

Til: Styret ved Vestre Viken
Dato utsendt: 22. november
Vår ref. Styresekretær

Møtetype: Styremøte
Møtedato: 29. november
Møtetid: kl. 10.00 – 15.00
Møtested: Drammen, Grønland 32

PROGRAM **Behandling av styresaker**

Publikum og media som ønsker å være til stede i møtet, må melde fra om dette til styresekretær innen søndag 28. november (hilde.enget@vestreviken.no). Det er begrenset med plass i møtelokalet/smittevern hensyn.

Ved forfall vennligst gi beskjed til:

Styresekretær: Hilde Enget
Telefon: 48166624
E-post:
hilde.enget@vestreviken.no

Med vennlig hilsen
For styreleder Siri Hatlen

Hilde Enget

Saksnr.	Tid (tentativt) Type sak	SAKER TIL BEHANDLING
96/2021	10.00 5 min	Godkjenning av innkalling og saksliste Vedlegg: Innkalling til styremøte 29. november
97/2021	10.05 5 min	Godkjenning av møteprotokoll 25. oktober 2021 Vedlegg 1. Foreløpig protokoll 25. oktober 2021
98/2021	10.10 20 min	Driftsorientering fra administrerende direktør
99/2021	10.30 10min	Virksomhetsrapport pr. 31. oktober Vedlegg 1. Virksomhetsrapportering VVHF pr. oktober 2021
100/2021	10.40 30 min	Revisjon Utviklingsplan 2035 Orienteringssak Presentasjon i møtet.
101/2021	11.10 50 min	Budsjett 2022 og økonomisk langtidsplan Orienteringssak og presentasjon i møtet.
Pause	12.00 30 min	Lunsj 12.00 – 12.30
102/2021	12.30 45 min	Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet Vedlegg 1. Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet
103/2021	13.15 15 min	Implementering av rammeverk for virksomhetsstyring Orienteringssak Vedlegg: 1. Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst
104/2021	13.30 20 min	Beredskapsutvikling – Beredskapsplaner i VVHF Orienteringssak Vedlegg 1. Beredskapsplan – Administrativ del 2. Beredskapsplan – Operativ del – Sentral beredskapsledelse
105/2021	13.50 10 min	Avhending av garasje ved Ringerike sykehus Vedlegg 1: Kjøpskontrakt bruksrett
106/2021	14.00 10 min	Fullmakt til administrerende direktør for utnevning av styremedlemmer Emma Hjort Boligselskap Vedlegg: 1. Vedtekter for Stiftelsen Emma Hjort Boligselskap
107/2021	14.10 30 min	Andre orienteringer <ul style="list-style-type: none"> • Statusrapport Nytt sykehus Drammen –notat • Rammeverk for planlegging av forberedelser til drift – Samlet plan. Presentasjon i møtet.
108/2021	14.40	Referatsaker <ol style="list-style-type: none"> 1. Styreprotokoll fra HSØ 21. oktober 2. Brukerutvalg 19. oktober 3. Ekstraordinært HAMU 26. oktober 4. Styrets årsplan 5. SKU 12.10.21 6. SKU 09.11.21 7. Styreutvalg 19.11.21
109/2021	14.50	Eventuelt

Dato: 22. nov. 2021
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Godkjenning av innkalling og saksliste

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styret i Vestre Viken HF	96/2021	29.11.21

Forslag til vedtak

Styret godkjenner innkalling og saksliste

Drammen, 22. november 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Dato: 22. nov. 2021
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Godkjenning av møteprotokoll 25. oktober 2021

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	97/2021	29.11.21

Forslag til vedtak

Møteprotokoll fra styremøtet 25. oktober 2021 godkjennes.

Drammen, 22. november 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: 1. Foreløpig protokoll 25. oktober 2021

Saksbehandler: Hilde Enget

Direkte telefon: 48 16 66 24

Møteprotokoll for styret i Vestre Viken

Møtested: Bærum sykehus
Dato: 25. oktober 2021
Tidspunkt: Kl. 10.00 – 16.00

Følgende medlemmer deltok:

Navn	Funksjon
Siri Hatlen	Styreleder
Margrethe Snekkerbakken	Nestleder
Robert Bjerknes	Styremedlem
Ane Rongen Breivega	Styremedlem
Hans Kristian Glesne	Styremedlem
Bovild Tjønn	Styremedlem
Morten Stødle	Styremedlem
Gry Lillås Christoffersen	Styremedlem
Tom Roger Heggelund Frost	Styremedlem
John Egil Kvamsøe	Styremedlem
Toril Anneli Kiuru Morken	Styremedlem

Brukerrepresentanter Rune Kløvtveit og Gudrun Breistøl deltok som observatør med møte- og talerett.

Følgende fra administrasjon og ledelse møtte:

Navn	Funksjon
Lisbeth Sommervoll	Administrerende direktør
Halfdan Aass	Direktør medisin
Ulrich Spreng	Direktør fag
Mette Lise Lindblad	Direktør økonomi
Cecilie Løken	Direktør teknologi
Eli Årnot	Direktør Kompetanse
Henning Aarset	Direktør kommunikasjon og samfunnskontakt
Rune Abrahamsen	NSD
Trine Olsen	Klinikkdirektør Bærum sykehus
Hilde Enget	Administrasjonssjef / styresekretær

Styrets leder Siri Hatlen ledet møtet og administrerende direktør la fram sakene.
Protokollfører: Hilde Enget

Dialog med brukerutvalget i starten av møtet kl. 10.00 – 11.00

- Brukerundersøkelser som grunnlag for forbedringsarbeid ved Gudrun Breistøl
- Digitalisering og digital hjemmoppfølging i et pasient - og brukerperspektiv ved Mark Miller
- Barn og unge ved Ayse Iclal Øzsatici, leder av Ungdomsrådet

Kommentarer i møtet:

Styret har stor nytte av den årlige dialogen med brukerutvalget. Opplever at det er en god dialog mellom klinikkene og brukerutvalget. Dette er et viktig utgangspunkt for styrets arbeid. Sms-tilbakemeldinger, ref OUS-modellen, skal utvides til VVHF. Brukertilbakemeldinger i sanntid er viktig innspill til forbedring, da direkte tilbakemeldinger motiverer pasienter og pårørende til å melde ifra. Styret ber om å bli oppdatert på status i dette arbeidet, samt hvordan VVHF jobber systematisk i forhold til brukertilbakemeldinger i løpet av 1. halvår 2022.

Ungdomsrådet er opptatt av klare retningslinjer for ungdom i voksenavdelingene, og for overganger fra barneavdelinger til voksenavdelingene. Rådet ønsker derfor en egen kontaktperson i spesialisthelsetjenesten som kan veilede og koordinere behovene som ungdom har når de er inne til behandling. Styret uttrykker at dette er gode innspill, og peker samtidig på viktigheten av å involvere fastlegene og kommunehelsetjenesten i samarbeidet rundt ungdom. Utviklingsplan 2035 er i prosess, og dette blir et viktig tema inn i dette arbeidet.

Sak 86/2021 Godkjenning av innkalling og saksliste

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret godkjenner saksliste og innkalling.

Sak 87/2021 Godkjenning av styreprotokoll 27. september 2021

Styrets enstemmige

Vedtak:

Møteprotokoller fra styremøtet 27. september godkjennes.

Sak 88/2021 Driftsorientering fra administrerende direktør

Oppsummering innhold:

5 drept og 3 skadd i hendelsen på Kongsberg den 13. oktober. Ledelsen møtte de ansatte ved ambulanseavdelingen, Kongsberg sykehus og AMK i dagene etter, og skal møte ansatte ved DPS den 26. oktober. Statsministeren og justisministeren takket nødetatene for innsatsen 14. oktober. Statsforvalteren i Oslo og Viken åpner tilsynssak mot VVHF, ihht rutinen. Vestre Viken gjennomfører en intern hendelsesanalyse. Styret får informasjon om tilsynsrapporten når den foreligger.

Laboratoriene ved VVHF har pr. september gjennomført rundt 500 000 analyser for koronavirus. Seksjon forebyggende medisin på Bærum sykehus ble åpnet 25. september, og

etterspørselen etter tilbudet er dobbelt så høy som forventet. Nyttig erfaringsutveksling ved besøk av hospitaldirektør i Randers, Danmark. Tema for Pasientsikkerhetsuka 2021 var «helhet og sammenheng». Åpning av dialyseavdeling ved Ringerike sykehus. Åpning av nytt akuttmottak og simuleringssenter på Kongsberg sykehus. 25. oktober er 19 pasienter med covid-19 innlagt i VVHF.

Kommentarer i møtet:

Det diskuteres hvorvidt helsepersonell skal få en 3. dose med koronavaksine, anbefaling fra FHI kommer i løpet av uka. VVHF er i gang med influensavaksinering av egne ansatte.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Driftsorienteringen tas til orientering.

Sak 89/2021 Virksomhetsrapportering for Vestre Viken pr. 30. september

Innledende presentasjon til behandling av saken ved administrerende direktør.

Oppsummering innhold:

Resultatet i september måned rapporteres i samsvar med budsjett. Tilleggsbevilgningene tilknyttet pandemien blir fortløpende inntektsført for å dekke mindreinntekter og merkostnader. Underliggende drift i september måned er preget av høye lønnskostnader som følge av etterslepet i utbetaling av lønn etter sommerferien, økte varekostnader og fortsatt betydelig lavere pasientrettet aktivitet i somatisk virksomhet sammenholdt med budsjettet. Intensivkapasitet er fortsatt en bekymring som følge av covid-19, med økt behov for innleie.

Prognosen for årets resultat er redusert med 20 MNOK siden forrige rapportering, som følge av fortsatt lavere aktivitet og økte kostnader knyttet til bemanning og medikamenter. Lavere investeringer vil utlikne merforbruket på vedlikehold, slik at resultatet allikevel er innenfor budsjett.

Kommentarer i møtet:

Styret ser at budsjettprosessen inn mot 2022 vil bli krevende. Styret understreker at budsjettet må ta utgangspunkt i at det ikke vil komme koronamidler i 2022. Styret ber om at det settes av god tid til dette temaet i neste styremøte, og at det legges frem analyser over utviklingen og sensitiviteter – slik at styret ser helheten i utfordringsbildet.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Styret tar virksomhetsrapport pr. 30. september til orientering.

Sak 90/2021 Avtale med Glitre Energi og Drammen Fjernvarme – fullmakt til administrerende direktør

Innledende presentasjon til behandling av saken ved direktør økonomi og prosjektdirektør NSD.

Oppsummering innhold:

I forbindelse med Nytt Sykehus i Drammen skal det inngås avtale om leveranse av fjernvarme/-kjøling fra Drammen Fjernvarme AS (DF) og nødstrøm fra Glitre Energi Produksjon AS (GEP). Avtalenes økonomisk omfang er av en slik størrelse at de i henhold til fullmaksreglementet for foretaket skal fremlegges for styret for godkjenning før administrerende direktør kan signere.

Administrerende direktør vurderer at de fremlagte avtalene med Glitre Energi Produksjon AS og Drammen Fjernvarme AS bygger på markedsmessige betingelser og sikrer foretaket trygge energileveranser i fremtiden. Beslutningen om at disse energianleggene ikke skulle være en del av byggekostnadene i det nye sykehuset ble tatt i konseptfasen. Signering av disse avtalene ligger innenfor fullmaktene til administrerende direktør, men fordi finansieringsløsningen har kommet opp til diskusjon under behandlingen av avtalene, ønsker administrerende direktør og styreleder å orientere om avtalene i oppfølgingsmøte med Helse Sør-Øst RHF i oktober.

Kommentarer i møtet:

Styreleder fikk på spørsmål bekreftet at VVHF sine interesser er ivaretatt i de fremlagte avtalene. Ved å inngå avtalen er det VVHF sin oppfatning at risikoen knyttet til leveranse av nødstrøm blir redusert sammenliknet med å etablere det i egen regi.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Styret gir administrerende direktør i samråd med styreleder fullmakt til å inngå driftsavtalene med Drammen Fjernvarme AS og Glitre Energi Produksjon AS.

Protokolltilførsel fra ansattrepresentantene:

Vi mener at det ville vært bedre for Vestre Viken om man hadde etablert energiforsyning i egen regi, når vedtaket ble fattet i forbindelse med konseptfasen.

Sak 91/2021 Salg av eiendom – Ringerike sykehus**Oppsummering innhold:**

Saken gjelder avhending av en parsell på ca. 240 kvm som er del av Ringerike sykehus.

Kommentarer i møtet:

Ingen kommentarer.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Styret i Vestre Viken HF godkjenner salg av nærmere angitt parsell av gnr 44 bnr 28 Ringerike Sykehus tilstøtende Arnegårdsveien 30 i 3007 Ringerike kommune, på de vilkår som er beskrevet i saksfremlegget.

Sak 92/2021 Temasak – Kompetanse og bemanning

Innledende presentasjon til behandling av saken ved direktør kompetanse, rådgiver helsefag og driftssykepleier (begge ved medisinsk avdeling 3 ved Drammen sykehus).

Oppsummering innhold:

Manglende tilgang på kompetanse, både på kort og lang sikt, fremstår som et av foretakets største risikoområder. Dette har over tid blitt tydeligere, og har blitt ytterligere aktualisert som følge av pandemien. Det er flere fagområder der vi ser at det vil kreves nytenkning rundt hvilke oppgaver som skal løses av de ulike yrkesgruppene. Det kan også være behov for å rekruttere nye yrkesgrupper inn i helseforetaket, for å møte den teknologiske utviklingen. Området Kritisk kompetanse er derfor løftet inn i arbeidet med utviklingsplanen. Videre vil kompetanse og bemanning bli tatt inn i vår portefølje for kritiske prosjekter, og følges opp av porteføljestyret. Det er nødvendig å etablere konkrete handlingsplaner i tett samarbeid med tillitsvalgte, vernetjeneste og lokal ledelse. Regional delstrategi for kompetanse vil bli lagt til grunn i dette arbeidet.

Kommentarer i møtet:

Styret takket for presentasjonen, som supplerte saksfremlegget på en god måte. Styret ønsker å høre mer om de langsiktige tiltakene, herunder tiltak for å beholde personell.

Styret ber om å få presentert hvordan man tilnærmer seg utfordringene på overordnet nivå og status i tiltaksplanen i løpet av første halvår 2022. Det pekes særlig på områdene samarbeid med utdanningsinstitusjonene, analyser av utviklingen, ny oppgavefordeling og aktivitetsstyrt ressursplanlegging.

Styret takker for god presentasjon knyttet til oppgavedeling med helsefagarbeidere ved med.avd.3 Drammen sykehus. Styret ønsker en rapportering på hvordan foretaket bredder modellen videre i løpet av neste halvår.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret tar status på kompetanse og bemanning samt iverksatte og planlagte tiltak til orientering. Styret ønsker at kompetanse og bemanning settes på dagsorden en gang hvert halvår.

Sak 93/2021 Andre orienteringer

- Dialog med brukerutvalget (først i møtet)
- Nytt sykehus Drammen (notat)
- Statsbudsjettet 2022 (notat)

Styrets enstemmige

Vedtak:

Notatene ble tatt til orientering.

- Bærum sykehus – Bærum sykehus (orientering + dialog). Omvisning kl.15.30-16.00; Seksjon for forebyggende medisin ved Klinikkdirktør Trine Olsen og avdelingsleder forebyggende medisin Maya Bass.

Kommentarer i møtet:

Styret takker for spennende presentasjoner, og ønsker å høre om de konkrete resultatene fra avdeling forebyggende medisin på et senere tidspunkt. Det uttrykkes også at det er positivt med satsningen innen bærekraftig miljø på Bærum sykehus og i VVHF forøvrig.

Sak 94/2021 Referatsaker

Ingen kommentarer i møtet.

Sak 95/2021 Eventuelt

Ingen innmeldte saker.

Bærum sykehus 25. oktober 2021

Siri Hatlen
styreleder

Margrethe Snekkerbakken
nestleder

Bovild Tjønn

Morten Stødle

Tom Roger Heggelund Frost

Robert Bjercknes

Ane Rongen Breivega

Hans-Kristian Glesne

Toril Anneli Kiuru Morken

John Egil Kvamsøe

Gry Lillås Christoffersen

Dato: 22.11.2021
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Virksomhetsrapportering pr. 31. oktober 2021

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	99/2021	29.11.2021

Forslag til vedtak

1. Styret tar virksomhetsrapport pr. 31. oktober 2021 til orientering.

Drammen 22. november 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: Virksomhetsrapportering pr. 31. oktober 2021

Bakgrunn

Administrerende direktør legger fram rapportering pr. 31. oktober i tråd med styrets årshjul.

Saksutredning

De viktigste resultatene knyttet til økonomi, aktivitet, kvalitet og bemanning pr. 31. oktober 2021 er oppsummert i måltavlen under:

Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år		Prognose	
1	ØKONOMI Driftsresultat i KR. (1.000)	Virkelig	21 247	204 247	224 000		
		Mål	20 333	203 333	244 000		
		Avvik	914	914	-20 000		
		I fjor	5 073	129 459	272 939		
2	AKTIVITET Somatikk ISF-poeng døgn, dag og poliklinikk "sørge for" ANTALL	Virkelig	9 449	90 629	110 014		
		Mål	10 264	98 584	118 957		
		Avvik	-816	-7 955	-8 943		
		I fjor	9 695	87 481	105 223		
3	AKTIVITET Voksenpsykiatri og rusbehandling Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	14 319	143 133	172 362		
		Mål	15 616	145 227	175 678		
		Avvik	-1 297	-2 094	-3 316		
		I fjor	15 829	137 724	167 124		
4	AKTIVITET Barne- og ungdomspsykiatri Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	7 527	75 332	90 523		
		Mål	7 596	71 959	87 150		
		Avvik	-69	3 373	3 373		
		I fjor	8 341	69 280	84 324		
5	KVALITET Telefon- og videokonsultasjoner ANDEL	Virkelig	10,6%	13,3%	13,0%		
		Mål	15,0%	15,0%	15,0%		
		Avvik	-4,4%	-1,7%	-2,0%		
		I fjor	0,0%	0,0%	13,6%		
6	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter totalt - somatikk	Virkelig	62	55	54		
		Mål	54	54	54		
		Avvik	8	1	0		
		I fjor	62	59	59		
7	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter - PHR DAGER	Virkelig	39	43	41		
		Mål	38	38	38		
		Avvik	1	5	3		
		I fjor	33	41	40		
8	KVALITET Pakkeforløp kreft innen avtalt tid ANDEL	Virkelig	72%	69%	70%		
		Mål	70%	70%	70%		
		Avvik	2%	-1%	0%		
		I fjor	74%	71%	72%		
9	HR Brutto månedsverk ANTALL (neste måned)	Virkelig	7 822	7 789	7 780		
		Mål	7 633	7 715	7 705		
		Avvik	189	74	75		
		I fjor	7 665	7 628	7 637		
10	HR Sykefravær i PROSENT (etterskuddsvis)	Virkelig	7,8%	7,8%	7,8%		
		Mål	6,5%	7,0%	7,0%		
		Avvik	1,3%	0,8%	-0,8%		
		I fjor	7,8%	8,1%	8,1%		
11	HR AML brudd ANDEL	Virkelig	3,2%	2,9%	2,9%		
		Mål	0,0%	0,0%	0,0%		
		Avvik	3,2%	2,9%	2,9%		
		I fjor	2,5%	2,4%	2,4%		

PHR: Differensierte ventetidsmål innen fagområdene

Økonomi

Totalresultat pr. oktober viser et overskudd på 204,2 MNOK som er i tråd med budsjett. Resultatet pr. oktober inkluderer inntektsføring av 429,2 MNOK i covid-midler og 83,2 MNOK i basisøkning som følge av økte pensjonskostnader.

Kostnadene er 338,4 MNOK høyere enn budsjett pr. oktober, hvorav 74,7 MNOK er knyttet til økte pensjonskostnader. Aktuarberegninger foretatt i 2021, gir en økning i pensjonskostnader på 89,6 MNOK for året, med en månedlig effekt på 7,5 MNOK i forhold til budsjettert kostnad.

ISF-inntektene er fortsatt vesentlig lavere enn budsjett. Lavere aktivitet forklares av fravær, kompetansemangel og rekrutteringsutfordringer ved enkelte avdelinger.

Lønnskostnadene (eks. pensjonsøkning) er samlet sett 142,7 MNOK over budsjett pr. oktober. Sommerferieavvikling, sykdom og koronarelatert fravær har gitt økt forbruk av årsverk. Årets lønnsoppgjør bidrar også til det negative budsjettavviket da dette gir høyere lønnsvekst enn forutsatt i budsjett 2021. Årets samlede effekt er estimert til merkostnader på ca.30 MNOK. Pr. oktober er 186 MNOK kodet som koronarelatert lønn. Innleie er 26 MNOK høyere enn budsjett hittil i år. Overforbruket på innleie skyldes rekrutteringsutfordringer og personellmangel ved enkelte avdelinger i tillegg til fravær og ferieavvikling. Foretaket ligger fortsatt høyt på månedsverk i oktober og november.

Varekostnader er 67,6 MNOK høyere enn budsjett, og skyldes økte medikamentkostnader, både H-resepter og medikamenter gitt i sykehus, samt opptrapping av aktivitet. Det er også høyere kostnader til laboratorierekvisita vedrørende koronatester. ISF-refusjoner på H-resepter er 39,8 MNOK høyere enn budsjett, og oppveier mer enn kostnadsøkningen på dette området. Økningen i medikamentkostnader gitt i sykehus utredes nærmere slik at grunnlaget for budsjett 2022 legges på rett nivå.

Gjestepasientkostnader innen lab. er høyere enn budsjett som følge av pandemien, men lavere for annen aktivitet. Negativt avvik på andre driftskostnader skyldes først og fremst høyere kostnader til byggvedlikehold som er 35,9 MNOK mer enn budsjettert pr. oktober. Dette vil utlignes mot tilsvarende lavere investeringer.

Koronaeffekter

Virksomheten har en betydelig inntektssvikt som følge av koronasituasjonen, i tillegg til økte kostnader. Foretaket har rapportert totale negative koronaeffekter på 476,8 MNOK hittil i år.

Det er beregnet at koronapandemien har gitt et fall i pasientrelaterte inntekter på 200,5 MNOK akkumulert pr. oktober. I oktober måned er disse inntektene 19,5 MNOK lavere enn budsjett. Aktiviteten i år har i perioder vært redusert på grunn av gul beredskap og koronautbrudd ved flere av sykehusene, økt smitte i samfunnet og økt antall innleggelser av pasienter med covid-19. Dette har gitt lavere ISF-inntekter, gjestepasient- og andre pasientrelaterte inntekter. På grunn av fravær, kompetansemangel og rekrutteringsutfordringer har det ved enkelte avdelinger vært redusert antall pasientbehandlinger i høst.

Koronapandemien har også gitt et negativt avvik på øvrige driftsinntekter blant annet knyttet til salg fra kiosk og kantiner. Her er utviklingen positiv med mindre avvik de siste månedene.

Netto økning i kostnader knyttet til pandemien er beregnet til 18,7 MNOK i oktober og 279,7 MNOK akkumulert pr. oktober. Dette er i hovedsak lønn, varekostnader og andre driftskostnader.

Koronamidler

Foretaket ble tildelt 82,7 MNOK i koronamidler i budsjett 2021 og overførte 102,2 MNOK fra 2020 for å dekke koronaeffekter i 2021. I tillegg er VVHF bevilget ytterligere 363,3 MNOK i løpet av 2021 for å kompensere for effektene av koronapandemien, herav 51,5 MNOK til dette og andre øremerkede formål. Pr. oktober er det inntektsført totalt 429,2 MNOK for å utligne de negative resultateffektene av pandemien, inkludert inntektsføring av tilskudd for å møte avskrivningskostnaden på investeringer som en følge av pandemien. VVHF har utsatt inntektsføring av til sammen 119 MNOK til å dekke koronakostnader fremover, herav 79,3 MNOK til bestemte formål. Resterende 39,7 MNOK kan benyttes til å utligne inntektstap og kostnader som følge av pandemien de kommende månedene.

Covid-midler	Total bevilgning	Inntektsført hittil i år	Rest
Ikke øremerkede covid-midler			
Midler avsatt pr 31.12.2020	58,2	58,2	0,0
Bevilgede midler i budsjett 2021	82,7	82,7	0,0
RNB kompensasjon for tapte inntekter	164,1	164,1	0,0
HSØ tildeling	147,8	147,8	0,0
Avsatt til senere perioder	0,0	-39,7	39,7
Sum ikke øremerkede midler	452,7	413,0	39,7
Investeringstilskudd	44,0	2,6	41,4
Øremerkede midler bevilget i 2021	51,5	13,6	37,9
SUM covid-midler	548,2	429,2	119,0

Ordinær drift

Foretakets resultat er i stor grad påvirket av koronapandemien. Kartleggingen av koronakostnader tar utgangspunkt både i faktiske kostnader som er ført på koronaprojekt, og estimerer/ beregninger. Pasientrelatert inntektstap som skyldes pandemien, er definert av Helse Sør-Øst til å være samlet avvik mot budsjett, selv om også andre forhold påvirker inntektene. Lønnskostnader (og årsverk) som er kodet med koronaprojekt, kan inkludere både den sykemeldte og vikaren, og kan således være angitt for høyt. Andre områder estimeres av klinikkene basert på egne vurderinger og tolkninger. Fordi koronarapporteringen baseres på subjektive vurderinger og tolkninger, er det vanskelig å gi en presis angivelse av resultat av det som defineres som ordinær drift. Foretaket er opptatt av å sikre samsvar mellom ressursbruk og aktivitet, og sørge for at ekstraordinære årsverk og særskilte koronakostnader avvikes i takt med at pandemiens påvirkning på foretakets drift reduseres.

Det legges opp til at budsjett 2022 skal ta utgangspunkt i et normalt driftsår, uten særlige koronaeffekter. Det betyr at aktivitetsnivået må økes i forhold til dagens nivå, og at både årsverk og driftskostnader må reduseres vesentlig. For å sikre riktig styringsfart inn i 2022 iverksetter foretaket målrettede tiltak for å øke aktiviteten og tilpasse bemanningen til forventet aktivitetsnivå fremover. Planene skal gjøre foretaket i stand til raske endringer når smittesituasjonen tilsier det.

Prognose

Det rapporteres en årsprognose på 224 MNOK som er 20 MNOK lavere enn budsjett. Prognosen forutsetter inntektsføring av ikke øremerkede koronamidlene i løpet av året. Prognosen tar ikke høyde for inntektsføring av øremerkede koronamidler, da midlene skal utlignes mot faktiske kostnader. Prognose ble redusert pr. september som følge av fortsatt aktivitetssvikt, høye varekostnader og økte kostnader til fritt behandlingsvalg. Rekrutteringsproblemer og fravær har redusert antall pasientbehandlinger.

Prognosen inkluderer økte pensjonskostnader og økt basisinntekt som følge av dette. Det forutsettes også at pandemien har mindre negativ økonomisk konsekvens ut året. Det forutsettes også en høyere pasientrelatert aktivitet de siste månedene, men med fortsatt lavere andel i øyeblikkelig hjelp i forhold til budsjettet. ISF-refusjon på H-resepter er økt som følge av tilbakemelding fra HELFO pr. september. Det er lagt inn økte lønnskostnader som følge av overforbruk hittil i år, økt aktivitet ut året, og effektene av årets lønnsoppgjør. Det er også tatt høyde for økte varekostnader og kjøp av tjenester inkludert fritt behandlingsvalg. Det er risiko knyttet til estimatet.

Prognosen tar høyde for økte driftskostnader til byggvedlikehold over drift. Årsestimat gir et overforbruk på 47 MNOK. Overforbruket hittil i år er foreløpig utlignet med koronamidler.

Aktivitet

Somatikk

Samlet aktivitet pr. oktober i antall "sørge-for" ISF-poeng er 7955 poeng lavere enn budsjett. Dette forklares av lavere aktivitet på grunn av koronapandemien, og et fall i øyeblikkelig hjelp innleggelses. Det er reduksjon i døgnaktivitet som gir størst utslag i DRG-poeng, og som utgjør den største utfordringen for foretaket. Antall døgnopphold er 5930 bak plan pr. oktober. Dagbehandling, dagkirurgi og antall polikliniske konsultasjoner er også bak plan.

Som følge av aktivitetsreduksjonen, er det etterslep i pasientbehandlinger på flere områder. Klinikken gjennomfører planer for å redusere etterslepet, samtidig som total aktivitet er lavere enn plan. Fravær, kompetansemangel og rekrutteringsutfordringer har på enkelte områder forsinket opptrapping av aktivitet.

Polikliniske konsultasjoner psykisk helse og rus

Poliklinisk aktivitet er pr. oktober 4,7 % over budsjett innen BUP. Innen VOP/TSB ligger poliklinisk aktivitet 1,4 % under målkravet. Aktivitetsnivået i september og oktober har ikke kommet helt opp på samme nivå som før sommerferien. Høyt fravær, spesielt knyttet til egne syke barn er noe av forklaringen. Det jobbes med å få til flere gruppebehandlinger og økte gruppestørrelser nå som smittesituasjonen tillater det. En del vakante stillinger er i ferd med å bli besatt. Samtidig er høy turnover en utfordring. Midlertidig kveldspoliklinikk er etablert ved Drammen DPS og Bærum DPS. Det jobbes med tiltak for å øke produktiviteten i eksisterende FACT-team. Det er innvilget tilskudd til etablering av 2 nye FACT-team som nå er i en oppstartsfasen. Videre gir ekstramidler tildelt gjennom prop 195S muligheter for videre aktivitetsvekst, men først med effekt fra 2022.

Telefon- og videokonsultasjoner

Andelen telefon- og videokonsultasjoner ligger på 13,3 % pr. oktober. Målet i 2021 er 15 %. Andelen i perioden juni til oktober er lavere enn tidligere måneder. Det er forventet at andelen er lavere om sommeren, fordi det gjennomføres færre polikliniske kontrolltimer. Psykisk helsevern ligger over målkravet. Totalt for året forventer man en andel telefon- og videokonsultasjoner på 13 %. I forbindelse med Vestre Vikens program for digital hjemmeoppfølging er det startet flere prosjekter som vil øke andelen av digitale konsultasjoner i fremtiden.

Kvalitet

Ventetid somatikk

Ventetiden innen somatikk var 62 dager i oktober og er 55 dager hittil i år. Målet er 54 dager. Samlet er ventetid i somatikk under kontroll.

Ventetid psykisk helse og rus

Innen PHR er ventetiden i oktober 39 dager, og hittil i år 43 dager. For alle fagområder er ventetiden noe lengre enn målet. Bemanningen innen barne- og ungdomspsykiatrien økes, og det er planlagt kveldspoliklinikk både innen BUP OG VOP for å øke aktiviteten.

Pakkeforløp for kreft

Vestre Viken ligger noe under målkravet på 70 % med 69 % pr. oktober, men har økt til 75 % i september og 72 % i oktober. Området følges tett opp på de ulike fagområdene, og de igangsatte forbedringene har ført til at flere pasienter får sin behandling innen standardforløpstidene.

HR

Brutto månedsverk

Gjennomsnittlig brutto månedsverk pr. november er 7789, som tilsvarer 74 brutto månedsverk mer enn budsjett. I brutto månedsverk inngår gjennomsnittlig 142 månedsverk knyttet til korona.

Koronarelaterte årsverk fra august til november er som planlagt lavere enn tidligere perioder. I oktober og november reduseres de totale årsverkene som forventet, men er fortsatt 189 over budsjettet nivå i november.

Sykefravær

Det var gjennomsnittlig 7,8 % sykefravær pr. september. Så langt i 2021 er korttidsfraværet på 2,4 %. I september er korttidsfraværet over 3 %, som er høyt sammenlignet med tidligere perioder. Det er viktig at ansatte holder seg hjemme når de har symptomer på enten influensa eller covid-19.

Spekter har i samarbeid med Inkluderende Arbeidsliv (IA) i sykehusene utviklet metodikken «Der skoen trykker». Dette er en målrettet, systematisk og langsiktig metodikk for å redusere og forebygge sykefravær gjennom tiltak for å bedre arbeidsmiljøet. Vestre Viken vil ta i bruk metodikken i løpet av 2022.

AML-brudd

Pr. oktober var gjennomsnittlig andel AML-brudd 2,9 % av alle vakter i foretaket, noe som er høyere enn forventet. Flere klinikker melder at det er krevende å dekke opp ledige vakter på grunn av vikarmangel. Særskilt akutt- og intensivseksjoner opplever høy aktivitet knyttet til covid-19 og annen sykdom. Dette i kombinasjon med høyt sykefravær medfører en økning i AML-brudd.

AML-bruddene begrunnes i hovedsak med å ivareta nødvendig kompetanse (34 %) eller dekke opp for sykefravær (20 %), og særlig korttidssykefravær. I oktober knyttes 6 % av AML-brudd direkte til covid-19. Samlet arbeidet tid pr. dag og ukentlig arbeidsfri er de hyppigste bruddtypene. AML-brudd følges opp med klinikkene i oppfølgingsmøtene med administrerende direktør.

Administrerende direktørs vurderinger

Resultatet i oktober måned rapporteres i samsvar med budsjett. Tilleggsbevilgningene tilknyttet pandemien blir fortløpende inntektsført for å dekke mindreinntekter og merkostnader. Driften i oktober måned er preget av høye lønnskostnader, økte varekostnader og fortsatt lavere pasientrettet aktivitet i somatisk virksomhet sammenholdt med budsjettet. Sykefravær har medført manglende kapasitet til å gjennomføre planlagte operasjoner. Det har i tillegg vært nødvendig å bruke dyre vikartimer. Også november måned kommer til å være preget av høye lønnskostnader på grunn av at det fortsatt er noe etterslep, som en konsekvens av sykefravær og økt antall koronapasienter.

Den høye aktiviteten innen barne- og ungdomspsykiatrien og rekrutteringsutfordringer, medfører at vi ikke når ventetidsmålet. Det jobbes med tiltak for å bedre situasjonen, men konkurransen om arbeidskraft er stor. Øvrige kvalitetsindikatorer viser at det er god kontroll på driften.

Tilpasning av bemanning til forventet aktivitet, og kontroll på varekostnadene er de viktigste områdene foretaket nå arbeider med inn mot budsjett 2022. Prognosen for årets resultat ble redusert med 20 MNOK ved forrige rapportering. Lavere investeringer vil utlikne det betydelige merforbruket på vedlikehold, slik at resultatet allikevel er innenfor budsjett.

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

Sak 99/2021
Virksomhetsrapportering
pr. oktober 2021



Måltavle pr oktober – Økonomi og aktivitet

Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år		Prognose	
1	ØKONOMI Driftsresultat i KR. (1.000)	Virkelig	21 247	204 247	224 000		
		Mål	20 333	203 333	244 000		
		Avvik	914	914	-20 000		
		I fjor	5 073	129 459	272 939		
2	AKTIVITET Somatikk ISF-poeng døgnet, dag og poliklinikk "sørge for" ANTALL	Virkelig	9 449	90 629	110 014		
		Mål	10 264	98 584	118 957		
		Avvik	-816	-7 955	-8 943		
		I fjor	9 695	87 481	105 223		
3	AKTIVITET Voksenpsykiatri og rusbehandling Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	14 319	143 133	172 362		
		Mål	15 616	145 227	175 678		
		Avvik	-1 297	-2 094	-3 316		
		I fjor	15 829	137 724	167 124		
4	AKTIVITET Barne- og ungdomspsykiatri Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	7 527	75 332	90 523		
		Mål	7 596	71 959	87 150		
		Avvik	-69	3 373	3 373		
		I fjor	8 341	69 280	84 324		

Prognosen inkluderer inntektsføring av covid-midler på tilsammen 490,4 MNOK

Måltavle pr oktober – Kvalitet

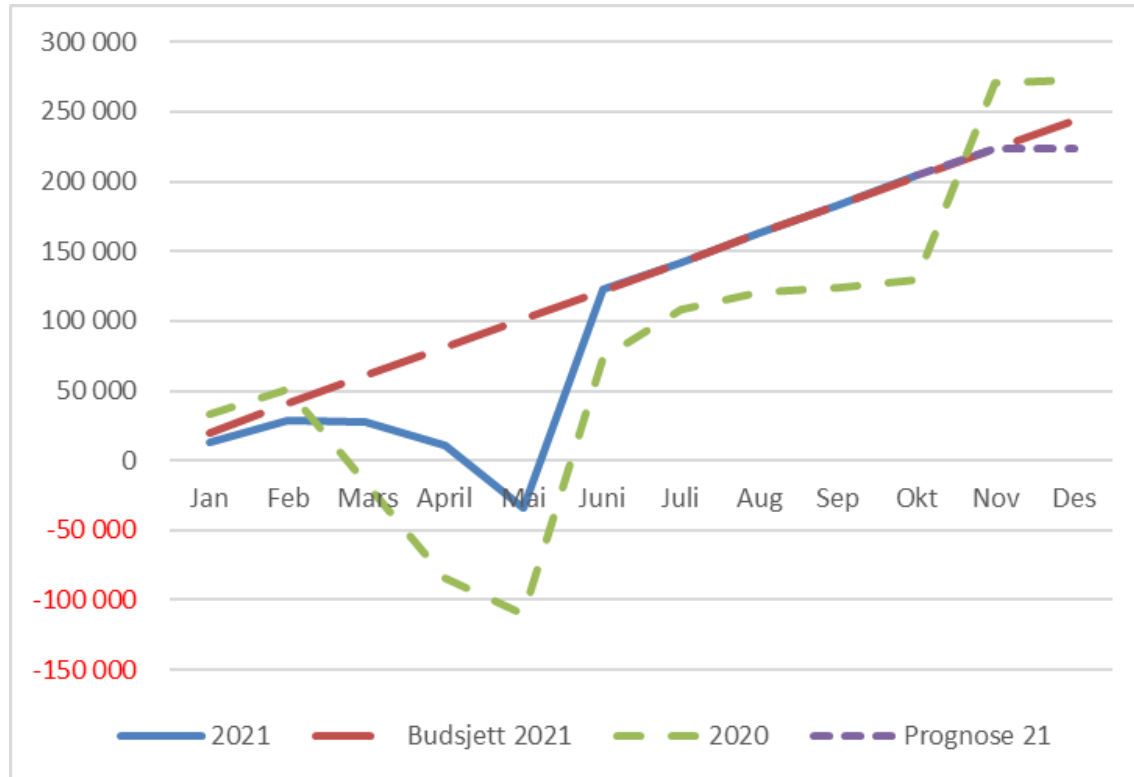
Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år	Prognose
5	KVALITET Telefon- og videokonsultasjoner ANDEL	Virkelig	10,6%	13,3%	13,0%
		Mål	15,0%	15,0%	15,0%
		Avvik	-4,4%	-1,7%	-2,0%
		I fjor	0,0%	0,0%	13,6%
6	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter totalt - somatikk	Virkelig	62	55	54
		Mål	54	54	54
		Avvik	8	1	0
		I fjor	62	59	59
7	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter - PHR DAGER	Virkelig	39	43	41
		Mål	38	38	38
		Avvik	1	5	3
		I fjor	33	41	40
8	KVALITET Pakkeforløp kreft innen avtalt tid ANDEL	Virkelig	72 %	69 %	70 %
		Mål	70 %	70 %	70 %
		Avvik	2 %	-1 %	0 %
		I fjor	74 %	71 %	72 %

Måltavle pr oktober

Vestre Viken HF			Denne måned		Hittil i år		Prognose	
9	HR Brutto månedsverk ANTALL (neste måned)	Virkelig	7 822	[Red]	7 789	[Yellow]	7 780	[Yellow]
		Mål	7 633		7 715		7 705	
		Avvik	189		74		75	
		I fjor	7 665		7 628		7 637	
10	HR Sykefravær i PROSENT (etterskuddsvis)	Virkelig	7,8 %	[Red]	7,8 %	[Red]	7,8 %	[Red]
		Mål	6,5 %		7,0 %		7,0 %	
		Avvik	1,3 %		0,8 %		-0,8 %	
		I fjor	7,8 %		8,1 %		8,1 %	
11	HR AML brudd ANDEL	Virkelig	3,2 %	[Red]	2,9 %	[Yellow]	2,9 %	[Yellow]
		Mål	0,0 %		0,0 %		0,0 %	
		Avvik	3,2 %		2,9 %		2,9 %	
		I fjor	2,5 %		2,4 %		2,4 %	

Sykefravær rapporteres for foregående måned og brutto månedsverk viser neste måned i kolonnen for denne måned

Resultatutvikling – akkumulert





VESTRE VIKEN

Resultatprognose

Prognosen viser et årsresultat som er 20 MNOK bak budsjett. Prognosen er redusert pga reduserte pasientrelaterte inntekter, høye varekostnader, høye lønnskostnader og økte kostnader på fritt behandlingsvalg. Rekrutteringsproblemer og fravær har redusert antall pasientbehandlinger og operasjoner utført i høst.

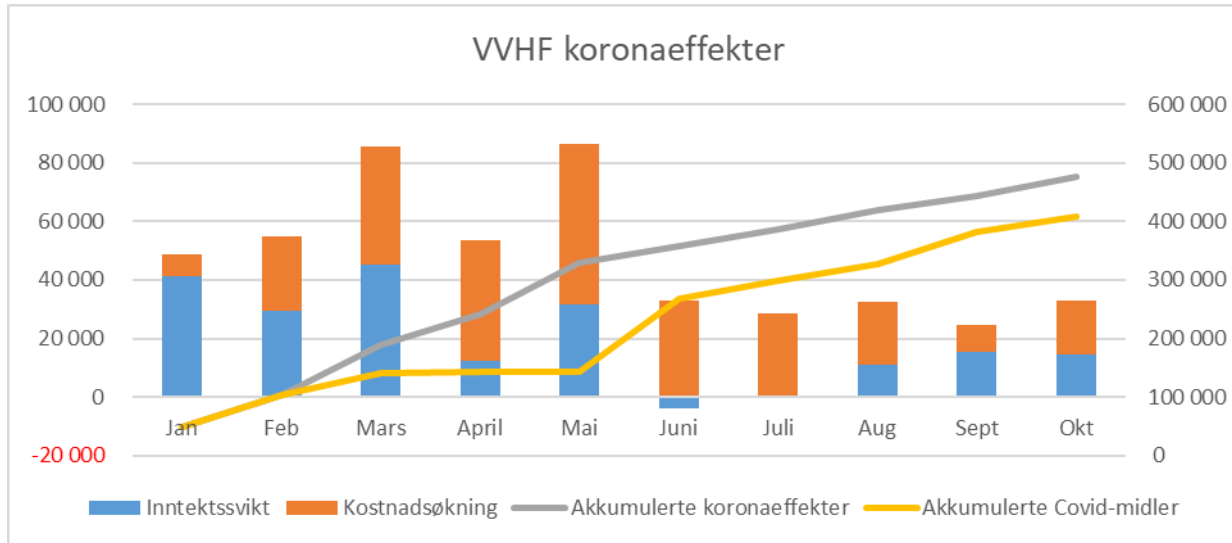
Prognose inkluderer:

- Inntektsføring av bevilgede covid-midler på til sammen 490,4 MNOK
- Økte pensjonskostnader sfa ny aktuarberegning januar 2021 på 89,6 MNOK og basiskompensasjon på 99,8 MNOK (netto gevinst 10,1 MNOK)
- Forventede koronaeffekter - hovedsakelig som reduksjon i pasientrelaterte inntekter, økt varekost, økt innleie og økte lønnskostnader
- Bygg vedlikehold 47 MNOK mer enn budsjettet
- Estimert merforbruk på årets lønnsoppgjør på 31,7 MNOK (økning fra 2,2 % til 2,82 %)

pr oktober 2021	Budsjett	Estimat	Avviks	
	i år	2021	Avvik	%
Basisramme inkl. KBF	6 359 160	6 491 610	132 450	2,1 %
ISF inntekter	3 127 710	2 963 357	- 164 353	-5,3 %
Gjestepasientinntekter	159 562	155 662	- 3 900	-2,4 %
Andre pasientrelaterte inntekter	524 386	559 586	35 200	6,7 %
Øvrige driftsinntekter	465 644	908 693	443 049	95,1 %
Gevinst ved avgang av anleggsmidler		3	3	
SUM Inntekter	10 636 462	11 078 911	442 449	4,2 %
Varekostnader	1 426 652	1 514 756	- 88 104	-6,2 %
Gjestepasientkost. og kjøp av tjenester	855 956	884 056	- 28 100	-3,3 %
Innleid arbeidskraft	26 667	61 167	- 34 500	-129,4 %
Lønnskostnader	6 510 853	6 810 582	- 299 729	-4,6 %
Avskrivninger og nedskrivninger	311 191	302 831	8 360	2,7 %
Andre driftskostnader	1 254 593	1 278 070	- 23 477	-1,9 %
SUM Driftskostnader	10 385 913	10 851 462	- 465 549	-4 %
Netto finanskostnader	6 549	3 449	3 100	47,3 %
Resultatet	244 000	224 000	- 20 000	9 %

Det er risiko i prognosen knyttet til aktivitetsutvikling og pandemien

Koronaeffekter hittil i år


















Hittil i år er det beregnet 476,8 MNOK i negative koronaeffekter (tapte inntekter + økte kostnader). Det er inntektsført 408,4 MNOK av covid-midler for å nulle negativt resultatavvik i regnskapet hittil i år (ikke øremerkede midler)



VESTRE VIKEN

Budsjettavvik per klinikk

Avvik mot budsjett pr oktober	Inntekter		Kostnader		RESULTAT		
	Avvik hittil i år	% avvik	Avvik hittil i år	% avvik	Avvik hittil i år	Avvik som % av total budsjett	
Drammen sykehus	- 102 681	-6,1 %	- 102 789	-6,1 %	- 205 470	-12,2 %	
Bærum sykehus	- 58 565	-5,8 %	- 59 117	-5,9 %	- 117 682	-11,7 %	
Ringerike sykehus	- 16 340	-3,0 %	- 20 120	-3,7 %	- 36 460	-6,7 %	
Kongsberg sykehus	- 34 549	-11,7 %	- 7 664	-2,6 %	- 42 214	-14,3 %	
Intern Service	5 666	1,0 %	1 130	0,2 %	6 796	1,2 %	
Psykisk Helse og Rus	14 456	1,0 %	- 64 297	-4,4 %	- 49 841	-3,4 %	
Prehospital Tjenester	5 134	1,8 %	- 10 609	-3,8 %	- 5 475	-2,0 %	
Medisinsk Diagnostikk	45 965	7,0 %	- 32 893	-5,0 %	13 073	2,0 %	
Stabene	11 018	1,2 %	341	0,0 %	11 359	2,4 %	
Byggvedlikehold	- 6 809		- 29 102	-73,1 %	- 35 911	-90,2 %	
Varekost BHM			- 1 556	-1,4 %	- 1 556	-1,4 %	
SP IKT			8 792	2,4 %	8 792	2,4 %	
Pasientreiser	8 186		- 11 007	-0,7 %	- 2 820	-3,5 %	
Overordnet VVHF	465 288	-37,1 %	196 366	-0,7 %	661 654	63,0 %	
Resultat hittil i år	336 770	-3,8 %	- 132 524	-1,5 %	204 246	2,4 %	

*Overordnet VVHF: overskudd, gjestepasienter, H-reseptor, pensjoner, avskrivninger og engangseffekter mm. Inkluderer også inntektsføring av covid-midler pr oktober.

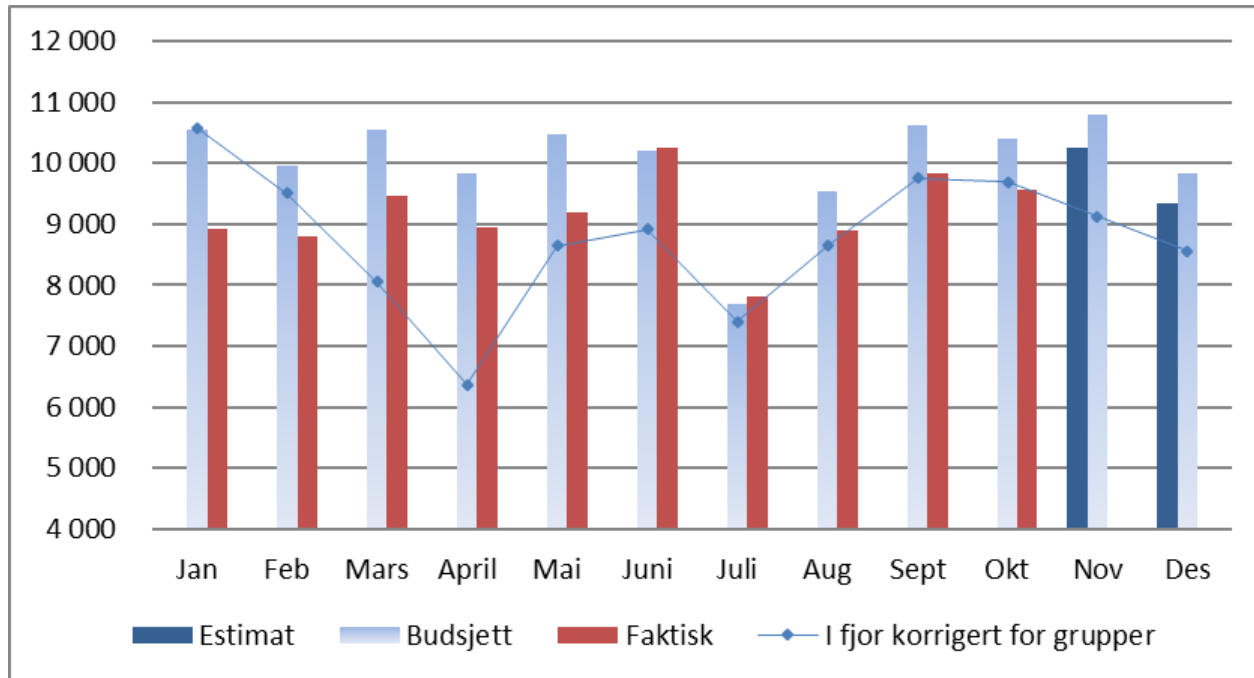
Rapporterte koronaeffekter

- Koronaeffekter er i tråd med rapportering til HSØ
- Felles inkluderer det meste av inntektsføring av covid-midler
- Negativ resultateffekt i klinikkene og stabsområder er 34 MNOK i oktober, og 468 MNOK hittil i år

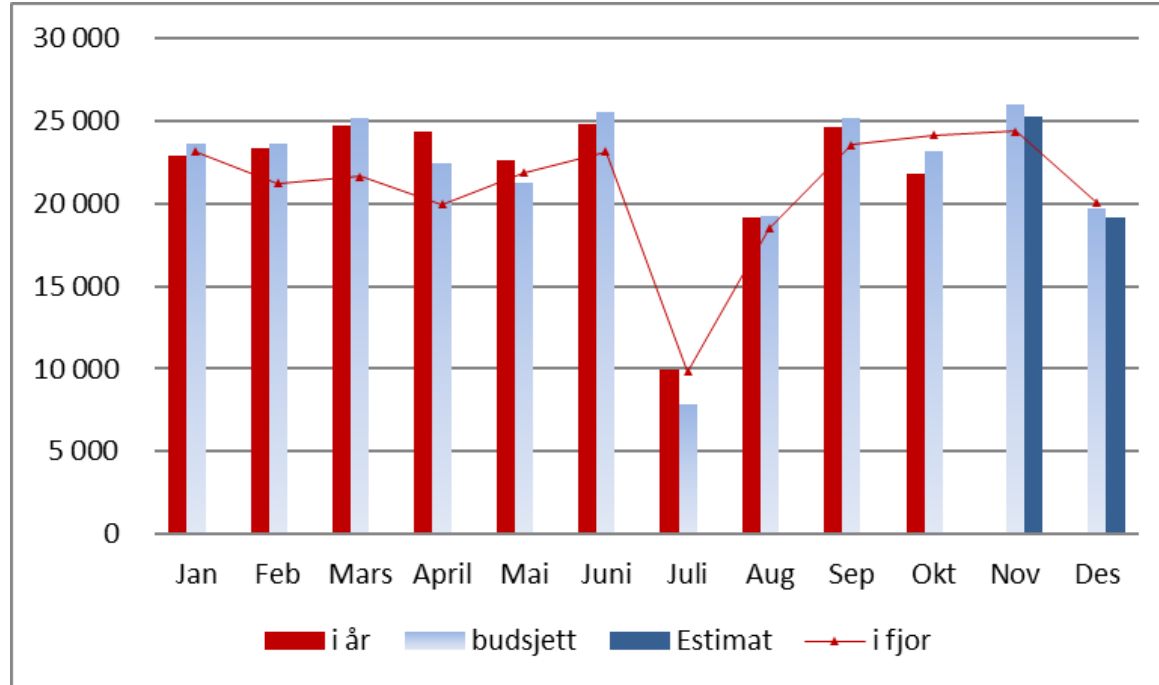
	Okt	Reduserte inntekter	Økte kostnader	Totalt	pr Okt
DS		11 838	2 600	14 438	162 130
BS		6 475	1 695	8 170	110 878
RS		773	785	1 558	35 967
KS		-7 649	9 545	1 896	35 967
KIS		980	746	1 726	45 002
PHR		-1 214	3 523	2 309	23 787
PHT		-209	494	285	12 688
PAS		0	259	259	5 292
KMD		-5 247	7 841	2 594	31 677
FAG		0	121	121	755
KOMP		0	647	647	1 701
ØK		0	0	0	6
TEKN		0	229	229	1 573
ADM-KONMM		0	1	1	275
FELLES		-17 681	-9 740	-27 421	-399 287
VVHF		-11 934	18 745	6 811	68 409

VVHF totale antall DRG-poeng

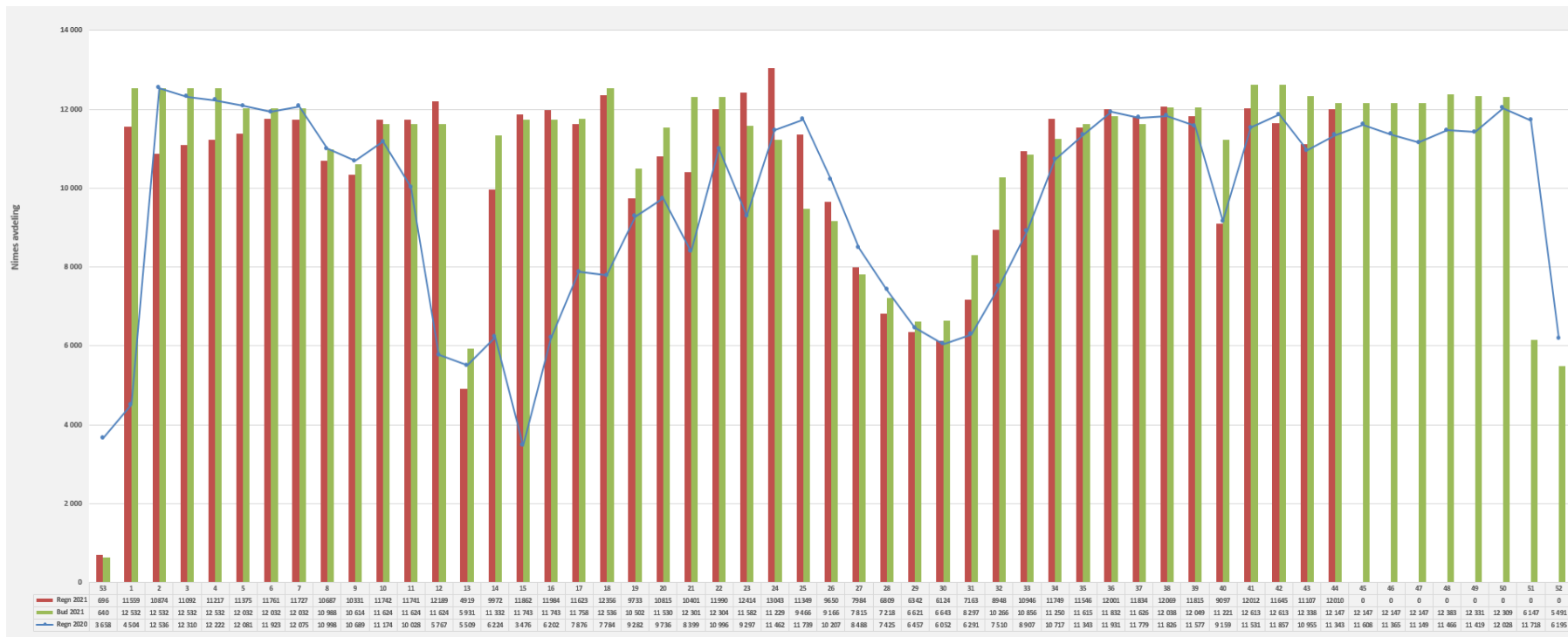
døgn, dag og poliklinikk, fra egen og andre regioner



Poliklinikk PHR totalt



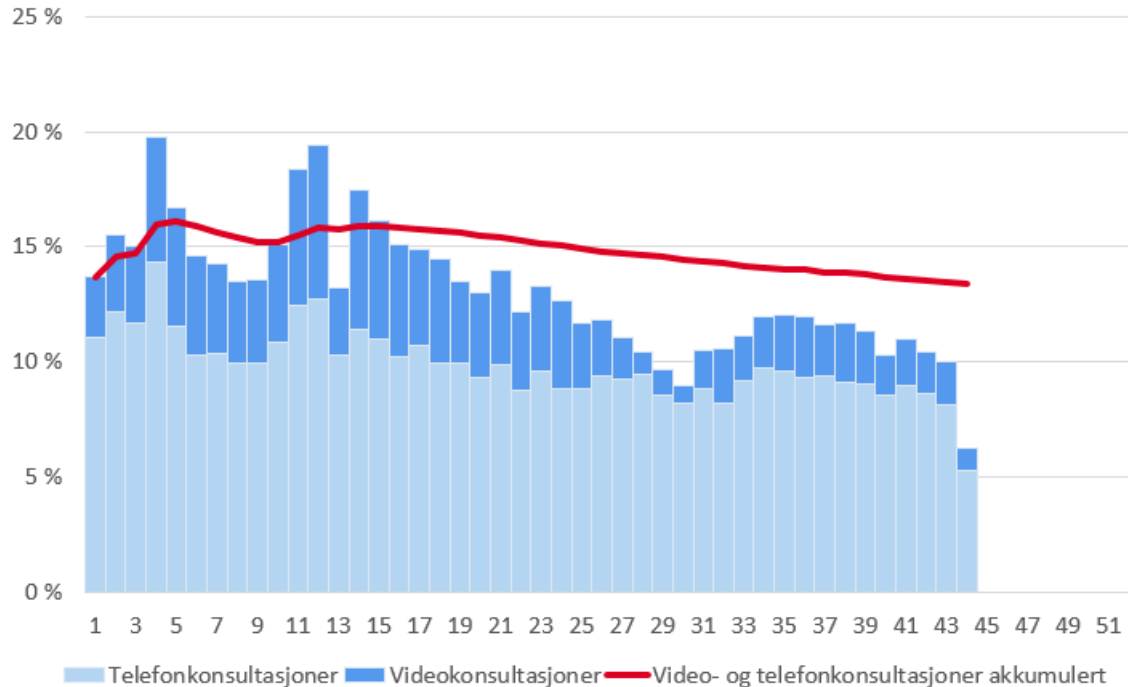
Utvikling pr uke somatikk- antall opphold totalt



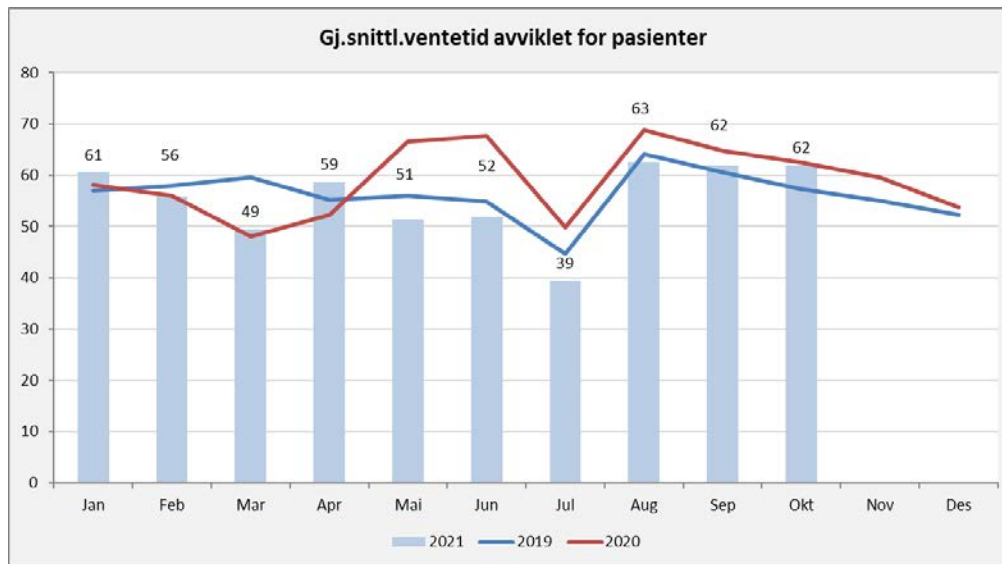
Akkumulert avvik pr uke 43: - 15 105, avvik uke 40-43: -4 944

Telefon- og videokonsultasjoner

Andel video- og telefonkonsultasjoner pr uke

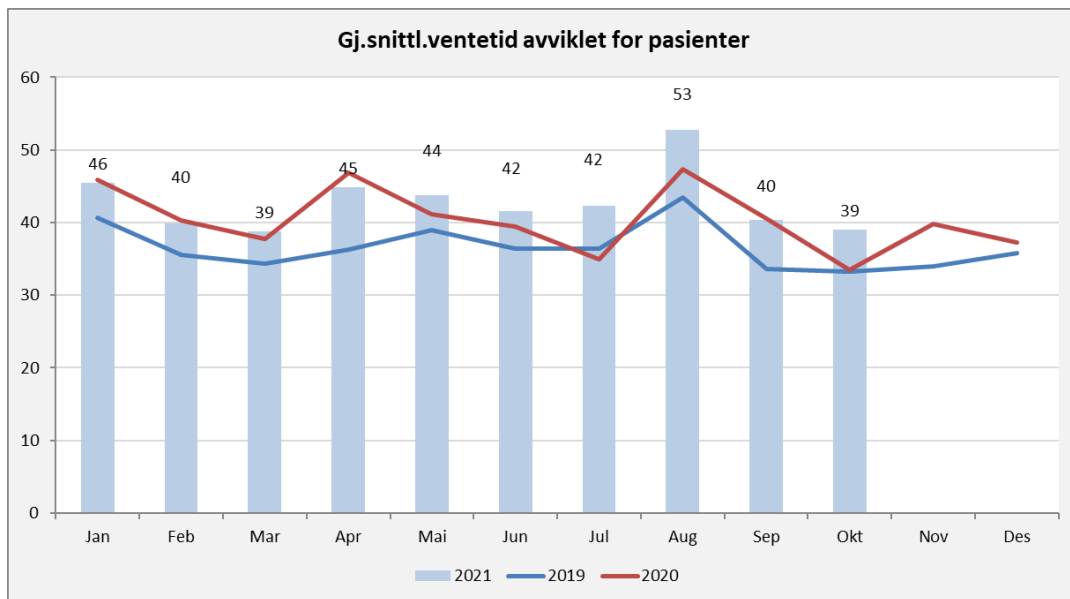










Gjennomsnittlig ventetid avviklet helsehjelp somatikk



	Okt 2020	Nov 2020	Des 2020	Jan 2021	Feb 2021	Mar 2021	Apr 2021	Mai 2021	Jun 2021	Jul 2021	Aug 2021	Sep 2021	Okt 2021	Siste 12 mnd	Siste 3 år
Gj.snittl.ventetid avviklet for pasienter	62	60	54	61	56	49	59	51	52	39	63	62	62		
10 - Klinikk Drammen sykehus	62	59	55	66	61	53	61	55	56	43	68	65	60		
20 - Klinikk Bærum sykehus	71	71	56	57	53	48	66	48	53	34	56	65	75		
30 - Klinikk Ringerike sykehus	64	56	57	57	53	50	49	49	44	37	60	58	57		
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	40	34	32	50	35	33	41	42	37	34	49	43	41		

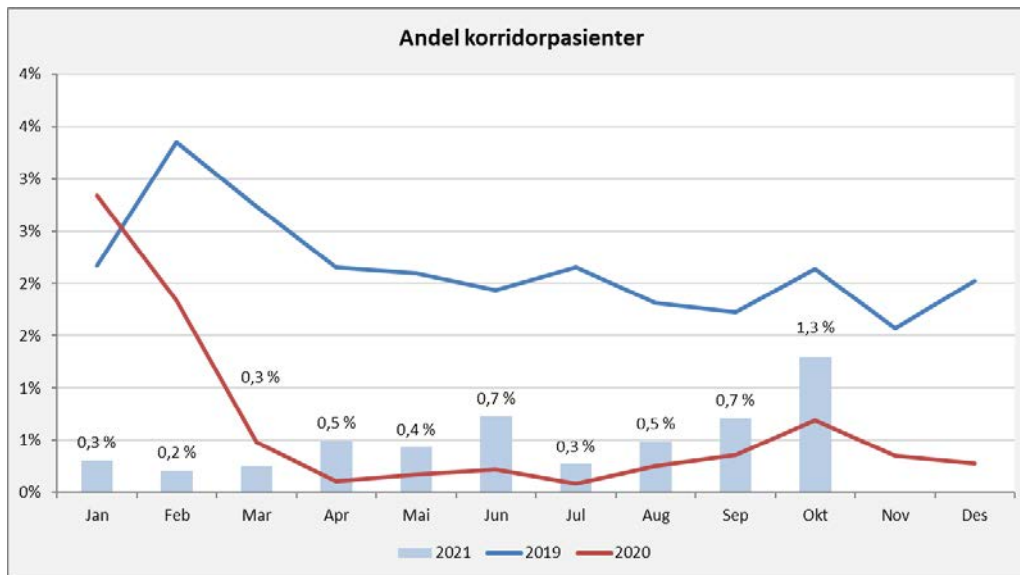
Gjennomsnittlig ventetid avviklet helsehjelp PHR



	Okt 2020	Nov 2020	Des 2020	Jan 2021	Feb 2021	Mar 2021	Apr 2021	Mai 2021	Juni 2021	Juli 2021	Aug 2021	Sept 2021	Okt 2021	Siste 12 mnd	Siste 3 år
Gj.snittlig ventetid avviklet for pasienter															
60 - Psykisk helse og rus (PHR)	33	40	37	46	40	39	45	44	42	42	53	40	39		
Herav VOP	33	41	38	44	39	37	43	43	40	42	51	38	37		
Herav BUP	36	40	39	50	45	46	54	50	50	47	58	56	47		
Herav TSB	30	29	28	33	33	31	31	33	32	33	41	27	33		

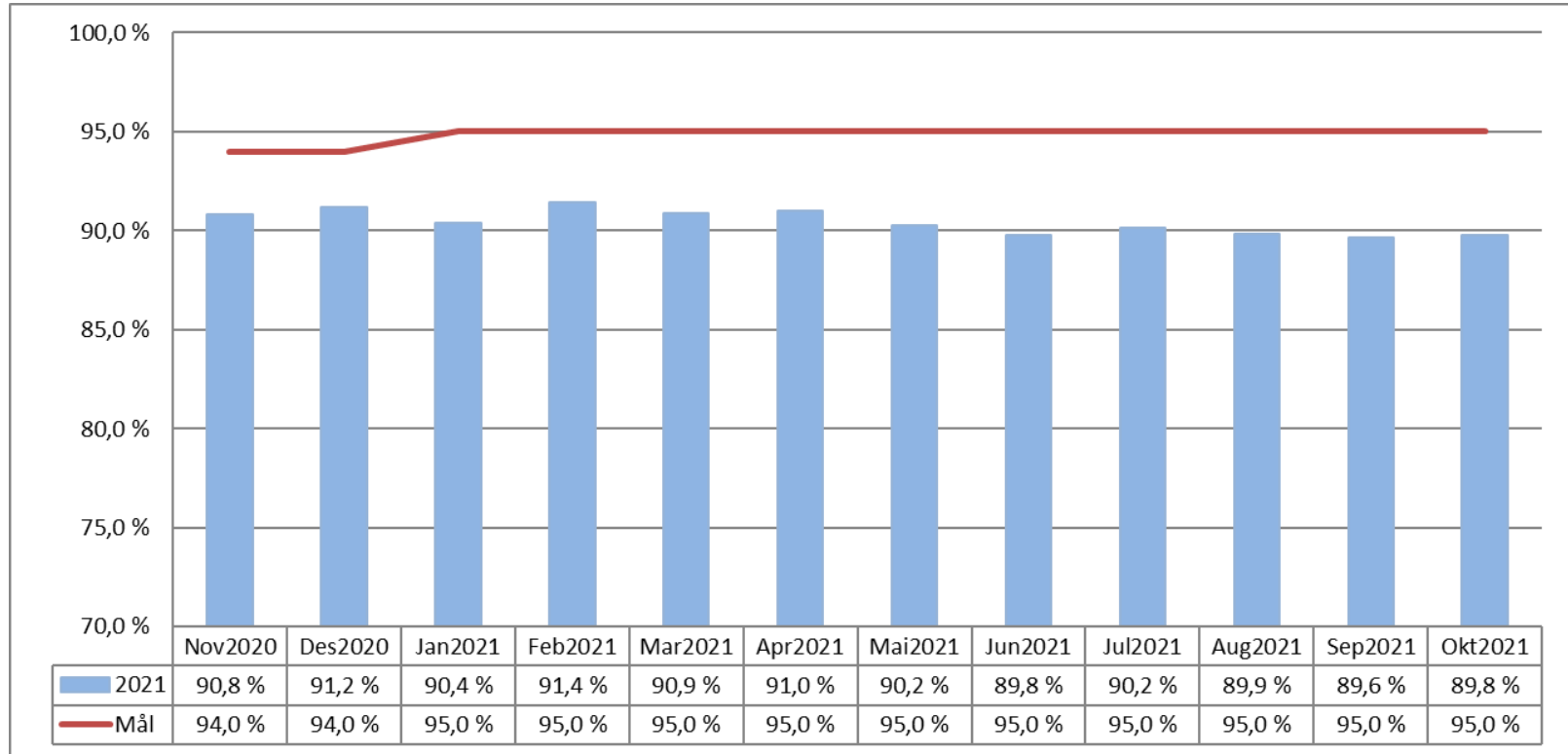
VESTRE VIKEN

Andel korridorpasienter somatikk



	Okt 2020	Nov 2020	Des 2020	Jan 2021	Feb 2021	Mar 2021	Apr 2021	Mai 2021	Jun 2021	Jul 2021	Aug 2021	Sep 2021	Okt 2021	Siste 12 mnd	Siste 3 år
Andel korridorpasienter	0,7%	0,4%	0,3%	0,3%	0,2%	0,3%	0,5%	0,4%	0,7%	0,3%	0,5%	0,7%	1,3%		
10- Klinik Drammen sykehus	0,5%	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%	0,5%	0,1%	0,2%	0,3%	0,9%		
20- Klinik Bærum sykehus	0,4%	0,3%	0,3%	0,4%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,1%	0,1%	0,5%	1,0%		
30- Klinik Ringerike sykehus	1,6%	0,4%	0,2%	0,5%	0,3%	0,7%	1,8%	1,3%	2,1%	0,8%	1,0%	1,9%	2,8%		
40- Klinik Kongsberg sykehus	0,7%	1,0%	0,3%	0,1%	0,1%	0,1%	0,3%			0,7%	2,1%	0,6%	0,7%		

Andel pasientavtaler overholdt



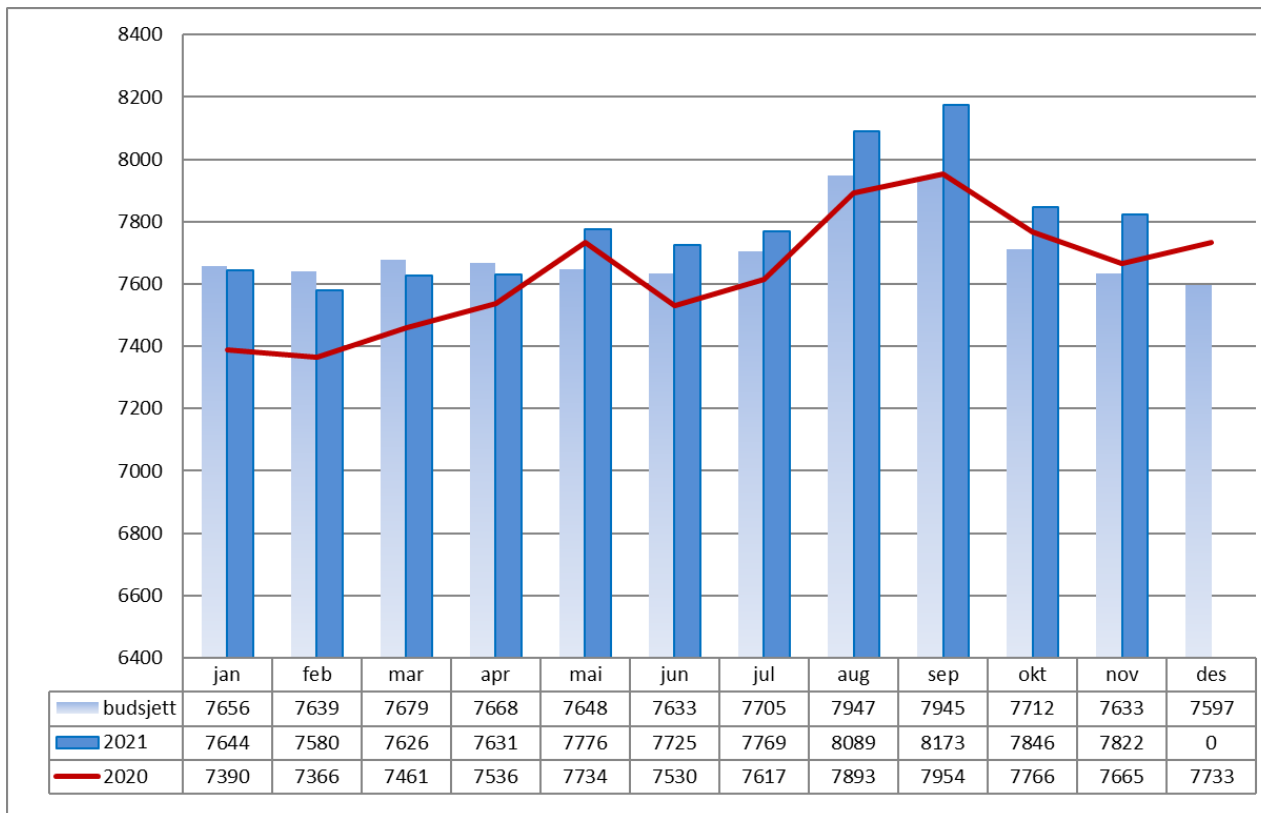
Prioriteringsregel

pr oktober	Hittil i år	Hittil i fjor	Faktisk endring fra i fjor	Estimat i år	Året i fjor	Årsestimat ift i fjor
Polikliniske konsultasjoner						
Somatikk	372 024	364 683	2,0 %	448 871	438 707	2,3 %
VOP	111 731	107 104	4,3 %	134 720	130 036	3,6 %
BUP	75 332	69 280	8,7 %	90 523	84 324	7,4 %
TSB	31 402	30 620	2,6 %	37 642	37 088	1,5 %
SUM PHR	218 465	207 004	5,5 %	262 885	251 448	4,5 %
Ventetid						
Somatikk	55	59	-7 %	54	59	-8,5 %
VOP	41	40	4 %	41	40	2,7 %
BUP	50	46	11 %	50	45	12,4 %
TSB	33	32	1 %	31	32	-2,1 %
SUM PHR	43	41	6 %	40	40	-0,8 %

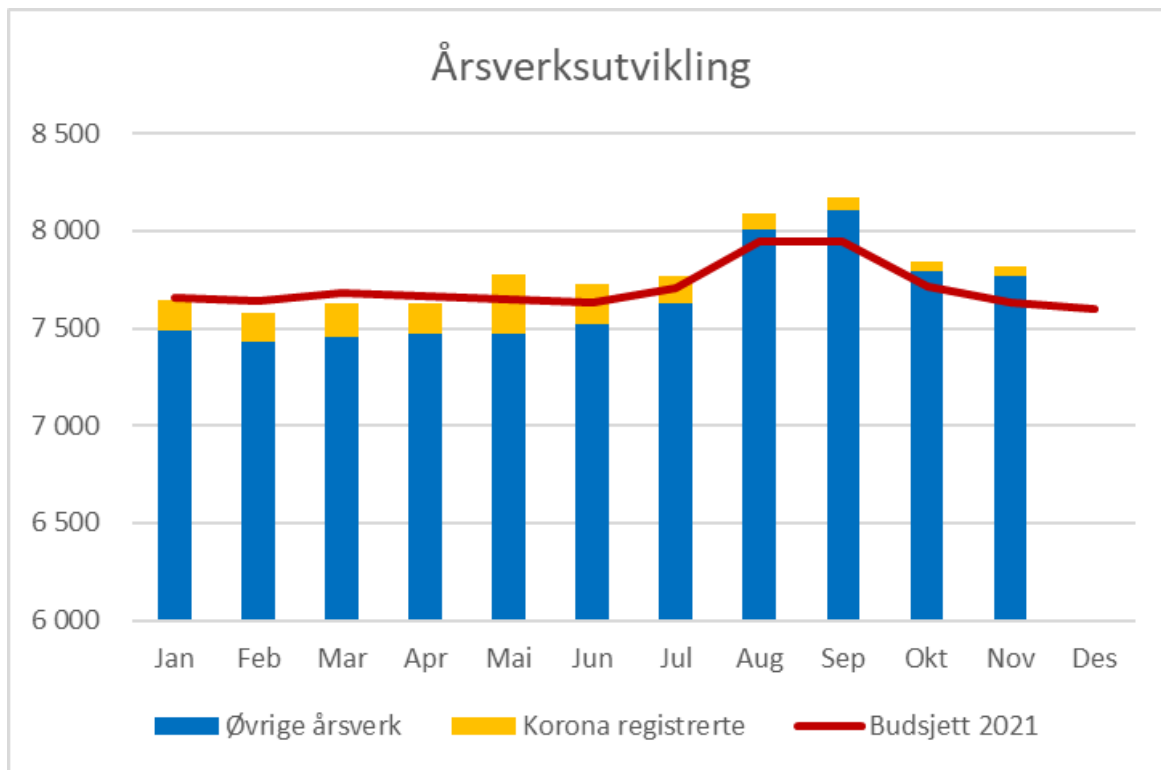
For somatikk sammenlignes poliklinisk aktivitet med budsjett 2020 pga. kraftig aktivitetsfall i 2020 i-fm pandemien



Brutto månedsverk

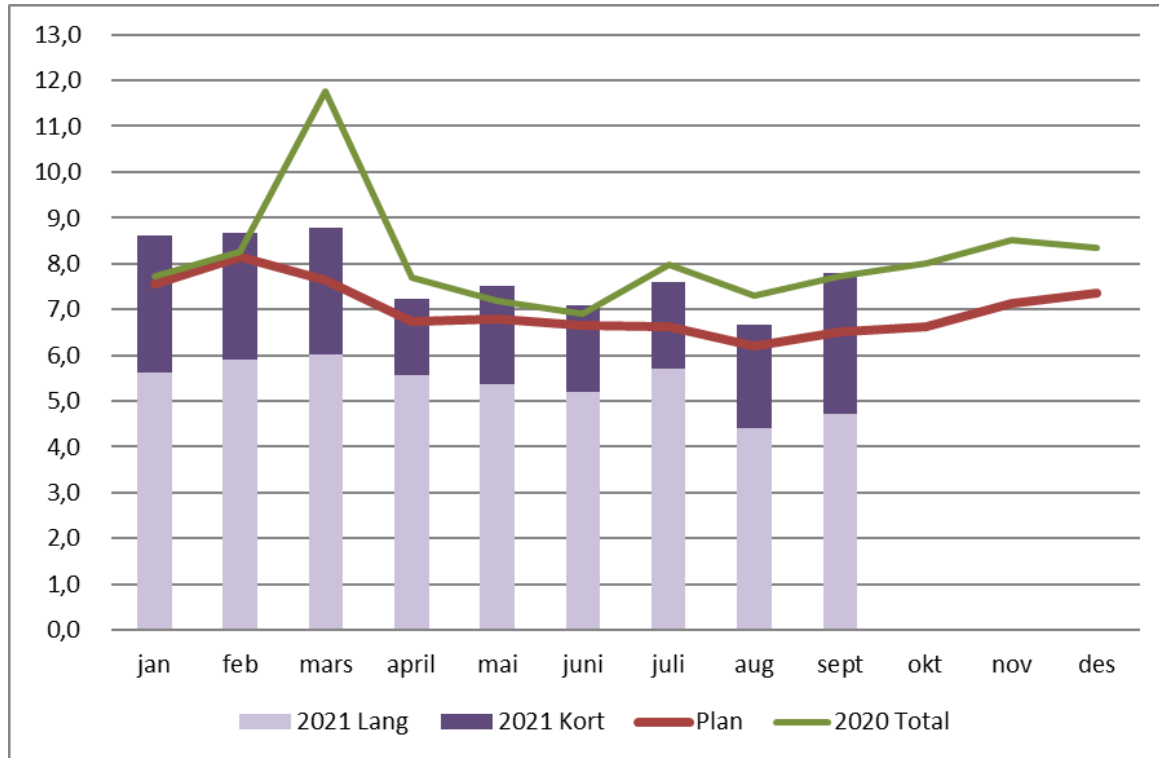


Brutto månedsverk fordelt



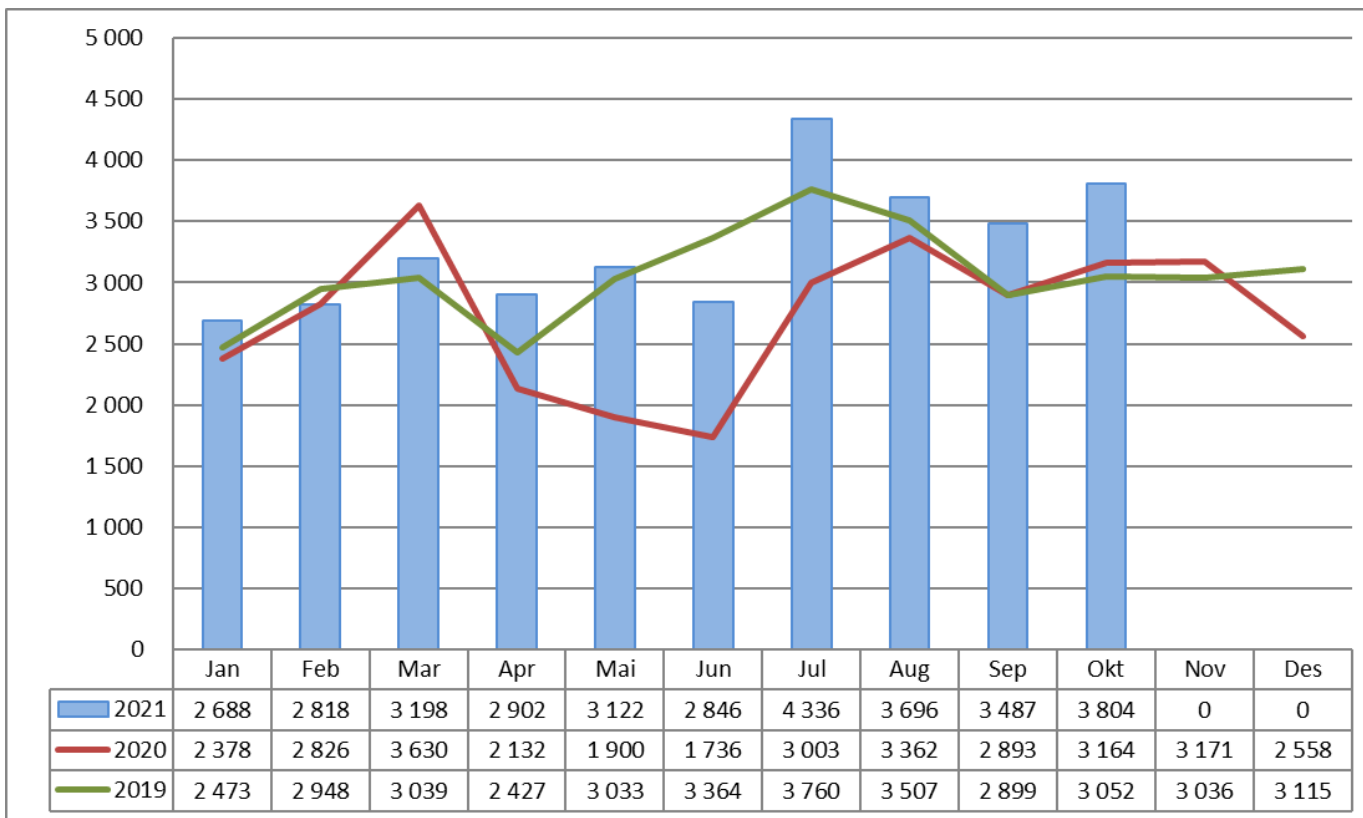
Brutto månedsverk projestført korona vises gult

Sykefravær 2021



* Sykefravær oppdateres etterskuddsvis

AML-brudd – antall



Dato: 18. nov. 2021
Saksbehandler: Elisabeth Kaasa
Christine
Furuholmen

Saksfremlegg

Revisjon av UP 2035 – løypemelding

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	100/2021	29. 11. 2021

Forslag til vedtak

Saken tas til orientering.

Drammen, 22. november 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg:

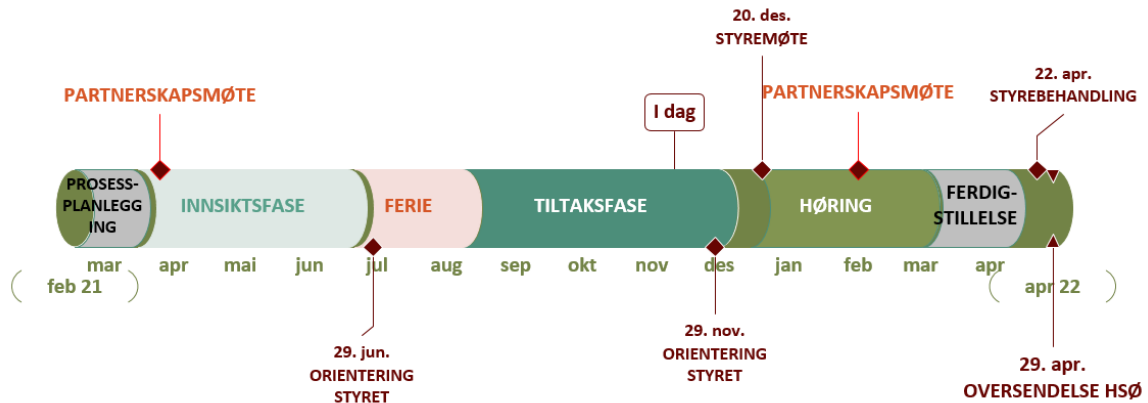
<https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2020/1217/148-2020%20Vedlegg%20-%20Revidert%20veileder%20for%20arbeidet%20med%20utviklingsplaner.pdf>

Bakgrunn

Revisjon av utviklingsplan inngår i en syklus frem til ny Nasjonal helse- og sykehusplan 2024-2027. Planen skal:

- beskrive dagens situasjon, utfordringer og muligheter
- ta opp føringer i NHSP 2020-2023, regional UP 2035 og HSØ styresak 043-2021 «Premisser og føringer for arbeidet med lokale utviklingsplaner»
- gi innspill til revidert regional utviklingsplan og neste NHSP

Det er lagt opp til en stram tidsplan før styrebehandling og oversendelse til Helse Sør-Øst 1. mai 2022.



Saksutredning

Arbeidet er organisert som et prosjekt med stor grad av åpenhet og involvering. Ledere, brukere, kommuner, fastleger og ansatte er representert i styringsgruppen for utviklingsplanen. Fagfolk og ledere fra Vestre Viken, brukere, fastleger og kommunerepresentanter medvirker i totalt ni deloppdrag. I tillegg er det faste orienteringer på møtene med kommunene i Strategisk Samarbeidsutvalg (SSU) og i brukerutvalget (BU).

Det er etablert en hjemmeside hvor informasjon blir lagt ut løpende [Utviklingsplan 2035 - Vestre Viken](#)

Det er etablert i alt ni deloppdrag med grupper som har fått i oppdrag å beskrive dagens utfordringer og komme med forslag til ønsket utvikling og tiltak.



Arbeidet er delt inn i sprinter hvor gruppene har siste levering til prosjektet 29. november.

Aktuelle fagmiljø i Vestre Viken er bedt om å oppdatere eksisterende tekst og komme med bidrag på nye bestillinger som følge av nasjonale og regionale føringer.

Den reviderte utviklingsplanen skal beskrive dagens situasjon, utfordringer og muligheter. UP2035 er langsiktig og hovedtrekkene ligger fast. I arbeidet med revisjon og oppdatering av planen legges følgende til grunn:

- Vi bruker det vi kan fra nåværende plan
- Vi fornyer det vi må, som omtale av Helsefelleskap
- Vi legger til det som er nytt i Nasjonal helse- og sykehusplan og regionale føringer
- Vi bruker veiledende format fra *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner*

Styringsgruppen for utviklingsplanen har besluttet å videreføre målbildet i dagens utviklingsplan med noen justeringer. Det justerte målbildet dekker både nasjonale og regionale føringer siden forrige utviklingsplan.

Vestre Viken skal utvikle *Pasientens helsetjeneste*. Det er definert fem delmål eller utviklingsområder:

- Styrke brukermedvirkning og brukerstyring
- Skape trygge og helhetlige pasientforløp
- Styrke samhandling og nettverk
- Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi
- Sikre personell med rett kompetanse

Det første punktet er endret fra *styrke pasienten* til *styrke brukermedvirkning og brukerstyring*. Dette er i tråd med brukerutvalgets ønsker og Vestre Vikens ambisjoner for utvikling av tjenesten. Tidligere delmål om å sikre bærekraftig økonomi oppfattes som en forutsetning for virksomheten. Bærekraftig økonomi omtales under virksomhetsstyring og gevinstrealisering.

Innhold og struktur i utviklingsplanen følger den nasjonale veilederen. Vi har i tillegg valgt å legge til et eget kapittel om eiendom:

- Sammendrag
- 1. Bakgrunn
- 2. Nåsituasjonen
- 3. En bærekraftig helsetjeneste – overordnede strategier og føringer

4. Utviklingstrekk og fremskrivning
5. Analyse og veivalg
6. Eiendom

Utviklingsplan legges frem for styret 20. desember før høring. Endelig styrebehandling skjer i april 2022.

Administrerende direktørs vurderinger

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

Dato: 20. november 2021
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Budsjett 2022 og økonomisk langtidsplan 2023 - 2026

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	101/2021	29.11.2021

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Drammen, 22. november 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

I styreutvalgsmøtet i mai 2021 ble EBITDA utviklingen diskutert. Dette ble også behandlet i styreseminar i juni. På den tiden var det fortsatt uavklart hvordan foretaket ville bli kompensert for merkostnader knyttet til koronapandemien. Styret ba derfor om en oppdatering av utfordringsbildet i forhold til økonomisk langtidsplan (ØLP) før budsjett for 2022 skal vedtas i desember.

Saksutredning

Økonomisk langtidsplan for planperioden 2022 – 2025 er basert på disse forutsetningene:

Tall i MNOK	2022	2023	2024	2025
Resultatmål	234	275	249	611
Gevinstplan	54	36	26	37
Investeringsnivå	276	352	317	308

Resultatmålene de enkelte årene er påvirket av andel vedlikehold over drift i BRK prosjektet. Det høye resultatet i 2025 vedrører gevinst ved salg av bygg.

Resultatmålene innebærer at foretaket leverer en lavere EBITDA margin enn forutsetningen som var lagt til grunn i forprosjektrapporten for Nytt sykehus i Drammen. Det er flere årsaker til dette. Et forhold er at foretaket ikke har prisjustert resultatkravet og dermed har lagt planer basert på et resultatmål i kroneverdi for 2019. Som diskutert i styreseminaret i juni vil dette korrigeres i fremtiden. Det er også andre forhold som trekker resultatmålet ned. Dette gjelder tidligere oppstart avskrivninger IKT for NSD, endringer i forhold til vedlikehold over drift, samt endret periodisering av mottaksprosjektet for NSD.

2021 resultat

VVHF fikk i juni 2021 nye tildelinger fra HSØ, og ytterligere tildelinger som følge av revidert nasjonalbudsjett. Den foreliggende prognosen for 2021 er at foretaket oppnår resultatkravet med god margin, siden prognosen inkluderer merkostnader vedlikehold BRK på 27 MNOK som vil møtes av lavere investeringer. I tillegg forventes det positive avregninger fra Sykehuspartner og Sykehusapotekene. Samlet sett vurderes det følgelig slik at foretaket vil oppnå resultatmål i 2021, og dermed har med seg investeringsmidler til 2022 som forutsatt i ØLP.

Styringsfarten inn i 2022 vil kunne påvirke resultatoppnåelsen. Det er fortsatt lavere aktivitet i somatikken, samtidig som bemanningsveksten de siste to årene har vært langt høyere enn normalt. Det har vært en betydelig vekst i døgnbehandling barne- og ungdomspsykiatri som må finansieres over basisrammen. Oppblomstringen av smitten i samfunnet og økende antall innlagte pasienter, kombinert med lavere terskel for sykefravær, medfører at foretaket ikke forventer å se reduksjon i bemanning ut året. Begrenset tilgang på riktig kompetanse medfører at foretakene tvinges til å overby hverandre på lønn for å sikre forsvarlig drift. Samtidig er kostnaden ved ikke å ha nødvendig personell høy. Det resulterer i overtidsgodtgjørelser, dyr innleie og kan på sikt medføre økt sykefravær og ytterligere turnover. Reduksjon i planlagt aktivitet vil også kunne være en konsekvens.

Store tilskudd over statsbudsjettene til dekning av de merkostnader og inntektstapene som har rammet helseforetakene, har resultert i at innsikten i underliggende drift har blitt svekket. Det har vært vanskelig å skille koronaeffekter fra normal drift, og arbeid med tiltak har blitt forsinket. Dette medfører at foretaket går inn i 2022 med langt større utfordringer enn premissene som lå til grunn for ØLP.

Basistildelinger 2022

Samlet er rammen fra HSØ for 2022 om lag 37 MNOK høyere enn forutsetningen i ØLP. I tillegg er foretaket tildelt 10 MNOK i forbindelse med endringer i bioteknologiloven (tidlig ultralyd mm) som møtes av tilsvarende kostnader. Hovedtrekkene i endret basisfinansiering sammenholdt med ØLP 2022 – 2025 vises i tabellen nedenfor.

Endringer i basisramme fra ØLP	MNOK
Økt grunnfinansiering	27,0
Inntektsmodelleffekter	19,0
ABE-reformen	12,0
Endring bioteknologiloven	10,0
Finansiering pensjon HSØ	-5,0
Aktivitetsmidler i basisramme totalt	-11,7
Rammetrekk prehospitale tjenester Sande	-4,0
SUM	47,3

HSØ har også fått ekstra midler til utdanning av spesialsykepleiere. Dette vil fordeles foretakene på et senere tidspunkt.

I styresak 127-2021 Budsjett 2022 – fordeling av midler til drift og investeringer i Helse Sør-Øst omtales et forslag om å sette av 200 MNOK til vedlikehold av bygg. Nærmere informasjon om dette kommer i Oppdrag og bestillingsdokumentet. Det forventes at foretaket vil tilføres en andel av dette beløpet i løpet av 2022. Denne finansieringen vil komme i tillegg til, og ikke erstatte finansiering av allerede planlagte vedlikeholds- og oppgraderingsprosjekter.

Budsjettskriv 6 fra Helse Sør-Øst angir at budsjett 2022 skal planlegges uten koronaeffekter.

Endringer i øvrige rammebetingelser

Det er en rekke forhold som medfører et høyere kostnadsgrunnlag i 2022 utover forutsetningene i ØLP 2022 – 2025. De viktigste vises i tabellen nedenfor:

Kostnadsvekst	MNOK
Udekket effekt av årets lønnsoppgjør	30
Negativ priseffekt DRG vektor somatikk og PHR	20
Økt medikamentkostnader i sykehus	15
Ekstraordinær lønnsjustering jordmødre	10
Økte pensjonskostnader	30
Økte energipriser	10
Sum	115

Lønnsoppgjøret i 2020 ga en positiv resultateffekt som har medført et lavere kostnadsgrunnlag. Dette var imidlertid medregnet i ØLP 2022 – 2025.

Økte medikamentkostnader gitt i sykehus er en foreløpig beregning. Det er oppnådd besparelser på medikamentkostnader gitt utenfor sykehusene.

Manglende tilgang på kritisk kompetanse har medført økte kostnader, og forventes å være en utfordring også fremover.

Prioriterte områder

Følgende områder var prioritert i ØLP 2022 – 2025:

Prioriteringer ØLP 2022 - 2025	MNOK
Forskning	4,2
Vekst BHM	9,0
Vekst ambulanse	7,0
Vekst pasientreiser	3,0
Sum	23,2

Vekst behandlingshjelpemidler, pasientreiser og ambulansetjenesten har over flere år vist seg å være større enn den normale vekst som ligger til grunn for finansieringen av virksomheten. Dette medfører at disse områdene ble prioritert i ØLP.

Andre finansieringsbehov:

- **Vekst innen psykisk helsevern**
Ubenyttede midler tilført i 2021 vil overføres til 2022, og bidrar til finansiering av deler av veksten. I tillegg avsettes 15 MNOK for å møte økte kostnader til gjestepasientkostnader og fritt behandlingsvalg. Det må vurderes å tilføre denne virksomheten ytterligere midler i 2022 dersom aktivitetsutviklingen fortsetter i samme takt.
- **Utdanning**
Tatt i betraktning utfordringen med tilgang på kritisk kompetanse vil det foreslås å styrke dette området ytterligere, i tillegg til den særskilte finansieringen som tildeles fra Helse Sør-Øst.
- **Omkostninger salg av Drammen Sykehus**
Omkostninger til salgsprosessen ble tatt ut av ØLP, da det legges til grunn en forutsetning om at omkostningene dekkes opp av en høyere salgssinntekt. Det er estimert om lag 10 MNOK i salgskostnader i 2022. Salgsinntekten forventes å realiseres tidligst i 2023. Det vil foreslås at resultatkravet for 2022 reduseres med denne omkostningen, men slik at ØLP 2023 – 2026 legger til grunn tilsvarende høyere forventet salgssinntekt i denne planperioden. Dette forutsetter at Sykehusbygg støtter denne vurderingen. Nye takster vil ikke foreligge før i løpet av 2022.

Vurdering og videre arbeid med tiltak

En oversikt over det samlede utfordringsbildet forventes å foreligge før styremøtet. Endrede rammebetingelser medfører et høyere kostnadsgrunnlag enn forutsetningene for ØLP 2022 – 2025. Samtidig er det behov for å nye prioriteringer i tillegg til de som var fremlagt ved styrets behandling av ØLP. Forslag til prioriteringer vil følge styresaken om budsjett som behandles 20. desember 2021. Økt kostnadsgrunnlag og behov for nye prioriteringer medfører at foretaket må intensivere arbeidet med realisering av gevinstplanen og innhenting av forsinket uttak av gevinster som følge av pandemien. Gevinstplanen har ikke tallfestet gevinster knyttet til å ta i bruk teknologi. Dette gjelder spesielt videoløsninger for AMK og digital hjemmeoppfølging. Dette vil tydeliggjøres i 2022 og innarbeides i gevinstplanen.

Innføring av videokonsultasjon fra AMK kan gi effekt på antall ambulanseoppdrag. Innføring av en mer fordelt pasientutskrivning fra klinikkene vil gi en jevnere ressursbelastning. Økt bruk av digital hjemmeoppfølging forventes å påvirke aktiviteten for pasientreiser. Tilsvarende gjelder økning i andel pasienter med hjemmedialyse.

Ved å ta i bruk slike digitale løsninger for hjemmeoppfølging vil også pasientene kunne få en mer brukertilpasset oppfølging. Det forventes noe redusert bruk av poliklinikk ved slike tiltak.

For området behandlingshjelpemidler pågår et arbeid med overføring av oppgaver til det regionale forsyningscenteret. Effekter av dette forventes først fra 2023. Det vil også være helt avgjørende med hensyn til hva behovet for nye lokaler for denne virksomheten blir fra 2025.

Foretaket vil spesielt sikre prioritering av disse tiltakene i 2022:

1. ARP programmet
ARP programmet er forsinket i innføringen i somatisk virksomhet. Effekter i psykiatrien er oppnådd, men resultatene fremkommer ikke i barne- og ungdomspsykiatrien som følge av den store veksten i aktivitet.
2. Program "Sikker pasientflyt"
Gjennom økt planmessighet ønsker man å oppnå kortere liggetider og færre innleggelser, og derigjennom redusere behovet for senger og personell. Dette vil også påvirke ambulansetjenesten og pasientreiser.
3. Oppgavedeling
Særsilt rettet inn mot oppgaver som kan frigjøres hos kritisk personell, samt øke oppgaver fordelt til helsefagarbeidere
4. Arealeffektivisering
Dette vil spesielt omhandle psykiatri i 2022, men effekter forventes oppnådd tidligst høsten 2022. I tillegg har foretaket tiltaksplaner for å sikre redusert energiforbruk.

Dersom effekter av tiltak ikke forventes oppnådd er det først og fremst reduksjon på investeringsområdet som kan iverksettes.

Administrerende direktørs vurderinger

Tilpasning av virksomheten til rammeforutsetningene for 2022 vil kreve mye av organisasjonen. Pandemien påvirker fortsatt driften, og medfører noe redusert aktivitet og høyt sykefravær. Tilgang på kritisk kompetanse er en utfordring for alle helseforetak. Utenlandsk arbeidskraft er mindre tilgjengelig, og det øker belastningen på eget personell.

Det er påkrevet å intensivere arbeidet med gevinstplanen, og identifisere ytterligere tiltak for omstilling og forbedring av driften. Realisering av gevinster tar tid, og pandemien har medført forsinkelser i tiltaksarbeidet. Budsjettet for 2022 må være realistisk, samtidig som det legges tydelige forventninger til iverksettelse av omstillingstiltak og utviklingsarbeid. Periodisering av tiltakenes effekt i budsjettet er et mulig virkemiddel for å hindre at utfordringene skyves fremover i tid. Driftsavtaler med klinikkene er under arbeid, og skal sikre dedikerte planer og tydelig ansvar for resultatoppnåelsen.

Administrerende direktør vil legge frem et budsjettforslag med prioriteringer og tiltak for styret i desember, og foreslår at styret tar denne saken til orientering.

Dato: 18. nov 2021
Saksbehandler: Ulrich Spreng

Saksfremlegg

Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i Vestre Viken

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	102/2021	29.11.21

Forslag til vedtak

Styret tar gjennomgang av status for arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet til orientering med de innspillene som er gitt i møtet.

Drammen, 22. november 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgsektoren er førende for arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Forskriften er bygget opp rundt PDSA syklusen (plan – do – study – act) og skal gjennom tydeligere og mer tjenestetilpassede krav bidra til å gi helseforetaket et godt verktøy for systematisk styring og ledelse, samt kontinuerlig forbedring.

I kravet ligger det en plikt til å ha rutiner for systematiske gjennomganger av virksomhetens tjenester og resultater. Gjennomgangen skal identifisere de aktiviteter eller prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverk. Forskriften viser til at risikovurdering bør skje som en kontinuerlig prosess og det anbefales at den følger en kjent standard.

I Vestre Viken legges det vekt på risikobasert styring og ledelse. Det er etablert rutiner og et rammeverk som skal sørge for at risikostyring. Rammeverket er bygget på ISO 31000 (rammeverk for risikostyring).

Bærum sykehus er sertifisert etter ISO 9001:2015. Sertifiseringen er en bekreftelse på at klinikken har et styringssystem som sikrer etterlevelse av krav og forventninger til kvalitet og pasientsikkerhet fra pasienter, samt ansatte, myndigheter og øvrige samarbeidspartnere

Saksutredning

Vestre Viken arbeider systematisk for å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet.

«Team Pasientsikkerhet» har som oppgave å gjennomgå alvorlige utilsiktede hendelser, å ha oversikt over kvalitetsindikatorer, resultater krefregisteret og tilbakemeldinger fra myndigheter, pasienter og brukere.

«Team kontinuerlig forbedring» utdanner forbedringsagenter og forbedringsveiledere for å bygge opp en robust gruppe med ansatte som har kunnskap i forbedringsmodellen og som bidrar til å spre og bygge forbedringskompetanse videre i organisasjonen.

Når det identifiseres risikoområder i forhold til pasientsikkerhet og kvalitet, så spilles disse inn til «Team kontinuerlig forbedring» som så setter i gang relevante forbedringsarbeider.

Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer. Prosessen innebærer å dokumentere at man faktisk har et problem, identifisere årsaker, teste ut mulige løsninger i liten skala og implementere tiltak som viser seg å være effektive. Kvalitetsforbedring handler om alt fra å justere de små tingene i hverdagen, til å teste ut mer innovative og nytenkende ideer og tjenester.

Sammen med «Snakk om forbedring» og utarbeidelsen av HMS-handlingsplaner er dette en systematisk satsing mot «Trygge ansatte = Trygge pasienter».

Det er etablert et system for å følge med på kvalitet og pasientsikkerhet som består av:

- Målinger, styringsdata og kvalitetsindikatorer
- Resultater fra krefregisteret
- Registrering og analyse av uønskede hendelser
- Revisjoner og tilsyn
- Tilbakemeldinger fra pasienter og brukere

Denne saken omhandler kvalitetsindikatorer, resultater fra krefregisteret og tilbakemeldinger fra pasienter og brukere.

Figurer med detaljinformasjon er vedlagt denne saken.

Kvalitetsindikatorer

Per september 2021 finnes det totalt 186 nasjonale kvalitetsindikatorer, derav 36 innen psykisk helsevern og rus og 101 innen somatisk helse. Den 16.9.21 ble 79 nasjonale kvalitetsindikatorer publisert/aktualisert, derav 32 innen psykisk helsevern og rus og 44 innen somatisk helse.

(<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kvalitet-og-kvalitetsindikatorer>). Resultater som blir presentert er hovedsakelig for første tertial 2021.

Kvalitetsindikatorerne innen psykisk helsevern og rus viser at Vestre Viken i relativ stor grad bruker spesifikke tilstandskoder. Gjennomsnittlig ventetid er høyere enn målet, spesielt for barn og unge. Årsaken til den økte ventetiden er et økt antall henvisninger av pasienter. For å redusere ventetider er det etablert flere kveldspoliklinikker, det er økt bemanning innen barn- og ungdomspsykiatri og antall døgnplasser for spiseforstyrrelser er permanent økt. Målet er ha en gjennomsnittlig ventetid på 40 dager innen utgangen av 2021.

Når det gjelder pakkeforløp innen psykisk helse og rus så oppnår Vestre Viken fortsatt ikke målet på at 80 prosent av pasienten er utredet innen anbefalt forløpstid. Resultatene per august 2021 viser at 57 prosent av barn og unge, 72 prosent av voksne og 62 prosent av pasienter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling utredes innen anbefalt forløpstid. Det er satt i gang flere tiltak for å nå målet i slutten av 2021: Tettere lederoppfølging – «helt ut», klargjøring av ansvars og oppgavefordeling, forbedrete rapporter for behandlere og ledere og rydding i feilkoder.

Antall tvangsinnleggelses i psykisk helsevern for voksne og for barn og unge registreres i Norsk Pasientregister (NPR). I de nasjonale kvalitetsindikatorerne tas det ikke hensyn til antall innleggelses totalt. Andel pasienter med minimum ett tvangsmiddelvedtak har blitt redusert i løpet av 2020.

Reduksjon av bruken av tvangsmidler (etter psykisk helsevernloven § 4-8) er et viktig forbedringsarbeid i klinikk for psykisk helse og rus, og det har blitt utarbeidet handlingsplaner for flere seksjoner (se også sak 59/2021).

Innen somatikken er det ingen nye kvalitetsindikatorer per september 2021, men eksisterende kvalitetsindikatorer er oppdatert.

Vestre Viken har gode resultater når det gjelder prosessindikatorerne «epikrisetid», «ventetid», «fristbrudd» og «korridorpasienter».

I første tertial 2021 er andel pasienter med hoftebrudd som er operert innen 24 timer på 62 prosent. Andelen burde være høyere og skyldes kapasitet for øyeblikkelig hjelp operasjoner og organisering av operasjonsprogrammet. Det er satt i gang et arbeid som utreder om en del av pasienten som tilhører Drammen sykehus og som har pådratt seg et hoftebrudd kan fremtidig kjøres direkte til Kongsberg sykehus og opereres der.

Minst 80 prosent av pasientene med hjerneslag skal få en tverrfaglig funksjonsvurdering. Tall fra Norsk Pasientregister viser at andelen for Vestre Viken ligger på 76 prosent og lavere enn mange andre helseforetak. For å øke andelen gjennomføres det siden sommeren hyppigere tverrfaglige hjerneslagmøter. Når det gjelder andel pasienter med hjerneslag som behandles med trombolyse (løser opp blodproppen), så ligger Vestre Viken lavere enn tidligere og lavere enn gjennomsnittet i Norge. Dette skyldes hovedsakelig at registreringen/kodingen utføres forsinket.

Klinikkene følges opp og er bedt om å sikre at registreringen/kodingen utføres tidsnær.

Andel pasienter som behandles med hjemmedialyse (peritonealdialyse) skal være minst 30 prosent. Vestre Viken har i en lang periode ligget lavt på dette område. Derfor er det igangsatt ett prosjekt som skal øke andelen til 30 prosent innen juni 2022. Mens bare Drammen sykehus

tidligere har hatt et tilbud innen hjemmedialyse, utvides dette tilbudet nå til alle somatiske sykehus. Flere pasienter som tilhører Ringerike sykehus har nå startet med hjemmedialyse, og utviklingen er positiv. Bærum sykehus har startet med hjemmedialyse i september 2021.

Forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner i sykehus (HAI) er samlet sett lav i Vestre Viken og lav sammenlignet med gjennomsnittet i Norge.

Innad i Vestre Viken viser registreringene fra avdelingen for smittevern at Ringerike sykehus har hatt en høyere forekomst av sykehusinfeksjoner i 2020, spesielt for urinveisinfeksjoner. Derfor er satt i gang et forbedringsarbeid på Ringerike sykehus.

Nasjonale kvalitetsindikatorer viser at Vestre Viken i 2020 har hatt en relativ høy forekomst av postoperative infeksjoner etter innsetning av hemiprotese (hoftebrudd). Tallene fra avdeling for smittevern viser at andel postoperative operasjoner varierer over tid og tallene er relativt lave når man sammenligner med funn fra internasjonale studier. Klinikkene følges opp på dette område.

Når det gjelder infeksjoner etter planlagte operasjoner med hofteproteser så ligger Vestre Viken i midtsjiktet når man sammenligner med andre helseforetak. Innad i Vestre Viken viser registreringene fra avdelingen for smittevern at Bærum sykehus og Ringerike sykehus har hatt en høyere forekomst av denne type infeksjoner i 2020 og sykehusene følges opp på dette.

Forekomsten av alvorlige infeksjoner etter keisersnitt og etter fjerning av galleblære er forholdsvis lav i Vestre Viken sammenlignet med andre helseforetak. Det er et resultat av gjennomførte forbedringsarbeider.

Når det gjelder forbruket av bredspektrede antibiotika, har Vestre Viken redusert forbruket betydelig de siste årene. Det er satt et nasjonalt mål om å redusere forbruket av bredspektrede antibiotika med 30 prosent fra 2012-nivå. Vestre Viken har oppnådd en reduksjon på 22 prosent. Det er etablert et antibiotikastyringsprogram i Vestre Viken, og alle somatiske sykehus har antibiotikateam. Drammen sykehus og Ringerike sykehus har hatt en mindre reduksjon i forbruket av bredspektrede antibiotika og intensiverer dette arbeidet.

Rapporter fra kreftregisteret

Kreftregisteret har i september 2020 publiserte flere rapporter som viser både prosess- og resultatindikatorer innen utredning og behandling av kreftsykdommer ([kreftstatistikk](#)).

Årsrapportene fra kvalitetsregistre for kreft viser at Vestre Viken generelt har gode resultater og at rapportering til kvalitetsregistre også er god. Det påpekes en forsinkelse mammografi-programmet grunnet covid-19, og Vestre Viken har satt i gang tiltak for å hente inn etterslepet. Fågrådene i Helse Sør-Øst har gitt konkrete tilbakemelding på områder som kan forbedres.

Disse områdene er innen lungekreft (andel pasienter som undersøkes med PET-CT og andel pasienter som vurderes i tverrfaglige møter) og innen blod- og lymfekreft (andel pasienter som undersøkes med «FISH» diagnostikk). Det er satt i gang tiltak for å forbedre disse områdene.

Pasient- og brukerundersøkelse PasOpp

Årlig gjennomfører Folkehelseinstituttet pasient- og brukerundersøkelsen [PasOpp](#). Et spørreskjema med 56 spørsmål sendes 400 tilfeldig uttrukne pasienter ved de somatiske sykehusene. Resultatene for 2020 viser at pasientene i Vestre Viken er i stor grad fornøyd med behandlingen og pleien og resultatene er på samme nivå som Helse Sør-Øst og Norge.

Når det gjelder ivaretagelse av pårørende så er svarscorene betydelige lavere i 2020 sammenlignet med 2019. Dette gjelder spesielt for Bærum sykehus og Ringerike sykehus. Dette forklares sannsynlig med besøksrestriksjoner som ble innført i forbindelse med covid-19 pandemien. Tiltakene for å hindre smitte på sykehusene ble lettet fra 1.10.21 i tråd med nasjonale lettelser.

Administrerende direktørs vurderinger

Gjennom driftsavtalene er kvalitetsindikatorerne en del av virksomhetsstyringen i Vestre Viken, og disse skal brukes aktivt i forbedringsarbeidet. Rapporteringen på utvalgte kvalitetsindikatorer følger den ordinære resultatrapporteringen tertialvis. Hver klinikk har definert minst tre indikatorer som skal følges særskilt opp gjennom oppfølgingsmøter.

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

Resultatene og tilbakemeldingene fra kreftregisteret er gode. Forbedringsarbeidet settes i gang på utvalgte områder.

Tilbakemeldinger fra pasienter og brukere viser at besøksrestriksjoner i forbindelse med covid-19 pandemien har ført til pårørende ble mindre ivaretatt enn tidligere. Besøksrestriksjonene er nå mindre strenge og vil sannsynlig føre til en forbedring her.

ISO-sertifisering etter ISO 9001:2015 bekrefter at Bærum sykehus har et styringssystem som sikrer etterlevelse av krav og forventninger til kvalitet og pasientsikkerhet fra pasienter, samt ansatte, myndigheter og øvrige samarbeidspartnere og en vurderer om de øvrige somatiske sykehusene i Vestre Viken skal sertifiseres i fremtiden.

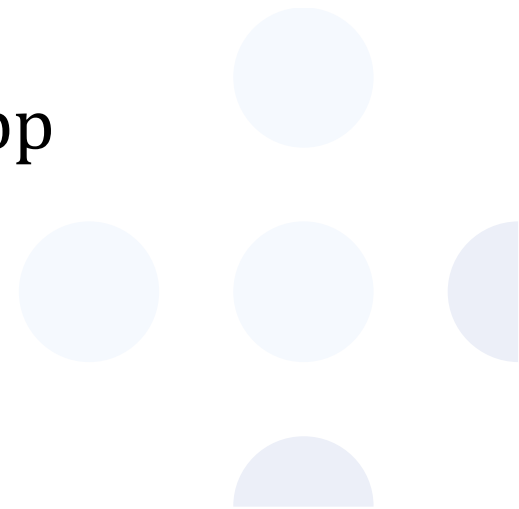
Administrerende direktør anbefaler at styret i Vestre Viken HF tar arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet til orientering.

Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i Vestre Viken

29.11.21

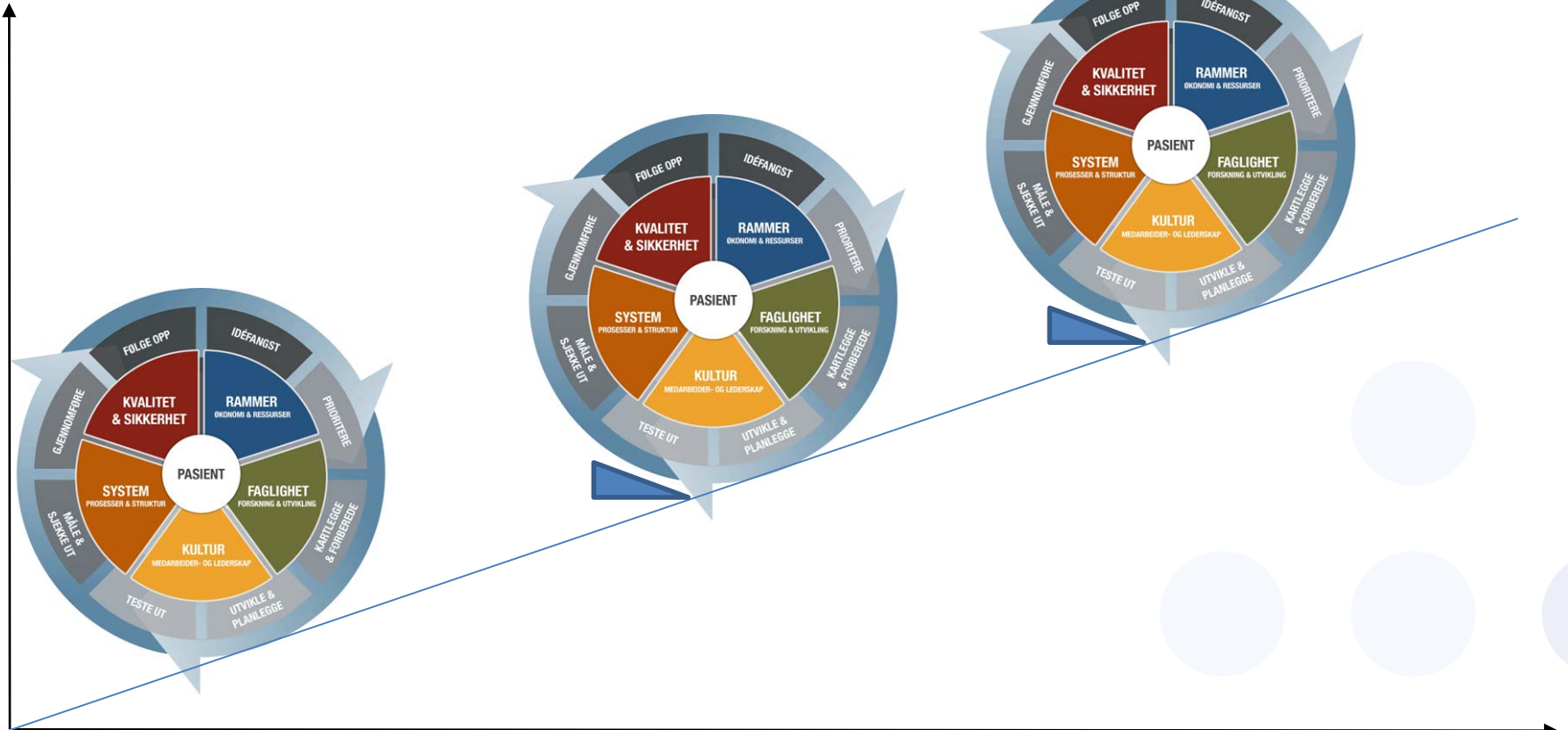


Agenda

- Bakgrunn
 - Kvalitetsindikatorer
 - Resultater fra kreftregistret
 - Pasient- og brukerundersøkelse PasOpp
- 

Bakgrunn

- Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgsektoren er førende for arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet
 - Bygget opp rundt PDSA syklusen (plan – do – study – act)
 - Verktøy for systematisk styring og ledelse, samt kontinuerlig forbedring.
- Plikt til å ha rutiner for systematiske gjennomganger av virksomhetens tjenester og resultater.
- Gjennomgangen skal identifisere de aktiviteter eller prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverk
- Vestre Viken legger vekt på risikobasert styring og ledelse



Bakgrunn

- System for å følge med på kvalitet og pasient-sikkerhet består av:
 - Målinger, styringsdata og kvalitetsindikatorer
 - Resultater fra kreftregistret
 - Registrering og analyse av utilsiktede hendelser
 - Revisjoner og tilsyn
 - Tilbakemeldinger fra pasienter og brukere

Bakgrunn

- System for å følge med på kvalitet og pasient-sikkerhet består av:
 - Målinger, styringsdata og kvalitetsindikatorer
 - Resultater fra kreftregistret
 - Registrering og analyse av utilsiktede hendelser
 - Revisjoner og tilsyn
 - Tilbakemeldinger fra pasienter og brukere

Kvalitetsindikatorer (KI)

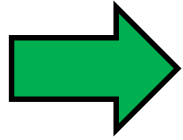
- Per september 2021 finnes det totalt 186 nasjonale kvalitetsindikatorer
 - 36 innen psykisk helsevern og rus
 - 101 innen somatisk helse
 - Resultater som blir presentert er hovedsakelig for 1. tertial 2021

Psykisk helsevern og rus

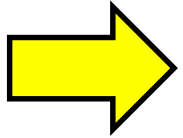
- Bruk av spesifikke tilstandskoder
- Gjennomsnittlig ventetid
- Pakkeforløp for psykiske lidelser
- Bruk av tvang



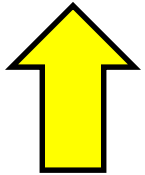
Psykisk helsevern og rus



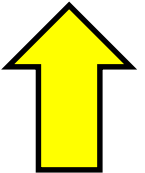
- Bruk av spesifikke tilstandskoder



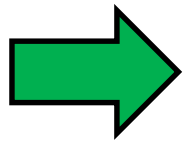
- Gjennomsnittlig ventetid



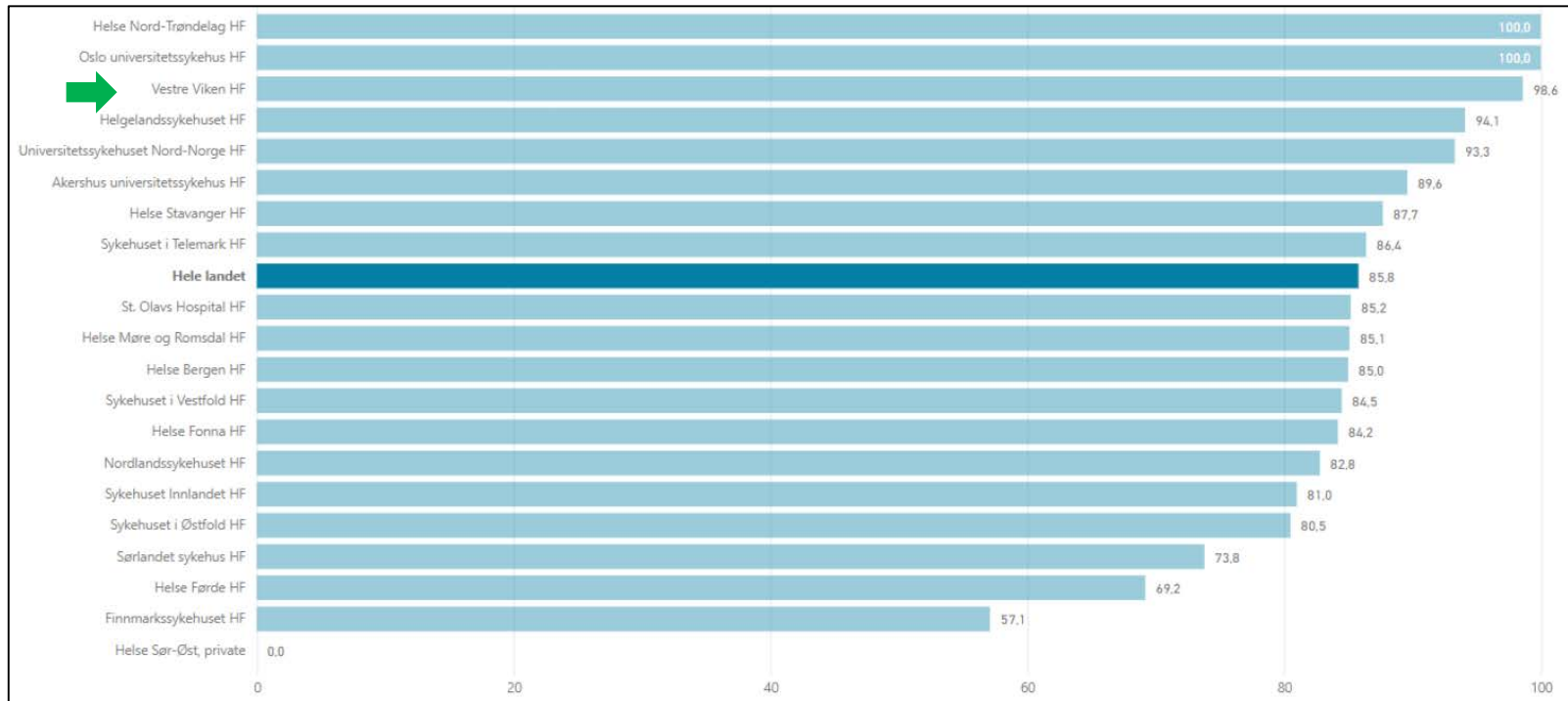
- Pakkeforløp for psykiske lidelser

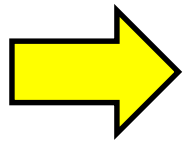


- Bruk av tvang

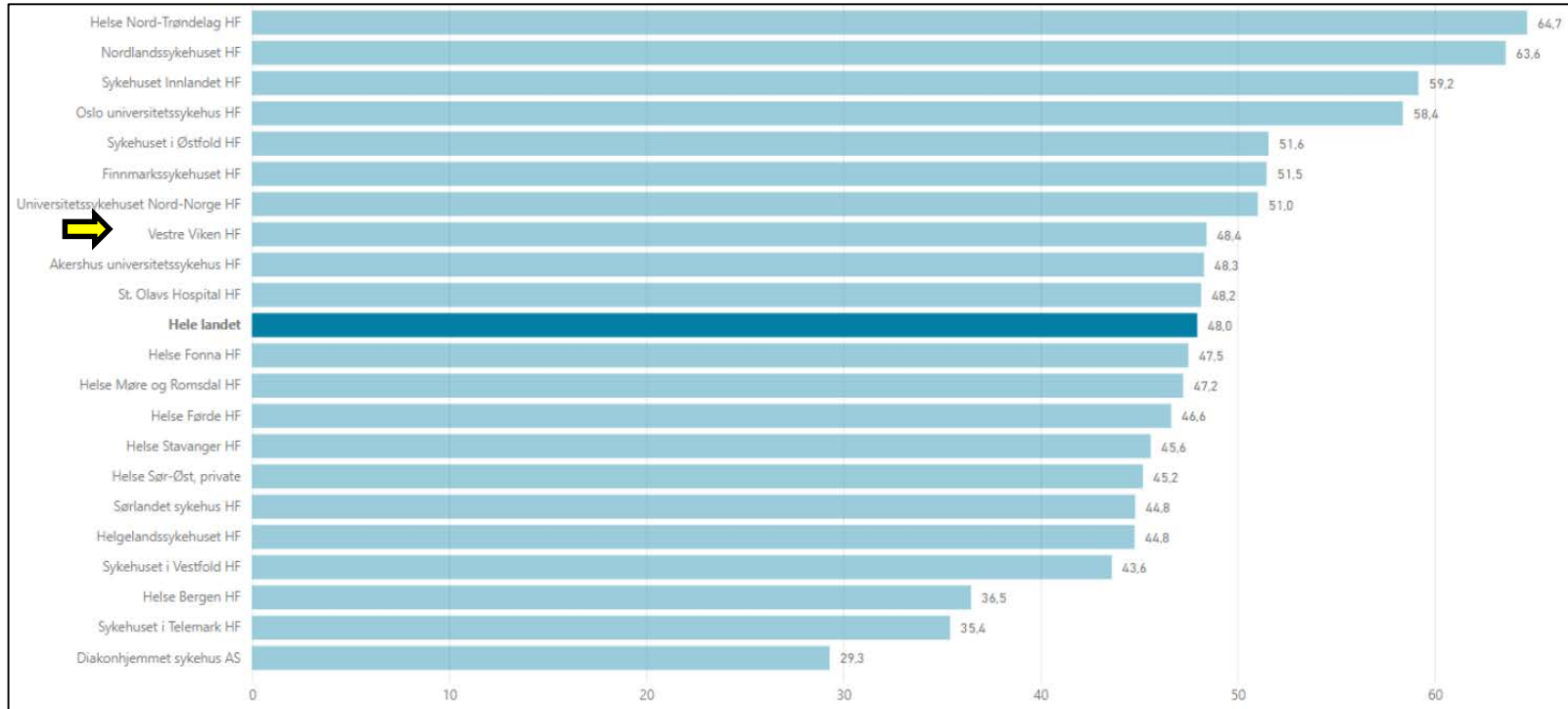


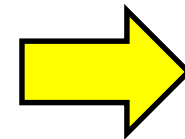
Bruk av spesifikke tilstandskoder barn/unge



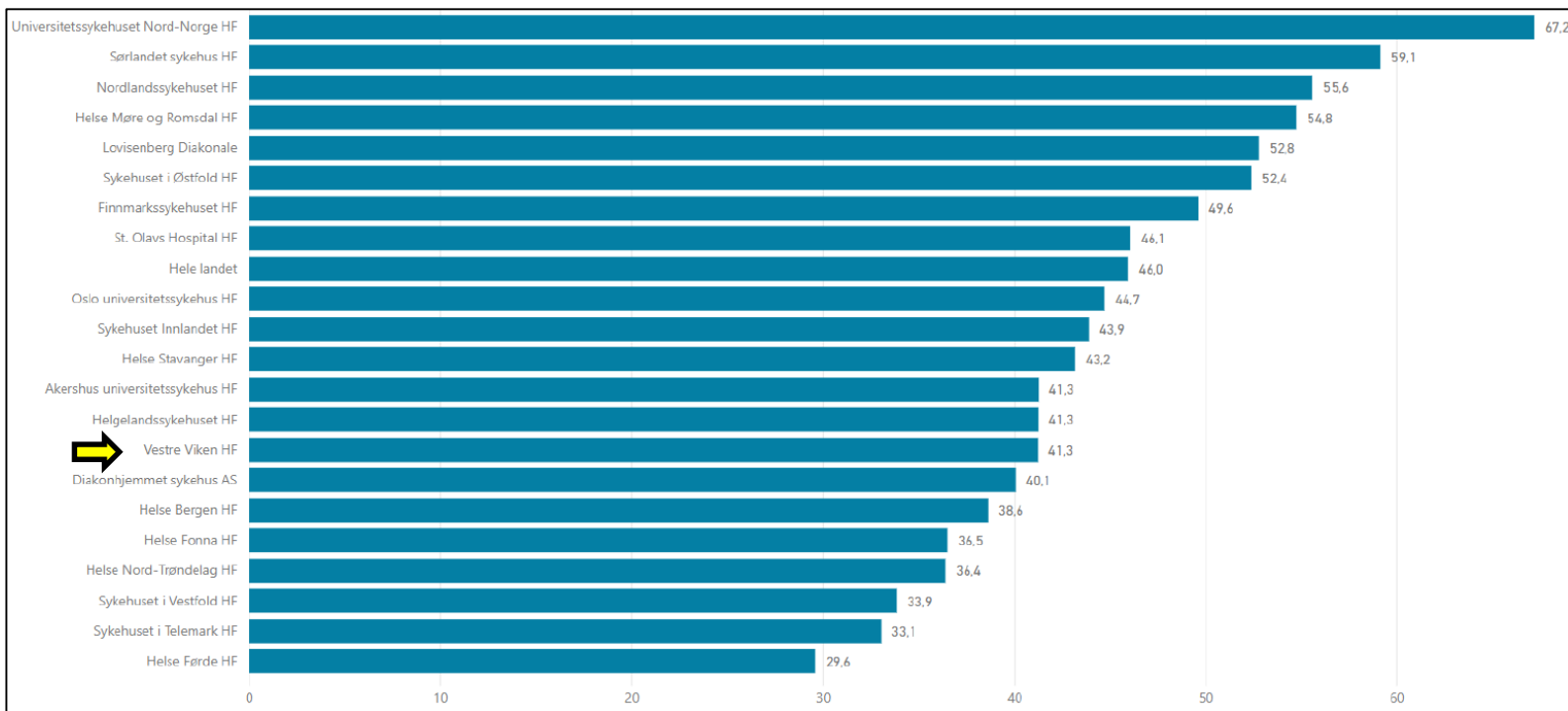


Ventetid barn/unge (snitt)





Ventetid voksne (snitt)

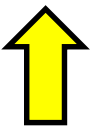


Tiltak for å redusere ventetidene

- Kveldspoliklinikker etablert
 - Økt bemanning barn- og ungdomspsykiatri
 - Økning døgnplasser for spiseforstyrrelser
- Mål om nå en gjennomsnittlig ventetid på 40 dager innen utgangen av 2021



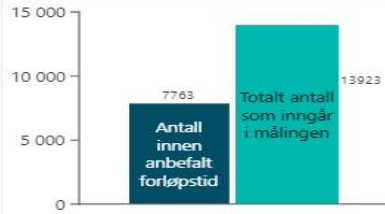
VESTRE VIKEN Regional oversikt alle pakkeforløp barn- og ungdomspsykiatri



NORGE

Andel utredet innen anbefalt forløpstid

56 %

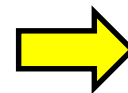


REGIONALE HELSEFORETAK

RHF	Andel iht anbefaling	Antall iht anbefaling	Totalt antall som inngår i måling
1 Helse Sør-Øst RHF	59 %	4454	7528
2 Helse Vest RHF	59 %	1871	3175
3 Helse Nord RHF	54 %	638	1171
4 Helse Midt-Norge RHF	39 %	800	2049

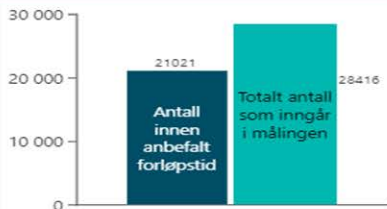
HELSEFORETAK

HF	Andel iht anbefaling	Antall iht anbefaling	Totalt antall som inngår i måling
1 Akershus universitetssykehus HF	64 %	878	1372
2 Diakonhjemmet sykehus A/S	52 %	63	122
3 Lovisenberg diakonale sykehus AS	65 %	279	430
4 Oslo universitetssykehus HF	53 %	286	542
5 Privat Sør-Øst HF	96 %	26	27
6 Sykehuset i Vestfold HF	67 %	652	967
7 Sykehuset Innlandet HF	58 %	322	555
8 Sykehuset Telemark HF	59 %	338	571
9 Sykehuset Østfold HF	45 %	337	744
10 Sørlandet Sykehus HF	59 %	547	932
11 Vestre Viken HF	57 %	726	1266


NORGE

Andel utredet innen anbefalt forløpstid

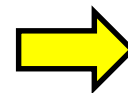
74 %


REGIONALE HELSEFORETAK

RHF	Andel iht anbefaling	Antall iht anbefaling	Totalt antall som inngår i måling
1 Helse Vest RHF	76 %	3664	4831
2 Helse Sør-Øst RHF	75 %	12188	16278
3 Helse Midt-Norge RHF	69 %	3346	4853
4 Helse Nord RHF	69 %	1276	1854

HELSEFORETAK

HF	Andel iht anbefaling	Antall iht anbefaling	Totalt antall som inngår i måling
1 Akershus universitetssykehus HF	68 %	2010	2956
2 Diakonhjemmet sykehus A/S	92 %	1020	1105
3 Lovisenberg diakonale sykehus AS	67 %	505	752
4 Oslo universitetssykehus HF	72 %	1159	1619
5 Privat Sør-Øst HF	94 %	509	541
6 Sykehuset i Vestfold HF	94 %	1495	1586
7 Sykehuset Innlandet HF	73 %	1249	1712
8 Sykehuset Telemark HF	70 %	717	1026
9 Sykehuset Østfold HF	68 %	1074	1582
10 Sørlandet Sykehus HF	72 %	1021	1424
11 Vestre Viken HF	72 %	1432	1978



NORGE

Andel utredet innen anbefalt forløpstid

80 %



REGIONALE HELSEFORETAK

RHF	Andel iht anbefaling	Antall iht anbefaling	Totalt antall som inngår i måling
1 Helse Sør-Øst RHF	82 %	1692	2052
2 Helse Midt-Norge RHF	75 %	203	269
3 Helse Vest RHF	74 %	295	399
4 Helse Nord RHF	62 %	69	112

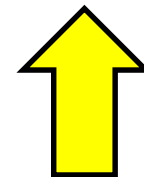
HELSEFORETAK

HF	Andel iht anbefaling	Antall iht anbefaling	Totalt antall som inngår i måling
1 Akershus universitetssykehus HF	96 %	382	396
2 Diakonhjemmet sykehus A/S	94 %	136	145
3 Lovisenberg diakonale sykehus AS	71 %	12	17
4 Oslo universitetssykehus HF	96 %	109	114
5 Privat Sør-Øst HF	78 %	127	162
6 Sykehuset i Vestfold HF	97 %	361	371
7 Sykehuset Innlandet HF	62 %	135	218
8 Sykehuset Telemark HF	88 %	30	34
9 Sykehuset Østfold HF	79 %	280	353
10 Sørlandet Sykehus HF	37 %	44	120
11 Vestre Viken HF	62 %	76	122

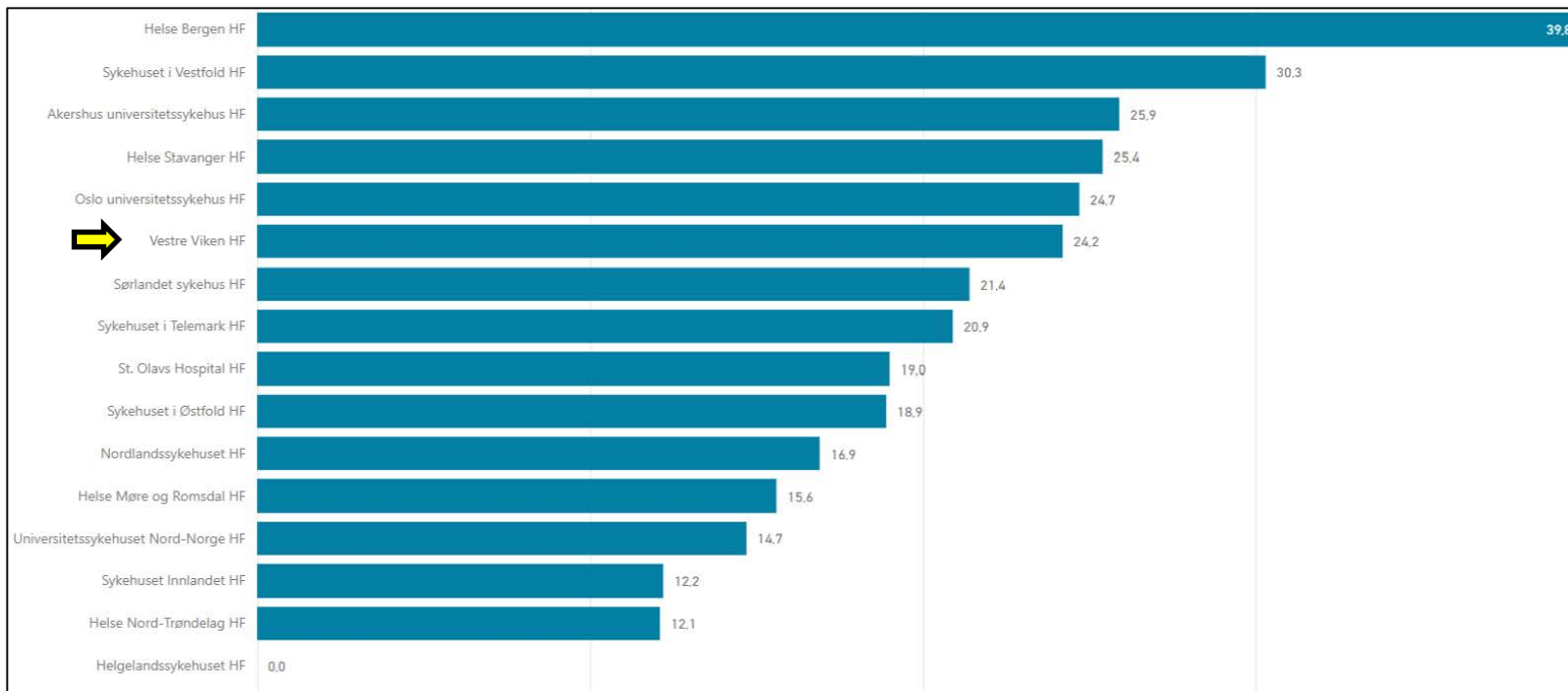
Tiltak for bedre forløpstidene

- Tettere lederoppfølging – «helt ut».
- Klargjøring av ansvars og oppgavefordeling
- Forbedrete rapporter for behandlere og ledere
- Rydding i feilkoder pågår

→ Mål på 80 prosent forventes å nås innen utgangen av 2021



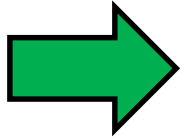
Tvangsinnleggelser voksne (andel)



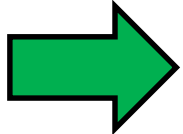
Tiltak for reduksjon av tvangsinnleggelseser

- Omfattende forbedringsarbeid igangsatt
- Handlingsplaner tatt i bruk (seksjonsnivå)

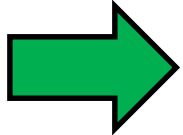
Somatikk



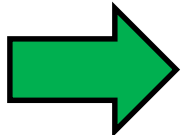
- Epikrisetid



- Ventetid



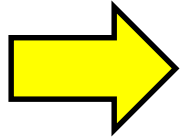
- Fristbrudd



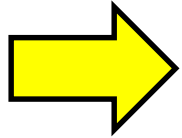
- Korridorpasienter



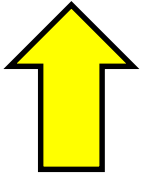
Somatikk



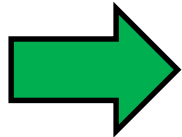
- Hoftebrudd operert ila 24 timer og infeksjoner



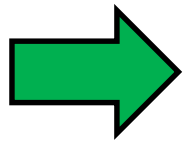
- Behandling av hjerneslag



- Hjemmedialyse

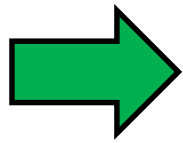


- Sykehusinfeksjoner og antibiotikabruk



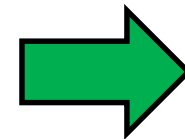
Epikrisetid somatikk (andel innen 1 dag)



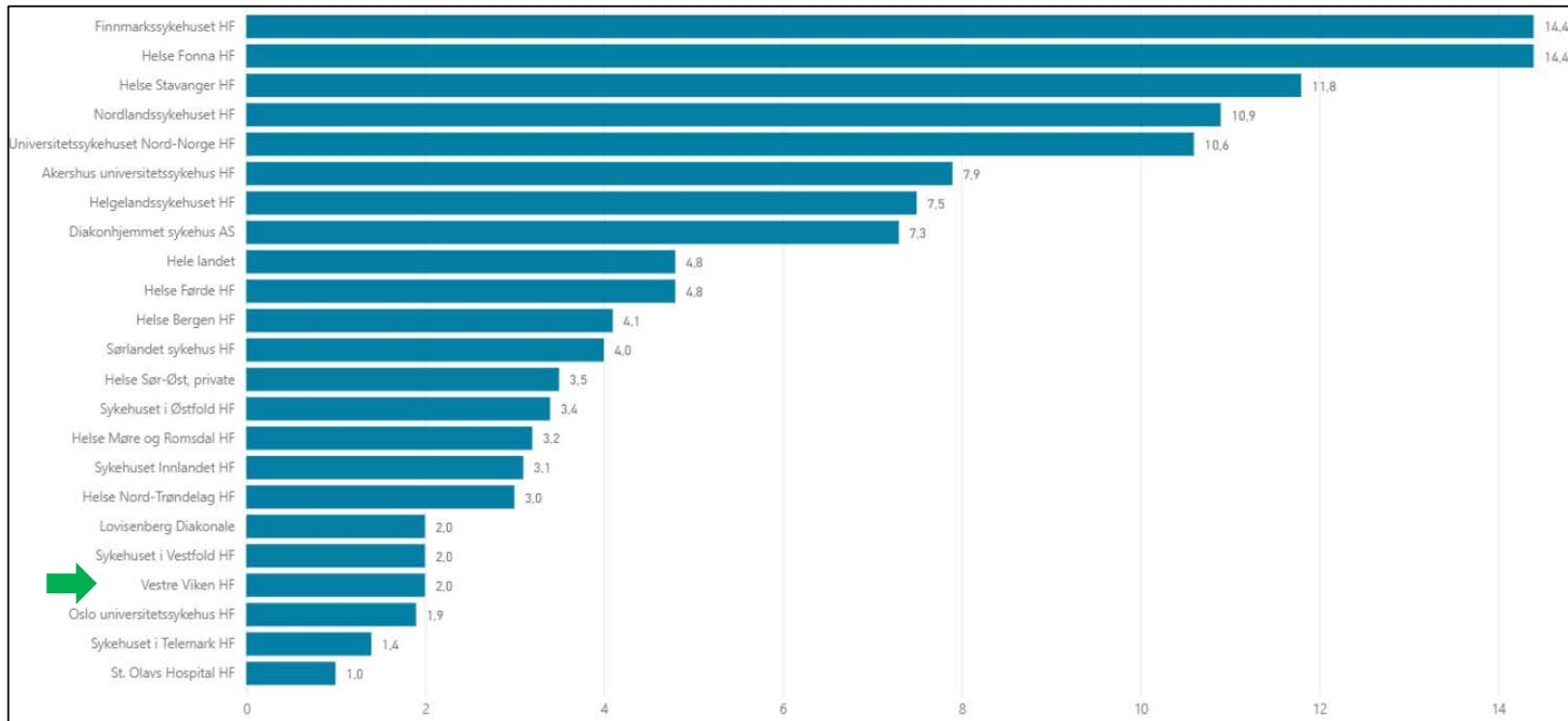


Ventetid somatikk (snitt dager)

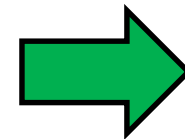




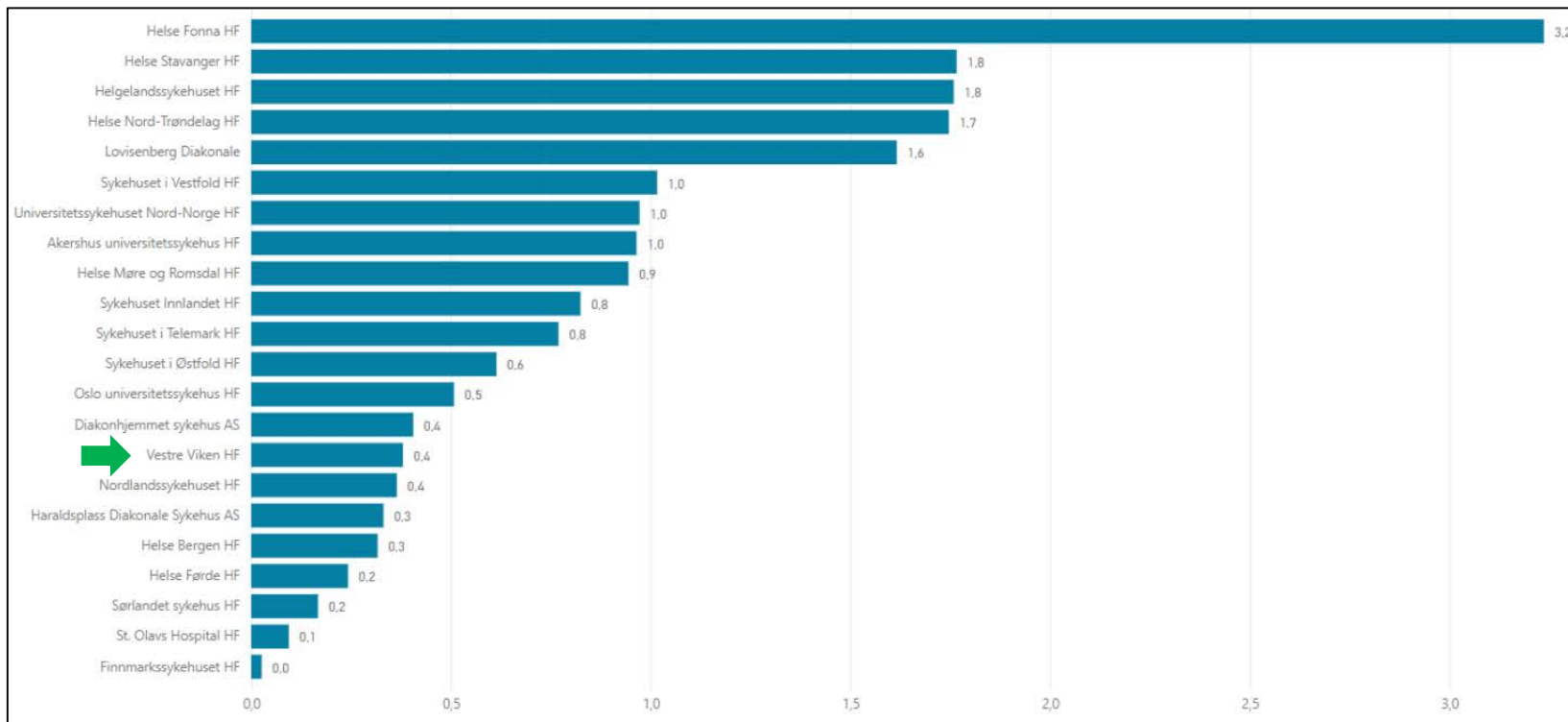
Fristbrudd (andel)

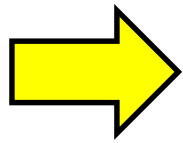


1. tertial 2021, kilde: Norsk Pasientregister (NPR)



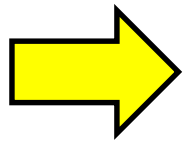
Korridorpatienter (andel)



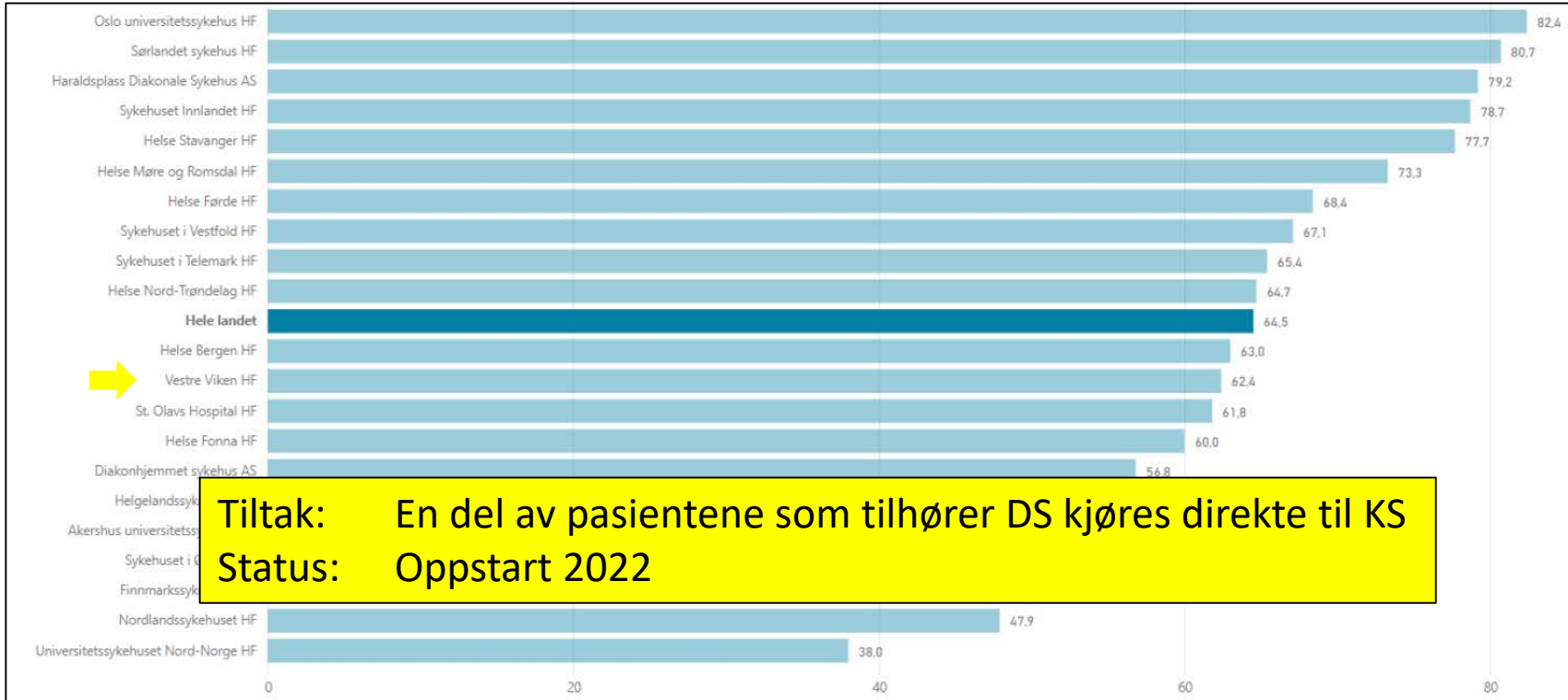


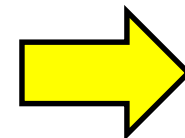
Hoftebrudd (andel operert innen 24t)





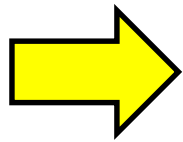
Hoftebrudd (andel operert innen 24t)



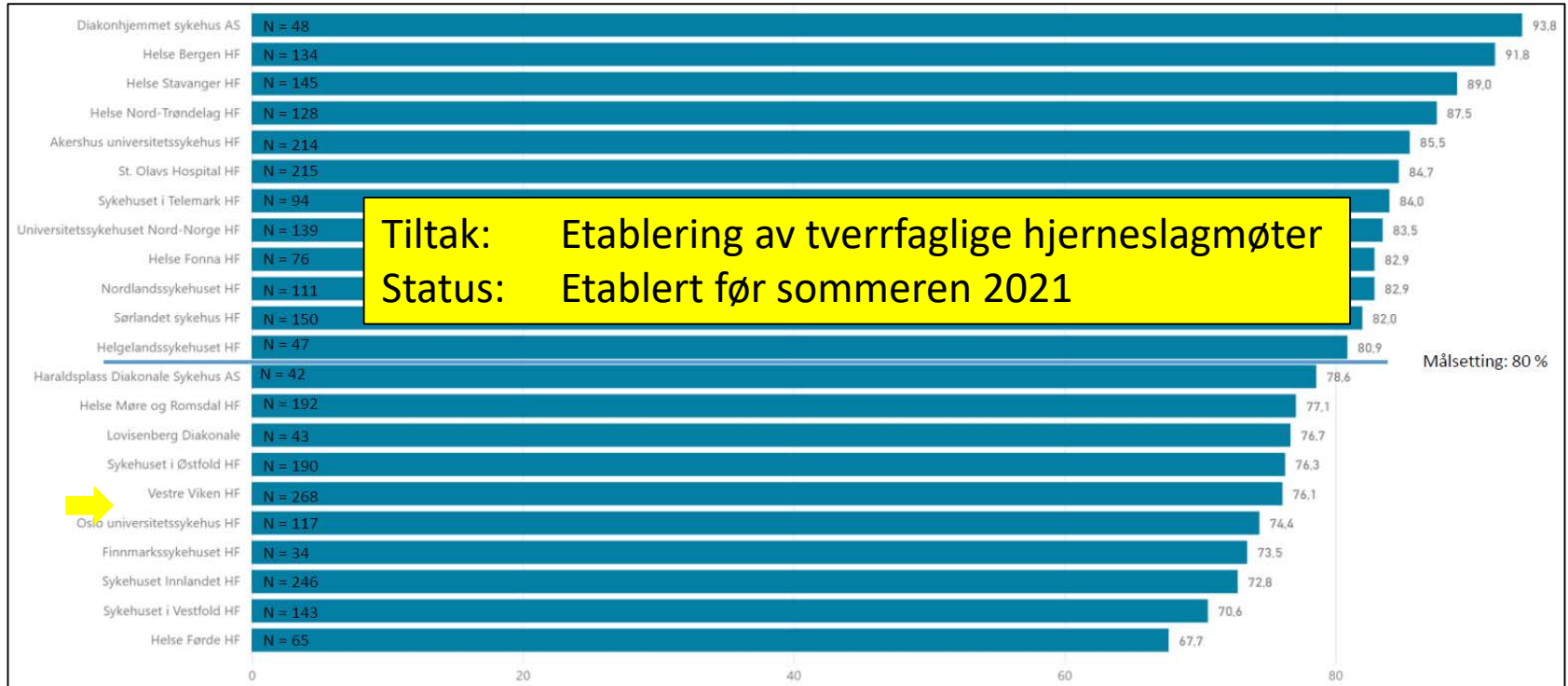


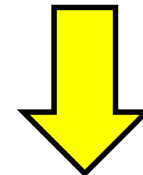
Hjerneslag (tverrfaglig funksjonsvurdering)



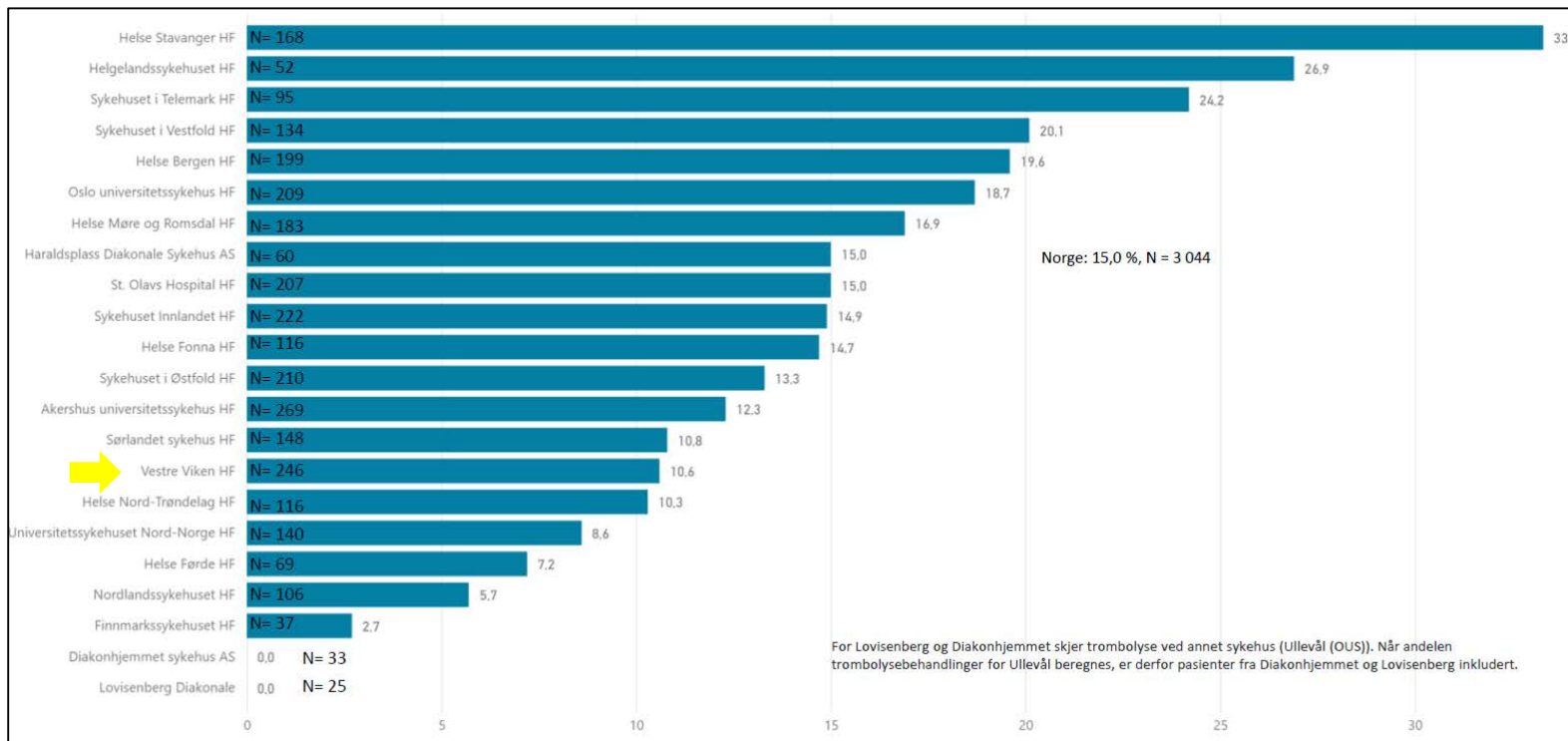


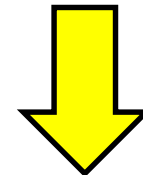
Hjerneslag (tverrfaglig funksjonsvurdering)



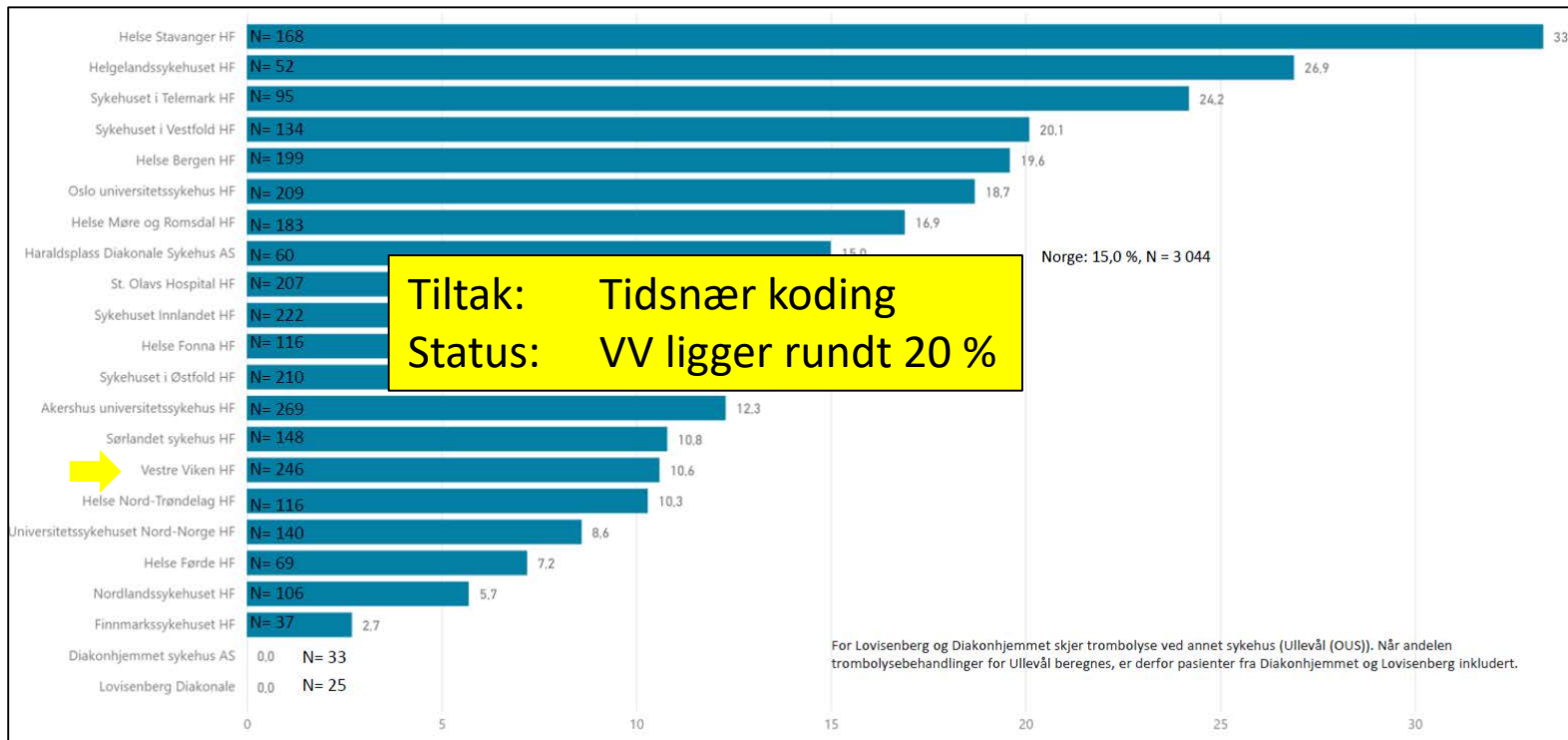


Hjerneslag (andel trombololyse)



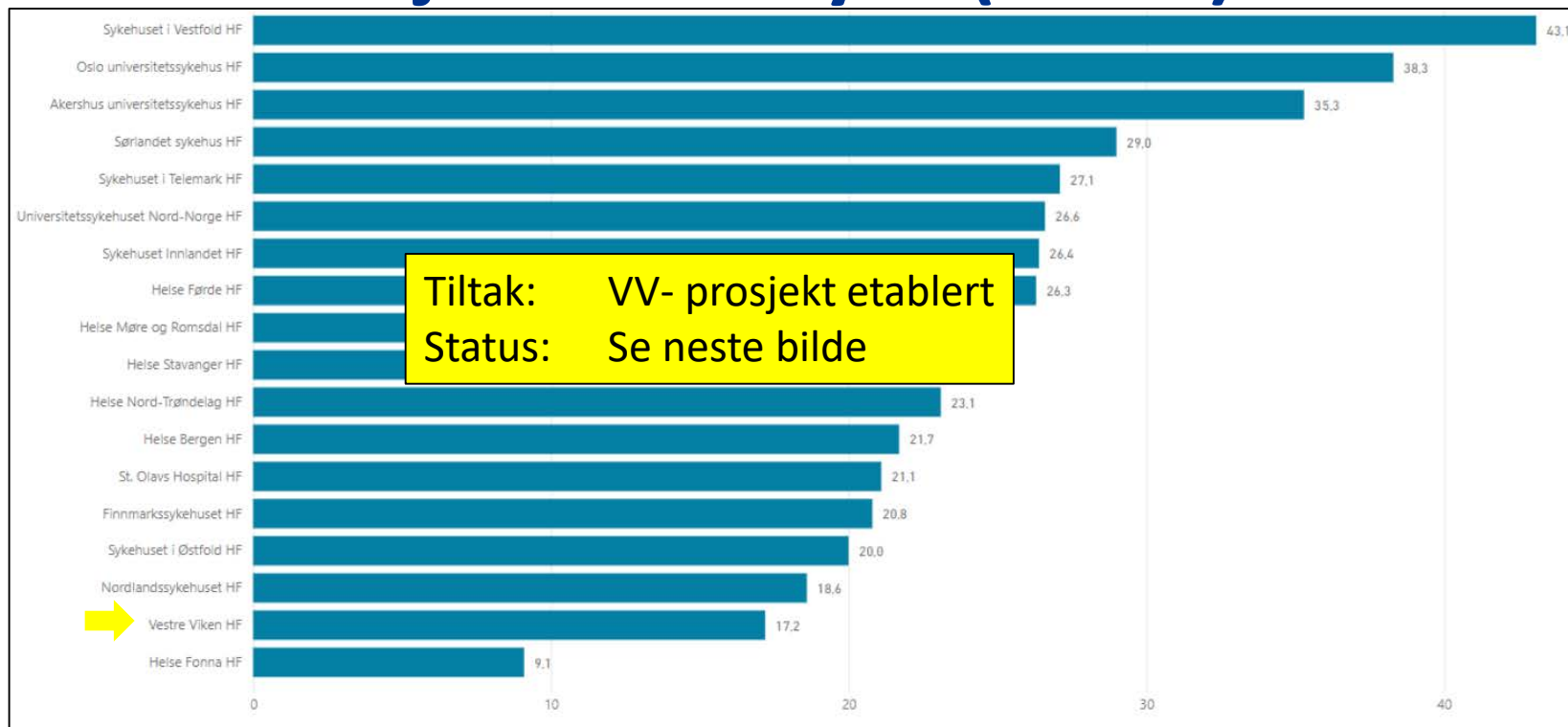


Hjerneslag (andel trombololyse)

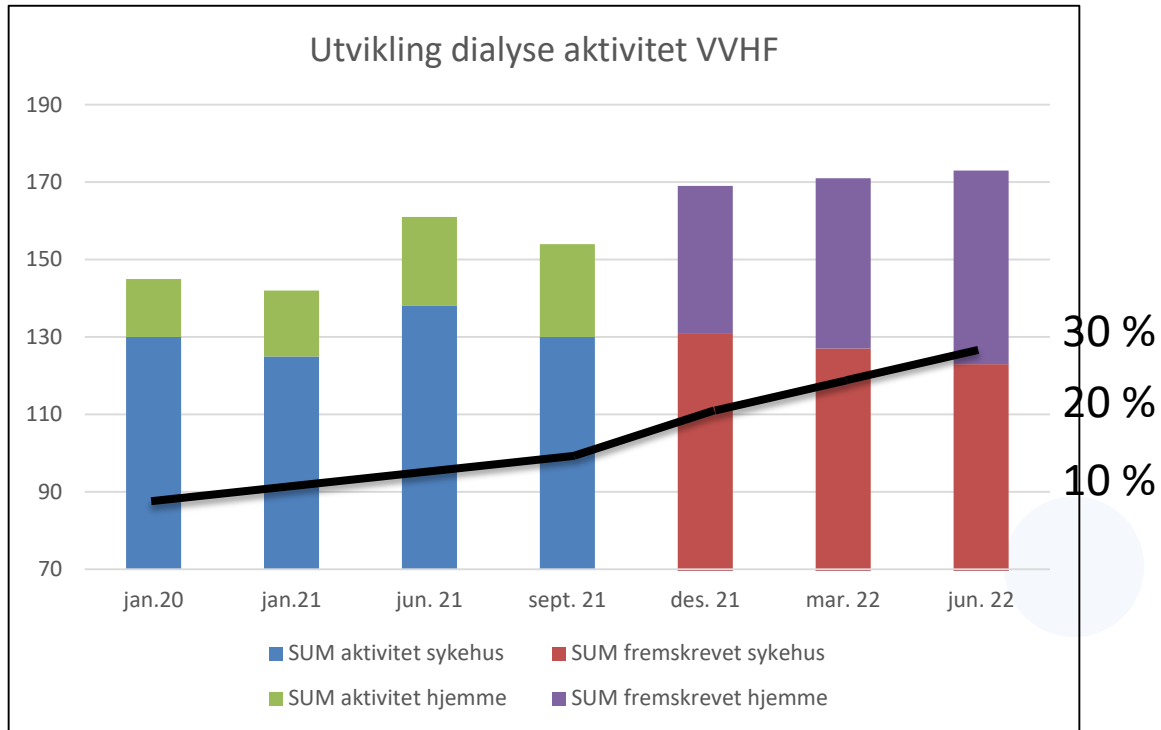


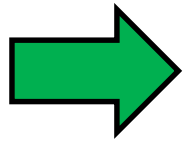


Hjemmedialyse (andel)

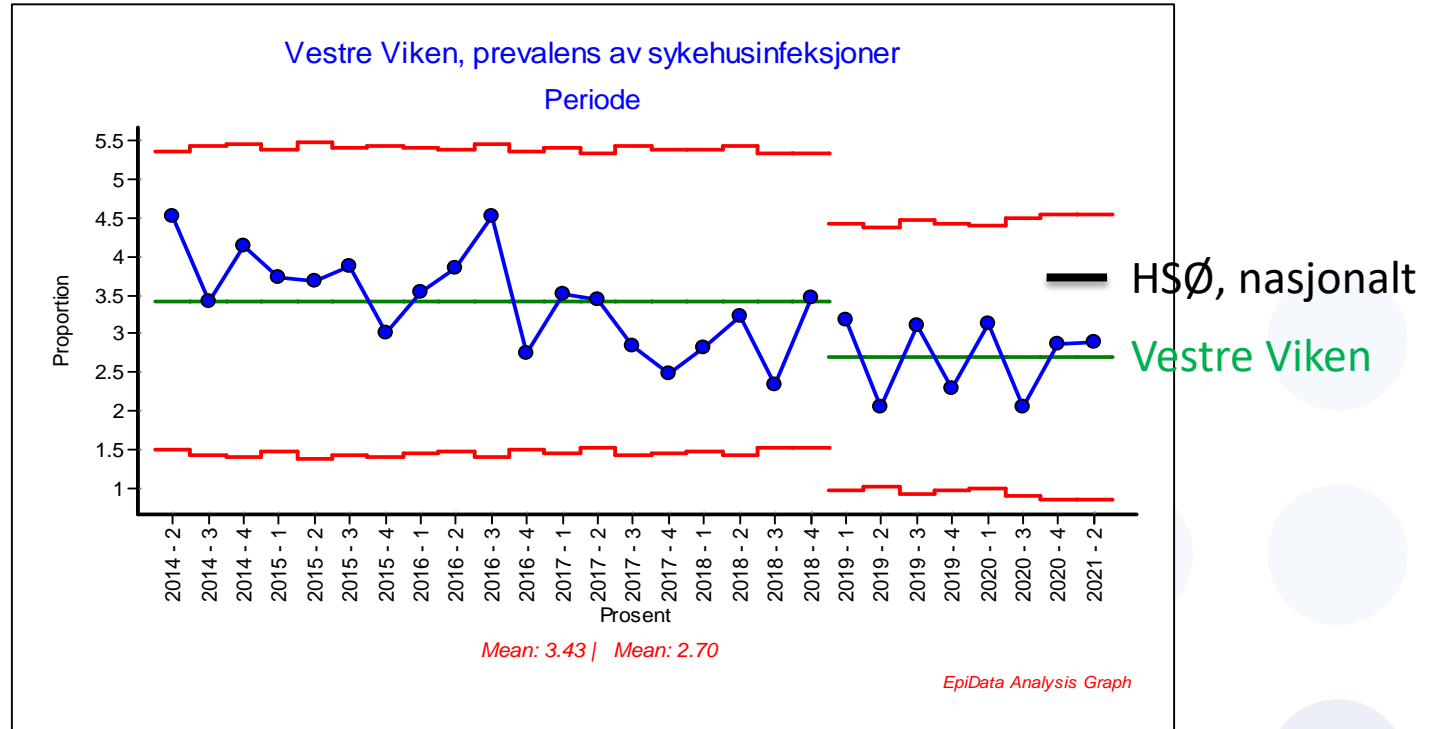


Hjemmedialyse – status og plan



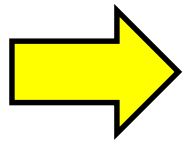


Sykehusinfeksjoner

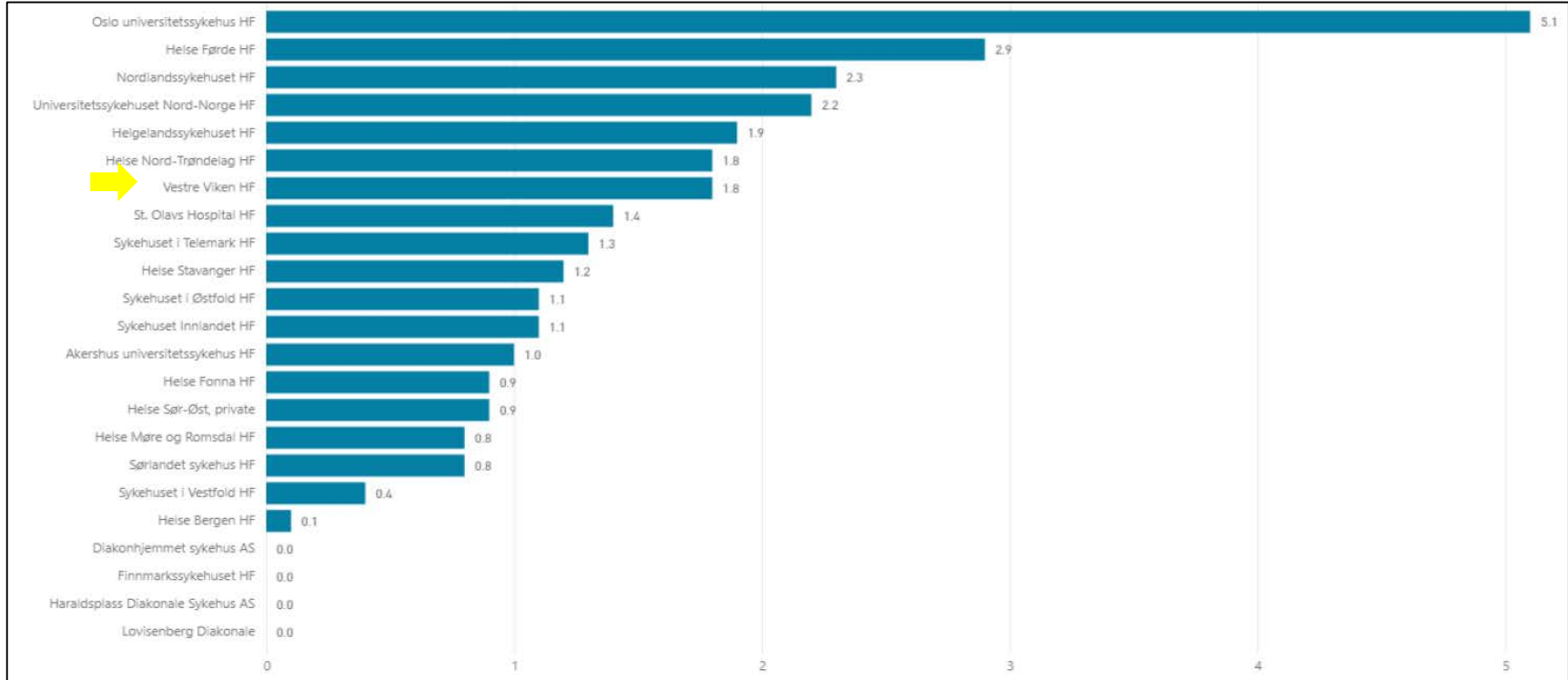


Tiltak sykehusinfeksjoner

- Startet forbedringsprosjekt RS – kateter assosierte urinveisinfeksjoner (KAUVI)



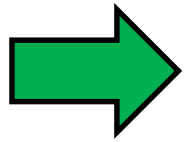
Infeksjoner planlagte hofteproteser (andel)



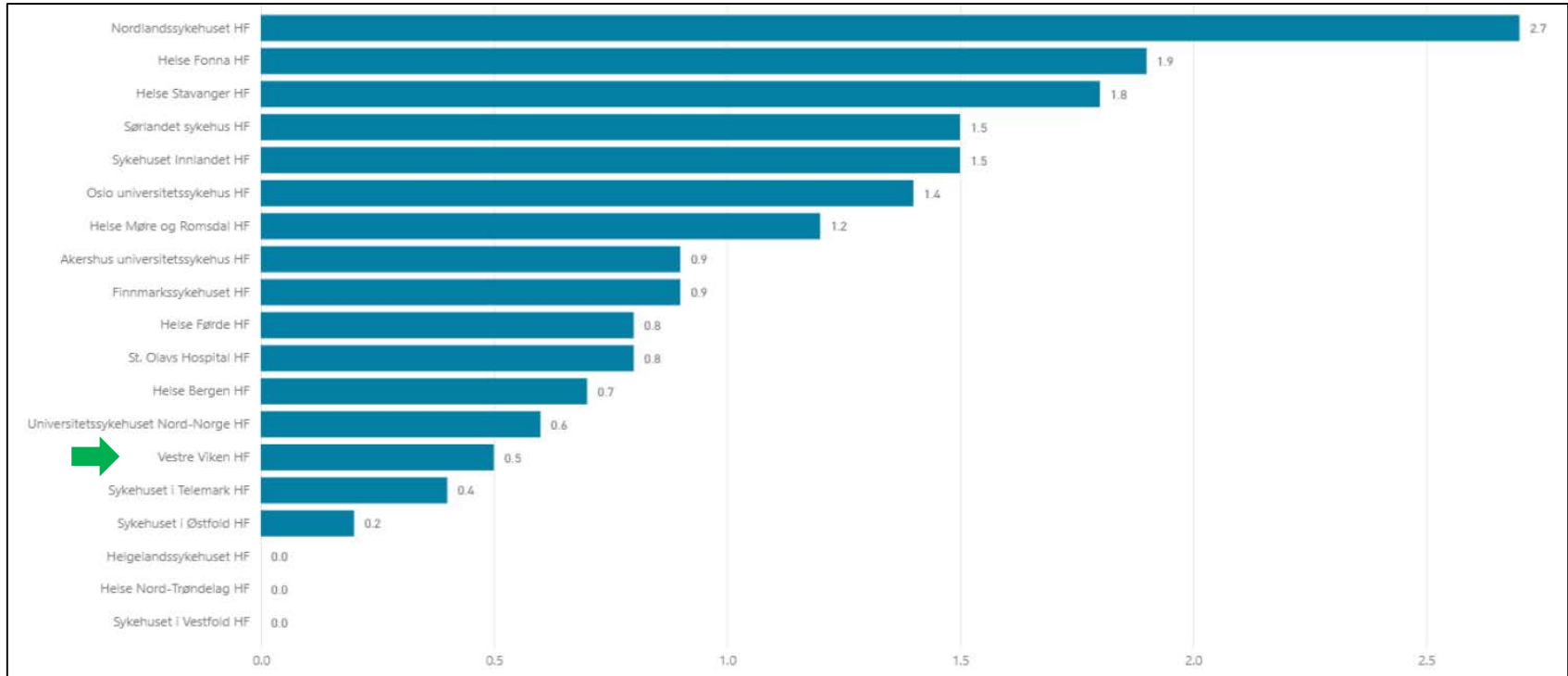
2020, kilde: Norsk Pasientregister (NPR)

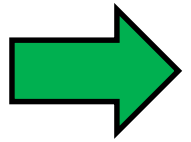
Hofteproteser

- Tiltak:
 - Utrede bruk av dekolonisering for alle sykehusene i VV
 - Vurdere å sette i gang metodevurdering

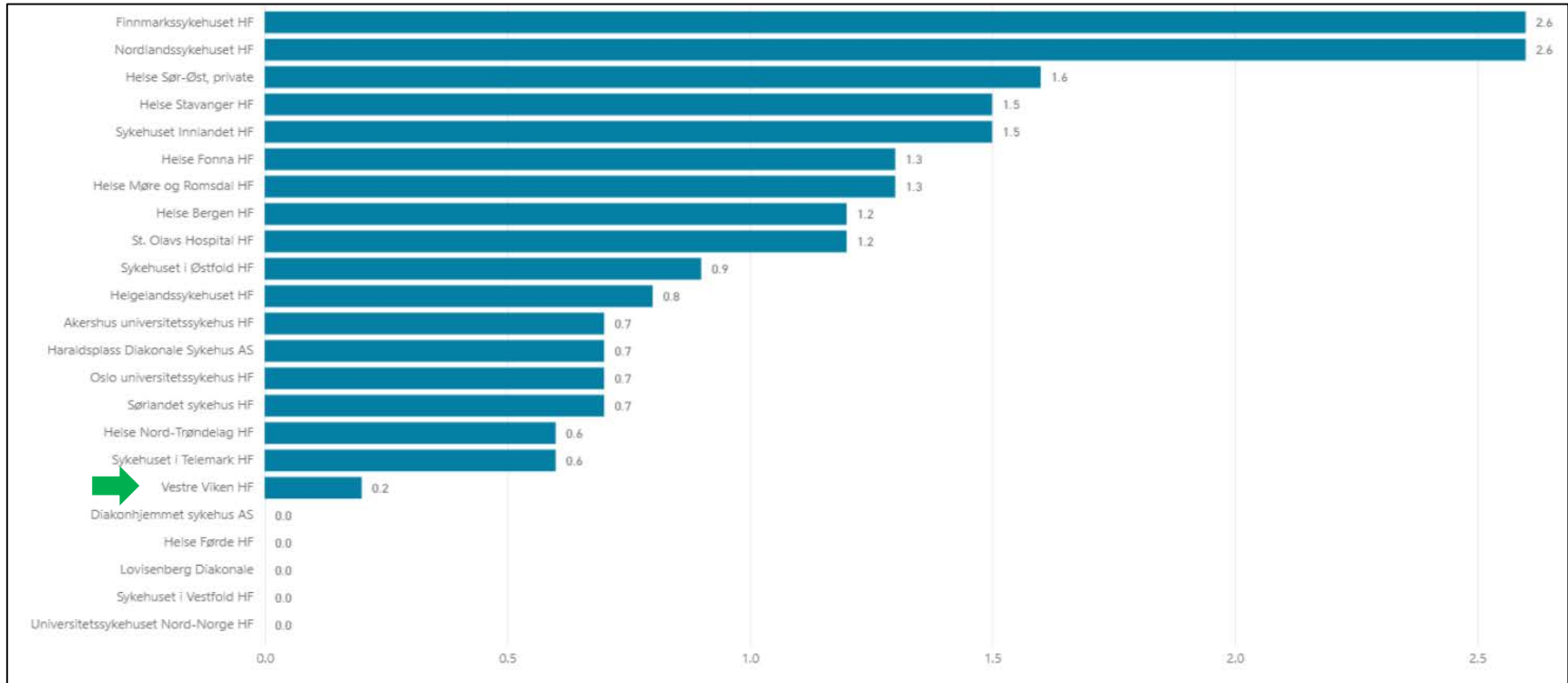


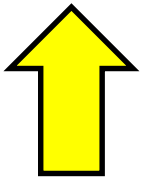
Infeksjoner etter keisersnitt (andel)





Infeksjoner etter fjerning av galleblære (andel)

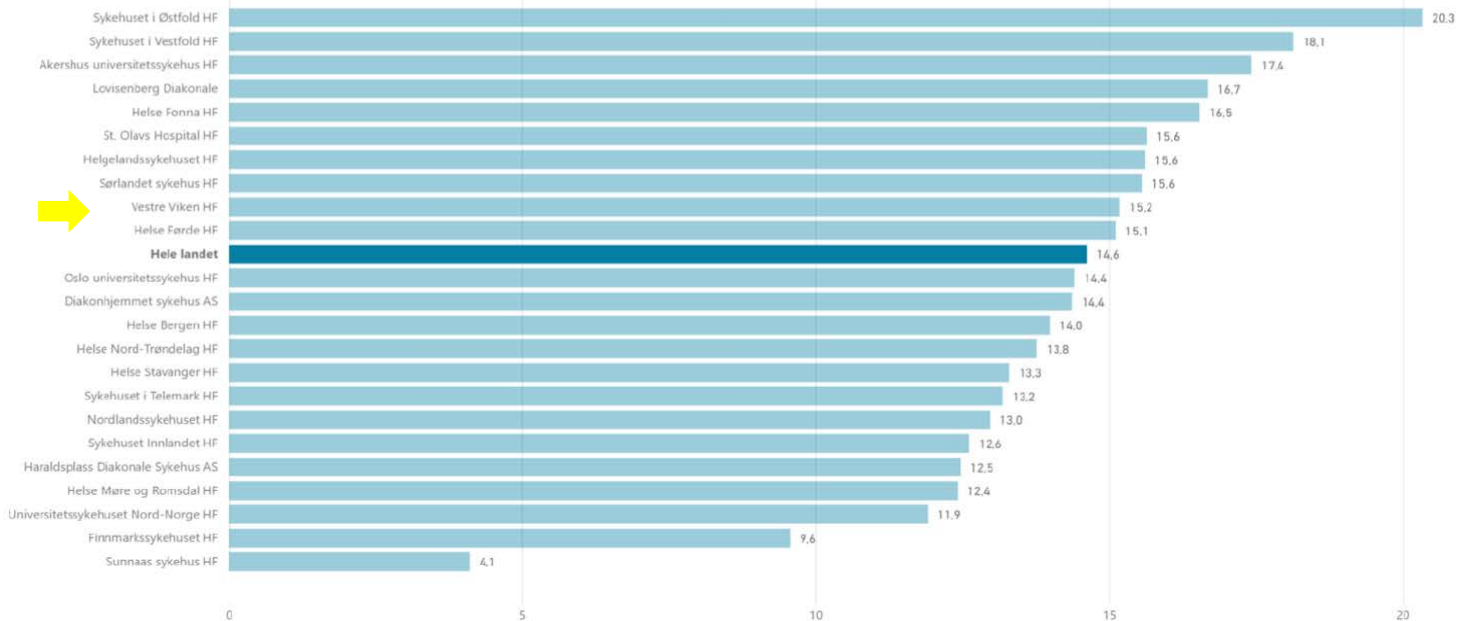




Forbruk av bredspektrede antibiotika

Forbruk av et utvalg bredspektrede antibiotika i norske sykehus

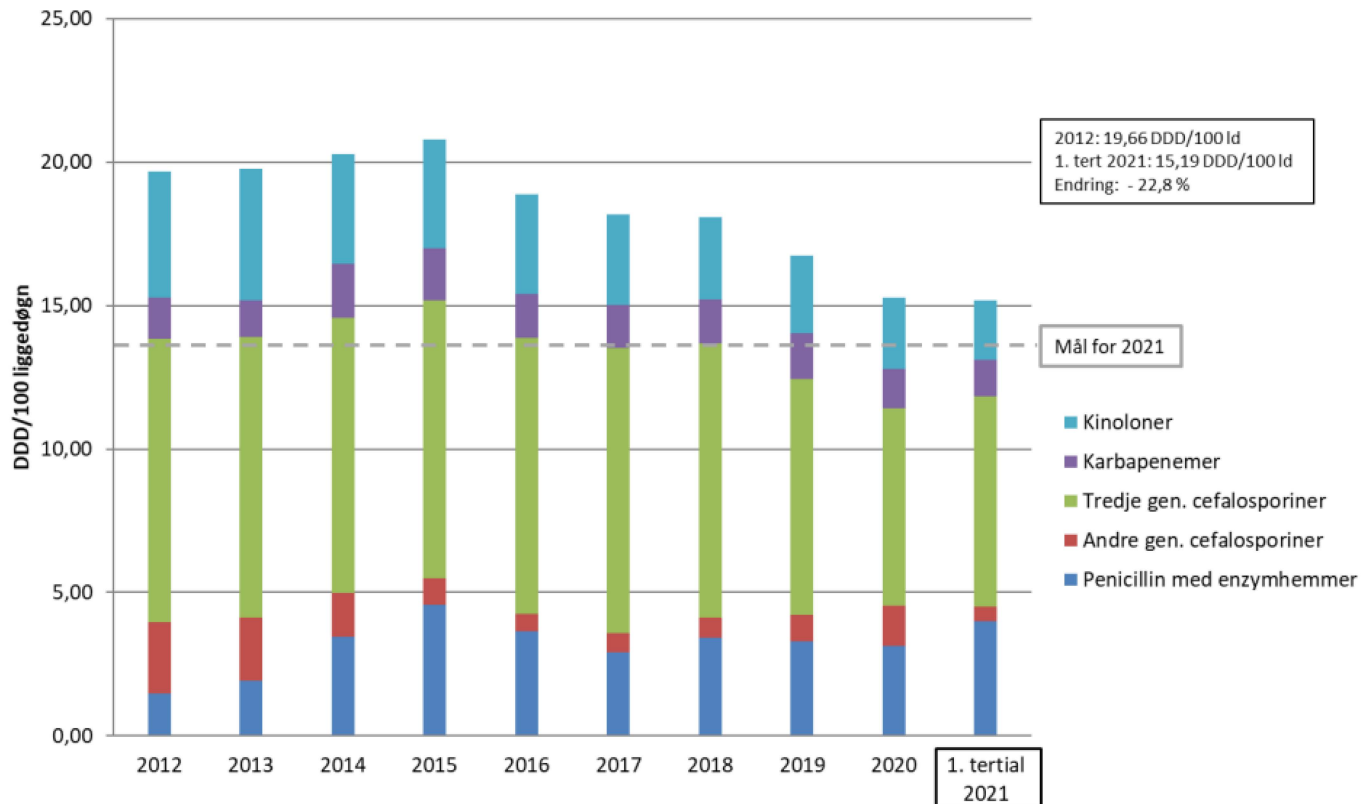
Definisjon: Antall definerte døgndoser (DDD) av et utvalg bredspektrede antibiotika per 100 liggedøgn i norske sykehus.

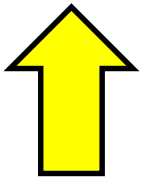


Antall definerte døgndoser i 1. tertial 2021, kilde: Sykehusapotekene og NPR

Forbruk av et utvalg bredspektrede antibiotika i Vestre Viken HF

korrigert for liggedøgn

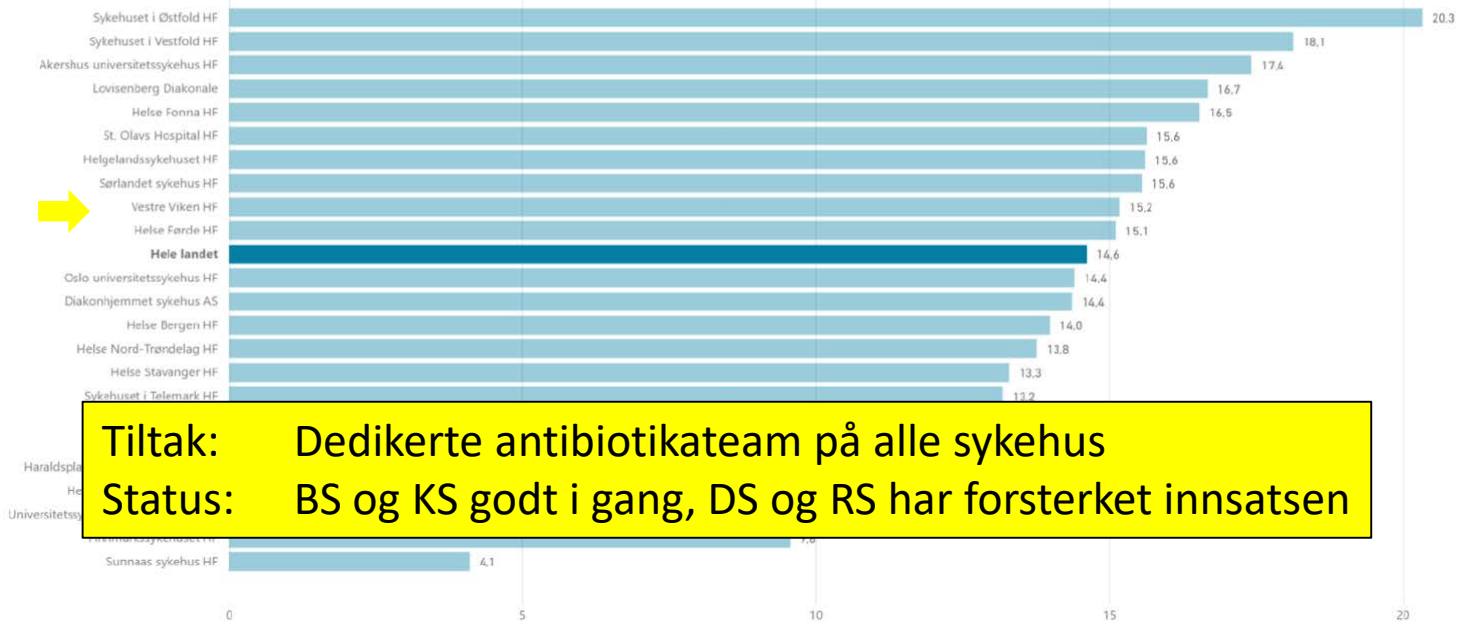




Forbruk av bredspektrede antibiotika

Forbruk av et utvalg bredspektrede antibiotika i norske sykehus

Definisjon: Antall definerte døgndoser (DDD) av et utvalg bredspektrede antibiotika per 100 liggedøgn i norske sykehus.



Antall definerte døgndoser i 1. tertial 2021, kilde: Sykehusapotekene og NPR

Rapporter fra kreftregisteret



Kreftregisteret

Screeningprogram og kvalitetsregistre



Nasjonalt kvalitetsregister for
MELANOM



Nasjonalt kvalitetsregister for
PROSTATAKREFT



Nasjonalt kvalitetsregister for
BARNEKREFT



Nasjonalt kvalitetsregister for
LYMFOIDE MALIGNITETER



Nasjonalt kvalitetsregister for
TYKK- OG ENDETARMSKREFT



Nasjonalt kvalitetsregister for
BRYSTKREFT



Nasjonalt kvalitetsregister for
GYNEKOLOGISK KREFT

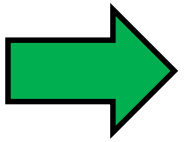


Nasjonalt kvalitetsregister for
LUNGEKREFT

- Kvalitetsregister for pankreaskreft
- Kvalitetsregister for sarkom
- Kvalitetsregister for kreft spiserør og magesekk

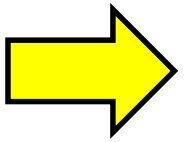
Tilbakemeldinger til Vestre Viken

- Årsrapporten fra kvalitetsregistre for kreft viser at VV generelt har gode resultater
- Rapportering til kvalitetsregistre er også god
- Forsinkelse mammografiprogrammet grunnet covid-19
- Fågrådene i HSØ har gitt konkrete tilbakemelding på områder som kan forbedres.



Brystkreft

- Høy 5-års overlevelse
- Høy andel med brystbevarende kirurgi
- Andel primære rekonstruksjoner etter fjerning av bryst er lavere enn målet

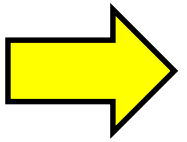


Lungekreft

- 5-års overlevelse på samme nivå som snitt i Norge
- Andel undersøkelser med PET-CT lavere enn målet
- Andel pasienter vurdert i tverrfaglige møter lavere enn målet

Tiltak:

- Økning fra 2 til 3 dager PET-CT fra august 2021
- Samarbeidsprosjekt med OUS planlagt fra høst 2021

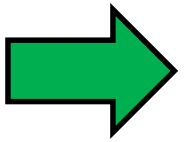


Blod/lymfekreft

- 5-års overlevelse på samme nivå som snitt i Norge
- For lite bruk av «FISH» diagnostikk (cytogenetikk)

Tiltak:

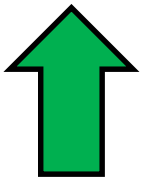
- Arbeid med å øke andel «FISH» diagnostikk
- Økt samarbeid innen hematologi RS/BS og KS/DS



Prostatakreft

- Høy andel av pasienter hvor tumor fjernes fullstendig ved 1. operasjon
- Riktig utvelgelse av pasienter til omfattende operasjoner

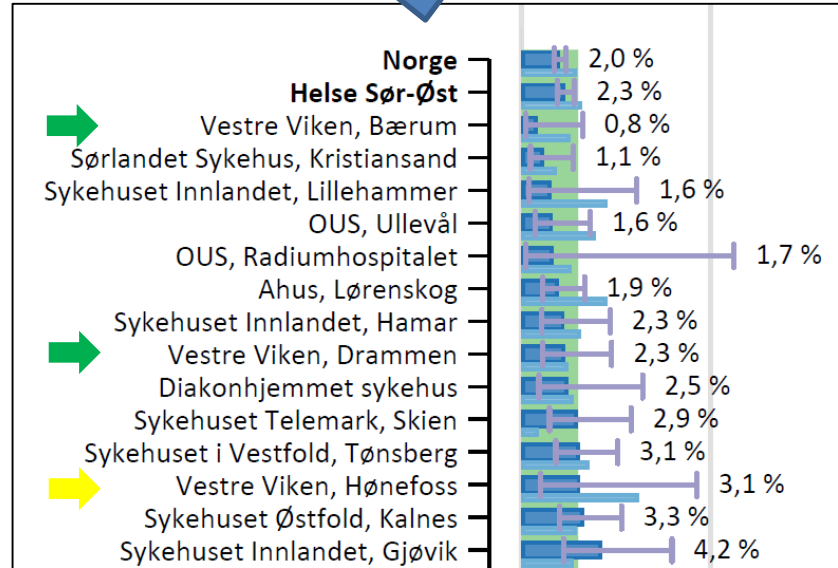
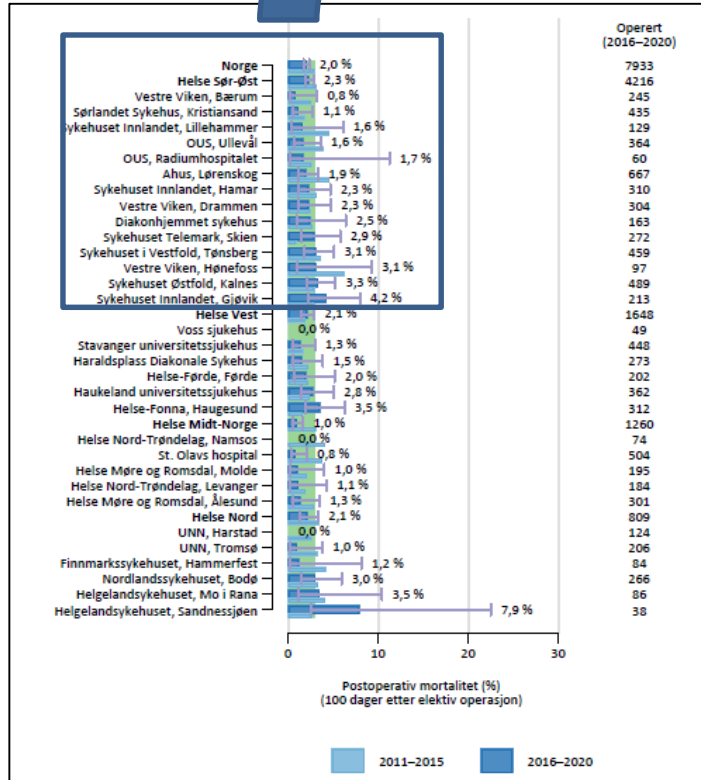
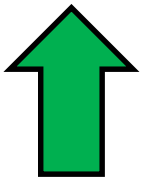




Tarmkreft

- 5-års overlevelse på samme nivå som snitt i Norge
- Lavere forekomst av spredning fem år etter operasjon sammenlignet med snitt i Norge

Tykkttarmskreft



Postoperativ dødelighet innen 100 dager etter elektiv tykktarmskreftoperasjon
Kilde: Kreftregisteret

Pasient- og brukerundersøkelse PasOpp



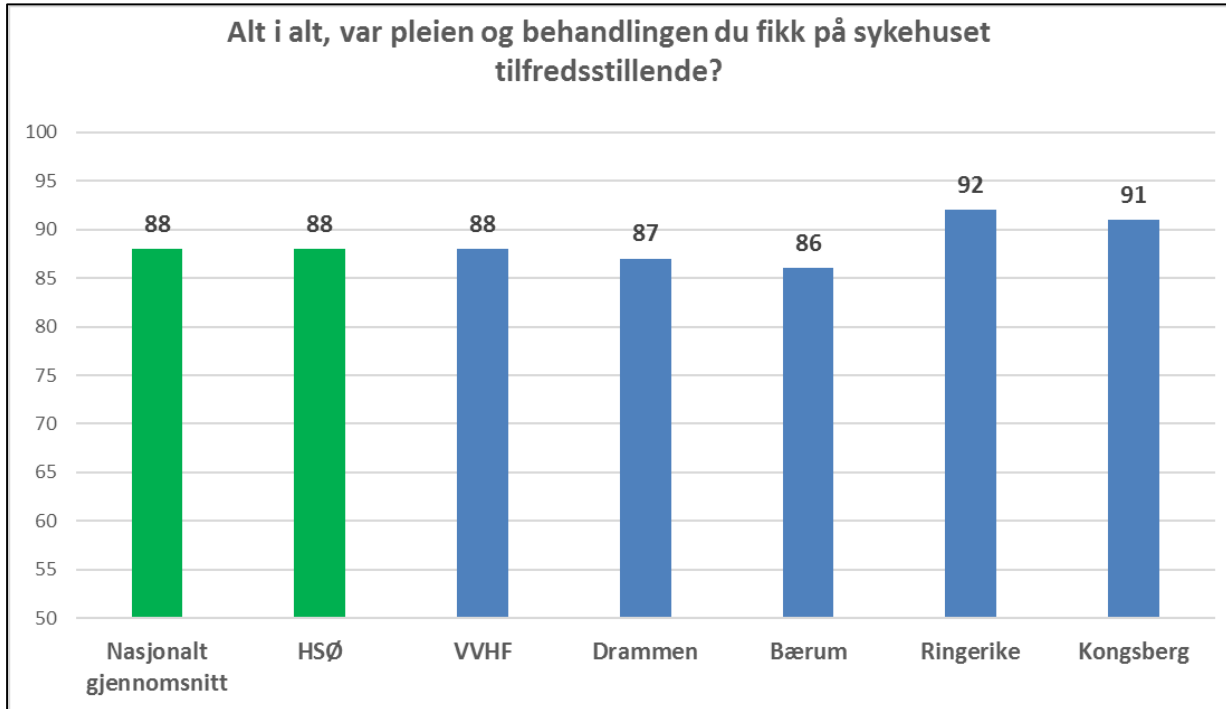
Pasient- og brukerundersøkelse PasOpp

- Gjennomføres av Folkehelseinstituttet
- Spørreskjemaet sendes 400 tilfeldig uttrukne pasienter ved de somatiske sykehusene
- Spørreskjema inneholder 56 spørsmål
- Svaralternativene «ikke i det hele tatt» til «i svært stor grad» regnes om til 100 poeng skala

Pasient- og brukerundersøkelse PasOpp



Fornøydhhet med behandlingen og pleien



Sluttbetraktninger

- Kvalitetsindikatorene en del av virksomhetsstyringen i Vestre Viken og brukes aktivt i forbedringsarbeidet.
- Vestre Viken ligger på gjennomsnittet eller bedre, men det er områder der det er behov for målrettede tiltak.
- Tilbakemeldingene fra kreftregisteret er gode, men det er områder som kan forbedres.
- Tilbakemelding fra pasienter og brukerne er gode. Besøksrestriksjoner under pandemien opplevdes negativ

Dato: 16. oktober 2021
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Implementering av rammeverk for virksomhetsstyring i HSØ

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte I Vestre Viken HF	103/2021	29.11.2021

Forslag til vedtak

Styret tar saken til etterretning.

Sted, 22. november 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: 1. Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst (RHF-styresak 107-2020)

Bakgrunn

I Oppdrag- og bestillingsdokumentet for 2021 legges det til grunn at Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst (RHF-styresak 107-2020) gjøres gjeldende og legges til grunn for utvikling av tjenesten. Rammeverket har vært kjent for foretaket siden sommeren 2020 og ligger til grunn for virksomhetsstyringen. Dette ble presentert for styret i juni 2020 der Administrerende direktør gjennomgikk krav til styringssystemet og redegjorde for hvordan Vestre Viken har innrettet sin virksomhetsstyring. Det ble spesielt anmerket behov for forbedring i forhold til risikostyring, kontinuerlig forbedring og læring etter hendelser, medarbeider- og brukerundersøkelser, samt nødvendig kompetanse i forbedringsarbeid, i tillegg til at mål og krav gjøres kjent for alle medarbeidere og ledere. Det ble også påpekt behov for forbedring innenfor:

- Læring på tvers av organisasjonen – systemer/arenaer for dette
- Nettverkssamarbeid innen VVHF om tjenester/fagområder/utdanning og opplæring
- Sette standard for eget område ved hjelp av data fra kvalitetsregistre, kvalitetsindikatorer, brukertilbakemeldinger, klager, tilsyn og revisjoner mm
- Aktivt bruke ForBedring og Snakk om forbedring – sammenhengen HMS og pasientsikkerhet i praksis - handlingsplaner bør følges opp via ledelsessystemet

Denne saken fremlegges som grunnlag for dokumentasjon av hvordan rammeverket er implementert i foretakets virksomhetsstyring og de påpekte forbedringsområdene er ivarettatt.

Saksutredning

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten trådte i kraft i 2017. I forskriften vektlegges leders ansvar for styringssystemet, økte forventinger til systematisk styring og kontroll, samt fokus på kontinuerlig forbedring. Det er definert fire plikter som er felles for alle styringssystem: plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomhetens aktiviteter i tråd med krav fastsatt i medhold av helse- og omsorgslovgivningen.

Pliktene er å anse som minimumskrav til alle styringssystem. Virksomhetens øverste leder er ansvarlig for å påse at styringssystemet fungerer i tråd med hensikten, sørge for at styringssystemet understøtter måloppnåelse og at styringssystemet bidrar til kontinuerlig forbedring.

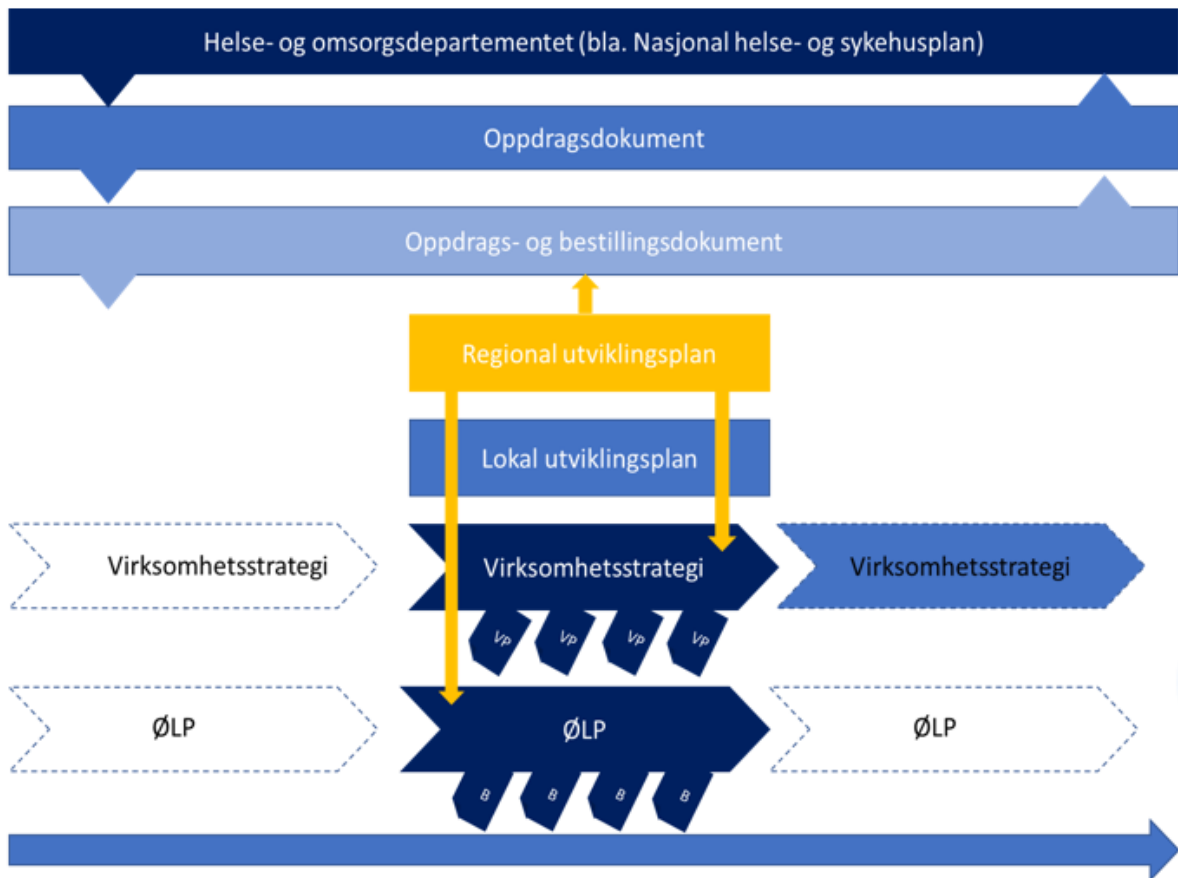
Forskriftens krav til styringssystemet er en tydelig integrert del av rammeverket for virksomhetsstyring. Prinsippene for virksomhetsstyring, slik de er uttrykt i rammeverket, er å forstå som felles minimumskrav for virksomhetsstyringen i helseforetaksgruppen. Prinsippene skal ligge til grunn for hvordan virksomhetsstyringen innrettes. Videre legges det til grunn at styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, samt ha det omfanget som er nødvendig. Det enkelte helseforetak er ansvarlig for at prinsippene implementeres, tilpasses og gjøres relevante lokalt.

Nedenfor beskrives de prosesser som ligger til grunn for virksomhetsstyringen i Vestre Viken HF.



Planlegge

Grunnlaget for planleggingen ligger i de styrende dokumentene innenfor spesialisthelsetjenesten.



Det er etablert faste prosesser med fremleggelse av disse dokumentene for styret, samt implementering av mål i driftsavtaler med klinikkene. Driftsavtalene med klinikkene gjenspeiler

krav som stilles til virksomheten gjennom oppdrag- og bestillingsdokumentet (OBD), samt budsjett og strategiske planer som påvirker klinikkene.

Vurdering av risiko er en viktig premis i fastsettelse av planer for virksomheten. Det er i løpet av 2021 etablert en fast rutine for ajourhold av risikovurderinger for virksomheten på kort og lang sikt og dette fremlegges for styret tertialvis. Vurdering av risiko legges frem for tillitsvalgte og vernetjeneste i faste etablerte fora for dialog, og formelt til behandling i HAMU. Det er også tatt i bruk en egen modul for risikovurderinger for klinikkene. Det planlegges med å integrere foretaksomfattende risikovurderinger i modulen slik at den vurdering som fremlegges for styret speiler vesentlige risiko i klinikk i tillegg til de som vurderes mer overordnet på foretaksnivå. Foretaket vil fortsatt utvikle sin modell for risikostyring og sikre at risikovurderinger blir en integrert del av virksomhetsrapporteringen og arbeid med forbedringstiltak.

I prosess for planlegging av virksomheten ligger også fastsatt fullmaktsystem og andre styrende dokumenter for virksomheten. Det er etablert instruksjer, retningslinjer, prosedyrer og verktøy som skal understøtte utførelsen av tjenesten og regulere virksomhetsstyringen. De overordnede styrende dokumentene fremlegges for styret årlig. Det pågår en prosess for rydding av styrende dokument i foretakets ehåndbok med involvering av klinikker og staber. Det vil i den anledning påses at dokumenter ajourføres i tråd med rammeverk for virksomhetsstyring.

Gjennomføre

I prosess for gjennomføring inngår den daglige driften som omfatter iverksettelse av de mål og planer som følger av driftsavtaler med klinikkene. Det er etablert faste fora for bruker- og merarbeidermedvirkning. Blant annet ved oppfølging av handlingsplaner etter medarbeiderundersøkelse og HMS handlingsplaner.

I månedlige oppfølgingsmøter med klinikk foregår systematisk oppfølging av mål og oppdrag i hht. driftsavtalene. Tilsvarende prosesser er etablert i klinikkene med oppfølging av avdeling og seksjon.

Det er etablert systematisk oppfølging av uønskede hendelser som rapporteres gjennom avvikssystemet Synergi. Team Pasientsikkerhet ble etablert i 2020. Teamet skal ved en systematisk gjennomgang av alvorlige utilsiktede hendelser bidra til å fange opp områder med høy risiko og sikre læring på tvers. Teamet har fokus på Safety-II, og skal bidra til å spre informasjon også om det som går bra.

Tertialvis rapporteres det på nasjonale kvalitetsindikatorer. Dette fremlegges for styret. Vesentlige utfordringsområder som fremgår av disse indikatormålingene innarbeides i driftsavtalene med klinikkene.

Kontinuerlig forbedring er innarbeidet som modell for driften, og det pågår systematisk opplæring av ledere og tillitsvalgte.

Evalvere

Det er etablert interne kontrollrutiner på flere områder. Dette omfatter både automatiserte kontroller i system, og manuelle kontroller gjennom oppfølging. Innføring av kontinuerlig forbedring som metodikk skal medføre av det kontinuerlig vurderes nye tiltak om det avdekkes avvik. Derfor markeres intern kontroll både som evaluere og korrigerer i modellen overfor (blå og orange farge). Grønt kors er implementert ved alle avdelinger. Den interne kontroll på finansområdet er kartlagt, og fremlegges for foretakets revisor i forbindelse med interimrevisjonen i 2021.

Den årlige forbedringsundersøkelsen og brukerundersøkelser danner grunnlag for handlingsplaner for forbedring. Derfor er også dette markert med både orange og blå farge i

oversikten over. Fra 2021 er det besluttet at verktøyet «Snakk om Forbedring» skal benyttes i arbeidet med handlingsplaner.

Måned- og tertialrapporteringer fremlegges for styret, og bygger på oppfølgingsmøter med klinikkene, samt rapportering på fastsatte indikatorer fra OBD til Helse Sør-Øst. Rapporteringen er grunnlag for evaluering av situasjonen. Tilsvarende gjelder Årsregnskap og årsberetning, samt Årlig melding.

Korrigere

De faste rapporteringene er grunnlaget for evaluering av virksomheten, og vil som oftest også inkludere planer for korreksjon ved avvik. Evaluere og korrigere griper dermed inn i hverandre. Det samme gjelder resultater av interne og eksterne revisjoner og tilsyn, som både gir en evaluering og vanligvis foreslår tiltak for forbedring. Dette inngår også i de tertialvise rapporteringene til styret.

Ledelsens gjennomgang av styringssystemet (LGG) rapporteres en gang årlig. Det er etablert prosesser i klinikkene for slik gjennomgang, og en samlet oppsummering fremlegges for styret. Rapporten oppsummerer resultatoppnåelse, vurderer dette i forhold til systemsvikt og angir tiltak for forbedring.

Evaluering og korrigerende tiltak skal tas med videre i planleggingen, der også risiko vurderes på ny. Foretaket har formaliserte prosesser for dette, men har fortsatt potensiale for å systematisere resultatene av evaluering og forslag til korrigerende tiltak i sin planlegging og oppfølging. Bemanningsutviklingen og tilgang på kritisk kompetanse er de viktigste utfordringene foretaket står overfor, og det er behov for å systematisere oppfølging og styring av dette området. Det pågår et arbeid for innføring av aktivitetsstyrt ressursplanlegging, men dette er alene ikke tilstrekkelig. I tillegg vil det iverksettes tiltak for å kvalifisere, rekruttere og beholde personale, og for å få til hensiktsmessig oppgavedeling mellom ulike personellgrupper.

En utfordring i virksomhetsstyringen er manglende støtteverktøy. Flere helseforetak har løsninger for dette, og Vestre Viken har vært i dialog med andre HF som har slike styringsverktøy. Det er så langt ikke kommet til noen anbefaling. En implementering av et slikt system vil være ressurskrevende og ha en anskaffelses- og driftskostnad. Det vil også overlappes noen av de verktøyene Vestre Viken allerede har i bruk. Inntil videre vil foretaket derfor videreutvikle anvendelsen av de verktøy som allerede er i bruk, og fokusere på fortsatt forbedring.

Administrerende direktørs vurderinger

Virksomhetsstyring defineres som det system og de prosesser som er etablert for å sette mål, definere oppgaver for å nå målene, måle resultater og bruke informasjonen til styring, kontroll og forbedring av virksomheten. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten stiller tydelige forventninger til leders ansvar for at det er etablert et helhetlig styringssystem. Videre beskriver forskriften minimumskrav til innholdet i styringssystemet, og retter økt oppmerksomhet mot kontinuerlig forbedring.

Administrerende direktør mener at foretaket har etablert tilfredsstillende rutiner for virksomhetsstyring. Disse er i samsvar med rammeverket for virksomhetsstyring vedtatt av styret i HSØ. Tilgang på arbeidskraft med spesialisert kompetanse er den største utfordringen i helsetjenesten nå, og videre arbeid med tilpasning av bemanning til aktivitet og tiltak for å kvalifisere, rekruttere og beholde personell er påkrevet. Det må legges til grunn at det er en kontinuerlig forbedring også på dette området.

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



**Rammeverk for
virksomhetsstyring i
Helse Sør-Øst**

1	Rammeverk for virksomhetsstyring	3
1.1	Hva er virksomhetsstyring?	3
1.2	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten	4
2	Roller og ansvar i virksomhetsstyringen	5
2.1	Det regionale helseforetakets rolle og ansvar	5
2.2	Helseforetakenes rolle og ansvar	5
2.3	Styrets rolle og ansvar	5
2.4	Administrerende direktørs rolle og ansvar	6
2.5	Ledere og medarbeidere	6
2.6	Medvirkning	7
2.6.1	Tillitsvalgte	7
2.6.2	Brukerutvalg	7
2.7	Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst	8
3	Virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst	8
3.1	Rammer for virksomheten	8
3.2	Prosesser for å planlegge, organisere og gjennomføre virksomheten i Helse Sør-Øst	9
3.3	Prosesser for å evaluere og korrigere virksomheten i Helse Sør-Øst	11
4	Prinsipper for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst	12
4.1	Planlegge og organisere virksomheten	12
4.2	Gjennomføre virksomhetens aktiviteter	13
4.3	Evaluere og korrigere virksomheten	14
5	Innføring og oppfølging	15

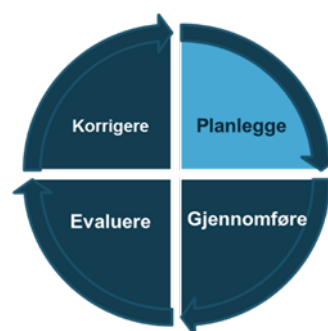
1 Rammeverk for virksomhetsstyring

Dette dokumentet beskriver prinsippene for god virksomhetsstyring, og er et rammeverk for å etablere intern styring og kontroll for all virksomhet i Helse Sør-Øst. Rammeverk og prinsipper er utarbeidet i samarbeid mellom helseforetakene og Helse Sør-Øst RHF og angir felles regionale forventninger til virksomhetsstyring. Rammeverket beskriver definisjoner, begreper, prosesser og prinsipper i virksomhetsstyringen. Rammeverk for virksomhetsstyring er ment å være en støtte til alle som har et ansvar for virksomhetsstyring på alle ledernivåer i Helse Sør-Øst. Det er et lederansvar å sikre at prinsippene i rammeverket implementeres og tilpasses lokalt. Rammeverket skal samtidig bidra til å øke forståelsen for den enkelte ansattets rolle i utviklingen av virksomheten.

1.1 Hva er virksomhetsstyring?

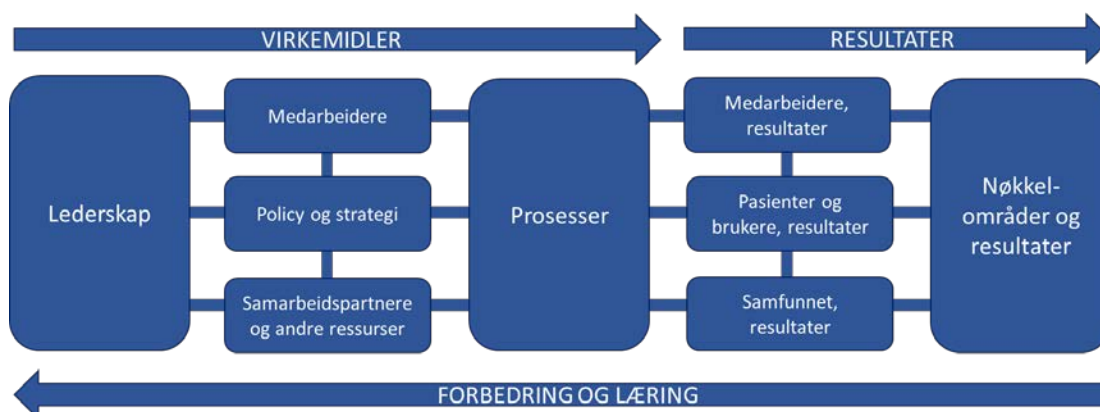
Virksomhetsstyring defineres som de prosesser og aktiviteter som gjennomføres for å:

- sette mål
- definere oppgaver for å nå målene
- måle resultater mot målene
- bruke informasjonen til å ha styring, kontroll og sørge for læring slik at virksomheten utvikles og forbedres¹



Virksomhetsstyring satt i system skal bidra til en tydeligere kobling mellom overordnede mål og ansvaret på de ulike nivåene i helseforetaket. God virksomhetsstyring skal understøtte tydelige prioriteringer og bidra til at ledere på alle nivåer bruker kapasiteten på de deler av virksomheten som er vesentlig for måloppnåelse.

God virksomhetsstyring er mer enn å definere mål og følge opp resultater. Helhetlig virksomhetsstyring omfatter god ledelse, en tydelig strategisk retning, løpende involvering av medarbeidere og brukere, samt virksomhetsprosesser og internkontroll som bidrar til måloppnåelsen. Samlet utgjør dette de nødvendige virkemidlene for å nå virksomhetens resultater og legge til rette for læring og forbedring².



¹ <https://dfo.no/fagomrader/virksomhetsstyring>

² European Foundation for Quality Management (EFQM): <http://efqm.se/model-criteria.html>

Mål- og resultatstyring er det overordnede styringsprinsippet i offentlig sektor. Med mål- og resultatstyring menes:

«Å sette mål for hva virksomheten skal oppnå, å måle resultater og sammenligne dem med målene, og bruke denne informasjonen til styring, kontroll og læring for å utvikle og forbedre virksomheten»³

Hensikten med mål- og resultatstyring er å gjøre styringen mer tillitsbasert, øke effektiviteten og få mer ut av ressursene. Dette innebærer at underliggende nivå har frihet til å avgjøre hvilke virkemidler som skal benyttes for å nå målene. Styring og kontroll skal i mindre grad skje gjennom detaljerte instruksjoner om ressursbruk, aktiviteter og enkeltoppgaver. Oppmerksomheten skal rettes mot at målene nås med effektiv ressursbruk. Med utgangspunkt i mål fastsatt i dialog med overordnet nivå, har den enkelte leder på sitt nivå ansvar for å definere hvordan målene skal nås og hva som må prioriteres i styringen for å nå disse målene.

1.2 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring](#) skal «[...] bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves». Med sine tydelige krav til styring er forskriften et verktøy for virksomhetens ledelse i styringen og oppfølgingen av virksomhetens aktiviteter. I forskriften stilles det krav til etablering av et helhetlig styringssystem hvor aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i tråd med krav fastsatt i medhold av helse- og omsorgslovgivningen (fire plikter). Pliktene er å anse som minimumskrav som er felles for alle styringssystem. Virksomhetens øverste leder har ansvar for at styringssystemet fungerer i tråd med hensikten, understøtter måloppnåelse og bidrar til kontinuerlig forbedring.

Virksomhetsstyring er et lederansvar. Det stilles krav til medarbeidernes involvering og medvirkning fra brukere og pasienter. Videre stilles det krav til et helhetlig system for oppfølging av virksomhetens aktiviteter og en kultur som stimulerer til kontinuerlig forbedring.

Forskriftens krav til styringssystemet er utgangspunkt for strukturen i dette rammeverket og er utgangspunkt for prinsippene for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst (kapittel 4). Prinsippene er å forstå som en felles ramme og minimumskrav for virksomhetsstyringen i helseforetaksgruppen, og skal ligge til grunn for hvordan virksomhetsstyringen innrettes. Styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, samt ha det omfanget som er nødvendig. Helseforetakene er selvstendige rettssubjekter og det enkelte helseforetak er ansvarlig for at prinsippene settes i verk, tilpasses og gjøres relevante lokalt.

Krav til styringssystemet finnes også innen andre områder. Eksempelvis forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (internkontrollforskriften) og eForvaltningsforskriften (krav til styringssystem for informasjonssikkerhet). Kravene er i stor grad sammenfallende med de forventninger til styringssystemet som fremkommer av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren. Forventningene til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere aktivitetene i tråd med overordnede føringer og krav for virksomheten er gjeldende for alle områder, og må sees i sammenheng.

³ <https://dfo.no/fagomrader/mal-og-resultatstyring>

[Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#) gir en utfyllende beskrivelse av prinsippene og konkrete tiltak og eksempler for oppfølging:

2 Roller og ansvar i virksomhetsstyringen

2.1 Det regionale helseforetakets rolle og ansvar

Organiseringen av spesialisthelsetjenesten i regionale helseforetak og helseforetak fremgår av helseforetaksloven. Helse- og omsorgsdepartementet eier de regionale helseforetakene.

Det regionale helseforetaket ivaretar to oppgaver i spesialisthelsetjenesten:

- «Sørge for»-ansvaret følger av spesialisthelsetjenesteloven og innebærer å sørge for at befolkningen i regionen tilbys spesialisthelsetjenester
- «Eierrollen» følger av helseforetaksloven og omhandler hvordan det regionale helseforetaket skal organisere sine sykehus og andre helseinstitusjoner som helseforetak. Dette omfatter også virksomheter som ikke er spesialisthelsetjeneste, men som er nødvendige og sentrale forutsetninger for utøvelsen av spesialisthelsetjeneste.

Helse- og omsorgsdepartementets styring av Helse Sør-Øst RHF utøves gjennom tildeling av midler over statsbudsjettet, fastsetting av vedtekter, oppnevning av styret og vedtak i foretaksmøter. Mål og krav til virksomheten formidles i årlige oppdragsdokumenter.

2.2 Helseforetakenes rolle og ansvar

Det operative ansvaret for å tilby befolkningen spesialisthelsetjenester er lagt til helseforetakene. Helseforetakene skal ivareta oppgaver som følger av oppdrags- og bestillingsdokument fra Helse Sør-Øst RHF. I årlig oppdrag og bestilling til helseforetakene videreformidles styringsbudskapet fra Helse- og omsorgsdepartementet, særskilte regionale føringer og oppdrag, aktuelle vedtak fattet av styret i Helse Sør-Øst RHF og de fastsatte budsjetttrammene for helseforetaket.

Helseforetakene er selvstendige rettssubjekter. Av dette følger det at helseforetakene har et selvstendig ansvar for å levere forsvarlige tjenester og følge opp alle lovkrav som gjelder for virksomheten, samt følge opp uønskede hendelser og avvik. Det enkelte helseforetak har et selvstendig ansvar for en hensiktsmessig organisering og at det er etablert god virksomhetsstyring og et styringssystem tilpasset helseforetakets egenart og særskilte risikoforhold.

2.3 Styrets rolle og ansvar

Helseforetaksloven fastsetter hvilke styrings- og beslutningsorganer helseforetakene skal ha og hvilken myndighet som ligger til det enkelte organ. Styret i det regionale helseforetaket er helse- og omsorgsministerens redskap for gjennomføringen av regjeringens helsepolitikk. På samme måte er styrene i helseforetakene det regionale helseforetakets redskap for å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i regionen

Som eier, kan styret i det regionale helseforetaket, innenfor rammene av gjeldende lover og forskrifter, beslutte begrensninger i myndigheten til underliggende helseforetak og avgjøre hvilke type saker som skal besluttes på regionalt nivå.

Styrets ansvar er forankret i helseforetaksloven §28 *styrets oppgaver* og omfatter forvaltningsansvaret og tilsynsansvaret. Styret har det overordnede ansvaret for forvaltningen av helseforetaket. I dette ligger det at styret er overordnet ansvarlig for å påse at det er en hensiktsmessig organisering av helseforetaket og at planer og budsjetter for helseforetakets virksomhet er fastsatt. Styret skal også holde seg orientert om helseforetakets virksomhet og økonomiske stilling. Videre er styret ansvarlig for å føre tilsyn med at helseforetakets virksomhet drives i samsvar med lover og forskrifter. Dette betyr at styret har det overordnede ansvaret for at helseforetaket oppfyller gjeldende krav og føringer og at det er etablert en systematikk for styring og kontroll som ivaretar dette. Styret skal, som del av sitt kontroll-ansvar, følge med på om helseforetaket har et forsvarlig styringssystem, påse at føringer og krav til virksomheten overholdes, at tjenestene er forsvarlige og at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring. Styret må sikre seg tilstrekkelig kunnskap og fakta til å vurdere om nødvendig tiltak iverksettes og følges opp i tråd med helseforetakets risikobilde. Det er styrets ansvar at helseforetakets samlede ressurser benyttes på best mulig måte for å oppfylle virksomhetens formål.

Det er styret for helseforetakene og det regionale helseforetaket som fastsetter de overordnede strategier og retningslinjer for virksomheten. Det enkelte styret fører tilsyn med og fastsetter instruks for administrerende direktør.

Styrets rolle og ansvar er nærmere beskrevet i [Veileder for styrearbeid i regionale helseforetak](#) (styret i det regionale helseforetaket) og [Veileder for styrearbeid i helseforetak](#) (styrene i helseforetakene).

2.4 Administrerende direktørs rolle og ansvar

Administrerende direktør forestår den daglige ledelsen av helseforetaket og skal følge de retningslinjer og pålegg som styret har gitt. Dette omfatter ansvar for å sikre en hensiktsmessig organisering av helseforetaket og etablering av et system for virksomhetsstyring som gir rimelig sikkerhet for at krav og mål for helseforetaket nås. Administrerende direktør skal påse at styringssystemet fungerer i tråd med hensikten og bidrar til god styring, kontinuerlig læring og forbedring.

Administrerende direktør skal innrette virksomhet slik at det gir rimelig sikkerhet for at de føringer og krav som gjelder for helseforetaket oppfylles. Dette omfatter også ansvaret for å gjennomføre revisjoner innen andre områder der det vurderes å være nødvendig.

Administrerende direktør i det regionale helseforetaket har også ansvar for å føre løpende tilsyn med helseforetak som det regionale helseforetaket eier og påse at virksomheten er i samsvar med vedtekter og vedtak truffet av foretaksmøtet og styret i det regionale helseforetaket (jf. helseforetaksloven §37).

2.5 Ledere og medarbeidere

Virksomhetsstyring er et lederansvar. Helseforetakets øverste leder har ansvar for å påse at det er etablert et styringssystem som gir rimelig sikkerhet om at virksomhetens mål nås. Det ligger til grunn for et velfungerende styringssystem at det er klart definert hvordan ansvar og oppgaver i helseforetaket er fordelt og organisert, samt hvilke fullmakter som ligger til de ulike ledernivåene i helseforetaket. Den enkelte leder har et selvstendig ansvar for virksomhetsstyring innenfor sitt definerte ansvarsområde. Det skal være tydelig for den enkelte hvordan man skal forvalte sine

oppgaver for å bidra til helseforetakets totale måloppnåelse. Lederes ansvar for virksomhetsstyring skal fremgå av samarbeidsavtaler/lederavtaler, stillingsbeskrivelser el.

Selv om virksomhetsstyring er et lederansvar, vil god virksomhetsstyring i praksis forutsette at medarbeidere involveres i den løpende planleggingen og styringen av hvordan helseforetakets ansvar og oppgaver gjennomføres og følges opp. Det er videre en forutsetning at de krav og føringer som gjelder for virksomheten er operasjonalisert og forstått på alle nivåer i helseforetaket. Alle medarbeidere har et selvstendig ansvar for å sette seg inn i mål og føringer og tilegne seg den kompetanse som er nødvendig for å utføre sine arbeidsoppgaver på en god og forsvarlig måte. Det skal være tydelig for den enkelte medarbeider hvilke krav som stilles til internkontroll og risikostyring, samt håndtering av uønskede hendelser. Det skal være åpenhet i informasjon og kommunikasjon og tydelig for alle medarbeidere hvordan helseforetakets verdigrunnlag og kultur preger det daglige arbeidet. Ledere må formidle tydelige forventninger til god virksomhetsstyring. Gode prosesser for medarbeiderinvolvering er avgjørende for den løpende planleggingen, gjennomføringen og forbedringen av helseforetakets oppgaver. Medarbeiderne sitter på viktig kunnskap om den daglig virksomheten og vet hvor utfordringene oppstår. Det er også viktig med gode og trygge kanaler for å melde fra om forbedringsområder i styringssystemet og uønskede hendelser. En kultur preget av åpenhet for å lære av uønskede hendelser og bidra til forbedring og læring er et kontinuerlig arbeid, som må være gjennomgående i alle deler av virksomheten.

2.6 Medvirkning

2.6.1 Tillitsvalgte

Tillitsvalgtrollen er regulert gjennom hovedavtalene mellom Spekter og hovedorganisasjonene. Avtalene skal blant annet sikre reell medbestemmelse og dialog mellom ansatte og ledelsen om forhold av betydning for utviklingen av virksomheten, resultatoppnåelse, arbeidsforhold og arbeidsmiljø. Ordningen skal bidra til kvalitetssikring av saker som behandles på alle nivåer og bidra til god informasjonsflyt mellom tillitsvalgte på ulike nivåer.

I Helse Sør-Øst er det etablert ordning med frikjøpte konserntillitsvalgte som fungerer som det regionale helseforetakets samarbeidspartnere i saker som behandles av det regionale helseforetaket og som har betydning for utviklingen av helseregionen. Det er etablert faste dialogmøter mellom de konserntillitsvalgte og ledelsen i det regionale helseforetaket for å bidra til informasjonsflyt og involvering i prosesser som påvirker utviklingen av helseregionen. Det er i tillegg etablert ordninger med lokale tillitsvalgte i det enkelte helseforetak. Det skal være jevnlig møter mellom de lokale tillitsvalgte og lokal ledelse for å diskutere saker som berører de ansatte.

2.6.2 Brukerutvalg

Brukermedvirkning er et viktig virkemiddel for at pasienter og pårørende blir hørt i utviklingen av helsetjenesten og er forankret i pasient- og brukerrettighetsloven og helseforetaksloven. Det er etablert brukerutvalg med representanter for brukerorganisasjonene i det regionale helseforetaket og helseforetakene. Representanter for brukerutvalget møter i helseforetakets styremøter som observatør med tale- og forslagsrett.

Brukerutvalget er et rådgivende organ for styret og administrerende direktør i saker av strategisk karakter som angår tilbudet til pasienter og pårørende. Brukerutvalgene er viktige fora for tilbakemelding fra pasienter og pårørende om erfaringer knyttet til helseforetakenes ansvar og

oppgaver. Brukerutvalget bidrar i oppfølgingen av helseforetakenes mål- og strategiprosesser og øvrige prosjekter og utvalg som omhandler tjenestetilbudet.

2.7 Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst er en uavhengig, objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon med ansvar for intern revisjon i den samlede helseforetaksgruppen i Helse Sør-Øst. Konsernrevisjonens formål er å bistå styret og ledelsen i det regionale helseforetaket og helseforetakene med å utøve virksomhetsstyring. Konsernrevisjonens ansvar og oppgaver følger av helseforetaksloven § 37 a, og instruks fastsatt av styret for Helse Sør-Øst RHF. Konsernrevisjonens rolle er på vegne av styret, å se etter om foretaksgruppens prosesser for virksomhetsstyring, risikostyring og intern styring og kontroll faktisk er etablert, og om de virker som forutsatt. Konsernrevisjonen skal gjennom sitt arbeid bidra til forbedring av helseforetaksgruppens prosesser for virksomhetsstyring, risikostyring, intern styring og kontroll.

Styret i det regionale helseforetaket har oppnevnt et eget revisjonsutvalg som forbereder revisjonssaker for styret og har som formål å bidra til å ivareta styrets tilsyns- og kontrolloppgaver. Revisjonsutvalget skal støtte styret i arbeidet med å ha oversikt og kontroll med foretaksgruppens prosesser for virksomhetsstyring, risikostyring og intern styring og kontroll slik det følger av instruks for styret og vedtekter for Helse Sør-Øst RHF. Ledelsen i det regionale helseforetaket kan ta initiativ til gjennomføring av interne revisjoner. I tillegg har helseforetakene jevnlig tilsyn fra tilsynsmyndigheter som følger opp ulike deler av helseforetakenes virksomhet.

3 Virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst

3.1 Rammer for virksomheten

Helse Sør-Øst RHF skal sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i regionen («sørge for»-ansvaret) og ivareta eieransvaret for underliggende helseforetak. Helse Sør-Øst RHF skal i henhold til spesialisthelsetjenesteloven sørge for at befolkningen i regionen gis nødvendige spesialisthelsetjenester, herunder pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Helse Sør-Øst RHF ivaretar «sørge for»-ansvaret gjennom bruk av både offentlige helseforetak og avtaler om kjøp av tjenester fra private leverandører.

[Helse Sør-Østs visjon](#) er *gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det.*

Virksomheten skal være tuftet på de tre nasjonale verdiene: *kvalitet, trygghet og respekt*. Visjonen og verdiene skal legges til grunn for den strategiske retningen i regionen og virksomhetsplanleggingen i helseforetakene.

Oppgavene skal løses innenfor et sett av lover, regler og forventninger til måloppnåelse, eksempelvis spesialisthelsetjenesteloven (sykehusenes plikter), pasientrettighetsloven (om pasientenes rett til helsehjelp, fritt sykehusvalg etc.) og helseforetaksloven (om organiseringen av sykehus).

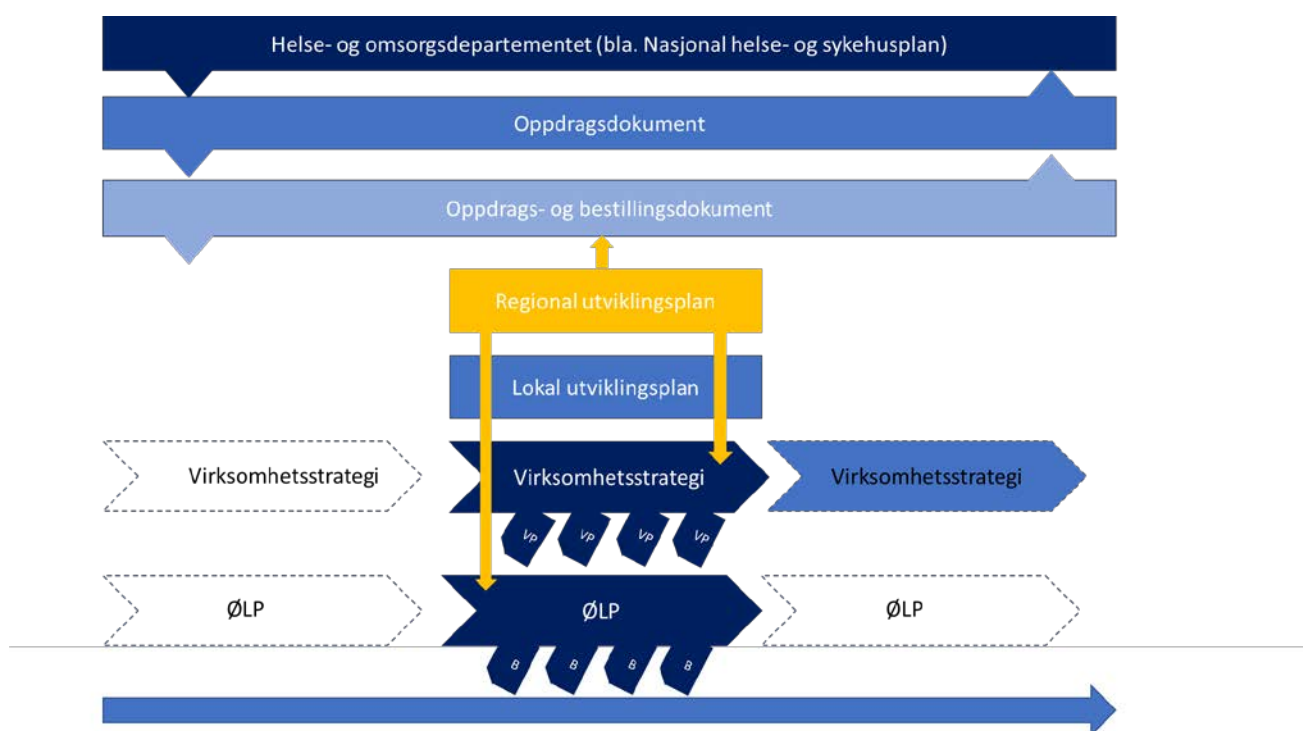
Samtidig skal det gjennomføres en rekke andre oppgaver for å endre og utvikle virksomheten, herunder for å oppnå økonomiske mål og ha god kontroll på økonomien. For å løse oppgavene er det nødvendig med styring og kontroll med hva som gjøres, hvordan det gjøres og hvordan de samlede ressursene disponeres. God virksomhetsstyring og internkontroll, samt systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet er grunnleggende for å skape pasientenes helsetjeneste.

En rekke tilsynsmyndigheter skal se etter at myndighetskravene følges og er del av myndighetenes virkemidler for å forebygge svikt i viktige områder i helsetjenesten (se vedlegg for oversikt over relevante lover, forskrifter og tilsynsmyndigheter).

I tillegg finnes føringer for virksomhetsstyringen innen andre områder, herunder:

- veiledere i styrearbeid for styrer i [regionale helseforetak](#) og [helseforetak](#)
- [etiske retningslinjer](#)
- [prinsipper for brukermedvirkning](#)
- [12 prinsipper for medvirkning i omstilling](#)

3.2 Prosesser for å planlegge, organisere og gjennomføre virksomheten i Helse Sør-Øst



Nasjonal helse- og sykehusplan beskriver politiske føringer, ambisjoner og planer for utviklingen av helsetjenesten. Gjennom regional utviklingsplan følger Helse Sør-Øst RHF opp forventningene uttrykt i nasjonal helse- og sykehusplan. [Regional utviklingsplan 2035](#) uttrykker de overordnede planene for utviklingen i regionen. *Regional utviklingsplan* har som mål å fremme:

- bedre helse i befolkningen med sammenhengende innsats fra forebygging til spesialiserte helsetjenester
- kvalitet i pasientbehandling og gode brukererfaringer
- godt arbeidsmiljø for ansatte, utvikling av kompetanse og mer tid til pasientbehandling
- bærekraftige helsetjenester for samfunnet

Regional utviklingsplan 2035 baserer seg også på utviklingsplanene fra helseforetakene i regionen og peker på ønsket utvikling på kort sikt og frem mot 2035. Planen omhandler viktige trender og drivere for endring i helsetjenesten i årene som kommer.

Det er de regionale helseforetakenes ansvar at oppgavene løses innenfor de økonomiske rammebetingelsene som er fastsatt av Stortinget og tildelt over statsbudsjettet, samt at virksomheten utøves i samsvar med gjeldende lover og retningslinjer. De styringskrav Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter i oppdragsdokument og foretaksmøte skal, sammen med vedtak som fattes av styret for Helse Sør-Øst RHF, legges til grunn for virksomheten. Premissene i *Regional utviklingsplan 2035* innarbeides i oppdrag og bestilling til helseforetakene og ved rullering av økonomisk langtidsplan.

Det utarbeides hvert år et oppdrags- og bestillingsdokument som inneholder de samlede krav til helseforetakene, og som gis til helseforetakene i foretaksmøtet i begynnelsen av året. Det utarbeides også et tilleggsdokument som oversendes helseforetakene i august. Det kan gis nye eller korrigerede krav til helseforetakene i løpet av året gjennom egne foretaksmøter.

Økonomisk langtidsplan er et virkemiddel for å gjennomføre tiltakene i regional utviklingsplan og bidra til måloppnåelse og effektiv ressursutnyttelse. Alle helseforetak utarbeider innspill til økonomiske langtidsplaner på grunnlag av de forutsetningene som styret i Helse Sør-Øst RHF gir. Regionens økonomiske langtidsplan utarbeides med bakgrunn i innspill fra helseforetakene. Vedtatt økonomisk langtidsplan danner grunnlaget for årlige budsjetter.

Det regionale helseforetaket skal legge til rette for samordning og koordinering i helseforetaksgruppen. Ansvar ivaretas blant annet gjennom vedtak av felles strategier og planer for helseforetaksgruppen, løpende rapportering og oppfølging av virksomheten. Det enkelte helseforetak har et selvstendig ansvar for å omsette regionale føringer i lokale strategier og planer.

Det er etablert flere arenaer på regionalt nivå for å følge opp god virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst. Det gjennomføres månedlige oppfølgingsmøter mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene. Hensikten er løpende oppfølging av driften ved helseforetaket og vesentlige deler av oppdraget. I oppfølgingsmøtene deltar helseforetakets styreleder og administrerende direktør, samt administrerende direktør og representanter for ledelsen i det regionale helseforetaket. Ut over oppfølgingsmøtene er det etablert arenaer for løpende dialog mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene.

Direktørmøtet er rådgivende for administrerende direktør i det regionale helseforetaket og består av de administrerende direktørene i helseforetakene. Dette er et forum for erfaringsutveksling om overordnede utfordringer og orientering om aktuelle saker av regional karakter. Møtet er også en arena for koordinering og samhandling mellom helseforetakene.

Det er innen flere fagområder etablert fagnettverk, eksempelvis fagdirektørmøter og økonomidirektørmøter. Fagnettverkene skal være en arena for koordinering, samhandling og erfaringsutveksling mellom helseforetakene og Helse Sør-Øst RHF. Fagnettverkene skal bidra til utviklingen av fagfeltet og har en rådgivende rolle overfor administrerende direktør i det regionale helseforetaket. I tillegg er det etablert fagråd, med egne mandater, innen flere medisinske fagområder. Fagrådene følger opp særskilte oppdrag på vegne av regional fagdirektør. Anbefalinger fattet av fagnettverkene følger etablerte styringslinjer.

3.3 Prosesser for å evaluere og korrigere virksomheten i Helse Sør-Øst

Alle helseforetak i regionen skal gi en fast månedsrapportering til Helse Sør-Øst RHF. I tillegg gjennomføres utvidede rapporteringer tertialvis og årlig. Helse Sør-Øst RHF sammenstiller hver måned rapporter for hvert helseforetak. Rapportene omfatter også sammenligninger av sentrale indikatorer mellom helseforetak. Månedrapportene ligger til grunn for det regionale helseforetakets månedlige oppfølgingsmøter med helseforetakene. Hvert tertial rapporteres status for styringsmålene for inneværende år til styret i helseforetaket og Helse Sør-Øst RHF.

Helseforetakenes tertialrapporter danner grunnlag for den samlede regionale rapporteringen. Tertialrapporten til styret i Helse Sør-Øst RHF omfatter også en risikovurdering på regionalt nivå, med tilhørende oversikt over risikoreduserende tiltak. Risikovurderingen på regionalt nivå bygger på risikovurderinger gjort på helseforetaksnivå.

I henhold til helseforetaksloven §34 pålegges de regionale helseforetakene hvert år å utarbeide en årlig melding om virksomheten. Meldingen skal også omfatte de helseforetakene som det regionale helseforetaket eier. Årlig melding for Helse Sør-Øst RHF gir en tilbakemelding til Helse- og omsorgsdepartementet over de styringskrav som er gitt i oppdragsdokument, tilleggsdokument og protokoller fra foretaksmøter. Årlig melding for Helse Sør-Øst RHF bygger på årlige meldinger fra helseforetakene.

Hvert år vedtar styret i Helse Sør-Øst RHF revisjonsplan for kommende år. Revisjonsplanen angir de revisjoner konsernrevisjonen planlegger å gjennomføre. Styrene i helseforetakene gir innspill til revisjonsområder. Rapporter fra gjennomførte revisjoner legges frem og styrebehandles i det/de aktuelle helseforetak. Samlet rapport for gjennomførte revisjoner behandles også i styret i Helse Sør-Øst RHF. En rekke tilsynsmyndigheter er etablert for å følge opp etterlevelsen av lover og krav som regulerer helsetjenesten. Gjennomgang av resultater fra gjennomførte tilsyn, både i eget og andre helseforetak, sammen med rapporter fra konsernrevisjonen og interne revisjoner, er viktige kilder til kontinuerlig læring og forbedring.

Medarbeidere, pasienter og pårørende har verdifull innsikt i hvor utfordringene oppstår i den daglige virksomheten, og deres kunnskap er derfor viktige kilder til læring og forbedring. Det skal arbeides systematisk med å innhente og følge opp tilbakemeldinger og forbedringsforslag. Medarbeider- og pasientsikkerhetskulturmålingen, ForBedring, gjennomføres årlig i alle helseforetak. I undersøkelsen kartlegges forhold ved pasientsikkerhet og arbeidsmiljø som kan ha sammenheng med risiko for uønskede hendelser, og som kan virke negativt på tjenestenes kvalitet og medarbeiders helse og engasjement. Alle medarbeidere involveres i oppfølging av undersøkelsen ved at resultatene gjennomgås og tiltak utarbeides og tas inn i virksomhetsplanleggingen.

Brukerutvalgene i helseforetakene er viktige bindeledd mellom sykehus, pasienter, brukere og pårørende. Utvalgene skal ivareta medvirkning fra brukere, pasienter og pårørende i saker som angår tjenestetilbudet og bidra til at innsikten fra brukerne og pårørende benyttes i planleggingen, gjennomføringen og evalueringen av tjenestene. Det gjennomføres jevnlig pasient- og brukerundersøkelser i helseforetakene. Innsikten fra undersøkelsene er en viktig kilde til den løpende forbedringen av tjenestene.

Resultater fra den løpende oppfølgingen av virksomheten og gjennomførte evalueringer skal, sammen med innsikt fra medarbeidere, brukere, pårørende og andre interessenter, benyttes til utvikling og forbedring.

4 Prinsipper for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst

Virksomhetsstyring er først og fremst et lederansvar, men også et ansvar den enkelte medarbeider har gjennom sitt daglige arbeid. Et godt fungerende styringssystem skal sikre systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med helse- og omsorgslovgivningen og bidra til kontinuerlig forbedring av virksomheten. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten tar utgangspunkt i øverste leders plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomhetens aktiviteter i tråd med krav i helse- og omsorgslovgivningen. Pliktene er å anse som minimumskrav, som er felles for alle styringssystem. Prinsippene for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst er utledet av disse pliktene og gjort relevante for virksomheten i Helse Sør-Øst.

4.1 Planlegge og organisere virksomheten

God og forsvarlig drift forutsetter at ledelsen har oversikt over helseforetakets mål, oppgaver og tjenester og setter en tydelig retning for utviklingen av helseforetaket. Videre skal det være klart for alle ansatte hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvilken kompetanse som er nødvendig for å levere og videreutvikle gode tjenester. Helseforetakets ansatte utgjør en viktig kilde til kunnskap om virksomheten og deres kompetanse skal etterspørres og benyttes i planleggingen og organiseringen av helseforetakets aktiviteter. Forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten slår fast at det er et lederansvar å ha oversikt over risiko for manglende etterlevelse av myndighetskrav. Det samme gjelder områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenestene og pasient- og brukersikkerheten. Risikostyring omfatter prosesser for å identifisere risikoområder som kan true oppfyllelsen av helseforetakets mål og oppdrag og er et hjelpemiddel for styret og ledelsen i arbeidet med å identifisere områder som bør ha høyest prioritet og ledelsesmessig oppmerksomhet. Styret og ledelsen har et selvstendig ansvar for risikostyring i eget helseforetak.

Planlegging og organisering av helseforetakets virksomhet skal skje gjennom gode prosesser for medvirkning fra medarbeidere og brukere. Prosesser for medvirkning og involvering og løpende informasjons- og kommunikasjonsaktiviteter, skal sikre en felles forståelse for ønsket utviklingsretning og reell medvirkning i utviklingen av helseforetaket. God involvering og kommunikasjon mellom ledelse, medarbeidere, brukere og eksterne interessenter skal sikre at krav og føringer er kjent på tvers av organisasjonsnivåer.

Prinsipper for planlegging og organisering av virksomheten i Helse Sør-Øst:

- Helseforetaket skal sørge for at virksomheten planlegges med utgangspunkt i pasientenes og helseforetakets egenart
- Overordnede føringer og krav skal omsettes i konkrete mål og planer for helseforetakets virksomhet (planer og strategier)
- Helseforetaket skal involvere de ansattes representanter aktivt i helseforetakets virksomhet, herunder i arbeidet med planlegging og organisering av helseforetakets oppgaver
- Helseforetaket skal registrere uønskede hendelser og bruke informasjonen til læring og forbedring

- En gjennomgående systematikk for gjennomføring av risikovurderinger og oppfølging av risikoreduserende tiltak skal være integrert i helseforetakets styrings- og oppfølgingsprosesser
- Styret i helseforetaket skal ha nødvendig kompetanse om kvalitet og pasientsikkerhet og ta en aktiv rolle i oppfølgingen
- Styrende dokumenter skal være utarbeidet, tilgjengeliggjort og oppdatert i helseforetakets kvalitetssystem
- Årshjul og møteplaner skal utarbeides
- Helseforetaket skal ha en organisasjonsstruktur som reflekterer roller og ansvar. Fullmakter for ledernivåene skal være klart definert
- Roller og ansvar i virksomhetsstyringen skal forankres i instruksjer og lederavtaler el.
- Ledere skal ha nødvendig kompetanse om virksomhetsstyring og forbedringsarbeid
- Forventninger til god virksomhetsstyring skal være en integrert del av lederopplæringen og i informasjon til nyansatte

4.2 Gjennomføre virksomhetens aktiviteter

Helseforetakets oppgaver, organisering og planer skal være operasjonalisert og gjort kjent på tvers av organisatoriske nivåer og det skal følges opp at oppgavene gjennomføres. Til dette ligger også at den enkelte leder og medarbeider har tilgjengelig oversikt over hvordan ansvar og myndighet er fordelt og hvilke krav og oppgaver som gjelder for deres ansvarsområde, samt at det er lagt planer for realisering av oppgavene.

Gode planer og systematisk og kontinuerlig forbedringsarbeid er nøkkelen til å lukke avvik, forebygge uønskede hendelser, utvikle tjenestene og bedre pasient- og brukersikkerheten. Det krever tett lederoppfølging og en kultur preget av åpenhet, hvor feil og uønskede hendelser anses som en kilde til forbedring og brukes i planleggingen og styringen av helseforetaket.

For å lykkes med kontinuerlig forbedring er det avgjørende at informasjon og erfaringer fra medarbeidere og brukere benyttes. God lederforankring er en suksessfaktor for arbeidet med forbedring. Det krever at ledere har praktisk kunnskap om kontinuerlig forbedringsarbeid og at det er etablert prosesser for å følge opp arbeidet med forbedring på alle nivåer i helseforetaket. Det må videre legges til rette for at ledere og medarbeidere har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å utføre arbeidsoppgavene sine på en faglig forsvarlig og god måte.

Prinsipper for gjennomføring av virksomhetens aktiviteter i Helse Sør-Øst:

- Det skal utarbeides virksomhetsplaner for oppfølging av mål og føringer. Virksomhetsplanen skal inneholde tiltak som er konkretisert og ansvarssatt, og med frister for oppfølging
- Ledere på alle nivåer skal ha løpende oppmerksomhet på forbedringsarbeid og tilrettelegge for en kultur hvor det meldes fra om, og læres av avvik og forbedringsområder
- Arbeidsgiver og den enkelte medarbeider skal ha en løpende dialog om gjensidige forventninger. Det skal minst én gang årlig gjennomføres medarbeidersamtaler for å legge til rette for dette. Medarbeiderne skal vite hvilke forventninger som stilles for å bidra til realisering av overordnede mål og krav og være kjent med hvordan man kan medvirke i utviklingen og styringen av helseforetaket. Den enkelte medarbeider skal gis mulighet til å gi tilbakemelding om arbeidssituasjon og -miljø, utviklingen av helseforetaket, måloppnåelse, og behov for kompetanseheving og utviklingstiltak

- Innsikt, innspill og erfaringer fra pasienter, brukere og ansatte skal systematisk benyttes i planlegging og styring av aktivitetene

4.3 Evaluere og korrigere virksomheten

Ansvaret for systematisk styring og oppfølging av helseforetakets aktiviteter innebærer å kontrollere at mål, oppgaver, tiltak og planer gjennomføres som planlagt. Til dette ligger ansvaret for å etterspørres status, følge med på målinger og resultater, sikre at frister som er satt overholdes og at iverksatte tiltak har ønsket effekt. Oppfølging og rapportering skjer som en integrert del av den daglige driften i helseforetakene og er en del av lederansvaret på alle nivåer.

Erfaringer fra brukere og medarbeidere er en viktig kilde til utvikling og forbedring og skal være en integrert del av virksomhetsplanleggingen. Det skal være gode kanaler for å formidle avvik og behov for forbedring. Viktig informasjon må identifiseres, fanges opp og formidles slik at ledere og medarbeidere gjøres i stand til å utføre sine oppgaver og iverksette forbedringstiltak der dette anses som nødvendig. Oppfølging av tilsyn og gjennomførte revisjoner skal inngå i virksomhetsplanleggingen og følges opp på alle nivåer i helseforetaket.

Det skal være kjent for alle medarbeidere hvilke styringskrav som er relevante i den enkeltes arbeidshverdag. Det er et lederansvar å etablere rutiner i tråd med styringskrav og gjeldende regelverk, samt at disse er gjort kjent og etterlevd i praksis. Medarbeideres kunnskap og erfaringer med den daglige virksomheten skal systematisk innhentes, og det skal bygges en kultur hvor medarbeidere gir tilbakemelding til ledelsen om oppgaver, tiltak eller planer som ikke løses på en hensiktsmessig måte. Medarbeidersamtaler er en viktig arena for samhandling mellom medarbeider og nærmeste leder hvor utviklingsområder kan identifiseres. Medarbeidersamtalen er videre en viktig arena for å kunne melde fra om forbedringsområder. Det må legges til rette for at tiltak og identifiserte forbedringsområder fanges opp, tas inn i virksomhetsplanleggingen og benyttes til forbedring og læring.

Prinsipper for evaluering og korrigerende av virksomheten i Helse Sør-Øst:

- Ledere på alle nivåer skal følge opp eget resultat og planlegge korrigerende tiltak der det er avvik
- Tiltak fra gjennomførte risikovurderinger skal inngå i virksomhetsplanleggingen og følges opp
- Ledere på alle nivåer skal, innen sitt ansvarsområde, gjennomgå rapporter fra gjennomførte revisjoner og tilsyn og følge opp avvik
- Interne revisjoner innen særskilte områder skal gjennomføres ved behov. Om nødvendig gjennomføres ekstern evaluering og kvalitetssikring. Tiltak fra revisjoner og evalueringer skal følges opp
- Sammenligninger med andre er grunnlag for læring. Resultater fra tilsyn eller revisjoner hvor andre helseforetak og andre klinikker/divisjoner har vært revisjonsobjekt, samt læring på tvers internt i eget helseforetak, skal benyttes i eget forbedringsarbeid
- Medarbeiderundersøkelser og pasientsikkerhetsmålinger (ForBedring) skal gjennomføres årlig. Medarbeiderne skal involveres i oppfølgingen av undersøkelsen. Tiltak og forbedringsområder skal identifiseres, dokumenteres og inngå i virksomhetsplanleggingen

Ledelsens gjennomgang av styringssystemet

- Som del av sitt tilsynsansvar skal styret i helseforetaket påse at styringssystemet fungerer i tråd med hensikten og bidrar til måloppnåelse og kontinuerlig forbedring av virksomheten. Det skal minst én gang årlig foretas en systematisk gjennomgang av det samlede styringssystemet i helseforetaket (ledelsens gjennomgang). Ledelsens gjennomgang er den overordnede styrende og kontrollerende delen av internkontrollen i virksomheten. Gjennomgangen skal dokumenteres og minimum omfatte:
 - En gjennomgang av helseforetakets resultater og vurdering av om mål og resultater nås
 - En vurdering av om gjeldende lover, forskrifter og faglige anbefalinger overholdes
 - En samlet vurdering av om styringssystemet fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring
 - En plan for forbedring av styringssystemet
- Resultater fra ledelsens gjennomgang av styringssystemet skal dokumenteres. Identifiserte forbedringstiltak skal prioriteres og følges opp i virksomhetsplanleggingen. Status for oppfølging av tiltak skal ligge til grunn for neste ledelsens gjennomgang

5 Innføring og oppfølging

Å gi god og riktig pasientbehandling er Helse Sør-Østs viktigste oppgave. Denne oppgavens skal løses innenfor et sett av lover, regler og krav om måloppnåelse. God virksomhetsstyring og internkontroll er i den sammenheng helt sentralt. God virksomhetsstyring forutsetter ledelse, tydelig prioritering, involvering av brukere og medarbeidere, samt en kultur og vilje til å kontinuerlig søke områder for læring og forbedring.

Først og fremst er virksomhetsstyring et lederansvar. I siste instans er det et styre- og lederansvar at prinsippene for virksomhetsstyring er implementert i den daglige virksomheten.

For å følge opp prinsippene for virksomhetsstyring uttrykt i dette rammeverket og for å legge til rette for læring og erfaringsutveksling på tvers av helseforetakene i regionen, etableres et regionalt nettverk for virksomhetsstyring. Arbeidet i nettverket koordineres av Helse Sør-Øst RHF.

Vedlegg:

Tilsynsmyndigheter og lover tilsynsmyndighetene forvalter som angår spesialisthelsetjenesten

Tilsynsmyndighet	Lovområde for tilsyn
Statens helsetilsyn	<ul style="list-style-type: none"> • Abortlova • Bioteknologiloven • Behandlingsbiobankloven • Genteknologiloven • Helseberedskapsloven • Helseforskningsloven • Helseforetaksloven • Helsepersonelloven • Helseregisterloven • Kommunehelsetjenesteloven • Legemiddelloven • Lov om alternativ behandling av sykdom mv. • Lov om forbud mot kjønnslemlestelse • Lov om rituell omskjæring av gutter • Lov om medisinsk utstyr • Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten • Lov om Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten • Obduksjonslova • Pasient- og brukerrettighetsloven • Pasientskadeloven • Pasientjournalloven • Psykisk helsevernloven • Smittevernloven • Sosialtjenesteloven • Spesialisthelsetjenesteloven • Steriliseringsloven • Strålevernloven • Tannhelsetjenesteloven • Transplantasjonslova
Statens legemiddelverk (blodbank og apotek)	<ul style="list-style-type: none"> • Apotekloven • Legemiddelloven • Apotekforskriften • Legemiddelforskriften • Lov om medisinsk utstyr • Forskrift om medisinsk utstyr
Datatilsynet	<ul style="list-style-type: none"> • Helseregisterloven • Personopplysningsloven med personvernforordningen
Mattilsynet	<ul style="list-style-type: none"> • Matloven
Arbeidstilsynet (HMS)	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeidsmiljøloven • Ferieloven • Lov om 1. og 17. mai • Lov om lønnsgaranti • Permitteringsloven • Tobakkskadeloven
Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (HMS)	<ul style="list-style-type: none"> • Brann- og eksplosjonsvernloven • Lov om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr • Produktkontrollloven • Sivilforsvarsloven • Forskrift om medisinsk utstyr • Forskrift om bruk og vedlikehold av elektromedisinsk utstyr
Nasjonal sikkerhetsmyndighet (NSM)	<ul style="list-style-type: none"> • Lov om nasjonal sikkerhet (Sikkerhetsloven)

Tilsynsmyndighet	Lovområde for tilsyn
Miljødirektoratet	<ul style="list-style-type: none">• Forurensningsloven• Miljøinformasjonsloven• Produktkontrollloven
Statens strålevern (HMS)	<ul style="list-style-type: none">• Lov om strålevern og bruk av stråling
Luftfartstilsynet	<ul style="list-style-type: none">• Luftfartsloven
Lokalt el-tilsyn (HMS)	<ul style="list-style-type: none">• Lov om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr
Branntilsynet	<ul style="list-style-type: none">• Brann- og eksplosjonsvernloven• Forskrift om brannforebyggende tiltak og tilsyn
Kommunene	<ul style="list-style-type: none">• Plan- og bygningsloven
Riksrevisjonen	<ul style="list-style-type: none">• Kan revidere alle lovområder

Saksfremlegg

Beredskapsutvikling – Beredskapsplaner i VVHF

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	104/2021	29.11.21

Forslag til vedtak

Styret tar den administrative beredskapsplanen og den operative planen for foretakets sentrale beredskapsledelse til orientering.

Drammen, 22. november 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

- Vedlegg:
1. Beredskapsplan – Administrativ del
 2. Beredskapsplan – Operativ del – Sentral beredskapsledelse

Bakgrunn

Helseberedskap er definert som en grunnleggende nasjonal funksjon. Formålet med norsk helseberedskap er å verne om liv og helse og bidra til at befolkningen kan tilbys nødvendig medisinsk behandling, pleie og omsorg i kriser og katastrofer både i fredstid og krig.

Alle virksomheter i helse- og omsorgssektoren forventes å ha beredskapsplaner som gjør dem i stand til å yte nødvendige tjenester ved

- interne og eksterne hendelser som vesentlig reduserer virksomhetens evne til å yte tjenester, for eksempel svikt i kritiske innsatsfaktorer og infrastruktur.
- eksterne hendelser som vil innebære en ekstraordinær belastning på virksomheten og som vil kunne kreve en omstilling av den ordinære driften for å kunne øke kapasiteten, for eksempel en hendelse med masseskade eller en pandemi.

Vestre Viken HFs beredskapsplaner skal bidra til å sikre at foretaket er i stand til å levere nødvendige spesialisthelsetjenester til befolkningen, at pasienter, ansatte og pårørendes helse, miljø og sikkerhet ivaretas, og at foretakets samlede ressurser utnyttes på beste mulige måte ved kriser og katastrofer i fredstid og i krig.

Saksutredning

Den administrative beredskapsplanen (Beredskapsplan – Administrativ del) gir de overordnede rammene for Vestre Vikens HFs arbeid med forebygging og håndtering av alle typer kriser og katastrofer. Planen bygger på nasjonale og regionale planer, og beskriver grunnleggende prinsipper, lov- og plangrunnlag, de viktigste aktørene og deres roller, ansvar og oppgaver, samt nøkkelressurser i forebygging og beredskap. Planen gir en overordnet beskrivelse av Vestre Vikens beredskapsorganisasjon, og gir rammene for hvordan beredskapsledelse skal utøves i de fire hovedfasene av håndteringen; varsling, mobilisering, håndtering, demobilisering og normalisering.

Den sentrale beredskapsledelsen (SBL) er beredskapsledelse på foretaksnivå, og ledes av administrerende direktør. SBL leder og koordinerer foretakets samlede innsats, og har det overordnede ansvaret for Vestre Vikens håndtering av beredskapshendelser.

Den operative beredskapsplanen for den sentrale beredskapsledelsen (Beredskapsplan – Operativ del – Sentral beredskapsledelse) gir retningslinjer for SBLs håndtering av uønskede hendelser og kriser. Planen beskriver kort og konkret hvordan SBL skal utøve sin ledelse i de fire hovedfasene av håndteringen. Planen danner mal for tilsvarende planer på klinikk- og stabsnivå.

Administrerende direktørs vurderinger

Vestre Viken HF har etablert en handlingsplan for beredskapsutvikling. Det overordnede målet med beredskapsutviklingen er å forbedre håndteringsevnen og sikre en robust beredskap som setter foretaket i stand til å møte et bredt spekter av uønskede hendelser på en planmessig, effektiv og hensiktsmessig måte. Den administrative beredskapsplanen gir viktige rammer og føringer for det videre arbeidet. Den operative beredskapsplanen for den sentrale beredskapsledelsen gir konkrete føringer for arbeidet i SBL, og danner mal for tilsvarende planer på klinikk- og stabsnivå. Planene er lagt frem for de tillitsvalgte og vernetjenesten i dialogmøte.

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at planene tas til orientering.

Dato: 01.nov 2021
Saksbehandler: Narve Furnes

Saksfremlegg

Overskrift

Møte	Saknr.	Møtedato
Styret i Vestre Viken HF	105/2021	29.11.21

Forslag til vedtak

Styret i Vestre Viken HF godkjenner salg av gnr 44 bnr 104 i 3007 Ringerike kommune.

Drammen, 22. november 2021

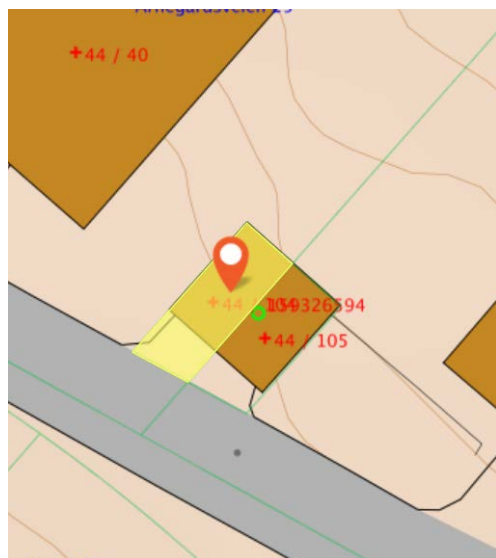
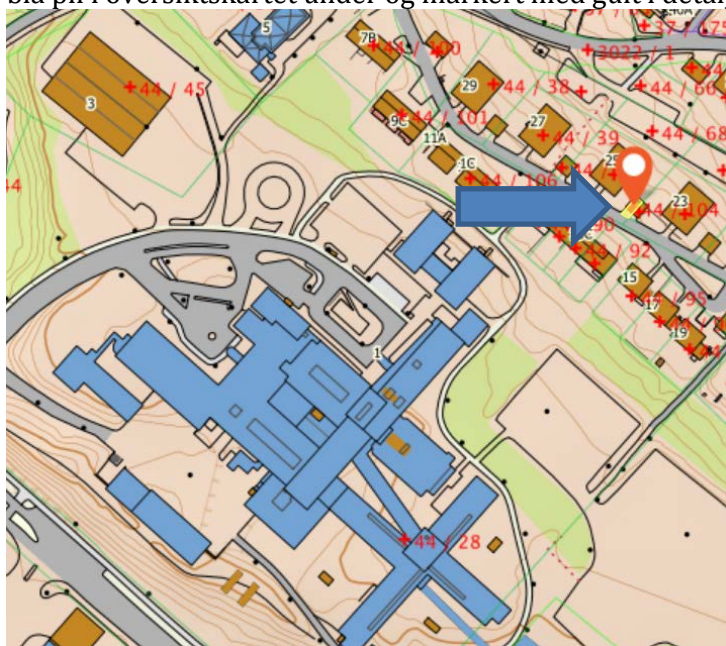
Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg 1: Kjøpskontrakt bruksrett

Bakgrunn

Saken gjelder avhending av en garasjeeiendom på ca 34 kvm som tidligere var en del av Ringerike sykehus. Garasjen ligger mellom Arnegårdsveien 25 og Arnegårdsveien 23. Eier av Arnegårdsveien 15, gnr 44 bnr 95, har eksklusiv bruksrett til garasjen. Garasjen er markert med blå pil i oversiktskartet under og markert med gult i detaljkartet.



Saksutredning

Den 3.8.2006 inngikk Ringerike Sykehus HF og eier av 44/95, Arnegårdsveien 15, avtale om at eier av 44/95 hadde eksklusiv bruksrett til garasjen nå påstående 44/104. Kjøpesummen på 50 000,- kroner ble rettidig betalt.

Avtalen forplikter helseforetaket til å tinglyse bruksretten på eiendommen 44/40. Avtalen ble forsøkt tinglyst i 2010, men grunnet at det var en eksklusiv bruksrett med ubegrenset varighet kunne ikke bruksretten tinglyses før garasjen var fradelt hovedeiendommen. Grunnet flere omstendigheter ble ikke eiendommen fradelt før i 2019. Eiendommen fikk da gnr 44 bnr 104. Bruksretten ble deretter forsøkt tinglyst igjen i 2021, men grunnet endringer i regelverket kan ikke retten til å bygge opp igjen garasjen tinglyses på eiendommen.

Juridisk vurdering

Slik situasjonen er i dag er det ikke mulig å tinglyse de rettigheter Ringerike sykehus HF har solgt til eier av 44/95 og som helseforetaket har forpliktet seg til å tinglyse.

Det er dermed ikke mulig å innfri de forpliktelsene helseforetaket har tatt seg betalt for. Overfører man eiendomsretten i sin helhet til bruksrettshaver vil bruksrettshaver ha det tredjemannsvernet som en tinglysing har som formål å gi.

Eiendommen har ingen praktisk anvendelse eller verdi for andre enn bruksrettshaver.

Direkte salg

Eier av 44/95 har i alle praktiske henseender full rådighet over eiendommen i kraft av sin bruksrett. Det vil dermed ikke være andre interessenter til eiendommen og eiendommen kan selges direkte.

Reguleringsmessige forhold

Parsellen er i henhold til gjeldende reguleringsplan avsatt til formålet garasje.

Takst/verdivurdering

Bruksretten til garasjen ble i 2006 solgt for 50 000,- kroner. De resterende rettighetene i eiendommen på Vestre Vikens hånd anses ikke å ha verdi og eiendomsretten overføres til eier av 44/95 mot dekning av tinglysingsgebyr og dokumentavgift.

Vern

Eiendommen er ikke vernet i Landsverneplanen for helsesektoren LVPH, og er heller ikke omfattet av lokalt vern.

Administrerende direktørs vurderinger

Salget av eiendommene er i tråd med Vestre Viken HF sin målsetting om å effektivisere arealbruken og tjenesteproduksjonen i foretaksgruppen.

Ut fra ovenstående anbefaler administrerende direktør at garasjeeiendommen selges direkte til bruksrettshaver av eiendommen. Det legges til grunn at salget gjennomføres i henhold til lover og forskrifter, samt avhendingsstrategien i Helse Sør-Øst.

KJØPEKONTRAKT

Oppdrag:
Formidling:

51006185
51005147

Mellom: Ringerike Sykehus HF

f.nr. **983 975 348**

Adresse: Arnold Dybjordsvei 1
3511 HØNEFOSS

Tlf.: (a:) 32 11 62 00

heretter kalt **selger**, og

**Marianne Kroken
Aasmund Kroken**

p.nr. 14096444215
p.nr. 15126436987

Adresse: Arnegårdsveien 15
3511 Hønefoss

Tlf.: 93401749

heretter kalt **kjøper**,

er i dag inngått følgende kjøpekontrakt:

1. SALGSOBJEKT/KJØPESUM

Selger forplikter seg herved til å tinglyse eksklusiv bruksrett for Marianne og Aasmund Krokens eiendom gnr. 44, bnr. 95, Ringerike til garasje nr. 8, beliggende på gnr. 44, bnr. 40, samt garasje nr. 9 beliggende på gnr. 44, bnr. 41, Ringerike.

For tinglyst bruksrett til garasje nr. 8 og 9 betaler kjøper:
kr 50.000,- kronerfemtitusen 00/100

heretter kalt kjøpesummen som gjøres opp på følgende måte:

Kontant ved overtagelse

Kr 50.000,-

2. OMKOSTNINGER

I tillegg til kjøpesummen må kjøper uoppfordret betale følgende omkostninger samtidig med oppgjøret, jf. pkt 1:

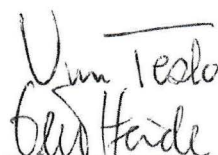
Tinglysingsgebyr for bruksrett

kr 1.548,-

3. OPPGJØR

Alle innbetalinger skjer til DnB NOR Eiendom AS, heretter kalt megler, klientkonto nr. 5010.06.88015.

Oppgjøret foretas av DnB NOR Meglerservice AS, 0021 Oslo, tlf. nr 03000, fax nr 22 00 88 65 / 66. Alle opplysninger og dokumenter vedrørende handelen vil bli oversendt til Meglerservice. Kopi av alle innbetalinger skal fakses til Meglerservice.


selger


kjøper

Innbetalingene merkes 51005147/MBWF. Kjøpesummen og omkostningene regnes ikke som rettidig betalt før den er innkommet på meglers klientkonto.

Partene er innforstått med at megler kan trenge inntil 5 arbeidsdager ekskl. lørdag, søndag, offentlige fridager og vanlige helligdager, før fullt oppgjør kan utbetales selger.

4. TINGLYSING/SIKKERHET

Selger utsteder bruksrett til kjøper samtidig med denne kontrakts underskrift. Erklæring om bruksrett skal oppbevares hos megler, som foretar tinglysing når kjøper har innbetalt fullt oppgjør inkl. omkostninger.

Tinglysing av dokumenter på eiendommen skal foretas av DnB NOR Meglerservice AS. Dokumenter som skal tinglyses må snarest overleveres DnB NOR Meglerservice AS i undertegnet og bevitnet stand.

5. FORBEHOLD OM EIENDOMMENS TILSTAND

Garasjene selges i den stand de var ved kjøpers besiktigelse.

6. OVERTAGELSE

Garasjene overtas av kjøper så snart kjøpesummen er innbetalt.

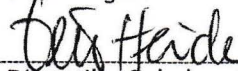
Risikoen går over på kjøper når han har overtatt bruken av garasjen, og kjøper må besørge forsikring fra overtagelsesdato.

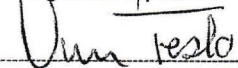
Denne kontrakt er utferdiget i 4 - fire - likelydende eksemplar hvorav partene får hvert sitt eksemplar og to beror hos megler, DnB NOR Eiendom AS.

HØNEFOSS, 03.08.2006

HØNEFOSS, 03.08.2006

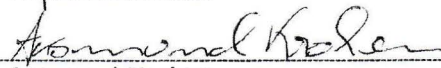
Som selger:

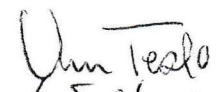
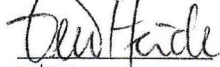

Ringerike Sykehus



Som kjøper:


Marianne Kroken


Aasmund Kroken



selger



kjøper

DNB NOR EIENDOM AS
PB.114
3502 HØNEFOSS



Deres ref.:

Vår ref.:
Sak/dok.: 3563527 /
Ark.:

Dato:
17.02.2010

Kommune 0605 Ringerike – gnr. 44 bnr. 40 mfl – retur av dokumenter

Vedlagt returneres dokument i ikke tinglyst stand.

I det tilfellet det skal tinglyses eksklusiv bruksrett med ubegrenset varighet kreves det fradeling.

Jfr. Delingsloven § 2.1. Matrikkeloven § 12, jfr Matrikkelforskriften § 30, 2. ledd.

Vi ber deg om å returnere en kopi av dette brevet sammen med dokumentet i rettet stand.

Dokumentet er **ikke ført inn i grunnboken** (sikret rettsvern). Dersom du fastholder kravet om tinglysing uten at mangelen er rettet, vil dokumentet etter reglene i tinglysingsloven § 7 og § 9 bli sikret rettsvern ved innføring den dagen krav om dette kommer inn. Dokumentet kan deretter bli nektet tinglyst.

Det innsendte dokumentet følger vedlagt.

Spørsmål kan rettes til meg på telefon 32118996.

På våre nettsider, www.tinglysing.no, finner du nyttig informasjon om tinglysing.

Med hilsen
Statens kartverk Tinglysing



Vedlegg

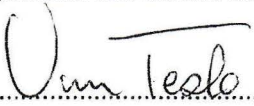
Avtale om bruksrett

Ringerike Sykehus gir herved gnr. 44, bnr. 95, Ringerike eksklusiv bruksrett til garasje nr. 8 beliggende på gnr. 44, bnr. 40, og garasje nr. 9 beliggende gnr. 44, bnr. 41, Ringerike. Garasjene er avmerket på vedlagte kart.

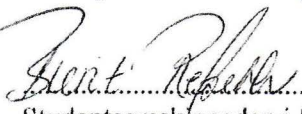
Eier av gnr. 44, bnr. 95 har rett til å vedlikeholde/restaurere og bygge opp igjen garasjene ved eventuell brann.

Denne avtale tinglyses på gnr.44, bnr. 40 og 41, Ringerike

Hønefoss den ^{2/9}..... 2006


.....
Ringerike Sykehus HF

Som hjemmelshaver til gnr. 44, bnr. 41 samtykkes i tinglysing av denne avtale.


.....
Studentsamskipnaden i Buskerud



www.sibu.no
Studentsamskipnaden i Buskerud
Org.nr. 948 180 723

Dato: 9. november 2021
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Fullmakt til administrerende direktør for utnevnelse av styremedlemmer Emma Hjort Boligselskap

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	106/2021	29.11.2021

Forslag til vedtak

1. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å utnevne styreleder og styremedlemmer i stiftelsen Emma Hjort Boligselskap.

Drammen, 22. november 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: Vedtekter for Stiftelsen Emma Hjort Boligselskap

Bakgrunn

Styrene i Stiftelsen Blakstad Sykehus Boligselskap og Stiftelsen Emma Hjorth Boligselskap har arbeidet med å slå sammen de to stiftelsene til en stiftelse. Begge stiftelsene har i praksis vært drevet som en stiftelse de siste årene med blant annet samme styreleder og daglig leder, og de har svært like vedtekter, med tilnærmet likelydende formål. Begge styrene har vedtatt at de går inn for sammenslåingen, og søknad om dette er sendt til Stiftelsestilsynet. Sammenslåingen skjer ved at Stiftelsen Blakstad Sykehus Boligselskap blir innfusjonert i Stiftelsen Emma Hjorth Boligselskap.

Ifølge vedtektene er det Vestre Viken HF som utnevner styrer i stiftelsene. Det må nå oppnevnes styre til den sammenslåtte enheten.

Administrerende Direktør fikk i januar 2011 fullmakt av styret i Vestre Viken HF til å oppnevne styremedlemmer og styreleder for disse to stiftelsene. Denne fullmakten ønskes fornyet siden det er nå er en sammenslått stiftelse, i tillegg til at styret regelmessig bør vurdere avgitte fullmakter.

Nye vedtekter for den sammenslåtte stiftelsen datert 25. august 2021 følger vedlagt.

Saksutredning

Stiftelsen formål er:

Stiftelsen har et ikke ervervsmessig formål. Formålet er å leie ut rimelige boliger til personer med særskilt boligbehov, fortrinnsvis for ansatte ved helseinstitusjoner tilknyttet Helse Sør - Øst RHF. Primært ansatte i Vestre Viken, Asker Kommune, Bærum Kommune, Viken Fylkeskommune, samt utleie etter nærmere avtale med helse og sosialetatene i Asker og Bærum kommuner. Formålet er også å feste eller eie eiendommer og bebygge disse med boliger for utleie i hht. stiftelsens formål.

I den utstrekning det er nødvendig å skaffe tilstrekkelig med boliger, kan stiftelsen eie andeler i borettslag og boligbyggelag.

Stiftelsen har dessuten anledning til å forestå oppføring av andre bygg enn boligbygg, herunder garasjer, når de skal brukes til felles formål, eller når utleie av lokalene i slike bygg skal skje i sammenheng med stiftelsens øvrige virksomhet.

Vedtektene sier dette om styresammensetningen:

§ 4 Styre

Stiftelsen ledes av et styre bestående av 7 personer med personlige varamedlemmer, oppnevnt av Styret for Vestre Viken HF, hvorav 1 representant fra de ansatte i Stiftelsen og 1 representant fra leietakerne. Styret velges for en periode på fire år.

Stiftelsen har en liten administrasjon. Det er en daglig leder, og to som arbeider med regnskap, lønn og boligadministrasjon. Utover dette er det noen fagarbeidere innen eiendomsdrift som drifter og vedlikeholder de over 600 boligene som den sammenslåtte stiftelsen eier.

Det å ha et kompetent styre til en så liten faglig gruppe er helt nødvendig. Det betyr at kompetanse innen økonomi, jus, kompetanse og teknologi er nødvendig i styret. Men den viktigste kompetansen er eiendomskompetanse. Forvaltning, drift og vedlikehold av eiendom er kjernevirksomheten i stiftelsen og daglig leder trenger et styre som kan dette svært godt. Styret må også ha god forståelse for prosesser med kommunene som reguleringsarbeid, byggesak og lignende.

Dagens styrer i stiftelsene:

Emma Hjort:

Narve Furnes, leder

Gerty Lund, nestleder (Klinikk BS)

Anne Grete Bjaaland (Klinikk BS)

Janne Hjelm-Gabrielsen (Stab VV)

Bjørn Røed (Bærum kommune)

Magne Kjensmo (Leieboerforeningen)

Marit Kronen (Leieboerforeningen)

Blakstad:

Narve Furnes, leder

Jon Hoff, nestleder (ex Intern service)

Bror Just Andersen (Klinikk PHR)

Eli Årnot (Stab VV)

Eva Britt Farbu (Klinikk PHR)

Heidi M. Gjerde (Leieboerforeningen)

Mika A. Visuri (Leieboerforeningen)

Styrehonorarer vurderes å være moderate og er forsøkt tilpasset nivået i sammenlignbare enheter. Honorarer er basert på at faste styremedlemmer har et fast årshonorar, mens varamedlemmer får et honorar pr. møte som de deltar i.

Rolle	Honorar
Fast styremedlem	35.000
Styreleder	60.000
Tillegg nestleder	5.000
Møtehonorer for varamedlemmer	5.000
Forventet årlig kostnad	300.000

Stiftelsen er en viktig ressurs for Vestre Viken HF for å sikre tilgang på arbeidskraft i ferieperioder, samt tidvis å sikre bolig til midlertidig ansatte. I forbindelse med Nytt Sykehus i Drammen forventes det at behovet ved Blakstad sykehus i all hovedsak vil bortfalle. Tilpasning til et nytt behovsgrunnlag blir en viktig oppgave for stiftelsen de nærmeste årene. Vestre Viken HF vurderer fortløpende sitt behov for leie og skal sørge for forutsigbarhet for stiftelsen mht. utleiegrunnlaget. Dialogen med stiftelsen anses å ligge til administrerende direktørs ansvar for daglig drift av Vestre Viken HF.

Administrerende direktørs vurderinger

Stiftelsen Emma Hjort Boligselskap er en viktig ressurs for Vestre Viken HF. Etter stiftelsens vedtekter utnevner Vestre Viken HF stiftelsens styreleder og styremedlemmer. Administrerende direktør har tilbake til 2011 hatt fullmakt til å utnevne styret på foretakets vegne. En slik fullmakt bør fornyes i forbindelse med ikrafttredelse av den sammenslåtte stiftelsen. Det vurderes også slik at administrerende direktørs fullmakter bør gjennomgå av styret på regelmessig basis.

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret gir administrerende direktør fullmakt til å utnevne styreleder og styremedlemmer til stiftelsen Emma Hjort Boligselskap.

Utkast
VEDTEKTER FOR STIFTELSEN EMMA HJORTH BOLIGSELSKAP
(Org, nr. 974 782 936)
Revidert av styret 26. Juni 2021.

Stiftelsen Emma Hjorth Boligselskap ble opprettet i 1970 av Akershus fylke, og er slått sammen med Blakstad Sykehus Boligselskap (opprettet i 1969) i 2021.

§ 1 Navn

Stiftelsens navn er Stiftelsen Emma Hjorth boligselskap.

§ 2 Formål

Stiftelsen har et ikke ervervsmessig formål. Formålet er å leie ut rimelige boliger til personer med særskilt boligbehov, fortrinnsvis for ansatte ved helseinstitusjoner tilknyttet Helse Sør - Øst RHF. Primært ansatte i Vestre Viken, Asker Kommune, Bærum Kommune, Viken Fylkeskommune, samt utleie etter nærmere avtale med helse og sosialetatene i Asker og Bærum kommuner.

Formålet er også å feste eller eie eiendommer og bebygge disse med boliger for utleie i hht. stiftelsens formål.

I den utstrekning det er nødvendig å skaffe tilstrekkelig med boliger, kan stiftelsen eie andeler i borettslag og boligbyggelag.

Stiftelsen har dessuten anledning til å forestå oppføring av andre bygg enn boligbygg, herunder garasjer, når de skal brukes til felles formål, eller når utleie av lokalene i slike bygg skal skje i sammenheng med stiftelsens øvrige virksomhet.

§ 3 Kapital

Stiftelsens grunnkapital er kr 400.000, -.

§ 4 Forretningsadresse

Stiftelsens forretningsadresse er Tokesvei 3, 1336 Sandvika.

§ 4 Styre

Stiftelsen ledes av et styre bestående av 7 personer med personlige varamedlemmer, oppnevnt av Styret for Vestre Viken HF, hvorav 1 representant fra de ansatte i Stiftelsen og 1 representant fra leietakerne. Styret velges for en periode på fire år.

§ 5 Tegne stiftelsen

Stiftelsen forpliktes av styreleder og daglig leder/forretningsfører i fellesskap.

§ 6 Administrasjon

Styret har den daglige ledelse av stiftelsen. Styret kan ansette daglig leder/ forretningsfører eller treffe annen avtale om forretningsførselen for stiftelsen, herunder engasjere regnskapsfører.

Retningslinjer som regulerer boligforvaltning mot leietakere skal vedtas av styret.

§ 7 Revisor

Styret for stiftelsen Emma Hjorth Boligselskap engasjerer revisor for stiftelsen. Daglig leder har rett til å uttale seg.

§ 8 Endring av vedtektene

Endring i stiftelsens vedtekter vedtas av styret.

§ 9 Opphør

Ved opphør av virksomheten skal stiftelsens verdier disponeres i samsvar med kap. VI i stiftelsesloven på en slik måte at stiftelsens formål ivaretas på best mulig måte.

25. august 2021

oOo

Dato: 22. november 2021
Saksbehandler: Rune A. Abrahamson

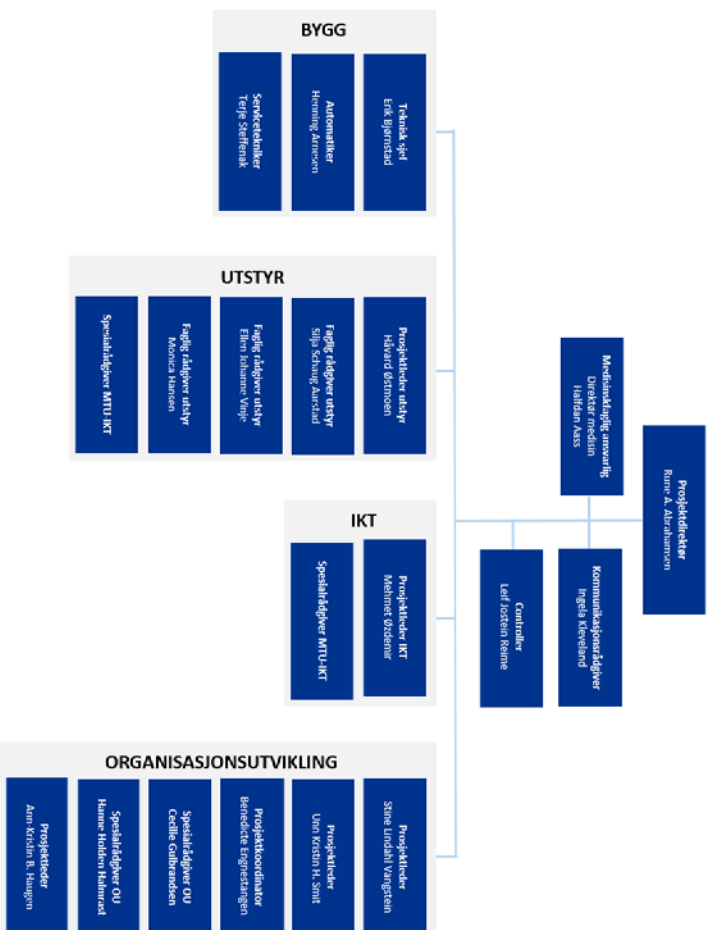
NOTAT

Til: Styret i Vestre Viken HF

Fra: Administrerende direktør Lisbeth Sommervoll

Status Mottaksprosjektet nytt sykehus i Drammen (VV-NSD)

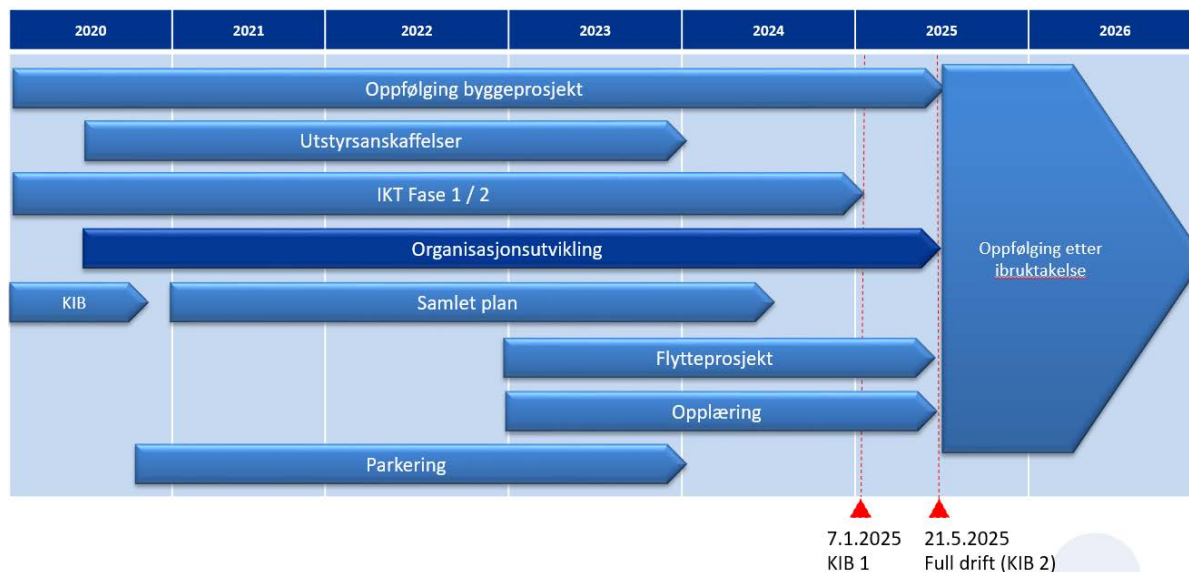
Alle stillinger i Vestre Vikens prosjektorganisasjonen, VV-NSD, er i dag besatt iht. plan for 2021. Siste rekruttering gjelder *Spesialrådgiver IKT* – *MTU* med tiltrødelse 15. februar 2022. For å styrke arbeidet innen de enkelte områder som omfattes av mottaksprosjektet, bygg, utstyr, IKT og organisasjonsutvikling, er prosjektorganisasjonen nå organisert i tilsvarende områder.



Videre er det satt i gang arbeid med rekruttering av *Ledende fysiker* og *Ledende stråleterapeut* for etablering av stråleterapi som ny funksjon ved nytt sykehus og i Vestre Viken.

Tidlig 2022 planlegges det med oppstart av detaljplanlegging av Vestre Vikens aktiviteter for flytting og ibruktakelse av nytt sykehus, ref. orienteringssak i styremøte, *Rammeverk for planlegging av forberedelse til drift og Samlet plan*. I den forbindelse vil det bli ansatt en person i prosjektorganisasjonen med ansvar for planlegging og koordinering av alle aktiviteter i dette arbeidet.

Overordnet følger Mottaksprosjektets omfang og fremdrift som vist i figur.



Under angis kortfattet status innen de enkelte områdene.

Bygg- og teknisk infrastruktur

På byggeplass produseres det nå for gjennomsnittlig 4-5 MNOK pr. arbeidsdag, 6 dager i uka.

Entrepriser

I siste periode er flere store kontrakter for bygg og tekniske systemer kontrahert eller i ferd med å kontraheres. Etter kontrahering endrer arbeidsoppgavene seg noe for bygg ressursene i VV-NSD, ved at entreprisemøter går over i prosjekteringsmøter med entreprenører. VV-NSD må sikre rett deltakelse ifm. kvalitet- og løsningsvalg.

Godkjenning og forberedelse til overtakelse

Første bygg entrepriseferdigstilles medio desember, fundamentering og kjeller. VV-NSD forbereder mottak, kontroll og godkjenning av FDV dokumentasjon, samt ferdigbefaringer. I dette arbeidet vil avdeling for Eiendomsforvaltning og -utvikling i KIS, involveres i langt større grad enn tidligere i arbeidet med nytt sykehus.

Utomhus

Det jobbes nå med utarbeidelse av konkurransegrunnlag for utomhus arealene. Fagressurser fra eiendomsdrift, med kompetanse på park- og grøntarealer, involveres og det legges stor vekt på rett balanse mellom driftskostnader og ett frodig parkanlegg.

Utstyrsanskaffelser

Ansvar for utstyrsanskaffelser er delt mellom PNSD og VVHF. VV-NSD koordinerer medvirkningsarbeidet fra driftsorganisasjonen i VVHF. Etter planen skal det gjennomføres 66

anskaffelser, hvorav noen blir stykket opp i flere anbud. Det er foreløpig ikke inngått kontrakter for noen utstyrsanskaffelser og status i arbeidet p.t. er vist i tabell.

Fase	Antall
Forberedelse	7
Kravspesifikasjon	7
Evaluering	2
SUM	16

VVHF har ansvar for utstyr med verdi tilsvarende 351 MNOK, dvs. 29% av total utstyrsanskaffelse. I tillegg kommer nyvinninger og utvidelser ut over program, deriblant PET-CT (31 MNOK). Det jobbes kontinuerlig med å kartlegge eksisterende overflyttbart utstyr og etablering av handlingsplan for anskaffelser innenfor denne rammen. Status p.t er vist i tabell.

Beskrivelse	Eksisterende overflyttbart	Til anskaffelse 2022-2025
VVHF andel 29%	224	127
Utvidelser, PET-CT		31
Utvidelser, øvrig		20

Koordinert med utstyrsanskaffelsene, er det i tillegg satt i gang arbeid med å definere og planlegge delprosjekter med tilhørende arbeidsprosesser, som er nødvendige som underlag til kravspesifikasjon for anskaffelsesprosessene.

IKT





Området IKT omfatter flere egne utredninger og deltakelse i delprosjekter. Egne utredninger omfatter i dag revidering av IKT-plan, utredning av audio-/videoutstyr på møterom, plenums sal, beredskaps rom o.l. og kartlegging av behovene i Helselogsitikk i nytt sykehus.

Videre deltar IKT i delprosjekter, som Sporing og lokalisering, Sterilsentral og Legemiddelforsyning, se Organisasjonsutvikling.

Organisasjonsutvikling

Alle delprosjekter, under arbeid eller planlegging, registreres fortløpende i prosjektoppfølgingsverktøyet Clarity, ref. oversikt over status.

Pågående delprosjekter:

Delprosjekt	Prosjektets status	Kommentar
Akuttmottak		<ul style="list-style-type: none"> Prosjektleder er ansatt og arbeidsgruppe på plass Oppstartmøte i uke 48
Eiendom		<ul style="list-style-type: none"> Mandat godkjent Arbeidet er startet opp. Må følge opp fremdriftsplan
Legemiddelforsyning		<ul style="list-style-type: none"> Styringsgruppen har godkjent endret fremdriftsplan Legemiddeldkjeden i NSD ferdigstilles medio desember 2021 Felles leveranseplan ferdigstilles mai 2022
Fremtidens kontortjeneste		<ul style="list-style-type: none"> Utarbeidet avtale med PWC Avtale sent til signering Utkast til mandat til oversendes prosjekteier uke 47 Mandat i styringsgruppen 08.12.2021

Delprosjekt	Prosjektets status	Kommentar
Matforsyning – Sentralkjøkken	●	<ul style="list-style-type: none"> Mottatt rapport svarer ikke ut mandat i tilstrekkelig grad. Tilbakemelding sendt prosjekteier. Plan for videre arbeid utarbeides i uke 47
Pasientovervåkning og telemetri	●	<ul style="list-style-type: none"> Prosjektrapport er gjennomgått av Områdeleder utstyr, frist tilbakemelding 22.11. Sendes ut til prosjektgruppen før oppstart anskaffelsesarbeid 25.11.
Sporing og lokalisering	●	<ul style="list-style-type: none"> Mottatt utkast til rapport svarer ikke ut mandat i tilstrekkelig grad. Prosjekteier gitt tilbakemelding til prosjektleder. Revidert rapport forventes ferdigstilt uke 47
Sterilforsyning	●	<ul style="list-style-type: none"> Neste prosjektgruppemøte 01.12.2021 Arbeidsgruppe Drift: <ul style="list-style-type: none"> I prosess ang. desinfeksjonsrom <u>skopi</u> Arbeidsprosesser utarbeidet Rapporten er under arbeid. Forventes å sendes til høring i VV-NSD i desember Arbeidsgruppe Utstyr: Forsinkelser i anskaffelsen. Opplever noen utfordringer mht. medvirkergruppen. Arbeidsgruppe IKT: Rapport forsinket, forventes sendt på høring til VV-NSD innen 01.12.2021.
Øye	●	<ul style="list-style-type: none"> Arbeidsgruppene levert innspill til rapport. Første utkast til rapport mottatt fra prosjektleder, men endelig rapport krever fortsatt noen avklaringer. Forventes oversendt VV-NSD medio desember. Prosjektleder har prosess med Prosjektleder.

Delprosjekter under oppstart:

Delprosjekt	Prosjektets status	Kommentar
Logistikk	●	<ul style="list-style-type: none"> Mandat til høring i VV-NSD, behandles i styringsgruppemøte 08.12.2021
Renhold	●	<ul style="list-style-type: none"> Mandat er under utarbeidelse
Felles prøvemottak	●	<ul style="list-style-type: none"> Underlag til mandat er utarbeidet
Operasjon	●	<ul style="list-style-type: none"> Utkast til mandat er under utarbeidelse. På høring i DS og PHR, frist 01.12.2021
Bilde	●	<ul style="list-style-type: none"> Revurdere fremdriftsplan basert på andre avhengige delprosjekter
Mikrobiologi	●	<ul style="list-style-type: none"> Mandat er under utarbeidelse

Det er tett dialog og samarbeid mellom VV-NSD og den enkelte klinikk for å kontinuerlig utarbeide detaljerte planer for oppstart av ytterligere delprosjekter og oppfølging av pågående delprosjekter.

Prosjekt:

Nytt sykehus i Drammen

Tittel:

Rammeverk for planlegging av forberedelse til drift og Samlet Plan

03	Godkjent for høringsrunde	15.10.21	MAF	FRL	ARH	
02	Gjennomsyn/Tverrfaglig kontroll	15.09.21	MAF	FRL		
01	Gjennomsyn/Tverrfaglig kontroll	28.05.21	MAF	FRL		
Rev.	Formål med utgivelsen	Rev. Dato	Utarbeidet	Kontroll	Godkjent	
Kontraktor/leverandørs logo:		Bygg nr:	Etasje nr.:	Systemgr.:	Antall sider:	
					Side 1 av 29	
Prosjekt:	Utgivernr:	Fag:	Dok.type:	Løpenr:	Rev.nr.:	Status:
NSD	0000	Z	AA	0012	03	G

Revisjonsendringer

Rev.:	Beskrivelse av endring

Innholdsfortegnelse

1	Begreper.....	4
2	Innledning.....	7
2.1	Bakgrunn og formål med dokumentet.....	7
2.2	Tidsplan i Samlet plan.....	7
3	Premisser for Samlet plan.....	8
3.1	Sentralt styringsdokument.....	8
3.2	Plan for tidlig klinisk drift.....	8
3.3	Overordnede styrende milepæler.....	11
4	Beskrivelse av aktiviteter i slutfasen.....	12
4.1	Opplæring i regi av VVHF.....	12
4.2	Utplassering av utstyr (IKT, MTU, apotekspesifikt utstyr og inventar).....	13
4.3	Integrerte systemtester og virksomhetstester.....	13
4.4	Validering.....	18
4.5	Medisinsk stråling.....	19
4.6	Akkreditering/driftskonsesjon/Sertifisering.....	20
4.7	Eierskifte.....	20
4.8	Flytting og klinisk ibruktagelse.....	21
4.9	Driftsoppgaver/-ansvar.....	21
4.10	Team for feilretting/endringer.....	23
4.11	Etablering av beredskapssentral.....	24
5	Aktører og ansvar.....	25
5.1	Generelt aktørbilde.....	25
5.2	PNSD roller og ansvar.....	25
5.3	VVHF roller og ansvar.....	25

5.4	SPHF roller og ansvar	26
5.5	SAHF roller og ansvar	27
5.6	HSØ roller og ansvar.....	27
5.7	Prosjektgrupper.....	27
6	Organisering av arbeidet.....	27
7	Rapportering mot Samlet plan.....	28
7.1	Rapportering i Samlet plan forum	28
7.2	Rapportering til eget styre.....	28
8	Risikostyring.....	28
9	Kostnader.....	29

1 Begreper

Begrep	Forklaring
Akuttsøyle	Kritiske funksjoner for å behandle akuttstye.
Basisprosjektet	Tverrfaglig prosjekt som beskriver bygning, tekniske anlegg, utstyr og driftsmessige forutsetninger som legges til grunn for planlegging og bygging.
Beslutningsmøte IKT for nytt sykehus i Drammen	Styingsorgan for etablering av IKT i nytt sykehus i Drammen, bestående av representanter fra TOEH-HSØ, SPHF, VVHF og PNSD.
BTU	Bygg teknisk utstyr
Byggherre	Helse Sør-Øst RHF, utøvet av prosjektorganisasjonen Prosjekt nytt sykehus i Drammen.
Eierskifte	Formell overlevering fra PNSD til VVHF. Ved Eierskifte overtar VVHF det overordnede driftsansvar og disposisjonsrett for eiendom og bygningsmasse.
ELS	Early Life Support. Tiltak for å sikre at drifts- og forvaltningsorganisasjonen får den nødvendige støtten i den første stabiliseringsperioden.
FAT	Fabrikk akseptansetest, fabrikkproduserte systemer og produkter gjennomføre interne produktkontroller i form av FAT.
FST	Fullskala test, test av alle tekniske systemer for hele eller større deler av bygget.
GMP	GMP = Good Manufacturing Practice
Integrerte systemtester (IST)	Integrerte systemtester er en samlebetegnelse på et sett med tester i regi av PNSD i slutfasen for å verifisere leveranser og funksjoner i det nye sykehuset.
Klargjøringsperiode	Perioden fra gjennomført Eierskifte til klinisk ibrukttagelse
Klinisk ibrukttagelse	Tidspunkt hvor lokaler tas i bruk til klinisk virksomhet
MF	Anlegget defineres som mekanisk fullført (MF) når all fysisk montasje er utført og all egenkontroll er gjennomført.
MTU	Medisinsk teknisk utstyr
NSD	Nytt sykehus i Drammen
PNSD	Betegner prosjektorganisasjon som er etablert for å gjennomføre prosjektet i henhold til de rammer og forutsetninger som er gitt av styret i Helse Sør-Øst RHF. Prosjektorganisasjon rapporterer til et prosjektstyre, som er gitt eget mandat av styret i Helse Sør-Øst RHF.
Produksjonsmiljø	SPHF plattform som benyttes for å levere avtalte tjenester

Prøvedrift	Verifisering av funksjonene og ytelsene til de tekniske bygningsinstallasjonene over tid, med brukere i bygget (internlast) og under ytre klimatisk påvirkning.
RTB	Rent tørt bygg
SAHF	Sykehusapotekene Helseforetak
Samlet plan	En plan med milepæler for å sikre en vellykket ibrukttagelse av nytt sykehus i Drammen
Samlet plan forum	Felles forum for deltagere til Samlet plan
SAT	SAT (system akseptansetest) skal bekrefte at et system (eller deler av et system) er i samsvar med kontrakt og innfrir de spesifiserte krav.
Slutfase	Perioden etter gjennomført SAT for de ulike entrepriser, til og med overtagelse og idriftsettelse av sykehuset.
SPHF	Sykehuspartner HF – leverandør av IKT-infrastruktur og –løsninger
SP-PNSD	Sykehuspartner HF's prosjektorganisasjon for NSD (Fase 2)
SX og UX	S1=Prosjektstøtte S2=Samhandling U1=PNSD avdeling for prosjektering U2=PNSD avdeling for bygg U3=PNSD avdeling for VVS U4=PNSD avdeling for elektro U5=PNSD avdeling for IKT U6=PNSD avdeling for utstyr U7=PNSD avdeling for O-IKT U8=PNSD avdeling for Totalentreprise for Psykisk helsevern og adkomstbygg
Testmiljø	SPHF plattform som benyttes for å verifisere en løsning som er godkjent testet, og er en siste kontroll før leveranse tas til produksjon
Testplan	Oversikt som viser hvilke systemer som skal testes, hvem som er ansvarlig for å planlegge testene, hvem som er ansvarlig for å utføre testene og når. Hensikten er å sikre at de rette systemene testes og at testene utføres til rett tid i prosjektet.
Testprosedyre	Dokument som beskriver hvordan et system skal testes samt hvilke kriterier som skal oppfylles for at testene anses som vellykkede. Hensikten er at systemene som skal testes, testes

	på rett måte og at de kun godkjennes ved rette omstendigheter.
TOEH-HSØ	Teknologi og E-helse-HSØ, overordnet ansvarlig over alle IKT-prosjekter i HSØ.
Validering	Med validering menes en prosess der man evaluerer og dokumenterer samsvar mellom spesifiserte krav og prosjekterte løsninger.
Virksomhetstester (VT)	Simulere ordinær drift innenfor utvalget områder.
VVHF	Vestre Viken Helseforetak

2 Innledning

2.1 Bakgrunn og formål med dokumentet

For å sikre en trygg overgang mellom utbygging og en robust igangsettelse og drift av nytt sykehus, er det viktig at det tidlig etableres et felles rammeverk for hvordan arbeidet i denne fasen skal gjennomføres for alle aktører som er involvert i arbeidet. Flere aktører har leveranseansvar og oppgaver inn mot driftsstart av nytt sykehus. Det er nødvendig at alle aktører har en felles forståelse av ansvar, roller og oppgaver i denne fasen. De ulike aktivitetene må planlegges godt og gjennomføres i et strukturert og samordnet løp. Dette blir ivaretatt gjennom en felles plan (Samlet plan) for slutfasen. Dokumentet gir en samlet beskrivelse av premisser, rammer og forutsetninger for slutfasen, og vil være basis for utvikling av et felles planverk.

PNSD er gitt et ansvar for å koordinere aktivitetene i slutfasen. I prosjektets styringsdokument er *Ferdigstilling og ibruktakelse* av prosjektet definert som et av resultatmålene, formulert på følgende måte:

Sykehuset skal overleveres uten feil og mangler som påvirker grunnlaget for en stabil drift.

For å sikre en trygg overgang mellom utbygging og drift og en robust igangsettelse av nytt sykehus, skal det tidlig etableres et felles rammeverk for hvordan arbeidet i denne fasen skal gjennomføres som omfatter alle aktører som er involvert i arbeidet.

For å kunne utføre rammeverket rasjonelt og effektivt, er det behov for å etablere en gjennomtenkt systematikk, struktur og begrepsbruk, som alle er kjent med og kan forholde seg til. Rammeverket skal i tillegg reflektere organisasjons- og ansvarsforhold med hensyn til hvem som planlegger, utfører og rapporterer de ulike aktivitetene.

Dokumentet har hovedfokus på slutfasen, men har for oversiktens og helhetens skyld også vist sammenhengen til prosjektets Hovedfremdriftsplan og slutføring av foranliggende aktiviteter som entreprenørene har ansvar for.

2.2 Tidsplan i Samlet plan

Tidsplan i Samlet plan inneholder milepæler for de mest sentrale leveransene fra utvalgte aktører og som må gjennomføres for å sikre en vellykket ibruktakelse av nytt sykehus i Drammen. Hovedtyngden av aktivitetene i Samlet plan skal utføres i 2024.

PNSD har ansvar for å etablere og vedlikeholde fremdriftsplanen. Planen vil på øverste nivå være en milepælsplan med basis i PNSD's gjeldende styringsplan. Planen skal ha målbare aktiviteter slik at rapporteringen til Samlet plan forum blir mest mulig presis.

Det forutsettes at hver enkelt aktør har etablert egne planer/planverk for alle sine aktiviteter. Samlet plan vil ha fokus på de viktigste aktiviteter og vil således fungere som et overordnet styringsverktøy, hvor den enkelte aktør følger opp og rapporterer iht. sine aktiviteter. Det er

viktig at det etableres en «leveransedisiplin» omkring Samlet plan, og at aktørene prioriterer dette i sine aktiviteter og rapportering. Se videre detaljer i kapittel 7.

3 Premisser for Samlet plan

3.1 Sentralt styringsdokument

I sentralt styringsdokument for Prosjekt nytt sykehus i Drammen NSD-0000-Z-AA_0002, kapittel 8.6 er slutfasen omtalt på følgende måte:

Prosjekt nytt sykehus i Drammen har ansvaret for forberedelse til drift frem til det punkt hvor sykehuset er klart for ibruktakelse (eierskifte). For å få en god overgang fra bygging til klinisk drift, er det viktig at samarbeidet mellom PNSD og VVHF er tett og godt, med tydelig definerte oppgaver og tydelige ansvarsgrenser. For å planlegge og gjennomføre en god ibruktakelse må det etableres en gjennomtenkt systematikk, struktur og terminologi som begge organisasjoner er kjent med. Det er derfor etablert en overordnet strategi for å sikre dette.

Start på slutfasen er definert til tidspunktet for når siste tekniske anlegg er ferdig montert og har status mekanisk ferdig (MF). Slutfasen går frem til overtagelse av bygget og frem til fullendt prøvedrift.

Under hele slutfasen er det viktig at det overholdes regler for rent tørt bygg (RTB), slik at det er mulig å kjøre i gang ventilasjon og andre tekniske systemer og leveranser. RTB er en forutsetning for å få kjørt i gang, innregulert, utført funksjon og ytelsestester i henhold til spesifikasjon.

System akseptansetest (SAT) kjøres på ett eller flere system etter at de er mekanisk ferdig (MF). Ved avdekking av feil så skal disse utbedres før integrerte systemtester (IST). IST kjøres på to eller flere systemer som har samhandling med hverandre.

Fullskalatest (FST) kjøres til slutt før overtagelse for å se at alle funksjoner i bygget fungerer ved forskjellige scenarier rundt brann og rømning av bygget.

3.2 Plan for tidlig klinisk drift

PNSD har i samarbeid med VVHF utviklet plan for innfasing av kliniske funksjonsområder fra januar 2025. Dette er dokumentert i egen rapport *Slutfase - prioritering av funksjonsområder for tidlig klinisk drift (NSD-0000-Z-AA-0010)*. Rapporten er godkjent i respektive styre og er førende for arbeidet med Samlet plan.

Funksjonsområder som er vurdert som en del av KIB-1:

- Bildediagnostikk, polikliniske funksjoner og alt innen nukleærmedisin
- Laboratoriemedisinsk poliklinisk prøvetaking
- Ortopedisk poliklinikk og dagbehandling
- Fysikalsk medisin, fysio- og ergoterapi, poliklinikk og dagbehandling

- Nevrologisk poliklinikk og dagbehandling
- Revmatologisk poliklinikk og dagbehandling
- Barne- og ungdomspoliklinikk og dagbehandling
- Øye poliklinikk og dagkirurgi
- Dialyse dagbehandling
- Nyremedisinsk poliklinikk og dagbehandling
- ØNH poliklinikk og dagbehandling, inkludert audiometri
- Kirurgisk poliklinikk og dagbehandling (kar, urologi og gastro)
- Gynekologisk poliklinikk og dagbehandling
- Endoskopipoliklinikk
- Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, både akutt og elektiv virksomhet, både inneliggende og poliklinisk pasientbehandling

Internservice og støttefunksjoner som må sikres for overnevnte kliniske drift:

- Matforsyning
- Renhold og tekstil
- Eiendomsdrift (teknisk drift, vakt og sikring)
- Servicetjenester (transport, portør)
- Garderober og internkommunikasjonsareal
- Logistikk (varemottak og forsyningstjenester)
- Medisinsk teknologisk drift og support
- IKT drift og support

Det er i tillegg avtalt følgende:

- Dagkirurgi:
Arealene som inneholder funksjonene dagkirurgi og pre-postoperativ drift har VVHF behov for å starte sine aktiviteter imellom KIB-1 og KIB-2. Det gjennomføres eierskifte før disse arealene blir disponible for VVHF.
- Laborariearealer:
VVHF har behov for å få tilgang til arealer for testing av utstyr før eierskifte. PNSD vil legge til rette for dette. Dette er arealer som inneholder følgende funksjoner:
 - Analysehall
 - Blodbank
 - Bakteriologi, inkludert automasjonslinje
 - Farmakologi
 - Mikrobiologi, inkl. genteknologi områder
 - Patologi

Oppstart i disse arealer uten eierskifte, vil medføre at VVHF må følge PNSD gjeldende regler på byggeplass, samt at enkelte av arealene ikke vil ha brukstillatelse. Det vil også i den perioden pågå testing av overordnede systemer som elektrisitet og ventilasjon etc. Men i samarbeid med brukerne så vil det tilstrebes gjennomføres på tidspunkt som ikke får eller får minimal

konsekvens for testing av utstyr. Testing som kan påvirke arealer, koordineres igjennom Tekniskdriftsrådet.

- **Sterilsentral:**
For innkjøring og ibruktageelse av sterilsentral, har VVHF behov for å starte sine aktiviteter før eierskifte KIB-1. Arealet vil ikke ha brukstillatelse på dette tidspunktet og vil medføre at VVHF må følge PNSD gjeldende regler på byggeplass. Eierskifte for arealet vil være en del av KIB-1.
- Sykehusapotekets arealer i Behandlingsbygget er en del av KIB-1. Dette inkluderer avdelingene sykehusleveranser, produksjon og farmasøytiske tjenester, samt fellesarealer. I tillegg inngår publikumsutsalgets arealer i Adkomstbygget som en del av KIB-1. SAHF må starte sin validering før eierskifte ved å delta på tester i regi av PNSD.

3.3 Overordnede styrende milepæler

Følgende styrende milepæler skal legges til grunn for etablering av Samlet plan:

Milepæl	Beskrivelse	Dato
	Frys funksjonalitet til eksisterende sykehus ¹	25.11.2023
	Mekanisk ferdig KIB-1	24.02.2024
	Mekanisk ferdig KIB-2	02.04.2024
	Frys IKT nytt sykehus i Drammen (NSD) ²	25.05.2024
	Oppstart test for Analysehall i regi av VVHF	01.08.2024
	Oppstart test for Sterilsentral i regi av VVHF	01.08.2024
	Frys oppgraderinger ³	31.08.2024
	ROS 1	07.10.2024
	Start validering av SA sine arealer i regi av PNSD	01.11.2024
	Oppstart blodproduksjon	25.11.2024
	Eierskifte KIB-1	25.11.2024
	Oppstart tidlig klinisk drift (KIB-1)	07.01.2025
	ROS 2	15.01.2025
	Oppstart test for Vestre Viken- Dagkirurgi	01.02.2025
	ROS 3	01.04.2025
	Eierskifte KIB-2	30.04.2025
	Etablering av akuttsøyle (KIB-2)	21.05.2025

¹All funksjonalitet som ikke skal direkte til nytt sykehus er ferdig pilotert og klar til ibruktakelse og utrulling.

²All funksjonalitet som skal til nytt sykehus, er klaggjort for integrasjonstest. Alle grunndata skal være lagt inn og løsninger ferdig konfigurert og tilpasset nytt sykehus. Dette danner grunnlaget for bilaterale integrasjonstester i nytt sykehus. Mottak og utrulling er ferdig. VV endrer til fokus på nytt sykehus.

³Frys av alle pågående IKT-aktiviteter i eksisterende sykehus som påvirkes av byggeprosjektet. (dvs. Drammen sykehus og Blakstad sykehus) Integrasjonstesting, utprøving, virksomhetstesting og stabilisering starter.

Aktiviteter inkludert datoer for fotnote 1,2 og 3 er beskrevet i dokument: NSD-0000-F-PL-0001, IKT plan NSD.

4 Beskrivelse av aktiviteter i slutfasen

I dette kapittel er de viktigste oppgaver og forhold som må ivaretas i slutfasen beskrevet.

4.1 Opplæring i regi av VVHF

VVHF skal utarbeide en opplæringsplan som omfatter alle behov for opplæring i forbindelse med innflytting i nytt sykehus, både når det gjelder organisering, arbeidsprosesser, bygg og utstyr. VVHF er ansvarlig for organiseringen av den samlede opplæring og sertifisering av ansatte. Opplæringsplanen må også omfatte funksjoner og løsninger som leveres av PNSD, SPHF og SAHF og samordnes med det opplæringsprogram som tilbys i respektive kontrakter. Ref. *Bilag C23- krav til opplæring SD-0000-Z-SP-0086*.

Opplæringsplanen må omfatte:

- Etablere en struktur for opplæring
- Opplæring av teknisk driftspersonell og vektertjeneste
- Opplæring av VVHF instruktører i funksjonsområder, systemer og utstyr
- Opplæring/sertifisering av ansatte (avdelingsvis opplæring inklusive utstyr og IKT)

Det anbefales at organisasjonen øver på nye arbeidsformer/prosedyrer før innflytting

Opplæring av teknisk driftspersonell skal foregå ved/som:

- Observatør ved idriftsettelse
- Observatør ved SAT
- Observatør ved integrerte tester
- Deltagelse på opplæring i regi av entreprenør
- Deltagelse på befaringer

Opplæring av VVHF sine instruktører kan foregå på følgende måter:

- Funksjonsområder
 - Detaljeres videre i opplæringsplan
- Systemer
 - Rørpost
 - Pasientsignal
 - AGV
 - Kliniske prosedyrer
 - Rollebasert telefon
 - M.m.

Opplæring av sluttbrukere:

- Opplæring utføres av VVHF sine instruktører
- E-læring

Opplæring kan gjennomføres som: e-læring, on-the-job training i eksisterende virksomhet, praktiske aktiviteter i nytt sykehus eller gjennom opplæringsaktiviteter arrangert gjennom PNSD's utbyggingsorganisasjon. I tillegg kan det arrangeres «åpne dager» og kjentmannsprøver som del av opplæringen.

Opplæringsplanen skal omfatte nødvendig opplæring i forhold til gradvis klinisk ibruktakelse.

4.2 Utplassering av utstyr (IKT, MTU, apotekspesifikt utstyr og inventar)

I løpet av 2024 og 2025 vil løst IKT-utstyr, MTU, apotekspesifikt utstyr og inventar bli utplassert. Noe utstyr må planlegges utplassert for gjennomføring av integrerte systemtester og validering. I hovedsak planlegges transportåre for løst utstyr senere. Utstyr som krever annen inntransport må planlegges særskilt og koordineres med prosjektets fremdriftsplan. PNSD har utarbeidet en plan for *Inntransport NSD-8201-A-NO-039*, for store elementer.

VVHF skal utarbeide en overordnet plan for flytting av bygg- og installasjonspåvirkende utstyr. Planen må utarbeides i samarbeid med PNSD. VVHF, SPHF og SAHF er ansvarlig for koordinering av overflytting av eget utstyr fra eksisterende lokaler til nytt sykehus. VVHF koordinerer denne planen.

Lett omsettelig utstyr utplasseres senest mulig opp mot ibruktakelse, øvrig utstyr utplasseres i forkant av Eierskifte. Løst overflyttbart utstyr utplasseres i "klargjøringsperioden".

Plan for utplassering av utstyr må detaljkoordineres med planer for integrerte systemtester, validering, opplæring og gradvis klinisk ibruktakelse/Eierskifte.

4.3 Integrerte systemtester og virksomhetstester

Perioden etter ferdig SAT vil omfatte IST og virksomhetstester, tester mellom flere systemer og/eller funksjonsområder.

4.3.1 Integrerte systemtester:

Hensikten med integrerte systemtester er å teste integrerte systemer og funksjoner (bygget, tekniske systemer, utstyr og «funksjonen i seg selv») for å verifisere at teknisk infrastruktur, utstyr, opplæring, driftsinstrukser, prosedyrer mv. fungerer i samspill som forutsatt.

Dørmiljø, ventilasjon/klimastyring ol. er eksempler på områder som egner seg for integrert systemtesting. Integrert systemtesting omfatter kombinasjon av tekniske systemer med eller uten tillegg av medisinske funksjoner. Det lages et eget oppsett over integrert systemtesting med angivelse av område/funksjon, hva som skal testes, akseptansekriterier, deltagere osv.

Integrerte systemtester deles dermed inn i to grupper:

- Eksempler på tester som VVHF vil være deltager
 - Kraftforsyning
 - Operasjonsstuer

- Eksempler på tester som VVHF ikke trenger å være deltager
 - Fettutskiller og SD
 - Branngardin og SD

Testcaser som planlegges sammen med VVHF som en del av integrerte systemtester, kan gjenbrukes som en del av virksomhetstestene.

SAHF involveres i integrerte systemtester for sin virksomhet med samme ansvarsforhold som VVHF har for de integrerte systemtestene de er involvert i.

4.3.2 Virksomhetstester:

Hensikten med virksomhetstester er å simulere ordinær drift som inkluderer de tekniske systemene, bruker- og medisinsk teknisk utstyr og «funksjonen i seg selv». Hvor helseforetaket med de ansatte skal operere systemene og bekrefte at teknisk infrastruktur, utstyr, opplæring, driftsinstrukser, prosedyrer mv. fungerer i samspill som forutsatt.

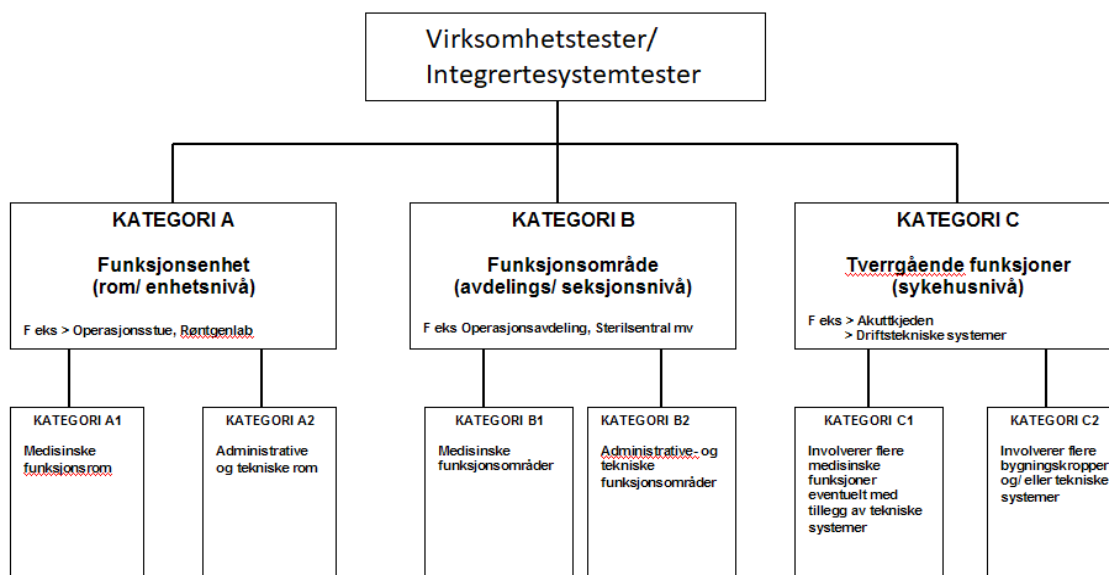
En eller flere operasjonsstuer eller større sammenhengende områder, som f.eks. operasjonsavdelinger, er eksempler på områder som egner seg for virksomhetstester. Dette kan også omfatte kombinasjon av tekniske systemer med eller uten tillegg av medisinske funksjoner. Videre må ulike logistikk konsepter, eksempelvis vareflyt, pasientflyt og tilhørende arbeidsprosesser verifiseres.

4.3.3 Ansvarsmatrise

Integrerte systemtester i regi av PNSD				
Oppgave	H	U	K	I
Utarbeide testplan	PNSD	PNSD	VVHF, Leverandør, Entreprenør	
Utarbeide testprosedyrer og caser	PNSD	PNSD/VVHF	VVHF, Leverandør, Entreprenør	
Organiserer test	PNSD	PNSD	VVHF	
Gjennomføring	PNSD	PNSD, VVHF, Leverandør, Entreprenør	VVHF, Leverandør, Entreprenør	

Integrerte systemtester I regi av VVHF (utstysleveranser)				
Oppgave	H	U	K	I
Utarbeide testplaner	VVHF	VVHF	PNSD, Leverandør, Entreprenør	
Utarbeide testprosedyre	VVHF	VVHF, PNSD	PNSD, Leverandør, Entreprenør	
Organiserer test	VVHF	VVHF, PNSD	PNSD	
Gjennomføring	VVHF	VVHF, PNSD	Leverandør, Entreprenør	
Virksomhetstester				
Utarbeide testplan	VVHF	VVHF		
Utarbeide testprosedyrer og caser	VVHF	VVHF	SPHF	
Organiserer test	VVHF	VVHF, PNSD	SPHF	
Gjennomføring	VVHF	VVHF, PNSD	SPHF	
Akseptere løsning	VVHF, PNSD			

H = Hovedansvar, U = Utførende, K = Konsulterende og I = Informert.



Eksempler på tester

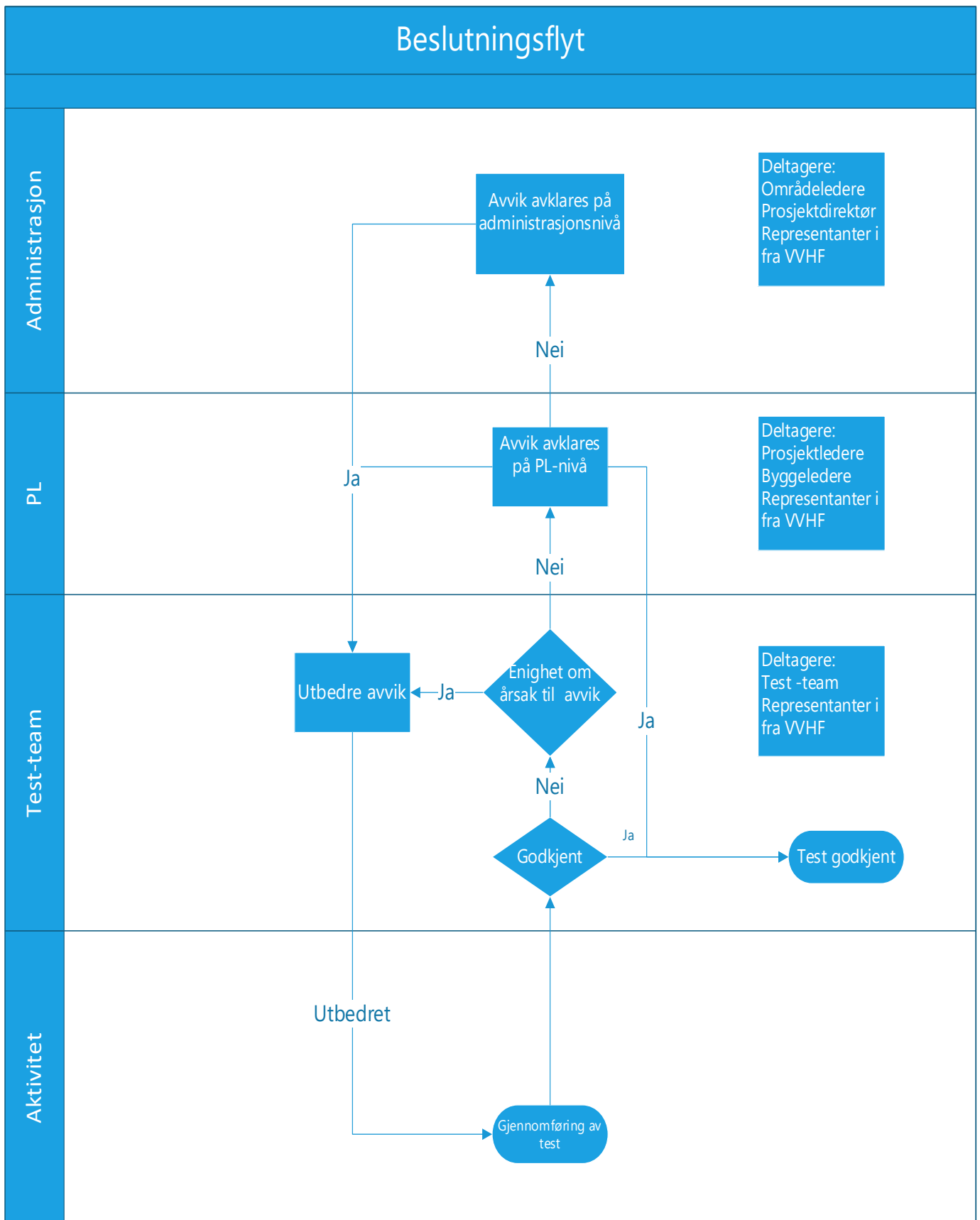
4.3.4 Beslutningsrutine ved registrert avvik for virksomhetstester

I testperioden er prosjektet i en kritisk fase og det er behov for raske avklaringer for utbedringer av registrerte avvik. I forbindelse med dette kan det oppstå uoverensstemmelser mellom representanter fra PNSD og VVHF.

Dette kan være:

- Avvik iht. prosjektets premisser:
 - Prosedyrefeil
 - Konfigurasjonsfeil
 - Systemfeil
 - Designfeil
- Om det er behov for utbedring

Som hovedregel skal aksjoner avklares på test-team nivå, før saken eskalerer videre iht. beslutningsflyt i figur. Figuren leses nedenfra og opp.



4.4 Validering

Med validering menes en prosess der man evaluerer og dokumenterer samsvar mellom spesifiserte krav og prosjekterte løsninger, det som er bygget og det som settes i drift, slik at kvalitet på det som fremstilles/produseres blir som planlagt. Eventuelle avvik registreres, korrigeres og resultatet dokumenteres på nytt.

Produksjonsområdet i Sykehusapoteket og Hotlab-området i Nukleærmedisinsk seksjon skal valideres etter regelverk gitt i EU-direktiv, omtalt som EU-GMP.

Det er i tillegg besluttet at Spesialrom (I3-lab og isolater) skal verifiseres. For disse rom er det ikke formelle krav til form og innhold i valideringen. Denne valideringsprosess betegnes derfor som «verifisering», slik det er i basisprosjektet.

Områdene må klargjøres for oppstart validering på et tidligere tidspunkt enn arealene for tidlig klinisk ibruktagelse. Validering og verifiseringsprosessen forutsetter stabile driftsforhold både på tekniske anlegg, samt på romklimatiske forhold.

For produksjonsrom Sykehusapotek vil det være SAHF sitt ansvar å gjennomføre valideringsprosessen.

Ansvarsmatrise:

Validering Hotlab				
Oppgave	H	U	K	I
Utarbeide testplan	PNSD	PNSD		
Utarbeide testprosedyrer	PNSD	PNSD, VVHF		
Organiserer test	PNSD	PNSD		
Gjennomføring	PNSD	PNSD, VVHF		
Akseptere løsning	PNSD, VVHF			
Validering SA				
Utarbeide testplaner	SAHF	SAHF		
Utarbeide testprosedyre	SAHF	SAHF, PNSD		
Organiserer test	SAHF	SAHF, PNSD		
Gjennomføring	SAHF	SAHF, PNSD		
Akseptere løsning	SAHF, PNSD			

Verifisering luftisolater/I3-lab				
Oppgave	H	U	K	I
Utarbeide testplaner	PNSD	PNSD		
Utarbeide testprosedyre	PNSD	PNSD, VVHF		
Organiserer test	PNSD	PNSD		
Gjennomføring	PNSD	PNSD, VVHF		
Akseptere løsning	PNSD, VVHF			

H = Hovedansvar, U = Utførende, K = Konsulterende og I = Informert.

4.5 Medisinsk stråling

For arealer med krav om skjerming mot stråling er følgende ansvarsmatrise satt opp.

Strålemåling Bilddiagnostikk/ nukleærmedisin				
Oppgave	H	U	K	I
Utarbeide testplaner	VVHF	VVHF		
Utarbeide testprosedyre	VVHF	VVHF		
Organiserer test	VVHF	VVHF, PNSD		
Gjennomføring	VVHF	VVHF, PNSD		
Akseptere løsning	VVHF, PNSD			
Strålemåling Stråleterapi				
Utarbeide testplaner	VVHF	VVHF		
Utarbeide testprosedyre	VVHF	VVHF		
Organiserer test	VVHF	VVHF, PNSD		
Gjennomføring	VVHF	VVHF, PNSD		
Akseptere løsning	VVHF, PNSD			

H = Hovedansvar, U = Utførende, K = Konsulterende og I = Informert.

4.6 Akkreditering/driftskonsesjon/Sertifisering

SAHF skal søke driftskonsesjon, inkludert tilvirkertillatelse, hos Statens legemiddelverk før oppstart i nytt sykehus. Slik tillatelse er en forutsetning for apotekdrift i de nye lokalene. SAHF skal i tillegg sikre midlertidig driftskonsesjon for to apotekutsalg hvis det er aktuelt med samtidig drift i både nye og gamle lokaler.

Medisinske laboratorier kan søke om akkreditering i samsvar med relevante standarder. Dette er VVHF sitt ansvar. Akkreditering/sertifisering er ikke en forutsetning for klinisk drift av nytt sykehus og følges derfor ikke opp som del av Samlet plan, men må koordineres.

For arealer som Hotlab, stråleterapi og røntgen, er det VVHF sitt ansvar å søke Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet om tillatelse for bruk av arealer og utstyr.

Blodbankens lokaler skal godkjennes av Helsedirektoratet, dette er VVHF sitt ansvar.

4.7 Eierskifte

Ved Eierskifte overtar VVHF disposisjonsrett og det overordnede driftsansvar for bygningmassen, slik at denne kan klargjøres for klinisk ibruktagelse.

I forkant av Eierskifte skal det gjennomføres eierskiftebefaringer i samsvar med avtalt prosedyre som utarbeides og godkjennes i PNSD og VVHF. Ved gjennomføring av befaringer skal arealene være ferdig møblert og utstyrt.

Det legges til grunn at det ikke skal foretas noe ny vurdering av kvalitets- og håndverksmessig standard i forhold til det som er fastlagt i referansearealene. Et referanseareal er et område som er kontrollert og godkjent og som deretter legges til grunn for godkjenning av tilsvarende områder.

Eventuelle skader som måtte være påført i den perioden PNSD har hatt forvaltningsansvar for arealet, skal derimot noteres som mangel.

Grunnlaget for registrering av mangler under befaring vil være en kontroll, rom for rom, mot bestilling fra funksjonsprosjektet, romfunksjonsprogram og utstyrslistene (utskrevet fra dRofus).

Det vil være naturlig å dele opp befaringene i forhold til fagområder. Dette vil bli detaljert i planen for gjennomføring av Eierskifte.

Tiden mellom utplassering av utstyr/inventar og Eierskifte vil variere. For fast utstyr og inventar vil det normalt være lengre tid mellom utplassering og Eierskifte, enn det vil være for løst utstyr og inventar. Se for øvrig kapittel 4.2.

Tidspunkter for eierskiftebefaring detaljeres videre i plan for Eierskifte.

PNSD lager egen prosedyre for gjennomføring av Eierskifte og følger opp FDV iht. *bilag D15, Krav til sluttdokumentasjon FDV NSD-0000-Z-SP-0041*.

4.8 Flytting og klinisk ibruktagelse

For å sikre trygg ibruktagelse, skal VVHF planlegge for den fysiske flyttingen som starter før klinisk drift i et område. I tillegg må det etableres egen plan for den kliniske flyttingen som omfatter nedtrapping av kapasitet i forkant av flytting og tilsvarende plan for gradvis opptrapping.

Det må inngås avtaler med andre sykehus i helseforetak for avlastning i perioden. Avtaler må være inngått i forkant av ibruktagelse.

Milepæler fra flytteplanen må koordineres mot Samlet plan, slik at avhengigheter blir synlig.

4.9 Driftsoppgaver/-ansvar

4.9.1 Bygg

Innenfor byggeområdet overtar PNSD kontraktsarbeider etter hvert som kontraktsarbeidene er avsluttet og godkjent. Dette er planlagt å skje i god tid før Eierskifte. PNSD har ansvar for utbedring av feil, renhold og vedlikehold fram til Eierskifte. Etter Eierskifte overtar VVHF ansvar for renhold og drift, mens PNSD fortsatt har ansvar for utbedring av mangler definert ved Eierskifte.

Ved tidlig klinisk drift, må det etableres avskjerming mot eventuelle områder hvor det foregår bygge-/installasjonsarbeider, samt god skilting for pasienter. Alle rømningsveier fra de aktuelle områdene, må holdes åpne. PNSD vil være ansvarlig for slik tilrettelegging.

4.9.2 Teknikk

Alle tekniske anlegg skal være i full drift og ferdig uttestet og uten vesentlige feil og mangler før klinisk ibruktagelse. Det er viktig å garantere oppetid på anleggene, samt ivareta sikkerheten til de som er i lokalene.

PNSD har i sine kontrakter innenfor teknikk, kontrahert ytelser for å dekke nødvendig drift fram til overtagelse av de respektive kontraktsarbeidene. Overtagelse av de tekniske anleggene er i hovedsak planlagt til Eierskifte.

Fra overtagelsen vil VVHF, som en del av Eierskifte, være ansvarlige for drift, samt service og vedlikehold av disse anleggene. Både driftsytelser og service og vedlikehold kan avropes gjennom opsjoner i PNSD sine kontrakter. VVHF må i god tid før dette tidspunktet ha deltatt ved all planlagt opplæring og bemannet egen driftsorganisasjon, samt avropt på nødvendige service- og vedlikeholdsavtaler.

4.9.3 IKT

Entreprenør for PNSD's leveranse vil ha driftsansvaret for løsningen inntil PNSD overtar løsningen.

For BTU løsningene som VVHF skal overta driftsansvaret for, er overtagelse fra PNSD i hovedsak planlagt ved Eierskifte.

PNSD har gjennom sine kontrakter innenfor IKT, ytelse for å dekke nødvendig drift fram til overtagelse av de respektive leveransene. Etter overtagelsen vil VVHF, som del av Eierskifte, ha ansvar for drift, samt service og vedlikehold av disse anleggene. VVHF må i god tid før dette tidspunktet ha bemannet egen driftsorganisasjon, samt avropt på nødvendige service- og vedlikeholdsytelser. Både driftsytelser og service og vedlikehold kan avropes gjennom opsjoner i PNSD sine kontrakter.

Dette kan være systemer som eks:

- Adgangskontroll
- SD-anlegg

SPHF vil ha driftsansvar for tilgjengelige infrastrukturmiljø som benyttes for de enkelte IKT leveranser, fra og med FAT (for de leveranser der løsningene installeres på SPHF plattform), gjennom SAT og inn i produksjonsfase. Dette leveres som en del av SPHFs Løsningsfabrikk som er beskrevet i dokumentet HSØ-8250-F-PL-0001, og kalles prosjektdrift. Prosjektdrift er ytelse utført av SPHF i perioden fra leveransen er tilgjengeliggjort i aktuelt miljø, dvs. produksjonsatt fra leveransefasen, fram til Eierskifte.

IKT-leveransene vil bli produksjonsatt over tid i en fastlagt rekkefølge for å ivareta avhengigheter mellom dem. Eksempelvis vil basis infrastruktur som nettverk, enkelte bygningstekniske løsninger og servere produksjonssettes tidligst. Tjenestenivå på prosjektdriftytelsen reguleres gjennom en avtale som inngås mellom PNSD og SPHF.

Klargjøring og verifisering av leveransene vil hovedsakelig skje i produksjonsmiljø, så lenge leveransen ikke er tatt i operativ bruk. For de bygnære løsningene vil det etableres IKT infrastruktur som vil brukes i verifiseringen av tjenesten frem til den inngår i ordinær driftsregime ved overtagelse. For de løsningene som har integrasjoner mot, eller er en del av, andre systemer som er i ordinær drift (for eksempel kliniske systemer), vil det være behov for å etablere test- og preproduksjonsmiljøer for å verifisere løsningen. Dette gjelder også for verifikasjon av oppgraderinger av IKT leveranser som er tatt i (tidlig) bruk. Hvordan dette skal organiseres må gjennomgås og planlegges i detalj for den enkelte leveranse.

For flere leveranser vil det ikke være økonomisk eller teknisk hensiktsmessig å etablere alternative miljø for verifisering, og produksjonsmiljø må da benyttes også ved oppgradering.

Dette kan være systemer som eks:

- Kablet og trådløst nettverk
- Lokalt etablert infrastruktur for servere, lagring, backup
- Lokalt etablert sikkerhetsarkitektur
- Applikasjoner / tjenester som ikke har behov til eget testmiljø

4.9.4 Utstyr

For utstyr skjer overtagelse etter godkjent mottakskontroll. Noe utstyr vil ha prøvedrift, typisk 3 mnd. etter klinisk ibruktagelse.

VVHF må sette av ressurser til opplæring, og igangkjøring/innkjøring av utstyr i forkant av klinisk ibruktagelse.

4.9.5 Vaktsentral

PNSD vil sørge for nødvendig bemanning av vaktcentralen i byggeperioden fram til Eierskifte KIB-1. I fra Eierskifte KIB-1 overtar VVHF vaktcentralens oppgaver.

4.9.6 Driftssentral

PNSD vil ivareta nødvendig bemanning av driftssentral fram til Eierskifte. I perioden fra oppstart av driftssentralen (høst 2024) skal ressurser fra VVHF som on-the-job training inngå i driftsteamet. Omfanget av dette skal inngå som del av opplæringsplanen.

4.9.7 Teknisk driftsråd

Etter at arealer er tatt i bruk for klinisk virksomhet eller valideringsprosesser, er det viktig at aktiviteter som kan medføre nedetid på tekniske anlegg og IKT, planlegges og koordineres mellom VVHF og PNSD. For å ivareta slik koordinering etableres det et teknisk driftsråd bestående av personell fra PNSD og VVHF, SAHF deltar ved behov.

4.9.8 Resepsjon

I perioden mellom Eierskifte for områder som er inkludert av KIB-1 til milepel KIB-1, vil resepsjonen bli bemannet som del av vaktcentralen gjennom felles ressurser fra PNSD og VVHF. Fra milepel KIB-1 vil VVHF bemanne resepsjonen.

4.9.9 Forsikring

Det må foretas en vurdering av nødvendige forsikringer ved overgang til klinisk drift. Ansvar for forsikring og utstyr følger Eierskifte.

4.9.10 Felles varemottak

Fra Eierskifte har VVHF ansvar for vareleveranser til overtatte arealer.

4.10 Team for feilretting/endringer

Erfaringsmessig er det en utfordring for byggeprosjektet å utbedre alle feil og mangler før klinisk ibruktagelse. PNSD har ansvar for å etablere et system for effektiv og rask utbedring av mangler, slik at den kliniske virksomheten i minst mulig grad blir påvirket av dette.

Etter gjennomført SAT, må det etableres egne tverrfaglige team fra entreprenørene som utbedrer feil og mangler. Oppfølging av dette arbeidet er PNSD ansvar.

I arealer der det er utført Eierskifte, blir det etablert et team som representert av både PNSD og VVHF for oppfølging av feil og mangler.

4.11 Etablering av beredskapssentral

For å trygge ibruktagele og beredskap, skal det etableres en beredskapssentral som bemannes av VVHF, PNSD og SPHF. VVHF skal organisere og lede beredskapssentralen. Hensikten med beredskapssentralen er å samordne håndteringen av kritiske hendelser og iverksette korrigerende tiltak og ivareta informasjonsgivning internt og eksternt.

Beredskapssentral i fase KIB-1

I perioden fra oppstart gradvis klinisk drift, etableres det en beredskapssentral som er operativ på dagtid den første uke. Beredskapssentralen bemannes av ressurser fra VVHF, PNSD og SPHF. Deretter bemannes beredskapssentralen av VVHF som integrert funksjon i driftssentralen. Ved større hendelser innkalles PNSD og SPHF.

Beredskapssentral i fase KIB-2

Etter at akuttsøylen er etablert, må beredskapssentralen være døgnbemannet (inntil 1 uke), samt at det må være forhåndsdefinerte varslings- og tilkallingsrutiner for utbedring av feil. I første driftsdøgn skal det være utvidet bemanning i beredskapssentralen.

5 Aktører og ansvar

5.1 Generelt aktørbilde

Arbeidet i slutfasen vil bli ledet av «Leder ferdigstilling». I tillegg til ressurser fra PNSD, vil SPHF, SAHF, VVHF og delvis HSØ inngå som sentrale aktører i arbeidet. I dette kapittel er de ulike aktørene listet opp, samt at det er angitt hvilke hovedområder de har ansvaret for.

5.2 PNSD roller og ansvar

PNSD har det overordnede ansvar for planlegging og gjennomføring av felles aktiviteter i slutfasen. I dette inngår bla:

- Lede arbeid med Samlet plan og gjennomføring av slutfasen
- Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser (felles for alle aktører)
- Etablere planer for å gjennomføre integrerte systemtester
- Utarbeide og følge opp søknader om myndighetsgodkjenning
- Planlegging og gjennomføring av Eierskifte
- Sikre at IKT-løsningene som benyttes i VVHF er klargjort for ibruktagelse i nytt sykehus
- PNSD migrerer avtalte, eksisterende lokale løsninger til nytt sykehus.

5.3 VVHF roller og ansvar

VVHF har egen intern prosjektorganisering av aktiviteten knyttet til forberedelse til ibruktagelse, mottaksprosjektet Prosjektdirektør sitter i administrerende direktørs ledergruppe.

Mottaksprosjektet er delt i fire fagområder med organisasjonsutvikling, teknikk og bygg, IKT og Utstyr.

VVHF skal ivareta:

- Utarbeide prosedyrer, medisinske og drift/tekniske for det nye sykehuset
- Utarbeide og gjennomføre opplæringsplaner
- Utarbeide beredskapsplaner
- Utarbeide og følge opp søknader om sertifisering, akkreditering og godkjenning/verifisering
- Utarbeide underlag for brukerkonfigurasjon av ulike systemer og bistå i konfigureringen
- Utarbeide plan for klinisk ibruktagelse
- Ivareta intern opplæring av IKT-systemer

- Virksomhetstester planlegges, organiseres og gjennomføres av VVHF
- Etablere bemanningsplaner for det enkelte område i det nye sykehuset
- Beskrive arbeidsprosesser som bidrar til å realisere definerte gevinster i gevinstplan
- Etablere en organisering tilpasset ny bygningsmasse og avtalte driftskonsepter i nytt bygg
- Utarbeide grunnlag for konfigurasjon av tilgangsstyring for den enkelte medarbeider til arealer og systemer

5.4 SPHF roller og ansvar

SPHF er framtidig driftsleverandør av IKT-infrastruktur for det nye sykehuset, samt leverandør av deler av IKT-løsningene. Det er inngått en leveranseavtale mellom HSØ-RHF og SPHF som regulerer leveransene. Kontraktsmodulen i PIMS vil til enhver tid være oppdatert med siste informasjon.

For å sikre at SPHF skal kunne levere det omfang som er avtalt i leveranseavtalene, er det etablert en prosjektorganisasjon SP-PNSD, samt en leveransemetodikk kalt Løsningsfabrikken som understøtter en effektiv måte å organisere og gjennomføre SPHF sine leveranser til PNSD.

SPHF skal ivareta:

- Etablere infrastrukturmiljø i henhold til design
- Leveranse av IKT-tjenester i tide til planlagte PNSD aktiviteter som IST (integreerte systemtester) og SAT (system akseptansetest)
- Bidra til planlegging av integrerte systemtester (IST) for IKT, samt deltakelse under gjennomføring i regi av PNSD
- Deltakelse under gjennomføring av virksomhetstester (VT) i regi av VVHF
- SPHF vil igjennom Løsningsfabrikken yte prosjektdrift på den til enhver tid tilgjengeliggjorte infrastrukturen iht. byggets fremdrift og frem til Eierskifte. Prosjektdriften inkluderer overvåkning av IKT-tjenestene, inkludert tilgang til nødvendige logger, trace og overvåkingsrapporter. Fra og med Eierskifte yter SPHF ordinær drift.
- Det vil bli etablert ELS (Early Life Support) for kritiske IKT systemer. Varighet for ELS vil avhenge av stabilitet på løsningen og forutsetning for at ELS skal avsluttes er stabil drift. Dette vil være et samarbeid mellom SPHF, PNSD og VVHF.
- SPHF utarbeider plan for overtagelse ved Eierskifte og ordinær drift av IKT-løsninger levert av PNSD
- Utarbeider en opplæringsplan
 - Sykehuspartner driftspersonell

5.5 SAHF roller og ansvar

SAHF skal etablere og drifte sykehusapotekets produksjonslokaler, sykehusekspedisjon og publikumsutsalg. I dette inngår også nødvendig IKT-støtte for SAHF sin virksomhet. SAHF's arbeid ledes av egen prosjektleder som rapporterer i linjen i SAHF.

SAHF skal ivareta:

- Utarbeide plan for og gjennomføring av kvalifisering og validering
- Før eierskifte skal SAHF delta på tester i regi av PNSD, slik at resultatene av testene inkluderes som en del av validerings dokumentasjonen.
- Planer for og gjennomføring av opplæring
- Utarbeide plan for flytting og ibruktagelse
- Uttesting av SAHF relaterte IKT-systemer
- Delta i Eierskifte av SAHF's lokaler mellom PNSD og VVHF. Eierskifte skal foretas i forkant av valideringsprosessen.
- Utarbeide og følge opp søknad om driftskonsesjon, inkludert tilvirkertillatelse.
- Delta på test av legemiddelforsyning
- Delta på virksomhetstester.

5.6 HSØ roller og ansvar

HSØ forvalter ulike regionale fellesprogram innenfor IKT-området. Flere av disse programmene skal levere løsninger til nytt sykehus. VVHF ivaretar innføringen av disse IKT-systemene som følges opp i «IKT plan NSD» fase 1. I forbindelse med Samlet plan, vil HSØ regionalt kun rapportere på definerte leveransemilepæler. Oppfølging av leveransemilepælene skjer gjennom Beslutningsmøte-IKT for nytt sykehus i Drammen.

5.7 Prosjektgrupper

For enkelte områder vil det være aktuelt med tidlig ibruktagelse uavhengig av KIB, dette vil være områder som er spesielt kritiske for å etablere akuttsøylen. Det skal etableres egne prosjektgrupper som vil utarbeide egen detaljert fremdriftsplan for ferdigstilling og oppstart for hvert av disse områdene.

- Analysehall
- Legemiddelkjede
- Sterilsentral
- Dagkirurgi

Status for dette arbeidet skal fremlegges i Samlet plan forum.

6 Organisering av arbeidet

Overordnet styring skjer gjennom **Samlet Plan Forum**. Forumet ledes av PNSD v/Leder ferdigstillelse.

Hensikten med forumet er å rapportere i forhold til milepælsplanen med fokus på:

- Fremdrift, oppnådde milepæler og eventuelle forsinkelser
- Eventuelle utfordringer i gjennomføring av arbeidet
- Avhengigheter til andre
- Ta initiativ til eventuelle tiltak for å komme på plan

I Samlet plan forum deltar følgende:

- PNSD (Leder ferdigstillelse og planlegger) samt representanter fra S2, U4, U5 ,U6 og U7
- VVHF v/NN
- SPHF v/NN
- SAHF v/NN

Arbeid i Samlet Plan Forum vil starte opp gradvis med oppfølging av ulike planleggingsprosesser, samt utarbeidelse av planer for integrerte systemtester. Arbeidet forventes startet opp ila. første kvartal 2022.

7 Rapportering mot Samlet plan

7.1 Rapportering i Samlet plan forum

Alle aktørene som deltar i Samlet Plan forum, skal rapportere status for egne aktiviteter basert på egne underliggende detaljerte planverk. Hver aktør skal sikre at statusrapportering er forankret i egen ledergruppe i forkant av møter i forumet. Det utarbeides enhetlig felles mal for rapportering.

Med mindre annet er avtalt i forbindelse med ferier og årsavslutning, skal siste søndag i måneden være statusdato for innsamling av data for månedsrapporten. Rapporten skal være PNSD i hende senest påfølgende fredag kl. 12.00.

7.2 Rapportering til eget styre

PNSD utarbeider månedlig rapport som legges til grunn for felles rapportering, og inngår som fast punkt i måned rapport PNSD til prosjektstyret. Rapportering til styret i HSØ RHF skjer gjennom ordinær tertialrapportering.

Øvrige aktører rapporterer i egen linje med basis i PNSDs rapport.

8 Risikostyring

I sluttfasen skal det gjennomføres felles ROS analyser for å kartlegge risiko i forbindelse med klinisk ibruktageelse. Tema i ROS analysene skal bl.a.:

- Driftsstabilitet tekniske anlegg og IKT
- Opplæring
- Driftsforberedelser
- Valideringsprosesser
- Eksterne forhold
- Beredskapsplan

ROS analysene vil gjennomføres i regi av PNSD og øvrige aktører deltar. Resultatene registreres i PNSDs risikomatrix og følges opp i Samlet plan forum. I tillegg skal hver enkelt aktør ha egne risikoregister for sitt leveranseomfang. Felles ROS analyse gjennomføres etter følgende plan:

- ROS1 gjennomføres 3 mnd før første kliniske ibruktageelse
- ROS2 gjennomføres medio januar 2025
- ROS3 gjennomføres primo april 2025

I tillegg gjennomføres en avsluttende ROS ca. 1 uke før full klinisk drift. Alle ROS gjennomganger skal dokumenteres i egne referater. Ved behov gjennomføres flere ROS analyser for spesielle områder.

9 Kostnader

Hovedprinsippet for kostnadsdeling av aktiviteter i sluttfasen, er at hver enkelt aktør er ansvarlig for alle kostnader knyttet til egne aktiviteter og ressurser.

PNSD har ansvar for bygg og drift av tekniske systemer fram til Eierskifte eller overtagelse i samsvar med prinsippene beskrevet i dette dokumentet.

Vedlegg: Samlet plan versjon 1.0

Activity ID	Description	Tentativ start	Tentativ slutt	Ansvar	2022		2023			2024				2025			
					Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4		
HSØ - Samlet plan	HSØ - Samlet plan	Jun22	May25														
01	Premisser	Nov23	May25	PNSD													
0110	Frys IKT funksjonalitet til eksisterende sykehus	Nov23	Nov23	PNSD													
0115	Mekanisk ferdig for KIB-1 siste område	Feb24	Feb24	PNSD													
0120	Mekanisk ferdig for KIB-2 siste område	Apr24	Apr24	PNSD													
0125	Frys IKT nytt sykehus i Drammen (NSD)	May24	May24	PNSD													
0135	Frys av alle pågående IKT-aktiviteter i eksisterende sykehus	Aug24	Aug24	PNSD													
0145	Eierskifte avsluttet (KIB1)	Nov24	Nov24	PNSD													
0150	Oppstart tidlig klinisk drift	Jan25	Jan25	PNSD													
0155	Klargjort for full klinisk drift av psykisk helsevern	Jan25	Jan25	PNSD													
0160	Eierskifte avsluttet (KIB2)	Apr25	Apr25	PNSD													
0165	Etablering av akuttstøyle	May25	May25	PNSD													
0170	Full klinisk drift i nytt sykehus	May25	May25	PNSD													
02	Felles aktiviteter	Jul24	Oct24	PNSD													
0205	Etablere og bemanne vaktssentral	Jul24	Jul24	PNSD													
0210	Etablering av beredskapssentral	Sep24	Sep24	PNSD													
0215	Etablering av teknisk driftsråd	Sep24	Sep24	PNSD													
0220	Oppstart risiko- og sårbarhetsanalyser	Oct24	Oct24	PNSD													
11	Prosjekt Nytt Sykehus Drammen	May23	Apr25	PNSD													
15	Planlegging	May23	Oct23	PNSD													
111505	Søknader om godkjenning utarbeidet	May23	May23	PNSD													
111510	Plan for valideringsprosessen utarbeidet	May23	May23	PNSD													
111515	Plan og prosedyre for eierskifte etablert	Oct23	Oct23	PNSD													
111520	Planer for integrerte systemtester etablert	Oct23	Oct23	PNSD													
16	Gjennomføring	Aug24	Apr25	PNSD													
111645	Klar oppstart test for Vestre Viken - Sterilsentral	Aug24	Aug24	PNSD													
111650	Klar oppstart test for Vestre Viken - Analysehall	Aug24	Aug24	PNSD													
111655	Gjennomført integrerte byggtekniske systemtester	Sep24	Sep24	PNSD													
111660	Oppfølging av søknader om godkjenning	Oct24	Oct24	PNSD													
111665	Utstysleveranser KIB1 avsluttet	Oct24	Oct24	PNSD													
111670	Start validering av SAHF sine arealer i regi av PNSD	Nov24	Nov24	PNSD													
111675	Klar oppstart test for Vestre Viken - Bakteriologi (inkl automasjonslinje)	Nov24	Nov24	PNSD													
1116170	Klar oppstart test for Vestre Viken - automatisert bakteriologi	Nov24	Nov24	PNSD													
1116175	Klar oppstart test for Vestre Viken - Innkjøring patologi	Nov24	Nov24	PNSD													
111680	Klar oppstart test for Vestre Viken - Farmakologi	Nov24	Nov24	PNSD													
111690	Oppstart validering Hot-lab	Nov24	Nov24	PNSD													
111695	Klar oppstart test for Vestre Viken - Oppstart innkjøring blodproduksjon	Nov24	Nov24	PNSD													
1116195	Klar oppstart test for Vestre Viken - Dagkirurgi	Feb25	Feb25	PNSD													

Activity ID	Description	Tentativ start	Tentativ slutt	Ansvar	2022			2023			2024			2025		
					Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	
1116180	Utstyrslleveranser KIB2 avsluttet	Apr25	Apr25	PNSD												▼ Apr25
22	Vestre Viken	Jun22	May25	VVHF												
15	Planlegging	Jun22	Jul24	VVHF												
221540	Utarbeide plan for hvilket utstyr som skal flyttes	Jun22	Jun22	VVHF	▼ Jun22											
221570	Utarbeide flytteplan for utstyr som skal flyttes	Sep22	Sep22	VVHF	▼ Sep22											
221575	Utarbeide plan for test og innkjøring LAB	Oct22	Oct22	VVHF	▼ Oct22											
221505	Utarbeide plan for virksomhetstester utført	Jan24	Jan24	VVHF								▼ Jan24				
221510	Utarbeide opplæringsplaner utført	Jan24	Jan24	VVHF								▼ Jan24				
221525	Utarbeide flytteplan utført	Feb24	Feb24	VVHF								▼ Feb24				
221530	Utarbeide plan for bemanning av teknisk drift utført	Feb24	Feb24	VVHF								▼ Feb24				
221535	Utarbeide beredskapsplaner utført	Feb24	Feb24	VVHF								▼ Feb24				
221545	Utarbeide interne driftsprosedyrer (medisinske og driftstekniske) utført	Feb24	Feb24	VVHF								▼ Feb24				
221550	Utarbeide underlag for brukerkonfigurasjon av ulike systemer utført	Feb24	Feb24	VVHF								▼ Feb24				
221555	Utarbeide plan for klinisk ibruktagelse KIB1 utført	Mar24	Mar24	VVHF								▼ Mar24				
221560	Utarbeide plan for klinisk ibruktagelse KIB2 utført	Apr24	Apr24	VVHF								▼ Apr24				
221515	Utarbeide søknader om godkjenning KIB1 utført	Jun24	Jun24	VVHF								▼ Jun24				
221565	Utarbeide drifts og vedlikeholdsavtaler med entreprenører utført for alle	Jun24	Jun24	VVHF								▼ Jun24				
221520	Utarbeide søknader om godkjenning KIB2 utført	Jul24	Jul24	VVHF								▼ Jul24				
16	Gjennomføring	Feb24	May25	VVHF												
221610	Etablert teknisk driftorganisasjon	Feb24	Feb24	VVHF								▼ Feb24				
221615	Oppfølging av søknader om godkjenning	Feb24	Feb24	VVHF								▼ Feb24				
221630	Gjennomføre opplæring / kurs	Aug24	Aug24	VVHF									▼ Aug24			
221665	Virksomhetstester gjennomføres KIB 1	Nov24	Nov24	VVHF									▼ Nov24			
221670	Klargjort arealer for drift - KIB1	Dec24	Dec24	VVHF									▼ Dec24			
221675	Klargjort arealer for drift - KIB2	Apr25	Apr25	VVHF												▼ Apr25
221680	Virksomhetstester gjennomføres KIB2	May25	May25	VVHF												▼ May25
1	Analysehall	Aug24	Mar25	VVHF												
2216440	Test for Analysehall	Aug24	Mar25	VVHF												
2216315	Operativ drift Analysehall	Mar25	Mar25	VVHF												▲ Mar25
2	Sterilsentral	Aug24	Mar25	VVHF												
2216460	Test av Sterilsentral	Aug24	Mar25	VVHF												
2216335	Operativ drift Sterilsentral	Mar25	Mar25	VVHF												▲ Mar25
3	Bakteriologi inkl automasjonslinje	Jan25	Mar25	VVHF												
2216790	Test av Bakteriologi (inkl automasjonslinje)	Jan25	Mar25	VVHF												
2216650	Operativ drift Bakteriologi (inkl automasjonslinje)	Mar25	Mar25	VVHF												▲ Mar25
4	Bakteriologi automatisert	Nov24	Mar25	VVHF												
2216780	Test av automatisert bakteriologi	Nov24	Mar25	VVHF												
2216645	Operativ drift Automatisert bakteriologi	Mar25	Mar25	VVHF												▲ Mar25

Møteprotokoll

Styre: Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Helse Sør-Øst RHF, Hamar
Dato: Torsdag 21. oktober 2021
Tidspunkt: Kl 09:15 – 15:50

Følgende styremedlemmer møtte:

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

Fra brukerutvalget møtte:

Nina Roland
Lilli-Ann Stendal

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Terje Rootwelt
Spesialrådgiver Hilde Jacobsen
Viseadministrerende direktør Jan Frich, økonomidirektør Hanne Gaaserød, direktør teknologi og e-helse Rune Simensen, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande, direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø og konserndirektør Atle Brynestad

Saker som ble behandlet:

108-2021	Godkjenning av innkalling og sakliste
-----------------	--

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og sakliste til styremøte 21. oktober 2021.

109-2021	Godkjenning av protokoll fra styremøte 23. september 2021
-----------------	--

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 23. september 2021 godkjennes.

110-2021	Virksomhetsrapport per september 2021
-----------------	--

Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapport for september 2021.

Kommentarer i møtet

Resultatene for september er fortsatt preget av den pågående pandemien, noe som gjør sammenligning med tidligere år krevende.

Styret er tilfreds med den positive utviklingen innen psykisk helsevern for barn og unge, men peker på behovet for at man samtidig følger med på utviklingen innen psykisk helsevern for voksne.

Styret er tilfreds med at det over tid har vært en positiv driftssituasjon i Sykehuspartner HF, men merker seg rapporterte driftshendelser i september. Styret ber om at driftssituasjonen følges tett i tiden fremover.

Styret ber om at utviklingen i de private ideelle sykehusene følges opp tett.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar virksomhetsrapport per september 2021 til etterretning.

111-2021	Virksomhetsrapport for andre tertial 2021
-----------------	--

Oppsummering

Virksomhetsrapport per andre tertial 2021 omhandler status for styringsmålene 2021 for drift. Rapporten er bygget opp etter mal av styringsplakat for 2021. Under særskilte tema omtales koronapandemien og forbedring av arbeidsmiljøet og pasientsikkerhetskulturen. Sykehuspartner HF og de felleseide helseforetakene omtales i egne kapitler.

I tillegg inneholder tertialrapporten risikovurdering med tilhørende tiltaksliste.

Det utarbeides egne tertialrapporter for regional IKT-prosjektportefølje, programmet STIM og Windows 10-prosjektet som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF, og for regionale byggeprosjekter. Av denne grunn omtales ikke IKT- og bygg-området i denne rapporten.

Videre vedlegges status for oppfølging av oppdrag der Helse Sør-Øst RHF er rapporteringsansvarlig («halvårsrapport»). Halvårsrapporteringen bygger på en vurdering av om det enkelte krav vil bli oppfylt inneværende år. Oversikten viser også oppdrag som er gitt til alle de regionale helseforetakene, der Helse Sør-Øst RHF har fått ansvar for å koordinere arbeidet.

Kommentarer i møtet

Styret merker seg at Brukerutvalget er tilfreds med arbeidet som gjøres knyttet til samvalg.

Styret ser videre at det er positive resultater på mange områder, men at det fortsatt er krevende områder som må følges opp tett, særlig vektlegges pasientsikkerhetsområdet og oppfølgingen av alvorlige hendelser. Styret ber om å få fremlagt et samlet bilde på kvaliteten i tjenesten.

Styret ber om at man ved kommende rapporteringer om sikkerhetsklima benytter samme målemetode som Helsedirektoratet.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport for andre tertial 2021 til etterretning.

112-2021	Status og rapportering for regional IKT-prosjektportefølje per andre tertial 2021
-----------------	--

Oppsummering

Denne saken omfatter de styrevedtatte prosjektene i den regionale IKT-prosjektporteføljen. Det rapporteres på status for hvert prosjekt. Rapporteringen per prosjekt avsluttes når den aktuelle IKT-løsningen er innført ved de helseforetakene som omfattes av prosjektet.

Selve tertialrapporten rapporter status per 31. august 2021. Viktige hendelser som har skjedd i porteføljen etter denne datoen er beskrevet i dette saksfremlegget.

Kommentarer i møtet

Styret merker seg at overføring fra prosjekt til forvaltning og arbeid med gevinstrealisering er utfordringer på tvers av prosjektporteføljen. Styret ber om en utfyllende tilbakemelding på dette i tilknytning til virksomhetsrapporteringen for tredje tertial. Styret understreker også betydningen av god involvering av brukerne av løsningene i helseforetakene.

Styret forventer at arbeidet med innføring av ERP ved Oslo universitetssykehus HF videreføres i henhold til de planer som er lagt.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar status per andre tertial 2021 for de styregodkjente prosjektene i regional IKT-prosjektportefølje til orientering.

113-2021	Status og rapportering 2. tertial for programmet STIM og Windows 10-prosjektet, Sykehuspartner HF
-----------------	--

Oppsummering

Saken omhandler status og rapportering per andre tertial 2021 for programmet STIM (standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering) og Windows 10-prosjektet som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF. Rapporten ble behandlet i styret i Sykehuspartner HF 14. oktober 2021, jf. styresak 077-2021 i Sykehuspartner HF.

Saken legges frem for styret i Helse Sør-Øst RHF for å holde styret orientert om status og fremdrift i programmet STIM og Windows 10-prosjektet.

Kommentarer i møtet

Det vises til at styret tidligere har behandlet sak om kjernekompetanse i Sykehuspartner HF. Styret ber om en egen sak om hvordan dokumentet om kjernekompetanse, bruk av markedet og intern kompetanseutvikling følges opp videre.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar status og rapportering per andre tertial 2021 for programmet STIM og Windows 10-prosjektet, som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF, til orientering.

114-2021	Rapport fra følgerevisjon av program STIM per 2. tertial 2021
-----------------	--

Oppsummering

Konsernrevisjonen gjennomfører en følgerevisjon av program STIM etter oppdrag fra styret i Helse Sør-Øst RHF. Revisjonen gjennomføres med tertialvise rapporter. I følgerevisjonen gjennomfører konsernrevisjonen ulike revisjonsaktiviteter for å vurdere tilstanden, risiko- og utfordringsbildet i program STIM og underliggende prosjekter. Denne saken informerer om resultatene fra utførte revisjonsaktiviteter i 2. tertial 2021.

Kommentarer i møtet

Det vises til kommentarer under behandling av sak 113-2021.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar rapport fra følgerevisjon av program STIM per 2. tertial 2021 til orientering.

115-2021	Gjennomføre fase 2 for prosjektet klinisk legemiddelsamhandling
-----------------	--

Oppsummering

Bakgrunn for prosjektet er at det i dag er for liten grad av deling av legemiddelinformasjon mellom applikasjoner i Helse Sør-Øst og mot eksterne aktører som kjernejournal og reseptformidler. Som følge av dette støttes ikke arbeidsprosessene slik helsepersonellet forventer.

Noen av disse utfordringene kan løses internt i Helse Sør-Øst. Andre krever også tett samarbeid mellom aktører både på regionalt og nasjonalt nivå for å løse utfordringer for legemiddelrelatert databehandling på tvers. Det gjelder spesielt Statens legemiddelverk og prosjektet SAFEST og Direktoratet for e-helse via deres prosjekter pasientens legemiddelliste (PLL), sentral forskrivningsmodul (SFM) og kjernejournal.

Innføringen av kurve- og medikasjonsløsningen i Helse Sør-Øst har lukket informasjonssløyfen mellom ordinerende lege og legemiddeladministrerende sykepleier. På lignende måte har innføring av løsning for medikamentell kreftbehandling lukket informasjonssløyfen mellom rekvirerende lege, legemiddelfremstillende farmasøyt og legemiddeladministrerende sykepleier. Men det er fortsatt mange tilfeller av uheldig legemiddelbruk. Ett av tre områder som WHO påpeker har høy risiko for feil, er i

ansvarsovergangen når pasienten overføres mellom helsevirksomheter. Lukking av informasjonssløyfen mellom primærhelsetjenestens behandlere og spesialisthelsetjenestens behandlere med pasientens legemiddelliste er derfor blant de aller viktigste tiltakene Helse Sør-Øst kan iverksette for økt pasientsikkerhet. (se, reseptformidlerforskriften, §1-7 og kjernejournalforskriften, §§7 og 9).

Prosjektet denne saken omhandler er en forutsetning for innføring av pasientens legemiddelliste i Helse Sør-Øst. Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet forskriftendringer som vil pålegge helsepersonell å ta i bruk pasientenes legemiddelliste på et tidspunkt i de kommende årene.

Kommentarer i møtet

Styret ber om at det forberedes en temasak om legemiddelfeltet. Styret viser samtidig til prosjektets betydning for pasientsikkerheten.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner gjennomføring av fase 2 for klinisk legemiddelsamhandling innenfor en kostnadsramme på 84 millioner kroner inkl. merverdiavgift (P85-estimat; 2021-kroner).

116-2021	Tertialrapport 2 2021 for regionale byggeprosjekter
-----------------	--

Oppsummering

Redegjørelse for status per andre tertial 2021 for de regionale byggeprosjektene i Helse Sør-Øst.

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

Kommentarer i møtet

Styret er tilfreds med at mange prosjekter har en positiv fremdrift når det gjelder plan, kostnader og tid. Styret merker seg samtidig at det er risiko både i det videre arbeidet med reguleringsplanprosess for Nye Oslo universitetssykehus HF, og kostnadsutviklingen ved Nye Drammen sykehus.

Generelt merker styret seg en økt risiko knyttet til den videre prisutviklingen som påvirker byggeprosjektene.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar status per andre tertial 2021 for regionale byggeprosjekter til etterretning.

117-2021	Sunnaas sykehus HF – videreføring til konseptfase for byggetrinn 3
----------	--

Oppsummering

Sunnaas sykehus HF har en langsiktig plan for utvikling av bygningsmassen ved helseforetaket og har søkt Helse Sør-Øst RHF om oppstart av konseptfase for et byggetrinn 3.

Denne saken beskriver grunnlaget for videreføring av prosjektet til konseptfase.

Kommentarer i møtet

Styret mener at prosjekteierskapet ved senere gjennomføring skal legges til helseforetaket i byggeprosjekter av denne størrelsen.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret godkjenner at planleggingen for byggetrinn 3 ved Sunnaas sykehus HF videreføres til konseptfase.
2. Styret legger til grunn at Sunnaas sykehus HF er prosjekteier for konseptfasen, basert på godkjent mandat fra Helse Sør-Øst RHF.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å godkjenne hovedprogram og hovedalternativ etter at steg 1 av konseptfasen er fullført. Ved vesentlig endringer skal saken fremmes til styret i Helse Sør-Øst RHF for beslutning.

118-2021	Oslo universitetssykehus HF – etablering av ambulansesenter øst i Oslo
----------	--

Oppsummering

Oslo universitetssykehus HF ønsker å etablere nytt ambulansesenter øst i Oslo. I denne saken behandles fullmaktsøknad om gjennomføring av konseptfase for prosjektet og søknad om bruk av finansiell leieavtale, basert på Oslo universitetssykehus HFs styresak 52/2021 *Etablering av ambulansesenter øst i Oslo*.

I henhold til finansstrategien må fullmakt fra styret i Helse Sør-Øst RHF foreligge før helseforetakene starter konseptfase for investeringer, og inngåelse av leieavtaler, over 100 millioner kroner.

Kommentarer i møtet

Styrets holdning er at bygg vi bruker i utgangspunktet skal eies av helseforetaket når behovet er langsiktig. Leie er aktuelt når behovet er mer kortsiktig og når det er det eneste mulige alternativet.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret gir Oslo universitetssykehus HF fullmakt til å starte konseptfase for etablering av arealer til et nytt ambulansesenter øst i Oslo. Konseptfasen skal inneholde minimum eie- og leiealternativ i tillegg til nullalternativet.
2. Styret ber Oslo universitetssykehus HF arbeide for at en eventuell leieavtale inkluderer utkjøpsklausuler for arealene, og ber om at konseptfaserapporten – og fremforhandlet utkast til leiekontrakt - legges frem for styret for behandling.
3. Dersom Oslo universitetssykehus HF også etter konseptfasen innstiller på bruk av finansiell leie, bes helseforetaket om å utarbeide et forslag til oppdatert plan for nedtrapping av finansiell leie, som ivaretar kravene i Helse Sør-Østs finansstrategi.

119-2021	Oslo universitetssykehus HF – videreføring til konseptfase for nytt syklotronsenter
-----------------	--

Oppsummering

Saken omhandler søknad fra Oslo universitetssykehus HF om oppstart av konseptfase for etablering av arealer til et utvidet syklotronsenter på Rikshospitalet. Arealene planlegges utleid til Norsk Medisinsk Syklotronsenter AS. Investeringen er anslått til 123 millioner kroner (2021-kroner).

I tråd med Helse Sør-Østs finansstrategi (styresak 067-2021) og styresak 073-2019 *Revisjon av fullmaktstruktur for byggeinvesteringer* ligger beslutningsmyndigheten for faseoverganger ved byggeprosjekter over 100 millioner kroner hos styret i Helse Sør-Øst RHF.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret godkjenner at Oslo universitetssykehus HF starter konseptutredning for utvidelse av syklotronsenteret på Rikshospitalet.
2. Styret presiserer at et nullalternativ skal utredes som del av konseptfasen. I tillegg forutsettes alternativene fra mulighetsstudien videreført. I utredningene skal det ses hen til erfaringer fra tilsvarende nylig avsluttede prosjekter ved andre universitetssykehus.
3. Styret gir administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF fullmakt til å godkjenne framtidige faseoverganger inkludert eventuell igangsettelse av prosjektet.

120-2021	Akershus universitetssykehus HF – videreføring til konseptfase for kreft- og somatikkbygg
-----------------	--

Oppsummering

Denne saken er en oppfølging av styresak 096-2019 *Oppstart av prosjektinnramming for stråle- og somatikkbygg ved Akershus universitetssykehus HF*. Styret orienteres om arbeidet som er utført i forbindelse med prosjektinnrammingen. Styret skal i tråd med gjeldende fullmaktstruktur for bygginvesteringer godkjenne oppstart av konseptfasen.

Prosjektet innebærer etablering av stråleterapi med støttefunksjoner og en kapasitetsutvidelse av somatiske sengeplasser.

Kommentarer i møtet

Styret ber om at det fremlegges en egen sak for styret om modellene for kapasitetsvurdering og at temaet følges opp i et styreseminar.

Styret ber om at arbeidet med å øke kapasiteten ved Akershus universitetssykehus HF må ses i sammenheng med det pågående arbeidet med å vurdere tidspunkt for overføring av befolkningen for Alna bydel.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret godkjenner at planleggingen for kreft- og somatikkbygg ved Akershus universitetssykehus HF videreføres til konseptfase.
2. Styret legger til grunn at Akershus universitetssykehus HF er prosjekteier for konseptfasen, basert på godkjent mandat fra Helse Sør-Øst RHF.
3. Administrerende direktør gis fullmakt til å utarbeide mandat for konseptfasen.

Protokolltilførsel fra styremedlemmene Christian Grimsgaard og Vibeke Limi:

Det vises til drøftingsprotokoll datert 21. oktober 2021 vedrørende sak 120-2021.

121-2021	Vestre Viken HF – Avhending av eiendommer ved Evje barnehager, Stanga 14 og 16, 1346 Gjettum, gnr. 84, bnr. 179 og del av gnr. 84, bnr. 241 i 3024 Bærum kommune. Samsalg med Bærum kommune
-----------------	--

Oppsummering

Saken gjelder anmodning om samtykke til avhending av eiendommene til Evje Barnehager, Stanga 14 og 16, 1346 Gjettum. Eiendommene ligger i 3024 Bærum kommune ved Bærum sykehus og har gnr. 84, bnr. 179 og del av gnr. 84, bnr. 241, som er i prosess for fradeling for

eget gårdsnummer. Vestre Viken HF har inngått avtale med Bærum kommune om samsalg av eiendommene, som også inkluderer Stanga 18, på det åpne markedet. Salg av Stanga 18 er allerede godkjent av foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF 28. november 2018.

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

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF oversender Vestre Viken HFs anmodning om samtykke til avhending av eiendommer ved Evje barnehager i Bærum kommune, til foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF for behandling. Anmodningen omfatter to av de tre byggene for Evje barnehager, Stanga 14 og 16, 1346 Gjettum, som tilhører eiendommene gnr. 84, bnr. 179 og del av gnr. 84, bnr. 241 i 3024 Bærum kommune.
2. Bærum kommune har hjemmel til gnr. 84, bnr. 179, mens Vestre Viken HF er hjemmelshaver til gnr. 84, bnr. 241. Bærum kommune ønsker ikke å kjøpe Vestre Viken HFs eiendom. Vestre Viken HF og Bærum kommune har inngått avtale om samsalg av eiendommene. Samsalget inkluderer også Stanga 18, hvor avhending ble godkjent av foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF 28. november 2018. Eiendommene legges dermed ut for salg i det åpne markedet.
3. Frigjort likviditet skal øremerkes for fremtidige bygginvesteringer i Vestre Viken HF. Investeringer, herunder langsiktige leieavtaler, må behandles i henhold til gjeldende fullmaktstruktur.
4. Styret presiserer at Vestre Viken HF har ansvaret for at avhendingen gjennomføres korrekt, og bærer all risiko knyttet til avhendingen.

122-2021	Årsplan styresaker
----------	--------------------

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker i 2021 og 2022 tas til orientering.

107-2021	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 21. og 22. september 2021
3. Foreløpig protokoll fra møte i revisjonsutvalget 22. september 2021
4. Brev fra Fellesrådet for sykehusaksjonen i Innlandet
5. Drøftingsmøte RHF-KTV 20212110 – styresaker 111-117-120

Temasak

- Møte med Barneombudet – psykisk helsevern for barn og unge

Møtet hevet kl 14:30

Hamar, 21. oktober 2021

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

Hilde Jacobsen
styresekretær

Foreløpig protokoll Brukerutvalget oktober 2021

Møte:	Brukerutvalget Vestre Viken HF
Møtedato:	19.10.21
Tidspunkt:	Kl. 12:00 – 18:00
Sted:	Tyrifjord 1 og 2, Grønland 32, Drammen
Møteleder:	Rune Kløvtveit
Deltakere:	<p>Fra Brukerutvalget: Elisabeth Schwencke, Grethe Synnøve Karlsen, Mark Miller, Rune Kløvtveit, Gudrun Breistøl, David C. Hemmingsen, Jan Helge Tuv,</p> <p>Innledere i møtet: Christine Furuholmen (sak 177/21), Mette Lise Lindblad (sak 174/21)</p> <p>Fra Administrasjonen: Elisabeth Kaasa, Kurt Kleppe Josefsen</p> <p>Fra Pasient- og brukerombudet Anne-Lise Kristensen</p> <p>Referent: Kurt Kleppe Josefsen</p> <p>Forfall Heidi Hansen, Cecilie Braathen,</p>

Sak nr.	Sak/merknad
164/21	<p>Godkjenning av innkalling og saksliste</p> <p>Vedtak: Godkjent</p>
165/21	<p>Godkjenning protokoll brukerutvalgets møte 20/21.september 2021</p> <p>Vedtak: Godkjent</p>
166/21	<p>Referat arbeidsutvalgets møte 5. oktober 2021</p> <p>Vedtak: Tas til orientering</p>
167/21	<p>Referat Ungdomsrådets møte 30. september</p> <p>Vedtak: Tas til orientering</p>

168/21	Referat Brukerutvalget i HSØ foreløpig protokoll Vedtak: Tas til orientering														
169/21	Saker til orientering, innkommet post <ul style="list-style-type: none"> • 18/00233-116 - Veileder for helseforetak og private sykehus om opplæring av brukerrepresentanter på systemnivå – til orientering • Spørreundersøkelsen fra UNN • Styresak 80/2021, Rutinene for oppnevning til Brukerutvalget – utvidet oppnevningstid for fem medlemmer Vedtak: Sakene tas til orientering														
170/21	Oppnevninger Prosjekt, råd og utvalg <ul style="list-style-type: none"> - BRK BS - fødeavdelingen - BRK BS <p>Deltakelse i prosjekt fødeavdelingen prioriteres ikke. Bu avventer avklaring på BS ønsker om brukermedvirkning i BRK.</p>														
171/21	Erfaringsutveksling <table border="1" data-bbox="368 1093 1407 1883"> <tr> <td data-bbox="368 1093 646 1173">Elisabeth</td> <td data-bbox="646 1093 1407 1173">UP2035 akuttmedisinsk kjede og akuttmottak, PHT ledermøter</td> </tr> <tr> <td data-bbox="368 1173 646 1292">Mark</td> <td data-bbox="646 1173 1407 1292">UP2035 Helseforebyggende tiltak, UP2035 Digitale hjemmetjenester, Sårbehandling KS, Foredrag Pasientsikkerhetsuken, BS KKU denne uken</td> </tr> <tr> <td data-bbox="368 1292 646 1411">David</td> <td data-bbox="646 1292 1407 1411">UP2035 Barn og unge, Prosjektgruppe kontinuerlig forbedring, ledersamling DS Budsjett, KKU DS, Team Brukermedvirkning</td> </tr> <tr> <td data-bbox="368 1411 646 1451">Jan</td> <td data-bbox="646 1411 1407 1451">UP 2035 Skrøpelige eldre, KKU Ringerike, LSU Hallingdal,</td> </tr> <tr> <td data-bbox="368 1451 646 1532">Grethe</td> <td data-bbox="646 1451 1407 1532">Ledersamling KIS, UP2035 Skrøpelige eldre og kroniske lidelser.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="368 1532 646 1650">Gudrun</td> <td data-bbox="646 1532 1407 1650">UP2035 Voksne med alvorlige sykdom og rus, ledermøte, Pasientsikkerhetsuken, ledersamling 1-3 Vette,</td> </tr> <tr> <td data-bbox="368 1650 646 1883">Rune</td> <td data-bbox="646 1650 1407 1883">Ledersamling 1-3 Vette, SKU, Styremøte på RS, Digital hjemmeoppfølging nr. 8/2020, Helselogistikk styringsgruppemøte # 10, Samling for ledere nivå 1-3, styremøte vestre viken, styreseminar vestre viken, Team brukermedvirkning – oppstartsmøte, Sentralt kvalitetsutvalg,</td> </tr> </table>	Elisabeth	UP2035 akuttmedisinsk kjede og akuttmottak, PHT ledermøter	Mark	UP2035 Helseforebyggende tiltak, UP2035 Digitale hjemmetjenester, Sårbehandling KS, Foredrag Pasientsikkerhetsuken, BS KKU denne uken	David	UP2035 Barn og unge, Prosjektgruppe kontinuerlig forbedring, ledersamling DS Budsjett, KKU DS, Team Brukermedvirkning	Jan	UP 2035 Skrøpelige eldre, KKU Ringerike, LSU Hallingdal,	Grethe	Ledersamling KIS, UP2035 Skrøpelige eldre og kroniske lidelser.	Gudrun	UP2035 Voksne med alvorlige sykdom og rus, ledermøte, Pasientsikkerhetsuken, ledersamling 1-3 Vette,	Rune	Ledersamling 1-3 Vette, SKU, Styremøte på RS, Digital hjemmeoppfølging nr. 8/2020, Helselogistikk styringsgruppemøte # 10, Samling for ledere nivå 1-3, styremøte vestre viken, styreseminar vestre viken, Team brukermedvirkning – oppstartsmøte, Sentralt kvalitetsutvalg,
Elisabeth	UP2035 akuttmedisinsk kjede og akuttmottak, PHT ledermøter														
Mark	UP2035 Helseforebyggende tiltak, UP2035 Digitale hjemmetjenester, Sårbehandling KS, Foredrag Pasientsikkerhetsuken, BS KKU denne uken														
David	UP2035 Barn og unge, Prosjektgruppe kontinuerlig forbedring, ledersamling DS Budsjett, KKU DS, Team Brukermedvirkning														
Jan	UP 2035 Skrøpelige eldre, KKU Ringerike, LSU Hallingdal,														
Grethe	Ledersamling KIS, UP2035 Skrøpelige eldre og kroniske lidelser.														
Gudrun	UP2035 Voksne med alvorlige sykdom og rus, ledermøte, Pasientsikkerhetsuken, ledersamling 1-3 Vette,														
Rune	Ledersamling 1-3 Vette, SKU, Styremøte på RS, Digital hjemmeoppfølging nr. 8/2020, Helselogistikk styringsgruppemøte # 10, Samling for ledere nivå 1-3, styremøte vestre viken, styreseminar vestre viken, Team brukermedvirkning – oppstartsmøte, Sentralt kvalitetsutvalg,														
172/21	Utviklingsplan 2021														

	Utviklingsplan og medlemmenes deltakelse i arbeidet ble omtalt under erfaringsutvekslingen.
173/21	<p>Konferanser, invitasjoner og deltagelser</p> <ul style="list-style-type: none"> Erfaringskonferansen <p>Åpent for deltakelse. Elisabeth er mulig deltaker i tillegg til Rune.</p>
174/21	<p>Budsjett 2022 Presentasjon av og dialog med Mette Lise Lindblad</p> <p>Vedtak: Brukerutvalget er særskilt opptatt av at budsjettprosessen for 2022 tar hensyn til at:</p> <ul style="list-style-type: none"> • klinikkene prioriterer arbeid med digital hjemmeoppfølging • alle deler av Vestre Viken prioriterer gjennomføring av brukerundersøkelser og følger opp resultatene i forbedringsarbeid • klinikkene prioriterer tid og ressurser til å trene på god kommunikasjon og samvalgsprosesser • økt innsats på klinisk forskning <p>Brukerutvalget ønsker konkrete tall på pakkeforløpene hvor Vestre Viken ikke innfrir krav.</p>
175/21	<p>Dialogmøte med styret Vestre Viken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forberede styremøte
176/21	<p>Digital grunnopplæring for brukerrepresentanter Felles innspill BU og UR</p> <p>Saken ble ikke diskutert.</p>
177/21	<p>Brukerrepresentanters rolle i helsefelleskap og spesielt LSU Christine Furuholmen</p> <p>Organiseringen av helsefelleskapene og rollen til brukerrepresentanter i LSU ble diskutert.</p>
178/21	<p>Kongsberg sykehus – sengepost/poliklinikk– Behandling av BRK prosjektrapport</p> <p>Vedtak: Notat fra BU sendes over til styringsgruppens leder og prosjektleder.</p>
179/21	<p>Pasient- og brukerombudet Oslo/Viken Presentasjon av Anne-Lise Kristensen.</p>

	Vedtak: Presentasjonen tas til orientering.
180/21	Kommende møter <ul style="list-style-type: none">• Styrets årsplan• Brukerutvalgets års og møteplan
	Eventuelt

Referat

Møte:	HAMU	Tilstede:	Lisbeth Sommervoll, Eli Årnot, Ulrich Spreng, Trine Olsen, Kirsten Hørthe, Wesley Caple (for Narve Furnes), Joan Nygard, John Egil Kvamsøe, Cecilie Føreland (for Ida Burvang), Toril Morken, Anita H Gommæs, Geir Bye Gundersen (for Gry Christoffersen), Roald Brekkhus (Synergi Helse), Marianne Njøten, Hanne Misund
Møtedato:	26.september 2021		
Tidspunkt:	0900 - 0945		
Sted:	Møterom Tyrifjord 1-2, G32		
Møteleder:	Anita H Gommæs		
Referent:	Cecilie Søfting Monsen	Forfall:	Narve Furnes, Ida Burvang, Gry L Christoffersen, Hanne Juritzen

Saksnr.	Beskrivelse/oppfølging/vedtak
	Godkjenning av innkalling og agenda Godkjent uten kommentar.
	Godkjenning av referat fra 7.september 2021 Godkjent uten kommentar.
25/2021	<p>Nytt Sykehus Drammen, Rammesøknad 5 <i>(Se vedlagt presentasjon)</i> Adkomstbygget for nytt sykehus</p> <p>Rammesøknaden er basert på konseptet vedtatt av styringsgruppa og foretaksledelsen i Vestre Viken.</p> <p>Det ble kommentert fra ansattssiden at det har vært god involvering av verneombud og tillitsvalgte i prosjektet. I forbindelse med utarbeidelse av rammesøknaden har HMS-sjef og foretakshovedverneombudet vært godt involvert i møtene.</p> <p>Toril Morken og Joan Nygard meldte bekymring for om dekningsgraden på 50% er god nok, og om arbeidsplasser i åpne områder ivaretar behovet for konsentrasjonskrevende arbeid samt taushetsplikt.</p> <p>Foretakshovedverneombudet gjorde oppmerksom på at det nye bygget er fleksibelt og at det vil være mulig å gjøre endringer om det viser seg å bli et behov etter ibruktakelse.</p> <p>Så langt BHT kan se ut fra innhold i rammesøknaden, er krav og føringer i Arbeidsplassforskriften ivaretatt.</p> <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> HAMU tar saken til orientering og tilslutter seg administrerende direktørs vurdering vedr rammesøknaden. Videre organisering av arbeidet ivaretas av OU-prosjektet og vil behandles i HAMU på et senere tidspunkt.

Årsplan for styret 2021

Ajourført pr 19. november

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Mandag 25. januar 2021 Digitalt møte	<ul style="list-style-type: none"> • Styringsdokumenter PNSD • Foretaksprotokoll 17. desember 	Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • Foreløpig årsresultat 2020 Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 17. desember • SKU 15. desember • Foreløpig protokoll fra ekstraordinært styremøte i HSØ 15. januar • Brukerutvalg 20. januar • Styrets årsplan pr januar 	
19. februar – foretaksmøte i regi av HSØ Seminar for styrene i HSØ utgår			OBD 2021
Mandag 22. februar 2021 Digitalt møte	<ul style="list-style-type: none"> • Årlig melding 2020 • Foretaksprotokoller 19. februar 2021 – inkl. OBD 2021 • Revisjon utviklingsplan 2035 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. januar 2021 Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Bærum sykehus • Nytt sykehus Drammen Referatsaker	

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
		<ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 4. februar • SKU 2. februar • HAMU 9. februar • Brukerutvalg 17. februar • Styrets årsplan 	
Mandag 22. mars 2021 Digitalt møte	<ul style="list-style-type: none"> • Årsberetning/årsregnskap 2020 • Virksomhetsrapportering pr 3. tertial 2020 • Risikovurdering av virksomheten VVHF • Ledelsens gjennomgang VVHF 2020 • Styrende dokumenter for Vestre Viken • Instruks for styret i Vestre Viken • Instruks for AD i Vestre Viken • Reviderte styringsdokumenter PNSD • Etske retningslinjer 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 28. februar 2021 <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • ØLP 2022 -2025 • Pasientombudenes årsmelding 2020 • Helsefelleskap <p>Referatsaker</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 11. mars • HAMU 9. mars • Brukerutvalg 17. februar • Valgprotokoll ansattes representanter til styret • Styrets årsplan • Program partnerskapsmøte med kommunene 26. mars (ettersendes) 	Eget møte mellom styret og revisor.
26. mars Partnerskapsmøte med kommunene			Helsefelleskap Utviklingsplan

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
26. april Digitalt møte	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr 31. mars • ØLP • Instruks for styret • Informasjonssikkerhet og personvern i VVHF 	Andre orienteringer <ul style="list-style-type: none"> • Ringerike sykehus • Nytt sykehus Drammen Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Oppnevning av nytt medlem Brukerutvalget • SKU referat 6. april • Styreutvalg referat 12. april • Brukerutvalg referat 21. april (ettersendes) • HSØ foreløpig protokoll 22. april (ettersendes) • Styrets årsplan pr april 	
Mandag 31. mai 2021 Sted: Digitalt møte	<ul style="list-style-type: none"> • Tertialrapport 1. tertial 2021 • Risikovurdering pr. 1. tertial 2021 • Styrets møteplan 2022 • Revisjonsrapport 8/2020 – varslingsystemet. Status på oppfølgingstiltak. 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr 30. april - Redegjørelse pensjonskostnader? Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • Klinikk for medisinsk diagnostikk • Spesialisthelsetjenestens samfunnsansvar årsrapport 2020 • Presentasjon av oppdaterte beredskapsplaner pandemi • Beredskapsorganisasjonen i VVHF Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Årsrapport 2020 VVHF - endelig • HAMU – 4. mai 	

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
		<ul style="list-style-type: none"> • Foreløpig protokoll fra ekstraordinært styremøte i HSØ 7. mai • SKU 11. mai • Brukerutvalg 26. mai • Styrets årsplan pr mai 	
Mandag 21. juni 2021 Dagsseminar Sted: Drammen (konferansesal habilitetsavdelingen)	<ul style="list-style-type: none"> • Revisjon innen psykisk helsevern – tvang 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. mai 2021 • Nasjonale kvalitetsindikatorer Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Beredskap i VVHF • PHT Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 17. juni • HAMU 8. juni • Brukerutvalg 16. juni • Styrets årsplan 	Styreseminar kl. 13.30 – 21.00 <ul style="list-style-type: none"> • Fra HSØ ØLP • Vedlikehold bygg • ØLP VVHF Nytt sykehus Drammen Omvisning på Brakerøya – utendørs Utstillingsrom
Mandag 30. august 2021 Sted: Drammen, Grønmland 32 Tyrifjord 1-2	Kjøpsavtale for deler av tomt Brakerøya Forskning i VVHF Medarbeiderundersøkelsen ForBedring i VVHF	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. juli Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Klinikk for psykisk helse og rus • Nytt sykehus Drammen Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • SKU 15. juni • Ekstraordinært styremøte i HSØ 1. juli 	Forenklet styreevaluering

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
		<ul style="list-style-type: none"> • 2021 Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 19. august • Brukerutvalg 24. august • Styrets årsplan 	
Mandag 27. september 2021 Sted: Ringerike sykehus Styreseminar 28. september (Sundvollen hotell)	<ul style="list-style-type: none"> • Tertialrapport 2. tertial 2021 • Risikovurdering pr. 2. tertial 2021 • Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2022 • Rutinene for oppnevning til Brukerutvalget –utvidet oppnevningstid for fem medlemmer • Lønnsjustering administrerende direktør 	Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Ringerike sykehus • Nytt sykehus Drammen Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 23. september og ekstraordinært møte 7. september • HAMU 7. september • SKU 14. september • Brukerutvalg 21. september • Styrets årsplan 	Styreseminar: <ul style="list-style-type: none"> • Brutto månedsverk status pr klinikk – årsverksutvikling • 7 prosjektområder – overordnet gjennomgang • Foreløpig rapportering prognosen prosjekt NSD • NSD – driftstilpasninger og oppfølging av dimensjonering for nytt sykehus - arbeid og status • Utviklingsplan 2035 • IKT – utfordringsbildet /kostnadene framover mot ØLP • Innovasjon eks. fra klinikkene • Styreevaluering
Mandag 25. oktober 2021 Sted: Bærum sykehus	<ul style="list-style-type: none"> • HR relaterte tema – del 1- kritisk kompetanse (analyse og tiltak) • Avtale med Glitre Energi og Drammen Fjernvarme – fullmakt til administrerende direktør), utsatt fra forrige møte. • Salg av eiendom Ringerike sykehus 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr 30. september 2021 Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • Statsbudsjett 2022 • Bærum sykehus Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra HSØ 21. oktober • SKU 12. oktober 	Dialogmøte med Brukerutvalget

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
		<ul style="list-style-type: none"> • Brukerutvalg • Styrets årsplan 	
Styreutvalg 19. 11			
Mandag 29. november 2021 Sted: Drammen G 32	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet • Utviklingsplan 2035 • Oppdatert ØLP 2022 – 2025 • Beredskapsutvikling - Beredskapsplaner i VVHF • Virksomhetsstyring oppfølging – revidert dokument 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. oktober 2021 • Budsjett 2022 og ØLP Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 21. oktober • HAMU • SKU • Brukerutvalg 19. oktober • Styrets årsplan 	
Mandag 20. desember 2021 Sted: Drammen, Grønland 32	<ul style="list-style-type: none"> • Budsjett og mål 2022 • Oppnevning av representanter og leder av Brukerutvalget • Reevaluering NSD- erfaringer fra nytt sykehus i Østfold • Reevalueringer NSD -erfaringer etter korona • NSD: Rammeverk for planlegging av forberedelse til drift og Samlet Plan 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 30. november 2021 Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ • HAMU • SKU • Brukerutvalg • Styrets årsplan 	

2022:

- Rapportering 3. tertial 2021 – behandles i styremøte i februar 2022
- Årsrapport 2021. Erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansatte
Erklæring – note til regnskapet – behandles i mars 2022
- Revidert utviklingsplan 2035 – behandles i styremøte i april 2022
- Forskning - Riksrevisjonens rapport 2021 - Foretaket forsøker nå å inkludere pasienter fra alle sykehusene i kliniske studier ved å få et mer generelt samtykke fra pasienter til forskningsstudier. Styret ønsker å høre mer om dette på et senere tidspunkt

Styreutvalg 20. januar

Referat

Møte:	Sentralt kvalitetsutvalg	Tilstede: Lisbeth Sommervoll, Ulrich Johannes Spreng, Halfdan Aass, Britt Elin Eidsvoll, Hanne Juritzen, Kirsten Hørthe, May Janne Botha Pedersen, Stein-Are Agledal, Wesley Caple, Mette Wahlberg, Inger Lise Hallgren, Marianne Thorrud, Per-Erik Holo, Hanne Elisabeth Wanvik Misund, Narve H. Furnes, Trine Olsen, Rune Kløvtveit, Cecilie B. Løken, Toril Morken, Solveig Tørstad, Mette Lise Lindblad, Elisabeth Kaasa
Møtedato:	12.10.2021	
Tidspunkt:	09.00-11.00	
Sted:	Tyrifjord 1 og 2	
Møteleder:	Lisbeth Sommervoll	
Referent:	Per-Erik Holo	Forfall: Anita Haugland Gommæs, Asgeir Kvam

Saksnr.	Beskrivelse/oppfølging/vedtak
33/21	<p>Godkjenning av innkalling og referat v/Adm. direktør Lisbeth Sommervoll</p> <p>Godkjent uten kommentarer.</p>
34/21 15 min	<p>Smittevern rapportering v/ Smittevernoverlege Mette Walberg</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prevalenser av helsetjeneste-assosierte infeksjoner: Resultater. Prosessen i VV er nå mer stabil. Hele VV ligger på 2,9%. Det er allikevel variasjon mellom våre sykehus. Blant annet RS har hatt en høyere forekomst ved de siste prevalenser. Det er iverksatt tiltak. - Antibiotikabruk: Resultater bruk av bredspektert ant.: VV har hatt en reduksjon på 22,5% siden 2012. Men variasjon mellom våre sykehus, noe mindre forbedring på RS og DS. - Automatisert laboratoriebasert overvåkning av Clostridiodes difficile: Starter automatisert overvåkning basert på insidens i løpet av 2022. <p>Presentasjon ligger ved.</p>
35/21	<p>HSØ Delstrategi for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet delområde - Øke Pasientens helsekompetanse</p> <p>Kort informasjon om hvordan vi følger opp områdene i strategien gjennom temasaker i SKU. Saken var også en påminner om den gode strategien.</p> <p>s/vedlegg</p>

	v/Kvalitetssjef Hanne Juritzen
36/21	<p>Helsekompetanse - Hva er det? v/spesialrådgiver Solveig Midtvedt og seksjonsleder Axel Simonsen, LMS</p> <p>Se presentasjon. HK er viktig for å kunne ta gode valg og mestre egen sykdom og helsesituasjon. Bidrar til mindre feilbruk av medikamenter og overforbruk av helsetjenester, bidrar til å redusere sosial ulikhet i samfunnet. Viser til <i>Strategi for å øke befolkningens helsekompetanse</i> Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023 - regjeringen.no</p> <p>Viktige områder, forstå budskapet, tolketjeneste er viktig, nå 3 tolkeavtaler å forholde seg til i VV.</p> <p>Se vedlagte presentasjon</p>
37/2021	<p>Opplæring av pasienter og pårørende i Vestre Viken v/spesialrådgiver Solveig Midtvedt og seksjonsleder Axel Simonsen, LMS</p> <p>Informasjon om LMS i Vestre Viken. LMS ordningen nasjonalt er evaluert og det viser at det er store forskjeller i Norge.</p> <p>«Kabaret for øyeblikket», - en pasientstyrt teatergruppe på Blakstad. Pandemien hadde stor påvirkning på opplæringen av pasienter og pårørende. Måtte snu seg rundt og startet digitale kurs. Starter ikke opp igjen som før pandemien, men tester ut hybride kurs.</p> <p>Den tekniske ved digitale løsninger kan være en utfordring.</p>
38/2021	<p>Samhandling og brukervedvirkning HSØ v/spesialrådgiver samhandling og brukervedvirkning HSØ Simone M. Kienlin</p> <p>Samvalg i HSØ</p> <ul style="list-style-type: none"> - 71% av pasientene ønsker en mer aktiv rolle i egen behandling. - HSØ har valgt å jobbe med tre hovedområder videre - Samvalgsverktøyene på Helse Norge er ikke så mye i bruk, kan være et hinder for klinikerne å gå inn der å hente verktøyene. HSØ jobber med ny digital verktøy for samhandlingsverktøy. - Skjema finnes på Samvalg.no ligger mye informasjon. - Samvalg er en rettighet og en plikt. - Brukerundersøkelsen i VV kan innarbeide samvalgs spørsmål som er nasjonale for å kunne benchmarke oss. <p>Presentasjon ligger ved.</p>
39/2021	<p>Brukermedvirkning i Vestre Viken - utvikling med ekspressfart v/ leder av brukerutvalget Rune Kløvtveit</p> <p>Gjennomgang av brukerutvalgets rolle og forventninger til helseforetaket.</p> <p>Presentasjon ligger ved.</p>
Læring og deling	
40/2021	<p>Brukermedvirkning på Sykehuset Vestfold v/ rådgiver kvalitetsseksjonen SIV Mona Wike</p>

	<p>Til informasjon og inspirasjon SIV hadde et innlegg om hvordan de på en systematisk måte har jobbet med brukermedvirning på de ulike nivå. Det er opprettet en <i>brukerbank med reelle brukere</i> for å få «rett bruker til arbeidet» SIV jobber veldig systematisk med reell brukermedvirkning</p> <p>Presentasjon ligger ved.</p>
41/2021	<p>Ungdomsrådet i Vestre Viken v/Ayse Iclal Øzsatici</p> <p>Utsettes til 2022.</p>
42/2021	<p>Referater og oversikter</p>

Referat

Møte:	Sentralt kvalitetsutvalg	Tilstede: Lisbeth Sommervoll, Ulrich Johannes Spreng, Halfdan Aass, Britt Elin Eidsvoll, Hanne Juritzen, Kirsten Hørthe, May Janne Botha Pedersen, Stein-Are Agledal, Wesley Caple, Mette Wahlberg, Snorre Birk Gundersen, Marianne Thorrud, Per-Erik Holo, Hanne Elisabeth Wanvik Misund, Narve H. Furnes, Rune Kløvtveit, Elisabeth Kaasa, Anita Haugland Gommæs, Trine Olsen, Torill Anneli Kiuru Morken
Møtedato:	09.11.2021	
Tidspunkt:	09.00-11.00	
Sted:	Skype	
Møteleder:	Lisbeth Sommervoll	
Referent:	Per-Erik Holo	Forfall: Cecilie B. Løken, Inger Lise Hallgren
		Gjester/gjesteforelesere: Hilde Eriksen Bråten Marie Brudvik, Ada Wierød

Saksnr.	Beskrivelse/oppfølging/vedtak
43/21	Godkjenning av innkalling og referat v/Adm. direktør Lisbeth Sommervoll Godkjent uten kommentarer.
Informasjon	
44/21	Status tiltakspakke nasjonale faglige råd I Trygge hender 24/7 (oppfølging av pasientsikkerhetsprogrammet) v/Kvalitetssjef Hanne Juritzen Presentasjon og gjennomgang av oppfølging etter at programmet ble avsluttet. Innsatsområdene bør følges opp med stikkprøve målinger. Se vedlegg.
45/21	Hvordan beholde fokus på innsatsområder og faglige nasjonale råd fra I trygge hender på AHUS v/spesialrådgiver Marie Brudvik Innlegget viste hvordan Ahus jobber videre med å implementere innsatsområdene og Nasjonalt faglig råd fra pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24- 7, gjennom å etablere strukturer og skape aktiviteter. Struktur for oppfølging er utarbeidet, blant annet etter inspirasjon fra besøk VV i 2017. Se vedlegg.
46/21	Oppfølging av ernæringsstrategien v/Helsefaglig sjef Elisabeth Kaasa Ernæring skal være en integrert del av Vestre Vikens oppfølging av pasientene. I disse dager kartlegges i hvilken grad vi har nådd målene og dekket innsatsområder i Vestre Vikens ernæringsstrategi for perioden 2017-2020. Kartleggingen gir grunnlag for anbefalinger om videre arbeid der hvor det fortsatt er gap mellom mål og praksis. Ernæringsstrategien må også ses i sammenheng med pasientsikkerhetsprogrammet. Se vedlegg

47/2021	<p>Kostlister i DIPS på Ringerike v/fagsjef helsefag RS Hilde Eriksen Bråten Ringerike Sykehus har utviklet et godt system for matutlevering. Helsepersonell registrerer mattype DIPS og kjøkkenpersonell henter ut kostlister direkte fra DIPS og bruker disse til grunnlag for produksjon og for utdeling av mat. Det har gitt god oversikt over hva pasientene spiser, og det har bidratt til redusert matsvinn. – se vedlegg.</p>
Læring og deling	
48/2021	<p>Optimalisering av driften på osteoporose enheten v/avdelingsoverlege Ada Wierød, revmatologisk avdeling VV</p> <p>Tiltak for bruk og effektivisering av bruken av avdelingens dexa maskinen. Bakgrunnen er økte ventelister og antatt dårlig utnyttelse av maskinen. De har endret praksis i henhold til drift i nytt sykehus.</p>
49/2021	Referater og oversikter

Møtereferat

	Styreutvalg 19. november – kl.09.00 – 11.30. Digitalt møte/Teams
Møteleder	Siri Hatlen
Deltakere fra styret	Robert Bjerknes - forfall Tom Frost -forfall
Deltakere fra administrasjonen	Lisbeth Sommervoll Halfdan Aass Rune A. Abrahamsen Mette Lindblad Lukasz Sidor Hilde Enget

Sak	Sak
1.	Referat fra møte i styreutvalget 13. september Referatet er godkjent og lagt frem for styret 27. september.
2.	Porteføljestyling og gevinstrealisering Leder av Prosjektkontor Lukasz Sidor presenterte status på de 7 prosjektene/programmene som inngår i porteføljen på nåværende tidspunkt. Porteføljekontor er et godt grep og porteføljestyling gjør oss bedre i stand til kontroll og oppfølging av initiativer for å kunne sikre gevinstuttak. Det bes om en grundig gjennomgang av status ARP i styreutvalgsmøtet 20. januar. Når det gjelder avhending av Drammen sykehus, anbefales at vi inviterer Sykehusbygg til styremøtet i januar for å gi en orientering, slik at dette er kjent før kontraktstrategien skal behandles. Det legges opp til en gradvis nedtrapping av Digital hjemmeoppfølging fra program til overføring i linjen. Oppfølgingen vil skje gjennom oppfølgingsmøter med klinikkene. Prosjektkontor vil videre bistå med prosesser og rutiner for gevinster etter at prosjekter/programmer er overført til linja.
3.	Status NSD Rune Abrahamsen informerte om status for økonomi i byggeprosjektet og optimalisering entrepriser. Det meldes om økte kostnader ut over budsjett. <i>Styret i HSØ RHF skal behandle sak: Vestre Viken HF – Nytt sykehus i Drammen, inntruffet risiko (unntatt offentlighet) i møte den 25.11.</i> Under sak 68 fra prosjektstyret 15.11. foreslås det at «mandatet skal godkjennes av prosjektstyret» inn i punkt 3.
4.	Budsjett 2022 Mette Lindblad oppsummerte hovedinnhold i utkast til styresak. Det ble gitt flere innspill på å sortere og strukturere saksfremlegget slik at saken viser det store bildet og tydeligere fremstiller budskapet til styret. Styreleder ønsker å få mer innsikt i styringsfarten inn i 2022. Innspillene tas med i ferdigstillingen av saksfremlegget til styret.
5.	Eventuelt

	I styresak om eiendomsplan PHR til styremøtet i desember inkluderes informasjon knyttet til fremskrivninger innen psykiatrien og langtidspasienters faglige tilbud på Brakerøya.
	Møteslutt