

- Fortsette arbeidet med å planlegge og forberede for et høyt antall intensivpasienter, i tråd med analyser gjennomført av Folkehelseinstituttet.
- Starte opptrapping til mer normalt drift.
- Styrke samarbeid med kommunene for å håndtere covid-19-epidemien, herunder legge til rette for faste møtepunkter og så langt som mulig innrette samarbeidet i tråd med prinsippene for innføring av helsefelleskap.
- Prioritere samarbeid med avtalespesialister om aktiviteten i avtalepraksis og inngå samarbeidsavtaler der dette ikke er etablert.



- *Ta i bruk digital hjemmeoppfølging og nettbasert behandling der det er mulig og melde behov for justeringer i nasjonale rammevilkår som raskt kan iverksettes til Helse Sør-Øst RHF. Dette gjelder blant annet ISF-ordningen, reguleringer, praktisk veiledning og nasjonale e-helsetiltak.*
  - *Samarbeide med utdanningsinstitusjonene om å finne løsninger som bidrar til at flest mulig helsefagstudenter kan gjennomføre praksis. Det gjelder spesielt for utdanninger det er særlig behov for, eksempelvis utdanning i akutt-, anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleie, samt bioingeniører. Alternative veiledningsformer skal vurderes.*
  - *Legge til rette for økt testkapasitet både gjennom utvidet laboratoriekapasitet, bistand til kommunene når det gjelder prøvetaking ved behov.*
- 2. Overordnede rammer for aktiviteten i Vestre Viken HF i 2020 endres som følge av covid-19-epidemien.*

### **Koronapandemien – status per 25. mai 2020**

Direktør fag Ulrich Spreng orienterte.

I perioden 8.3.20 til 16.5.20 har i sum 149 pasienter vært innlagt i Vestre Viken HF. Bærum sykehus og Drammen sykehus har hatt den største andelen av disse pasienter. Snittalderen av pasientene er 64 år. Pasientene har i snitt vært innlagt i 8 dager. 128 pasienter er skrevet ut, 19 pasienter døde på et av våre sykehus. Per 22.5.20 er tre pasienter med covid-19 innlagt i Vestre Viken HF.

Prognosen fra FHI tilsier at i de kommende årene vil det være vedvarende fare for nye bølger av pandemi. Inntil videre er anbefalingen om å fortsatt planlegge for en epidemi som beskrevet i begynnelsen av april 2020. Vestre Viken HF's plan for økt kapasitet grunnet koronaepidemien ble forlagt styret i møte den 14. april i sak 15 Plan for økt behandlingsskapasitet i forbindelse med Covid-19-epidemien.

Vestre Viken HF må både være forberedt på en ny bølge av covid-19 pasienter og samtidig snarest mulig og i størst mulig grad komme i en mer normal drifts- og aktivitetssituasjon. Det er et betydelig etterslep grunnet utsatte konsultasjoner og per 10.5.20 har i overkant av 37000 planlagte kontakter blitt utsatt grunnet korona.

Opptrapping av elektiv kapasitet i Vestre Viken HF er godt i gang. Aktiviteten ved de somatiske klinikkene i uke 20 var på rundt 80 prosent av normal aktivitet. Den elektive aktiviteten økes ytterlig frem mot sommeren, men vil ikke nå det samme nivå som i ordinær drift grunnet smittevern hensyn.

### **Kommentarer i møtet:**

Styret konstaterer at foretaket er godt i gang med opptrapping av aktiviteten samtidig som smittevern fortsatt har høy oppmerksomhet i sykehusene. Det er et mål å nå og opprettholde størst mulig behandlingsaktivitet i tiden framover av hensyn til pasientene, men også for å sikre foretakets økonomiske bærekraft. Det ble også henvist til protokoll fra foretaksmøte 28. April (vedtaket er gjengitt under) samt møte for styreledere/administrerende direktører i HSØ avholdt 20.mai.

**Styrets enstemmige****Vedtak:**

Styret tar virksomhetsrapport pr april 2020 og status koronasituasjonen per 25. mai til etterretning.

**Sak 26/2020 Utkast til rapporteringsplan for bærekraft i Vestre Viken/gevinstrealiseringsplan for NSD**

Direktør økonomi Mette Lindblad innledet før behandlingen av saken

**Oppsummering innhold:**

Planen for gevinstrealisering NSD og økonomisk bærekraft i VVHF skal nå iverksettes og det må etableres et hensiktsmessig format for rapportering på fremdrift og resultater til styret og ledelsen. Det er foreslått måleindikatorer på de fleste områdene som gir uttrykk for resultatoppnåelsen. Planen er omfattende og foretaket planlegger å styre dette som en portefølje. Styret inviteres til å gi innspill til format på rapporteringen før planen fremlegges til endelig behandling i styremøtet 15. juni 2020.

**Kommentarer i møtet:**

Styret har fått en nyttig gjennomgang, og det er et godt notat som følger saken. Planen er svært omfattende og kompleks, og det er viktige avhengigheter og grensesnitt mellom de ulike delprosjektene i gevinstrealiseringsplanen som det er viktig å få kartlagt. Man må tidlig avdekke hvor det er stram tidsplan/kritisk vei for å identifisere forhold som kan forsinke aktiviteter og måloppnåelse/ gevinster. Korrigerende tiltak iverksettes deretter. Det er ønskelig at alle deler i gevinstplanen er på plass, og at konkretiseringer er avklart fram til endelig styrebehandling i neste møte. Gevinstplanen er omfattende og kompleks å følge opp på en egnet måte. Det er derfor ønskelig å etablere en egnet og systematisk rapportering på riktig nivå til styret. Styresaken i juni kan inneholde et eller flere konkrete "case" for å illustrere slik rapportering.

**Styrets enstemmige****Vedtak:**

Styret tar fremlagt forslag til rapporteringsplan til foreløpig orientering.

**Eventuelt**

1. Foretaksprotokollene for VVHF datert 28.04.2020 og 20.05. 2020 ble tatt til etterretning av styret.
2. Neste styremøte 15. juni starter kl.15
3. Det planlegges for et styremøte med påfølgende styreseminar 21. – 22. september.

**Drammen 25. mai 2020**

Siri Hatlen  
styreleder

Margrethe Snekkerbakken  
nestleder

Robert Bjercknes

Bovild Tjønn

Geir Kåre Strømmen

Tom R. H. Frost

Toril A. K. Morken

John Egil Kvamsøe

Dato: 08.06.2020  
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

## Saksfremlegg

### Virksomhetsrapportering for Vestre Viken pr. 1. tertial 2020

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken	29/2020	15.06.2020

#### Forslag til vedtak

1. Styret tar virksomhetsrapport pr. 1. tertial 2020 til etterretning.
2. Administrerende direktør gis fullmakt til å iverksette bestillinger innen MTU, IKT og bygg for inntil 80 MNOK for leveranse i 2021.

Drammen 8. juni 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

## Bakgrunn

Administrerende direktør legger fram rapportering pr. 1. tertial i tråd med styrets årshjul. Rapporteringen pr. tertial omfatter en rekke flere indikatorer enn de som rapporteres månedlig. Det vises for øvrig til virksomhetsrapportering pr. april som ble fremlagt for styret 27. mai 2020. Deler av rapporteringen i virksomhetsrapporten for april gjentas her for en helhetlig fremstilling av status pr. 1. tertial.

## Saksutredning

De viktigste resultatene knyttet til økonomi, aktivitet, kvalitet og bemanning pr. 1. tertial 2020 er oppsummert i måltavlen under:

Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år	
1	<b>ØKONOMI</b> Driftsresultat i KR. (1.000) (eks. pensjonsendring)	Virkelig	-81 304	-136 705	
		Mål	20 666	82 666	
		Avvik	-101 970	-219 371	
		I fjor	19 562	81 499	
2	<b>AKTIVITET Somatikk</b> ISF-poeng døgn, dag og poliklinikk "sørge for" ANTALL	Virkelig	6 407	34 514	
		Mål	9 466	39 752	
		Avvik	-3 060	-5 238	
		I fjor	9 388	39 023	
3	<b>AKTIVITET Voksenpsykiatri og rusbehandling</b> Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	13 567	56 990	
		Mål	13 040	60 597	
		Avvik	527	-3 607	
		I fjor	13 799	58 315	
4	<b>AKTIVITET Barne- og ungdompsykiatri</b> Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	6 408	28 971	
		Mål	6 152	27 863	
		Avvik	256	1 108	
		I fjor	6 442	26 808	
5	<b>KVALITET</b> Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter totalt - somatikk DAGER	Virkelig	52	54	
		Mål	54	54	
		Avvik	-2	0	
		I fjor	55	58	
6	<b>KVALITET</b> Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter - PHR DAGER	Virkelig	47	43	
		Mål	36	36	
		Avvik	11	7	
		I fjor	36	37	
8	<b>KVALITET</b> Korridorpasienter ANDEL	Virkelig	0,1 %	1,3 %	
		Mål	0,0 %	0,0 %	
		Avvik	0,1 %	1,3 %	
		I fjor	2,2 %	2,6 %	
10	<b>KVALITET</b> Pakkeforløp kreft innen avtalt tid ANDEL	Virkelig	71 %	70 %	
		Mål	70 %	70 %	
		Avvik	1 %	0 %	
		I fjor	63 %	60 %	
11	<b>HR</b> Brutto månedsverk ANTALL (neste måned)	Virkelig	7 733	7 497	
		Mål	7 281	7 289	
		Avvik	452	208	
		I fjor	7 216	7 217	
12	<b>HR</b> Sykefravær i PROSENT (etterskuddsvis)	Virkelig	11,7 %	9,2 %	
		Mål	7,6 %	7,8 %	
		Avvik	4,1 %	1,4 %	
		I fjor	8,1 %	8,3 %	
13	<b>HR</b> AML brudd ANDEL	Virkelig	2,1 %	2,4 %	
		Mål	0,0 %	0,0 %	
		Avvik	2,1 %	2,4 %	
		I fjor	2,4 %	2,4 %	

PHR: Differensierte ventetidsmål innen fagområdene

### Økonomi

Pr 1. tertial er resultat eksklusiv pensjonsreduksjon 219,4 MNOK bak budsjett. Resultatet er i stor grad påvirket av koronapandemien, som har gitt et stort inntektstap som følge av redusert aktivitet. Pr. 1. tertial skyldes om lag 206,4 MNOK av det negative budsjettavviket koronaeffekter, herav 189,5 MNOK i mindreinntekter og 17 MNOK i merkostnader.

I tillegg til direkte effekter av pandemien skyldes negativt avvik pr 1. tertial at planlagte tiltak i budsjettet ikke er kommet godt i gang, også som følge av pandemien. Det har også vært uforutsette avvik som følge av sykefravær og høy aktivitet de første to månedene i 2020. Pandemien påvirker organisasjonens kapasitet til å sikre fremdrift i tiltaksarbeidet. Det forventes derfor å påvirke foretakets resultat også i de kommende månedene i tillegg til effektene av selve pandemien.

Det er ikke utarbeidet noen oppdatert prognose for 2020. Dette er i samsvar med retningslinjer fra HSØ.

### Investeringer

Hittil i år er det foretatt investeringer for 78,3 MNOK av en samlet ramme på 409 MNOK for 2020, inklusive 92 MNOK overført fra 2019. Det er i tillegg kostnadsført 25,7 MNOK i byggvedlikehold hittil i år, som er 6 MNOK høyere enn budsjett pr 1. tertial. Årsbudsjett for vedlikehold som tas over drift er på 60 MNOK eks mva i 2020.

Rapporterte investeringer pr 1. tertial omfatter kun de investeringer og vedlikehold som det er mottatt fakturaer på. Det gir følgelig ikke uttrykk for faktisk fremdrift i prosjektene. Pr 1. tertial rapporterer prosjektlederne god fremdrift. Tilsvarende er det lange anskaffelsesprosesser for MTU, og første del av året vil derfor ligge lavt på bokførte investeringer. Prognosen for året er at investeringsmidler for MTU vil benyttes i sin helhet.

Det er bokført 5,7 MNOK i investeringer knyttet til korona pr 1. tertial, dette inkluderer bygginvestering tatt over drift med 1 MNOK. Det er i tillegg planlagte/bestilte investeringer for ca. 22 MNOK. Det vil snarlig iverksettes ytterligere bestillinger av utstyr for å forberede foretaket til en eventuell ny bølge av koronapandemien. Helseforetakene er bedt om å planlegge og klargjøre for rød beredskapssituasjon.

For å sikre god fremdrift på investeringer også i 2021 bes det om at styret gir fullmakt til å iverksette bestillinger som belaster 2021 budsjettet innenfor en ramme på 80 MNOK.

### Aktivitet

#### *Somatikk*

Samlet aktivitet pr april i antall "sørge-for" ISF-poeng var 5238 poeng lavere enn budsjett. Etter stenging av 1. tertial viser faktisk aktivitet 239 DRG-poeng bedre enn bokført pr april. Forbedringen vil bokføres i mai måned.

Den lave aktiviteten i mars og april skyldes koronasituasjonen. Planlagte utredninger og behandlinger har blitt utsatt der dette ikke har vært forbundet med prognosetap for pasienten. I tillegg har mange pasienter selv avlyst/utsatt behandlinger. Det har også vært reduksjon i øyeblikkelig hjelp. Etter at foretaket gikk over i grønn beredskap 20. april har klinikkene jobbet med opptrapping av aktivitet. Som følge av at smitteverntiltakene må opprettholdes innenfor visse rammer, vil det ikke være mulig å komme opp i 100% aktivitet.

## *Polikliniske konsultasjoner psykisk helse og rus*

Det har på kort tid blitt gjennomført opplæring i bruk av videokonsultasjoner i alle avdelinger innen PHR. Det er en positiv trend med økende antall ordinære konsultasjoner godt hjulpet av en sterk økning i antall videokonsultasjoner som gir samme takst som ordinære oppmøtekonsultasjoner. Aktivitet i april målt i antall polikliniske konsultasjoner er i tråd med eller bedre enn budsjett for alle omsorgsnivåer. Opptrapping til normal aktivitet pågår for fullt.

I mars og april har det vært gjennomført over 2000 videokonsultasjoner. Videre har det vært gjennomført 15900 telefonkonsultasjoner i samme periode som erstatning for avlyste fysiske konsultasjoner.

ISF-inntekter er bak plan på grunn av økt andel telefonkonsultasjoner som har lavere vekt.

## Kvalitet

### *Ventetid somatikk*

Ventetiden for avviklet helsehjelp innen somatikk er 52 dager i april og akkumulert 54 dager som er i tråd med målet. Det er naturlig at ventetiden for avviklet helsehjelp er relativt kort når aktiviteten er lav da det er pasienter prioritert til kort ventetid som får time under koronaepidemien.

### *Ventetid psykisk helse og rus*

Innen PHR er ventetiden høyere i april enn tidligere måneder innen VOP og BUP, mens TSB er bedre enn målet.

Høyere ventetider innenfor psykisk helse og rus i april skyldes koronasituasjonen. I dagene etter 12. mars ble nesten alle fysiske konsultasjoner avlyst. De mest akutte sakene ble prioritert. De mindre akutte sakene ble forskjøvet frem i tid. Dette har ført til at gjennomsnittlig ventetid for avviklede saker har økt. Det forventes at ventetiden etterhvert som situasjonen normaliserer seg, går ned. Det vil hele tiden være en tidsforskyvning i svingningene av ventetid sett i forhold på svingninger i aktivitetsomfang.

### *Korridorpasienter*

Andel korridorpasienter er redusert til nesten null. Dette skyldes først og fremst lavere totalaktivitet knyttet til koronasituasjonen.

### *Pakkeforløp for kreft*

Målsettingen for pakkeforløpene for kreft er at 70 % av pasientene som får påvist kreft skal starte behandling innen anbefalt forløpstid. Det siste året er det igangsatt flere forbedringsarbeider, spesielt med oppmerksomhet for pakkeforløp lunge, gynekologi og bryst. Resultatene for pakkeforløp kreft totalt viser en god utvikling i 2020 med andel behandlet innen standard forløpstid 1.tertial på 70 %. Til sammenlikning var andelen 59 % i tilsvarende periode i 2019 og 60 % for hele 2019.

## HR

### *Brutto månedsverk*

Brutto månedsverk er pr. mai 208 høyere enn budsjettet, og 197 flere enn i april. Pr. mai er det 280 flere månedsverk enn samme periode i fjor. Brutto månedsverk i en måned inkluderer variabel lønnsutbetaling fra måneden før. Mye av økningen skyldes koronasituasjonen. Mange ansatte har vært i karantene i perioden. I tillegg er det brukt mye tid på opplæring og omrokkering av personell. I begynnelsen av året er hovedårsaken til avviket høy aktivitet og høyt sykefravær ved enkelte avdelinger, i tillegg til forsinkede effekter av planlagte tiltak.

Personell fra Martina Hansen Hospital (MHH) er lånt ut til Vestre Viken, primært til Bærum sykehus, også til enheter i KMD og KIS som har arbeidssted på Bærum sykehus. Det bemerkes at

årsverk som er lånt ut fra MHH til Bærum Sykehus ikke inngår i bemanningsrapporteringen for Vestre Viken.

### *Sykefravær*

Sykefravær i mars var 11,7 %, som er over målet. Sykefraværet i februar er lavere enn februar i fjor, men øker igjen i mars som følge av mange medarbeidere i karantene.

### *AML-brudd*

I april 2020 var det 2179 AML-brudd. Dette tilsvarer brudd på 2,1 % av alle vakter i foretaket. Økningen i AML-brudd skyldes koronasituasjonen. AML-brudd som følge av koronapandemien blir registrert med en egen årsakskode, og i april er det registrert 1055 (48 % av totalt antall) AML-brudd med denne årsakskoden. Det er inngått sentrale avtaler om utvidede grenser for arbeidstid, med virkning fra 20.3. Dette bidro til at AML-brudd etter 16. mars ble betydelig redusert.

### Tertialvise rapporteringsområder

#### *Sykehusinfeksjoner*

Det er hittil i år gjennomført én prevalensundersøkelse i år hvor 3,1 % av pasientene hadde en sykehusinfeksjon, hvorav 1,9 % var infeksjoner ervervet i foretaket. De øvrige var pasienter overflyttet fra andre helseinstitusjoner. Gjennomgående har Vestre Viken i tidligere år ligget lavere enn samlet i regionen og nasjonalt. Arbeid med smittevern er en kontinuerlig forbedringsprosess. Betydning av god håndhygiene og andre basale smittevernrutiner har vært viktig tema gjennom hele året, og er blitt ytterligere aktualisert gjennom koronapandemien.

#### *HMS*

Utviklingen av indikatoren HMS-hendelser sier noe om utviklingen av meldekulturen i foretaket. Det har vært en jevn økning de siste årene, men antallet ser nå ut til å flate ut. HMS-hendelser fordelt på kategori viser at hendelsestypen med høyest forekomst er vold og trusler, fulgt av psykososialt/organisatorisk arbeidsmiljø. Hendelser innen smittevern har hatt en økning på grunn av covid-19.

Det er klart flest volds- og trusselhendelser innenfor psykisk helsevern, men det fremgår også en økning i prehospitaltjenester. Det er iverksatt et nytt opplæringsprogram innen vold og trusler tilpasset ansatte innen Psykisk helse og rus. Tilsvarende programmer er under utvikling for særlig utsatte enheter innen somatikk.

#### *Eksterne tilsyn*

En rekke instanser fører tilsyn med ulike deler av foretakets virksomhet. Påviste avvik følges opp systematisk til de er lukket. I 1. tertial 2020 har det ikke vært gjennomført tilsyn grunnet koronasituasjonen. Det vises til oversikt i vedlegg.

#### *Utsiktede (uønskede) hendelser*

I 1. tertial 2020 er det meldt 40 hendelser med betydelig pasientskade og 565 hendelser som kunne ført til betydelig skade. Det er meldt færre hendelser med betydelig skade i 1. tertial 2020. Dette skyldes i stor grad færre pasienter innlagt på grunn av koronasituasjonen. Det henvises til vedlegg for detaljer. Alle hendelser skal følges opp i lederlinjen med tanke på forbedring.

### Risikovurdering OBD

Måloppnåelse for de fleste områder i OBD er påvirket av den pågående Koronapandemien. Vestre Viken vurderer at en risikoanalyse basert på den nåværende situasjonen er u hensiktsmessig da pandemien påvirker måloppnåelse på de fleste områder. Resultatene på ventetider, korridorpatienter, sykefravær, AML-brudd og månedsverk er preget av situasjonen og det antas at dette vil påvirke Helseforetakets oppdrag gjennom hele 2020.



**Administrerende direktørs vurderinger**

Koronapandemien påvirker helseforetaket på mange områder. Det økonomiske resultatet avviker med 219 MNOK fra budsjett pr. 1. tertial 2020. Tapte inntekter som følge av at elektiv aktivitet ble tatt ned på grunn av beredskapssituasjonen utgjør hele 187 MNOK. Økte kostnader og tapte inntekter som følge av koronaviruspandemien rapporteres særskilt, og det forventes fortsatt effekter av dette de kommende måneder. Ventetider, korridorpasienter, AML-brudd mv. er også påvirket. Pandemien har også medført at det har vært nødvendig å gjøre en del investeringer knyttet til omlegging for å kunne ta imot et større antall smittede pasienter.

Etter at smittesituasjonen er bedret, er foretakets viktigste oppgave å få opp aktiviteten og tilpasse virksomheten til en mer normal drift, samtidig som det skal planlegges og forberedes for mottak av et større antall intensivpasienter med covid-19-smitte. Pandemien har satt en fortgang i utviklingen innen video- og telefonkonsultasjoner. Foretaket har vist en betraktelig økning på disse områdene både i somatikk og psykisk helsevern. Dette er en ønsket utvikling og gir nyttige erfaringer også når virksomheten kommer over i mer normal drift.

Resultatet for måloppnåelse for pakkeforløp kreft er bedret de siste månedene. Behandling av kreftpasienter er en viktig og prioritert oppgave, og det er en positiv utvikling på dette området også under pandemien.

Meldekulturen for HMS-avvik er god, og det er viktig for forbedringsarbeidet. Alle enheter skal utarbeide HMS-handlingsplan med konkrete aktiviteter for forbedring, senest innen 1. oktober. Resultatene her vil bli fulgt opp med klinikkene og vil ses i sammenheng med utvikling i pasientsikkerhet.

Antall hendelser som førte til betydelig skader har vært færre i 1. tertial 2020 sammenlignet med tidligere. Årsaken er sannsynligvis den reduserte aktiviteten i foretaket. Hendelser med betydelig skade følges opp i klinikkens kvalitetsutvalg og brukes til læring og forbedring

Administrerende direktør anbefaler at styret tar virksomhetsrapporten pr. 1. tertial til etterretning.

Vedlegg: Virksomhetsrapportering pr. 1. tertial 2020

# Vedlegg

## Virksomhetsrapportering for Vestre Viken HF pr 1. tertial 2020

### Innhold

1.	Økonomi og aktivitet.....	2
1.1.	Økonomisk situasjon.....	3
1.2.	Prognose 2020 pr 1. tertial.....	4
1.3.	Resultatavvik pr klinikk.....	5
1.4.	Innleie.....	5
1.5.	H-resepter.....	6
1.6.	Likviditet.....	7
1.7.	Investeringer og byggvedlikehold.....	8
1.8.	Innsatsstyrt finansiering somatisk aktivitet.....	9
1.9.	Aktivitet psykisk helse og rus.....	10
1.10.	Prioriteringsregelen.....	11
2.	Kvalitets- og styringsindikatorer.....	12
2.1.	Ventetid.....	12
2.2.	Overholdelse av pasientavtaler.....	13
2.3.	Korridorpasienter somatikk.....	13
2.4.	Pakkeforløp for kreft.....	13
2.5.	Sykehusinfeksjoner.....	14
2.6.	Uønskede hendelser og avvik og varsler til Statens Helsetilsyn.....	14
3.	Medarbeidere status.....	16
3.1	Brutto månedsværk.....	16
3.2	Deltid.....	17
3.3	Sykefravær.....	19
3.4	Brudd på arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven (AML).....	19
4.	HMS indikatorer.....	20
4.1	H1-verdi: Fraværsskedefrekvens.....	20
4.2	HMS-hendelser.....	21
4.3	Vold og trusler.....	22
5.	Eksterne tilsyn.....	23

## 1. Økonomi og aktivitet

### Sammendrag

Resultatet pr. 1. tertial er i stor grad påvirket av koronapandemien. Det er fra og med mars månedlig rapportert til Helse Sør-Øst på økonomiske effekter.

Pr. 1. tertial er resultat eksklusiv pensjonsreduksjon 219,4 MNOK bak budsjett. Totale inntekter er 186,7 MNOK lavere enn budsjett og totale kostnader er 32,7 MNOK over budsjett. Akkumulert pr. 1. tertial er det rapportert et negativt resultatavvik på 206 MNOK vedrørende effekter av koronapandemien, herav 189 MNOK i mindreinntekter og 17 MNOK i merkostnader.

Det er ikke utarbeidet noen oppdatert prognose for 2020. Dette er i samsvar med retningslinjer fra HSØ. Det er fortsatt uklart hvordan helseforetakene vil kompenseres for de merkostnader og mindreinntekter som er inntruffet som følge av pandemien. De midler som er tilført Helse Sør-Øst RHF fra revidert nasjonalbudsjett, behandles i Helse Sør-Østs styre i juni mht videre fordeling til helseforetakene.

### Andre forhold

#### *Pensjonskostnader – ny aktuarberegning*

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

#### *Sande/Holmestrand*

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

### 1.1. Økonomisk situasjon

Tabellen under spesifiserer regnskapsmessig rapportering til HSØ pr. 1.tertial 2020.

<b>pr april 2020</b>	<b>Regnskap denne perioden</b>	<b>Budsjett denne perioden</b>	<b>Avvik denne perioden</b>	<b>Regnskap hittil i år</b>	<b>Budsjett hittil i år</b>	<b>Avvik hittil i år</b>
Basisramme inkl. KBF	513 910	514 182	- 272	2 008 839	2 009 424	- 585
ISF inntekter	168 425	246 022	- 77 597	916 905	1 048 584	- 131 679
Gjestepasient inntekter	2 662	12 775	- 10 112	41 822	54 611	- 12 789
Andre pasientrelaterte inntekter	21 922	38 831	- 16 908	130 981	162 961	- 31 980
Øvrige driftsinntekter	24 111	28 069	- 3 957	107 190	116 820	- 9 630
<b>SUM Inntekter</b>	<b>731 031</b>	<b>839 879</b>	<b>- 108 848</b>	<b>3 205 737</b>	<b>3 392 400</b>	<b>- 186 663</b>
Varekostnader	91 988	104 562	12 574	420 813	407 208	- 13 605
Gjestepasientkost. og kjøp av tjenester	53 515	67 259	13 744	257 097	280 123	23 026
Innleid arbeidskraft	784	564	- 220	3 644	2 700	- 943
Lønnskostnader	544 182	525 215	- 18 967	2 172 364	2 135 101	- 37 263
Avskrivninger og nedskrivninger	24 239	25 061	822	95 167	97 587	2 420
Andre driftskostnader	97 558	95 524	- 2 034	391 824	382 110	- 9 715
Netto finanskostnader	69	1 028	959	1 533	4 905	3 372
<b>SUM Driftskostnader inkl. finans</b>	<b>812 335</b>	<b>819 213</b>	<b>6 878</b>	<b>3 342 441</b>	<b>3 309 734</b>	<b>- 32 707</b>
<b>Resultat fra ordinær drift</b>	<b>- 81 304</b>	<b>20 666</b>	<b>- 101 970</b>	<b>- 136 705</b>	<b>82 666</b>	<b>- 219 371</b>
<b>Pensjonsendring januar 20 aktuar</b>	<b>13 162</b>		<b>13 162</b>	<b>52 648</b>		<b>52 648</b>
<b>Resultat totalt</b>	<b>- 68 142</b>	<b>20 666</b>	<b>- 88 808</b>	<b>- 84 057</b>	<b>82 666</b>	<b>- 166 723</b>

Totale inntekter er 186,7 MNOK lavere enn budsjett pr. 1. tertial. ISF-inntekter, gjestepasientinntekter og andre pasientrelaterte inntekter er til sammen 176,4 MNOK lavere enn budsjett. Øvrige driftsinntekter er 9,6 MNOK bak budsjett. Det er beregnet 189,4 MNOK i mindreinntekter som følge av koronasituasjonen.

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

Totale kostnader er 32,7 MNOK høyere enn budsjett pr. 1. tertial. Det er beregnet 17 MNOK i merkostnader som følge av koronasituasjonen. Gjestepasientkostnader og kjøp av eksterne tjenester er lavere som følge av koronasituasjonen. I tillegg til koronaeffektene skyldes det negative avviket pr. 1. tertial primært høye varekostnader (medikamenter gitt i sykehus) og overforbruk på lønn. Hovedårsaken til overforbruk på lønn er forsinket innføring av budsjetterte tiltak i tillegg til høy aktivitet og høyt sykefravær ved flere avdelinger i begynnelsen av året.

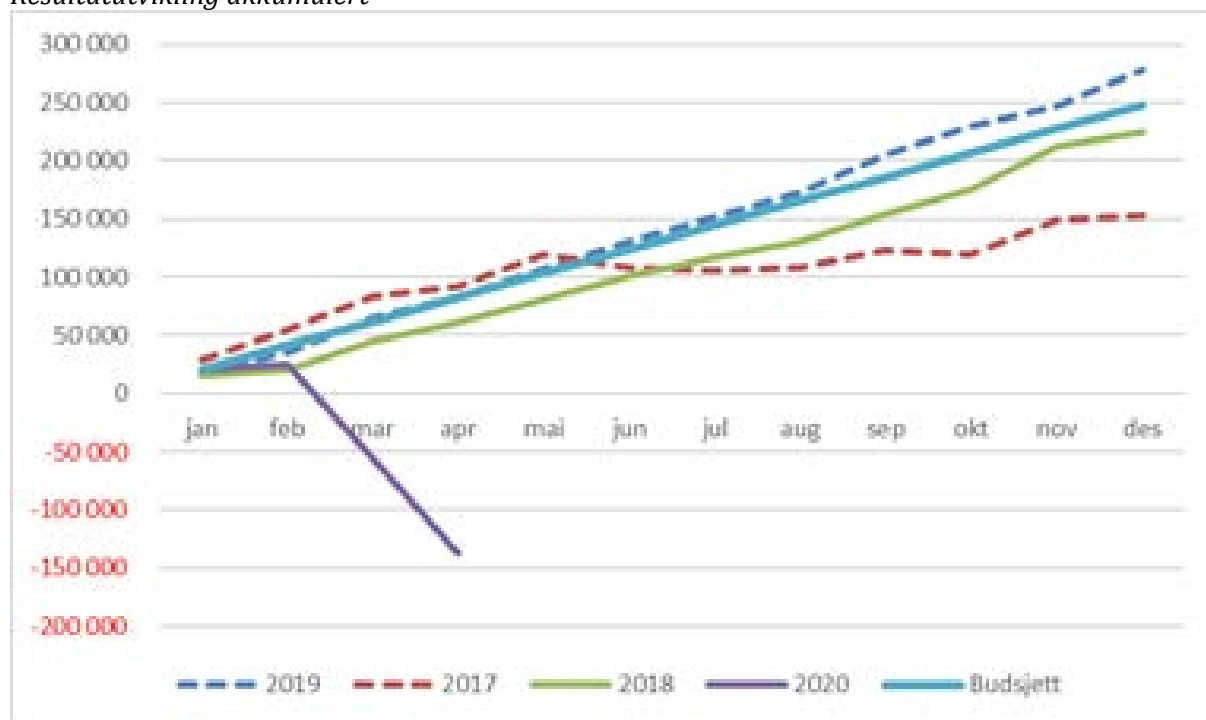
Lønnskostnader eksklusiv økte pensjonskostnader viser et overforbruk på 37,3 MNOK, hvorav 13,8 MNOK forklares med koronasituasjonen.

Andre driftskostnader er 9,7 MNOK høyere enn budsjettet hittil i år. Det er beregnet økte andre driftskostnader som følge av koronasituasjonen på 14,7 MNOK, hovedsakelig til anskaffelse av mindre medisinskteknisk utstyr og andre smitteverntiltak.

*Økonomiske konsekvenser av koronapandemien pr. 1. tertial*

ISF inntekter	143 109
Gjestepasient inntekter	11 079
Andre pasientrelaterte inntekter	26 710
Øvrige driftsinntekter	8 556
<b>SUM Inntekter</b>	<b>189 455</b>
Varekostnader	-1 503
Gjestepasientkost. og kjøp av tjenester	-10 066
Innleid arbeidskraft	-42
Lønnskostnader	13 840
Andre driftskostnader	14 746
<b>SUM Driftskostnader inkl. finans</b>	<b>16 975</b>
<b>Resultat fra ordinær drift</b>	<b>206 430</b>

*Resultatutvikling akkumulert*



**1.2. Prognose 2020 pr. 1. tertial**

På grunn av koronasituasjonen er prognose ikke oppdatert pr. 1. tertial. Dette er i samsvar med retningslinjer fra HSØ som følge av den uavklarte finansielle situasjonen knyttet til koronapandemien.

### 1.3. Resultatavvik pr klinikk

Tabellen nedenfor viser akkumulert avvik mot budsjett pr klinikk pr 1.tertial for henholdsvis inntekter, kostnader og resultat fra ordinær drift.

Avvik mot budsjett pr april	Inntekter		Kostnader		RESULTAT	
	Avvik hittil i år	% avvik	Avvik hittil i år	% avvik	Avvik hittil i år	Avvik som % av total budsjett
Drammen sykehus	- 68 288	-10,1 %	- 34 566	-5,1 %	- 102 854	-15,2 %
Bærum sykehus	- 37 851	-9,3 %	- 7 374	-1,8 %	- 45 225	-11,2 %
Ringerike sykehus	- 28 781	-12,9 %	- 4 285	-1,9 %	- 33 066	-14,8 %
Kongsberg sykehus	- 13 702	-11,9 %	- 2 219	-1,9 %	- 15 921	-13,8 %
Intern Service	- 8 836	-4,2 %	- 3 605	-1,7 %	- 12 441	-5,9 %
Psykisk Helse og Rus	- 8 608	-1,4 %	- 13 777	-2,2 %	- 22 385	-3,7 %
Prehospitale Tjenester	341	0,3 %	- 5 309	-5,1 %	- 4 968	-4,8 %
Medisinsk Diagnostikk	- 10 878	-4,4 %	- 712	-0,3 %	- 11 590	-4,7 %
Stabene	2 569	0,7 %	1 328	0,0 %	3 897	1,1 %
Byggvedlikehold			- 6 045	-29,9 %	- 6 045	-29,9 %
Varekost BHM			947	3,3 %	947	3,3 %
SP IKT			2 866	2,0 %	2 866	2,0 %
Pasientreiser			4 695	10,7 %	4 695	12,3 %
Overordnet VVHF	- 12 629	-15,7 %	35 348	10,7 %	22 719	7,7 %
<b>Avvik i forhold til budsjett</b>	<b>- 186 663</b>	<b>5,5 %</b>	<b>- 32 707</b>	<b>-1,0 %</b>	<b>- 219 371</b>	<b>-6,6 %</b>
<b>Endrede pensjonskostnader</b>			52 648	1,6 %	52 648	-1,6 %
<b>Total budsjett avvik</b>	<b>- 186 663</b>	<b>5,5 %</b>	<b>19 941</b>	<b>0,6 %</b>	<b>- 166 723</b>	<b>-5,0 %</b>

Resultatene pr. 1.tertial er i stor grad påvirket av koronasituasjonen.

	Reduserte inntekter	Økte kostnader	Totalt
DS	75 965	7 880	83 844
BS	43 893	4 735	48 628
RS	25 219	645	25 864
KS	11 814	327	12 141
KIS	6 637	9 629	16 265
PHR	13 755	-181	13 574
PHT	36	-1 216	-1 180
KMD	11 030	1 028	12 058
TEKN	0	4 285	4 285
Staber ex. Tekn	408	-156	251
FELLES	699	-10 000	-9 301
<b>VVHF</b>	<b>189 455</b>	<b>16 975</b>	<b>206 430</b>

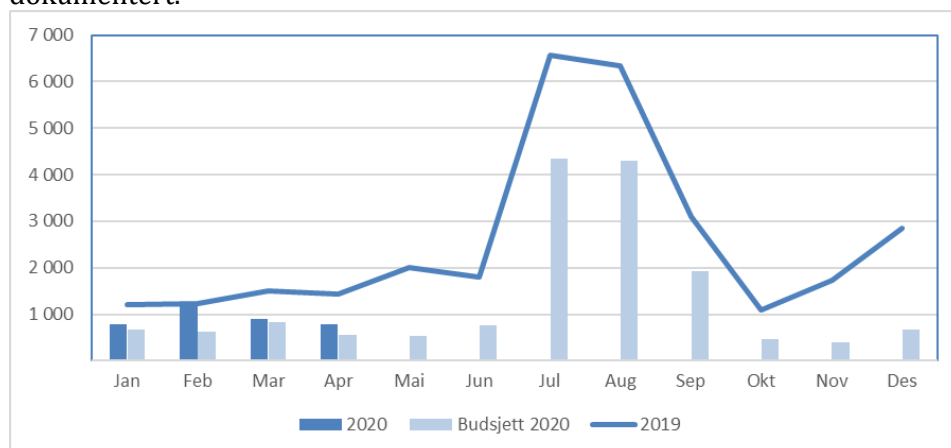
Effektene er beregnet, og vil kunne endres.

Flere klinikker har beregnede effekter av koronasituasjonen tilsvarende negativt økonomisk avvik, men flere klinikker har avvik som også skyldes andre forhold.

### 1.4. Innleie

Innleie hittil i år er 0,9 MNOK høyere enn budsjett, men 2,5 MNOK lavere enn samme periode i fjor. Overforbruket er i stor grad knyttet til spesialavdelinger (intensiv og operasjon). Deler av

dette kan skyldes fravær som følge av karantenebestemmelsene, men er foreløpig ikke dokumentert.

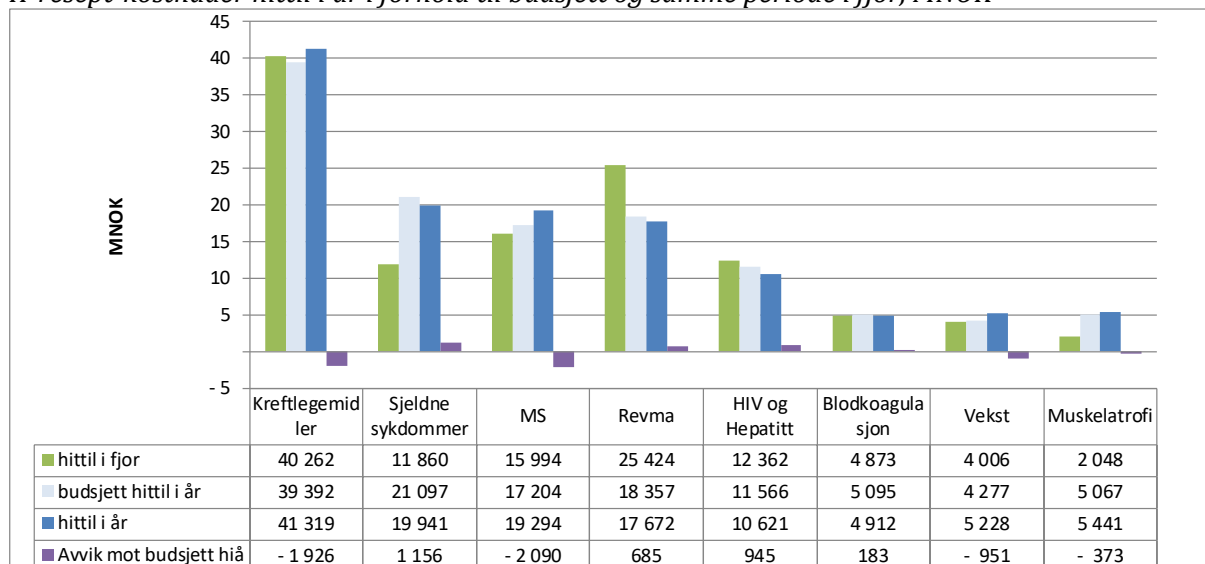


Det er budsjettert med en reduksjon på 15,6 MNOK i 2020 i forhold til 2019.

### 1.5. H-resepter

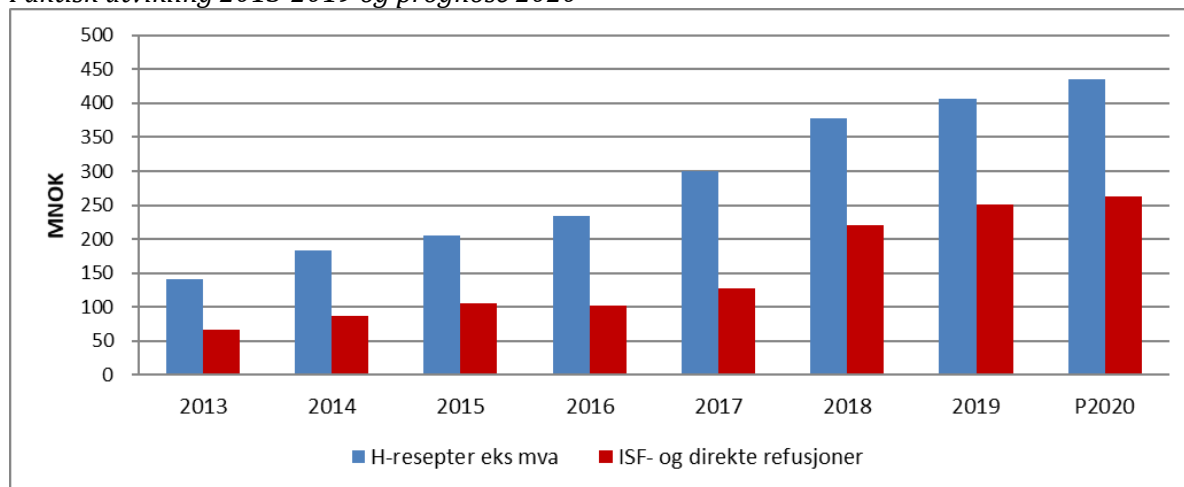
Hittil i år er det brukt 134,3 MNOK på H-reseptmedikamenter. Dette er 1,3 MNOK mindre enn budsjettert. Det er variasjon i kostnadsutviklingen i forhold til budsjett mellom de ulike medikamentgruppene. Kostnader på revma-medikamenter er vesentlig redusert i forhold til samme periode i fjor som følge av prisreduksjoner og medikamentbytte.

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



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

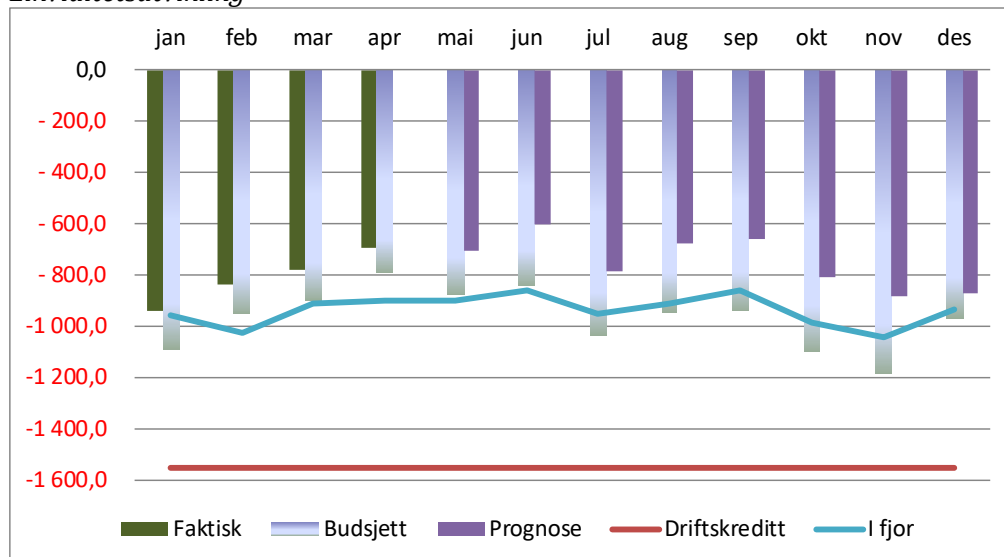
### Faktisk utvikling 2013-2019 og prognose 2020



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

## 1.6. Likviditet

### Likviditetsutvikling



Pr. 30. april var trekket på kassekreditten 697,5 MNOK. Dette er lavere enn budsjett og lavere enn samme periode i fjor. Prognosen for året viser trekk som er under budsjett, og godt innenfor driftskredittrammen.



### 1.7. Investeringer og byggvedlikehold

Investeringer - MNOK	Budsjett i år	Overført fra i fjor	Disponibelt i år totalt	Investering hiå	Gjenstående til investering
BRK	61,0	18,7	79,7	19,1	60,6
Øvrige bygg	31,0	32,8	63,8	16,8	47,0
MTU	101,0	14,6	115,6	21,4	94,2
Annet	15,0	6,7	21,7	2,9	18,9
Ambulanse	17,0	0,7	17,7	5,7	12,0
IKT	31,0	17,7	48,7	5,9	42,8
EK-innskudd	17,0	0,0	17,0	0,0	17,0
Ikke fordelt	44,0	0,8	44,8	0,0	44,8
<b>SUM</b>	<b>317,0</b>	<b>92,0</b>	<b>409,0</b>	<b>71,8</b>	<b>337,3</b>

Hittil i år er det foretatt investeringer for 71,8 MNOK. Total ramme for investeringer i 2020 er 409 MNOK da det er overført 92 MNOK fra 2019. Dette gir en resterende investeringsramme på 337,3 MNOK pr. 30. april. Regnskapsføring av investeringene vil normalt ligge et stykke bak plan som følge at fakturering skjer etter ferdigstillelse.

Det er kostnadsført 25,7 MNOK i vedlikehold pr. april, som utgjør 6 MNOK mer enn budsjettet pr. 1. tertial. Årsbudsjett er 60,7 MNOK for vedlikehold som tas over drift (eks. mva).

Grunnet koronasituasjonen er flere prosjekter satt på vent eller forskjøvet til 2021.

#### *Bygg og anlegg*

Det er god fremdrift for byggeprosjektene innen BRK-prosjektet, spesielt Bærum BUP påvirkes lite av koronasituasjonen. Prosjektlederne rapporterer om stor aktivitet og god fremdrift på prosjektene som er i gang. Det er gjort endringer i planene etter nedstenging i forbindelse med koronapandemien. BRK følges nøye opp av programforvalter og styringsgruppen. Det er planlagt omdisponeringer innenfor programmet, og rammen vil antagelig ikke benyttes fullt ut. Likviditetsmessig forventes et etterslep som flyttes over til 2021. Mindre oppgraderinger ved Drammen Sykehus og i Klinikk for psykisk helse og rus er i henhold til plan.

#### *MTU*

MTU er i rute med sine prosjekter. Anskaffelsesprosessene går normalt over lengre tid, og mange MTU anskaffelser realiseres derfor først til i høsten.

#### *Annet*

Byggnær IKT følger BRK-prosjektet og er i god framdrift på lik linje med byggprosjektene. Ambulanser følger planlagt investeringsplan for året, og fire nye biler er anskaffet så langt i år.

#### *Korona*

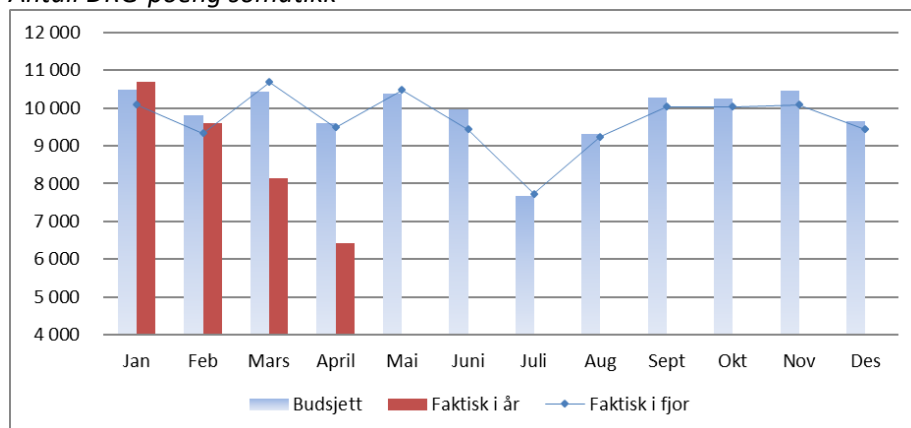
Det er iverksatt en del ombygginger og anskaffet ekstra MTU i forbindelse med koronapandemien. Kostnader til dette er inkludert i de respektive linjer i tabellen over. Finansiering av merinvesteringer som følge koronapandemien er så langt uavklart.

### 1.8. Innsatsstyrt finansiering somatisk aktivitet

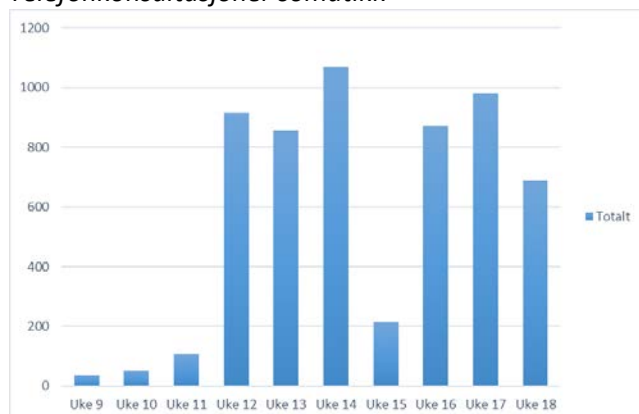
pr april	Denne måned	Avvik mot budsjett	% avvik	Hittil i år	Avvik mot budsjett	% avvik	Hittil i fjor	% ift i fjor	Års-budsjett
DRG poeng dag og døgn "sørge for"	5 129	-2 456	-32,4 %	27 648	-4 178	-13,1 %	31 420	-12,0 %	93 507
DRG poeng poliklinikk "sørge for"	1 278	-603	-32,1 %	6 866	-1 060	-13,4 %	7 603	-9,7 %	23 165
<b>SUM DRG-poeng "sørge for" døgn, dag og poliklinikk</b>	<b>6 407</b>	<b>-3 060</b>	<b>-32,3 %</b>	<b>34 514</b>	<b>-5 238</b>	<b>-13,2 %</b>	<b>39 023</b>	<b>-11,6 %</b>	<b>116 672</b>
DRG poeng H-reseptor	731	0	0,0 %	3 533	-0	0,0 %	3 533	0,0 %	7 836
<b>Utført i eget foretak</b>	<b>6 382</b>	<b>-3 148</b>	<b>-33,0 %</b>	<b>34 636</b>	<b>-5 376</b>	<b>-13,4 %</b>	<b>39 400</b>	<b>-12,1 %</b>	<b>117 347</b>
Gjennomsnittlig liggetid	3,5	-0,2	-6,1 %	3,5	-0,2	-6,1 %	3,4	-2,9 %	3,3
Antall utskrevne pasienter døgn	4 217	-1 678	-28,5 %	21 187	-3 283	-13,4 %	24 187	-12,4 %	72 300
Antall liggedøgn - døgnbehandling	14 653	-5 118	-25,9 %	74 095	-7 676	-9,4 %	83 187	-10,9 %	242 126
Antall dagopphold	1 963	-904	-31,5 %	10 768	-1 340	-11,1 %	12 090	-10,9 %	35 095
Antall polikliniske konsultasjoner	21 338	-14 422	-40,3 %	126 665	-23 504	-15,7 %	147 177	-13,9 %	436 700

Den lave aktiviteten i mars og april skyldes koronastasjonen. Det jobbes med opptrapping av elektiv aktivitet. Det er gjennomført opplæring i bruk av telefon- og videokonsultasjoner og foretaket viser en god vekst på disse områdene.

Antall DRG-poeng somatikk



Telefonkonsultasjoner somatikk



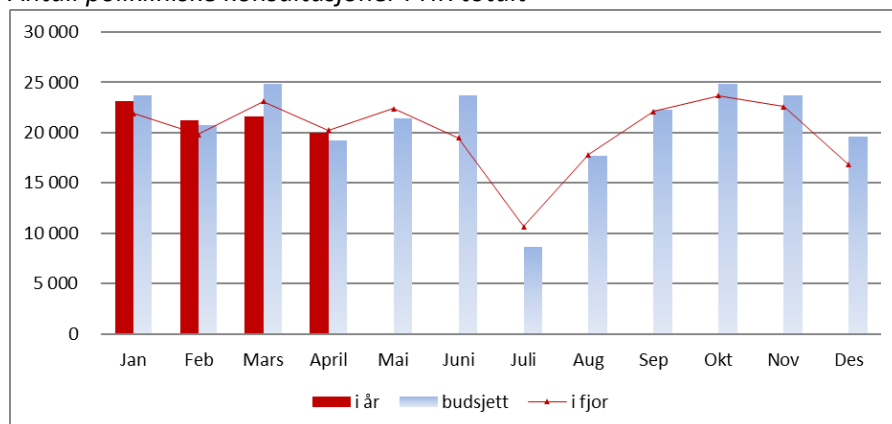
### 1.9. Aktivitet psykisk helse og rus

pr april	Denne måned	Avvik mot budsjett	% avvik	Hittil i år	Avvik mot budsjett	% avvik	Hittil i fjor	% ift i fjor	Års-budsjett
Antall utskrevne pasienter døgntotalt	228	73	24,3 %	1 327	112	9,2 %	1 294	2,6 %	3 678
Antall liggedøgn samlet totalt	5 155	-1 378	-21,1 %	26 319	-32	-0,1 %	27 590	-4,6 %	79 705
Antall polikliniske konsultasjoner VOP og TSB	13 567	527	4,0 %	54 796	-3 491	-6,0 %	58 315	-6,0 %	166 005
Antall polikliniske konsultasjoner BUP	6 408	256	4,2 %	28 971	1 108	4,0 %	26 808	8,1 %	77 800
Antall DRG-poeng, poliklinikk eget HF	2 733	-1 212	-30,7 %	15 158	-2 941	-16,3 %	17 458	-13,2 %	51 050

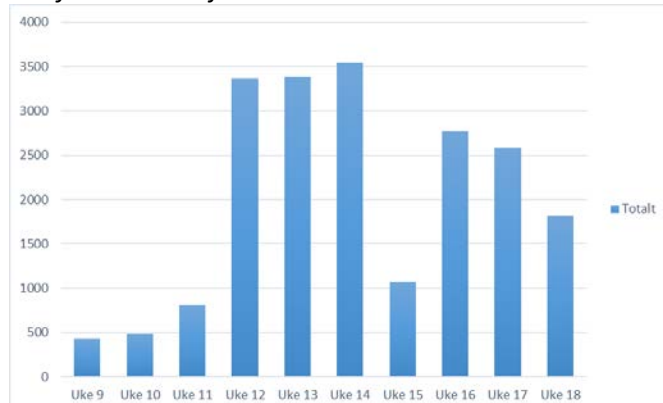
Aktivitet innenfor PHR er lavere enn plan når det gjelder liggedøgn. Det er en ønsket utvikling å vri aktiviteten fra døgntotalt til mer poliklinisk og ambulant behandling.

Antall polikliniske konsultasjoner ligger over budsjett innen BUP. Innen VOP/TSB ligger antall konsultasjoner bak budsjett. Årsaken er først og fremst koronapandemien, der nesten alle oppmøtekonsultasjoner de første ukene etter 12. mars ble utsatt. Aktiviteten er i ferd med å normalisere seg, og alle tre fagområder hadde poliklinisk aktivitet over budsjett i april måned.

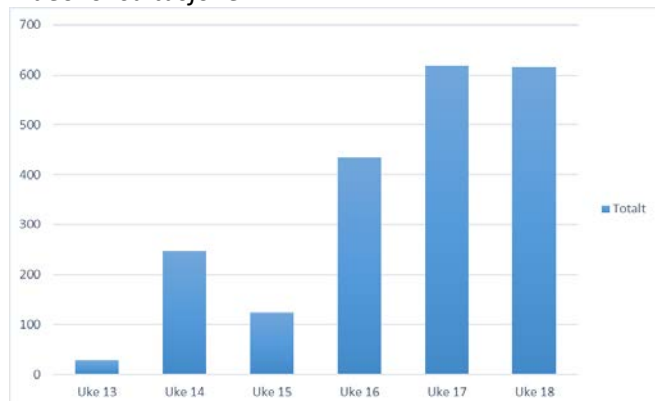
Antall polikliniske konsultasjoner PHR totalt



Telefonkonsultasjoner PHR



### Videokonsultasjoner PHR



### 1.10. Prioriteringsregelen

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

Utvikling hittil i år i forhold til samme periode i fjor

pr april	Hittil i år	Hittil i fjor	Faktisk endring fra i fjor
<b>Polikliniske konsultasjoner</b>			
<b>Somatikk</b>	<b>126 665</b>	<b>147 177</b>	<b>-13,9 %</b>
VOP	43 691	45 484	-3,9 %
BUP	28 971	26 808	8,1 %
TSB	13 299	12 831	3,6 %
<b>SUM PHR</b>	<b>85 961</b>	<b>85 123</b>	<b>1,0 %</b>

Det er større vekst eller mindre reduksjon i antall polikliniske konsultasjoner hittil i år i forhold til i fjor for alle områder innenfor psykisk helse og rus, enn for somatikk.

### Kostnader pr tjenesteområde

Kostnader eks. avskrivning, legemidler og pensjon	Faktisk		Budsjett	Estimat	Estimat 2020 - Faktisk 2019	
	2019	2020	2020	2020	tusen NOK	endring i %
<b>Rapportering pr 1. tertial 2020</b>						
Totale kostnader innen somatikk	5 435 143	1 931 374	5 586 220	5 633 238	198 095	3,6 %
Totale kostnader innen VOP	1 215 668	425 941	1 257 617	1 247 958	32 290	2,7 %
Totale kostnader innen BUP	331 676	120 142	347 127	351 973	20 297	6,1 %
Totale kostnader innen TSB	199 954	73 920	211 349	215 869	15 915	8,0 %
Totale kostnader innen annet	403 501	135 175	443 140	395 178	- 8 323	-2,1 %
Sum alle tjenesteområder	7 585 942	2 686 551	7 845 452	7 844 216	258 274	3,4 %

Kostnader pr tjenesteområde pr 1. tertial (eks. avskrivning, legemidler og pensjon) viser lavere vekst innenfor VOP enn veksten i somatikk. Kostnadsvekst for BUP og tverrfaglig rusbehandling (TSB) er høyere enn kostnadsvekst for somatikk. Noe av veksten innenfor somatikk skyldes blant annet koronasituasjonen med overforbruk på lønnsområdet og varekost.

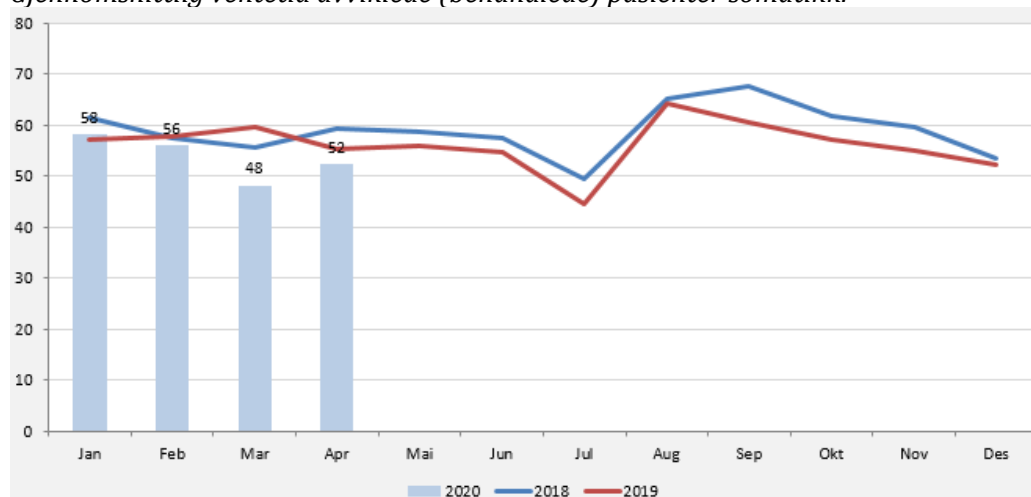
## 2. Kvalitets- og styringsindikatorer

### 2.1. Ventetid

#### *Ventetid somatikk*

Ventetiden for avviklet helsehjelp innen somatikk er 52 dager i april og akkumulert 54 dager som er i tråd med målet. Det er forventet at ventetiden for avviklet helsehjelp er relativt kort når aktiviteten er lav, da det er pasienter prioritert til kort ventetid som får time.

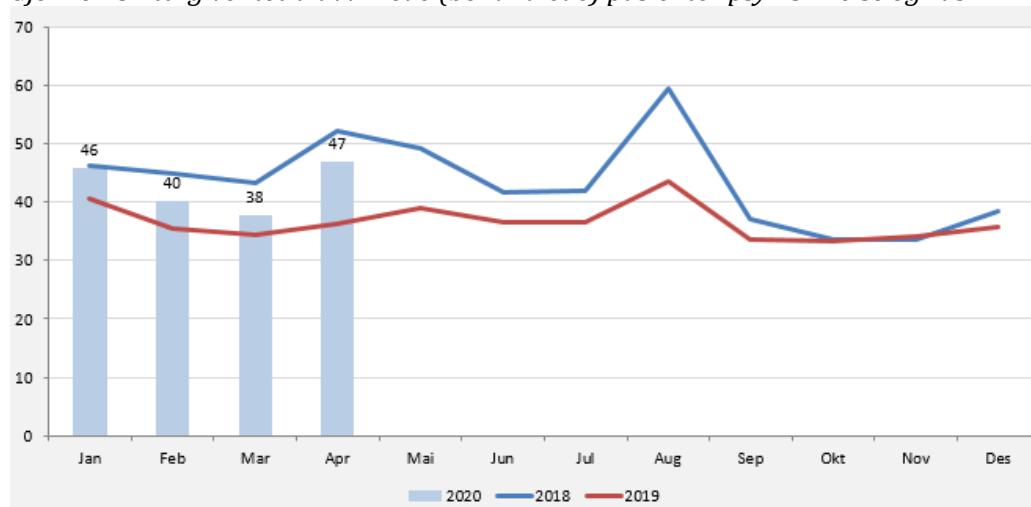
*Gjennomsnittlig ventetid avviklede (behandlede) pasienter somatikk:*



#### *Ventetid psykisk helse og rus*

Innen PHR er ventetiden lengre i april enn tidligere måneder innen VOP og BUP, mens TSB er den kortere enn målet. Lengre ventetider innenfor psykisk helse og rus i april skyldes koronasituasjonen. I dagene etter 12. mars ble nesten alle fysiske konsultasjoner avlyst. De mest akutte sakene ble prioritert. De mindre akutte sakene ble forskjøvet frem i tid. Dette har ført til at gjennomsnittlig ventetid for avviklede saker har økt. Det forventes at ventetiden etter hvert som situasjonen normaliserer seg går ned. Det vil hele tiden være en tidsforskyvning i svingningene på ventetid sett i forhold på svingninger i aktivitetsomfang.

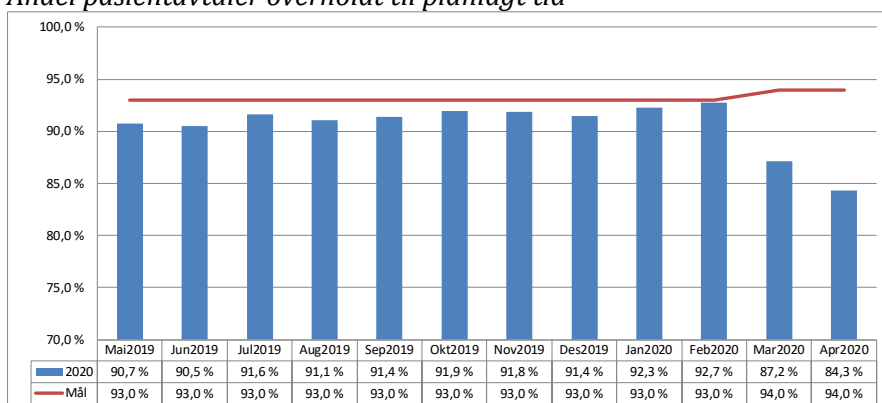
*Gjennomsnittlig ventetid avviklede (behandlede) pasienter psykisk helse og rus:*



## 2.2 Overholdelse av pasientavtaler

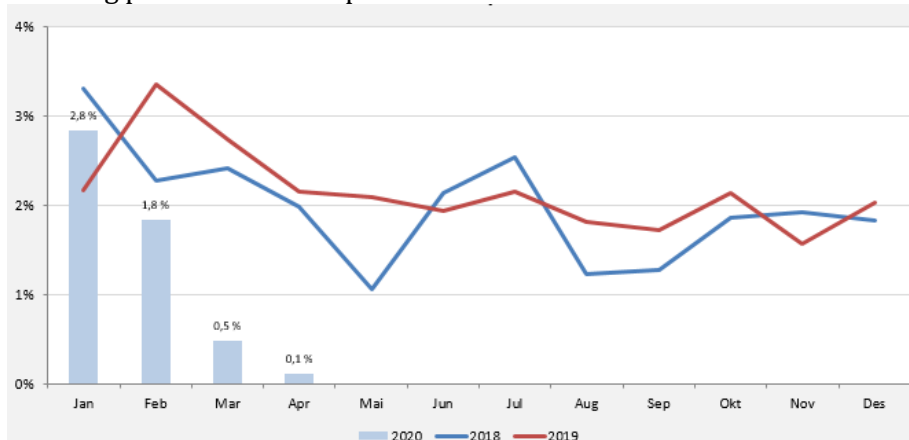
Andel overholdte pasientavtaler er 89,1 % pr 1. tertial 2020, altså under målet på 94 %. Koronasituasjonen har ført til at timeavtaler har blitt forsinket. Det er rutiner som skal sikre at forsinkelser er medisinsk forsvarlige. Arbeidet med forbedring på områder der målet ikke er nådd skal intensiveres utover høsten.

Andel pasientavtaler overholdt til planlagt tid



## 2.3 Korridorpasienter somatikk

Andel korridorpasienter er redusert til nesten null. Dette skyldes først og fremst lavere totalaktivitet knyttet til koronavirussituasjonen. Forut for koronaepidemien var det en positiv utvikling på andel korridorpasienter innen somatikk.

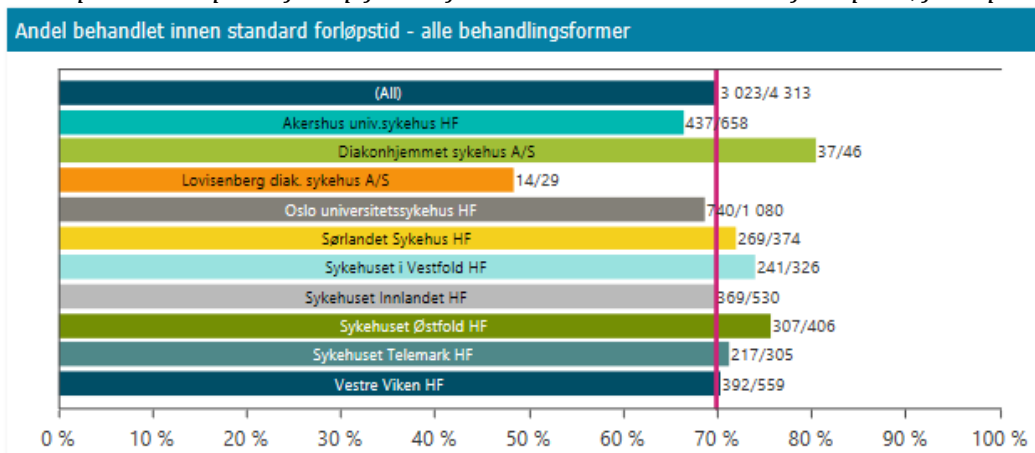


## 2.4 Pakkeforløp for kreft

Målsettingen for pakkeforløpene for kreft er at 70 % av pasientene som får påvist kreft skal starte behandling innen anbefalt forløpstid. Det siste året er det igangsatt flere forbedringsarbeider, spesielt med oppmerksomhet for pakkeforløp lunge, gynekologi og bryst. Resultatene for pakkeforløp kreft totalt viser en god utvikling i 2020 med andel behandlet innen standard forløpstid 1. tertial på 70 %. Til sammenlikning var andelen 59 % i tilsvarende periode i 2019 og 60 % for hele 2019.

Figuren nedenfor viser status for 1. kvartal 2020 i Helse Sør-Øst. Som det fremgår har Vestre Vikens resultater løftet seg opp på nivå med flere av de andre foretakene.

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



## 2.5 Sykehusinfeksjoner

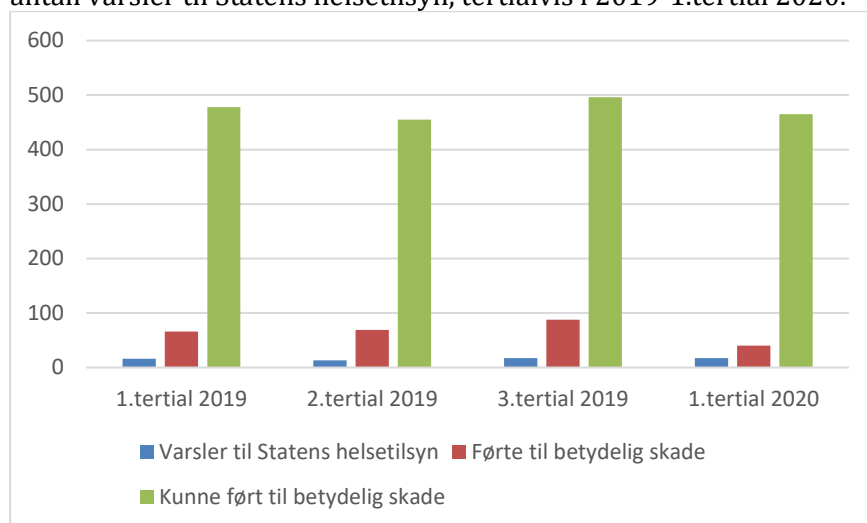
Det gjennomføres vanligvis fire prevalensundersøkelser av sykehusinfeksjoner årlig ved foretakene i Helse Sør-Øst. Den første prevalensundersøkelsen i 2020 viser en prevalens på 3,1% hvorav 1,9 % var ervervet i eget foretak mens de øvrige er hos pasienter som er overflyttet til oss fra andre foretak. I 2019 var andel sykehusinfeksjoner totalt 2,7 %. Smittevernarbeidet pågår kontinuerlig. Det er satt i gang et forbedringsprosjekt innen protesekirurgi (ortopedi) som viser gode resultater.

Det var planlagt en prevalensundersøkelser i april, men den ble ikke gjennomført da avdeling for smittevern prioriterte oppgaver i forbindelse med koronaepidemien.

## 2.6 Uønskede hendelser og avvik og varsler til Statens Helsetilsyn

Uønskede hendelser skal meldes i foretakets avvikssystem. Meldeplikten til Helsedirektoratet ble avvirket i mai 2019. Dette har ikke ført til endringer intern meldingskultur. Statistikk over uønskede hendelser publiseres på Vestre Vikens nettsider.

Figuren viser registrerte uønskede hendelser som førte til eller kunne ført til betydelig skade og antall varsler til Statens helsetilsyn, tertialvis i 2019-1.tertial 2020.



I 1. tertial 2020 er det meldt 40 hendelser som kunne ført til betydelig skade. Tabellen under viser fordeling på hendelsestype.

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

Under pasientatferd dominerer selvmord og hendelser hvor pasienten er død under uklare omstendigheter. Det er arbeidet systematisk med selvmordsforebygging gjennom flere år bl.a. som ledd i pasientsikkerhetsprogrammet, men selvmord innen psykisk helsevern er stadig en utfordring. Fall er et betydelig problem hos pasientene under opphold i sykehus. De aller fleste fall fører ikke til skade, men i noen tilfeller blir skaden betydelig. Fallforebygging har vært et av innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet gjennom flere år. Alle pasienter som innlegges skal risikovurderes for fall innen ett døgn, og tiltak skal vurderes iverksatt. Gjennomgang av avvik viser at interne prosedyrer ikke alltid er fulgt, men også ved etterlevelse av prosedyrene er fall et betydelig problem, som det må arbeides videre med.

Under hendelser rubrisert under behandling og pleie utgjør om lag halvparten komplikasjoner etter operative inngrep, de øvrige er ulike utilsiktede hendelser under oppholdet.

I 1. tertial 2020 er det sendt varsler om 17 alvorlige hendelser til Statens Helsetilsyn. Elleve hendelser er innen psykisk helsevern (Selvmord eller uventede dødsfall under uklare omstendigheter). Tre av hendelsene følges opp tilsynsmessig av Fylkesmannen, de øvrige ble avsluttet etter samtale.

Fem hendelser ble meldt innen somatikk med tre uventede dødsfall, to hendelser relatert til føde/barsel, et tilfelle med forsinket behandling i forbindelse med ambulansetjenesten. Tre av hendelsene følges opp tilsynsmessig av Fylkesmannen mens to ble avsluttet etter samtale.

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

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



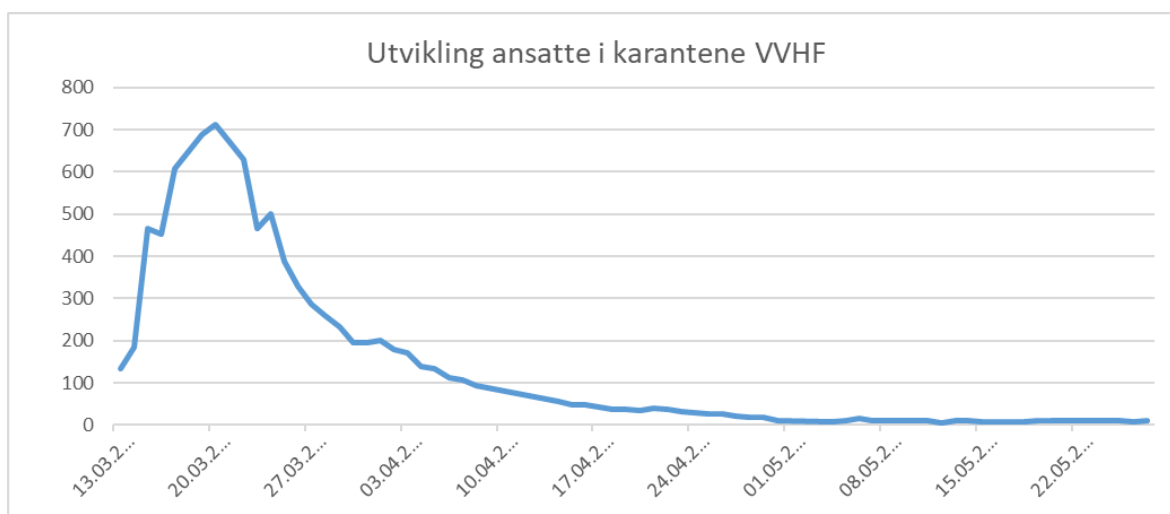
### 3. Medarbeidere status

#### 3.1 Brutto månedsverk

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



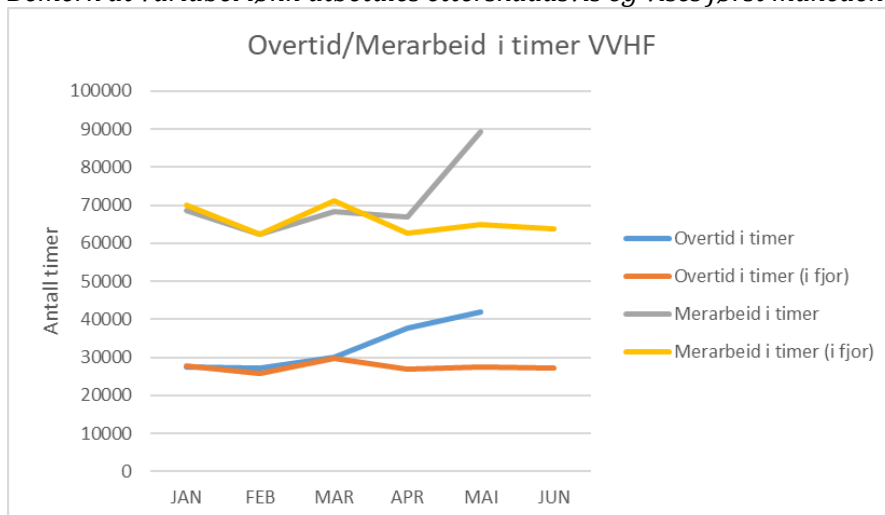
Brutto månedsverk er pr mai 208 høyere enn budsjettert, og 280 flere enn samme periode i fjor. Det er økning på 197 månedsverk fra april til mai. Forklaringen på store deler av økningen er koronasituasjonen. Mange ansatte har vært i karantene. De fleste klinikker har siden mars hatt et stort omfang merarbeid og overtid som følge av koronasituasjonen. I tillegg er det brukt mye tid på opplæring og omrokking av personell. De første to månedene i 2020 er hovedårsaken til avviket høy aktivitet og høyt sykefravær ved enkelte avdelinger, i tillegg til forsinkede effekter av planlagte tiltak.



Som følge av koronasituasjonen har det vært et høyt antall ansatte i karantene, og på det meste var over 700 i karantene (ca. 20. mars)

*Utvikling i overtid og merarbeid hittil i år, og sammenlignet med i fjor.*

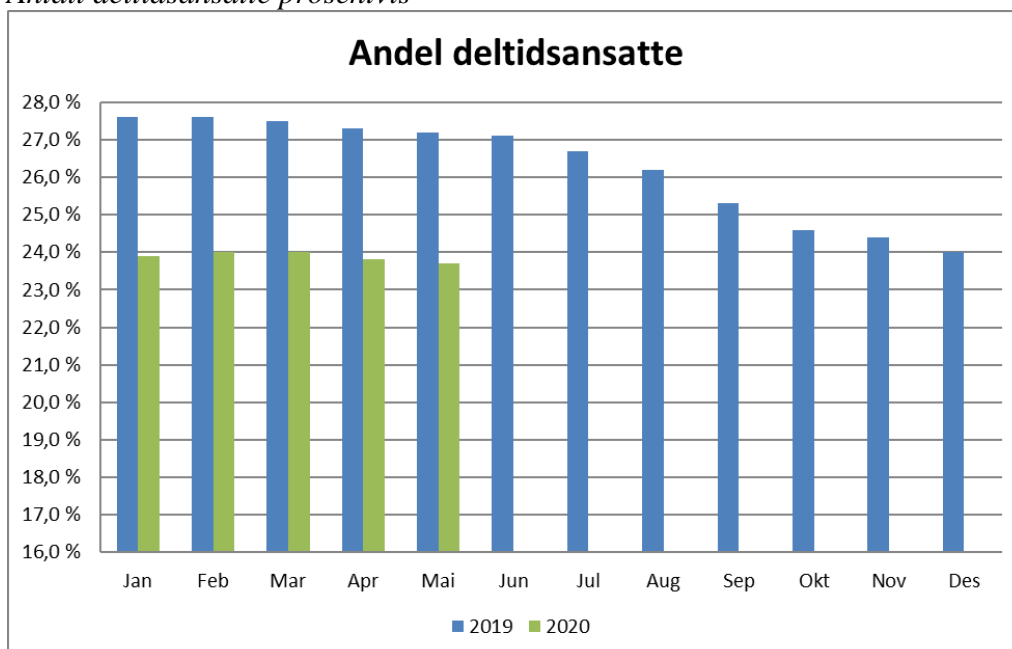
*Bemerk at variabel lønn utbetales etterskuddsvis og vises først måneden etter faktisk forbruk.*



Personell fra MHH er lånt ut til Vestre Viken, primært til Bærum sykehus, også til enheter i KMD og KIS som har arbeidssted på Bærum sykehus. Årsverk som er lånt ut fra MHH til Bærum Sykehus inngår ikke i bemanningsrapporteringen for Vestre Viken.

### 3.2 Deltid

*Antall deltidsansatte prosentvis*

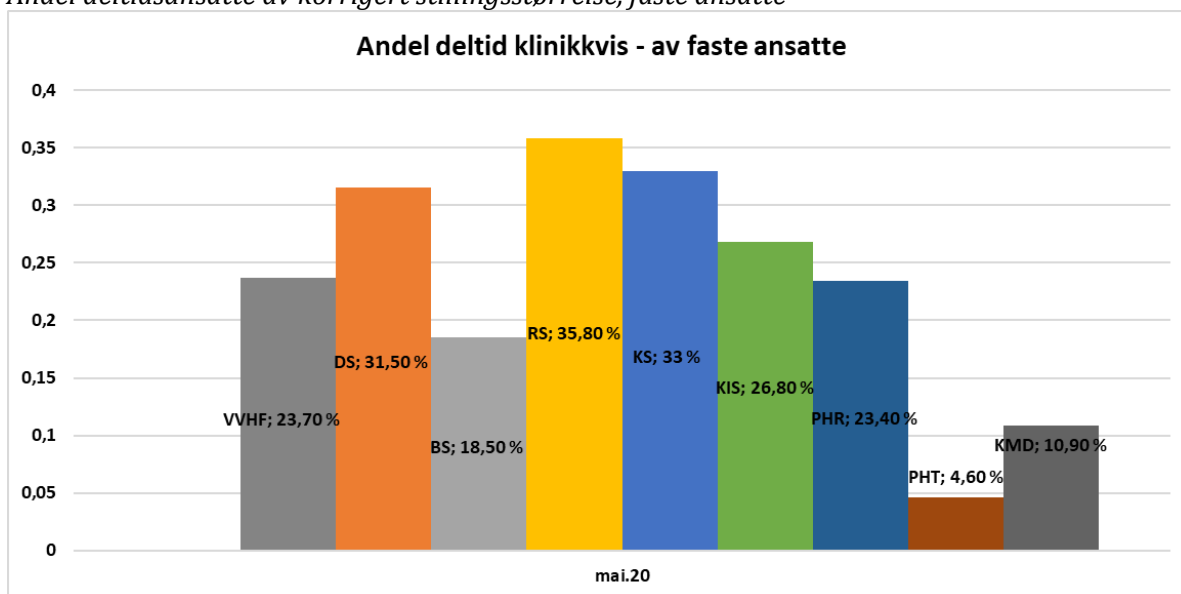


Indikatoren viser andel deltid blant ansatte som foretaket har en forpliktende fast arbeidsavtale med. Andel deltidsansatte beregnes ut fra antall ansatte som har en fast deltidsstilling, dividert på antall faste stillinger totalt. Indikatoren er justert for deltid som er forårsaket av at arbeidstaker ikke ønsker eller ikke kan jobbe i en høyere stillingsprosent. Dersom en ansatt

registrerer i Personalportalen at vedkommende har ønsket deltid<sup>1</sup> vil de ikke inkluderes som deltidsansatt. Denne indikatoren er viktig i forhold til å finne hvilket potensial arbeidsgiver har for å redusere deltid.

Det er ønskelig å redusere deltid i Vestre Viken, og det er etablert en partssammensatt arbeidsgruppe som skal fremme forslag til aktuelle tiltak for å fremme heltidskultur.

*Andel deltidsansatte av korrigert stillingsstørrelse, faste ansatte*



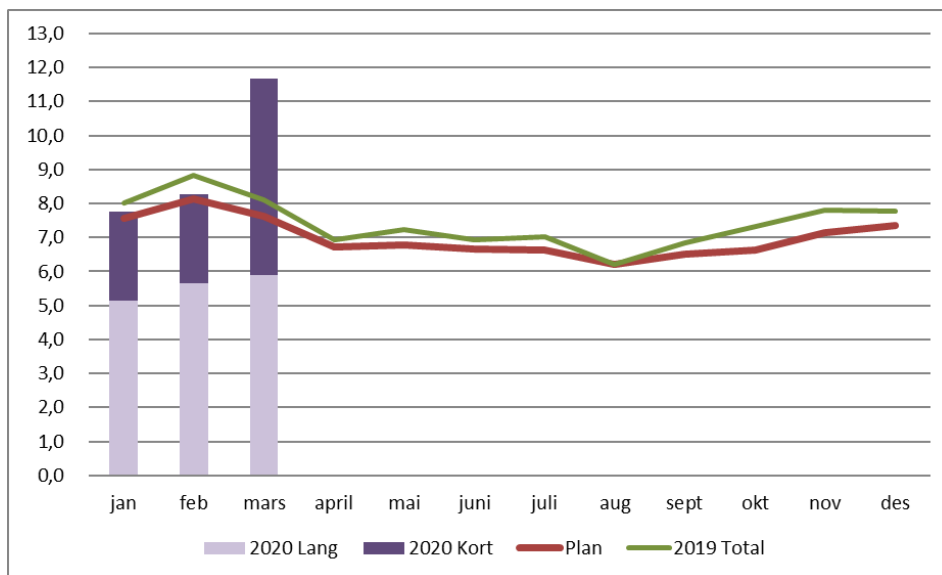
I mai 2020 er andel deltid i foretaket på et lavere nivå enn sammenlignet med tidligere perioder. Det er likevel viktig å påpeke at det er forskjeller internt i foretaket, og at enkelte klinikker fremdeles har en ganske høy andel deltidsansatte.

I 2019 ble det vedtatt at stillinger skal utlyses 100 %, og det må søkes dispensasjon for å kunne avvike fra dette.

Det er nødvendig med restriktiv håndtering av permisjon fra stilling, samt tilrettelegging for medarbeidere med utfordringer knyttet til helse. Det skal arbeides videre med tiltak knyttet til helgearbeidsutfordringer, og målrettede tiltak som å tilby utvidet stilling i bemanningsenheten. Dette ses i sammenheng med implementering av aktivitetsstyrt ressursplanlegging (ARP) i foretaket.

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

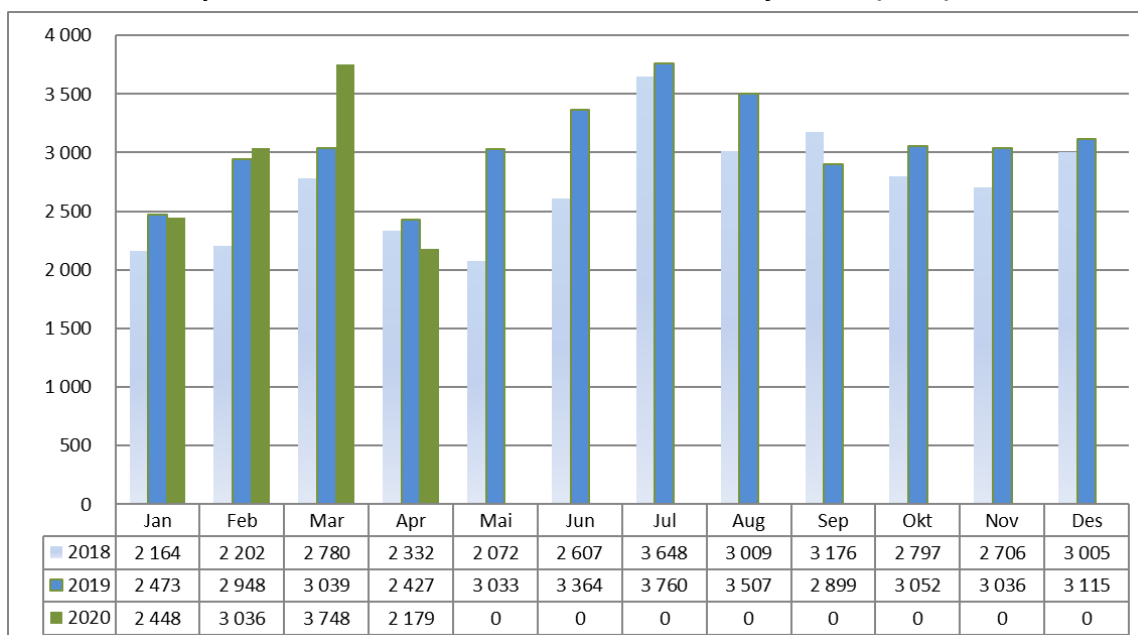
### 3.3 Sykefravær



Sykefravær i mars var 11,7 %, betydelig over målet. Sykefraværet i februar er lavere enn februar i fjor, men øker igjen i mars som følge av at mange medarbeidere er i karantene. Det er utviklet e-læringsprogrammer for ledere og ansatte for å øke kompetanse og bevissthet omkring sykefraværsoppfølging.

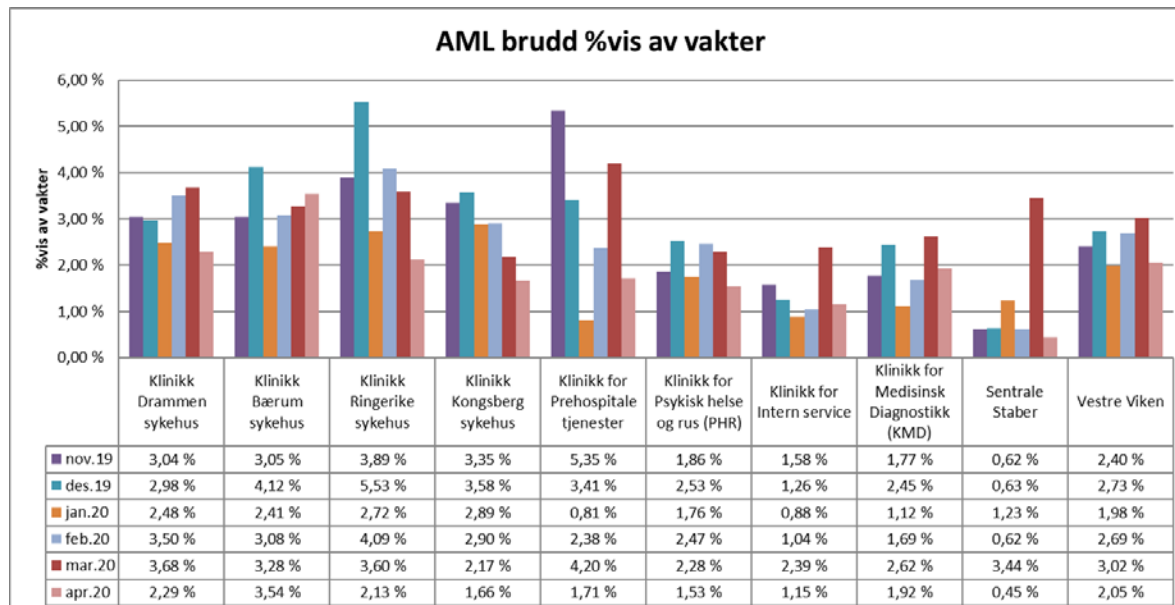
Det er tett oppfølging av sykefraværutviklingen, og samarbeidet om «forsterket innsats» fortsetter for å redusere sykefravær i prioriterte klinikker (Drammen sykehus, KIS og PHR).

### 3.4 Brudd på arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven (AML)



I april 2020 var det 2179 AML-brudd. Dette tilsvarer brudd på 2,1 % av alle vakter i foretaket. Økningen i AML-brudd i mars skyldes koronasituasjonen. AML-brudd som følge av koronapandemien blir registrert med en egen årsakskode, og i april er det registrert 1055 (48 %

av totalt antall) AML-brudd med denne årsakskoden. Det er inngått sentrale avtaler om utvidede grenser for arbeidstid, med virkning fra 20. mars. Dette har bidratt til at AML-brudd ble betydelig redusert.



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

Som følge av koronasituasjonen erfarte alle klinikker en økning i AML-brudd i mars, men de fleste klinikker erfarte at antall AML-brudd ble betydelig redusert i april. Det skyldes dels den sentrale avtalen om utvidede grenser for arbeidstid, men også at det etter hvert var færre ansatte i karantene. Da ble det mindre merarbeid og overtid som medfører AML-brudd.

Bærum sykehus har hatt en økning av AML-brudd i april. Bærum sykehus er sykehuset i Vestre Viken som har vært mest belastet i koronasituasjonen, med flest innlagte pasienter med Covid-19 diagnose. Akuttmottaket er den seksjonen på BS som har stått i front ved Covid-19. Sammen med Intensiv er det disse to seksjonene som har flest AML-brudd.

## 4. HMS indikatorer

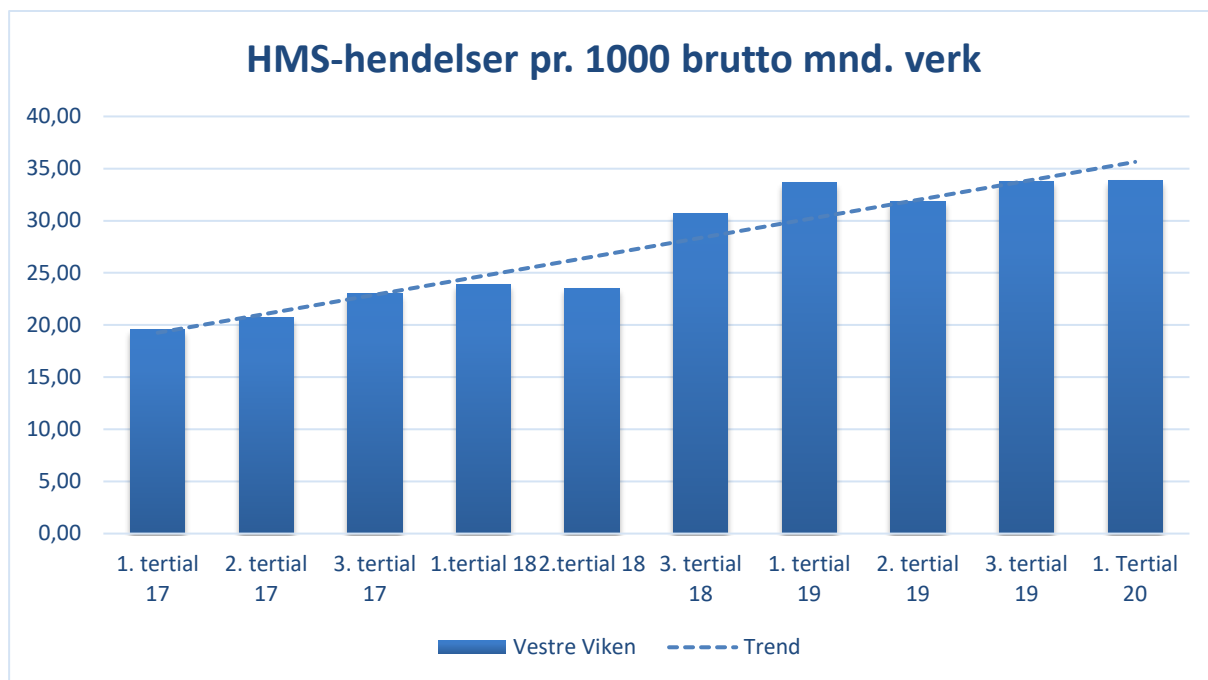
### 4.1 H1-verdi: Fraværsskadefrekvens

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

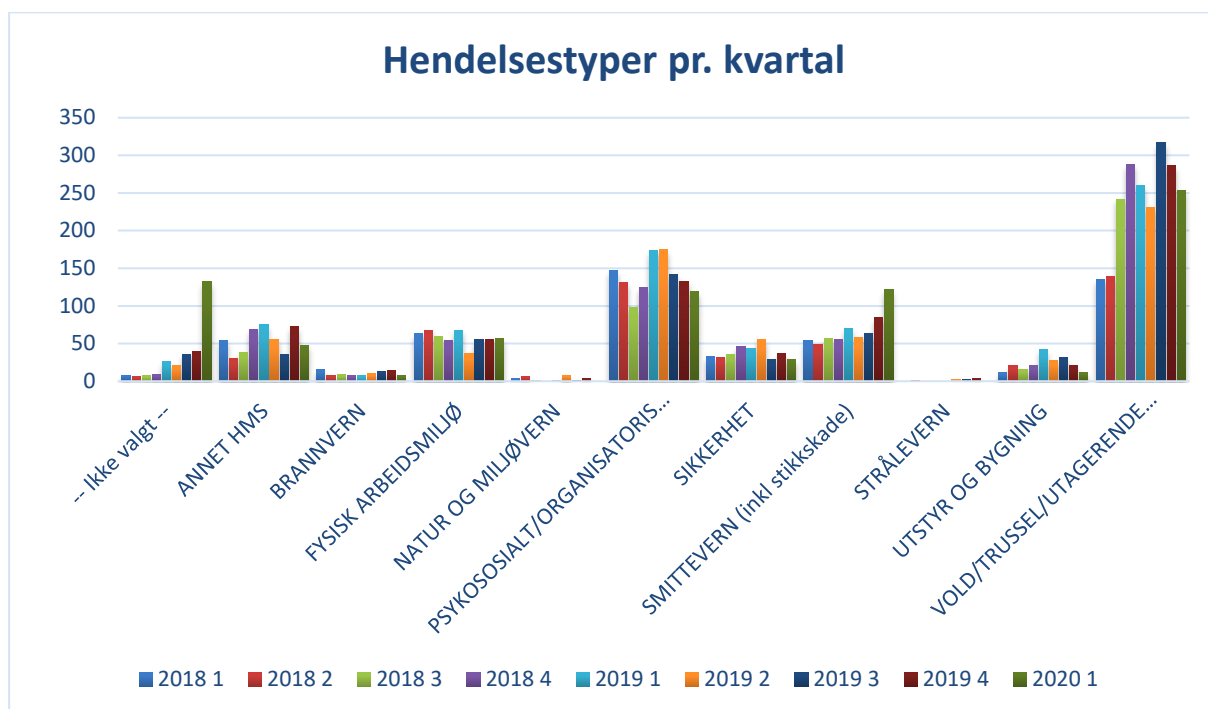
Fraværsskadefrekvens (H1-verdi) er et mål på arbeidet med å skape sunne og trygge arbeidsplasser. Indikatoren viser antall fraværsskader per million arbeidstimer. I siste tertial har det vært to fraværsskader etter vold, tre etter fall, en etter kutt, en etter klemskade og syv relatert til Covid-19. Av de syv relatert til Covid-19 er det tre som kan betegnes som «ulykker». En stikkskade og to eksponeringer for pasient som viste seg å være

positiv. De øvrige er ansatte som er blitt syke, men smitte tidspunkt/situasjon er ukjent. Det vil bli tatt opp i HSØ i hvilken grad denne type hendelser skal regnes med i indikatoren for fraværsskade. Antall smittede ansatte er høyere, og indikatoren vil trolig bli justert noe når hendelsene registreres i Synergi.

#### 4.2 HMS-hendelser

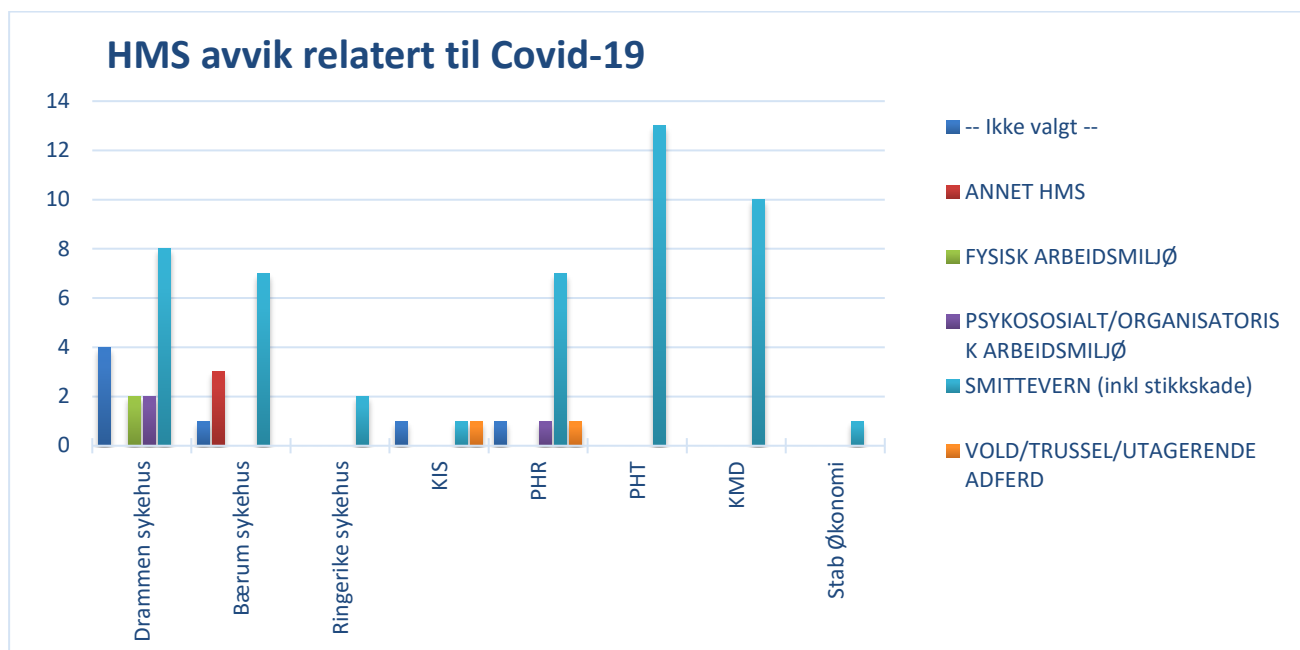


Indikatoren viser antall registrerte HMS-hendelser per 1000 brutto månedsverk i perioden. Over det siste året ser vi at antall rapporterte hendelser ikke øker som tidligere.



Smittevern har hatt den største økningen denne perioden. Dette skyldes hovedsakelig hendelser knyttet til covid-19. For øvrig viser oversikten det samme bildet som tidligere med vold/trusler/utagerende atferd som den dominerende kategorien etterfulgt av psykososialt/organisatorisk arbeidsmiljø.

Det er nær 300 saker som det ikke er startet saksbehandling på enda (-Ikke valgt-). Hva slags hendelser dette er, vil kunne påvirke tallene for de enkelte hendelsestypene.



Det er laget et eget dashboard i synergi hvor man kan få oversikt over hendelser som er relatert til Covid-19. Innenfor HMS ser man at det er flest hendelser relatert til smittevern.

### 4.3 Vold og trusler

	1. tertial 18	2. tertial 18	3. tertial 18	1. tertial 19	2. tertial 19	3. tertial 19	1. tertial 20*
Vestre Viken	7,2	10,8	16,5	13,5	17,3	16,1	13,7
Drammen sykehus	2,2	2,0	2,9	3,1	1,4	1,8	2,7
Bærum sykehus	1,5	5,8	4,7	4,9	7,9	7,3	4,6
Ringerike sykehus	0,5	1,8	1,0	2,0	1,2	4,5	0,7
Kongsberg sykehus	2,9	2,2	1,0	2,8	2,2	3,7	2,5
KIS	0,6	0,7	0,0	1,2	1,3	1,7	3,8
PHR	25,2	36,0	62,7	46,4	62,2	55,9	45,5
PHT	6,2	13,0	2,6	12,1	8,6	11,1	19,8
KMD	0,0	0,0	0,5	0,5	2,1	1,4	2,5
VV utenom PHR	1,6	2,9	2,2	3,2	3,1	3,7	3,8

\*1. tertial inkluderer ikke april pga netto månedsverk ikke er klart enda.

Indikatoren viser antall rapporterte tilfeller av vold, trusler og utagerende atferd pr. 1000 netto månedsverk i perioden. Antall rapporterte hendelser de siste årene har økt, særlig i PHR og PHT.

## **5. Eksterne tilsyn**

En rekke eksterne instanser fører tilsyn med ulike deler av foretakets virksomhet. Vedlagte oversikt viser status for tilsynene i 1. tertial 2020.



Oversikt eksterne tilsyn Vestre Viken 1.tertial 2020						
Dato	Saknr. Public 360	Tilsyns- myndighet	Klinikk/seksjon	Avvik	Anmerkning	Kort status
<b>Varslede tilsyn</b>						
08.01.2020	20/00224	Helsetilsynet	Vestre Viken HF Blodbankene			Tilsyn med håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev ved Vestre Viken HF
14.05.2020	20/00714	Hafslund nett	Blakstad			Tilsynet er utsatt på grunn av utbrudd av koronavirus
<b>Tidligere tilsyn ikke lukket</b>						
28.02.2020	20/00099	<b>Asker og Bærum brann og redning</b>	Bærum Sykehus	2		Eier kunne ikke vise til eller dokumenter at bygningsdeler, installasjon og utstyr i byggverket som skal oppdage brann eller begrense konsekvensene av brann, blir kontrollert og vedlikeholdt slik at de fungerer som forutsatt  Eier kan ikke dokumentere at sikkerhetsnivået i byggverket er oppgradert til byggeforskrift 15 november 1984 nr 1892 eller senere byggeregler.
03.10.2019	19/06832	<b>Statens legemiddelverk</b>	Blodbanken VV	4		Tilsynet vil omfatte blodbankens tilvirkning av blod og blodkomponenter. Hensikten med tilsynet er å påse at tilvirkningen er i overensstemmelse med gjeldende regelverk for tilvirkning av blodkomponenter.
02.09.2019	19/05736	Brannvesenet Drammen	Torsberg DPS	2		<ul style="list-style-type: none"> <li>Eier kan ikke vise til el. Dokumentere at bygningsdeler, installasjoner og utstyr i byggverket som skal oppdage brann eller</li> </ul>
						Utsatt frist på tilbakemelding til 1. oktober 2020.
						Tilsyn 18-22 november 2019 4 avvik, ingen kritiske Fremdriftsplanen er sendt 23.01.20 Avvik skal være lukket innen 6 måneder etter tilsyn (juni 2020)
						Mottatt tilsynsrapport 2. okt.2019. Tilsvar sendt 6. januar 2020. Avventer tilbakemelding fra Brannvesenet.

**Oversikt eksterne tilsyn Vestre Viken 1.tertial 2020**

Dato	Saksnr. Public 360	Tilsyns- myndighet	Klinikk/seksjon	Avvik	Anmerkning	Kort beskrivelse av avvik/anmerkning	Kort status
						begrense konsekvenser av brann, blir kontrollert og vedlikeholdt slik at de fungerer som forutsatt. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bruker av byggverket har ikke sørget for at bruken samsvarer med kravene til bygningssikkerhet som gjelder for byggverket.</li> <li>• Bruker av byggverket har ikke sørget for å unngå unødvendig risiko for brann</li> <li>• Bruker av byggverket har ikke sørget for at rømningsveiene opprettholder sin funksjon.</li> </ul>	
29.08.2017	17/00167 19/05736	<b>Drammen brannvesen</b>	Drammen		2	Handlingsplan for sprinkelanlegg	Tilbakemelding er tilfredsstillende. Det forutsettes at avvik lukkes i samsvar med handlingsplanen.
<b>Tidligere tilsyn lukket</b>							
Uke 47 nov 2019	19/04826	DSB	Foretaket, men bare intervju Drammen og Kongsberg sykehus	1		Stort etterslep på forebyggende vedlikehold på medisinsk utstyr på Kongsberg. Behandlingshjelpemidler i Drammen har ikke kontroll på vedlikeholdet. Utført vedlikehold, endringer og reparasjoner av medisinsk utstyr skal dokumenteres.	Tilsyn lukket-

**Oversikt eksterne tilsyn Vestre Viken 1.tertial 2020**

Dato	Saknr. Public 360	Tilsyns- myndighet	Klinikk/seksjon	Avvik	Anmerkning	Kort beskrivelse av avvik/anmerkning	Kort status
1.02.2019	19/00676 19/06254	Fylkesmannen i Oslo og Viken				Tilsyn med helseforetakets spesialisthelsetjenester til utlokaliserte pasienter (pasienter på «feil avdeling»)	Det ble ikke avdekket lovbrudd under tilsyn. Tilsynet avsluttet

Dato: 8. juni 2020  
Saksbehandler: Hanne Juritzen/  
Ulrich Spreng

## Saksfremlegg

Ledelsens gjennomgang

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte	30/2020	15.6.20

### Forslag til vedtak

1. Styret slutter seg til vurderingene i ledelsens gjennomgang for 2019.
2. Styret ber administrerende direktør følge opp forbedringstiltak som er påpekt i gjennomgangen.

Drammen, 8. juni 2020

Lisbeth Sommervoll  
Administrerende direktør

## Bakgrunn

Ledelsens gjennomgang er en overordnet systematisk gjennomgang av styringssystemet.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten beskriver plikten til å evaluere virksomheten etter § 8f: «Minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.» I veilederen til forskriften er dette definert som ledelsens gjennomgang (LGG).

Ledelsens gjennomgang skal i hovedsak besvare:

- Oppnås ønskede mål og resultater?
- Overholdes gjeldende lover, forskrifter og faglige anbefalinger?
- Fungerer styringssystemet som forutsatt og bidrar det til kontinuerlig forbedring av virksomheten?

Vestre Vikens styringssystem for helse- og omsorgslovgivningen bygger på forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten, internkontrollforskrifter, NS-ISO 9001, ISO 15224 og ISO 14001.

Vestre Viken har gjennomført LGG på foretaksnivå siden 2010. LGG rapportmalen har blitt revidert og forbedret jevnlig og er nå tilpasset kravene i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Det gjennomføres egen LGG for miljøledersystemet. En sammenfatning av denne er inkludert i LGG på foretaksnivå.

## Saksutredning

Klinikkene gjennomfører ledelsens gjennomgang i egen klinikk. På foretaksnivå gjennomgås klinikkens LGG, informasjon fremskaffet om systemene og resultater fra disse, LGG fra miljøsertifisering og tilgjengelig årsrapporter, risikovurderinger mm. Det skal gjøres en totalvurdering av styringssystemet, men LGG må ses i lys av annen rapportering som årlig melding, årsrapport, virksomhetsrapportering mv.

Status for styringssystemet fremgår av vedlagte gjennomgang. Gjennomgangen viser at foretaket har oppnådd tilfredsstillende resultater på de fleste områder. Styringssystemene vurderes å fungere tilfredsstillende på de fleste områder, men det er behov for forbedring på enkelte områder. HSØ reviderer rammeverk for god virksomhetsstyring fra 2010. Dokumentet må innarbeides og brukes som veileder for kontinuerlig å forbedre styringssystemet i Vestre Viken.

## Administrerende direktørs vurderinger

Styringssystemet i Vestre Viken anses på de fleste områder som velegnet. Det er imidlertid behov for å vurdere endringer og forbedringer slik som omtalt i de enkelte punkter i LGG rapporten. Disse skal følges opp i det løpende arbeidet med kontinuerlig forbedring. Det vil bli rettet særlig oppmerksomhet mot arbeid med risikostyring, læring av utilsiktede hendelser og forbedring av pakkeforløp kreft og implementering av pakkeforløpene i PHR.

Adm. direktør anbefaler at styret på denne bakgrunn slutter seg til vurderingene i den vedlagte ledelsens gjennomgang.

Vedlegg: 1. VV Ledelsens gjennomgang av ledelses-/styringssystemet (LGG) Foretaksnivå for 2019

## VV Ledelsens gjennomgang av ledelses-/styringssystemet (LGG)

### Foretaksnivå for 2019

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

Ledelsens gjennomgang skal i hovedsak besvare følgende:

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

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

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

### 1. Oppfølging etter forrige LGG

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







	<p><b>Styringsystem</b></p> <p><b>Resultat/vurdering</b></p> <p><b>Beslutning/oppfølging</b></p>	<p>PHT har etablert et Innovasjonsprosjekt for gjennomføring av videosamtaler med AMK</p> <p>Arbeidet med å redusere reoperasjoner, redusere forekomst av infeksjoner og redusere reinnleggelser er satsningsområder i 2020 og følges tett opp.</p> <p><b>2.3 Økonomi</b></p> <p>Budsjettrammer tildeles fra Helse Sør-Øst RHF i Oppdrag og bestilling. Styret vedtar budsjettrammer for klinikker og staber. Budsjettkrav til klinikkene ligger i driftsavtaler og følges opp i oppfølgingsmøter mellom klinikker og adm. direktør. Avvik må følges av kompenserte tiltak. En del kostnader som f. eks. gjestepasientkostnader og en del medikamentkostnader ligger i foretakets fellesøkonomi, og følges opp av økonomiavdelingen.</p> <p>Det er etablert særskilte retningslinjer i eHåndbok for overholdelse av regelverk knyttet til anskaffelser. I tillegg ytes støtte og oppfølging av stab økonomi. Tilsvarende systemer er etablert på lønnsområdet med støtte fra stab kompetanse og på medisinsk koding med støtte fra stab Teknologi og Fag.</p> <p>Målet for 2019 var et overskudd på 255 millioner kroner inkludert inntekt ved salg av eiendom på 38,5 millioner kroner. Det regnskapsmessige resultatet ble et overskudd på 285 millioner kroner, det beste resultatet levert noensinne. Det ble gitt en avregning for ISF inntekter 2018 med om lag 13 millioner kroner på slutten av året. I tillegg fikk foretaket 29,9 millioner kroner i andel overskudd kjøp fra private fra Helse Sør Øst. Salg av eiendom ble realisert med 6 millioner i 2019, dvs. en mindreinntekt på vel 32 millioner i forhold til budsjett. I tillegg endte vedlikehold ført over drift på 40 millioner høyere enn budsjett. Det er følgelig et meget godt resultat for 2019 tatt i betraktning disse avvikene.</p> <p>Flere av klinikkene hadde likevel underskudd i 2019 og dermed en svakere styringsfart inn i 2020, også etter ny fordeling av basisramme. Klinikkene har utarbeidet handlingsplaner for å sikre resultatoppnåelse i 2020. Handlingsplanene følges opp i de månedlige oppfølgingsmøtene mellom administrerende direktør og klinikkdirektører.</p> <p>Klinikkene er lojale mot innkjøpsavtaler, og det gjøres i stor grad habilitetsvurderinger av beslutningstakere i anskaffelsesprosesser. Det elektroniske bestillingssystemet benyttes for innkjøp av varer og tjenester. Klinikkene måles på avtalelojalitet og bruk av Vestre Vikens bestillingssystem. Noen av klinikkene har inngått egne avtaler på særskilte områder.</p> <p>I all hovedsak kontakter klinikkene Vestre Vikens innkjøpsavdeling ved anskaffelser over kr 100.000,- inkludert merverdiavgift og livsløpskostnader. For anskaffelser under kr 100.000,- innhentes oftest flere tilbud. Det er i henhold til retningslinjen VV Bestilling av varer og tjenester (ID-42594).</p> <p>Fullmaktreglementet er innarbeidet i bestillingssystemet og fakturabehandlingssystemet. Personlige kostnader godkjenner av nærmeste leder. Godkjenning av slike kostnader kan ikke delegeres til andre, i henhold til fullmaktreglementet VV fullmakter i Vestre Viken (ID-78528).</p> <p>Det vurderes generelt å være gode rutiner på økonomiområdet og god styring på den løpende resultatutvikling.</p> <p>Forbedringsområder:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kvalitetssikring av den medisinske kodingen.</li></ul>
--	--	--

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

**Beslutning/oppfølging**

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

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

Oppfølging av forskrift om utskrivningsklare pasienter fra PHR til kommunene.

### 3. Ressurser

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

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

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



Beslutnings-oppfølging	Beredskapsplaner oppdateres ved behov.
------------------------	--

#### 4. Status avvik, uønskede hendelser og korrigerende tiltak

	Grunnlag	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (§§ 6d, 6g, 9a, 9b)
4.0	Styringssystem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>VV Håndtering av avvik og uønskede hendelser ID-268,</i></li> <li>• <i>VV Håndtering av uønskede pasienthendelser ved alvorlig/dødelig utfall ID-6 4367</i></li> <li>• <i>VV Håndtering og saksbehandling av pasientrelaterte hendelser/avvik ID-315</i></li> <li>• <i>Lokale retningslinjer for organisering av kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg</i></li> <li>• <i>Mandater for Klinikkens pasientsikkerhetsutvalg</i></li> <li>• <i>VV Hendelsesanalyse Id-79285</i></li> </ul>
	Resultat/vurdering	<p>Som for de tidligere år, sees en liten økning i antall registrerte uønskede hendelser i 2019 hvor pasienthendelser fortsatt står for den største økningen.</p> <p>Meldeordningen i Helsedirektoratet, §3-3, ble avvirket i juni 2019. Vestre Viken fortsetter imidlertid å registrere «meldepliktige» hendelser som før, for lettere å føre interne statistikker og oversikt over hendelser som førte til eller kunne ha ført til betydelig pasientskade.</p> <p>Totalt antall hendelser som førte til betydelig skade var 223 i 2019 mot 148 i 2018. Størst andel er knyttet til behandling og pleie (78), fall (43) og pasientadferd (44) hvor av 15 selvmord og 12 uventede dødsfall.</p> <p>Sentralt team for hendelsesanalyser har gjennomført 3 hendelsesanalyser (1 diagnostikk og utredning, 2 behandling og pleie)</p> <p>Det ble i 2019 sendt 56 varsler (§3-3a) til Statens Helsetilsyn, Avdeling for varsler og operativt tilsyn og til UKOM.</p> <p>UKOM gjennomførte stedlig tilsyn i en hendelse i PHR (ikke avsluttet i 2019). Statens helsetilsyn oversendte totalt 19 saker til Fylkesmannen.</p> <p><u>Fra Ris og Ros modulen i Synergj:</u></p> <p>Fra <b>Pasient og pårørende</b> har Vestre Viken mottatt 355 tilbakemeldinger i 2019, mot 357 i 2019 Flest tilbakemeldinger er knyttet til behandling (104). Positivt er at Vestre Viken har mottatt 63 Ros-meldinger, som er en liten økning i forhold til 2018.</p> <p>Fra <b>Samarbeidende helsepersonell</b> har Vestre Viken mottatt 359 saker i 2019, mot 342 i 2018. Flest tilbakemeldinger er knyttet til Samhandling, totalt 80, mot 127 i 2018. Mottatt totalt 4 Ros-meldinger, mot ingen 2018.</p>
	Beslutning/oppfølging	<p>Bruk av avvikssystemet som et forbedringsverktøy kan bli bedre, spesielt med tanke på årsaks vurderinger og tiltak. Dette gjelder håndtering av alle typer uønskede hendelser i alle klinikker.</p> <p>Det er en utfordring å få til læring fra hendelser og tiltak mellom seksjoner, avdelinger og klinikker.</p> <p>Klinikkene melder om fokus på saksbehandlertid, forbedring og læring.</p> <p>Det arbeides videre med opplæring/informasjon om hvordan bruke avvikssystemet som forbedringsverktøy.</p>



## 5. Risiko og muligheter

	Grunnlag	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (§§ 6d, 6e, 8f)
<b>5.0</b>	<b>Styringssystem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VV Risikostyring, rammeverk, prinsipper og politikk, ID- 85369</li> <li>• VV Risikovurderinger ID-154</li> <li>• VV HMS runde ID-50966</li> <li>• VV Grønt Kors – ID 101896</li> </ul>
	<b>Resultat/vurdering</b>	<p>Det grunnleggende i pasientbehandling er å vurdere risiko og muligheter. Det er etablert et system for å gjøre risikovurderinger/risikoanalyser som er beskrevet i eHåndbok. Det er en modul i eHåndbok for risikovurderinger som skal breddes i VV.</p> <p>Det gjennomføres tertialvise risikovurderinger av Oppdrag og bestilling. Klinikken gjennomfører risikovurdering av måloppnåelse på driftsavtaler som følges i klinikkenes måltavler. Likeledes gjøres risikovurderinger ved omstillinger og endringer i fag/behandlingstilbud.</p> <p>Det er et pågående arbeid med å implementere risikostyring som en integrert del av styringssystemet.</p> <p>Mange sengeposter har tatt i bruk risikotavler eller risikomøter.</p> <p>Grønt Kors er implementert ved de fleste seksjonene og oppleves i stor grad som positivt i den daglige risikostyringen. Grønt Kors 2 (Safety-II tenkning) har blitt testet ut i noen seksjoner/avdelinger. Fokus er på hva som har gått bra i tillegg til å registrere og ha dialog om utilsiktede hendelser. Det planlegges spredning av Grønt Kors 2 i løpet av 2020.</p>
	<b>Beslutning/oppfølging</b>	<p>Øke bruk av risikovurdering i klinikken som et beslutningsverktøy.</p> <p>Det planlegges opplæring for å øke kunnskap om risiko for å etablere en kultur for risikostyring.</p> <p>Implementere Grønt Kors 2 som verktøy for daglig risikostyring i foretaket.</p> <p>Implementere verktøyet «Snakk om forbedring» i 2020 – 2021.</p>

## 6. Erfaringer etter gjennomførte interne revisjoner

	Grunnlag	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (§§ 6g, 7c)
<b>6.0</b>	<b>Styringssystem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VV Internrevisjon - overordnede føringer -ID 83</li> </ul>
	<b>Resultat/vurdering</b>	<p>Det utarbeides årlige revisjonsplaner på foretaks- og klinikknivå fra mars til mars. Det avholdes kurs i revisjonsmetodikk for interne revisorer ved behov (ca. 1 gang pr. år) og det holdes erfaringsdager to ganger pr. år for revisorer i klinikken.</p> <p>Klinikken har egne revisjonsplaner, som rapporteres i klinikkenes LGG og følges opp internt. Revisjonsfunn presenteres i klinikkenes kvalitetsutvalg/ledermøter.</p> <p>Det er utarbeidet en oversikt/plan for foretaksomfattende revisjoner innenfor helselovgivningen, HMS og ytremiljø i planperiode mars 2019-mars 2020. Farmasøytiske revisjoner håndteres som tidligere.</p>

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

## 7. Erfaringer etter gjennomførte eksterne revisjoner / eksterne tilsyn

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



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

## 10. Kontinuerlig forbedring

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

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

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

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

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

	<b>Beslutning/oppfølging</b>	<p>Helsefelleskap: Helseforetak og kommuner skal i helsefellesskapene planlegge og utvikle tjenester for pasienter som trenger tjenester fra begge nivåene. Helseforetakene skal innrette sin samhandling med kommunene i tråd med dette.</p> <p>HSØ reviderer dokument for god virksomhetsstyring 2010 i ny helhetlig modell for virksomhetsstyring.</p> <p>1.1.20 ble flere kommuner i opptaksområdet til Vestre Viken HF slått sammen. Det er nå 22 kommuner.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• System for helsefellesskap etableres</li> <li>• Mottaksprosjekt for nytt sykehus i Drammen er et viktig satsningsområde i tiden fremover og vil kreve bruk av interne ressurser.</li> <li>• Det gjennomføres en GAP analyse ift implementering av Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.</li> <li>• Det gjennomføres en foretaksomfattende intern revisjon om etterlevelse av BedSide Id kontroll blodtransfusjoner.</li> <li>• Innarbeide rammeverk for god virksomhetsstyring i HSØ i VV.</li> </ul>
--	------------------------------	--

## 12. Vurdering- miljøledelsessystemet




Grunnlag		Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (§§ 6b, 6 c, 6d, 6e, 8)
<b>Styringssystem</b>	<b>Vurdering</b>	<p>Foretaket er sertifisert i henhold til NS-EN ISO 14001</p> <p>VV-MILJØ Miljøledelsessystemet ID: 38947</p> <p>Systemet er i hovedsak tilpasset virksomheten og er i stand til å ivareta endringer. Det er i stor grad implementert i øvrig virksomhetsstyring, men har et potensiale for ytterligere implementering, bl.a. å ta med elementer fra miljø i interne revisjoner. Miljømål inngår i driftsavtalene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Miljøledelsessystemet er i stor grad tilpasset foretakets aktiviteter og prosesser, og er i stand til å fange opp vesentlige endringer.</li> <li>• Miljøpolicyen er hensiktsmessige og tilpasset foretakets aktiviteter og prosesser.</li> <li>• Miljøledelsessystemet bidrar til at VV stadig får bedre styring og kontroll, det har bl.a. avdekket at foretaket ikke er i samsvar med myndighetskrav knyttet til PCB-holdig lysarmatur og energivurdering av bygg og tekniske anlegg. Systemet for interne revisjoner har vært noe mangelfullt i forhold til krav i standarden.</li> <li>• Miljøledelsessystemet bidrar til at VV reduserer miljøfotavtrykket sitt, selv om vi ikke har nådd alle målene som er vedtatt for 2019; foretaket har nådd målsettingen innenfor fire av de åtte miljødelmålene. Det er viktig at miljødelmålene understøtter overordnede planer og strategier i foretaket.</li> </ul>
<b>Beslutning- Oppfølging</b>		Se vedlagte LGG for Miljøledersystemet





## 14. Tiltaksplan – ut fra beslutning – oppfølging

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

Pkt.i LGG	Forbedringsområde – område og oppfølging	Tiltak	Frist/ Ansvar	Status på tiltak ved ½-års-oppfølging	  
<b>3.1</b>	<b>Ressurser</b> Det må følges opp at alle typer aktiviteter innarbeides i ressursplanlegging gjennom ARP prosjektet. Følge opp arbeidet med ny spesialistutdanning for leger Rekruttering av spesialsykepleiere og enkelte legespesialister	Følges opp gjennom prosjektet  Det bør vurderes at bindingstid for spesialsykepleiere er til hver klinikk enn til VV.	<b>HR</b>		
<b>3.3</b>	<b>HR – systematisk oppfølging av sykefravær</b>	Følges opp av HR i egne handlingsplaner	<b>HR</b>		
<b>3.4</b>	<b>Helse, Miljø og sikkerhet</b> Øke oppfølging av linjeledere på HMS arbeidet.	Oppfølging og opplæring	<b>HMS</b>		
<b>4.0</b>	<b>Avvikssystem Synergi</b> Økt bruk av avvikssystemet for forbedringsverktøy	Øke opplæring/informasjon om hvordan bruke avvikssystemet som forbedringsverktøy.	<b>FAG</b>		
<b>5.0</b>	<b>Risiko og muligheter</b> Øke bruk av risikovurdering i klinikkene som et beslutningsverktøy Risikostyring som en integrert del av virksomhetsstyringen	1. Implementere Grønt Kors 2 Opplæring i klinikker og staber 2. Implementere retningslinjen	<b>FAG</b> <b>HMS</b>		
	<b>Interne revisjoner</b> Øke bruk av interne revisjoner til læring mellom klinikkene	1.Utvikle og øke revisjonslederkompetanse til å gjennomføre foretaksomfattende revisjoner eller revisjoner som inkluderer flere avdelinger. 2. Videreutvikle samarbeid og metoder ved gjennomføring av revisjoner som omfatter pasientsikkerhet og HMS.	<b>STAB</b> <b>Klinikkene</b>		
<b>8.1</b>	<b>Brukermedvirkning</b> • Øke andel tilbakemelding fra brukere for å brukes til forbedring. • Forbedre spørsmålene i spørreundersøkelser	Forenklet systemet med utsendelse av eposter ved å fjerne aktiv aksept. Følge opp og gi tilbakemelding til klinikkene  Arbeidsgruppe jobber med forslag til revidert undersøk.	<b>FAG</b>		

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

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

Dato: 5. juni 2020  
Saksbehandler: Mette Lise  
Lindblad

## Saksfremlegg

### Rapportering plan for bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplan NSD

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken	31/2020	15.6.2020

#### Forslag til vedtak

Styret tar planen for rapportering på fremdrift og resultatoppnåelse av tiltak for å sikre økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealisering i NSD-prosjektet til etterretning.

Sted, 8. juni 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

## Bakgrunn

Styret behandlet sak om gevinstrealisering og økonomisk bærekraft i styremøte 27.4.2020, styresak 20/2020 Økonomisk bærekraft VVHF og gevinstrealisering NSD. I sin oppsummering ga styret uttrykk for at de ønsker å følge dette arbeidet tett og på en god måte og vedtok følgende:

### *Styrets vedtak pkt. 4 og 5:*

- 4. Administrerende direktør bes om å rapportere på fremdrift i planlegging og iverksettelse av tiltak slik det er foreslått i saksfremlegget.*
- 5. Styret ber om at administrerende direktør kommer tilbake med en plan for slik rapportering til styrets møte 15. juni 2020.*

I styremøtet 27. mai fikk styret fremlagt en skisse til hvordan slik rapportering kan innrettes, og styret ga flere innspill til saken.

## Saksutredning

Planen for økonomisk bærekraft VVHF og gevinstrealisering NSD (heretter benevnt gevinstplanen) er et viktig grunnlag for de økonomiske resultater som ligger i økonomisk langtidsplan (ØLP). Resultatkravene i ØLP er nødvendige for å sikre at foretaket overholder kravet til egenfinansiering av nytt sykehus, og samtidig evner å opprettholde investeringsnivået og vedlikehold og oppgradering av øvrig bygningsmasse. Det er avgjørende at foretaket realiserer planlagte gevinster og gjennomfører nødvendig omstilling som beskrevet i planen. Dersom foretaket ikke oppnår de gevinstene som er forespeilet, er det nødvendig at andre tiltak iverksettes.

Styret og ledelsen i foretaket skal holdes løpende orientert om fremdrift i de ulike prosjektene og planene, herunder at resultatene oppnås som forutsatt, samt hvilke tiltak som vil iverksettes om resultatene ikke oppnås.

Gevinstplanen er inndelt i tiltak som omfatter de enheter som skal flytte inn i nytt sykehus, prosjektavhengige gevinster, og tiltak som berører hele VVHF eller kun de enheter som ikke er berørt av nytt sykehus, prosjektavhengige gevinster. I tillegg bygger gevinstplanen på forutsetninger om organisasjonsutvikling, samt implementering av nye IKT-verktøy.

Gevinstplanen gir uttrykk for målsatte gevinster innenfor de ulike områdene. Styret stilte spørsmål til avhengigheter mellom de ulike gevinstområdene og grensesnitt mellom de tiltak som skal iverksettes. Dette knytter seg spesielt til planer for videre utvikling av organisasjonen og de konkrete planene for å ta i bruk ny IKT. Det er presisert ved flere av gevinstområdene at realisering henger tett sammen med både organisasjonsutvikling og implementering av nye IKT-verktøy. Foretaket har avhengigheter også til fremdrift i de regionale IKT-prosjektene og leveranseplaner fra Sykehuspartner.

### *Krav til plandokumentene*

Gevinstplanen er omfattende og er kommet svært ulikt i forhold til detaljplanlegging av de aktiviteter som er påkrevet for å oppnå realisering. Det kan derfor ikke fremlegges et komplett planverk for styret. Det må komme til etter hvert som hvert enkelt gevinstområde er ferdig planlagt og iverksettes i delprosjektene. For de delprosjekter som ikke er ferdig planlagt vil det i rapportplanen til styret fremgå en frist for når en endelig plan skal foreligge.

For hvert gevinstområde vil det stilles krav til følgende innhold i plandokumentene:

1. Forventet resultatmål (økonomiske mål eller kvalitative mål)
2. Organisasjonsmessig eier av gevinstmålet

3. Nødvendige forutsetninger for realisering
  - a. Avhengigheter til implementering av IKT
  - b. Avhengigheter til organisasjonsutviklingsprosesser
4. Forventet fremdrift i et tidsskjema
  - a. Aktiviteter som skal bidra til realisering
  - b. Milepæler tilknyttet hver aktivitet, herunder forutsetninger om fremdrift av andre aktiviteter utover aktuelle delprosjekt som delprosjektet er avhengig av (ref. avhengighet til IKT og organisasjonsutvikling, evt. aktiviteter i andre delprosjekt).
  - c. KPI som indikerer at milepælen er iverksatt og ventet effekt oppnådd.
5. Ansvarlig person for hver aktivitet
6. Risiko tilknyttet milepælene og kompenserende tiltak for å dempe risiko.
7. Eventuelle kostnader for gjennomføring.
8. Rapporteringsplan
  - a. Indikator for måling
  - b. Frister
  - c. Ansvar

Dette svarer ut en del av de innspill som fremkom ved styrets gjennomgang av utkast til rapporteringsplan som ble fremlagt på møtet i mai. Det vil i styremøtet fremlegges eksempler på to utvalgte områder som illustrerer dette.

### *Porteføljestyring*

Vestre Viken følger HSØ prosjektmal for de aller fleste prosjekter som er av et visst omfang. Prosjektmalen omfatter i stor grad de krav som er omtalt i avsnittet ovenfor. Rapportering følger dog i mindre grad fastlagte maler. Dette medfører at en konsolidering og sammenfatning av fremdrift er kompleks og manuelt krevende å få til på en god måte. Gevinstplanen omfatter mange delprosjekter, og hvert delprosjekt består av en rekke aktiviteter, med ulike frister, ulike ansvarlige og ulike indikatorer som gir uttrykk for resultat.

Det vil være en stor fordel om delprosjektene planlegges i et og samme verktøy. Det er tilgjengelig et verktøy for slik porteføljestyring i HSØ, Clarity. Vestre Viken har brukt Clarity i flere år på IKT-området, om enn ikke fullt ut for planlegging-, gjennomføring- og rapporteringsformål. Foretaket vil vurdere muligheten for å samle planlegging og rapportering av porteføljen av tiltak og prosjekter i dette verktøyet for å underlette rapporteringen, sikre en ensartet modell og derav en hensiktsmessig rapportering til styret og foretaksledelsen. Det vil muliggjøre en porteføljestyring av prosjektene. Nedenfor vises et bilde som illustrerer en rapportering på en portefølje av prosjekter ved bruk av Clarity. Bak hvert enkeltprosjekt foreligger en detaljert plan med aktiviteter, kostnader, beregnede gevinster, status mv.

**Portefølje: RHF - RKL delportefølje**

Navn	Fase	Sist oppdatert	KOST	TID	OMF	RESK	DRIFT	BRUK
OUS 40 Anskaffelse av radiologiløsning og multimediearkiv for helseforetak i HSØ	Gjennomføre	08.05.2020	🟡	🟡	🟢	🟡	🟢	🟢
RHF - RKL Dialogmelding helseforetak - legekantor	Gjennomføre	08.05.2020	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
RHF - RKL Digitale innbyggertjenester	Planlegge	08.05.2020	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
RHF - RKL Digitale innbyggertjenester - min henvisning fase 1	Planlegge	08.05.2020	🟢	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢
RHF - RKL Digitale innbyggertjenester digital utsending av brev	Gjennomføre	08.05.2020	🟢	🟡	🟡	🟡	🟢	🟡
RHF - RKL Helselogistikk	Gjennomføre	08.05.2020	🔴	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
RHF - RKL Kjernejournal dokumentdeling	Gjennomføre	08.05.2020	🟡	🔴	🟢	🟢	🟢	🟢
RHF - RKL Klinisk legemiddelsamhandling	Gjennomføre	08.05.2020	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
RHF - RKL Regional EPJ journalinnsyn	Gjennomføre	08.05.2020	🔴	🔴	🔴	🟡	🟢	🟢
RHF - RKL Regional ambulansjournal	Gjennomføre	08.05.2020	🟢	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢
RHF - RKL Regional kurve- og medikasjonsløsning fase 3	Gjennomføre	08.05.2020	🟡	🟢	🟢	🟡	🟢	🟡
RHF - RKL Regional laboratoriedataløsning patologi fase 3 og 4	Gjennomføre	08.05.2020	🟢	🟢	🟡	🟡	🟢	🟡
RHF - RKL - Stråledoserapportering	Planlegge	05.05.2020	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢

**Eksempel på rapportuttrekk for RKL programmet i HSØ fra Clarity (kilde HSØ)**

Det er planlagt opplæring i porteføljestyring for foretaksledergruppen etter modell fra HSØs prosjekt «PROFF-2» 9. juni 2020.

Foretaket har ikke konkludert med å ta Clarity i bruk for hele gevinstplanen. Det må vurderes omfang av opplæring, og om en eventuell kompleksitet kan hindre god fremdrift av delprosjekter. Det må imidlertid tilstrebes å etablere et malverk som sikrer at det lar seg gjøre å rapportere på den samlede portefølje av tiltak som ligger i gevinstplanen.

**Prosjektavhengige gevinster NSD**

Gevinstplanen, og underlaget for denne, har konkretiserte mål for bemanningsutvikling, aktivitetsutvikling og produktivitetsutvikling for de avdelinger som er berørt av NSD. Resultatet av denne utviklingen er i gevinstplanen presentert som kroner spart i respektive år frem mot innflytting, og i de påfølgende årene etter at nytt sykehus er tatt i bruk. Rapportering av realisering av målene vil være faktisk aktivitets-, bemannings- og produktivitetsutvikling for respektive enhet.

Arbeidet med realisering av gevinster er organisert i mottaksprosjektet for NSD. Det er utarbeidet et eget mandat for mottaksprosjektets arbeid. Mandatet henviser til gevinstnotatet som lå ved forprosjektrapporten. Dette erstattes nå av styregodkjent gevinstplan.

I hht mandatet skal notatet «Gvinster ved nytt sykehus i Drammen» legges til grunn, og skal være førende for de prosessene som skal gjennomføres i klinikkene, for å realisere de gevinstene som er lagt til grunn i de driftsøkonomiske analysene. Mottaksprosjektet skal støtte den enkelte gevinststeier i å planlegge og realisere gevinstene som er lagt til grunn for de driftsøkonomiske analysene for innflytting i nytt sykehus.

Mottaksprosjektets styringsgruppe er ansvarlig for å påse at forventede gevinster som er lagt til grunn for nytt sykehus, realiseres. Prosjektleder er ansvarlig for at gevinster kvantifiseres for alle tiltak, at ansvaret for realisering av gevinster er avklart i linjen, at gevinstplanene rapporteres til styringsgruppen, og at de realiseres i tråd med gevinstplanen. Mottaksprosjektet skal sikres nødvendig støtte fra stabene i gjennomføringen av oppgaven som ligger i mandatet.

Som vedlegg til gevinstnotatet, fulgte en oversikt over fremdriftsplanen for mottaksprosjektet. Rapporteringen til foretaksledelsen og styret vil følge denne fremdriftsplanen og måle resultatet opp mot de konkrete målene som er angitt i gevinstplanen. For NSD er 2021 første året med planlagte gevinster, men gevinstene bygger på forutsetningene for produktivitet i 2020. Det er

derfor relevant å rapportere på indikatorene aktivitet, bemanning og produktivitet i samsvar med underliggende gevinstplan.

#### *Prosjektuavhengige gevinster*

De prosjektuavhengige gevinstene berører hele eller kun enkelte enheter i foretaket. Det er utarbeidet planer for flere av gevinstområdene, mens andre fortsatt kun er målsatte gevinster som må konkretiseres nærmere, og forankres med gevinsteiere der resultatene skal oppnås. Det er utpekt ansvarlig for hvert gevinstområde. Den som er oppført som ansvarlig skal sørge for at det utarbeides prosjektplaner som angir tiltak, ansvarlig for resultatoppnåelse, resultateffekt og fremdrift. Avhengig av prosjektenes omfang vil det utarbeides prosjektmandat etter de fastsatte malene for prosjektarbeid i HSØ.

Det foreligger en fremdriftsplan for implementering av aktivitetsstyrt ressursplanlegging (ARP) i Vestre Viken. Det vil fremlegges et case fra dette prosjektet i styremøtet som illustrerer planen for realisering.

#### *Organisasjonsutvikling*

Realisering av gevinster må følges ad med utvikling av organisasjonen. Dette omfatter blant annet lederutvikling og -opplæring, utdanning og oppgavedeling. Det er ikke gevinstmål knyttet til aktivitetene for organisasjonsutvikling, men aktivitetene vil være viktige forutsetninger for å kunne realisere gevinstplanen. Det omhandler lederutvikling for å gjøre lederne rustet til oppgaven, tiltak for sikre rett kompetanse, og tiltak for iverksette oppgavedeling som bidrar til bedre ressursutnyttelse.

#### *IKT*

Flere av gevinstplanene forutsetter implementering av ny teknologi. Det kan skilles mellom innføring av teknologi som vil gi en direkte gevinst, eksempelvis avstandskompenserende teknologi, og teknologi som gir indirekte gevinster, eksempelvis IKT-infrastrukturprosjekter. For sistnevnte kategori vil manglende fremdrift i et IKT-prosjekt kunne gi bortfall av gevinster.

Det er utarbeidet en oversikt over lokale og regionale IKT-prosjekter som NSD er avhengig av. Denne rapporteres regelmessig til prosjektstyret for NSD. Avhengigheter mellom implementering av ny teknologi og gevinster må følges spesielt opp for å sikre at fremdriftsplan for gevinstrealisering stemmer overens med fremdriftsplan for IKT-implementering. Fremdrift vil rapporteres fra prosjekteier/prosjektleder pr. prosjekt.

Gevinstuttak fra IKT-systemer krever at IKT-løsningene tas i bruk så raskt som mulig. I tillegg til fremdrift vil det etableres regelmessige målinger av bruksomfang. Eksempler på bruksomfang kan være antall aktive bruker i systemet, antall gjennomførte transaksjoner eller antall geografiske lokasjoner i Vestre Viken som har tatt løsningen/funksjonaliteten i bruk.

Realisering av gevinster tilknyttet implementering av ny teknologi må forankres i linjen som skal oppnå effektene. Det er fremlagt en sak om gevinstrealisering tilknyttet IKT-investeringer for Porteføljestyret for den regionale IKT-porteføljen i HSØ 21.4.2020. Det er besluttet at helseforetakene skal rapportere på gevinster som oppnås ved investeringene. For at dette skal fungere er det nødvendig at det allerede ved planlegging av nye IKT-investeringer tydelig forankres krav til gevinstrealisering hos brukerne av de nye systemene. VVHF ønsker å etablere denne modellen både for ibruktakelse av lokale og regionale IKT-investeringer.

I innføringsfasen vil omfang av bruk av IKT-systemet rapporteres fra prosjekteier/prosjektleder som en indikator på fremdrift i prosjektet. Når systemforvaltning er etablert for det aktuelle systemet, vil bruksomfang følges opp og rapporteres samlet fra systemeier/systemansvarlig.



Rapportering på gevinster som følger direkte av et IKT-system, vil planlegges som en del av innføringsprosjektet. Systemeier/systemansvarlig for det aktuelle IKT-systemet vil legge til rette for, og følge opp rapportering på avtalt gevinstrealisering fra linjeorganisasjonen.

Som eksempel vil det i styremøtet presenteres et case som illustrerer gevinstrealisering ved implementering av avstandskompenserende teknologi, Digital egenregistrering, som er et delprosjekt i programmet for Medisinsk avstandsoppfølging i Vestre Viken.

#### **Administrerende direktørs vurderinger**

Vestre Viken skal nå bevege seg over fra plan til realisering av gevinstene som er presentert i dokumentet «Økonomisk bærekraft i VVHF og gevinstrealisering NSD». Realisering av gevinster forutsetter eierskap i linjen som skal realisere gevinstene. Slikt eierskap oppnås kun ved at det er utarbeidet gode planer for de endringene som skal iverksettes, at planene er forankret i organisasjonen som berøres, herunder med tillitsvalgte og vernetjeneste, at det følges ad med støtte fra stab for utviklingsarbeid, og at planene følges opp i lederlinjene for å sikre at fremdrift og resultatoppnåelse er i samsvar med forutsetningene og at tiltak kan iverksettes ved avvik.

Styret fikk fremlagt en skisse til oppfølging og rapportering i styremøtet i mai. Foretaket har ikke rukket å videreutvikle det i særlig grad på den korte tiden, men vil heller presentere to utvalgte case som mer detaljert illustrerer gevinstrealiseringsarbeidet.

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret tar rapporteringsplanen til etterretning. Administrerende direktør vil etablere en fast tertialvis rapportering på fremdrift og realisering av gevinstmål. Første rapportering skjer i forbindelse med rapporteringen av 2. tertial 2020.

- Vedlegg:
1. Rapporteringsplan økonomisk bærekraft og gevinstrealisering
  2. Fremdriftsplan mottaksprosjektet NSD
  3. Fremdriftsplan ARP

**Gevinstplan NSD**

Område	Mål	Indikator for oppfølging	Ansvar	Første rapportering	Rapporterings-frekvens
Klinikk Drammen sykehus	Mottaksprosjektet planlegger fremtidig drift i NSD som sikrer realisering av planlagte gevinster.	Aktivitet - bemanning - produktivitet i hht gevinstplan	Prosjektdirektør NSD	2. tertial 2020	Tertialvis
Klinikk for Intern service	Mottaksprosjektet planlegger fremtidig drift i NSD som sikrer realisering av planlagte gevinster.	Bemanning i hht gevinstplan	Prosjektdirektør NSD	2. tertial 2020	Tertialvis
Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	Mottaksprosjektet planlegger fremtidig drift i NSD som sikrer realisering av planlagte gevinster.	Aktivitet - bemanning - produktivitet i hht gevinstplan	Prosjektdirektør NSD	2. tertial 2020	Tertialvis
Kontortjeneste somatiske funksjoner	Mottaksprosjektet planlegger fremtidig drift i NSD som sikrer realisering av planlagte gevinster.	Bemanning i hht gevinstplan	Prosjektdirektør NSD	2. tertial 2020	Tertialvis

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

Gevinstplan VVHF samlet					
Område	Mål	Indikator for oppfølging	Ansvar	Første rapportering	Rapporteringsfrekvens
Innføring av ARP i VVHF	Planlegge og implementere ARP i alle avdelinger i samsvar med prosjektplanen.	Bemanningsutvikling i tråd med planlagt fremdrift	Øk.dir./Dir. kompetanse	2. tertial 2020	tertiarvis
PHR FACT etablering	Implementere FACT i samsvar med prosjektplanen.	utvikling døgn - dag pr DPS, ISF inntekter	Dir. PHR	2. tertial 2020	tertiarvis
Prosjektplan PHR	Implementere tiltak i samsvar med prosjektplanen.	Realisering i tråd med planlagt fremdrift	Dir. PHR	2. tertial 2020	tertiarvis
Gevinstplan innkjøp	Gjennomføre reforhandling av avtaler i samsvar med gevinstplanen.	Oppnådd prisreduksjoner i samsvar med fremdriftsplanen	Øk.dir.	2. tertial 2020	tertiarvis
Medikamentbytte - høykostmedikamenter	Utarbeide prioritert plan for medikamentbytter i takt med at nye prisavtaler inngås av Sykehusinnkjøp.	Implementering av nye avtaler ved relevante avdelinger. Oppnådde prisreduksjoner i relevante medikamentgrupper	Med.dir.	2. tertial 2020	tertiarvis
Logistikk/ vareforsyning	Implementere ny logistikkorganisasjon og avdelingspakker i samsvar med prosjektplanen.	Bemanning i samsvar med prosjektets gevinstplan.	Dir. KIS	2. tertial 2020	tertiarvis
Rehabiliteringskostnader - kjøp fra private	Utarbeidet prioritert plan for riktig bruk av eksterne rehabiliteringstjenester.	Utvikling faktisk kjøp av rehabiliteringstjenester innenfor	Med.dir.	2. tertial 2020	tertiarvis
Gjestepasientkostnader	Utarbeide tiltaksplan for å øke egendekningsgrad.	Gjestepasientkostnader tilknyttet respektive område. Utvikling aktivitet i egen virksomhet innenfor respektive område.	Med.dir.	31.12.2020	tertiarvis
Bedre utnyttelse av samlet kapasitet	Utarbeide plan for utvidet samarbeid i nettverk.	Realisering i tråd med planlagt fremdrift	Fagdir.	2. tertial 2020	tertiarvis
Red. av utilsiktede hendelser/ uønsket variasjon		Realisering i tråd med planlagt fremdrift	Fagdir.	2. tertial 2020	tertiarvis
Red. av utilsiktede hendelser/ uønsket variasjon	Forbedring basale smittevernrutiner	Realisering i samsvar med plan av 6.11.2019	Fagdir.	2. tertial 2020	tertiarvis
Red. av utilsiktede hendelser/ uønsket variasjon	Reduksjon av postoperative infeksjoner	Måling av infeksjoner	Fagdir.	2. tertial 2020	tertiarvis
Red. av utilsiktede hendelser/ uønsket variasjon	Reduksjon av reoperasjoner innen ortopedi	Måling reoperasjoner/ reinnleggelser	Fagdir.	2. tertial 2020	tertiarvis
Red. av utilsiktede hendelser/ uønsket variasjon	Følge anastomoselekkasjer etter gastrokirurgi	Måling hendelser	Med.dir.	2. tertial 2020	tertiarvis

VVHF Gevinstmål (TNOK)												
Tiltak (TNOK)	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Sum
Innføring ARP VVHF, eksklusiv PHR	3 000	4 200	5 400	3 000	1 800	1 200	4 800	9 000	12 000	15 000	21 000	80 400
omperiodisering 2020 effekter	-2 250	750	750	750								
<b>Sum gevinstmål ARP, eks PHR</b>	<b>750</b>	<b>4 950</b>	<b>6 150</b>	<b>3 750</b>	<b>1 800</b>	<b>1 200</b>	<b>4 800</b>	<b>9 000</b>	<b>12 000</b>	<b>15 000</b>	<b>21 000</b>	<b>80 400</b>
PHR - tiltak tilknyttet NSD	3 000	6 000	6 000	3 000		9 000	9 000	9 000	3 000			48 000
- PHR - tiltak tilknyttet NSD omper. 2020	-2 250	750	750	750								
Omstilling PHR prosjektuavhengig NSD	19 038	9 965	10 033	1 373	410	1 071	1 112	902	694	-262	-217	44 119
- PHR omperiodisering 2020 effekter	-14 280	4 760	4 760	4 760								
<b>Sum gevinstmål PHR</b>	<b>5 508</b>	<b>21 475</b>	<b>21 543</b>	<b>9 883</b>	<b>410</b>	<b>10 071</b>	<b>10 112</b>	<b>9 902</b>	<b>3 694</b>	<b>-262</b>	<b>-217</b>	<b>92 119</b>
Innkjøpsområdet	3 177	4 368	4 618									12 163
Medikamentkostnader	15 000	10 000	10 000									35 000
- Medikamentkostnader - omperiodisering 2020	-11 250	3 750	3 750	3 750								
<b>Sum gevinstmål</b>	<b>3 750</b>	<b>13 750</b>	<b>13 750</b>	<b>3 750</b>								<b>35 000</b>
Logistikk/ vareforsyning	2 500	2 500										5 000
Rehabiliteringskostnader - kjøp fra private		5 000	10 000	10 000	10 000							35 000
Gjestepasientkostnader		5 000	5 000	5 000	5 000							20 000
Bedre utnyttelse av samlet kapasitet	5 000	5 000										10 000
- Bedre utnyttelse av samlet kapasitet, omper. 2020	-3 750	1 250	1 250	1 250								
<b>Sum gevinstmål</b>	<b>1 250</b>	<b>6 250</b>	<b>1 250</b>	<b>1 250</b>								<b>10 000</b>
Beste praksis - reduksjon av utilsiktde hendelser	5 000	5 000										10 000
- Beste praksis - reduksjon av utilsiktde hendelser omper. 2020	-3 750	1 250	1 250	1 250								
<b>Sum gevinstmål</b>	<b>1 250</b>	<b>6 250</b>	<b>1 250</b>	<b>1 250</b>								<b>10 000</b>
<b>Sum prosjektuavhengige relaterte tiltak/ gevinster</b>	<b>18 185</b>	<b>69 543</b>	<b>63 561</b>	<b>34 883</b>	<b>17 210</b>	<b>11 271</b>	<b>14 912</b>	<b>18 902</b>	<b>15 694</b>	<b>14 738</b>	<b>20 783</b>	<b>299 682</b>

**Organisasjonsutvikling**

<b>Område</b>	<b>Mål</b>	<b>Indikator for oppfølging</b>	<b>Ansvar</b>	<b>Frist</b>	<b>Rapporteringsfrekvens</b>
Lederopplæring	Alle ledere har gjennomført systematisk lederopplæring i samsvar med opplæringsprogrammet.	andel ledere utført lederopplæring	Dir. kompetanse	31.12.2020	Årlig
Oppgavedeling	Plan for systematisk oppgavedeling mellom aktuelle yrkesgrupper utarbeides	antall ansatte i opplæring for nye konkrete arbeidsoppgaver	Dir. kompetanse	31.10.2020	Årlig
Utdanning	Plan for systematisk utdanning innen aktuelle yrkesgrupper utarbeides	1: antall utdanningsstillinger 2: antall praksisplasser	Dir. kompetanse	31.10.2020	Årlig
Utdanning	Plan for øke antall lærlinger innenfor konkrete fagområder i arbeid i Vestre Viken	antall lærlinger	Dir. kompetanse	31.10.2020	Årlig

<b>IKT</b>					
<b>Område</b>	<b>Mål</b>	<b>Indikator for oppfølging</b>	<b>Ansvar</b>	<b>Frist</b>	<b>Rapporteringsfrekvens</b>
Innføring / oppgradering av regionale løsninger	Understøtte strategisk plan	Fremdrift, omfang og gevinster ihht plan	Prosjekteier/S ystemeier	Ihht plan	Ihht plan
Innføring / oppgradering av lokale løsninger, bl.a. anskaffet via PNSD	Understøtte strategisk plan	Fremdrift, omfang og gevinster ihht plan	Prosjekteier/S ystemeier	Ihht plan	Ihht plan
Logistikk og forløp	Oppnå bedre helsetjenester og effektivisering gjennom bedre IKT-systemer for logistikk og forløpsstyring	Fremdrift prosjekt helselogistikk Omfang i bruk Direkte gevinster	Prosjekteier	Ihht plan	Ihht plan
Mobile løsninger	Oppnå bedre helsetjenester og effektivisering gjennom økt bruk av mobile løsninger	Fremdrift ihht plan Omfang i bruk, inkl antall mobile løsninger Gevinst inkl kost/nytte	Prosjekteier/ Systemeier	Ihht plan	Ihht plan
Avstandskompenserende teknologi - egenregistrering	Ta i bruk avstandskompenserende teknologi for å bringe helsetjenester nærmere der pasienten er	Fremdrift ihht plan Omfang i bruk, inkl antall fagområder Gevinst inkl kost/nytte	Program for med avstandsoppfølging	Ihht plan	Ihht plan
Avstandskompenserende teknologi - video	Ta i bruk avstandskompenserende teknologi for å bringe helsetjenester nærmere der pasienten er	Fremdrift ihht plan Omfang i bruk, inkl antall videokonsultasjoner Gevinst inkl kost/nytte	Program for med avstandsoppfølging	Ihht plan	Ihht plan
Avstandskompenserende teknologi - sensor	Ta i bruk avstandskompenserende teknologi for å bringe helsetjenester nærmere der pasienten er	Fremdrift ihht plan Omfang i bruk, inkl antall sensorløsninger Gevinst inkl kost/nytte	Program for med avstandsoppfølging	Ihht plan	Ihht plan
Automasjon	Effektivisere og forbedre helsetjenestene	Fremdrift prosjekt(er) Omfang i bruk Gevinst inkl kost/nytte	Prosjekteier/S ystemeier	Ihht plan	Ihht plan
Kunstig intelligens	Effektivisere og forbedre helsetjenestene	Fremdrift prosjekt(er) Omfang i bruk Gevinst inkl kost/nytte	Prosjekteier/S ystemeier	Ihht plan	Ihht plan

NSD Mottaksprosjekt		Foreløpig fremdriftsplan plan - Oppdatert: 23.3.2020																											
		2020				2021				2022				2023				2024				2025				2026			
Delprosjekter	Gevinsteier	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Aktiviteter																													
<b>Organisasjonsutvikling</b>																													
Strategi legemiddelhåndtering	VV-NSD																												
Akuttmottak	DS																												
OBS post	DS																												
Utreiseområde	DS/PHR/KMD																												
Pasientovervåkning og telemetri	DS																												
Sengepostdrift	DS																												
Fordeling fagområder	DS																												
Samdrift 5. etg	DS																												
Samdrift 6. etg	DS																												
Samdrift 7. etg	DS																												
Samdrift 8. etg	DS																												
Poliklinisk drift, samdrift	DS																												
Område 1 (pol.bygg 1. 1. etg)	DS																												
Område 2 (pol.bygg 1. 2. etg)	DS																												
Område 3 (pol.bygg 1. 3. etg)	DS																												
Område 4 (pol.bygg 2. 1. etg)	DS																												
Område 5 (pol.bygg 2. 2. etg)	DS																												
Føde/NI	DS																												
Operasjonsområde	DS																												
Digitale forløp/hjemmesykehus	DS																												
Sterilsentral	DS																												
Intervensjon	DS																												
Fellesfunksjoner laboratoriemedisin / patologi	KMD																												
Patologi	KMD																												
Medisinsk mikrobiologi	KMD																												
Medisinsk biokjemi	KMD																												
Blodbank	KMD																												
Genteknologi	KMD																												
Bilddiagnostikk	KMD																												
Merkantil drift	DS/PHR/KMD																												
Pasientservice	KIS/DS/PHR/KMD																												
Ansattservice	KIS/DS/PHR/KMD																												
Kontor og møterom	KIS/DS/PHR/KMD																												
Logistikk - overordnet	KIS																												
Mattforsyning	KIS																												
Avfallshåndtering	KIS																												
Vareforsyning	KIS																												
Tøyforsyning	KIS																												
Senger	KIS																												
Forflyttingsmateriell	KIS																												
Steril vareforsyning	KIS																												
Portørtjeneste	KIS																												
Varemottak	KIS																												
Renhold	KIS																												
Samlokalisering psykisk helsevern og rus	PHR																												
Døgnområder PHR	PHR																												
VOP	PHR																												
BUP	PHR																												
TSB	PHR																												
Akuttmottak PHR	PHR																												
ECT behandling	PHR/DS																												
<b>Utredning Klinisk ibruktakelse</b>																													
<b>Opplæring</b>																													
<b>Flytteprosjekt</b>																													
<b>Driftsfase - oppfølging</b>																													

FORELØPIG





## Saksfremlegg

### Utskilling av areal til kommunal infrastruktur og utomhus areal

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte	32/2020	15.06.2020

#### Forslag til vedtak

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

Drammen, 8. juni 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

## Bakgrunn

Ved behandling av Forprosjektrapporten for nytt sykehuset i Drammen (NSD) i styret i Helse Sør-Øst RHF (HSØ), styresak 017-2019 ble det, som en del av finansieringen, lagt inn en forutsetning om etablering av anleggsbidragsavtaler med Drammen og Lier kommuner. Dette for å være berettiget til refusjon av merverdiavgift for investeringene i de infrastrukturanleggene som skal overføres til kommunene. På bakgrunn av dette, er det innhentet forpliktende forhåndsutsagn fra Skatteetaten og inngått avtale om anleggsbidrag med Drammen kommune. Tilsvarende avtale er fremforhandlet med Lier kommune og skal politisk behandles august 2020.

## Saksutredning

Etablering av nytt sykehus er et omfattende arbeid og omfatter blant annet etablering av infrastruktur for kommunikasjon for kjørende, gående og syklist, vann og avløpsløsninger og strømforsyning til det nye sykehuset. Dette er infrastruktur som skal overdras vederlagsfritt til Drammen og Lier kommuner eller tilknyttede kommunale selskaper etter ferdigstilling. I tillegg er det utomhus arealer på sykehusområdet som er regulert som grøntområde. Dette består av gangveier, Nøstebekken og annet grøntareal, i hovedsak sør og øst for det nye sykehuset. For å redusere fremtidig omfang av drift og vedlikehold av utomhus arealer for Vestre Viken HF (VVHF), vil det også være hensiktsmessig å overføre dette arealet til kommunene.

Arealet som omfattes av avtalene vil bli endelig definert etter at anleggene er opparbeidet, men er i dag beregnet til 57.646 m<sup>2</sup> i Drammen kommune og 31.250 m<sup>2</sup> i Lier kommune, ref. vedlagte situasjonsplan.

I forprosjektet ble det lagt til grunn planer for fremtidig utvidelse av sykehuset, totalt ca. 40 000m<sup>2</sup>. Dette omfatter utvidelse av behandlingsbygget, sengebygget og poliklinikkbygg 1, samt ett bygg for psykisk helsevern og rus. I planene for overdragelse av eiendom til kommunene er dette hensyntatt og påvirker ikke planen for eiendomsoverdragelsene.

I forbindelse med tomtekjøp for det nye sykehuset, besluttet HSØ at VVHF skulle overta tomten umiddelbart. Dette for å unngå dobbel belastning av tinglysningsgebyr på 2 % av tomtekostnad, først ved overføring fra selger til HSØ og deretter fra HSØ til VVHF. Dette innebærer at det er VVHF som må søke om tillatelse, etter Helseforetakslovens §31, om å overdra aktuelt areal til Drammen og Lier kommuner.

Det er videre nødvendig å utarbeide et tillegg til *Anleggsbidragsavtale* og til *Utbyggingsavtale* mellom HSØ og Drammen kommune, signert hhv. 12. august 2019 og 28. november 2019 med følgende tekst:

*Helse Sør-Øst RHF (HSØ) og Drammen kommune (Kommunen) har inngått anleggsbidragsavtale ("Anleggsbidragsavtalen"), signert av partene den 12. august 2019, og utbyggingsavtale ("Utbyggingsavtalen"), signert av partene den 28. november 2019. Deler av anleggene som skal bygges i henhold til Anleggsbidragsavtalen og Utbyggingsavtalen, skal bygges på eiendom som Vestre Viken HF (VVHF) eier. VVHF samtykker med dette til at det bygges anlegg som er omfattet av Utbyggingsavtalen, på VVHFs eiendom, jf. Anleggsbidragsavtalen punkt 3.4. Videre samtykker VVHF i overdragelse av eiendomsgrunn til Kommunen, i samsvar med bestemmelsene i Utbyggingsavtalen, herunder Utbyggingsavtalens punkt 5.*

*Samtykket omfatter ikke eventuelle endringsavtaler, tilleggsavtaler o.l. til Anleggsbidragsavtalen og Utbyggingsavtalen, uten uttrykkelig skriftlig samtykke fra VVHF.*

*VVHF vil yte nødvendig bistand i form av å signere på skjøte og tilhørende dokumenter i forbindelse med overskjøtingen, men har for øvrig ingen forpliktelser eller ansvar for gjennomføring av eller i henhold til Anleggsbidragsavtalen og Utbyggingsavtalen.*

Tilsvarende formulering er innarbeidet i anleggsbidragsavtalen og utbyggingsavtalen med Lier kommune, slik at dette ikke fremstår som en tilleggsavtale.

Gjennomføring av angitte eiendomsoverdragelser betinger at VVHF gir HSØ fullmakt til angitte eiendomsoverdragelser og at angitte arealer i vedlagt situasjonsplan legges til grunn.

#### **Administrerende direktørs vurderinger**

Etablering av anleggsbidragsavtaler med Drammen og Lier kommuner er viktige bidrag i finansieringen av nytt sykehus og ble lagt til grunn ved godkjenning av forprosjektrapporten. Realisering av avtalene er gitt ved forhåndsutsagn fra Skatteetaten, noe som sikrer denne delen av finansieringsplanen. Administrerende direktør vurderer derfor at de inngåtte avtalene mellom kommunene og HSØ som viktige forutsetninger for bygging av nytt sykehus og ber styret tilslutte seg forslaget for overføring av eiendom fra VVHF til kommunene i henhold til de avtalene som er inngått.

Nytt sykehus bygges nær strandsonen og tilhørende friareal i Drammen og Lier kommuner. Det vil være behov for drift og vedlikehold av egne utomhus arealer på lik linje med tilstøtende arealer. Dette vil etter all sannsynlighet medføre økte kostnader for helseforetaket. Administrerende direktør vurderer det som viktig å se på muligheter for å redusere fremtidige drifts- og vedlikeholdskostnader og at det derfor vil være hensiktsmessig å overføre dette arealet til kommunene.

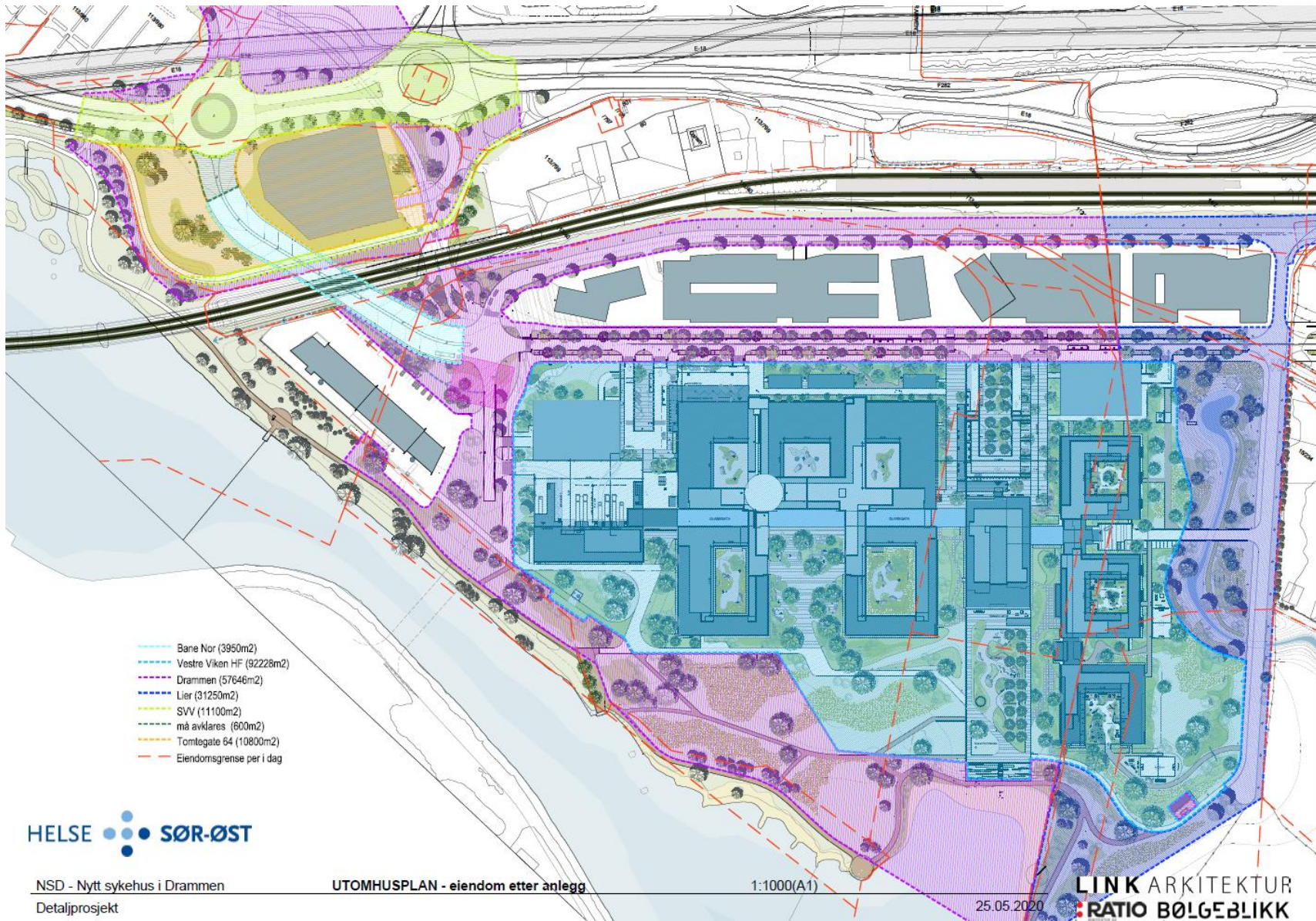
Administrerende direktør anbefaler at forslag til overdragelse av eiendom som angitt gjennomføres iht. inngåtte avtaler, både med hensyn til kommunal infrastruktur og tilstøtende utomhus areal.

Administrerende direktør vurderer det som hensiktsmessig at VVHF gir HSØ fullmakt til angitte eiendomsoverdragelser.

#### Vedlegg:

1. Situasjonsplan UTOMHUSPLAN - eiendom etter anlegg
2. Utomhusplan Lier kommune
3. Signert Anleggsbidragsavtale Drammen kommune
4. Signert Utbyggingsavtale Drammen kommune
5. Utkast Anleggsbidragsavtale Lier kommune
6. Utkast Utbyggingsavtale Lier kommune

Vedlegg:  
Situasjonsplan UTOMHUSPLAN - eiendom etter anlegg



## Vedlegg: Utomhusplan Lier kommune

Arealet som skal overføres til Lier kommune er markert med

- blått – kommunal vei
- grønt – kommunalt grøntareal
- mørk lilla (rødt og blått overlapp)

Arealet som er markert med mørk lilla må omreguleres fra sykehusformål til grøntareal/kommunal vei.



# **ANLEGGSBIDRAGSAVTALE**

**MELLOM**

**DRAMMEN KOMMUNE**

**OG**

**HELSE SØR-ØST**

Anleggsbidragsavtale  
Drammen kommune  
Helse Sør-øst RHF

Det er i dag inngått avtale («avtalen») mellom

Drammen kommune, org. nr. 939 214 895, Engene 1, Pb 7500, 3008 DRAMMEN («kommunen»)

og

Helse Sør-øst RHF v/ prosjekt nytt sykehus i Drammen, org. nr 991 324 968, Postboks 404, 2301 HAMAR («utbygger»)

Om bygging av kommunale anlegg med bidrag til dekning av anleggskostnadene m.v i forbindelse med utbygging av nytt sykehus på Brakerøya i Drammen («prosjektet») på

## BAKGRUNN

av at

- Utbygger har besluttet å bygge nytt sykehus på Brakerøya i Drammen. Prosjektet er planlagt å stå klart medio 2025 og har en kostnadsramme på 10,3 milliarder kroner (2018-kroner);
- Utbygger er regionalt helse foretak som eies av staten.
- Utbygger er forpliktet til å utføre visse offentlige infrastrukturtiltak i forbindelse med gjennomføring av prosjektet. Deler av infrastrukturen skal etter opparbeidelse eies av kommunen og inngå i kommunens fradrag- og kompensasjonsberettigede virksomhet;
- Utbygger ønsker at kommunen skal bygge de infrastrukturtiltakene som etter opparbeidelsen skal eies av kommunen og inngå i kommunens fradrag- eller kompensasjonsberettigede virksomhet mot at utbygger dekker kostnadene fullt ut og kommunen krever fradrag eller kompensasjon for inngående merverdiavgift på anleggskostnadene så langt det er rettslig adgang til det;
- Utbygger skal dekke alle kostnader i forbindelse med bygging av anleggene og holde kommunen skadesløs for alle kostnader, samt eventuelt tap og skade som måtte oppstå for kommunen i forbindelse med utbyggingen og gjennomføringen av avtalen;
- Kommunen har ved formannskapetets vedtak av 20.03.12 vedtatt å tilby såkalt anleggsbidragsavtale med utbyggere som opparbeider offentlig teknisk infrastruktur som overføres vederlagsfritt til kommunen;
- Utbygger har utarbeidet en reguleringsplan for prosjektet som er lagt ut til offentlig ettersyn, og partene har inngått en utbyggingsavtale som vil bli lagt frem til politisk behandling.
- Denne avtale omfatter kun de anlegg som skal eies og driftes av kommunen etter ferdigstillelse. Avtalen omfatter ikke anlegg som skal eies av andre, herunder blant annet Bane Nor og Statens Vegvesen, Fylkeskommunen, Glitrevannverket m.fl.
- Denne avtale omfatter kun de tekniske anlegg som er beliggende i Drammen kommune eller skal eies av Drammen kommune. Anlegg som skal eies av Lier kommune må utbygger inngå egen avtale med Lier kommune om.
- Hensikten med denne avtalen er å oppnå en merverdiavgiftbesparelse for utbygger. Det er sendt inn en anmodning om bindende forhåndsuttalelse fra Skatteetaten (BFU) om håndtering av merverdiavgift ved gjennomføring av denne avtalen. Skatteetatens BFU følger vedlagt avtalen.



## FORUTSETNING

av at:

- Myndighetene til enhver tid aksepterer den såkalte anleggsbidragsmodellen;
- At Skatteetaten i BFU bekrefter at denne avtalen vil medføre en rett til fradrag for merverdiavgift for kommunen;
- Utbygger sørger for alle offentligrettslige tillatelser, godkjenninger, konsesjoner mv som er nødvendig for at kommunen kan gjennomføre denne avtalen;
- Utbygger sørger for erverv av grunn og andre privatrettslige rettigheter som er nødvendig for at kommunen kan gjennomføre denne avtalen;
- Kommunen skal ikke dekke kostnader på vegne av utbygger eller på annen måte yte utbygger kreditt,

Partene er på denne bakgrunn og under disse forutsetninger enige om følgende:

### DEL I – GJENNOMFØRING AV BYGGING

#### 1 Partenes hovedforpliktelser

- 1.1 Kommunen påtar seg å bygge anlegg som er angitt i punkt 2 («anleggene») på de vilkår og betingelser som fremgår av avtalen. Kommunen er byggherre og blir eier av anleggene.
- 1.2 Kommunen overtar ikke utbyggers ansvar eller risiko for gjennomføring av reguleringsplaner eller rekkefølgetiltak.
- 1.3 Kommunen skal kreve fradrag eller kompensasjon for inngående merverdiavgift på anleggskostnadene så langt det er rettslig adgang til det.
- 1.4 Utbygger skal ved betaling av bidrag dekke alle kostnader knyttet til byggingen av anleggene og ellers bære det ansvar og oppfylle de plikter som ellers følger av avtalen.

#### 2 Beskrivelse av anleggene

- 2.1 Anleggene er bare omfattet av denne avtalen i den utstrekning de etter opparbeidelsen skal eies av kommunen og inngå i kommunens fradrags- og kompensasjonsberettigede virksomhet.
- 2.2 Hvilke kommunale anlegg som er omfattet av denne avtalen skal avgjøres i en egen utbyggingsavtale mellom partene. Foreløpig antas det at følgende anlegg er aktuelle;
  - Nye kommunale gater
  - Nye kommunale gang- og sykkelveier
  - Kommunalt vann- og avløpsanlegg
  - Kommunalt grøntanlegg
  - Sjøledning med tilhørende pumpestasjon til Solumstrand rensanlegg
- 2.3 Denne avtalen er ikke en forhåndsbinding av kommunen som planmyndighet.

### 3 Prosjektering

- 3.1 Utbygger er ansvarlig for planlegging og prosjektering av anleggene og skal dekke alle kostnader i denne forbindelse. Slike kostnader skal ikke inngå i de kostnader kommunen skal kreve fradrag eller kompensasjon for. Det samme gjelder øvrige kostnader til oppfyllelse av utbyggers plikter etter denne avtalen.
- 3.2 Anleggene skal planlegges og prosjekteres i henhold til Drammen kommunes gatenorm, VA-norm og graveinstruks for det aktuelle anlegget.
- 3.3 Utbygger er ansvarlig for all nødvendig kontakt med og tillatelser fra offentlig myndighet i forbindelse med planlegging og prosjektering av anleggene.
- 3.4 Utbygger er ansvarlig for å innhente alle godkjenninger, tillatelser, konsesjoner mv og sørge for erverv av eiendom og andre rettigheter som er nødvendig for bygging av anleggene. Utbygger er herunder ansvarlig for å utarbeide og få godkjent alle nødvendige reguleringsplaner. Kommunen gir med dette utbygger fullmakt til å søke om tiltak etter plan- og bygningsloven på vegne av kommunen for bygging av anleggene som er omfattet av denne avtalen. Kommunen er i den forbindelse tiltakshaver. Utbygger gir med dette kommunen adgang til å bygge anleggene på de eiendommer utbygger eier eller de eiendommer utbygger på annen måte har rett til å bygge på.
- 3.5 Ingen del av denne avtalen skal tas til inntekt for at utbygger har rett til kjøp, salg, leie eller stiftelse av rettigheter i eller annen disponering over kommunal eiendom.
- 3.6 Utbygger er ansvarlig for å samordne planen og prosjektet for anleggene med egne og tredjeparters planer og prosjekter som kan bli berørt av byggingen.
- 3.7 Kommunen skal delta på prosjekteringsmøter og andre relevante møter som utbygger har med konsulenter og andre tredjeparter vedrørende planlegging, prosjektering og koordinering av anleggene.
- 3.8 Kommunen v/Byprosjekter skal bidra inn i prosjekteringen ved å uttale seg om problemstillinger knyttet til de anlegg som er omfattet av denne avtalen. For alle anlegg som er omfattet av denne avtalen skal planer sendes kommunen v/Byprosjekter for godkjenning før innsendelse av søknad.
- 3.9 I den grad gjennomføring av planlegging eller prosjektering er omfattet av reglene om offentlige anskaffelser så skal utbygger følge disse.
- 3.10 Utbygger er overfor kommunen ansvarlig for feil eller mangler ved prosjekteringen, og skal holde kommunen skadesløs for tap og skade som følge av slike feil og mangler. Dette gjelder ikke hvis kommunene ved grov uaktsomhet eller forsett fra kommunens ledelse eller ledende personell har forårsaket tapet eller skaden.

4 Inngåelse av kontrakter

- 4.1 Kommunen skal inngå alle kontrakter i forbindelse med byggingen av anleggene og skal stå som byggherre.
- 4.2 Utbygger har ikke rett til å inngå kontrakter for bygging av anleggene på egne vegne eller på vegne av kommunen.
- 4.3 Alle kontrakter skal inngås etter konkurranse i samsvar med reglene om offentlige anskaffelser. Utbygger kan ikke delta i anbudskonkurranser eller tildeles noen av kontraktene. Utbyggers konsulenter kan bare delta i anbudskonkurranser i den utstrekning regler om offentlige anskaffelser tillater det.
- 4.4 Partene skal i fellesskap bli enige om omfanget av entreprisekontraktene og hvilken entrepriseform og kontraktstandard som skal benyttes. Utbygger har rett til å komme med innspill.
- 4.5 Kommunen skal utarbeide konkurransegrunnlaget basert på kommunens maler for konkurransegrunnlag og kontrakter basert på Norsk Standard og kommunens normale kontraktbetingelser. Partene skal enes om formuleringer i kontrakten som sikrer samhandling mellom entreprenørene som skal gjennomføre de ulike entreprisene ved bygging av prosjektet. Utbygger er ansvarlig for at prosjekteringsdokumentene kan benyttes som grunnlag for konkurransegrunnlaget og kontrakter. Utbygger skal for egen kostnad levere til kommunen det materiale til utarbeidelse av konkurransegrunnlaget som kommunen ber om. Utbygger skal sørge for at materiale til konkurransegrunnlaget utformes og behandles i henhold til reglene om offentlige anskaffelser og kommunens normer og maler. Utbygger kan be om å få tilsendt endelig utkast til konkurransegrunnlag før utlysning.
- 4.6 Kommunen er ikke forpliktet til å utlyse anbudskonkurranse for det aktuelle anlegget før kommunen har mottatt bekreftelse fra utbyggers prosjektsjef på at entreprisen skal gjennomføres.
- 4.7 Kommunen skal utlyse og gjennomføre anbudskonkurranse og motta tilbud for de enkelte kontraktene. Utbygger skal delta med en person ved kommunens evaluering av tilbud. Utbygger kan ikke delta med personer som har en mulig habilitetskonflikt med en av tilbyderne, og evalueringen skal utføres hos kommunen. Ellers har ikke utbygger rett til innsyn i tilbudene, eller informasjon fra tilbudene, utover det som kan kreves etter offentlighetslovas bestemmelser.
- 4.8 Kommunen avgjør hvem som etter gjennomført konkurranse skal tildeles de forskjellige kontraktene. Kontrakt vil bli tildelt den eller de som, basert på kommunens innkjøpsfaglige vurdering, har levert det beste tilbudet iht. tildelingskriteriene. Utbygger har rett til å bli informert om tildelingsbeslutningen før denne meddeles tilbyderne.
- 4.9 Kommunen er ikke forpliktet til å inngå kontrakter for bygging av anleggene utbygger har innhentet alle godkjenninger m.v og ervervet eiendom m.m som nevnt i punkt 3.4. Utbygger skal sørge for at dette er på plass før vedståelsesfristen i konkurransen utløper.

Kommunen skal gi melding om hva fristen er.

- 4.10 Utbygger skal ellers bistå kommunen med informasjon eller dokumentasjon når kommunen ber om det.

## 5 Byggeledelse – ferdigstillelse og overtakelse av anleggene

- 5.1 Kommunen skal være byggherre for anleggene og skal lede og følge opp arbeidene som utføres under entreprisekontraktene. I den utstrekning kommunen skal benytte eksterne til dette, vil reglene om offentlig anskaffelse bli fulgt. Alle kostnader ved å benytte eksterne skal ansees som en del av anleggskostnaden, jf. pkt. 11.
- 5.2 Utbygger skal tilrettelegge for at kommunens prosjektledere har tilgang til kontorplass i utbyggers lokaler for å sikre god samhandling mellom utbygger og kommunen. Utbygger skal invitere kommunen til relevante byggemøter i og sende kopi av referat fra utbyggers byggemøter til kommunens prosjektleder.
- 5.3 Utbygger skal ikke utøve byggeledelse eller ha rett til å delta i konkurranse om dette. Utbyggers konsulenter kan bare delta i konkurranse i den utstrekning regler om offentlig anskaffelse tillater det. Utbygger skal delta på kommunens byggemøter der dette er relevant. Kommunen skal sørge for at kopi av referat sendes utbyggers områdeleder.
- 5.4 Utbygger har rett til å være tilstede ved entreprenørens overlevering av anleggene til kommunen. Kommunen bestemmer dersom utbygger og kommunen er uenige om anleggene skal overtas eller ikke. Anleggene anses overtatt av kommunen etter hvert som tiltakene overtas fra entreprenør.
- 5.5 Utbygger skal bekoste og besørge fradeling og overskjøting til kommunen av de eiendommer anleggene er bygget på.
- 5.6 Der anleggene er bygget på grunnlag av bruksrett skal utbygger sørge for at brukserklæringer er tinglyst på de aktuelle eiendommene. Det skal fremgå av slike erklæringer at bruksretten er vederlagsfri og at kommunen har rett til adkomst for tilsyn, reparasjon og vedlikehold av anleggene.
- 5.7 Utbygger skal sørge for at punkt 5.5 og 5.6 blir oppfylt uten ugrunnet opphold etter overtakelse av anleggene, senest ved ferdigstillelse av sykehuset. Eiendom og bruksrettigheter skal overdras vederlagsfritt.
- 5.8 Utbygger skal bistå kommunen ved gjennomføringen av byggingen med informasjon eller dokumentasjon når det kreves av kommunen. Dersom det etter kommunens mening er nødvendig å utarbeide nye dokumenter for å kunne gjennomføre byggingen, skal utbygger bekoste og sørge for det uten ugrunnet opphold.

## 6 Endringer

- 6.1 Utbygger bærer risiko for endringer.

6.2 Alle endringsarbeider eller krav fra entreprenør skal forelegges utbygger for kommentar før arbeidene eller kravene godkjennes av kommunen. Ved uenighet avgjør kommunen om arbeidene eller kravene godkjennes av kommunen.

6.3 Uavhengig av punkt 6.2 skal alle kostnader som følger av endringer anses som del av anleggskostnaden, jf. pkt 11. Dette gjelder ikke hvis kommunene ved grov uaktsomhet eller forsett har forårsaket kostnaden. Da skal kommunen dekke denne kostnaden selv.

## 7 Fremdrift og samordning

7.1 Utbygger er ansvarlig for fremdriftsplanlegging for hele prosjektet inklusiv kommunal infrastruktur. Utbygger er også ansvarlig for koordinering mot andre aktører i området.

7.2 Fremdriftsplaner for kommunal infrastruktur skal avklares og koordineres løpende med kommunens prosjektleder underveis i prosjekteringen og i utførelsesfasen

7.3 Kommunen har ikke ansvar for at fremdriften i byggingen av anleggene korresponderer med utbyggers egne eller tredjeparts utbyggingstiltak.

7.4 Utbygger skal sørge for at fremdriften på anleggene ikke hindres eller forsinkes av egne eller tredjeparts aktivitet i forbindelse med gjennomføring av prosjektet. Utbygger bærer den fulle risikoen dersom bygging av anleggene blir forsinket som følge av egne eller tredjeparts aktivitet.

7.5 Utbygger er ansvarlig for å informere kommunen om øvrig aktivitet i prosjektet som kan påvirke kommunens entrepriser.

7.6 Kommunen kan stoppe alle arbeider etter denne avtalen uten ansvar eller risiko overfor utbygger dersom det etter kommunens oppfatning ikke er forenlig med byggherreansvaret å fortsette arbeidene.

7.7 Alle kostnader som følge av forsinkelsene, herunder eventuell stans i arbeidene, skal regnes som en del av anleggskostnaden. Dette gjelder ikke hvis kommunen ved grov uaktsomhet eller forsett fra kommunens ledelse eller ledende personell har forårsaket tapet eller skaden. Da skal kommunen dekke denne kostnaden selv.

## 8 Tap og skade

8.1 Alle kostnader til dekning av tap og skade oppstått i forbindelse med byggingen av anleggene skal regnes som del av anleggskostnaden. Dette gjelder ikke hvis kommunen ved grov uaktsomhet eller forsett fra kommunens ledelse eller ledende personell har forårsaket tapet eller skaden. Da skal kommunen dekke denne kostnaden selv.

## 9 Kostnader ved eventuelle tvister

9.1 Utbygger bærer den økonomiske risikoen for eventuelle tvister med byggeleder, entreprenør eller andre som måtte oppstå i forbindelse med byggingen av anleggene.

Dette gjelder ikke tap eller skade som kommunen har forårsaket ved grov uaktsomhet eller forsett fra kommunens ledelse eller ledende personell.

- 9.2 Samtlige kostnader knyttet til eventuelle tvister skal regnes som del av anleggskostnaden. Dersom kommunen må dekke slike kostnader, skal utbygger erstatte slike kostnader innen 14 dager etter at kommunen har sendt faktura.

## DEL II – BETALING AV ANLEGGSBIDRAG

### 10 Budsjett

- 10.1 Utbygger har utarbeidet forprosjektkalkyle for hele sykehusprosjektet inkl. offentlig infrastruktur i henhold til nedbrytning i bygningsdelstabellen NS (3xxx), og etter godkjent forprosjekt konverteres kalkylen til entreprisbudsjett.
- 10.2 Det skal etableres budsjett for hver enkelt entreprise. Entrepriosebudsjetten inkluderer kostnad for rigg/drift, byggekostnad og merverdiavgift, samt påslag for forventet vekst på den enkelte entreprise. Dette legges til grunn som foreløpig budsjett.
- 10.3 Budsjettet anleggsbidrag for den enkelte entreprise vil være entreprisekostnad (rigg/drift + byggekostnad) pluss refusjon av kommunens interne kostnader på 5%, jf. pkt 11.6.
- 10.4 Budsjett for den enkelte entreprise korrigeres ved kontraktsinngåelse. Kommunen må melde prognoseendringer til utbygger ved hver statusrapportering.

### 11 Betaling av anleggsbidraget

- 11.1 Kommunen skal motta alle fakturaer fra sine kontraktsparter, herunder bl.a. byggeledere, entreprenører og andre som kommunen har inngått kontrakt med for bygging av anleggene.
- 11.2 Utbygger plikter etter faktura fra kommunen å betale kommunen bidrag som svarer til det beløp kommunen er fakturert for eksklusive merverdiavgift. Dersom kommunen ikke kan kreve fradrag for inngående merverdiavgift eller kreve inngående merverdiavgift kompensert etter kompensasjonsloven, skal utbygger i tillegg betale bidrag som svarer til kommunens økte kostnader ved at fradrag eller kompensasjon ikke kan kreves.
- 11.3 Utbygger skal, etter faktura fra kommunen, betale bidrag som dekker alle andre kostnader som regnes som del av anleggskostnaden etter denne avtale.
- 11.4 Før anleggsstart skal utbygger betale inn et beløp på 5% entreprisekostnad eksklusiv merverdiavgift til kommunen etter faktura fra kommunen. Beløpet skal sikre at kommunen har midler til å betale sine kontraktsparter, slik at kommunen ikke yter utbygger kreditt.

## Anleggsbidragsavtale

Drammen kommune

Helse Sør-øst RHF

- 11.5 Kommunen krav på bidrag er ikke begrenset av budsjettet, jf. pkt 10, og kan kreves avhengig av om bidragskravet er omfattet av budsjettet eller ikke, eller om det er større eller mindre enn de beløp som er oppgitt i budsjettet.
  - 11.6 Kommunen har krav på refusjon av interne kostnader knyttet til gjennomføring av denne avtalen, herunder kostnader til prosjektleder, juridiske tjenester, fakturering og øvrige interne ressurser. Partene har beregnet disse til 5% (eksklusive eventuell merverdiavgift) av alle kostnader som regnes av anleggskostnaden etter denne avtalen ekskludert kompensasjons- eller fradragsberettiget merverdiavgift, dog minimum kr 200.000,- (eksklusive merverdiavgift).
  - 11.7 Dersom avtalen ikke blir gjennomført skal kommunen likevel ha krav på et minimum administrasjonsgebyr etter pkt. 11.6.
  - 11.8 Utbygger skal betale ethvert krav på bidrag som kommunen fremsetter under dette punkt 11 innen 14 dager etter utbygger har mottatt faktura.
  - 11.9 Fakturaer skal sendes til Utbygger via EHF.
  - 11.10 Utbygger skal betale hele beløpet som kreves innen fristen uten reduksjon og uten hensyn til eventuelle innsigelser, og utbygger har ikke rett til å motregne med eventuelle krav utbygger eller tredjeparter har mot kommunen, herunder tilbakebetalingskrav etter punkt 11.9.
  - 11.11 Utbygger fraskriver seg retten til å gjøre innsigelser mot det enkelte krav før det er betalt i sin helhet, uavhengig av på hvilket grunnlag en innsigelse kan reises. Etter at kravene er betalt i sin helhet, kan utbygger reise krav om tilbakebetaling av beløp som utbygger mener er uberettiget innkrevd. Eventuelle forsinkelsesrenter regnes fra tidspunktet for fremsettelse av krav om tilbakebetaling.
  - 11.12 Utbygger er forpliktet til å betale bidrag til kommunen iht. faktura selv om kommunen har benyttet seg av sin rett til å tilbakeholde beløp ovenfor sine kontraktsparter.
  - 11.13 Dersom kommunen mottar dagmulkt i forbindelse med bygging av anleggene eller erstatning for tap og skade som er belastet utbygger, eller refusjon av beløp som er belastet utbygger skal beløpende utbetales til utbygger.
  - 11.14 Ved forsinket betaling fra utbygger under punkt 11 svarer utbygger forsinkelsesrente tilsvarende den i lov om renter ved forsinket betaling av 17. desember 1976 nr 100 til enhver tid gjeldende rentesats.
- 12 Krav om kompensasjon eller fradrag for merverdiavgift
- 12.1 Kommunen skal fremme krav om fradrag for inngående merverdiavgift eller kompensasjon for inngående merverdiavgift på sine omsetningsoppgaver og kompensasjonsoppgaver i de aktuelle avgiftsterminer. Kommunen tar stilling til hvilke kostnadsposter som skal være med i oppgavene. Utbygger har rett til å gi innspill, men

ved uenighet bestemmer kommunen.

- 12.2 Kommunen har ikke ansvar overfor utbygger for om fradrag- eller kompensasjonsposter godkjennes eller ikke eller om kompensasjon utbetales eller ikke, med mindre det foreligger grov uaktsomhet eller forsett fra kommunens ledelse eller ledende personell.
- 12.3 Dersom fradrag for inngående merverdiavgift eller kompensasjon for merverdiavgift ikke blir godkjent skal den aktuelle merverdiavgiften dekkes av utbygger ved faktura fra kommunen.
- 12.4 Utbygger plikter, etter faktura fra kommunen, også dekke kommunens kostnader dersom det senere blir foretatt endringer i tidligere fastsatte fradrag for inngående merverdiavgift eller kompensasjonsbeløp. Utbygger skal foruten å dekke den økte avgiftskostnaden, dekke kommunens rentekostnad og eventuell tilleggsskatt. Foretas det endringer i kommunens avgiftsoppgjør etter reglene om «justering» (merverdiavgiftsloven kap 9 eller merverdikompensasjonsloven § 16), plikter utbygger på tilsvarende måte å kompensere kommunens økte kostnader.

### 13 Sluttoppgjør

- 13.1 Når sluttoppgjør med entreprenør er gjennomført, skjøte eller bruksrett er tinglyst jf. pkt 5.7, alle fradrag er godkjent og kompensasjonsbetalinger er mottatt, skal det foretas en avregning og oversikt over kommunens kostnader etter denne avtalen og utbyggers bidrag.

## DEL III – GENERELLE BESTEMMELSER

### 14 Forholdet til avgiftsmyndigheten / skatteetaten

- 14.1 Det er innhentet en BFU fra Skatteetaten som bekrefter at denne avtalen ikke vil påføre kommunen en merverdiavgiftskostnad på bygging av anleggene etter denne avtalen, samt at det ikke vil påløpe merverdiavgift på innkrevd anleggsbidrag, jf. pkt 11. Denne BFU følger vedlagt til avtalen. Utbygger bærer risikoen for eventuelle endringer i regelverket, jf. pkt. 16.

### 15 Heving

- 15.1 Begge parter har rett til å heve avtalen dersom det foreligger vesentlig mislighold, og den annen part skriftlig har fått en rimelig frist til å rette forholdet og forholdet ikke har blitt rettet innen fristen.
- 15.2 Dersom kommunen hever avtalen etter punkt 15.1 kan kommunen velge å fullføre det aktuelle anlegg og kreve at utbygger skal holde kommunen skadesløs i den forbindelse.

### 16 Endrede forutsetninger

- 16.1 Utbygger har ansvaret og risikoen for at fradrag eller kompensasjon oppnås. Utbygger plikter å holde kommunen skadesløs for ethvert tap og enhver kostnad, herunder for straff eller tilleggsavgift, renter, gebyrer m.v., dersom skatteetaten nekter fradrag eller kompensasjon eller krever tilbakeført fradragført eller kompensert avgift, som følge av



lovendring, endret lovtolkning, endret praksis eller av en hvilken som helst annen grunn. Unntak gjelder dersom kommunen har forårsaket dette ved grov uaktsomhet eller forsett fra kommunens ledelse eller ledende personell.

## 17 Virkning av avtalen

17.1 Denne avtalen skal vedtas politisk av Drammen kommunes bystyre.

17.2 Avtalen trer i kraft når begge parter har signert avtaledokumentet, og reguleringsplan og utbyggingsavtale er vedtatt.

17.3 Avtalen er en privatrettslig avtale og binder ikke kommunen som myndighetsutøver eller forvaltningsorgan.

17.4 Kommunen har intet ansvar for eventuelle offentligrettslige godkjenninger, tillatelser, unntak, forbud eller pålegg vedrørende gjennomføringen av byggingen av anleggene eller de enkelte tiltakene.

## 18 Korrespondanse og partenes representanter

18.1 All korrespondanse i forbindelse med oppfyllelse av avtalen skal skje skriftlig og merkes «NSD.....». Dersom korrespondansen gjelder bestemte anlegg, skal betegnelsen på anlegget tilføyes.

18.2 Meldinger mellom partene skal sendes pr e-post til partenes representanter som angitt nedenfor:

### *Kommunens representant*

Johannes Havnevik Devold

Utbyggingssjef

tlf: 918 79 792

e-post: johannes.havnevik.devold@drmk.no

### *Utbyggers representant*

Arnstein Hodne

Prosjektsjef

tlf: 950 87 314

e-post: arnstein.hodne@sykehusbygg.no

### *Kommunens prosjektleder*

Heidi Strandvik

tlf: 414 17 454

e-post: heidi.strandvik@drmk.no

helse sør-øst

sykehusbygg

### *Utbyggers områdeleder Vei*

Tore Bryhni

tlf: 917 71 509

e-post: tore.bryhni@sykehusbygg.no

### *Utbyggers områdeleder VA*

Torstein Tveiten

tlf: 993 84 140

e-post: torstein.tveiten@sykehusbygg.no

18.3 Partene skal gi melding med tre ukers varsel ved skifte av representant, prosjektleder eller områdeleder, eller dersom partene utpeker ytterligere kontaktpersoner for særlige angitte ansvarsområder.

## 19 Vedlegg

19.1 Avtalen har følgende vedlegg:

- a. Bindende forhåndsuttalelse fra Skatteetaten av 27.03.2019

20 Endringer og tillegg

- 20.1 Dersom det foretas større endringer i prosjektet kan partenes representanter avtale endringer i denne avtale. Vesentlige endringer forutsetter ny politisk behandling, jf. pkt. 17.1. Eventuelle endringer av eller tillegg til denne avtalen skal nedfelles skriftlig og signeres av begge parter.

21 Overdragelse

- 21.1 Avtalen, eller rettigheter etter den, kan ikke overdras, direkte eller indirekte, uten skriftlig samtykke fra kommunen. Kommunen kan ikke nekte slikt samtykke uten saklig grunn.

22 Lovvalg og verneting


- 22.1 Avtalen er underlagt norsk rett og avtalt verneting er Drammen tingrett.

## SIGNATURER

Avtalen er utferdiget og signert i to likelydende eksemplarer; en til hver av partene.

Dato: 12.8.2019

Drammen kommune



**Johannes Devold**  
Utbyggingssjef  
Drammen kommune, Byprosjekter

Helse Sør-øst RHF



Dag Bøhler

Prosjektdirektør

# UTBYGGINGSAVTALE

Mellom Helse Sør-Øst RHF v/prosjekt nytt sykehus i Drammen, org.nr. 991 324 968, heretter kalt Utbygger, og Drammen kommune, org.nr. 939 214 895, heretter kalt Kommunen, er det inngått følgende avtale:

## 1. Bakgrunn

Utbygger skal bygge nytt sykehus i henhold til bestemmelsene i reguleringsplan for «Nytt sykehus i Drammen med Drammen Helsepark» og senere ramme- og igangsettingstillatelser. I reguleringsplanen nr. 409 vedtatt 3. september 2019 er det stilt flere rekkefølgekrav knyttet til oppføringen av nytt sykehus. Rekkefølgekravene forutsetter opparbeidelse av en flere samferdselsanlegg og teknisk infrastruktur.

Partene har inngått egen avtale om anleggsbidrag, anleggsbidragsavtalen, hvor det er avtalt at utbygger skal betale anleggsbidrag for de samferdselsanlegg og teknisk infrastruktur som kommunen skal opparbeide. Denne avtale skal avklare hvilke samferdselsanlegg og teknisk infrastruktur som anleggsbidragsavtalen skal omfatte.

Denne utbyggingsavtale skal behandles etter bestemmelsene om utbyggingsavtaler i plan- og bygningsloven, og vedtas endelig av Drammen bystyre.

Drammen, Nedre Eiker og Svelvik kommune skal slå seg sammen fra 01.01.2020. Som følge av kommunesammenslåingen vil rettigheter og plikter i denne avtalen videreføres i Nye Drammen kommune, ogr.nr: 921 234 554 fra 01.01.2020.

## 2. Samferdselsanlegg – vei og fortau

Kommunen skal opparbeide Helsegata med tilhørende gang- og sykkelvei (o\_SV1), Helseplassen - lyskryss mellom o\_SV1-4, Fjordbygata (o\_SV2), deler av o\_SV4 iht. illustrasjonsplan, og kommunale gang- og sykkelveier innenfor planområdet. For samferdselsanlegg, herunder Sykehusveien, hvor konstruksjoner skal eies og eller driftes av Bane NOR, skal Drammen kommune kun gjennomføre overflatearbeider og ferdigstillelse, i den grad dette ikke utføres av andres entrepriser. Denne avtalen omfatter ikke samferdselsanlegg som skal eies og/eller driftes av andre enn Drammen kommune.

## 3. Vann-, avløps- og overvannsledninger

Kommunen skal legge vann-, avløps- og overvannsledninger som skal eies og driftes av Drammen kommune som etableres innenfor planområdet. Dette omfatter også etablering av sjøledning til Solumstrand. Partene skal i felleskap bli enige om hvilke ledninger som skal være kommunale ledninger. Denne avtalen omfatter ikke vann-, avløps- og overvannsledninger som skal eies og/eller driftes av andre enn Drammen kommune.

## 4. Grøntanlegg

Kommunen skal opparbeide grønntanlegg ned mot Drammenselva. Grøntanlegget utgjør arealet mellom brannveien og Drammenselva, innenfor planområdet, beliggende i Drammen kommune, iht. illustrasjonsplan.

Denne avtalen omfatter ikke grønntanlegg som skal eies og/eller driftes av andre enn Drammen kommune.

## 5. Eiendomsoverdragelse

Eiendomsgrunn eller eventuelle nødvendige rettigheter til de samferdselsanlegg, grøntanlegg og teknisk infrastruktur, jf. pkt 2, 3 og 4, som skal opparbeides av kommunen overdras vederlagsfritt til kommunen i og med denne avtalen for fremtidig drift og vedlikehold. Oppmåling, fradeling og overskjøting gjennomføres iht. bestemmelser i anleggsbidragsavtalen når anleggene er ferdigstilt.

## 6. Transport av avtalen

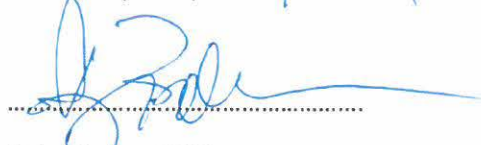
Utbyggingsavtalen kan ikke tiltransporteres andre uten samtykke fra Drammen kommune. Kommunen må ha saklige grunner for å kunne nekte samtykke.

## 7. Tvister

Eventuelle tvister i forbindelsen med denne avtalen skal avgjøres av de ordinære domstoler.

Drammen, Dato,

25/11-19



Helse Sør-øst RHF

v/Prosjekt nytt sykehus i Drammen

28/11-19



Drammen kommune

**Johannes Devold**

Utbyggingssjef

Drammen kommune, Byprosjekter

Vedlegg:

- Signert anleggsbidragsavtale
- Illustrasjonsplan av 15.02.19

Anleggsbidragsavtale  
Lier kommune  
Helse Sør-øst RHF

# **ANLEGGSBIDRAGSAVTALE**

**MELLOM**

**LIER KOMMUNE**

**OG**

**HELSE SØR-ØST**

Anleggsbidragsavtale  
Lier kommune  
Helse Sør-øst RHF

Det er i dag inngått avtale («avtalen») mellom

Lier kommune, org. nr. 857 566 122, Postboks 205, 3401 LIER («kommunen»)

og

Helse Sør-øst RHF v/ prosjekt nytt sykehus i Drammen, org. nr 991 324 968, Postboks 404, 2303  
HAMAR («utbygger»)

Om bygging av kommunale anlegg med bidrag til dekning av anleggskostnadene m.v i forbindelse med utbygging av nytt sykehus på Brakerøya i Drammen («prosjektet») på

## BAKGRUNN

av at

- Utbygger har besluttet å bygge nytt sykehus på Brakerøya i Drammen. Prosjektet er planlagt å stå klart medio 2025 og har en kostnadsramme på 10,3 milliarder kroner (2018-kroner);
- Utbygger er regionalt helse foretak som eies av staten.
- Deler av anleggene som skal bygges i henhold til Anleggsbidragsavtalen og Utbyggingsavtalen, skal bygges på eiendom som Vestre Viken HF (VVHF) eier i dag.
- VVHF har samtykket i overdragelse av eiendomsgrunn til Kommunen, i samsvar med bestemmelsene i Anleggsbidragsavtalen, herunder Anleggsbidragsavtalen punkt [3.4], og Utbyggingsavtalen, herunder Utbyggingsavtalens punkt [6], se vedlagt samtykke fra VVHF.
- Utbygger er forpliktet til å utføre visse offentlige infrastrukturiltak i forbindelse med gjennomføring av prosjektet. Deler av infrastrukturen skal etter opparbeidelse eies av kommunen og inngå i kommunens mva-pliktige og kompensasjonsberettigede virksomhet;
- Utbygger ønsker at kommunen skal bygge de infrastrukturiltakene som etter opparbeidelsen skal eies av kommunen og inngå i kommunens fradrag- eller kompensasjonsberettigede virksomhet mot at utbygger dekker kostnadene fullt ut og kommunen krever fradrag eller kompensasjon for inngående merverdiavgift på anleggskostnadene så langt det er rettslig adgang til det;
- Utbygger skal dekke alle kostnader i forbindelse med bygging av anleggene og holde kommunen skadesløs for alle kostnader, samt eventuelt tap og skade som måtte oppstå for kommunen i forbindelse med utbyggingen og gjennomføringen av avtalen;
- Kommunen har ved kommunestyrets vedtak i sak nr. 120/19 av 12.11.2019 vedtatt å tilby såkalt anleggsbidragsavtale med utbygger for opparbeidelse av offentlig teknisk infrastruktur som overføres vederlagsfritt til kommunen;
- Utbygger har utarbeidet en reguleringsplan for prosjektet som er behandlet og godkjent av kommunestyret 17.09.19, og partene skal inngå en utbyggingsavtale som vil bli lagt frem til politisk behandling.
- Denne avtale omfatter kun de anlegg som skal eies og driftes av kommunen etter ferdigstilling. Avtalen omfatter ikke anlegg som skal eies av andre, herunder blant annet Drammen kommune Bane Nor og Statens Vegvesen, Fylkeskommunen, Glitrevannverket m.fl.

Anleggsbidragsavtale

Lier kommune

Helse Sør-øst RHF

- Denne avtale omfatter kun de tekniske anlegg som er beliggende i Lier kommune eller skal eies av Lier kommune. Utbygger har inngått tilsvarende anleggsbidragsavtale med Drammen kommune for anlegg som ligger i Drammen kommune og skal driftes av Drammen kommune.
- Hensikten med denne avtalen er å oppnå en merverdiavgiftbesparelse for utbygger. Det er sendt inn anmodning om bindende forhåndsuttalelse fra Skatteetaten (BFU) om håndtering av merverdiavgift ved gjennomføring av denne avtalen. Skatteetatens BFU følger vedlagt avtalen.

og under

## FORUTSETNING

av at:

- Myndighetene til enhver tid aksepterer den såkalte anleggsbidragsmodellen;
- At Skatteetaten i BFU bekrefter at denne avtalen vil medføre en rett til fradrag for merverdiavgift for kommunen;
- Utbygger sørger for alle offentligrettslige tillatelser, godkjenninger, konsesjoner mv som er nødvendige for at kommunen kan gjennomføre denne avtalen;
- Utbygger sørger for erverv av grunn og andre privatrettslige rettigheter som er nødvendig for at kommunen kan gjennomføre denne avtalen;
- Kommunen skal ikke dekke kostnader på vegne av utbygger eller på annen måte yte utbygger kreditt,

Partene er på denne bakgrunn og under disse forutsetninger enige om følgende:

## DEL I – GJENNOMFØRING AV BYGGING

### 1 Partenes hovedforpliktelser

- 1.1 Kommunen påtar seg å bygge anlegg som er angitt i punkt 2 («anleggene») på de vilkår og betingelser som fremgår av avtalen. Kommunen er byggherre og blir eier av anleggene.
- 1.2 Kommunen overtar ikke utbyggers ansvar eller risiko for gjennomføring av reguleringsplaner eller rekkefølgetiltak.
- 1.3 Kommunen skal kreve fradrag eller kompensasjon for inngående merverdiavgift på anleggskostnadene så langt det er rettslig adgang til det.
- 1.4 Utbygger skal ved betaling av bidrag dekke alle kostnader knyttet til byggingen av anleggene og ellers bære det ansvar og oppfylle de plikter som ellers følger av avtalen.

### 2 Beskrivelse av anleggene

- 2.1 Anleggene er bare omfattet av denne avtalen i den utstrekning de etter opparbeidelsen skal eies av kommunen og inngå i kommunens mva-pliktige og mva-kompensasjonsberettigede virksomhet.
- 2.2 Hvilke kommunale anlegg som er omfattet av denne avtalen skal avgjøres i en egen utbyggingsavtale mellom partene. Foreløpig antas det at følgende anlegg er aktuelle;

- Nye kommunale gater og veier inkl belysningsanlegg
- Nye kommunale gang- og sykkelveier inkl belysningsanlegg

## Anleggsbidragsavtale

Lier kommune

Helse Sør-øst RHF

- Kommunalt vann- og avløpsanlegg
- Kommunalt grønntanlegg inklusive opparbeiding av Nøstebekken

2.3 Denne avtalen er ikke en forhåndsbinding av kommunen som planmyndighet.

### 3 Prosjektering

3.1 Utbygger er ansvarlig for planlegging og prosjektering av anleggene og skal dekke alle kostnader i denne forbindelse. Slike kostnader skal ikke inngå i de kostnader kommunen skal kreve mva-fradrag eller mva-kompensasjon for. Det samme gjelder øvrige kostnader til oppfyllelse av utbyggers plikter etter denne avtalen.

3.2 Anleggene skal planlegges og prosjekteres i henhold til Drammen kommunes gatenorm, VA-norm og graveinstruks for det aktuelle anlegget.

3.3 Utbygger er ansvarlig for all nødvendig kontakt med og tillatelser fra offentlig myndighet i forbindelse med planlegging og prosjektering av anleggene.

3.4 Utbygger er ansvarlig for å innhente alle godkjenninger, tillatelser, konsesjoner mv og sørge for erverv av eiendom og andre rettigheter som er nødvendige for bygging av anleggene. Utbygger er herunder ansvarlig for å utarbeide og få godkjent alle nødvendige reguleringsplaner. Kommunen gir med dette utbygger fullmakt til å søke om tiltak etter plan- og bygningsloven på vegne av kommunen for bygging av anleggene som er omfattet av denne avtalen. Kommunen er i den forbindelse tiltakshaver. VVHF v/ Utbygger vil forut for oppstart av byggearbeidene overføre disposisjonsrett til grunnen hvor kommunens anlegg skal ligge ref. vedlagt samtykke fra VVHF. Formell fradeling, oppmålingsforretning og tinglyst overskjøting vil finne sted når anleggene er ferdige og godkjent av kommunen.

3.5 Ingen del av denne avtalen skal tas til inntekt for at utbygger har rett til kjøp, salg, leie eller stiftelse av rettigheter i eller annen disponering over kommunal eiendom.

3.6 Utbygger er ansvarlig for å samordne planen og prosjektet for anleggene med egne og tredjeparters planer og prosjekter som kan bli berørt av byggingen.

3.7 Kommunen skal delta på prosjekteringsmøter og andre relevante møter som utbygger har med konsulenter og andre tredjeparter vedrørende planlegging, prosjektering og koordinering av anleggene.

3.8 Kommunen v/ Lier VVA KF skal bidra inn i prosjekteringen ved å uttale seg om problemstillinger knyttet til de anlegg som er omfattet av denne avtalen. For alle anlegg som er omfattet av denne avtalen skal planer sendes kommunen v/ Lier VVA KF for godkjenning før innsendelse av søknad.

3.9 I den grad gjennomføring av planlegging eller prosjektering er omfattet av reglene om offentlige anskaffelser så skal utbygger følge disse.



- 3.10 Utbygger er overfor kommunen ansvarlig for feil eller mangler ved prosjekteringen, og skal holde kommunen skadesløs for tap og skade som følge av slike feil og mangler. Dette gjelder ikke hvis kommunene ved grov uaktsomhet eller forsett fra kommunens ledelse eller ledende personell har forårsaket tapet eller skaden.

#### 4 Inngåelse av kontrakter

- 4.1 Kommunen skal inngå alle kontrakter i forbindelse med byggingen av anleggene og skal stå som byggherre.
- 4.2 Utbygger har ikke rett til å inngå kontrakter for bygging av anleggene på egne vegne eller på vegne av kommunen.
- 4.3 Alle kontrakter skal inngås etter konkurranse i samsvar med reglene om offentlige anskaffelser. Utbygger kan ikke delta i anbudskonkurranser eller tildeles noen av kontraktene. Utbyggers konsulenter kan bare delta i anbudskonkurranser i den utstrekning regler om offentlige anskaffelser tillater det.
- 4.4 Partene skal i fellesskap bli enige om omfanget av entreprisekontraktene og hvilken entrepriseform og kontraktstandard som skal benyttes. Utbygger har rett til å komme med innspill.
- 4.5 Kommunen skal utarbeide konkurransegrunnlaget basert på kommunens maler for konkurransegrunnlag og kontrakter basert på Norsk Standard og kommunens normale kontraktbetingelser. Partene skal enes om formuleringer i kontrakten som sikrer samhandling mellom entreprenørene som skal gjennomføre de ulike entreprisene ved bygging av prosjektet. Utbygger er ansvarlig for at prosjekteringsdokumentene kan benyttes som grunnlag for konkurransegrunnlaget og kontrakter. Utbygger skal for egen kostnad levere til kommunen det materiale til utarbeidelse av konkurransegrunnlaget som kommunen ber om. Utbygger skal sørge for at materiale til konkurransegrunnlaget utformes og behandles i henhold til reglene om offentlige anskaffelser og kommunens normer og maler. Utbygger kan be om å få tilsendt endelig utkast til konkurransegrunnlag før utlysning.
- 4.6 Kommunen er ikke forpliktet til å utlyse anbudskonkurranse for det aktuelle anlegget før kommunen har mottatt bekreftelse fra utbyggers områdeleder på at entreprisen skal gjennomføres.
- 4.7 Kommunen skal utlyse og gjennomføre anbudskonkurranse og motta anbud for de enkelte kontraktene. Utbygger skal delta med en person ved kommunens evaluering av anbud. Utbygger kan ikke delta med personer som har en mulig habilitetskonflikt med en av tilbyderne, og evalueringen skal utføres hos kommunen. Ellers har ikke utbygger rett til innsyn i anbudene, eller informasjon fra anbudene, utover det som kan kreves etter offentlighetslovas bestemmelser.
- 4.8 Kommunen avgjør hvem som etter gjennomført konkurranse skal tildeles de forskjellige kontraktene. Kontrakt vil bli tildelt den eller de som, basert på kommunens

innkjøpsfaglige vurdering, har levert det beste tilbudet iht. tildelingskriteriene. Utbygger har rett til å bli informert om tildelingsbeslutningen før denne meddeles tilbyderne.

- 4.9 Kommunen er ikke forpliktet til å inngå kontrakter for bygging av anleggene før utbygger har innhentet alle godkjenninger m.v og ervervet eiendom m.m som nevnt i punkt 3.4. Utbygger skal sørge for at dette er på plass før vedståelsesfristen i konkurransen utløper. Kommunen skal gi melding om hva fristen er.
- 4.10 Utbygger skal ellers bistå kommunen med informasjon eller dokumentasjon når kommunen ber om det.

## 5 Byggeledelse – ferdigstillelse og overtakelse av anleggene

- 5.1 Kommunen skal være byggherre for anleggene og skal lede og følge opp arbeidene som utføres under entreprisekontraktene. I den utstrekning kommunen skal benytte eksterne til dette, vil reglene om offentlig anskaffelse bli fulgt. Alle kostnader ved å benytte eksterne skal ansees som en del av anleggskostnaden, jf. pkt. 11.
- 5.2 Utbygger skal tilrettelegge for at kommunens prosjektledere har tilgang til kontorplass i utbyggers lokaler for å sikre god samhandling mellom utbygger og kommunen. Utbygger skal invitere kommunen til relevante byggemøter og sende kopi av referat fra utbyggers byggemøter til kommunens prosjektleder.
- 5.3 Utbygger initierer og koordinerer dialog med kommunene og Glitre Vannverk med mål å finne gjennomføringsmodell med felles prosjektledelse for utbyggingen av offentlig infrastruktur knyttet til sykehusutbyggingen.
- 5.4 Utbygger skal ikke utøve byggeledelse eller ha rett til å delta i konkurranse om dette. Utbyggers konsulenter kan bare delta i konkurranse i den utstrekning regler om offentlig anskaffelse tillater det. Utbygger skal delta på kommunens byggemøter der dette er relevant. Kommunen skal sørge for at kopi av referat sendes utbyggers områdeleder.
- 5.5 Utbygger har rett til å være tilstede ved entreprenørens overlevering av anleggene til kommunen. Kommunen bestemmer dersom utbygger og kommunen er uenige om anleggene skal overtas eller ikke. Anleggene anses overtatt av kommunen etter hvert som tiltakene overtas fra entreprenør.
- 5.6 Utbygger skal bekoste og besørge fradeling og overskjøting til kommunen av de eiendommer anleggene er bygget på. VVHF vil signere på skjøte og tilhørende dokumenter i forbindelse med overskjøtingen, men har for øvrig ingen forpliktelser eller ansvar for gjennomføring av eller i henhold til Anleggsbidragsavtalen og Utbyggingsavtalen.
- 5.7 Der anleggene er bygget på grunnlag av bruksrett skal utbygger sørge for at brukserklæringer er tinglyst på de aktuelle eiendommene. Det skal fremgå av slike erklæringer at bruksretten er vederlagsfri og at kommunen har rett til adkomst for tilsyn, reparasjon og vedlikehold av anleggene.

## Anleggsbidragsavtale

Lier kommune

Helse Sør-øst RHF

- 5.8 Utbygger skal sørge for at punkt 5.5 og 5.6 blir oppfylt uten ugrunnet opphold etter overtakelse av anleggene, senest ved ferdigstilling av sykehuset. Eiendom og bruksrettigheter skal overdras vederlagsfritt.
- 5.9 Utbygger skal bistå kommunen ved gjennomføring av byggingen med informasjon eller dokumentasjon når det kreves av kommunen. Dersom det etter kommunens mening er nødvendig å utarbeide nye dokumenter for å kunne gjennomføre byggingen, skal utbygger bekoste og sørge for det uten ugrunnet opphold.

## 6 Endringer

- 6.1 Utbygger bærer risiko for endringer.
- 6.2 Alle endringsarbeider eller krav fra entreprenør skal forelegges utbygger for kommentar før arbeidene eller kravene godkjennes av kommunen. Ved uenighet avgjør kommunen om arbeidene eller kravene godkjennes av kommunen.
- 6.3 Uavhengig av punkt 6.2 skal alle kostnader som følger av endringer anses som del av anleggskostnaden, jf. pkt 11. Dette gjelder ikke hvis kommunen ved grov uaktsomhet eller forsett har forårsaket kostnaden. Da skal kommunen dekke denne kostnaden selv.
- 6.4 Samtykket gitt av VVHF omfatter ikke eventuelle endringsavtaler, tilleggsavtaler o.l. til Anleggsbidragsavtalen og Utbyggingsavtalen som påvirker arealdisponeringer, uten uttrykkelig skriftlig samtykke fra VV.
- 6.5

## 7 Fremdrift og samordning

- 7.1 Utbygger er ansvarlig for fremdriftsplanlegging for hele prosjektet inklusiv kommunal infrastruktur. Utbygger er også ansvarlig for koordinering mot andre aktører i området.
- 7.2 Fremdriftsplaner for kommunal infrastruktur skal avklares og koordineres løpende med kommunens prosjektleder underveis i prosjekteringen og i utførelsesfasen.
- 7.3 Utbygger har ansvar for at planlagt fremdrift i byggingen av anleggene omhandlet av denne avtalen korresponderer med utbyggers egne eller tredjeparts utbyggingstiltak.
- 7.4 Utbygger skal sørge for at fremdriften på anleggene ikke hindres eller forsinkes av egne eller tredjeparts aktivitet i forbindelse med gjennomføring av prosjektet. Utbygger bærer den fulle risikoen dersom bygging av anleggene blir forsinket som følge av egne eller tredjeparts aktivitet.
- 7.5 Utbygger er ansvarlig for å informere kommunen om øvrig aktivitet i prosjektet som kan påvirke kommunens entrepriser.
- 7.6 Kommunen kan stoppe alle arbeider etter denne avtalen uten ansvar eller risiko overfor utbygger dersom det etter kommunens oppfatning ikke er forenlig med

byggherreansvaret å fortsette arbeidene.

- 7.7 Alle kostnader som følge av forsinkelsene, herunder eventuell stans i arbeidene, skal regnes som en del av anleggskostnaden. Dette gjelder ikke hvis kommunen ved grov uaktsomhet eller forsett fra kommunens ledelse eller ledende personell har forårsaket tapet eller skaden. Da skal kommunen dekke denne kostnaden selv.

## 8 Tap og skade

- 8.1 Alle kostnader til dekning av tap og skade oppstått i forbindelse med byggingen av anleggene skal regnes som del av anleggskostnaden. Dette gjelder ikke hvis kommunen ved grov uaktsomhet eller forsett fra kommunens ledelse eller ledende personell har forårsaket tapet eller skaden. Da skal kommunen dekke denne kostnaden selv.

## 9 Kostnader ved eventuelle tvister

- 9.1 Utbygger bærer den økonomiske risikoen for eventuelle tvister med byggeleder, entreprenør eller andre som måtte oppstå i forbindelse med byggingen av anleggene. Dette gjelder ikke tap eller skade som kommunen har forårsaket ved grov uaktsomhet eller forsett fra kommunens ledelse eller ledende personell.
- 9.2 Samtlige kostnader knyttet til eventuelle tvister skal regnes som del av anleggskostnaden. Dersom kommunen må dekke slike kostnader, skal utbygger erstatte slike kostnader innen 7 dager etter at kommunen har sendt faktura.

## DEL II – BETALING AV ANLEGGSBIDRAG

### 10 Budsjett

- 10.1 Utbygger har utarbeidet forprosjektkalkyle for hele sykehusprosjektet inkl. offentlig infrastruktur i henhold til nedbrytning i bygningsdelstabellen NS (3451), og etter godkjent forprosjekt konverteres kalkylen til entreprisbudsjett.
- 10.2 Det skal etableres budsjett for hver enkelt entreprise. Entreprisebudsjett inkluderer kostnad for rigg/drift, byggekostnad og merverdiavgift, samt påslag for forventet vekst på den enkelte entreprise. Dette legges til grunn som foreløpig budsjett.
- 10.3 Budsjettet anleggsbidrag for den enkelte entreprise vil være entreprisestkostnad (rigg/drift + byggekostnad) plus refusjon av kommunens interne kostnader på 5%, jf. pkt 11.6.
- 10.4 Budsjett for den enkelte entreprise korrigeres ved kontraktsinngåelse. Kommunen må melde prognoseendringer til utbygger ved hver statusrapportering.

## Anleggsbidragsavtale

Lier kommune

Helse Sør-øst RHF

### 11 Betaling av anleggsbidraget

- 11.1 Kommunen skal motta alle fakturaer fra sine kontraktsparter, herunder bl.a. byggeledere, entreprenører og andre som kommunen har inngått kontrakt med for bygging av anleggene.
- 11.2 Utbygger plikter etter faktura fra kommunen å betale kommunen bidrag som svarer til det beløp kommunen er fakturert for eksklusive merverdiavgift. Dersom kommunen ikke kan kreve fradrag for inngående merverdiavgift eller kreve inngående merverdiavgift kompensert etter kompensasjonsloven, skal utbygger i tillegg betale bidrag som svarer til kommunens økte kostnader ved at fradrag eller kompensasjon ikke kan kreves.
- 11.3 Utbygger skal, etter faktura fra kommunen, betale bidrag som dekker alle andre kostnader som regnes som del av anleggskostnaden etter denne avtale..
- 11.4 Før anleggsstart skal utbygger betale inn et beløp på 5 % av entreprisekostnad eksklusiv merverdiavgift til kommunen etter faktura fra kommunen. Beløpet skal sikre at kommunen har midler til å betale sine kontraktsparter, slik at kommunen ikke yter utbygger kreditt.
- 11.5 Kommunens krav på bidrag er ikke begrenset av budsjettet, jf. pkt 10, og kan kreves avhengig av om bidragskravet er omfattet av budsjettet eller ikke, eller om det er større eller mindre enn de beløp som er oppgitt i budsjettet.
- 11.6 Kommunen har krav på refusjon av interne kostnader knyttet til gjennomføring av denne avtalen, herunder kostnader til prosjektleder, juridiske tjenester, fakturering og øvrige interne ressurser. Partene har beregnet disse til 5% (eksklusive eventuell merverdiavgift) av alle kostnader som regnes av anleggskostnaden etter denne avtalen ekskludert kompensasjons- eller fradragsberettiget merverdiavgift, dog minimum kr 200.000,- (eksklusive merverdiavgift). Dersom administrasjonsgebyret anses som vederlag for avgiftspliktig tjeneste skal kommunen fakturere beløpet. Dersom administrasjonsgebyret ikke er en avgiftspliktig omsetning skal beløpet legges til bidraget utbygger plikter å betale under punkt 11.
- 11.7 Dersom avtalen ikke blir gjennomført skal kommunen likevel ha krav på et minimum administrasjonsgebyr etter pkt. 11.6.
- 11.8 Utbygger skal betale ethvert krav på bidrag som kommunen fremsetter under dette punkt 11 innen 14 dager etter utbygger har mottatt faktura.
- 11.9 Fakturaer skal sendes til utbygger via EHF.
- 11.10 Utbygger skal betale hele beløpet som kreves innen fristen uten reduksjon og uten hensyn til eventuelle innsigelser, og utbygger har ikke rett til å motregne med eventuelle krav utbygger eller tredjeparter har mot kommunen, herunder tilbakebetalingskrav etter punkt 11.9.

## Anleggsbidragsavtale

Lier kommune

Helse Sør-øst RHF

- 11.11 Utbygger fraskriver seg retten til å gjøre innsigelser mot det enkelte krav før det er betalt i sin helhet, uavhengig av på hvilket grunnlag en innsigelse kan reises. Etter at kravene er betalt i sin helhet, kan utbygger reise krav om tilbakebetaling av beløp som utbygger mener er uberettiget innkrevd. Eventuelle forsinkelsesrenter regnes fra tidspunktet for fremsettelse av krav om tilbakebetaling.
- 11.12 Utbygger er forpliktet til å betale bidrag til kommunen iht. faktura selv om kommunen har benyttet seg av sin rett til å tilbakeholde beløp ovenfor sine kontraktsparter.
- 11.13 Dersom kommunen mottar dagmulkt i forbindelse med bygging av anleggene eller erstatning for tap og skade som er belastet utbygger, eller refusjon av beløp som er belastet utbygger skal beløpene utbetales til utbygger.
- 11.14 Ved forsinket betaling fra utbygger under punkt 11 svarer utbygger forsinkelsesrente tilsvarende den i lov om renter ved forsinket betaling av 17. desember 1976 nr 100 til enhver tid gjeldende rentesats pluss 10 prosentpoeng.

## 12 Krav om kompensasjon eller fradrag for merverdiavgift

- 12.1 Kommunen skal fremme krav om fradrag for inngående merverdiavgift eller kompensasjon for inngående merverdiavgift på sine mva-meldinger og kompensasjonsmeldinger i de aktuelle avgiftsterminer. Kommunen tar stilling til hvilke kostnadsposter som skal være med i meldingene. Utbygger har rett til å gi innspill, men ved uenighet bestemmer kommunen.
- 12.2 Kommunen har ikke ansvar overfor utbygger for om fradrags- eller kompensasjonsposter godkjennes eller ikke eller om kompensasjon utbetales eller ikke, med mindre det foreligger grov uaktsomhet eller forsett fra kommunens ledelse eller ledende personell.
- 12.3 Dersom fradrag for inngående merverdiavgift eller kompensasjon for merverdiavgift ikke blir godkjent skal den aktuelle merverdiavgiften dekkes av utbygger ved faktura fra kommunen.
- 12.4 Utbygger plikter, etter faktura fra kommunen, også dekke kommunens kostnader dersom det senere blir foretatt endringer i tidligere fastsatte fradrag for inngående merverdiavgift eller kompensasjonsbeløp. Utbygger skal foruten å dekke den økte avgiftskostnaden, dekke kommunens rentekostnad og eventuell tilleggsskatt. Foretas det endringer i kommunens avgiftsoppgjør etter reglene om «justering» (merverdiavgiftsloven kap 9 eller merverdikompensasjonsloven § 16), plikter utbygger på tilsvarende måte å kompensere kommunens økte kostnader. I tilfelle slik etterfølgende justeringsplikt skulle bli aktuell plikter kommunen, for utbyggers kostnad, å bidra til å overføre justeringsplikten til ny eier dersom dette er rettslig og praktisk mulig (merverdiavgiftsloven § 9-3 og forskrift til kompensasjonsloven § 6 3. ledd siste pkt).

## 13 Sluttoppgjør

- 13.1 Når sluttoppgjør med entreprenør er gjennomført, skjøte eller bruksrett er tinglyst jf. pkt 5.7, alle fradrag er godkjent og kompensasjonsbetalinger er mottatt, skal det foretas en

avregning og oversikt over kommunens kostnader etter denne avtalen og utbyggers bidrag.

## DEL III – GENERELLE BESTEMMELSER

### 14 Forholdet til avgiftsmyndigheten / skatteetaten

- 14.1 Det er innhentet en BFU fra Skatteetaten som bekrefter at denne avtalen ikke vil påføre kommunen en merverdiavgiftkostnad på bygging av anleggene etter denne avtalen, samt at det ikke vil påløpe merverdiavgift på innkrevd anleggsbidrag, jf. pkt 11. Denne BFU følger vedlagt til avtalen. Utbygger bærer risikoen for eventuelle endringer i regelverket, jf. pkt. 16.

### 15 Heving

- 15.1 Begge parter har rett til å heve avtalen dersom det foreligger vesentlig mislighold, og den annen part skriftlig har fått en rimelig frist til å rette forholdet og forholdet ikke har blitt rettet innen fristen.
- 15.2 Dersom kommunen hever avtalen etter punkt 15.1 kan kommunen velge å fullføre det aktuelle anlegg og kreve at utbygger skal holde kommunen skadesløs i den forbindelse.

### 16 Endrede forutsetninger

- 16.1 Utbygger har ansvaret og risikoen for at mva-fradrag eller mva-kompensasjon oppnås. Utbygger plikter å holde kommunen skadesløs for ethvert tap og enhver kostnad, herunder for straff eller tilleggsskatt, renter, gebyrer m.v., dersom skatteetaten nekter fradrag eller kompensasjon eller krever tilbakeført fradragsført eller kompensert avgift, som følge av lovendring, endret lovtolkning, endret praksis eller av en hvilken som helst annen grunn. Unntak gjelder dersom kommunen har forårsaket dette ved grov uaktksomhet eller forsett fra kommunens ledelse eller ledende personell. Utbygger skal på vegne av kommunen, for egen kostnad, ha rett til å bestride et eventuelt nektelses- eller tilbakeføringsvedtak truffet av skatteetaten dersom utbygger og kommunen mener vedtaket er rettslig uriktig eller bygger på uriktig forståelse av faktum.

### 17 Virkning av avtalen

- 17.1 Denne avtalen skal vedtas politisk av Lier kommunes kommunestyre.
- 17.2 Avtalen trer i kraft når begge parter har signert avtaledokumentet, og reguleringsplan og utbyggingsavtale er vedtatt.
- 17.3 Avtalen er en privatrettslig avtale og binder ikke kommunen som myndighetsutøver eller forvaltningsorgan.
- 17.4 Kommunen har intet ansvar for eventuelle offentligrettslige godkjenninger, tillatelser, unntak, forbud eller pålegg vedrørende gjennomføringen av byggingen av anleggene eller de enkelte tiltakene.

## Anleggsbidragsavtale

Lier kommune

Helse Sør-øst RHF

### 18 Korrespondanse og partenes representanter

18.1 All korrespondanse i forbindelse med oppfyllelse av avtalen skal skje skriftlig og merkes «NSD.....». Dersom korrespondansen gjelder bestemte anlegg, skal betegnelsen på anlegget tilføyes.

18.2 Meldinger mellom partene skal sendes pr e-post til partenes representanter som angitt nedenfor:

#### *Kommunens representant*

Asbjørn Unhjem

Rådgiver

tlf: 952 44 035

e-post: [asbjorn.unhjem@lier.kommune.no](mailto:asbjorn.unhjem@lier.kommune.no)

#### *Utbyggers representant*

Arnstein Hodne

Prosjektsjef

tlf: 950 87 314

e-post: [arnstein.hodne@sykehusbygg.no](mailto:arnstein.hodne@sykehusbygg.no)

#### *Kommunens prosjektleder*

NN

tlf:

e-post:

#### *Utbyggers områdeleder Vei*

Tore Bryhni

tlf: 917 71 509

e-post: [tore.bryhni@sykehusbygg.no](mailto:tore.bryhni@sykehusbygg.no)

#### *Utbyggers områdeleder VA*

Torstein Tveiten

tlf: 993 84 140

e-post: [torstein.tveiten@sykehusbygg.no](mailto:torstein.tveiten@sykehusbygg.no)

18.3 Partene skal gi melding med tre ukers varsel ved skifte av representant, prosjektleder eller områdeleder, eller dersom partene utpeker ytterligere kontaktpersoner for særlige angitte ansvarsområder.

### 19 Vedlegg

19.1 Avtalen har følgende vedlegg:

- a. Bindende forhåndsuttalelse fra Skatteetaten av 07.08.2019
- b. Samtykke om overdragelse av eiendom fra Vestre Viken HF

### 20 Endringer og tillegg

20.1 Dersom det foretas større endringer i prosjektet kan partenes representanter avtale endringer i denne avtale. Vesentlige endringer forutsetter ny politisk behandling, jf. pkt. 17.1. Eventuelle endringer av eller tillegg til denne avtalen skal nedfelles skriftlig og signeres av begge parter.

### 21 Overdragelse

21.1 Avtalen, eller rettigheter etter den, kan ikke overdras, direkte eller indirekte, uten skriftlig samtykke fra kommunen. Kommunen kan ikke nekte slikt samtykke uten saklig grunn.



Anleggsbidragsavtale  
Lier kommune  
Helse Sør-øst RHF

22      Lovvalg og verneing

22.1    Avtalen er underlagt norsk rett og avtalt verneing er Drammen tingrett.

## SIGNATURER

Avtalen er utferdiget og signert i to likelydende eksemplarer; en til hver av partene.

# UTBYGGINGSAVTALE

Mellom Helse Sør-Øst RHF v/prosjekt nytt sykehus i Drammen, org.nr. 991 324 968, heretter kalt Utbygger, og Lier kommune, org.nr. 857 566 122, heretter kalt Kommunen, er det inngått følgende avtale:

## **1. Bakgrunn**

Utbygger skal bygge nytt sykehus i henhold til bestemmelsene i reguleringsplan «Nytt sykehus i Drammen med Drammen Helsepark» og senere ramme- og igangsettingstillatelser. I reguleringsplanen med planID 504-901-42-02 vedtatt 17. september 2019 er det stilt flere rekkefølgekrav knyttet til oppføringen av nytt sykehus. Rekkefølgekravene forutsetter opparbeidelse av flere samferdselsanlegg og teknisk infrastruktur.

Partene har inngått egen avtale om anleggsbidrag, anleggsbidragsavtalen, hvor det er avtalt at utbygger skal betale anleggsbidrag for de samferdselsanlegg og teknisk infrastruktur som kommunen skal opparbeide. Denne avtale skal avklare hvilke samferdselsanlegg og teknisk infrastruktur som anleggsbidragsavtalen skal omfatte.

Denne utbyggingsavtale skal behandles etter bestemmelsene om utbyggingsavtaler i plan- og bygningssloven, og vedtas endelig av kommunestyret i Lier kommune.

## **2. Samferdselsanlegg – vei og fortau med belysning**

Kommunen skal opparbeide Helsegata innenfor kommunegrensen med tilhørende gang- og sykkelvei (o\_SV1), Fjordbygata innenfor kommunegrensen med tilhørende fortau og vegetasjonsfelt (o\_SV2), Nøstebekkveien (o\_SV5) med fortau og Terminalen (o\_SV6) med avkjørsler og fortau som vist på plankart og bestemmelser. Denne avtalen omfatter ikke samferdselsanlegg som skal eies og/eller driftes av andre enn Lier kommune.

## **3. Vann-, avløps- og overvannsledninger**

Kommunen skal legge den delen av hoved-vann-, avløps- og overvannsledninger som ligger innen planområdet i Lier kommune. Denne delen skal eies og driftes av Lier kommune. Partene skal i fellesskap bli enige om hvilke ledninger som skal være kommunale ledninger, basert på gjeldende praksis i Lier kommune. Denne avtalen omfatter ikke vann-, avløps- og overvannsledninger som skal eies og/eller driftes av andre enn Lier kommune.

## **4. Grøntanlegg**

Kommunen skal opparbeide grønntanlegg ned mot Drammenselva i området (o\_G2).øst og syd for brannveien frem til grense mot Drammen kommune. Grøntanlegget utgjør arealet mellom brannveien og Drammenselva, innenfor planområdet, beliggende i Lier kommune, i henhold til illustrasjonsplan.

Nøstebekken skal åpnes og opparbeides som fastsatt i utomhusplanen. Grensen mellom sykehusareal og kommunalt areal vil følge profil for skråning ned mot Nøstebekken. Det vises i første omgang til illustrasjonsplan.

Denne avtalen omfatter ikke grøntanlegg som skal eies og/eller driftes av andre enn Lier kommune.

Utbygger har ansvar for å søke om omregulering av Nøstebekkveien, slik at denne videreføres til pumpestasjon for VA-sjøledning til Solumstrand rensestasjon.

## **5. Eiendomsoverdragelse**

Eiendomsgrunn eller eventuelle nødvendige rettigheter til de samferdselsanlegg, grøntanlegg og teknisk infrastruktur, jf. pkt. 2, 3, 4 som skal opparbeides av kommunen, overdras vederlagsfritt til kommunen, i og med denne avtalen, for fremtidig drift og vedlikehold.

Oppmåling, fradeling og overskjøting gjennomføres iht. bestemmelser i anleggsbidragsavtalen når anleggene er ferdigstilt.

Vestre Viken HF (VVHF) vil yte nødvendig bistand i form av å signere på skjøte og tilhørende dokumenter i forbindelse med overskjøtingen, men har for øvrig ingen forpliktelser eller ansvar for gjennomføring av eller i henhold til Anleggsbidragsavtalen og Utbyggingsavtalen, ref. vedlagte samtykke fra Vestre Viken HF.

## **6. Transport av avtalen**

Utbyggingsavtalen kan ikke tiltransporteres andre uten samtykke fra Lier kommune. Kommunen må ha saklig grunnlag for å kunne nekte samtykke.

## **7. Tvister**

Eventuelle tvister i forbindelse med denne avtalen skal avgjøres av de ordinære domstoler. Drammen er verneting.

## **8. Fullmakt**

Deler av anleggene som skal bygges i henhold til Utbyggingsavtalen, skal bygges på eiendom som Vestre Viken HF (VVHF) eier i dag.

VVHF samtykker i overdragelse av eiendomsgrunn til Kommunen, i samsvar med bestemmelsene i Anleggsbidragsavtalen, herunder Anleggsbidragsavtalen punkt [3.4], og Utbyggingsavtalen, herunder Utbyggingsavtalens punkt [6].

Samtykket omfatter ikke eventuelle endringsavtaler, tilleggsavtaler o.l. til Anleggsbidragsavtalen og Utbyggingsavtalen, uten uttrykkelig skriftlig samtykke fra VVHF.

Lier, dato

Vedlegg:

Signert anleggsbidragsavtale

Samtykke fra Vestre Viken HF om overdragelse av eiendom

Illustrasjonsplan av .....

Dato: 8. juni 2020  
Saksbehandler: Rune A. Abrahamsen

## Saksfremlegg

### Parkering nytt sykehus i Drammen

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte	33/2020	15.06.20

### Forslag til vedtak

1. Styret slutter seg til administrerende direktørs anbefaling om å be Helse Sør-Øst RHF legge til rette for nødvendig infrastruktur til fremtidig bygging av parkeringshus på areal tilhørende Vestre Viken HF som en del av byggeprosjektet.

Drammen, 8. juni 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

## Bakgrunn

I Konseptfasen for nytt sykehus i Drammen, ble det besluttet at Vestre Viken HF (VVHF) ikke selv skal stå for finansiering og bygging av parkeringsanlegg ut over eventuell overflateparkering på eget areal. Det ble lagt til grunn at dette skal gjennomføres utenfor investeringsrammen for nytt sykehus og finansieres og bygges av andre aktører i markedet. Prosjektorganisasjonen til VVHF (VV-NSD) skulle derimot påse at det ble avsatt areal til formålet og søke samarbeidspartnere til bygging og drift av parkeringsanlegg.

I 2018 ble det satt ned en arbeidsgruppe for å kartlegge behovet og forventninger til parkeringsplasser for nytt sykehus. Arbeidet omfattet spesifisering av behov for parkeringsplasser for ansatte, pasienter og pårørende, tjenestebiler, vakthavende personell.

Arbeidsgruppen la til grunn følgende forhold/rapporter:

- Antall ansatte ved nytt sykehus, ca. 3.700
- Antall parkeringsplasser ved sykehusene i Drammen og på Blakstad i 2018
- Reisevaneundersøkelse ved Drammen og Blakstad sykehus, Multiconsult AS 2018
- Mobilitetsplan Nytt sykehus i Drammen og Drammen Helsepark, Multiconsult AS 2018

Antall parkeringsplasser ved sykehusene i Drammen og Blakstad var i 2018:

- 450 parkeringsplasser for pasienter og pårørende
- 1.080 parkeringsplasser for ansatte
- 65 parkeringsplasser for vakthavende personell/tjenestebiler
- Totalt: 1.595 parkeringsplasser

Ut fra målsetningene om resemiddelfordeling, samt aktuell fordeling av ansatte og pasienter/pårørende gjennom døgnet, ble det beregnet følgende parkeringsbehov:

- 600 parkeringsplasser for pasienter og pårørende
- 800 parkeringsplasser for ansatte
- 140 parkeringsplasser for vakthavende personell, tjenestebiler, og nærparkering akuttmottak og innganger, herunder HC-parkering
- Totalt 1.540 parkeringsplasser

Arbeidsgruppen tilrådet en økning til 600 parkeringsplasser til pasienter/pårørende ift. 2018 begrunnet med:

- Forventet økt aktivitet i nytt sykehus
- Dreining fra døgn til dagbehandling
- Behov for økning fra dagens situasjon
- Forventning om bedre parkeringsmulighet fra pasienter/pårørende enn i dag

I forprosjektet ble det, som angitt over, planlagt med 800 parkeringsplasser for ansatte. Med langsiktige mål om økning i grønn mobilitet, konkluderte arbeidsgruppen med at antall parkeringsplasser for ansatte kan reduseres til 600, men anså dette som kritisk lavt.

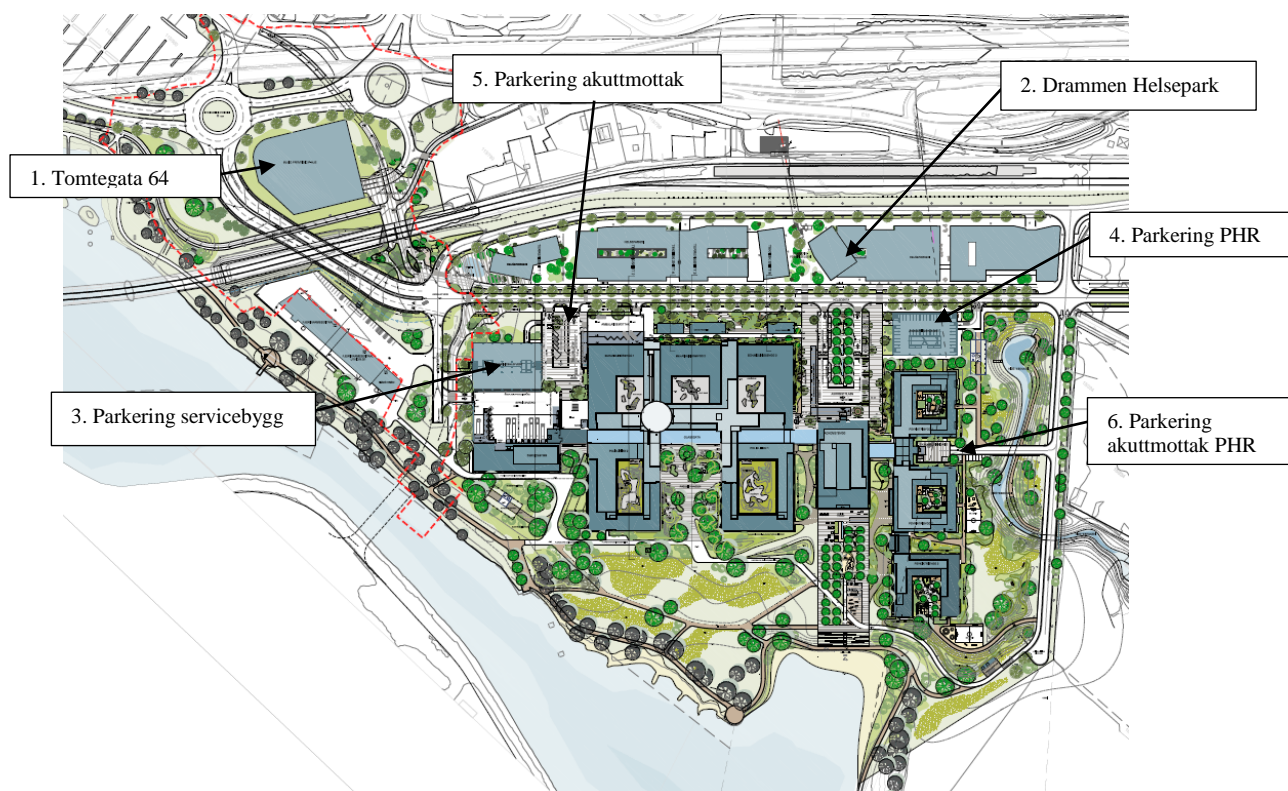
Reduksjon ble begrunnet i lokaliseringen av nytt sykehus med forventninger til bedre kollektivtilbud og tilgjengelighet, lagt til grunn i blant annet Buskerudbypakke 2. Buskerudbypakke 2 er i ettertid skrinlagt og i detaljreguleringsplanen er det også påpekt at reduksjon i antall parkeringsplasser basert på grønn mobilitet for ansatte til 600, først vil være aktuelt etter 2030.

### Saksutredning

I vedtatt detaljreguleringsplan for bygging av nytt sykehus på Brakerøya, er det avsatt areal og spesifisering av parkeringsplasser for sykehuset ref. *Reguleringsplankart Nytt sykehus i Drammen*, vedlegg 1.

Parkering er avsatt på følgende områder:

1. Tomtegata 64
2. Drammen Helsepark
3. Overflateparkering eller parkeringshus ved servicebygg
4. Overflateparkering eller parkeringshus ved psykisk helsevern og rus (PHR)
5. Overflateparkering ved akuttmottak
6. Overflateparkering ved akuttmottak psykisk helsevern og rus (PHR)



Figur 1. Avsatt areal for parkering for nytt sykehus.

I detaljreguleringsplanen er det angitt følgende parkeringsbehov for sykehuset:

- 600 parkeringsplasser for pasienter og besøkende
- 800 parkeringsplasser for ansatte
- 120, maksimum 140 parkeringsplasser for vakthavende personell, tjenestebiler, og nærparkering akuttmottak og innganger, herunder HC-parkering

Totalt 1.540 parkeringsplasser, hvorav henholdsvis 600 i Tomtegata 64 og 250 i Drammen Helsepark. Øvrige parkeringsplasser etableres innenfor helseforetakets eiendom. Dette er nedfelt i bestemmelsene som maksimalt antall parkeringsplasser for sykehuset. Med langsiktige mål om økning i grønn mobilitet, kan antall parkeringsplasser for ansatte reduseres ned mot 600, men dette antas også i detaljreguleringsplanen først å være aktuelt fra 2030.

VV-NSD har igangsatt forhandlinger med Mikkelsen Eiendom AS, hjemmelshaver av Tomtegata 64, og Drammen Helsepark AS for å legge grunnlaget for avtaler mht. parkering for nytt sykehus.

Tomtegata 64 AS har satt i gang oppstart av omregulering for arealet som omfatter Tomtegata 64 i vedtatte detaljregulering for nytt sykehus. Dette blant annet for å gi større bruksareal til offentlig eller privat tjenesteyting og næringsbebyggelse. Dette vil ikke påvirke antall parkeringsplasser for nytt sykehus og derved ikke det pågående samarbeidet mellom Mikkelsen Eiendom AS og VVHF. Mikkelsen Eiendom AS har prosjektert sitt parkeringsareal for det nye sykehuset og har lagt frem første utkast til kalkulasjon av byggekostnader som gir grunnlag for arbeid med utkast til leieavtale/leiepriser for VVHF.

Pågående forhandlinger med Drammen Helsepark AS omfatter parkering for pasienter, pårørende og gjester til sykehuset i kjeller under bygningsmassen. Ferdigstilling av denne utbyggingen er avhengig av leiemarkedet og leieavtaler for parkering er derfor ikke mulig å få på plass før prosjektet er vedtatt igangsatt.

For å kompensere for usikkerheten rundt parkering i helseparken, er det, i samarbeid med Drammen Helsepark AS og Eidos Eiendomsutvikling AS, igangsatt prosess for etablering av midlertidig overflateparkering på Odden. Områdereguleringsplanen for nytt sykehus på Brakerøya tillater, ved eventuell trinnvis utbygging, midlertidige parkeringsløsninger på nærliggende ubebygd areal i inntil fem år til endelig parkeringsløsning er etablert. Området ligger i nær tilknytning til sykehuset og vil oppfylle parkeringskravet inntil permanent parkering er etablert i parkeringshus. Totalt er det planlagt med inntil 1.500 parkeringsplasser på arealet som eies av Eidos Eiendomsutvikling AS, se *Områderegulering plankart Nytt sykehus i Drammen og Kartskisse Odden*, henholdsvis vedlegg 2 og 3.

Detaljreguleringsplanen angir maksimalt antall parkeringsplasser innen det enkelte område som vist i tabell 1.

Parkering NSD Detaljregulering		
Felt detaljregulering	Maks. P-plasser detaljregulering	Maks. P-plasser NSD
o_BOP1 Servicebygg - P-hus - Alt. overflate #11	350	350
o_BOP2 Behandlingsbygg		
o_BOP3 Adkomstbygg		
o_BOP4 PHR		
o_BOP5 PHR - P-hus - Alt. overflate #7	250	250
SAA Tomtegata 64	645	600
BKB1 Drammen Helsepark		
BKB2 Drammen Helsepark		
BKB3 Drammen Helsepark		
BKB4 Drammen Helsepark		
<i>Totalt</i> <i>Drammen Helsepark</i>	450	250
<i>Drammen Fjernvarme</i>	15	
<i>P-plasser for nærparkering akuttmottak og innganger, herunder HC-parkering</i>		90
<b>Maks antall P-plasser innenfor reguleringsområdet</b>	<b>1 710</b>	<b>1 540</b>
<b>Maks antall P-plasser NSD iht. detaljregulering</b>	<b>1 540</b>	
<b>Regulert over maks antall P-plasser</b>	<b>170</b>	

Tabell 1. Fordeling av parkeringsplasser per felt i detaljreguleringsplan

Antall parkeringsplasser ut over behov for nytt sykehus, skyldes blant annet regulert parkeringsplasser til annet formål innenfor reguleringsområdet.



Som det fremkommer av tabell 1, er det regulert inn alternative løsninger med parkering i parkeringshus eller overflateparkering på arealet ved servicebygg og PHR med tilhørende antall parkeringsplasser. Det er derimot kun ett alternativ som tilfredsstiller behov for antall parkeringsplasser for nytt sykehus, ref. tabell 2. Øvrige alternativ krever utredning av ytterligere muligheter utenfor reguleringsområdet.

Parkering NSD Detaljregulering		Maks. P-plasser NSD	Parkering NSD		
Felt detaljregulering			Alt. 1	Alt. 2	Alt. 3
o_BOP1	Servicebygg - P-hus - Alt. overflate #11	350	350	60	60
o_BOP2	Behandlingsbygg PHR - P-hus - Alt. overflate #7	250	250	250	50
SAA	Tomtegata 64	600	600	600	600
<b>Totalt</b>	<b>Drammen Helsepark</b>	<b>250</b>	<b>250</b>	<b>250</b>	<b>250</b>
<i>P-plasser for nærparkering akuttmottak og innganger, herunder HC-parkering</i>		90	90	90	90
<b>Totalt</b>			<b>1 540</b>	<b>1 250</b>	<b>1 050</b>
Behov NSD			1 540	1 540	1 540
Diff.			0	-290	-490

Tabell 2. Alternativer for etablering av parkeringsplasser

Ved valg mellom alternative løsninger, må det tas hensyn til fremtidige utvidelsesmuligheter for sykehuset. Avsatt areal for fremtidig utvidelse er vist i figur 2.



Figur 2. Avsatt areal for fremtidig utvidelse av nytt sykehus

Som vist i figur 2, omfatter utvidelse behandlingsbygg og sengebygg samme areal som er avsatt til parkeringshus ved servicebygget. Bygging av parkeringshus her, vil stå i veien for en senere utvidelse. Det må derfor legges til grunn at parkeringshuset må rives eller omdisponeres for fremtidig utvidelse av somatiske funksjoner.

Prosjektering og bygging av de to angitte parkeringshusene vil kunne gjennomføres over en periode på tre år. VVHF må derfor innen årsskifte 2020-2021 beslutte om det skal etableres parkeringshus på ett eller begge de avsatte arealene. Som beslutningsgrunnlag må det i løpet av høsten 2020 utredes alternative utbygningsalternativer, deriblant alternative samarbeidspartnere, finansiering og driftsalternativer.

Prosjektorganisasjonen til Helse Sør-Øst RHF (PNSD) har ansvaret for prosjektering og bygging av nytt sykehus i Drammen. Etablering av fundamentering og klargjøring for peling er igangsatt og det arbeides nå med detaljprosjektering av blant annet veier og tilhørende infrastruktur, som tilførsel av vann, avløp og strømforsyning. Valg av parkeringsløsning for nytt sykehus vil i utgangspunktet ikke berøres av dette arbeidet. Hvis VVHF derimot velger å planlegge for bygging av parkeringshus på egen eiendom, ved servicebygg og PHR, bør tilhørende traseer for infrastruktur, som vann, avløp og strømforsyning, inngå i detaljprosjekteringen som gjennomføres av PNSD. I motsatt fall vil senere bygging av parkeringshus kreve etablering av infrastruktur i ettertid, med de følger det får for allerede opparbeidede veier, og tilhørende utomhus anlegg.

På denne bakgrunn er det behov for å avklare om VVHF ønsker å innarbeide planer for bygging av ett eller to parkeringshus på egen grunn. I så fall bør traseer for tilhørende infrastruktur, som vann, avløp og strømforsyning, inngå i detaljprosjekteringen i byggeprosjektet som gjennomføres av PNSD.

#### **Administrerende direktørs vurderinger**

Administrerende direktør er innforstått med at etablering av parkeringsplasser i tilknytning til nytt sykehus fortsatt ikke er avklart, men at dette arbeidet må ferdigstilles i god tid før åpning av sykehuset. Dette er en forutsetning fra Drammen kommune for å gi Vestre Viken HF tillatelse til ibruktakelse av nytt bygg.

Administrerende direktør påpeker at arbeidet med å etablere langsiktige leie/driftsavtaler med Mikkelsen Eiendom AS og Drammen Helsepark AS må videreføres, parallelt med at det også arbeides videre med planlegging av etablering av midlertidig overflateparkering på Odden.

Administrerende direktør vil påse at grunnlaget for valg av endelig parkeringsløsning for nytt sykehus gjennomføres som angitt. Administrerende direktør vil legge dette frem for styret til endelig beslutning i henhold nødvendig fremdriftsplan i overenstemmelse med byggeprosjektet for nytt sykehus.

Basert på fremlagte alternative løsninger for parkeringsanlegg, vurderer Administrerende direktør at det bør planlegges for fleksibilitet for valg av etablering av parkeringsanlegg, også på egen eiendom.

Administrerende direktør anbefaler derfor at det planlegges med mulighet for å etablere to parkeringshus, et ved servicebygg og et ved PHR, og at dette inngår i byggeprosjektets detaljplanlegging og bygging av tilhørende og nødvendig infrastruktur.

#### Vedlegg:

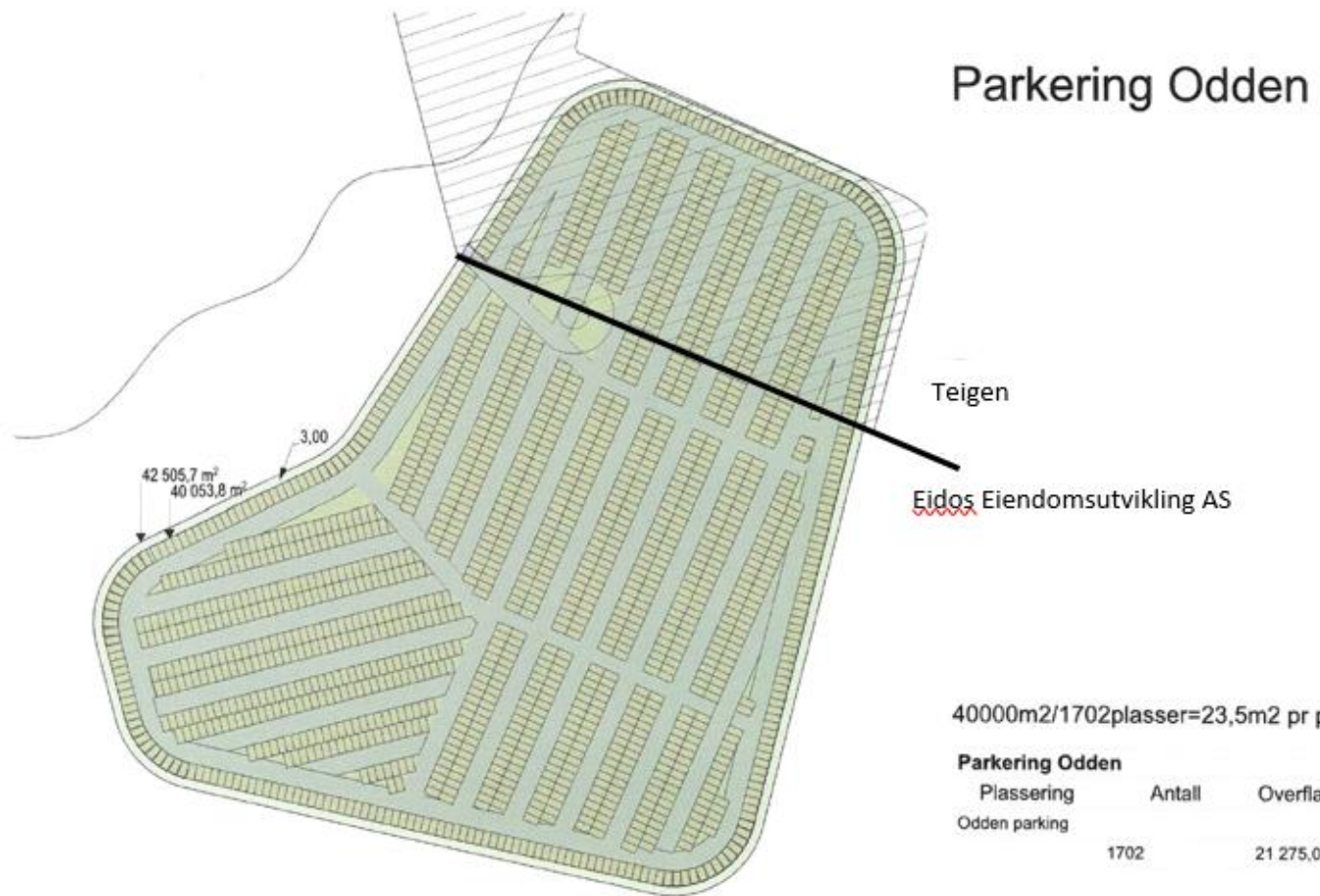
1. Reguleringsplankart Nytt sykehus i Drammen
2. Områderegulering plankart Nytt sykehus i Drammen
3. Kartskisse Odden





Vedlegg 3.

Kartskisse Odden



## Parkering Odden

Teigen

~~Eidos~~ Eiendomsutvikling AS

40000m2/1702plasser=23,5m2 pr plass

### Parkering Odden

Plassering	Antall	Overflate areal
Odden parking	1702	21 275,0

LINK ARKITEKTUR

Dato: 08.06.2020  
Saksbehandler: Elin Onsøyen

## Saksfremlegg

### Møteplan for styret i Vestre Viken HF 2021

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte	34/2020	15.06.2020

### Forslag til vedtak

Styret godkjenner møtekalender 2021 der følgende styremøter inngår:

Mandag 22. februar  
Mandag 22. mars  
Mandag 26. april  
Mandag 21. juni  
Mandag 27. september  
Mandag 25. oktober  
Mandag 29. november  
Mandag 20. desember

Ved behov innkalles det til styremøter:

Mandag 25. januar  
Mandag 31. mai  
Mandag 30. august

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

Drammen, 8.juni 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

## Bakgrunn

Møteplan for styret for 2021 skal legges fram for styret til behandling.

## Saksutredning

Utgangspunktet for møteplanen er norsk kalender for 2021 med helligdager.

Styremøtene i 2021 er som tidligere år lagt til mandager:

Mandag 22. februar  
Mandag 22. mars  
Mandag 26. april  
Mandag 21. juni  
Mandag 27. september  
Mandag 25. oktober  
Mandag 29. november  
Mandag 20. desember

Ved behov for styremøte innkalles det til møter:

Mandag 25. januar  
Mandag 31. mai  
Mandag 30. august

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

I tillegg må styret påregne en dagsamling med alle foretakstyrene i Helse Sør-Øst i februar/mars 2021 i forbindelse med foretaksmøte. Datoen er ikke fastlagt av Helse Sør-Øst ennå.

Styremøtene skal heretter gjennomføres i tidsrommet kl.10-15.  
Styrets møter vil som tidligere år legges til ulike lokasjoner i foretaket.

Møteplan 2021 for administrativt arbeid i Vestre Viken tar utgangspunkt i datoene for styremøtene. Møteplanen oppdateres kontinuerlig når det er endringer som får konsekvenser for planlagte møter. Møter i regi av Helse Sør-Øst RHF legger føringer for møtedatoer i Vestre Viken. Vedlegg 1 viser oversikten for planlagte møter i 2021 for foretaket pr. juni 2020.

Vedlegg: 1. Møteplan i Vestre Viken 2021 (årskalender for foretaket pr. juni 2020)

# Møteplan første halvår 2021

Oppdatert 8. juni 2020

2021	Vestre Viken								Helse Sør-Øst RHF							
	Styret Mandag	SKU Tirsdag	HAMU Tirsdag	BU Onsdag	FTV Torsdag	OPM Onsdag Fredag	LEDER- SAMLING	OSU Mandag	Styret	DIR Torsdag	DIR FAG Onsdag	DIR ØKO	DIR HR	DIR KOMM	DIR IKT	OPM HSØ - VV
Januar	25*			20	21	20 22				28						
Februar	22	2	9	17	18	17 19			4	25						
Mars	22	2	9	17	18	17 19	24-25 Nivå 1-3		11	25						
April	26	6	13	21	15 22	21 23			21 -22	29						
Mai	31*	11	4	26	20	26 28				27						
Juni	21	15	8	16	10 17	16 18			17	24						

NB! Oversikten vil måtte endres ved ny informasjon som gjør dette nødvendig.

Styremøter i VV er lagt til mandager i tidsrommet kl.12-17. \* Styremøte ved behov. \*\* Lederforum HSØ, dato ? . Felles foretaksmøter og styreseminar for alle HFer i regi av HSØ, dato? Styredokumenter sendes normalt ut en uke før styremøtene. Administrerende direktør i Vestre Viken har ukentlige ledermøter med klinikkdirektørene på tirsdager. Saksmengde avgjør lengden på møtene. AD har stabsmøte på mandage kl.9-11. 30. Vinterferie: Akershus uke 8, Buskerud uke 9. Lederforum HSØ –dato? . Påske: 28. mars palmesøndag, 5. april 2. påskedag. Høstferie skoler: uke 40. Årlig dialogmøte med kommunene: ikke fastlagt ennå.



# Møteplan andre halvår 2021

Oppdatert pr juni 2020

2021	Vestre Viken								Helse Sør-Øst RHF							
	Styret Mandag	SKU Tirsdag	HAMU Tirsdag	BU Onsdag	FTV - AD Torsdag	OPM Onsdag Fredag	LEDER- SAMLING	OSU Mandag	Styret	DIR Torsdag	DIR FAG Onsdag	DIR ØKO	DIR HR	DIR KOMM	DIR IKT	OPM HSØ- VV
Juli	-	-	-	-	-											
August	30*			25	19	25 27	26 Nivå 1-4		19	26						
September	27	14	7	22	-	22 24	23 Nivå 1-3		23	30						
Oktober	25	12	-	20	14	27 29	Pasient- sikkerhet suke Uke 42 18-22		21	28						
November	29	9	16	24	25	24 26			24-25	-						
Desember	20	14	7	15	16	15 17			16	2						

NB! Oversikten vil måtte endres ved ny informasjon som gjør dette nødvendig.

Dato: 5. juni 2020  
Saksbehandler: Eli Årnot

## Saksfremlegg

### Erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansatte

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte	35/2020	15.06.20

### Forslag til vedtak

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

Drammen, 8. juni 2019

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

**Bakgrunn**

Formålet med denne saken er å vedta erklæring om ledernes ansettelsesvilkår, jf. § 8a i foretakets vedtekter, sist endret i foretaksmøte 17. juni 2015.

**Saksutredning**

13. februar 2015 fastsatte Nærings- og fiskeridepartementet nye "Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel» med virkning fra 13. februar 2015. (vedlegg 4). Helse Sør-Øst RHF (HSØ RHF) utarbeidet i henhold til disse nye retningslinjer for fastsetting av lønn og lønnsutvikling for ledende ansatte i HSØ RHF (styresak 027-2015). Vestre Viken anvender retningslinjene utarbeidet for HSØ RHF (styresak 44/2015). Disse erstatter retningslinjene av 31.3.2011. I de nye retningslinjene videreføres hovedprinsippene i de tidligere retningslinjene om at lederlønninger skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende, samt at det skal legges vekt på moderasjon. Verken regionale helseforetak eller helseforetak kan fravike de statlige retningslinjene. De statlige retningslinjene skal legges til grunn ved utarbeidelse av egne retningslinjer. Vestre Vikens vedtekter ble endret i tråd med de nye retningslinjene i foretaksmøte 17. juni 2015.

Av ny § 8a i vedtektene "Om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansettelse" fremgår blant annet at Vestre Viken HF skal utarbeide en årlig erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansatte. Denne skal tas inn som note i årsregnskapet.

Erklæringen skal ha et innhold som angitt i Allmennaksjeloven § 6-16a (vedlegg 3), herunder:

- retningslinjer for fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse som nevnt i første ledd for det kommende regnskapsåret
- en redegjørelse for lederlønnspolitikken som har vært ført det foregående regnskapsåret
- en redegjørelse for virkningene av avtaler om godtgjørelse som er inngått eller endret i det foregående regnskapsåret

Erklæringen skal i tillegg inneholde en redegjørelse for hvordan statens retningslinjer er fulgt opp i underliggende virksomheter.

Erklæringen skal behandles på tilsvarende vis som angitt i Allmennaksjeloven § 6-16a i foretaksmøte som avholdes innen utgangen av juni hvert år. Det vises til Allmennaksjeloven § 5-6 tredje ledd.

**Administrerende direktørs vurderinger**

De fleste av kravene i Allmennaksjelovens § 6-16a som skal innarbeides i erklæringen følger av "Retningslinjene for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel" (vedlegg 4).

Lønnsnivået i Vestre Viken reflekterer retningslinjene for statlig eierskap ved at man ikke er lønnsledende verken i forhold til nivå eller utvikling siden reformen i 2002, eller i forhold til øvrige helseforetak i Helse Sør-Øst RHF. Det gjelder også i forhold til de virksomheter en anser å konkurrere med for å sikre at helseforetaket får kvalifiserte ressurser til viktige funksjoner. Det er imidlertid viktig å sikre riktig lønnsnivå og lønnsutvikling, og hindre at uønskede og utilsiktede lønnsforskjeller oppstår. Videre er det en ambisjon at Vestre Viken er

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

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

konkurransedyktig mht. kompetanse på kort og lang sikt. En riktig balanse på disse områdene er også av vesentlig betydning hva gjelder omdømme.

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansatte (vedlegg 1) vedtas og innarbeides som note til regnskapet for 2020.

Vedlegg:

1. Erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansatte.
2. Retningslinjer for lønn og lønnsutvikling for ledende ansatte i Helse Sør-Øst RHF (utdrag fra styresak HSØ RHF).
3. Utdrag fra Allmennaksjeloven.
4. Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel.

## VEDLEGG 1

### Erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansatte

Vestre Viken definerer personer i stillingene Administrerende direktør, Direktør Kompetanse, Direktør Teknologi, Direktør Økonomi, Direktør Fag, Direktør administrasjon og samfunnskontakt, Medisinsk direktør, Prosjektdirektør og klinikkdirektører som ledende ansatte.

Vestre Viken følger retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel (fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet 13.2.2015) hvor hovedprinsippet er:

- Lederlønningene i selskaper med helt eller delvis eierskap skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper. Det skal legges vekt på moderasjon.
- Hovedelementet i en godtgjørelsesordning bør være fastlønnen.

### Redegjørelse for lederlønnspolitikken i 2019

Vedtektenes § 8a ble vedtatt endret for Vestre Viken 17. juni 2015, med virkning for regnskapsåret 2015.

Lønn og annen godtgjørelse til administrerende direktør ble fastsatt av styret v/styreleder som ble gitt fullmakt fra styret i sak 31/2019. Lønn og godtgjørelse for øvrige ledende ansatte er fastsatt av administrerende direktør.

Lønn for ledende ansatte er i all hovedsak fastlønn.

Styret i Vestre Viken har vedtatt at retningslinjene for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel utarbeidet i Helse Sør-Øst RHF anvendes i Vestre Viken HF (sak 44/2015).

Vestre Viken hadde i 2019 målsetting om å tilby ledende ansatte konkurransedyktig lønn, men ikke være lønnsledende. Lederlønnspolitikken har i det foregående regnskapsår bygget på prinsippet som er beskrevet over.

Styret i Vestre Viken mener at lønnspolitikken i 2019 har vært i tråd med de statlige retningslinjene og retningslinjene for Helse Sør-Øst RHF.

Det ble i 2019 gjennomført et lønnsoppgjør for ledende ansatte som lå i underkant av resultatet for øvrige ansatte i foretaket. Lønnsreguleringer ble foretatt med virkning fra 1.1.2019.

### Lederlønnspolitikken i 2020

Lederlønnspolitikken i 2020 vil i all hovedsak bygge på de samme prinsipper og forutsetninger som er redegjort for i lederlønnspolitikken for 2019.

## Saksframlegg

**Saksgang:**

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	30. april 2015

**SAK NR 027-2015****NYE RETNINGSLINJER FOR LØNN OG ANNEN GODTGJØRELSE TIL LEDENDE ANSATTE I FORETAK OG SELSKAPER MED STATLIG EIERANDEL*****Forslag til vedtak:***

1. Styret godkjenner retningslinjer for avlønning av administrerende direktør og ledende ansatte i Helse Sør-Øst RHF.
2. Styret ber om at retningslinjene styrebehandles i helseforetakene.

Hamar, 22. april 2015

Cathrine Lofthus  
administrerende direktør

## 1. Hva saken gjelder

13. februar 2015 fastsatte Nærings- og fiskeridepartementet nye ”Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel”.

17. mars 2015 sendte Helse- og omsorgsdepartementet ut et eget brev om saken med de viktigste endringene (se vedlegg 1). Administrerende direktør vurderer at de nye retningslinjer er et godt virkemiddel for å fastsette retningslinjer for avlønning av ledere i Helse Sør-Øst.

Administrerende direktør har valgt å konkretisere retningslinjer for avlønning av ledende ansatte i Helse Sør-Øst basert på de nye retningslinjene. I tillegg utdypes kriteriene for fastsettelse av lønn til administrerende direktør og ledende ansatte i Helse Sør-Øst RHF. Det anbefales at retningslinjene behandles i helseforetakenes styrer.

## 2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

### 2.1 Gjeldende praksis i Helse Sør-Øst RHF

Helse Sør-Øst RHF har i prinsippet fulgt de gamle ”Retningslinjer for statlig eierskap – holdninger til lønn” fra Handels- og næringsdepartementet gjennom fastsettelse av lønn for administrerende direktør og ledende ansatte i Helse Sør-Øst RHF siden disse sist ble fastsatt i 2006 og revidert i 2010. De nye retningslinjene inneholder ingen særlige endringer som får føringer på Helse Sør-Øst.

Følgende praksis har vært etterlevd og anbefales videreført:

- Lønnsoppgjøret i Helse Sør-Øst RHF har skjedd samlet, med unntak av administrerende direktør som har fått fastsatt sin lønn direkte av styret.
- Ledere på nivå 2, dvs. de som rapporterer til administrerende direktør, har blitt lønnsvurdert av administrerende direktør. Avdelingsledere (nivå 3) har blitt lønnsvurdert av direktører på nivå 2.
- Alle ledere inkl. nivå 3 er unntatt fra overenskomst.
- Lønnsoppgjøret i det regionale helseforetaket har fulgt resultatet og føringer fra tariffoppgjør i sektoren (eksempler er: forholdet til likelønn, kvinner i fødselspermisjon behandles likt som alle andre, spesielle B-delsprotokoller o.l.). Normalt har Helse Sør-Øst RHF samlet sett ligget under den totale rammen, og med en noe ulik vurdering av fordeling mellom generelt tillegg og det individuelle tillegget. Lønn har vært fastsatt individuelt, men basert på en generell komponent som i prinsippet har utgjort ca 40 – 50 % av rammen og hvor resterende del har vært tildelt individuelt basert på gitte kriterier og resultatmål i forhold til samarbeidsavtaler/ individuell lønnsvurdering.
- Uorganiserte har vært behandlet etter de samme økonomiske rammer som er fastsatt i forhandlinger med organiserte (uorganiserte følger ”største brukers prinsipp”).
- Det har skjedd en gradvis harmonisering av lønn de siste årene i forhold til likelønn, kjønn og ansvar.

- Alle ansatte inviteres til lønnsamtale med sin nærmeste leder før forslag til lønnsfastsettelse besluttet, hvor hver enkelt ansatt skal vurderes ut i fra følgende kriterier
  - Arbeids- og ansvarsområde
  - Kompleksitet i arbeidsoppgaven
  - Fleksibilitet
  - Anvendt kompetanse/spisskompetanse
  - Jobbutøvelse/resultater/evne til å levere
  - Tverrfaglig teamarbeid
  - Medarbeiderens utvikling
  - Likelønnshensyn
  - Annet som kan påvirke situasjonen som endring i ansvars- og arbeidsoppgaver, omfang av personalansvar etc.
- Administrerende direktør gjør en sluttvurdering av den samlede innstilling fra nivå 2 lederne før endelig beslutning.
- Før lønnsforhandlingene drøftes opplegg og rammer med lokale tillitsvalgte og AMU før behandling i administrerende direktørs ledergruppe.

## **2.2 Nye retningslinjer for fastsetting av lønn og lønnsutvikling for ledende ansatte i Helse Sør-Øst RHF**

Helse Sør-Øst RHF anser at lønnsfastsettelsen og lønnsnivået i dag reflekterer retningslinjene for statlig eierskap ved at man ikke er lønnsledende verken i forhold til nivå eller utvikling siden reformen i 2002 eller i forhold til øvrige regionale helseforetak eller de virksomheter en anser å konkurrere med for å sikre at virksomheten får de beste ressursene til sine viktige funksjoner.

På bakgrunn av retningslinjene for statlige selskaper anses det derfor som riktig at styret i Helse Sør-Øst RHF fastsetter retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i Helse Sør-Øst RHF.

Følgende retningslinjer anbefales derfor gjort gjeldende for fastsettelse av lederlønn i Helse Sør-Øst RHF:

### **Generelle forhold**

- Lederlønningene skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper med samme kompleksitet.
- Hovedelementet i en kompensasjonsordning skal være den faste grunnlønnen.
- Kompensasjonsordningene skal utformes slik at lønn ikke påvirkes på grunn av eksterne forhold som ledelsen selv ikke kan påvirke.
- Administrerende direktør må kunne forvente en lønnsutvikling i tråd med lønnsutviklingen i samfunnet for øvrig.
- De enkelte elementer i en lønnspakke skal vurderes samlet, med fast lønn og andre goder som pensjoner og sluttvederlag som en helhet. Styret skal ha en oversikt over den samlede verdi av den enkelte leders avtalte kompensasjon. Dette betyr i tillegg til administrerende direktør ledere på nivå 2 i organisasjonen.



- Det er styrets ansvar å fastsette retningslinjer for godtgjørelse til ledende ansatte. Administrerende direktørs godtgjørelse fastsettes av styret.
- Styret skal påse at lederlønsordningene ikke gir uheldige virkninger for helseforetaket eller svekker dets omdømme.
- Medarbeidere i ledelsen skal ikke ha særskilt godtgjørelse for styreverv i andre selskaper i samme foretaksgruppe.
- Variabel lønn skal ikke benyttes ved fastsettelse av lederlønn.

### **Pensjonsytelser**

- Pensjonsvilkår skal være på linje med andre ansattes vilkår i Helse Sør-Øst RHF.
- I den grad det avtales lavere pensjonsalder enn folketrygdens pensjonsalder på 67 år, skal pensjonsalderen som hovedregel ikke settes lavere enn 65 år.
- For Helse Sør-Øst skal samlet pensjonsgrunnlag ikke overstige 12 G.

### **Sluttvederlag**

I henhold til arbeidsmiljøloven § 15-16 er det kun virksomhetens øverste leder, dvs administrerende direktør som med rettsvirkning på forhånd kan frasi seg oppsigelsesvernet. Det innebærer at slike klausuler som andre ledende ansatte inngår, ikke vil være rettslig bindende og at disse i den konkrete situasjonen kan velge å bestride et krav om fratreden. Bestemmelsen vil imidlertid håndtere/løse situasjonen dersom den ansatte velger å etterkomme anmodning om fratreden.

For at klausulen skal være en gyldig fraskrivelse i forhold til administrerende direktør må det inn en klausul i administrerende direktørs arbeidsavtale om at administrerende direktør fraskriver seg oppsigelsesvernet i henhold til aml § 15-16 (2).

For øvrig gjelder følgende retningslinjer:

- Sluttvederlag skal ikke benyttes ved frivillig avgang.
- Sluttvederlag og lønn i oppsigelsestid skal normalt ikke overstige 12 måneders fastlønn.
- Ved ansettelse i ny stilling eller ved inntekt fra næringsvirksomhet som vedkommende er aktiv eier av, skal sluttvederlaget reduseres med et forholdsmessig beløp beregnet på grunnlag av den nye årsinntekten. Reduksjon kan først skje etter at vanlig oppsigelsestid for stillingen er ute.
- Sluttvederlaget kan holdes tilbake hvis vilkårene for avskjed foreligger, eller hvis det i perioden hvor det ytes sluttvederlag oppdages uregelmessigheter eller forsømmelser som kan lede til erstatningsansvar eller at vedkommende blir tiltalt for lovbrudd.

Administrerende direktør vil se til at avtaler om sluttvederlag med ledende ansatte er i tråd med dette.

### 2.3 Kriterier for fastsetting av lønn til administrerende i Helse Sør-Øst RHF

I dag fastsettes lønn for administrerende direktør og ledende ansatte basert på følgende rammebetingelser:

- Lønnsutviklingen i samfunnet for øvrig
- Lønnsnivået for sammenlignbare stillinger i statseide selskaper
- Oppnådde resultater i forhold til virksomhetens hovedmål basert på status per årsavslutning
- Utøvelse av lederskap og evne til å skape godt arbeidsmiljø

Administrerende direktørs lønn fastsettes etter det ordinære lønnsoppgjøret og gjøres gjeldende fra 1. januar samme år.

### 2.4 Oppfølging i helseforetakenes styrer

Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at også helseforetakene følger de retningslinjene som ligger til grunn for statlig eierskap og operasjonalisert gjennom denne saken. Dette er i tråd med de retningslinjer som har vært fulgt så langt, men med noen tydeligere presiseringer av kriterier for individuell lønnsfastsettelse.

Det anbefales derfor at retningslinjer og kriterier for fastsetting av lønn og lønnsutvikling for ledende ansatte og administrerende direktør gitt i denne saken også behandles i helseforetakenes styre.

## 3. Administrerende direktørs anbefaling

Det er viktig å sikre riktig lønnsnivå og lønnsutvikling for alle ansatte og hindre at uønsket og utilsiktede lønnsforskjeller oppstår. Det er også viktig at organisasjonen er konkurransedyktig mht. kompetanse på kort og lang sikt. En riktig balanse på disse områdene er også av vesentlig omdømmemessig betydning.

Administrerende direktør anser at prinsippene som anbefales bidrar til denne balansen og til at Helse Sør-Øst RHF er tydelig og forutsigbar i lønsmessige forhold.

Administrerende direktør anbefaler at de nye "Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel" supplert med retningslinjene for Helse Sør-Øst legges til grunn for det videre arbeid.

Det anbefales videre at retningslinjene og prinsippene i denne saken styrebehandles i hvert enkelt helseforetak.

Trykte vedlegg:

- Brev datert 17. mars 2015 fra HOD til alle RHF: Nye retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel

Utrykte vedlegg:

- Ingen



Utdrag fra Allmennaksjeloven:

**§ 6-16 a. Erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte**

(1) Styret skal utarbeide en erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansatte. I vedtektene kan det fastsettes at erklæringen skal utarbeides av et annet organ. Erklæringen skal omfatte lønn og i tillegg godtgjørelse i form av:

1. naturalytelser,
2. bonuser,
3. tildeling av aksjer, tegningsretter, opsjoner og andre former for godtgjørelse som er knyttet til aksjer eller utviklingen av aksjekursen i selskapet eller i andre selskaper innenfor det samme konsernet,
4. pensjonsordninger,
5. etterlønsordninger,
6. alle former for variable elementer i godtgjørelsen, eller særskilte ytelser som kommer i tillegg til basislønnen.

(2) Erklæringen skal inneholde retningslinjer for fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse som nevnt i første ledd for det kommende regnskapsåret. Retningslinjene bør angi hovedprinsippene for selskapets lederlønnspolitik. Retningslinjene skal angi om det skal kunne gis godtgjørelse i tillegg til basislønn, om det skal settes vilkår eller rammer for slik godtgjørelse, og hva disse i så fall går ut på, samt eventuelle ytelseskriterier eller andre tildelingskriterier. Retningslinjene for ordninger som nevnt i første ledd tredje punktum nr 3 er bindende for styret, hvis ikke noe annet er fastsatt i vedtektene. For øvrig er retningslinjene veiledende, men det kan fastsettes i vedtektene at de skal være bindende. Dersom styret i en avtale fraviker retningslinjene, skal begrunnelsen for dette angis i styreprotokollen.

(3) Erklæringen skal også inneholde en redegjørelse for den lederlønnspolitikken som har vært ført det foregående regnskapsåret, herunder hvordan retningslinjene for lederlønsfastsettelsen er blitt gjennomført.

(4) Erklæringen skal dessuten gi en redegjørelse for virkningene for selskapet og aksjeeierne av avtaler om godtgjørelse som nevnt i første ledd tredje punktum nr 1 til 6 som er inngått eller endret det foregående regnskapsåret.

## Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel

(fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet med virkning fra 13.2.2015)

Retningslinjene erstatter retningslinjene av 31.3.2011.

### Formål

Retningslinjene angir hvilke forhold staten som eier vil legge vekt på i sin stemmegivning når styrets erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte behandles på selskapets generalforsamling, foretaksmøte eller lignende. Retningslinjene reflekterer også statens holdning til lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i selskaper der dette ikke er egen sak på generalforsamlingen. Retningslinjene endrer ikke selskapslovgivningens regulering av styrets ansvar eller rolledelingen mellom generalforsamling og styre eller mellom styre og daglig leder. Der hvor næringsspesifikt regelverk stiller strengere eller mer detaljerte krav til selskapene enn disse retningslinjene, har slikt regelverk forrang.

### Retningslinjenes virkeområde

Retningslinjene gjelder for ledende ansatte, jf. definisjon nedenfor, i selskaper<sup>1</sup> hvor staten har en direkte eierandel. Staten forventer at selskaper hvor staten har en eierandel på over 90 pst., sikrer at statens retningslinjer også gjelder for heleide datterselskaper.

### Definisjoner

- *Ledende ansatte* omfatter daglig leder og andre ledende ansatte, jf. Ot.prp. nr. 55 (2005-2006) som viser til forståelsen av begrepet i allmennaksjeloven § 4-12 og regnskapsloven §§ 7-26 og 7-31.
- Med *godtgjørelsesordning* menes ett eller flere av følgende elementer: fastlønn, variabel lønn (bonus, aksjeprogram, opsjoner og tilsvarende),

annen godtgjørelse (naturalytelser og lignende), pensjonsytelser og sluttvederlag.

- Med *opsjoner* som avlønningsform menes rett til å kjøpe aksjer til på forhånd avtalt pris. Retningslinjene sidestiller opsjonsavtaler hvor eventuell gevinst utbetales direkte uten foregående fysiske transaksjoner (syntetiske opsjoner) med alminnelige opsjoner, jf. regnskapslovens krav til rapportering.
- Med *aksjeprogram* menes ordninger med direkte aksjeeierskap uten foregående opsjon. Dette kan innebære at den ansatte får aksjen som betaling, rabatt ved aksjekjøp eller bonusutbetaling med betingelse om å kjøpe aksjer. Såkalte langtidsoptjentivordninger (LTI) anses som et aksjeprogram. Aksjespareprogram for alle ansatte omfattes ikke av retningslinjene.
- *Sluttvederlag* omfatter her kompensasjon i tilknytning til fratredelse og kan inneholde etterlønn, arbeidsfrie perioder, andre finansielle ytelser og naturalytelser.

### Styrets erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse

- Det følger av bestemmelser i allmennaksjeloven § 5-6 (3) og § 6-16a at styret i allmennaksjeselskaper skal utarbeide erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse for daglig leder og andre ledende ansatte. Erklæringen skal behandles på den ordinære generalforsamlingen og skal inneholde styrets retningslinjer for fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse for daglig leder og andre ledende ansatte for det kommende regnskapsåret. Allmennaksjelovens regler om lederlønnserklæring gjøres gjeldende gjennom vedtektsbestemmelser<sup>2</sup> for alle selskaper som staten har eierandel i, og som ikke defi-

<sup>1</sup> Statsforetak, regionale helseforetak, særlovselskaper, statsaksjeselskaper, allmennaksjeselskaper og aksjeselskaper.

<sup>2</sup> I deleide selskaper må staten enten alene eller sammen med andre aksjonærer ha 2/3 flertall for å gjøre nødvendige vedtektsendringer.

## Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel

(fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet med virkning fra 13.2.2015)

- neres som «små foretak» etter regnskapsloven.
- Styrets erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte skal også inneholde en redegjørelse for den lederlønnspolitikken som har vært ført det foregående regnskapsåret, herunder hvordan styrets retningslinjer for fastsettelsen av lønn og annen godtgjørelse er blitt gjennomført. Dersom styret i en avtale fraviker egne retningslinjer, bør det opplyses om dette i redegjørelsen.
- I selskaper hvor staten har en direkte eierandel på over 90 pst., skal vedtektene inneholde en bestemmelse om at det i styrets erklæring om lønn og annen godtgjørelse også skal redegjøres for hvordan statens retningslinjer er fulgt opp i hel- eller datterselskaper.
- Styret skal ha en oversikt over den totale verdien av den enkelte leders avtalte godtgjørelse og redegjøre for denne på en lett tilgjengelig måte i selskapets årsregnskap.
- Den samlede godtgjørelsen skal ses under ett når styret vurderer denne i forhold til statens retningslinjer.
- Styret skal påse at godtgjørelsesordningene ikke gir uheldige virkninger for selskapet eller svekker selskapets omdømme.
- Ledende ansatte skal ikke ha særskilt godtgjørelse for styreverv i andre selskaper i samme konsern.
- Avtaler inngått før ikrafttreden av disse retningslinjene kan opprettholdes.

### «Følg eller forklar»-prinsippet

- Staten vil legge til grunn et «følg eller forklar»-prinsipp ved håndhevelsen av statens retningslinjer. Det vil si at styrene i sin erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse bør redegjøre for i hvilken grad styrets retningslinjer for fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte for kommende regnskapsår er i overensstemmelse med statens retningslinjer. Eventuelle avvik begrunnes.
- I selskaper hvor staten har en direkte eierandel på over 90 pst., legges det til grunn at statens retningslinjer for lederlønn skal følges. Dette innebærer at styret ikke kan fravike statens retningslinjer når styret utarbeider sine retningslinjer.

### Hovedprinsipper for fastsettelse av godtgjørelsesordninger

- Det er styrets ansvar å fastsette retningslinjer for godtgjørelse til ledende ansatte. Daglig leders godtgjørelse fastsettes av styret.
- Godtgjørelsen til ledende ansatte skal være konkurransedyktig, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper.
- Styret skal bidra til moderasjon i godtgjørelsen til ledende ansatte.
- Hovedelementet i en godtgjørelsesordning bør være fastlønnen.
- Ordningene skal utformes slik at det ikke oppstår urimelig godtgjørelse på grunn av eksterne forhold som ledelsen ikke kan påvirke.

### Variabel lønn

Eventuell variabel lønn skal bygge på følgende prinsipper:

- Det skal være en klar sammenheng mellom de mål som ligger til grunn for den variable lønnen, og selskapets mål.
- Variabel lønn skal være basert på objektive, definerbare og målbare kriterier som lederen kan påvirke. Flere relevante målekriterier bør legges til grunn.
- En ordning med variabel lønn skal være transparent og klart forståelig. Ved redegjørelse for ordningen er det vesentlig å få belyst forventet og potensiell maksimal utbetaling for hver enkelt deltaker i programmet.
- Ordningen skal være tidsbegrenset.
- Samlet oppnåelig variabel lønn, dvs. hva som maksimalt kan opptjenes det enkelte år, bør ikke overstige 50 pst. av fastlønn, med mindre særskilte hensyn tilsier det.
- Aksjeprogrammer, som LTI, kan benyttes av børsnoterte selskaper dersom de er særlig egnet til å nå langsiktige mål for selskapets utvikling. Aksjebasert avlønning skal utformes slik at den bidrar til langsiktig innsats for selskapet og bør innebære bindingstid på aksjene på minst tre år. For børsnoterte selskaper kan staten støtte en tilleggsramme øremerket slike aksjeprogrammer, hvor verdien av det tildelte beløpet ikke skal overstige 30 pst. av fastlønn.
- Opsjoner og andre opsjonslignende ordninger skal ikke benyttes.

**Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse  
til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel**  
(fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet med virkning fra 13.2.2015)

3

*Pensjonsytelser – tjenstepensjon*

- Pensjonsvilkår for ledende ansatte skal være på linje med andre ansattes vilkår i selskapet.
- Pensjonsgrunnlaget for alderspensjon skal ikke overstige maksimalgrensen i de skattefavorederte kollektive pensjonsordningene i Norge (p.t. 12G), jf. innskuddspensjonsloven, foretakspensjonsloven og tjenstepensjonsloven.
- Ved avtaler om ytelsespensjon skal det tas hensyn til eventuell ytelsespensjon som er opptjent fra andre stillinger. Samlet pensjonsutbetaling bør ikke overstige 66 pst. av lønn opp til 12 G.
- Når en leder ikke lenger er ansatt i selskapet skal det ikke lenger påløpe pensjonskostnader ut over hva som følger av en eventuell skattefavoredert ytelsesordning.

*Sluttvederlag*

- I forhåndsavtaler hvor virksomhetens øverste leder fraskriver seg bestemmelsene om oppsigelsesvern i arbeidsmiljøloven, kan det avtales sluttvederlag i overensstemmelse med arbeidsmiljøloven § 15-16 (2). Sluttvederlag bør ikke benyttes når lederen har tatt initiativ til oppsigelsen.
- Sluttvederlag og lønn i oppsigelsestiden bør i sum ikke overstige 12 månedslønner.
- Ved ansettelse i ny stilling eller ved inntekt fra næringsvirksomhet som vedkommende er aktiv eier av, bør sluttvederlaget reduseres med et forholdsmessig beløp beregnet på grunnlag av den nye årsinntekten. Reduksjon kan først skje etter at vanlig oppsigelsestid for stillingen er ute.
- Sluttvederlag kan holdes tilbake hvis vilkårene for avskjed foreligger, eller hvis det i perioden hvor det ytes sluttvederlag oppdages uregelmessigheter eller forsømmelser som kan lede til erstatningsansvar eller at vedkommende blir tiltalt for lovbrudd.
- For øvrige ledende ansatte kan det ikke inngås forhåndsavtale om sluttvederlag hvor kompensasjon ved fratredelse er endelig fastsatt. Det kan i stedet inngås forhåndsavtale om rimelig sluttvederlag som får virkning dersom den ansatte ikke bestrider oppsigelsen. For slikt sluttvederlag vil ovennevnte retningslinjer gjelde tilsvarende.

Dato: 08.06.2020  
Saksbehandler: Elin Onsøyen

## Saksfremlegg

### Orienteringer

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken	36/2020	15.06.2020

### Forslag til vedtak

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

Drammen, 8. juni 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør



## Bakgrunn

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

## Saksutredning

1. Foreløpig styreprotokoll fra styret i Helse- Sørøst 30. april  
Viser til vedlegg 1
2. Foreløpig styreprotokoll fra styret i Helse- Sørøst 12. mai  
Viser til vedlegg 2
3. Hovedarbeidsmiljøutvalget i Vestre Viken HF 2. juni 2020  
Viser til vedlegg 3
4. Styrets arbeid 2020 pr juni (oversikt planlagte saker)  
Viser til vedlegg 4
5. Brukerutvalget – foreløpig referat fra møte 10. juni 2020 (ettersendes)  
Viser til vedlegg 5

## Administrerende direktørs vurderinger

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

- Vedlegg:
1. Foreløpig styreprotokoll fra styret i Helse- Sørøst 30. april
  2. Foreløpig styreprotokoll fra styret i Helse-Sørøst 12. mai
  3. Hovedarbeidsmiljøutvalget i Vestre Viken HF 2. juni 2020
  4. Styrets arbeid 2020 pr juni (oversikt planlagte saker)
  5. Brukerutvalget – foreløpig referat 11. juni 2021 (ettersendes)



## Møteprotokoll

---

**Styre:** Helse Sør-Øst RHF  
**Møtested:** Skype/telefon  
**Dato:** 30. april 2020  
**Tidspunkt:** Kl 10:00 – 14:00

---

### Følgende styremedlemmer møtte:

---

Svein I. Gjedrem	Styreleder
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder
Kirsten Brubakk	
Olaf Qvale Dobloug	
Christian Grimsgaard	
Bushra Ishaq	
Vibeke Limi	
Einar Lunde	
Lasse Sølvberg	
Sigrun E. Vågeng	Fra kl 11:45

---

### Fra brukerutvalget møtte:

---

Nina Roland  
Lilli-Ann Stensdal

---

### Fra administrasjonen deltok:

---

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus  
Eierdirektør Tore Robertsen  
Viseadministrerende direktør Jan Frich, økonomidirektør Hanne Gaaserød, direktør teknologi og e-helse Rune Simensen, direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø, konserndirektør Atle Brynestad, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande og enhetsleder IKT-prosjektportefølje Eli Stokke Rondeel

---

**Saker som ble behandlet:**

<b>029-2020</b>	<b>Godkjenning av innkalling og sakliste</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

<b>030-2020</b>	<b>Godkjenning av protokoll fra styremøte 12. mars og ekstraordinært styremøte 15. april 2020</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 12. mars og ekstraordinært styremøte 15. april 2020 godkjennes.

<b>031-2020</b>	<b>Virksomhetsrapport per februar og mars 2020</b>
-----------------	--

**Oppsummering**

Saken presenterer virksomhetsrapport for februar og mars 2020.

**Kommentarer i møtet**

Styret viste til at man ville få et bedre bilde av konsekvenser av Covid-19-epidemien når det etter hvert foreligger mer informasjon og data. Styret må derfor komme tilbake til aktuelle spørsmål ved senere rapporteringer. Styret pekte også på at investeringsaktiviteten for bygg må opprettholdes.

Styret understreker at det i den videre dialogen med Helse- og omsorgsdepartementet om konsekvensene av Covid-19-epidemien må presiseres at:

- Helseforetakenes investeringsevne må opprettholdes
- Den innsatsstyrte finansieringen som er en overslagsbevilgning bør omgjøres til en fast bevilgning i 2020
- Manglende gjestepasientinntekter bør kompenseres
- Det må sikres kompensasjon for økte personalkostnader som har påløpt og som vil påløpe så lenge epidemien pågår og i etterkant grunnet utsatt pasientbehandling

Styret ber om raushet fra Regjeringen ved fremleggelse av revidert nasjonalbudsjett slik at ikke helseforetakene av økonomiske årsaker må gjennomføre innsparinger ut over høsten som vil gå ut over pasienttilbudet.

### Styrets enstemmige

## VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport per februar og mars 2020 til etterretning.

032-2020	Årsregnskap, årsberetning 2019 og spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2019
----------	---

### Oppsummering

Årsberetning og årsregnskap 2019 med noter legges fram til behandling. I tillegg legges Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar for 2019 fram for styret til orientering.

### Kommentarer i møtet

Styret ga honnør for god årsberetning og var også fornøyd med rapporten om samfunnsansvar. Styret ba om at det ble gitt en omtale av systematisk innhenting av brukererfaringer i endelig versjon av årsberetningen.

Ekstern revisor presenterte en overordnet gjennomgang av årsregnskapet. Ekstern revisor hadde også en kort gjennomgang med styret alene.

Styret understreker at standard i Helse Sør-Øst er at alle helseforetaksstyrer har alenetid med ekstern revisor. Styret ba om at administrerende direktør understreket dette overfor styrelederne i eget brev.

### Styrets enstemmige

## VEDTAK

1. Styret godkjenner årsberetning og årsregnskap for 2019.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å godkjenne mindre endringer i årsberetningen og årsregnskapet for 2019, basert på innspill gitt i møtet.
3. Styret tar spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar for 2019 til orientering.

<b>033-2020</b>	<b>Gjennomføring av foretaksmøter mai 2020</b>
-----------------	--

### Oppsummering

I henhold til helseforetakenes vedtekter skal det avholdes foretaksmøter innen utgangen av juni hvert år der helseforetakenes årsregnskap, årsberetning og årlig melding skal behandles. Det planlegges at disse foretaksmøtene gjennomføres 18. mai 2020. Helse- og omsorgsdepartementet gjennomfører foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF 11. juni 2020 for behandling av tilsvarende saker.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Det avholdes foretaksmøter med helseforetakene i Helse Sør-Øst 18. mai 2020 med behandling av følgende saker:

- Helseforetakenes årsregnskap og årsberetning for 2019
- Honorar til revisor i 2019
- Helseforetakenes årlige melding 2019

<b>034-2020</b>	<b>Tertialrapport 3. tertial 2019 for regionale byggeprosjekter</b>
-----------------	---

### Oppsummering

Styresaken har som formål å redegjøre for status per 3. tertial 2019 for de regionale byggeprosjektene i Helse Sør-Øst.

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

### Kommentarer i møtet

Styret var fornøyd med den orienteringen som ble gitt om virkningen Covid-19-epidemien har hatt så langt for de regionale byggeprosjektene. Styret legger vekt på at fremdriften i byggeprosjektene overholdes slik at det også kan være et bidrag til å opprettholde aktiviteten i økonomien. Styret er fortsatt bekymret for fremdriften for regional sikkerhetsavdeling ved Oslo universitetssykehus HF og støtter at det nå følges to spor.

Styret støttet at erfaringer fra Covid-19 epidemien tas med i den videre planleggingen av nye Aker og nye Rikshospitalet.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Styret tar status per tredje tertial 2019 for regionale byggeprosjekter til etterretning.

<b>035-2020</b>	<b>Status og rapportering for regional IKT-prosjektportefølje per tredje tertial 2019</b>
-----------------	---

### Oppsummering

Saken omfatter de styrevedtatte prosjektene i den regionale IKT-prosjektporteføljen. Det rapporteres på fremdrift, økonomi, kvalitet og risiko for hvert prosjekt. Rapporteringen per prosjekt avsluttes når den aktuelle IKT-løsningen er innført ved de helseforetak som omfattes av prosjektet. Oppgraderinger av løsningen etter at den er satt i drift inngår ikke i rapporteringen. Dersom det er behov for vesentlig utviklingsarbeid før løsningen er satt i drift, og som krever økt kostnadsramme, vil det bli fremlagt sak for styret om dette. Rapporteringen vil da bli tilpasset ny styrevedtatt kostnadsramme.

### Kommentarer i møtet

Styret viser til omtale av kritiske punkter fra ekstern kvalitetssikrer og viser til at dette også har betydning for behandlingen av etterfølgende saker (sak 036-2020 og 037-2020).

### Styrets enstemmige

## V E D T A K

Styret tar status per tredje tertial 2019 for gjennomføringen av de styregodkjente prosjektene i regional IKT-prosjektportefølje til etterretning.

<b>036-2020</b>	<b>Status og rapportering tredje tertial 2019 for programmene STIM og ISOP, Sykehuspartner HF</b>
-----------------	---

### Oppsummering

I foretaksmøtet den 14. juni 2018 fikk Sykehuspartner HF i oppdrag å etablere et nytt program for standardisering og modernisering av regionens IKT-infrastruktur. Foretaksmøtet viste til og var basert på styresak 048-2018 i Helse Sør-Øst RHF. Planleggingen av dette programmet (STIM) ble igangsatt høsten 2018 og programmet ble formelt etablert 1. januar 2019.

Denne styresaken omfatter status per 31. desember 2019 for programmene STIM (standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering) og ISOP (tilgangsstyring, informasjonssikkerhet og personvern). Det rapporteres på fremdrift, kvalitet, økonomi og risiko for hvert prosjekt i de to programmene. Saken omtaler også virksomhetsrapporten for januar 2020 for programmene STIM og ISOP. Grunnen til dette er at status som beskrives i januar 2020 viser en vesentlig mer utfordrende situasjon enn det som fremkommer i virksomhetsrapporten per tredje tertial 2019.

Det er spesielt programmet STIM som har store utfordringer. Denne styresaken beskriver hva disse utfordringene er og hvilke krav Helse Sør-Øst RHF må stille Sykehuspartner HF i den videre oppfølgingen av programmet.

### Kommentarer i møtet

Sykehuspartner HF har håndtert utfordringene med Covid-19-epidemien godt. Samtidig er ikke framdriften i STIM-programmet tilfredsstillende. Styret er særskilt bekymret for prosjektet felles plattform. Styret understreket at det fortsatt må være tett og god oppfølging fra Helse Sør-Øst RHF og at samarbeidet med de øvrige helseforetakene må ivaretas. Styret konstaterer at det er utfordringer i den interne organiseringen av programmet i Sykehuspartner HF og vektlegger at det må være korte beslutningslinjer for å sikre god fremdrift i programmet.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

1. Styret er bekymret over fremdriften i programmet STM og tar ellers status per tredje tertial 2019 for programmene STIM og ISOP som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF, til orientering.
2. Styret legger til grunn at Sykehuspartner HF iverksetter de tiltak som er nødvendige for å nå målene for programmene STIM og ISOP.

037-2020	Følgerevisjon av Program STIM – 3. tertial 2019
----------	---

### Oppsummering

Styret i Helse Sør-Øst RHF ba revisjonsutvalget i møte 13. desember 2018 om å utarbeide et opplegg for en følgerevisjon av Program for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering (STIM). Styret sluttet seg til konsernrevisjonens innretning av revisjonen i møte 25. april 2019. Revisjonen gjennomføres med tertialvise rapporter. Denne saken presenterer resultatene fra revisjonen for 3. tertial 2019.

### Kommentarer i møtet

Styret viste til at konsernrevisjonens følgerevisjon må komme tettere på prosjektarbeidet og delta i relevante møter og prosjektaktiviteter i Sykehuspartner HF.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Styret tar revisjonsrapport 13/2019 om Program STIM til orientering.



038-2020	Sørlandet sykehus HF – forprosjektrapport nybygg psykisk helsevern i Kristiansand
----------	---

### Oppsummering

Forprosjektet for nybygg psykisk helsevern Kristiansand, Sørlandet sykehus HF, er basert på den løpende oppfølgingen av forprosjektet gjennom prosjektstyret, foreliggende forprosjektrapport, prosjektstyrets vedtak av 27. februar 2020 og vedtak i styret i Sørlandet sykehus HF 12. mars 2020.

Prosjektrapporten dekker de områder, oppgaver og krav som ligger til et forprosjekt, gitt av veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter og mandat for prosjektstyret fastsatt av Helse Sør-Øst RHF.

Prosjekteringen er gjennomført i samspill med Skanska Norge AS og med samhandling fra ansatte og brukere i Sørlandet sykehus HF.

I denne saken legges forprosjektet fram for styret i Helse Sør-Øst RHF for investeringsbeslutning (B4) i samsvar med gjeldende veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter.

Det ble gitt en redegjørelse innledningsvis og her ble det vist til de prosjektutløsende behov. Nytt bygg for psykisk helsevern vil samle sykehuspsykiatrien i ett bygg på Eg i Kristiansand. Driften er nå i fire bygg i Kristiansand, i tillegg til at avdeling for barn og unges psykiske helse ligger i et eldre bygg på sykehusområdet i Arendal. Det eldste bygget i Kristiansand er fra 1881 og bygget i Arendal gir sikkerhetsutfordringer. I tillegg til at dagens sykehusdrift er spredt på flere bygg, er disse byggene lite egnet for god pasientbehandling, lite fleksible og deler er i en slik tilstand at det ikke er mulig med oppgradering til akseptabel standard. Videre er det kapasitetsbegrensninger, spesielt innen avdeling for barn og unges psykiske helse, slik at barn og unge også må legges inn i psykiatriske døgnenheter for voksne.

Prosjektet er ikke økonomisk bærekraftig, og det har vært en negativ utvikling fra konseptfasen som påviste svakt positiv bærekraft. Det er særlig to forhold som har ført til denne endringen; økte bemanningskostnader som en følge av økt sengetall for barn og ungdom og en metodeendring som medfører at prosjektet er tilordnet en vesentlig lavere andel av kontantstrømmene fra helseforetakets totale resultat. Metodeendringen innebærer ingen endring i helseforetakets totale økonomi. Sørlandet sykehus HF har oppdatert økonomisk langtidsplan og påvist fortsatt økonomisk bærekraft på helseforetaksnivå. Dette forutsetter effektivisering og gevinstrealiseringen lagt til grunn i forprosjektet. Sørlandet sykehus HF har oppspart fordring på Helse Sør-Øst RHF som er større enn investeringen i nybygg psykisk helsevern. Helseforetaket har også en god likviditetssituasjon. Dette gjør at Sørlandet sykehus HF til tross for negativ økonomisk bærekraft på dette prosjektet, ikke vil komme i en netto låneposisjon til resten av foretaksgruppen.

### Kommentarer i møtet

Styret viste til redegjørelsen fra administrerende direktør om de prosjektutløsende behov. Styret konstaterte at prosjektet ikke har bærekraft isolert sett. Styret pekte imidlertid på at det ikke foreligger et egnet null-alternativ som man kan ta utgangspunkt i. Styret legger vekt på at det fortsatt skal ytes gode og forsvarlige tjenester i Sørlandet sykehus HF innenfor psykisk helsevern, særlig for barn og unge. Derfor trengs det nye bygg. Styret viste også til at Sørlandet sykehus HF prioriterer prosjektet og har fordring i det regionale helseforetaket som setter helseforetaket i stand til å finansiere egenandelen i prosjektet.

## Styrets enstemmige

### VEDTAK

1. Styret godkjenner forprosjektrapporten for nybygg psykisk helsevern i Kristiansand, Sørlandet sykehus HF, og ber om at den legges til grunn for den videre gjennomføringen av prosjektet.
2. Prosjektet skal gjennomføres innenfor et økonomisk styringsmål (P50) på 898 millioner kroner (prisnivå desember 2019), hvorav 25 millioner kroner til ikke-bygg nær IKT.
3. Styret konstaterer at nybygget ikke er bærekraftig på prosjektnivå og at bærekraft på helseforetaksnivå forutsetter både økonomisk effektivisering og realisering av prosjektgevinstene. Styret legger til grunn at Sørlandet sykehus HF realiserer de gevinstene som er identifisert som følge av prosjektet. Gevinstrealiseringsplanen skal inneholde konkrete tiltak som kan måles og følges opp. Planen skal oppdateres årlig i forbindelse med helseforetakets innspill til økonomisk langtidsplan.
4. Det skal gjennom hele prosjektforløpet arbeides målrettet med å forbedre prosjektet og definere tiltak som kan bidra til å redusere kostnadsnivået, slik at det i størst mulig grad er trygghet for at prosjektet kan gjennomføres innenfor styringsmålet.
5. Administrerende direktør gis fullmakt til å godkjenne prosjektets mandat for gjennomføringsfasen.

039-2020	Innføring av regional laboratoriedataløsning – status og kostnadsramme patologi
----------	---

### Oppsummering

Prosjekt regional laboratoriedataløsning har som formål å innføre systemet LVMS til helseforetakene i regionen. Løsningen er innført ved Sykehuset Østfold HF i forbindelse med bygging av nytt sykehus på Kalnes. Etter innføring ved Sykehuset Østfold HF ble det i fase 2 av prosjektet arbeidet med vurdering av ulike innføringsstrategier for resterende helseforetak i regionen.

I styresak 042-2017 ble innføring innen fagområdet patologi prioritert og dette er angitt som fase 3 og 4 av prosjektet. Innføringen er forsinket og prosjektet har en prognose som overskrider kostnadsrammen.

Denne saken legges frem for å gi en vurdering av handlingsalternativer gitt den inntrufne forsinkelsen.

### Kommentarer i møtet

Styret gir sin tilslutning forslaget til vedtak i saken.

## Styrets enstemmige

### VEDTAK

1. Styret tar redegjørelsen om status i prosjekt for innføring av regional laboratoriedataløsning for patologi til orientering.
2. Styret godkjenner økning av kostnadsrammen (P85) til 445 millioner kroner (2020-kroner).

040-2020	Målretting av regionale forskningsmidler i Helse Sør-Øst
----------	--

### Oppsummering

De regionale forskningsmidlene i Helse Sør-Øst består av midler fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD-midler) som er øremerket til forskning og en avsetning til forskning fra det regionale helseforetakets eget budsjett (RHF-midler). For 2020 utgjør midlene til sammen 613,5 millioner kroner, hvorav 308,5 millioner kroner er HOD-midler, jf. styresak 094-2019. I tillegg kommer tilskudd til nasjonalt program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten som i 2020 utgjør 143 millioner kroner. Disse midlene tildeles gjennom et eget nasjonalt program, KLINBEFORSK, og går til kliniske prosjekter hvor det er samarbeidspartnere fra alle helseregionene.

Målretting av regionale forskningsmidler er tidligere presentert og diskutert med styret, jf. styresakene 004-2019 og 106-2019. I denne saken foreslås det en løsning for å operasjonalisere en slik målretting, gjeldende for utlysningen av forskningsmidler for 2021. Prioriteringene vil sørge for at særskilte tema og områder som er viktige vektet ved innstilling til støtte, herunder oppfølging av *Regional utviklingsplan 2035*. Forslaget innebærer at en mindre andel av avsetningen til forskning fra det regionale helseforetakets eget budsjett blir gjenstand for målretting og at dette organiseres innen rammen av den regulære åpne utlysningen av regional forskningsmidler.

### Kommentarer i møtet

Styret ga sin tilslutning til forslaget til vedtak i saken og ba om at det ved utlysning av midler til prioriterte områder særskilt skal vektlegges brukermidvirkning. Til senere utlysning pekte styret på viktige områder som minoritetshelse, sykefravær og forskningsetikk, samt forskningssvake områder som for eksempel sykepleietjenester.

## Styrets enstemmige

### VEDTAK

1. Styret slutter seg til målretting av en andel av det regionale helseforetakets avsetning til forskning i eget budsjett, med prioritering av følgende områder i den åpne utlysningen:
  - Selvmord, selvsykdom og selvmordsforebygging
  - Behandling av hjerneslag med mekanisk trombektomi, inkludert studier av organisering av tjenestetilbudet (jf. styresak 049-2018)

- Habilitering, inkludert studier av organisering av tjenestetilbudet
- Effekter av kliniske digitale verktøy, herunder digital hjemmeoppfølging
- Uønsket variasjon i pasientbehandlingen

2. Styret slutter seg til at påbegynt økning i midler til ikke-universitetssykehus videreføres som en strategisk rettet utlysning. Videre slutter styret seg til at det som tidligere år settes av midler til en støtteordning for utenlandsopphold for forskere med finansiering fra Helse Sør-Øst RHF.

<b>041-2020</b>	<b>Valg av revisor</b>
-----------------	------------------------

*Saken er unntatt offentlighet iht offentlighetsloven §23 første ledd, jf. §12 litra c*

**Styrets vedtak fremgår av B-protokoll**

<b>042-2020</b>	<b>Møteplan for styret 2021</b>
-----------------	---------------------------------

**Styrets enstemmige**

### **VEDTAK**

Styret godkjenner følgende møtekalender 2021 for styret i Helse Sør-Øst RHF:

- Torsdag 4. februar – Hamar
- Torsdag 11. mars – Besøk helseforetak
- Onsdag 21. og torsdag 22. april – Hamar
- Torsdag 17. juni – Hamar
- Torsdag 19. august – Besøk helseforetak
- Torsdag 23. september – Hamar
- Torsdag 21. oktober – Besøk helseforetak
- Onsdag 24. og torsdag 25. november – Hamar
- Torsdag 16. desember – Hamar

<b>043-2020</b>	<b>Årsplan styresaker</b>
-----------------	---------------------------

**Styrets enstemmige**

#### **VEDTAK**

Årsplan styresaker tas til orientering.

<b>044-2020</b>	<b>Driftsorienteringer fra administrerende direktør</b>
-----------------	---

Det ble i møtet gitt tilleggsorienteringer om:

- Endret organisering av forvaltningsoppgaver knyttet til regional forsyningsløsning
- Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene
- Status for Covid-19-epidemien

**Styrets enstemmige**

#### **VEDTAK**

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

#### **Orienteringer**

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 11. - 12. mars 2020
3. Foreløpig protokoll fra møte i revisjonsutvalget 26. februar og 2. april 2020
4. Kopi av brev til Sykehuset Innlandet HF fra Redd sykehusene i Innlandet, Ja til fortsatt akuttsykehus i Lillehammer, Leve Granheim Lungesykehus, SI Reinsvoll må bevares, Sammen for lokalsykehusene nei til hovedsykehus og La Ottestad rehabilitering leve
5. Brev fra Per Sæther i forbindelse med oversendelse av kronikk i Hamar Arbeiderblad lørdag 28. mars 2020.

Møtet hevet kl 13:45

Hamar, 30. april 2020

---

Svein I. Gjedrem  
Styreleder

---

Anne Cathrine Frøstrup  
nestleder

---

Kirsten Brubakk

---

Olaf Qvale Dobloug

---

Christian Grimsgaard

---

Bushra Ishaq

---

Vibeke Limi

---

Einar Lunde

---

Lasse Sølvberg

---

Sigrun E. Vågeng

---

Tore Robertsen  
styresekretær

## Møteprotokoll

---

**Styre:** Helse Sør-Øst RHF  
**Møtested:** Skype/telefon  
**Dato:** 12. mai 2020  
**Tidspunkt:** Kl 15:00 – 18:00

---

### Følgende styremedlemmer møtte:

---

Svein I. Gjedrem	Styreleder
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder
Kirsten Brubakk	
Olaf Qvale Dobloug	
Christian Grimsgaard	
Bushra Ishaq	
Vibeke Limi	
Einar Lunde	Fra kl 15:10
Lasse Sølvberg	
Sigrun E. Vågeng	

---

### Fra brukerutvalget møtte:

---

Nina Roland  
Lilli-Ann Stensdal

---

### Fra administrasjonen deltok:

---

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus  
Eierdirektør Tore Robertsen  
Viseadministrerende direktør Jan Frich, økonomidirektør Hanne Gaaserød, direktør teknologi og e-helse Rune Simensen, direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø, konserndirektør Atle Brynestad, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande og enhetsleder IKT-prosjektportefølje Eli Stokke Rondeel

---

**Saker som ble behandlet:**

<b>045-2020</b>	<b>Godkjenning av innkalling og sakliste</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

<b>046-2020</b>	<b>Godkjenning av protokoll fra styremøte 30. april 2020</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 30. april 2020 godkjennes.

<b>047-2020</b>	<b>Sykehuset Telemark HF – utbygging somatikk Skien, konseptfase steg 1</b>
-----------------	---

**Oppsummering**

Saken gjelder utbygging og ombygging ved Sykehuset Telemark HF, Skien. Prosjektet innebærer etablering av stråleterapi med støttefunksjoner og nytt bygg for sengeområder og akuttmottak.

Styret ba i sak 055-2018 *Sykehuset Telemark HF – prosjekt utvikling av somatikk Skien, videreføring til konseptfase*, om en orientering om arbeidet etter at steg 1 av konseptfasen er fullført.

Styret skal i tråd med gjeldende fullmaktstruktur for bygginvesteringer, sak 073-2019, godkjenne hovedprogram og hovedalternativ som steg 1 av konseptfasen.

Saken gjør rede for arbeidet med steg 1 av konseptfasen og presenterer hovedprogram og hovedalternativ med virksomhetsinnhold, grunnlag for dimensjonering, økonomiske beregninger og overordnede krav til bygg, teknikk, uteområder og infrastruktur.

**Kommentarer i møtet**

Styret slutter seg til forslaget til vedtak. Styret understreker at det må arbeides videre med en finansieringsordning for denne typen prosjekter hvor også kapitalkostnadene inkluderes.



Styret viste også til at Sykehuset Telemark HF og andre helseforetak som har byggeprosjekter må sette seg inn i evalueringsrapporten for nytt østfoldsykehus når denne foreligger.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

1. Styret godkjenner fremlagt hovedprogram og ber om at dette legges til grunn for det videre arbeidet i steg 2 av konseptfasen.
2. Styret godkjenner at alternativ 3 for utbygging av somatikk ved Sykehuset Telemark HF Skien, bestående av et kreftsenters med enhet for stråleterapi og nytt sengebygg med akuttsenter, bearbeides videre i steg 2 av konseptfasen.

<b>048-2020</b>	<b>Innføring av kryptert stamnett som kjøp av tjeneste fra Norsk Helsenett SF</b>
-----------------	---

Administrerende direktør trakk saken fra behandling.

<b>049-2020</b>	<b>Regional delstrategi for teknologiområdet</b>
-----------------	--

### Oppsummering

Denne saken bygger på *regional utviklingsplan* og beskriver strategi, mål og retning for videre utvikling av teknologiområdet i Helse Sør-Øst. Regional delstrategi for teknologiområdet er utarbeidet med deltagelse fra helseforetakene og behandlet i direktørmøtet i regionen. Delstrategien er også presentert og diskutert i styremøtet 5. februar 2020, jf. styresak 008-2020. Innspill fra styret er innarbeidet og strategien legges nå fram for beslutning.

### Kommentarer i møtet

Styret slutter seg til den regionale delstrategien for teknologiområdet. Styret understreket at det må være kort gjennomføringstid fra gode innovasjonsideer til teknologiske løsninger er utviklet.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Styret slutter seg til regional delstrategi for teknologiområdet.

<b>050-2020</b>	<b>Oslo universitetssykehus HF - forlengelse av leieforhold og bruk av opsjon i leieavtale for Kreftregisterets lokaler</b>
-----------------	---

### Oppsummering

Oslo universitetssykehus HF, Kreftregisteret, inngikk i 2011 leieavtale for arealer i Oslo Cancer Cluster Innovasjonspark (OCCI) med overtakelse av lokalene i juli 2015. OCCI er lokalisert i Ullernchausseen 64 ved siden av Radiumhospitalet. Leieavtalen ble inngått for fem år, med opsjon på forlengelse i fem pluss fem år. Avtalens første periode utløper i 2020, og Oslo universitetssykehus HF, Kreftregisteret, vil forlenge leieforholdet.

Avtaleforlengelsen har en verdi på over 100 millioner kroner og må godkjennes av styret i Helse Sør-Øst RHF etter fullmaktgrensene i finansstrategien (styresak 033-2019). Styret ved Oslo universitetssykehus HF behandlet forlengelse av leieavtalen i styresak 91/2019. Kreftregisteret har varslet utleier at det er ønskelig med forlengelse av leieforholdet og tatt forbehold om godkjenning av styret i Helse Sør-Øst RHF.

Kreftregisterets formål er regulert gjennom egen lov og forskrift (helseregisterloven og kreftregisterforskriften). Kreftregisteret har egen finansieringspost på statsbudsjettet (omtalt under kap. 732, post 70, postene 72–75 og post 78 i statsbudsjettet 2020) og eget enhetsstyre.

### Kommentarer i møtet

Styret sluttet seg til forslaget til vedtak.

### Styrets enstemmige

## VEDTAK

Styret gir Oslo universitetssykehus HF fullmakt til å videreføre leieavtale for lokaler til Kreftregisteret med Oslo Cancer Cluster Innovasjonspark AS i fem år og å benytte en opsjon på ytterligere fem år.

<b>051-2020</b>	<b>Vestre Viken HF - nytt hovedkontor med samlokalisering av administrasjonen i Drammen</b>
-----------------	---

*Saken ble handlet i lukket møte, jf helseforetakslovens § 26 a, annet ledd.*

Styrets vedtak fremgår av B-protokoll.

052-2020	Styrende dokumenter for Helse Sør-Øst RHF i 2020
----------	--

### Oppsummering

Helse Sør-Øst RHF skal sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i regionen («sørge for»-ansvaret) og ivareta eieransvaret for underliggende helseforetak. Oppgavene skal løses innenfor et sett av lover, regler og forventninger til måloppnåelse, herunder spesialisthelsetjenesteloven (sykehusenes plikter), pasientrettighetsloven (om pasientenes rett til helsehjelp, fritt sykehusvalg etc.) og helseforetaksloven (om organiseringen av sykehus). I tillegg til helselovgivningen vil også lover for forholdet mellom virksomhet og ansatte (eksempelvis arbeidsmiljøloven) og miljølovgivning (eksempelvis forurensningsloven) gi føringer for hvordan Helse Sør-Øst RHF planlegger og etterlever krav til virksomheten.

Denne saken gir en oversikt over de sentrale styrende dokumenter som legger føringer for virksomheten i det regionale helseforetaket og de helseforetak det regionale helseforetaket eier.

### Kommentarer i møtet

Styret ba om at oversikten ble oppdatert med *forskrift om ledelse og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, instruks for revisjonsutvalget* og lenke til ny melding om *Statens direkte eierskap i selskaper — Bærekraftig verdiskaping* som nå er behandlet av Stortinget.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Styret er kjent med og tar til etterretning oversikten over styrende dokumenter

053-2020	Årsplan styresaker
----------	--------------------

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Årsplan styresaker tas til orientering.

054-2020

Driftsorienteringer fra administrerende direktør

Administrerende direktør orienterte i tillegg til de skriftlige orienteringer om:

- Revidert nasjonalbudsjett fremlagt av Regjeringen i dag
- Status koronaepidemien. Presentasjonen sendes styret etter møtet.

**Styrets enstemmige**

#### **V E D T A K**

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Møtet hevet kl 18:05

Oslo, 12. mai 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

**Referat**

<b>Møte:</b>	<b>HAMU</b>	<b>Tilstede:</b>	Lisbeth Sommervoll, Eli Årnot, Inger Lise Hallgren (for Stein-Are Agledal), Finn Egil Holm, Kirsten Hørthe, Narve Furnes, John Egil Kvamsøe, Gry L Christoffersen, Anita Gommæs, Joan Nygard, Toril Morken, Henning Brueland, Roald Brekkhus, Sine Kari Braanaas
<b>Møtedato:</b>	2.juni 2020		
<b>Tidspunkt:</b>	0900 - 1100		
<b>Sted:</b>	Skype		
<b>Møteleder:</b>	Lisbeth Sommervoll		
<b>Referent:</b>	Cecilie Søfting Monsen	<b>Forfall:</b>	Stein-Are Agledal, Hanne Juritzen

<b>Agenda:</b>
Se utsendt saksliste

Saksnr.	Beskrivelse/oppfølging/vedtak
	<b>Godkjenning av innkalling og agenda</b> Godkjent
	<b>Godkjenning av referat fra 31.mars 2020</b> Godkjent uten kommentarer
	<b>Temasak</b>
	<p><b>Korona</b></p> <p><u>SJA</u> Anbefaler å legge jobbanalysene inn i Synergi. Mange positive tilbakemeldinger. Et verktøy som også kan benyttes i andre sammenhenger.</p> <p><u>Ansatte smittet på jobb</u> Viktig at alle ansatte smittet på jobb meldes som yrkesskade til NAV. Pr nå er det 8 meldte fra VVHF. Viktig å registrere avvik – viktig i forhold til senere diskusjoner. Fastlegen har den primære helseoppfølgingen. Men også mulig via bedriftshelsetjenesten. Ved behov for psykologisk oppfølging – kan tas via BHT. Ikke behandling men mer en rådgivende funksjon.</p> <p><u>Retningslinjer for ansatte</u> Sendt ut i linja forrige uke. Bakgrunnen var spørsmål om sommeravslutninger etc. VVHFs retningslinjer er strengere enn myndighetenes anbefaling. De som må reise med off kommunikasjon bør opprettholde hjemmekontor. Balansegang hele tiden om hvor strengt dette skal gjennomføres. Det kom frem spørsmål om hvordan det er å ta ut ferie/permisjon uten lønn pga karantene – Det anbefales at dette avtales direkte med leder på forhånd.</p> <p><u>AML brudd og sykefravær under koronaperioden - Se presentasjon vedlagt.</u> Etter at sentrale avtaler ble inngått gikk antall brudd raskt ned.</p>

	<p>Bruddårsak «tom» fremkommer når det er rekalkulerte vakter (genereres automatisk) eller planlagte brudd pga at avtalen/disp ikke er lagt inn i systemet.</p> <p>Spørsmål om brudd for leger og ev registrering av disse: Legene er ikke omfattet av kap 10 i AML – har andre regler og timetall. Uansett nødvendig å følge dette tett – noen har veldig lange vakter – må ses på i forhold til pasientsikkerheten og forsvarlig arbeidsmiljø. Ansatte med mange brudd: Viktig at dette følges opp.</p> <p><u>Risikovurdering (økonomi) - Se vedlagte presentasjon.</u> 1.tertial utgår pga covid19. 2.tertial vil igangsettes rett over sommerferien. Prosess for samlet risikovurdering – virksomhetsrisiko – budsjett og driftsavtaler – planlegges nå. FHVO ønsker jevnlig oppdatering på risikovurdering gjennom høsten i HAMU.</p>
	<p><b>Saker til behandling</b></p>
09/2020	<p><b>HMS handlingsplan 2019-2020 - Se vedlagte presentasjon.</b></p> <p>Status på 3 punkter i handlingsplanen – HAMU har en «påse rolle» her:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utarbeide indikatorer for sammenhengen mellom HMS og pasientsikkerhet             <ol style="list-style-type: none"> <li>i. <b>Status:</b> Redegjort for HAMU tidligere. Arbeides med å finne en god indikator for å finne sammenheng</li> </ol> </li> <li>2. Utarbeide metoder/Verktøy for læring på tvers i VV; med hovedvekt hvordan lære av vold – og trusselhendelser.             <ol style="list-style-type: none"> <li>i. <b>Status:</b> Arbeid pågår.</li> </ol> </li> <li>3. Gjennomføre sikringsrisikoanalyse             <ol style="list-style-type: none"> <li>i. <b>Status:</b> redegjort for HAMU tidligere. Gjennomført ved alle lokasjoner; PHT noe forsinket.</li> </ol> </li> </ol> <p>For øvrig:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ferdigstille rammeverk for risikostyring – ny modul</li> <li>• Opplæring av ansatte i håndtering av vold og trussel situasjoner, også i somatikken – spesielt akuttmottak</li> <li>• Sørge for at alle ansatte får nødvendig opplæring/instruksjon til å utføre sine arbeidsoppgaver uten økt risiko for skader. Ligger i «helhetlig system for opplæring av ledere».</li> </ul> <p><b>Vedtak:</b> HAMU tar saken til etterretning.</p>
10/2020	<p><b>HMS tertialrapport T1 - Se vedlagte presentasjon.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fraværsskedefrekvens: VVHF ligger relativt lavt sammenlignet med andre HF i HSØ.</li> <li>• HMS hendelser: VVHF ligger ganske på snitt sammenlignet med resten av HSØ.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lukkeraten: Greit nivå, men det stilles spørsmål ved kvaliteten på saker som lukkes, hvordan vet man at de håndteres på riktig måte før lukking.</li> <li>• Hendelsestyper: Kraftig økning i smittevernhendelser. Ellers stikk-skader og blodsmitte som vanlig.</li> <li>• Ansatte smittet av Covid-19: 23 kjente tilfeller, hvorav kun 8 meldt til NAV foreløpig, dette tallet burde være høyere. Iverksatte tiltak/tilbud             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psykologisk rådgivningstelefon</li> <li>• Samtale med bedriftshelsetjenesten</li> <li>• Gravide – Jordmor samtaler</li> <li>• Lederstøtte individuelt/grupper</li> <li>• eLæringskurs</li> </ul> </li> </ul> <p>Jordmor samtalene har vært godt benyttet, de øvrige tilbudene har blitt benyttet i mindre grad, men det har vært viktig å ha disse på plass for dem som har hatt behov.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meldte saker innen vold og trusler: Gått ned, mulig etterslep som ikke er behandlet/registrert pga pandemien.             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Økning i PHT hvor det har vært arbeidet med å bedre meldekulturen/større fokus på rapportering.</li> <li>○ PHR – Opplyser at det er et stort forebyggende opplæringsprogram på Blakstad gående nå – kan være årsak til nedgangen i de meldte sakene.</li> </ul> </li> </ul> <p>Strålevern – UVC: Flere henvendelser i forbindelse med pandemien. Viktig at man følger opp de retningslinjer som er i forbindelse med at man tar i bruk nytt utstyr eller endrer/bygger om rom etc.</p> <p>FHVO ønsker sak om vold og trusler til høsten i HAMU – læring på tvers.</p> <p><b>Vedtak:</b> HAMU tar saken til etterretning.</p>
11/2020	<p><b>ForBedring 2020 – oppfølging</b> 50% svarprosent. Må være over 70% for å være representativ. De avd med mindre enn 70% må vektlegge andre kilder og selve oppfølgingsprosessen for å finne bevarings – og forbedringspunkter til handlingsplan. Frist handlingsplaner 1.oktober 2020. HMS runde skal gjennomføres.</p> <p><b>Vedtak:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. HAMU tilslutter seg oppfølgingen av årets ForBedrings undersøkelse, i henhold til vedtak i ledermøtet 19.mai 2020:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Den enkelte leder har ansvar for at det utarbeides handlingsplan i Synergi merket handlingsplantype ForBedring innen 1. oktober 2020</li> </ol> </li> </ol>



	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Prosedyren (VV ForBedringsundersøkelsen) legges til grunn i oppfølgingsarbeidet. Enheter med deltakelse på under 70% må i større grad enn tidligere år vektlegge andre kilder i tillegg til innspill som kommer frem gjennom prosessen</li> <li>3. HMS-runden kan skyves til høsten for de enheter som ikke har gjennomført</li> <li>4. ForBedring 2020-resultater på klinikknivå for 2020 publiseres ikke på Intranett</li> </ol> <p>2. Handlingsplanene skal inneholde konkrete aktiviteter som skal føre til forbedring. Status for handlingsplaner og iverksatte aktiviteter vil bli etterspurt i administrerende direktørs oppfølgingsmøte med klinikkene i oktober 2020.</p>
<b>Orienteringer</b>	
	<p><b>Orientering fra Foretakshovedverneombudet</b>  Har hatt rapportering fra alle verneombudene i klinikkene – har generelt vært mye arbeid under covid pandemien.  Viser at det har fungert godt alle steder.  Lite andre konflikter.  Noe bekymring for smittevernutstyr – håper nå HSØ ivaretar utstyrsbehovet.  Portører melder om ulike smittevernrutiner ute på avdelingene; kan være utfordrende å følge.  Sentralbordet har ikke fått beskjed om endringer om bla flytting av ansatte mellom avdelinger.  Det ses på rutiner rundt praktisering av pasientsikkerhet og HMS arbeid.</p>
	<p><b>Orientering fra bedriftshelsetjenesten-</b> Se presentasjon.  Mindre aktivitet enn normalt – antakelig pga covid19.  Klinikkene er nå i gang igjen med det systematisk HMS arbeidet.  <u>Psykosial bistand</u> – nedgang etter 13.mars – gjelder i de fleste organisasjoner.  Prosesser er satt «på vent» generelt.  Har gjennomført forflytningsopplæring, men har tilpasset innholdet for å ivareta smittevern så langt det er mulig.</p>
	<p><b>Faste skriftlige orienteringer</b>  HAMU tar orienteringene til etterretning.</p>

## Styrets arbeid 2020

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Andre orienteringer/merknader
*Mandag 27. januar (ved behov)			
<b>Mandag 24. februar</b>  Møtested: Drammen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Årlig melding 2019</li> <li>- 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> </li> <li>- Økonomisk bærekraft i Vestre Viken HF og plan for gevinstrealisering nytt sykehus i Drammen</li> <li>- Fullmakter i Vestre Viken HF – signaturrett og prokura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 19. desember og 5. februar</li> <li>- HAMU 4. februar</li> <li>- SKU 11. februar</li> <li>- Brukerutvalg 22. januar og 11. februar</li> <li>- Styrets arbeid 2020</li> </ul>	<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	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Virksomhetsrapport februar kort/PPT vedlegg</li> <li>- Oppdrag og bestilling 2020</li> <li>- Årsberetning/årsregnskap 2019</li> <li>- Økonomisk bærekraft i VVHF og gevinstrealiseringsplan</li> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Foretaksprotokoller 26. februar</li> <li>- Drammen sykehus og Sande kommunepolitisk tilhørighet 5. mars 2020</li> <li>- Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 12. mars</li> <li>- Brukerutvalg 16. mars</li> <li>- Styrets arbeid 2020</li> </ul>	<b>Tema:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rammeverk for virksomhetsstyring - utgår</li> <li>• ØLP 2021 -2024</li> </ul> <b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ADs møte med venneforeningene – tilbakemelde til styret -utgår</li> <li>• Orientering Nytt sykehus Drammen</li> </ul>

## Styrets arbeid 2020

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Andre orienteringer/merknader
<b>Mandag 27. april</b> Møtested: Ringerike	- Virksomhetsrapport mars - Gevinstrealiseringsplan - Rullering av strategisk plan - ØLP 2021 -2024	- Styrets arbeid 2020	<b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientering Nytt sykehus Drammen</li> <li>• Kortfattet orientering om pandemiplan</li> </ul>
<b>Mandag 25. mai</b>	Virksomhetsrapport april Inkl. status koronapandemi/situasjonen Utkast til rapporteringsplan for bærekraft i Vestre Viken/gevinstrealiseringsplan for NSD	- Foreløpig styreprotokoll i HSØ 29.-30 april - Styrets arbeid	
<b>Onsdag 15. juni</b>  Møtested: Drammen -	Virksomhetsrapport 1. tertial inkl. Eksterne tilsyn pr 1. tertial Økonomisk bærekraft i VV/Gevinstrealiseringsplan NSD Ledelsens gjennomgang (LLG) NSD vedr. eiendomsoverdragelser og parkering Ledernes ansettelsesvilkår 2020 Styrets møteplan 2021	- Styreprotokoller HSØ - HAMU 2. juni - Brukerutvalg, juni - Styrets arbeid 2020	Virksomhetsrapport mai – presentasjon i møtet  <b>Andre orienteringer:</b> Nasjonale kvalitetsindikatorer mai 2020 Virksomhetsstyring Orientering Nytt sykehus Drammen
<b>*Mandag 31. august (ved behov)</b>			
<b>Mandag 21. september</b>	Virksomhetsrapport 2. tertial Virksomhetsstyring	- Protokoll fra styremøte i HSØ 25. juni og 20. august	<b>Tema:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeidsmiljø/sommerferieavviklingen</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 september</li> <li>- HAMU 1. september og SKU 8. september</li> <li>- Styrets arbeid 2020</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dialog med brukerutvalget</li> <li>• Orientering om PHR – eiendomsplan</li> <li>• Mulig budsjettseminar: 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>
<p style="text-align: center;"><b>Mandag 26. oktober</b></p> 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>
<p style="text-align: center;"><b>Mandag 16. november</b></p> Møtested: Drammen	- Virksomhetsrapport oktober	Brukerutvalg 9. november SKU 10. nov og HAMU 3. november - Styrets arbeid 2020	<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> Styreevaluering 2020
<p style="text-align: center;"><b>Mandag 14. desember</b></p> 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>	Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 25. -26. nov Brukerutvalg 9. desember - HAMU og SKU 3. desember - Styrets arbeid 2020/2021	<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> Julemiddag
	-		<p><b>Utsatt i 2020 pga pandemi</b></p> <p><b>Orienteringer:</b></p> Bærum sykehus

## Styrets arbeid 2020

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Andre orienteringer/merknader
			Ringerike sykehus Pasientombudene i Viken/Oslo Orientering fra Drammen sykehus  <b>Temaer:</b> Forskning Innovasjon <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykehus i nettverk</li> <li>• Kompetanseplanlegging/kartlegging</li> </ul>
	-		Dialogmøte med kommunene 2020 30. november
2021	-	- Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 17. desember	