

**Til:** Styret ved Vestre Viken HF

**Dato utsendt:** 23. januar

**Vår ref.** Styresekretær

**Møtetype:** Styremøte  
**Møtedato:** 30. januar 2023  
**Møtetid:** kl. 09.00 – 11.00  
**Møtested:** Digitalt - teams

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

Publikum og media som ønsker å være til stede i møtet, må melde fra om dette til styresekretær innen søndag 29. januar ([hilde.enget@vestreviken.no](mailto:hilde.enget@vestreviken.no)).

**Ved forfall vennligst gi beskjed til:**

Styresekretær: Hilde Enget  
Telefon: 48 16 66 24  
E-post:  
[hilde.enget@vestreviken.no](mailto:hilde.enget@vestreviken.no)

Med vennlig hilsen  
*For styreleder Siri Hatlen*

Hilde Enget

Saksnr.	Tid (tentativt) Type sak	SAKER TIL BEHANDLING
<b>1/2023</b>	09.00 5 min	<b>Godkjenning av innkalling og saksliste</b> Vedlegg: Innkalling og saksliste til styremøte 30. januar
<b>2/2023</b>	09.05 5 min	<b>Godkjenning av møteprotokoll 12. desember 2022</b> Vedlegg: 1. Foreløpig protokoll 12. desember 2022
<b>3/2023</b>	09.10  60 min	<b>Driftsorientering fra administrerende direktør</b> inkl foreløpig årsresultat 2022
<b>4/2023</b>	10.10  10 min	<b>Revidert retningslinje for virksomhetsstyring i VVHF</b> Vedlegg: 1. Retningslinje for virksomhetsstyring i VV (ny) 2. Dok.id.98548 VV Virksomhetsstyring
<b>5/2023</b>	10.20 10 min	<b>Reviderte fullmakter i VVHF</b> Vedlegg: AD's delegerte fullmakter i Vestre Viken
<b>6/2023</b>	10.30  0 min	<b>Referatsaker</b> 1. Brukerutvalg 24. januar - ettersendes 2. Styrets årsplan 2023 per januar inkl. pendingliste 3. Sak parkering styret VVHF datert 11.01.23
<b>7/2023</b>	10.30 5 min	<b>Eventuelt</b>
	10.35	<b>Møteslutt</b>

Dato: 23. januar 2023  
Saksbehandler: Hilde Enget

## Saksfremlegg

### Godkjenning av innkalling og saksliste

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	1/2023	30.01.23

### Forslag til vedtak

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Drammen, 23. januar 2023

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: 1. Innkalling og saksliste til styremøte 30. januar 2023

Dato: 23. januar 2023  
Saksbehandler: Hilde Enget

## Saksfremlegg

### Godkjenning av møteprotokoller 12. desember 2022

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	2/2023	30.01.23

### Forslag til vedtak

Møteprotokoll fra styremøtet 12. desember 2022 godkjennes.

Drammen, 23. januar 2023

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: 1. Foreløpig protokoll 12. desember 2022

## Møteprotokoll for styret i Vestre Viken

**Møtested:** Hallingskarvet Grønland 32, Drammen

**Dato:** 12. desember 2022

**Tidspunkt:** Kl. 12.00 – 16.00

---

### Følgende medlemmer deltok:

Navn	Funksjon
Siri Hatlen	Styreleder
Hans Tore Frydnes	Nestleder
Kari Fjelldal	Styremedlem
Robert Bjerknes	Styremedlem
Hans Kristian Glesne	Styremedlem
Bovild Tjønn	Styremedlem
Morten Stødle	Styremedlem - forfall
Gry Lillås Christoffersen	Styremedlem
Tom Roger Heggelund Frost	Styremedlem
John Egil Kvamsøe	Styremedlem
Toril Anneli Kiuru Morken	Styremedlem

Nestleder av Brukerutvalget, Gudrun Breistøl deltok som observatør med møte- og talerett.

---

### Følgende fra administrasjon og ledelse møtte fysisk:

Navn	Funksjon
Lisbeth Sommervoll	Administrerende direktør
Ulrich Spreng	Direktør fag
Mette Lise Lindblad	Direktør økonomi
Henning Aarset	Direktør Kommunikasjon og samfunnskontakt
Eli Årnot	Direktør kompetanse
Cecilie B Løken	Direktør Teknologi
Rune Abrahamsen	Prosjektdirektør NSD
Hilde Enget	Administrasjonssjef/styresekretær

Styrets leder Siri Hatlen ledet møtet og administrerende direktør la fram sakene.

Protokollfører: Hilde Enget

## **Sak 126/2022 Godkjenning av innkalling og saksliste**

### **Styrets enstemmige**

#### **Vedtak:**

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

## **Sak 127/2022 Godkjenning av styreprotokoller fra 28. november 2022**

### **Styrets enstemmige**

#### **Vedtak:**

Møteprotokoller fra styremøtet 28. november 2022 godkjennes.

## **Sak 128/2022 Driftsorientering fra administrerende direktør**

### **Oppsummering av innhold**

Administrerende direktør informerer om at en høy andel av våre ansatte har tatt influensavaksine. Ambulansetjenesten vant VR-pris for utvikling av et spill der ambulanspersonell kan øve virtuell på skadested. VVHF er tildelt 5,6 MNOK i innovasjonsmidler fra HSØ. Ringerike sykehus startet i november opp med sin første pasient i hjemmemodialyse. Dette er i tråd med VVHF sin satsning om å gi flere pasienter hjemmedialyse, slik at de kan fungere i jobb og delta i fritidsaktiviteter. Styreleder og administrerende direktør har hatt møte med Asker kommune vedr. utviklingen av Blakstad og det er nå ansatt en prosjektleder for avhending av Blakstad sykehus.

Virksomhetsrapportering pr. november viser et resultat som er 10 MNOK bedre enn budsjett. I dette ligger nye bevilgninger på 60 MNOK. Det innebærer at den underliggende drift er på minus 50 MNOK i november, på linje med tidligere måneder. Det er stor variasjon mellom klinikkene, og spesielt gledelig at Drammen sykehus utmerker seg i en positiv retning. Høyt sykefravær er en viktig årsak til lavere aktivitet og fortsatt høyt forbruk på overtid, ekstrahjelp og innleie.

### **Kommentarer i møtet**

Styret kommenterer at det er positivt med ekstra bevilgninger i 2022, selv om dette ikke endrer på den for høye styringsfarten inn i det nye året.

### **Styrets enstemmige**

#### **Vedtak:**

Driftsorienteringen fra administrerende direktør tas til orientering.

## **Sak 129/2022 Budsjett 2023**

### **Oppsummering innhold:**

De siste tre årene har vært ekstraordinære, og koronapandemien har medført en stor belastning på ansatte og ledere i Vestre Viken. Arbeidet med forbedringstiltak i klinikkene er forsinket, samtidig som kostnadsnivået har økt. Dette påvirker også realisering av gevinstplanen. En oppdatert rapportering på status i gevinstrealiseringsarbeidet kommer etter avslutning av 3. tertial 2022.

Budsjettet fremlegges med en uløst utfordring på 167 MNOK. Dette møtes med et lavere investeringsnivå i 2023 slik at det likviditetsmessig ikke forbrukes mer midler enn forutsatt i økonomisk langtidsplan. Det er uheldig å redusere nivået på investeringene og risikoen øker for

havari og økte vedlikeholdskostnader i fremtiden. Samtidig har Vestre Viken lagt på et bra nivå de senere årene og vurderingen er at foretaket tåler et år med lavere investeringsnivå.

Det er avgjørende å få kontroll på den underliggende økonomiske situasjonen. Inntil konkrete resultater av tiltak foreligger må det derfor styres på likviditet.

#### **Kommentarer i møtet:**

Styret takker for en grundig og god presentasjon. Styret kommenterer at dette er et krevende budsjett med høy risiko, og at prognosearbeidet vil stå sentralt i styrets oppfølging i 2023.

Budsjettet innebærer at helseforetaket skal øke aktiviteten samtidig som årsverk skal reduseres.

Styret vedtar et budsjett som viser hvor VVHF må være for å sikre økonomisk bærekraft, og vil følge utviklingen av tiltakene fortløpende i møtene fremover. Det må komme tydelig frem dersom effekter av tiltak forsinkes eller uteblir, slik at styret involveres i eventuelle behov for nye tiltak.

Budsjettforslaget innebærer å ta ned investeringsrammen for å sikre likviditeten gjennom 2023. Utsettelse av investeringer innen BRK bekymrer, sett opp mot tilstandsgraden på flere av byggene. Ansattrepresentanten gav uttrykk for at det ikke er akseptabelt at BRK-programmet må settes på vent som følge av nytt sykehus Drammen. Det presiseres at det for BRK-programmet kun er snakk om utsettelser. Intensjonen er å videreføre alle planlagte tiltak i samsvar med programmet. Tilsvarende gjelder for foretakets krav til medflytting av medisinteknisk utstyr til NSD. Det lavere investeringsnivået i 2023 legger økt press på investeringsrammen de neste årene.

Styret opplever at administrerende direktør beskriver tiltak og metode for å sikre en styringsfart inn mot 2024 på en troverdig måte. Styret understreker viktigheten av å lykkes med dette arbeidet i 2023.

#### **Protokolltilførsel:**

Foretakstillitsvalgte er bekymret for konsekvensene den uløste utfordringen på 167 MNOK kan medføre. Det anses risiko for at tiltak for å løse dette vil medføre konsekvenser for pasientsikkerhet, behandlingskvalitet og arbeidsmiljø.

- Foretakstillitsvalgte mener det er risikabelt at budsjett 2023 fremlegges med forutsetning om mer normalisert sykefravær og tilgang på nødvendig kompetanse når foretaket gjennom 2022 i likhet med foregående år har et høyt merforbruk på budsjetterte kostnader til vikar og innleie, begrunnet i behov for nødvendig kompetanse. I tillegg har foretaket brukt store summer over budsjett på overtid og dyre timer som genereres av våre faste ansatte som jobber mer enn sin egen stillingsprosent. Dette har vært nødvendig for å ivareta pasientsikkerhet og forsvarlig bemanning. Mye av årsaken til dette behovet er et høyt sykefravær i foretaket over tid. Dette fører oss inn i en negativ spiral med slitasje på våre egne ansatte der de som jobber mye utover sin egen stilling for å dekke opp sykefravær selv står i fare for å bli sykemeldt. Tillitsvalgte mener dette dokumenterer at flere av foretakets avdelinger over tid har et reelt behov for flere faste ansatte for å utføre pålagte oppgaver. Foretakstillitsvalgtes vurdering er at det må være kostnadmessig lønnsomt å investere i egne ansatte med faste hele stillinger istedenfor innleie, vikartjenester, og dyre timer fra egne ansatte. Det er viktig at aktivitetsstyrt ressursplanlegging bruker analyser på avdelingsnivå som grunnlag for rett oppgave- og ansvarsdeling for å sikre kvalitet på tjenestene og god ressursstyring. I tillegg vil dette bidra til heltidskultur, samtidig som det vil ha positiv effekt på sykefravær, arbeidsmiljø, HMS, og pasientsikkerhet.
- Foretakstillitsvalgte mener reduksjon i investeringer som går ut over BRK-prosjektene slik som foreslått må unngås da det er store behov for oppgraderinger av sengepostene på Kongsberg og Bærum sykehus. Det er stor fare for flere uforutsette hendelser som vil

medføre nye kostnader ved slik utsettelse av programmet. Foretakstillitsvalgte er skeptiske til om BRK prosjektet kan skyves mange år ut i tid etter at nytt sykehus i Drammen er tatt i bruk med de kostnadsutfordringer det vil kreve av foretaket.

- Det foreligger en klar politisk føring om at psykisk helse og rus skal skjermes. Vi kan ikke se at denne føringen blir fulgt opp utover å videreføre grunnfinansieringen uten trekk for generelt effektiviseringskrav. Dette er svært uheldig for klinikken.

### **Styrets enstemmige**

#### **Vedtak:**

1. Styret slutter seg til prioriteringer for budsjett 2023 som fremkommer i administrerende direktørs saksfremstilling. Budsjettet vedtas med totale inntekter på 12043 MNOK, hvorav 7932 MNOK er basisrammetildeling fra HSØ. Styret vedtar budsjettet med et overskudd på 178 MNOK.
2. Styret vedtar en øvre investeringsramme på 264 MNOK. Investeringer finansieres med 242 MNOK i egne midler, og 22 MNOK med finansiell leasing. Investeringsmidler overført fra 2022 kommer i tillegg. Styret forutsetter at foretaket kommer tilbake med et revidert investeringsbudsjett når det foreligger tilstrekkelig konkrete tiltak som gir inndekning av den uløste utfordringen i budsjettet.
3. Det forutsettes at omstillingsarbeid skjer i samarbeid med og i dialog med de ansattes organisasjoner og vernetjenesten. De 12 prinsipper for medvirkning skal legges til grunn for samarbeid og dialog. Likeledes legges de 13 prinsipper for brukermedvirkning til grunn for dialog med brukerne og deres organisasjoner.
4. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å foreta eventuelle budsjettkorrigeringer gjennom året, blant annet som følge av endrede DRG-indekser, nye bevilgninger eller føringer fra eier, styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF, tekniske justeringer som følge av feilbudsjetteringer, med videre.

### **Sak 130/2022 BRK-programmet - Konsekvensvurdering**

#### **Oppsummering innhold:**

Et lavere investeringsnivå i BRK programmet i årene fremover vil medføre at flere av delprosjektene må utsettes. Prosjektene i BRK- programmet vil fortløpende prioriteres innenfor tilgjengelig investeringsramme.

#### **Kommentarer i møtet:**

Styret kommenterer at denne saken er en konsekvens av budsjettforslaget for 2023. Det er uheldig å måtte redusere investeringer i BRK-programmet. Det vil ikke vedtas utsettelse i investeringer som går ut over liv og helse. Styret ønsker en ekstra orientering i februar-møtet der det redegjøres for hvilke tiltak som vil iverksettes.

### **Styrets enstemmige**

#### **Vedtak:**

Styret tar saken til etterretning.



## **Sak 131/2022 Status nytt sykehus Drammen**

### **Oppsummering innhold:**

Det foreligger nå en revidert fremdriftsplan for ferdigstillelse av nytt sykehus. Planen er fortsatt under arbeid, men angir tidspunkt for ibruktakelse og innflytting i nytt sykehus. Dette kan dermed legges til grunn for videre planlegging i de klinikkene som omfattes av nytt sykehus, og det videre arbeidet i Mottaksprosjektet.

Endelig revidert fremdriftsplan, inkl. konsekvenser for økonomi og ibruktakelse for VVHF, vil bli lagt frem for styret 30. januar 2023. Oppgaver og aktiviteter i Mottaksprosjektet følges tett opp gjennom fastlagt møtestruktur og styringslinje, og eventuelle større avvik vil bli rapportert til styret.

### **Kommentarer i møtet:**

Styret takker for informativt notat. Styret ønsker en orientering fra prosjektdirektør PNSD ved et kommende styremøte.

### **Styrets enstemmige**

#### **Vedtak:**

1. Styret tar status nytt sykehus Drammen til orientering.

## **Sak 132/2022 Oppnevning av valgstyre – gjennomføring av valg av ansattes medlemmer til helseforetakets styre**

### **Oppsummering innhold:**

Inneværende valgperiode for de ansattvalgte styremedlemmer og varamedlemmer gjelder frem til og med 15. mars 2023. For å gjennomføre nytt valg skal det i henhold til "valgforskrift" fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet, oppnevnes et valgstyre. Det må derfor oppnevnes et valgstyre som skal forestå valg av ansattvalgte styremedlemmer og varamedlemmer til helseforetakets styre fra og med 16. mars 2023.

### **Kommentarer i møtet:**

Ingen kommentarer.

### **Styrets enstemmige**

#### **Vedtak:**

Styret for Vestre Viken HF oppnevner følgende valgstyre for gjennomføring av ansattes medlemmer til helseforetakets styre:

#### *Fra foretakets ledelse:*

- Marianne Ono Njøten, avdelingssjef HR. *Vara: Tove Svensli.*
- Hilde Enget, Administrasjonssjef. *Vara: Janne Hjelm-Gabrielsen.*
- Henning Aarset, Direktør kommunikasjon og samfunnskontakt. *Vara: Hege Frostad Dahle*

#### *Fra de ansatte:*

- De ansatte oppnevner selv tre medlemmer, med vara. Navn fra de ansatte oppgis i styremøte.

Valgstyret oppnevner selv leder og nestleder.

## **Sak 133/2022 Oppnevning av Brukerutvalg for perioden 2023-2025**

### **Oppsummering innhold:**

Vestre Viken arbeider aktivt med styrking av brukermedvirkningen. Da er det viktig at ulike pasient- og befolkningsgrupper er representert i brukerutvalget så langt det er mulig. Når det har vært vanskelig å rekruttere medlemmer fra organisasjoner som representerer minoritetsbefolkningen, eldre og rusavhengige, bør arbeidet med å få til dette videreføres. Det vurderes som viktig at brukerutvalget styrkes med medlemmer også fra disse gruppene

### **Kommentarer i møtet:**

Ingen kommentarer.

### **Styrets enstemmige**

#### **Vedtak:**

1. Oppnevningsperioden for følgende medlemmer forlenges med en ny periode på to år, fra 2023-2025:
  - Gudrun Breistøl, FFO Akershus
  - Mark A. Miller, FFO Akershus
  - Rune Kløvtveit, FFO Buskerud
  - Elisabeth Schwencke, FFO Buskerud
  - David C. Hemmingsen, Kreftforeningen
  - Jan Helge Tuv, FFO Buskerud
  - Cecilie Bråthen, Kreftforeningen
2. Likeledes utvides oppnevningsperioden for leder, Rune Kløvtveit og nestleder Gudrun Breistøl ut 2024.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å oppnevne de siste tre medlemmene i brukerutvalget, i januar 2023.

## **Sak 134/2022 Styrets årsplan 2023**

### **Kommentarer i møtet:**

### **Styrets enstemmige**

#### **Vedtak:**

Styrets årsplan for 2023 tas til orientering.

## **Sak 135/2022 Evaluering av styrets arbeid 2022**

I henhold til instruks for styret skal det årlig foretas en evaluering av styrets arbeid og arbeidsform. Styret drøftet evalueringen og mulige forbedringstiltak.

## **Sak 136/2022 Referatsaker**

Ingen kommentarer.

**Sak 137/2022 Eventuelt**

Styreleder informerte om at Morten Stødle har bedt seg fritatt som styremedlem med virkning fra 01.01.23. Nytt styremedlem vil bli oppnevnt av HSØ.

**Drammen 12. desember 2022**

Siri Hatlen  
styreleder

Hans Tore Frydnes  
nestleder

Bovild Tjønn

Hans-Kristian Glesne

Tom Roger H Frost

John Egil Kvamsøe

Robert Bjercknes

Kari Fjelldal

Toril A K Morken

Gry Lillås Christoffersen

Dato: 23. januar 2023  
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

## Saksfremlegg

### Styrende dokumenter for Vestre Viken HF – revidert Retningslinje for virksomhetsstyring i VVHF

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	4/2023	30.01.2023

### Forslag til vedtak

Styret tar revidert retningslinje for virksomhetsstyring i VVHF til etterretning.

Drammen, 23. januar 2023

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

## Bakgrunn

Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst er gjeldende og ligger til grunn for utviklingen av tjenesten. I styresak 103/2021 ble styret fremlagt hvordan foretaket har implementert rammeverket. For på en bedre måte å speile styringsmodellen som fremgår av rammeverket, samt forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten har foretaket revidert eksisterende retningslinje for virksomhetsstyring.

Sentrale styrende dokumenter legges frem for styret.

## Saksutredning

Revisjonen av retningslinjen bygger på rammeverk for virksomhetsstyring i HSØ og de innspill som er innhentet gjennom deltakelse i Helse Sør-Øst sitt etablerte nettverk for virksomhetsstyring.

Retningslinjen har vært på høring i organisasjonen til alle nivå 2 og 3 ledere, samt til tillitsvalgte og vernetjeneste på foretaksnivå. Det er ingen som ikke anbefaler retningslinjen godkjent. Flere innspill er mottatt og tatt til følge. Det er også innspill som foretaket ønsker å jobbe videre med i den videre utviklingen av styringssystemet.

Forskrift om ledelse av kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten beskriver modenhetsnivået for styringssystemet i bildet nedenfor. VVHF mener foretaket befinner seg på området «organisert» og er på god vei opp mot «forebyggende». Tatt i betraktning foretakets størrelse og innhold kan det diskuteres om målsettingen skal være på «integrert» nivå.



Revidert retningslinje følger som vedlegg 1, mens den tidligere retningslinjen følger av vedlegg 2.

## Administrerende direktørs vurderinger

Revisjonen av retningslinjen for virksomhetsstyring medfører at den interne retningslinjen på en bedre måte speiler rammeverket for virksomhetsstyring i HSØ. Retningslinjen skal gi foretaket en overordnet oversikt over styringssystemet som er etablert for å sikre at foretaket når sine mål. Retningslinjen erstatter det tidligere dokumentet VV Virksomhetsstyring i foretakets ehåndbok.

Administrerende direktør mener foretaket har hatt en god utvikling og beveger seg oppover på modenhetsskalaen for styringssystemer.

Administrerende direktør foreslår at styret tar revidert retningslinje for virksomhetsstyring til etterretning.

- Vedlegg:
1. Retningslinje for virksomhetsstyring i VVHF (ny)
  2. Dok.id. 98548 VV Virksomhetsstyring

# Arbeidsdokument - Retningslinje for virksomhetsstyring I VVHF

---

## Innhold

### Innhold

Innhold .....	1
1 Hensikt.....	2
2 Omfang .....	2
3 Hva er virksomhetsstyring? .....	2
3.1 Medvirkning .....	2
4 Styringssystem for virksomhetsstyring .....	3
4.1 Roller og ansvar for virksomhetsstyring .....	3
4.1.2 Administrerende direktørs ansvar.....	3
4.1.3 Sentrale staber og administrasjonssjefens ansvar .....	4
4.1.4 Lederes ansvar .....	4
4.1.5 Den enkelte ansattes ansvar.....	4
4.1.6 Tillitsvalgtes ansvar.....	4
4.1.7 Brukerutvalgets ansvar .....	5
4.2 Prosesser og prosedyrer for virksomhetsstyring og ansvaret for disse.....	5
Hovedprosessene i virksomhetsstyringen: .....	5
4.2.1 Planlegge.....	5
4.2.2 Gjennomføre.....	6
4.2.3 Evaluere og rapportere .....	7
4.2.4 Korrigere, lære og forbedre .....	7
4.3 Årshjul for virksomhetsstyring .....	7
4.4 Organisering av styrende dokumenter og dokumentasjon .....	9
5 Grunnlagsdokumenter.....	9
6 Definisjoner .....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>



## 1 Hensikt

Retningslinjen er en operasjonalisering av HSØs rammeverk for virksomhetsstyring. Den beskriver hva virksomhetsstyring er, hvordan ansvar og oppgaver er fordelt, og hvordan virksomhetsstyring og internkontroll er satt i system i Vestre Viken helseforetak (VVHF).

## 2 Omfang

Hvor gjelder retningslinjen: All virksomhet i VVHF.

Hvem berører retningslinjen: Alle ledere og medarbeidere i sykehuset som har oppgaver med virksomhetsstyring.

## 3 Hva er virksomhetsstyring?

Virksomhetsstyring omfatter hele virksomheten og er de prosesser og aktiviteter som gjøres 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 forbedres

Virksomhetsstyring satt i system skal bidra til en tydelig kobling mellom overordnede mål og ansvar på de ulike nivåene i VVHF. God virksomhetsstyring skal understøtte tydelige prioriteringer og bidra til at ledere på alle nivåer bruker kapasiteten på de delene 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
- virksomhetsprosesser og internkontroll som bidrar til måloppnåelsen

God virksomhetsstyring forutsetter at det er etablert internkontroll som skal gi rimelig sikkerhet for at foretaket når mål, har forsvarlig drift, overholder myndighetskrav og har pålitelig styringsinformasjon.

God virksomhetsstyring innebærer å ha systemer og prosedyrer for å sikre:

- tydelig organisering og ansvars- og myndighetsfordeling
- oversikt over kompetansebehov og planer for å sikre nødvendig kompetanse
- oversikt over mål, lov- og regelverk som gjelder for virksomheten
- oversikt over risiko som kan hindre måloppnåelse og overholdelse av lov- og regelverk
- klare handlingsplaner for å håndtere risiko
- systematisk oppfølging og vurdering av om virksomhetsstyringen fungerer som forutsatt
- kontinuerlig forbedring av helseforetaket.

Internkontroll skal tilpasses risiko i foretaket. For å oppnå dette må foretaket ha definerte risikostyringsprosesser innenfor alle deler av virksomheten. Risikostyring er en systematisk metode for å identifisere, vurdere, prioritere og håndtere risiko.

Samlet utgjør dette de nødvendige virkemidlene for å nå virksomhetens mål og legge til rette for læring og forbedring.

### 3.1 Medvirkning

God virksomhetsstyring forutsetter at medarbeidere involveres i den løpende planleggingen og styringen av hvordan VVHF' ansvar og oppgaver gjennomføres. Medvirkning skal foregå i dialogen mellom medarbeidere og ledere i daglig oppgaveløsning, og deltakelse i forbedringsarbeid.

I tillegg skal VVHF sikre at alle medarbeidere har mulighet til å kvalitetssikre saker som behandles på alle nivåer og gi medarbeiderne mulighet til å bidra til god kommunikasjon om virksomhetsstyringen. Dette er regulert gjennom hovedavtalen mellom Spekter og hovedorganisasjonene. I praksis gjøres dette i dialogmøter mellom tillitsvalgte i klinikker og på foretaksnivå, samt gjennom aktiv involvering i utvikling og forbedring av tjenesten.

Pasienter og pårørendes rettigheter forankret i brukerrettighetsloven og helseforetaksloven ivaretas i

rådgivende organer (brukerutvalg) og ved at brukerrepresentanter er observatører med tale- og forslagsrett i foretakets styre, og involvering i utvikling på tjenestenivå.

## 4 Styringssystem for virksomhetsstyring

Foretakets styringssystem for virksomhetsstyring og internkontroll er beskrevet i ehåndbok. Styringssystemet er i samsvar med prinsippene i HSØs rammeverk for virksomhetsstyring, og dekker krav til planlegging, gjennomføring, evaluering og rapportering, samt korrigerende læring og forbedring i lov- og regelverk for områdene kvalitet og pasientsikkerhet, HMS/ytre miljø, personvern/informasjonsikkerhet og forskning.

Styringssystemet beskriver:

- roller og ansvar for virksomhetsstyring
- hvilke prosesser og prosedyrer som gjelder og hvem som har ansvar for disse
- styrende dokumenter og krav til dokumentasjon

### 4.1 Roller og ansvar for virksomhetsstyring

#### 4.1.1 Styrets rolle og ansvar

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 ansvarlig for å påse at det er en hensiktsmessig organisering og ledelse av helseforetaket og at planer og budsjetter for helseforetakets virksomhet er fastsatt.

Styret har ansvar for VVHFs strategiske utvikling og styret skal føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med målene som er nedfelt i gjeldende lov- og regelverk, jf. helseforetaksloven § 28 tredje ledd. Styret skal blant annet føre tilsyn med administrerende direktørs ledelse av virksomheten, herunder:

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

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

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

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

Styringssystemet skal tilpasses foretakets risiko og egenart. Risiko må derfor identifiseres, analyseres og kontrolleres (risikostyring). Styret har ansvar for at internkontrollen blir fulgt opp i et tilstrekkelig omfang og på en systematisk måte. Styret skal herunder påse at det blir igangsatt systematiske endringsarbeider og etterspørre effekt av endringer for å korrigere svikt.

Styret må ha tilstrekkelig kunnskap og fakta til å vurdere om nødvendig tiltak iverksettes og følges opp i tråd med helseforetakets risikobilde. Viktige kilder til kunnskap og fakta er foretakets månedlige og tertialvise rapporteringer, tilgjengelige nåtidsdata på viktige indikatorer og ledelsens gjennomgang av om styringssystemet fungerer i tråd med hensikten (LGG).

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

#### 4.1.2 Administrerende direktørs ansvar

Administrerende direktør forestår den daglige ledelsen av foretaket og har gjennomføringsansvar i virksomheten. Administrerende direktør har ansvar for at virksomheten drives i samsvar med foretakets formål, vedtekter, årsbudsjett, foretaksmøtets avgjørelser, instruksjoner og andre retningslinjer, samt aktuelle lover og forskrifter. Administrerende direktør forestår den daglige ledelsen av VVHF og skal følge de retningslinjer og beslutninger som styret har gitt. Administrerende direktør skal aktivt bidra til å sikre videreutvikling av medisinsk og helsefaglig kompetanse og kvalitet i VVHF.

Administrerende direktør har ansvar for at styringssystemet i helseforetaket er etablert og følges opp.

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

Administrerende direktør har ansvar for å etablere et forsvarlig internkontrollsystem og å holde styret tilstrekkelig orientert. Administrerende direktør skal minst én gang årlig sørge for en samlet gjennomgang av styringssystemet for å påse at det fungerer i tråd med hensikten og bidrar til forbedring.

Administrerende direktør skal innrette virksomheten slik at det gir rimelig sikkerhet for at de føringene og kravene som gjelder for helseforetaket oppfylles.

#### **4.1.3 Sentrale staber og administrasjonssjefens ansvar**

Systemansvaret for virksomhetsstyring ligger hos administrasjonssjefen. Systemansvar innebærer å legge forholdene til rette slik at det er mulig å utøve virksomheten forsvarlig.

Sentrale staber har systemansvar innenfor sine respektive fagområder for virksomhetsstyringen i VVHF.

Fagansvaret innebærer å forvalte lovverk, fastsette interne krav og angi faglige rammer innen et gitt virksomhetsområde, herunder være faglig rådgiver, utvikle området, følge opp avvik, rapportering med videre.

Sentrale staber har ansvar for å utvikle og forbedre styringssystemet på de områdene de er fagansvarlige. Endringer i styringssystemet skal koordineres av administrasjonssjef for å sikre planmessig implementering og at helheten i systemet ivaretas.

Sentrale staber skal innenfor sine fagområder sikre utvikling, drift og vedlikehold av et felles styringssystem i samarbeid med administrasjonssjef. Dette omfatter:

- initiere/lede planlegging av prosessene
- samordne/koordinere gjennomføring og dokumentasjon av prosessene
- sikre at rapportering til ledelse, styret og eier ivaretas
- følge opp og sikre at systemet virker etter forutsetningene slik at avvik korrigeres, risiko håndteres og at resultater brukes til forbedring og læring
- videreutvikle og forbedre styring og internkontroll ut fra føringer og behov.

Hvem som har ansvar for de ulike virksomhetsprosessene fremgår av tabellen i 4.2.

#### **4.1.4 Lederes ansvar**

Ledere på alle nivå har ansvar for at virksomhetsstyring og internkontroll innen egen enhet er etablert, dokumentert, gjennomført og systematisk fulgt opp i samsvar med krav og føringer nedfelt i retningslinjer og prosedyrer. Dette arbeidet innebærer å

- påse tydelig organisering, ansvars- og myndighetsfordeling
- påse at ledere og medarbeidere har tilstrekkelig kompetanse og ressurser til å utføre sine arbeidsoppgaver
- påse at driften skjer i henhold til gjeldende lover, forskrifter, retningslinjer og prosedyrer
- identifisere risikofaktorer og iverksette risikoreducerende tiltak for å bidra til at foretakets og enhetens mål, krav fra interessenter og lov- og regelverk oppfylles
- påse at uønskede hendelser/avvik, interne revisjoner og eksterne tilsyn og revisjoner løpende følges opp ved deltakelse og tilrettelegging for systematisk endringsarbeid slik at avvik kan lukkes
- aktivt ta del i Ledelsens gjennomgang av styringssystemet for å sikre forbedring.

#### **4.1.5 Den enkelte medarbeiders ansvar**

Den enkelte medarbeider i helseforetaket har ansvar for å bidra til god virksomhetsstyring ved å opptre i tråd med krav og føringer som er gitt i tilknytning til stillingen, etterleve prosedyrer, melde fra om uønskede hendelser/avvik i foretakets avvikssystem Synergi og gi innspill og delta i systematisk forbedringsarbeid.

#### **4.1.6 Tillitsvalgtes ansvar**

Tillitsvalgtrollen er regulert gjennom hovedavtalene mellom Spekter og hovedorganisasjonene. Avtalene skal blant annet sikre reell medbestemmelse og dialog mellom medarbeidere og ledelsen om forhold av betydning for utviklingen av virksomheten, resultatoppgjør, 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.

Det skal være jevnlig møter mellom de tillitsvalgte og ledelse for å diskutere saker som berører de ansatte.

#### 4.1.7 Brukerutvalgets ansvar

Brukerutvalget har ansvar for å sørge for å gi råd til VVHF styre og ledelse om saker av strategisk karakter som angår tilbudet til pasienter og pårørende.

#### 4.2 Prosesser og prosedyrer for virksomhetsstyring og ansvaret for disse

Hovedprosessene i virksomhetsstyringen:



(Nettverk for virksomhetsstyring, HSØ, 22.9.2021)

Tabellen nedenfor viser hvilke prosesser og prosedyrer som gjelder for virksomhetsstyring, hvem som har ansvar for disse og hvilke prosedyrer prosessene er beskrevet i. Tidspunktet prosessene gjennomføres i, fremgår av årshjulet, se 4.3.

Styringssystem	eHåndbok	Hensikt	Eier	Ansvar
Retningslinje for virksomhetsstyring	98548	Beskrive virksomhetsstyring og styringssystemet for VVHF, og hvem som har ansvar for hvilke prosesser.	STAB	Adm.sjef
Årshjul virksomhetsprosesser	98548	Beskrive tidspunkt for de viktigste prosessene i virksomhetsstyringen.	STAB	Adm.sjef
Dokumentstyring eHåndbok	1087	VV Utarbeidelse, oppdatering, godkjenning og implementering av dokumenter i eHåndbok	STAB	Kvalitetssjef

##### 4.2.1 Planlegge

Prosess	eHåndbok	Hensikt	Eier	Ansvar
VV Utviklingsplan 2035	109504	Gi grunnlag for et kvalitetsmessig godt spesialisthelsetjenestetilbud til befolkningen i opptaksområdet, tilpasset endrede rammebetingelser og krav. Understøtte utvikling av sterke fag- og forskningsmiljøer, utdanningstilbud av høy kvalitet og økonomisk bæreevne for foretaket.	Fagdirektør	Kvalitetssjef
Økonomisk langtidspan	25771	Beskrive prinsipper, roller og ansvar for gjennomføring av arbeidet med økonomisk langtidspan i VVHF.	ØD	Stab økonomi

Budsjettprosess	18992	Beskrive prinsipper, roller og ansvar for gjennomføring av arbeidet med årsbudsjettet for VVHF.	ØD	Stab økonomi
Fullmakter ved VVHF	72528	Beskrive hvordan medarbeidere med fullmakter (fullmektig) er forpliktet til å anvende disse i overensstemmelse med fastsatte grenser for budsjett, foretakets strategi og gjeldende retningslinjer.	STAB	Adm.sjef
Oppdrag og bestillerdokument fra HSØ	22658	Sikre en god prosess for behandling og operasjonalisering av oppdrag og bestilling fra foretakets eier slik at alle mål blir ansvars- og tidfestet, samt kommunisert ut til hele organisasjonen.	STAB	Kvalitetssjef
Fastsetting og oppfølging av hovedmål for foretaket	98547, 57843	Sikre en god prosess for utarbeiding og fastsettelse av hovedmål med måltall/målformuleringer.	STAB	Adm.sjef
OBD n1 VVHF og OBD n2	22658	Sikre god prosess for samlet kommunisering av og rapportering på foretakets mål og oppgaver inneværende år.	STAB	Adm.sjef
Kompetanseledelse	106637	Kartlegge kompetansebehov og planlegge hvordan behov skal styres.	STAB	Dir. kompetanse
Risikovurdering	85369 154 1101 19045	Beskrive prosess og metode for å identifisere risikoområder, analysere og prioriterer områder og tiltak.	STAB	Kvalitets-sjef
Porteføljeplan	108778	Definere porteføljen	AD	Prosjekt-kontor

#### 4.2.2 Gjennomføre

Prosess	eHåndbok ID	Hensikt	Eier	Ansvar
Lederavtale mål og resultatstyring	98547	Beskrive hvordan ledere i foretaket skal følges opp i forhold til mål og resultatoppgjør.	STAB	Adm.sjef
Planlegging, gjennomføring og dokumentasjon av oppfølgingsmøter	98548, 19292, 1572	Beskrive prinsipper, roller og ansvar for gjennomføring av oppfølgingsmøter i VVHF.	ØD	Stab økonomi
Håndtering av uønskede hendelser/avvik	268	Sikre enhetlig behandling og oppfølging av uønskede hendelser uavhengig av områder.	STAB	Kvalitets-sjef og HMS sjef
Oversikt over meldeplikter	2877, 57843	Liste opp meldeplikter innen områdene Pasient, HMS/Ytre miljø, Personvern, Forskning og Andre områder.	STAB	Kvalitets-sjef og HMS sjef
Varsel og oppfølging av 3-3a- hendelser	64367	Klartgjøre ansvar og fremgangsmåte for oppfølging og saksgang av svært alvorlige hendelser som etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a skal varsles Statens helsetilsyn og Undersøkelsekommisjonen (Ukom)	Dir. Fag	Kvalitets-sjef og HMS sjef
Uønskede hendelser/avvik Pasient	64367 315	Utdype behandling og oppfølging av pasientrelaterte uønskede hendelser/avvik	Dir. Fag	Kvalitets-sjef og HMS sjef
Uønskede hendelser/avvik HMS/ytre miljø	1053	Utdype behandling og oppfølging av HMS- og ytre miljørelaterte uønskede hendelser/avvik	Dir. kompetanse	Kvalitetssjef og HMS sjef
Brudd forskningsetikk	103282	VV Behandling av saker om mulig brudd på anerkjente forskningsetiske normer i klinikk	Dir. Fag	Forskningssjef
Forbedringsundersøkelsen	103879	Sikre god og enhetlig gjennomføring og oppfølging av ForBedringsundersøkelsen	STAB	Dir. kompetanse

Porteføljestyre	108474, 12258	Porteføljestyret skal sikre prioritering, iverksettelse, oppfølging og avslutning av prosjekter og programmer som anses kritiske for at foretaket når sine strategiske mål.	AD	Porteføljestyret, prosjekt-kontoret
IKT Styringssystem	36515, 108708	Ivareta IKT-systemer som VV benytter i sin virksomhet. Systemeiers ansvar og oppgaver.	STAB	Dir. teknologi
Informasjonssikkerhet	100536	Styrende dokumenter for informasjonssikkerhet	STAB	Informasjons-sikkerhetsleder

#### 4.2.3 Evaluere og rapportere

Prosess	eHåndbok-id	Hensikt	Eier	Ansvar
Måned- og tertialrapportering	98548	Beskrive prinsipper, roller og ansvar for gjennomføring av arbeidet med den faste månedlige og tertialvise rapporteringen til styret i VVHF	ØD	Stab økonomi
Mål og resultatoppfølging OBD VVHF	98548	Gi foretakets ledelse og styret informasjon og kunnskap om områder med økt risiko og sårbarhet for ikke å nå fastsatte mål. Gi grunnlag for handlingsplaner med tiltak som inngår i det systematiske forbedringsarbeidet	STAB	Sentrale staber på respektive ansvars-områder
Hendelsesanalyser	79285 106920	Klarlegge rotårsaker til uønskede hendelser.	STAB	Kvalitetssjef og HMS sjef
Håndtering av eksterne tilsyn	86988 75471	Sikre enhetlig behandling og oppfølging av avvik og merknader etter eksterne tilsyn og revisjoner	STAB	Kvalitets-sjef og HMS sjef
Planlegging, gjennomføring, rapportering og oppfølging av systemrevisjoner	83 132	Kartlegge og vurdere etterlevelse av lover, regler og prosedyrer og gi råd om tiltak for å skape forbedring.	STAB	Kvalitets-sjef og HMS sjef
Årlig melding	Under arbeid	Beskrive prinsipper, roller og ansvar for utarbeidelse av Årlig melding, som er foretakets tilbakemelding på hvordan Oppdrag og bestilling (OBD) fra eier for det enkelte år er fulgt opp	STAB	Adm.sjef
Årsberetning	98548	Beskrive prinsipper, roller og ansvar for utarbeidelse av Årsberetning, som er foretakets rapportering på årets drift og resultater	ØD	Stab økonomi

#### 4.2.4 Korrigere, lære og forbedre

Prosess	eHåndbo-id	Hensikt	Eier	Utfører
Ledelsens gjennomgang av styringssystemet	98548, 76377, 51942	Gi ledere, sykehusledelsen og styret informasjon om i hvilken grad styringssystemet fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring. Resultatene gir grunnlag for handlingsplaner med tiltak som inngår i det systematiske forbedringsarbeidet, både lokalt og på foretaksnivå.	STAB	Kvalitets-sjef

### 4.3 Årshjul for virksomhetsstyring

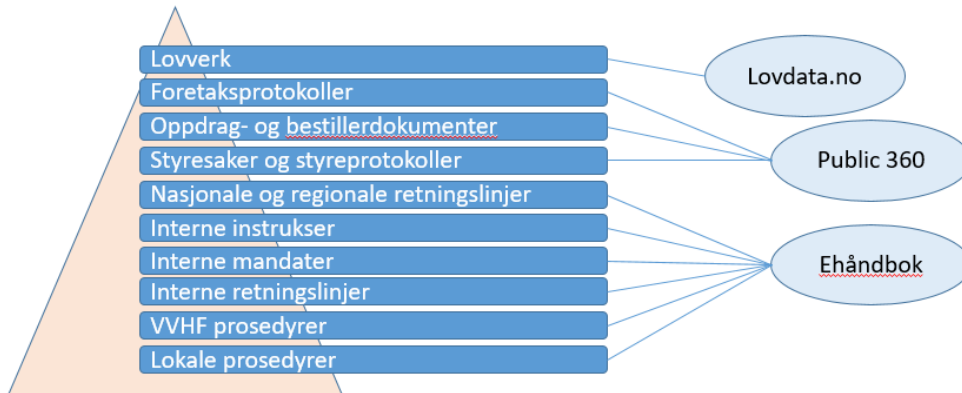
Årlige prosesser i virksomhetsstyringen er visualisert i årshjulet:



1. Mars/ april: Prioriteringer og satsninger – ledermøte 1 – 2, og ledersamling 1 - 3  
Utviklingsplanen danner grunnlag for fastsettelse av mål på kort og mellomlang sikt.  
Dette legges til grunn for prioriteringer og satsinger for kommende år og gir føringer for økonomisk langtidspan
2. April: Økonomisk langtidspan  
ØLP skal synliggjøre de viktigste satsingene på foretaksnivå for oppnåelse av målene i utviklingsplanen de nærmeste 4 år.
3. Mai/juni: Klinikkene tildeles økonomisk styringsramme for neste års budsjett
4. Månedlige og tertialvis prosesser
  - a. Månedlig rapportering på styringsmål  
Tiltak for å sikre måloppnåelse ved avvik.
  - b. Tertialvis rapportering på styringsmål
    - i. Vurdering av hendelser
    - ii. Justering av risiko
    - iii. Justering av tiltak for å møte endret risikobilde og avvik fra styringsmål
  - c. Tertialvis gjennomgang av styringssystemet (LGG)
5. August/ september: utarbeider virksomhetsplan for neste år  
Bygger på utviklingsplan, vedtatte prioriteringer og satsinger
6. Oktober/ november: handlingsplaner og lederavtaler  
Bygger på vedtatte mål og satsingsområder, risikovurderinger etter hendelsesrapportering og resultatavvik, samt tiltak som fremkommer etter ledelsens gjennomgang.
7. Januar/ februar: Rapportering for året:  
Årlig melding og årsrapport med styrets årsberetning

#### 4.4 Organisering av styrende dokumenter og dokumentasjon

Styrende dokumenter i virksomhetsstyringen følger et hierarki over eksterne og interne dokumenter som vist i figuren under. Dokumentene finnes enten på lovdata.no, Public 360 eller ehåndbok.



Virksomhetsstyringen og internkontrollen i helseforetaket skal være dokumentert. Kravet om dokumentasjon er gjennomgående for alle lov-/forskriftskrav og innebærer at:

- all skriftlig kommunikasjon med eksterne parter skal arkiveres i foretakets elektroniske sak- og arkivsystem, Public 360
- all arkiverdig dokumentasjon skal arkiveres i foretakets elektroniske sak- og arkivsystem, Public 360
- alle retningslinjer og prosedyrer for foretakets virksomhet skal opprettes, styres og vedlikeholdes i dokumentstyringsdelen i eHåndbok.
- melding om uønskede hendelser/avvik og behandling og oppfølging av disse skal skje gjennom bruk av avviksdelen i Synergi.

#### 5 Grunnlagsdokumenter

Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst  
 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten  
 Helseforetaksloven  
 Spesialisthelsetjenesteloven  
 Helsetilsynsloven  
 Arbeidsmiljøloven  
 Personopplysningsloven og GDPR  
 Helseforskningsloven



## Målgruppe

Ledere og administrativt ansatte

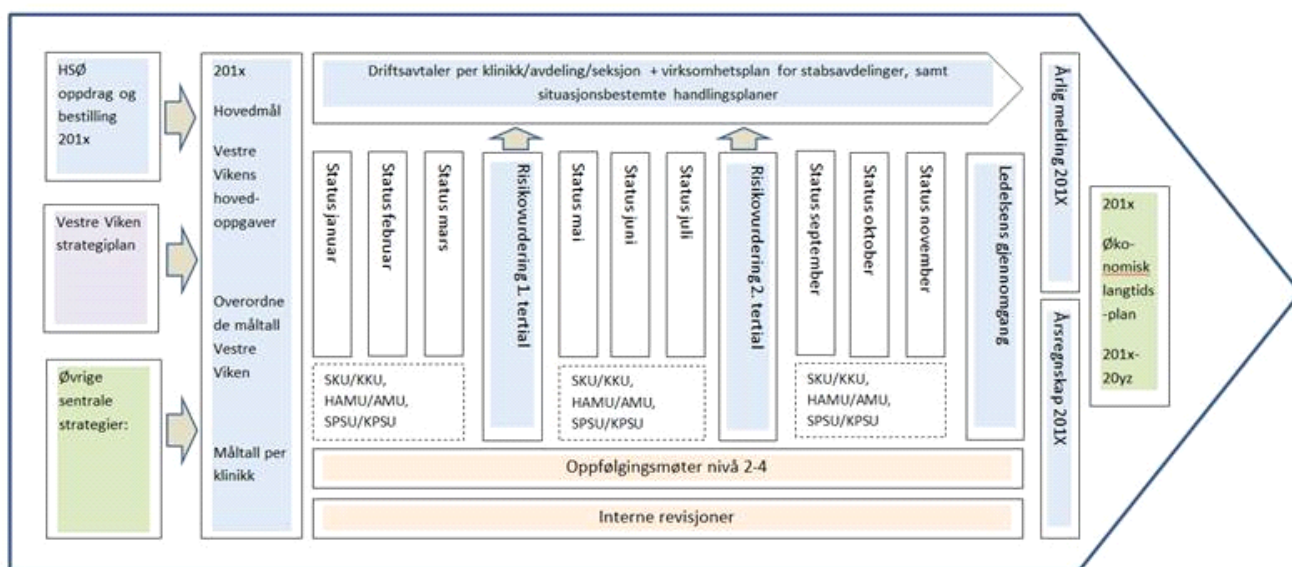
## Hensikt

Gi overordnet beskrivelse av prinsipper, roller og ansvar innenfor virksomhetsstyring, internkontroll og risikostyring, og beskrive sammenheng mellom gjeldende virksomhetskrav, rammeverk, prosedyrer og veiledere, samt anviser hvor disse finnes.

## Beskrivelse

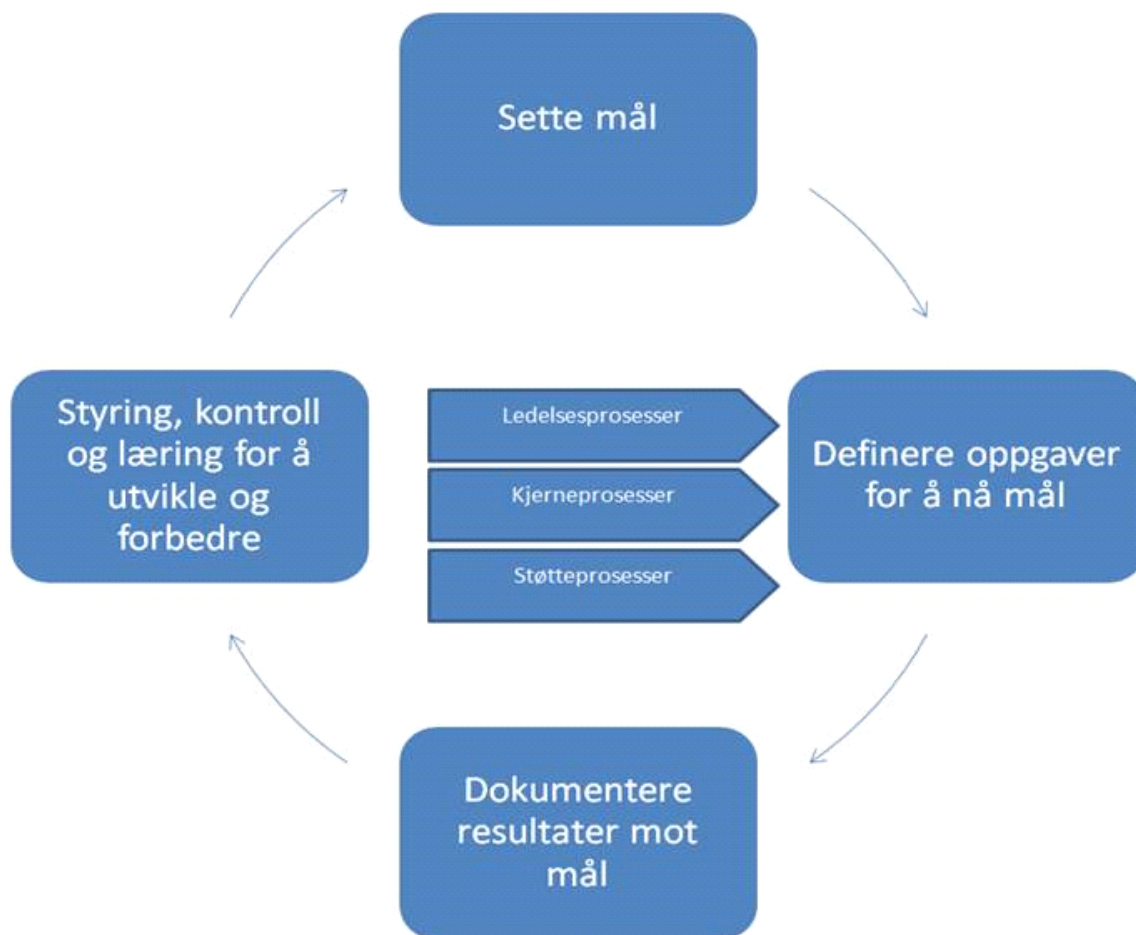
### Virksomhetsstyring

*Virksomhetsstyring* er prosessene og aktivitetene som gjennomføres for å sette mål, definere oppgaver for å nå målene, måle resultatet mot målene og bruke informasjonen til å ha styring, kontroll og læring for å utvikle og forbedre virksomheten.



Virksomhetsstyringen skjer gjennom ulike prosesser i foretakets virksomhet:

- *Ledelsesprosesser* er prosesser for å planlegge, gjennomføre, rapportere og følge opp virksomheten gjennom ledelseslinjen. Eksempler på styringsprosesser er strategisk planlegging, oppfølging av oppdrag og bestilling fra eier, måneds-, tertial- og årsrapportering m.v.
- *Kjerneprosesser* er prosessene for planlegging, gjennomføring, rapportering og oppfølging av foretakets hovedoppgaver etter spl. § 3-8 – “pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende”.
- *Støtteprosesser* er prosesser som støtter opp under kjerneprosessene og ledelsesprosessene. Eksempler på støtteprosesser er kompetansestyring, bemanningsplanlegging, virkemidler for rekruttering, kvalitets- og forbedringsprosesser, informasjon og kommunikasjon, lønn, regnskap og innkjøp.



### ***Internkontroll og risikotilnærming***

Et godt internkontroll- og ledelsessystem, hensiktsmessig informasjons- og kommunikasjonsflyt i resultatenheten og i virksomheten bedrer evne til å håndtere kontroll- og styringsutfordringene. Internkontroll er et lederansvar og skal bidra til å forhindre styringssvikt, feil og mangler, slik at foretaket har målrettet og effektiv drift, pålitelig rapportering av styringsinformasjon og overholder lover og regler.

Internkontrollen tilpasses virksomhetens størrelse, egenart og risiko. For å oppnå dette må risiko og muligheter i foretaket vurderes og håndteres gjennom tiltak slik at driften skjer innenfor akseptabel risiko.

### **Roller, ansvar og oppgaver i virksomhetsstyringen**

Vestre Viken skal ivareta oppgaver som følger av oppdrag og bestilling fra eier. Foretaksstyret og ledelsen har et selvstendig ansvar for å følge opp alle lovkrav, etablere god virksomhetsstyring og internkontroll. Helseforetakets styre og ledelse skal etterspørre og følge opp resultater og vite hvilken risiko og kvalitet det er på tjenestene, samt sikre at det gjøres forbedringer der det trengs. Foretaksledelsen skal i dette legge til rette for at helsepersonell kan gi forsvarlige helsetjenester.

#### ***Administrerende direktør***

Administrerende direktør skal sørge for at foretaket etablerer og gjennomfører intern styring og kontroll for å sikre forsvarlig virksomhet. Ansvarer omfatter etablering og oppfølging av internkontroll som ledelsesverktøy. Administrerende direktør har ansvar for å etablere et velegnet internkontrollsystem og å holde styret tilstrekkelig orientert.

#### ***Ledere på nivå 2***

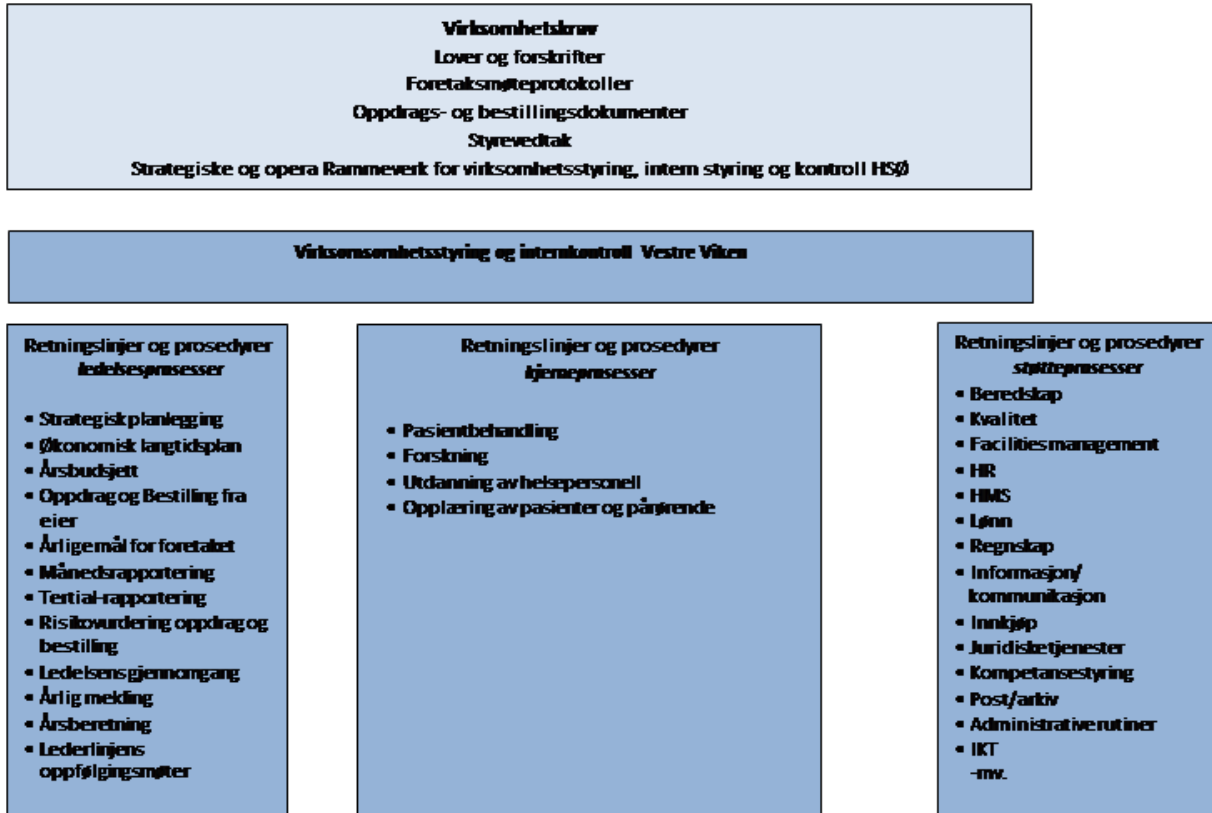
Nivå 2 lederne skal sørge for at det i klinikken, i aktuelle avdelinger og seksjoner/enheter gjennomfører intern styring og kontroll for å sikre forsvarlig virksomhet på sitt ansvarsområde. Ansvarer omfatter bruk og etterlevelse av foretakets etablerte system for virksomhetsstyring, internkontroll og risikostyring. Dette innebærer å sette mål for egen del av virksomheten, iverksette tiltak for å nå målene, måle resultatet og iverksette forbedringstiltak der det er nødvendig.

## Ledere på nivå 3 og 4

Nivå 3 og 4 ledere skal sørge for intern styring og kontroll for å sikre forsvarlig virksomhet innenfor sitt ansvarsområde.

## Styrende dokumenter for virksomhetsstyring i Vestre Viken

Strukturen for de styrende dokumentene som er aktuelle gjelder for virksomhetsstyringen i Vestre Viken illustreres slik



## Referanser

Virksomhetskrav følger av lover, forskrifter, foretaksprotokoller, oppdragsdokumenter, styrevedtak, strategiske og operative måldokumenter som er relevante for foretaket.

- Oversikt over lover og forskrifter som gjelder for spesialisthelsetjenesten finnes under regjeringen.no, [her](#).
- Fullstendig lovtekst finnes på [lovdata.no](#).
- Forskrifter som er fastsatt i medhold av den enkelte lov fremgår av lovteksten. Løpende orientering legges ut på Vestre Vikens intranett, [her](#).
- Foretaksprotokoller og oppdragsdokumenter
  - Samtlige foretaksprotokoller og oppdragsdokumenter for Vestre Viken er publisert i [Helse Sør-Øst](#)
- Styrevedtak
  - Samtlige styresaker og -protokoller for Vestre Viken er publisert på <https://vestreviken.no/om-oss/styret>
- Rammeverk
  - Rammeverk for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll i Helse Sør-Øst finnes [her](#)
- Retningslinjer og prosedyrer
  - Foretaksovergripende retningslinjer og prosedyrer finnes i virksomhetens elektroniske system for styrendedokumenter, [her](#)



Dato: 20. januar 2023  
Saksbehandler: UXGAJA, INNJEN

## Saksfremlegg

### Reviderte fullmakter i VVHF

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	5/2023	30.01.23

### Forslag til vedtak

Styret tar reviderte fullmakter til etterretning og merker seg at fullmaktene gjennomgås årlig som en del av budsjettprosessen i desember.

Drammen, 23. januar 2023

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

### **Bakgrunn**

Fullmaktstrukturen og fullmaktmatrisen er administrerende direktørs interne delegasjonsinstrument i linjen, innenfor den myndighet hun er tildelt etter helseforetaksloven og instruksen fra styret.

Styret har etterspurt en oppdatering og revisjon av ADs fullmakter i Vestre Viken.

### **Saksutredning**

Sak om fullmakter i Vestre Viken ble lagt frem for styret i styremøte 30. mai 2022 om administrerende direktørs delegasjon i linjen. Styret tok administrerende direktørs fullmaktmatrise til orientering og imøteså samtidig en revisjon. Hensikten var å gjøre dokumentet mer presist og pedagogisk, blant annet ved å korte ned den tekstlige delen.

En ansattrepresentant oppfordret samtidig til at revideringen skulle gi oppmerksomhet til tillitsbasert ledelse for ledernivå fire.

Det er her viktig å huske på at fullmaktene gis av administrerende direktør til lederne i helseforetaket for, på hennes vegne, å forvalte den daglige ledelsen av sin enhet. Matrisen ble på denne bakgrunn gjennomgått i sin helhet for å se om flere fullmakter kunne delegeres til nivå fire. Det er særlig to sentrale forutsetninger for en slik delegering:

Den ene er at den må være innenfor det ansvaret seksjonsleder selv har for daglig drift og ledelse. Den andre er at beslutning som påvirker Vestre Viken utover egen enhet må legges på et tilstrekkelig høyt nivå for å ivareta helheten.

Juridiske og økonomiske fullmakter er lagt på et høyt myndighetsnivå, bortsett fra disponering av eget budsjett og personalansvar. De er i tråd med finansstrategien til Helse Sør-Øst og bygger på instruksen for styret og for administrerende direktør. Avgjørelser og beslutninger med juridiske eller økonomisk konsekvenser må håndteres i samsvar med gjeldende rammer, for å sikre god internkontroll og begrense risiko.

Nivå fire er på denne bakgrunn vurdert å kunne delegeres fullmakt til å disponere eget budsjett, gjøre og attestere bestillinger samt godkjenne varemottak. Nivå fire ivaretar også daglig personaloppfølging og drift, herunder rekruttering og ansettelser, fastsetting av arbeidsplaner/turnus og ferielister, pålegging av overtid, m.m. Dette anses som hensiktsmessig delegering av myndighet, og det er derfor ikke gjort noen endringer i fullmakter til nivå fire nå.

I særskilte situasjoner kan administrerende direktør med sitt overordnede ansvar helt eller delvis inndra delegerte fullmakter, slik tilfellet var med tanke på innsparingstiltak høsten 2022.

Fullmaktene ble godkjent i foretaksledermøtet den 10. januar.

Tillitsvalgte vil bli orientert om reviderte fullmakter i dialogmøte med administrerende direktør.

### **Administrerende direktørs vurderinger**

Administrerende direktør har ansvar for å påse at det er etablert et styringssystem som gir rimelig sikkerhet for at foretakets mål nås. Et velfungerende styringssystem krever klare ansvarslinjer og tydelig fordeling av oppgaver. Fullmakter er en del av foretakets virksomhetsstyring. Oppgavefordelingen gjøres via de fullmaktene som er lagt til de ulike ledernivåene i Vestre Viken.

Fullmaktene har en nær kobling til Vestre Vikens risikohåndtering, ledelsesstruktur og etablert intern kontroll - med arbeidsdeling, rutiner, tilgangsbegrensninger i systemer og konkrete beløpsgrenser. Fullmaktmatrisen er derfor så tydelig og konkret som mulig, for å redusere risikoen for at noen går utover sin fullmakt.

Vedlegg: AD`s delegerte fullmakter i Vestre Viken

**Dokument-ID:** 78528

**Versjon:** 7

**Utarbeidet av:** Foretaksjurist Janne Hjelm-Gabrielsen...

**Status:**

Godkjent

**Dokumentansvarlig:**

Janne Mette Hjelm-Gabrielsen

**Godkjent av:**

Lisbeth Sommervoll

**Godkjent fra:**

23.01.2023

## [1. Innledning](#)

## [2. Vestre Vikens styrende organer](#)

## [3. Fullmakter](#)

### [3.1 Forholdet mellom fullmakt og saksbehandlingsregler](#)

### [3.2 Fullmakter til å representere Vestre Viken HF utad](#)

### [3.3 Fullmaktstildeling](#)

#### [3.3.1 Tildeling av fullmakter i Vestre Viken HF](#)

#### [3.3.2 Grenser for tildelte fullmakter](#)

### [3.4 Videredelegasjon av fullmakter](#)

### [3.5 Spesialfullmakt og stillingsfullmakt](#)

### [3.6 Overholdelse av fullmaktene](#)

## [4. Fullmakttypen i Vestre Viken HF](#)

### [4.1. Fullmakter som tildeles gjennom fullmaktmatrisen](#)

## [5. Fullmaktmatrise for Vestre Viken](#)

### [Matrise 1 - beløpsgrense for økonomiske fullmakter med unntak av investeringer](#)

### [Matrise 2 - juridiske fullmakter](#)

### [Matrise 3 - Økonomiske fullmakter](#)

### [Matrise 4 - Innkjøpsfullmakter](#)

### [Matrise 5 - HR Fullmakter](#)

## [6. Referanser](#)

### [6.1 Lover](#)

### [6.2 Veiledere](#)

## [7. Begrepsforklaringer](#)

## 1. Innledning

En fullmakt er en myndighet en ansatt er tildelt for å representere Vestre Viken HF utad gjennom å opptre, handle eller stifte forpliktelser på vegne av foretaket.

Fullmaktmatrisen viser administrerende direktørs interne delegasjon i linjen.

Ledelsen er helt avhengig av den enkelte medarbeiders gode skjønn, sunne fornuft og vilje til å ta ansvar i daglig drift. Det hjelper lite om Vestre Vikens ledelse vedtar et fullmaktrelement hvis dette ikke følges. Det kan være lett å tenke at feil/misligheter «ikke skjer hos oss». Konsekvensene av en feilvurdering kan bli betydelige, både samfunnsøkonomisk og for omdømmet til Vestre Viken.

Dette dokumentet handler både om å håndtere en delegert fullmakt på formelt riktig måte, og hvor viktig det er for den enkelte å ta ansvar, ha oversikt over rammene og erkjenne risikoen for feil. Alle som får en fullmakt skal vurdere egen habilitet. Dersom du er i tvil må du ta opp saken med nærmeste leder. Dokumentet viser ulike roller, ansvar og myndighet som er tildelt ledernivåene i Vestre Viken.

Fullmaktene skal

- være i samsvar med helseforetaksloven
- bidra til god eier- og foretaksstyring blant annet ved samordning og tydelig ansvars plassering
- legge til rette for effektiv drift
- bidra til redusert risiko for uregelmessigheter og økonomiske misligheter. Ingen skal, for eksempel, godkjenne egne transaksjoner

Administrerende direktør står fritt til å tilbakekalle og gi instruksjoner om utøvelsen både generelt og i enkeltsaker, og til å omgjøre beslutninger i linjen. Fullmakten kan delegeres videre (fig. 1) når det er nødvendig, forsvarlig og det støtter en effektiv myndighetsutøvelse i Vestre Viken. Ingen myndighet kan likevel delegeres til et lavere nivå enn laveste



myndighetsnivå på området i fullmaktmatrisen.

Den som har delegert en fullmakt til en annen, beholder full instruksjonsrett og har et selvstendig ansvar for at fullmakten utøves i tråd med både delegasjonen og fullmaktmatrisen.

Administrerende direktørs daglige ledelse gjelder ikke i beslutninger i saker av uvanlig art eller stor betydning. Slike saker krever at Styret har gitt myndighet til det, eller at Styrets beslutning ikke kan vente uten vesentlig ulempe for Vestre Viken. Styret skal i så fall snarest underrettes om saken. Ved tvil vil den generelle forståelse av hva som ligger i "daglig ledelse" være normgivende.

## Avgrensning

Fullmaktene i dette dokumentet gjelder det administrative nivået, primært saker av økonomisk betydning i vid forstand. Saker som faller utenfor er dermed blant annet:

- Saker på styrenivå
- Helsefag og helseadministrasjon
- Utdanning
- Forskning
- Informasjonshåndtering, herunder forholdet til presse/media
- Tilgang til IT-systemer
- Sykehusbygg

## 2. Vestre Vikens styrende organer

Vestre Viken har tre lovpålagte styringsorganer: Foretaksrådet, Styret og Administrerende direktør. I tillegg kommer Helse Sør Øst sitt styre som har et ansvar for forvaltning som eier. Ansvarsforholdet mellom dem er regulert i helseforetaksloven og vedtektene. Finansstrategien i HSØ er en overordnet ramme og Styret har vedtatt instruksjoner for både eget arbeid og administrerende direktørs daglige ledelse (se [referanser](#)).

- **Foretaksrådet** er Helse Sør Øst sitt organ for utøvelse av eierrollen, og øverste myndighet i Vestre Viken HF. Det velger et styre og fastsetter retningslinjer for Styrets forvaltningen av foretaket.
- **Styret** i Vestre Viken HF er det øverste utøvende organ med ansvar for en forsvarlig forvaltning av helseforetaket. Det er et kollegium der styremedlemmene ikke representerer noen interessegruppe. Hele styret skal kun ivareta de interessene som tjener Vestre Viken HF. Styret skal påse at virksomheten drives lovlig og i samsvar med foretakets formål, vedtekter og instruks som fastsatt av Foretaksrådet. Styret skal ha all den informasjon som er nødvendig for å kunne oppfylle sitt mandat.
- **Administrerende direktør** er daglig leder av Vestre Viken og skal følge de retningslinjer og pålegg Styret gir, jmfør helseforetaksloven § 37.

## 3. Fullmakter

### 3.1 Forholdet mellom fullmakt og saksbehandlingsregler

En fullmakt holdes adskilt fra saksbehandlingsregler og prosedyrer i andre styringsdokumenter. Saksbehandlingsregler styrer behandling internt helt fram til fullmakthaver bruker fullmakten til å forplikte Vestre Viken. Både en anskaffelse og en eiendomsprosess vil for eksempel være regulert i egne styrende dokumenter, mens fullmaktinstruksen regulerer hvem som faktisk kan godkjenne en bestilling, og signere avtalen som avslutter prosessene.

### 3.2 Fullmakter til å representere Vestre Viken HF utad

Styret er det øverste utøvende organ som kan representere foretaket utad i alle typer saker. Styrets oppgaver og kompetanse reguleres i helseforetaksloven kapittel 7 og Vestre Viken HFs vedtekter. Administrerende direktør er tildelt myndighet til å representere Vestre Viken utad.

Administrerende direktør, direktør økonomi og direktør medisin og helsefag delegeres på vegne av foretaket prokura.

Alle andre ansatte skal utføre de lovbestemte eller sedvanlige oppgaver som hører til stillingen. Utover dette må de være tildelt fullmakt etter fullmaktmatrisen, spesialfullmakt eller styrevedtak for å kunne representere Vestre Viken utad.

### 3.3 Fullmaktstildeling

#### 3.3.1 Tildeling av fullmakter i Vestre Viken HF

Foretaksomfattende (nivå 1 - felles Vestre Viken)/01. Ledelse, kvalitetsstyring og organisasjon/Organisasjon, ansvar og myndighet/Ansvar og myndighet		
Dokument-Id: 78528 - Versjon: 7	Utskriftsdato: 23.01.2023 Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.	Side 2 av 15

I fullmaktmatrisen følger Administrerende direktørs videredelegasjon av fullmakter i Vestre Viken. Den som får en fullmakt kalles fullmakthaver og kan innenfor fullmakten gjøre disposisjoner på vegne av Vestre Viken HF, eventuelt delegere oppgaver videre i egen linje. En fullmakt kan kun delegeres en som er ansatt i Vestre Viken HF, med mindre fullmakthaver gjør unntak i enkelttilfelle, for eksempel innleide medarbeidere.

### 3.3.2 Grenser for tildelte fullmakter

Fullmakter skal ikke brukes til disposisjoner av uvanlig art eller stor betydning. Dette gjelder selv om disposisjonen er innenfor fullmaktens beløpsgrense. Slike disposisjoner krever styrevedtak med fullmakt fra Styret.

### 3.4 Videredelegasjon av fullmakter

Den som er tildelt en fullmakt etter fullmaktmatrisen kan i mange tilfeller delegere denne videre til ansatte i egen linje. Fullmaktmatrisen regulerer hvilke fullmakter som kan delegeres videre. Disse er angitt med laveste myndighetsnivå. Den som delegerer må holde seg innenfor grensene for egen fullmakt. Fullmakthaver er fortsatt ansvarlig for utøvelsen.



Fig.1 Videredelegasjon av fullmakter

### 3.5 Spesialfullmakt og stillingsfullmakt

Spesialfullmakter/stillingsfullmakter skal dokumenteres for at det skal være åpent hvilke fullmakter/ansvar den enkelte har. De skal være skriftlig dokumentert, enten i [mal for spesialfullmakt](#), eller i arbeidsavtalen, prosjektmandat, stedfortrederfullmakter, eller lignende, i arkivsystemet. Spesialfullmakter arkiveres i P360 (21 - 15 VV - Spesialfullmakter) mens stillingsfullmakter arkiveres i personalmappen.

Styrets tildelinger gjøres i form av protokollerte vedtak.

### 3.6 Overholdelse av fullmaktene

Fullmaktene er forpliktende. Overholdelse følges opp både via en automatisert systemkontroll og gjennom manuelle kontroller/revisjoner. Overtredelse av fullmakt vil kunne få arbeidsrettslige følger. Den som går utover sine fullmakter vil urettmessig kunne forplikte Vestre Viken utad, på tvers av ADs delegerte fullmakter (legitimasjonsfullmakt). En slik avtale vil kunne medføre erstatningsansvar for Vestre Viken. Den som uaktsomt har medvirket til dette, vil kunne bli stilt økonomisk til ansvar (om avtalen heves eller avtalen medfører forpliktelser av uheldig art for Vestre Viken). Ansatte som mistenker/avdekker brudd på en fullmakt plikter å melde fra til nærmeste leder, eller leder på nivået over. Disse vurderer videre saksgang, herunder hvem som skal informeres og om juridisk kompetanse må innhentes. Med mindre overtredelsen er bagatellmessig, skal et brudd tas opp med vedkommende i skriftlig form som en advarsel. Dersom leder i linjen ikke følger opp, kan [VV varsling](#) benyttes i saksgangen.

## 4. Fullmakttypen i Vestre Viken HF

### 4.1. Fullmakter som tildeles gjennom fullmaktmatrisen

Ved utøvelse av en fullmakt skal saksbehandlingsreglene i styringsdokumentene følges. Dette kan for eksempel være saksbehandlingsregler i styringsdokumentene for eiendom, anskaffelser og HR.

Fullmaktmatrisen deler de forskjellige fullmaktene inn i hovedkategorier:

- **Juridiske fullmakter** gjelder for det første alle prosesshandlinger knyttet til en rettsak, herunder opptre som partsrepresentant, ta ut stevninger, motta stevninger og inngå rettsforlik etter tvistelovens regler. For det andre disposisjoner med rettslige implikasjoner, for eksempel anmelde saker til politiet og erkjenne (juridisk) ansvar. Prokura er en særlig fullmakt til å opptre på vegne av Vestre Viken i alt som tilhører driften og er av Styret tildelt

økonomidirektør og direktør medisin og helsefag (Styresak 30/2022)

- **Økonomifullmakter** er rammene for de disposisjonene som gir foretaket en økonomisk forpliktelse. De setter beløpsgrenser og bestemmer hvilke disposisjoner som kan gjøres. Overordnet økonomisk ramme er Styrets vedtatte budsjett. Administrerende direktør fastsetter detaljert årsbudsjett ut fra styrets budsjettvedtak.
- **Innkjøpsfullmakter** for innkjøp av varer og tjenester følger særlige retningslinjer (se [innkjøpshåndbok](#))
- **HR-fullmakter** er ledernes omfattende og sentrale fullmakter på HR-området for en effektiv ledelse og styring. De avspeiler arbeidsgiveransvaret og styringsretten.

## 5. Fullmaktmatrise for Vestre Viken

Matrisen viser fullmakter administrerende direktør har delegert i linjen for å kunne gjøre disposisjoner på vegne av Vestre Viken HF.

- Disposisjoner kan ikke splittes opp for å bringes inn under fullmaktens beløpsgrenser
- Ingen skal godkjenne egne transaksjoner. Godkjenning foretas av leder i linjen eller dennes stedfortreder.
- Administrerende direktørs kostnader godkjennes av direktør økonomi. Styreleder skal ha en årlig gjennomgang av administrerende direktørs kostnader for å sikre tilstrekkelig internkontroll.
- Når Vestre Viken HF utøver en opsjon, anses dette som en inngåelse av en ny kontrakt som reguleres av fullmaktens reglene på vanlig måte. Tilsvarende gjelder for avrop under rammeavtaler
- Å avgi et forpliktende tilbud eller frafalle et rettmessig krav likestilles med å inngå avtale og krever fullmakt
- Fullmakt til å inngå kontrakter/avtaler inkluderer fullmakt til å håndtere tvister, sluttoppgjør, endringsordre, krav mv innenfor den beløpsgrense som gjelder for kontraktsinngåelsen. Tvistehåndtering gjennom rettsprosess reguleres av de juridiske fullmaktene

## Matrise 1 - beløpsgrense for økonomiske fullmakter med unntak av investeringer

For investeringer gjelder egen fullmakt. Se matrise 3 - økonomifullmakter

Nivå	Benevnelse	Ansvar/Prosjekt	Beløpsgrense (beløp i NOK)	Rapporterer til
1	Administrerende direktør	Alle	Innenfor vedtatt budsjett VV	Styret
2	Klinikkdirektør og stabsdirektør	Egne	Innenfor vedtatt budsjett til klinikk/stab	Adm dir
3	Avdelingssjef	Egne	1 MNOK	Direktør for sitt område
4	Seksjonsleder	Egne	500 TNOK	Avd. sjef for sitt område
BDM	Budsjettdelegert myndighet	Egne	100 TNOK	Nærmeste leder

## Matrise 2 - juridiske fullmakter

### Særskilt om juridiske fullmakter

Juridiske fullmakter gjelder beslutninger med (mulige) juridiske implikasjoner, eksempelvis forpliktende avtaler og prosesshandlinger (forlik, erstatning, stevninger mm)

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
Signatur	Fullmakt til å opptre på og å underskrive på vegne av foretaket i forretningsforhold Styreleder og administrerende direktør i Vestre Viken har retten til å tegne foretaket (signatur/firmategningsrett). Styremøtet i Vestre Viken bestemmer hvem som har signaturrett i foretaket. Signaturretten kan ikke delegeres videre. Den skal være registrert i Foretaksregisteret.	Signaturretten må delegeres fra foretakets styre. Fullmakten må være registrert med navn i foretaksregisteret	Adm. dir Styremøtet
Prokura	Fullmakt til å opptre på og å underskrive på vegne av foretaket i forretningsforhold	Prokurarett må delegeres av foretakets styre Fullmakten må være registrert med navn i foretaksregisteret eller være navngitt i styresak Enkelte leverandører godkjenner kun signatur fra signaturberettiget eller prokurist	Direktør Økonomi Direktør Medisin og Helsefag
Oppdrag og bestilling	Fullmakt til å inngå avtalen "Oppdrag og bestilling" i foretaksmøtet mellom Vestre Viken og Helse Sør-Øst		Adm. dir
Vesentlige avtaler	Inngå vesentlige avtaler (se definisjon), som inngår i den daglige ledelsen, av økonomisk art, utenom innkjøp/anskaffelser Kan være av prinsipiell, politisk karakter og angå helseforetakets omdømme Eksempelvis samarbeidsavtaler, strategi, oppgavefordeling mellom helseforetak og flerårige avtaler, herunder leie/leasingavtaler	Styret skal orienteres om alle vesentlige saker	Adm. dir
Forlik	Fullmakt til å inngå forlik i saker av økonomisk og annen karakter  Fullmakten gjelder både rettslige og utenomrettslige forlik	Vesentlige saker: Styret skal orienteres  Andre saker skal fremlegges for juridisk vurdering før forlik inngås	Adm. dir  Nivå 2
Erstatning	Fullmakt til å godkjenne utbetaling i samsvar med kontraktsforpliktelser Fullmakt til å godkjenne utbetaling av erstatning, uten at dette har utgangspunkt i kontrakt	Saken skal underlegges juridisk vurdering før utbetaling Styret skal orienteres om alle vesentlige saker	Nivå 2
		Styret skal informeres om	

Ta ut og motta stevning/anke	Fullmakt til å ta ut stevning på helseforetakets vegne og eventuelt anke	alle stevninger av prinsipiell, omdømmemessig eller annen vesentlig karakter	Adm. dir
Politianmeldelse	Fullmakt til å anmelde straffbare forhold begått mot helseforetaket eller dets ansatte	Saken forberedes i berørt avdeling. Saken underlegges juridisk vurdering før anmeldelse. Styret skal informeres om vesentlige saker	Nivå 2
Ta imot og begjære påtale	Fullmakt til å begjære påtale på vegne av foretaket	Ta imot og begjære påtale i vesentlige saker. Styret skal informeres om alle påtalebegjæringer av vesentlig karakter  I andre saker skal juridisk kompetanse trekkes inn før begjæring	Adm. dir  Nivå 2
Partsrepresentant	Opptre som part/lovlig stedfortreder i en rettslig prosess	I vesentlige saker skal Adm. dir informeres	Nivå 2 Foretaksjurist

## Matrise 3 - Økonomiske fullmakter

### Særskilt om økonomiske fullmakter

Regelverket for offentlige anskaffelser skal følges.

Økonomifullmakter omfatter rammene for iverksettelse av disposisjoner som gir foretaket en økonomisk forpliktelse. Rammene setter beløpsmessige grenser, samt fastsetter hvilke disposisjoner som kan iverksettes.

Den overordnede økonomiske rammen er foretakets styrevedtatte budsjett. Det er administrerende direktør i Vestre Viken som har fullmakt til å fastsette detaljert årsbudsjett ut fra styrets budsjettvedtak.

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
Fordele budsjetttrammer	Fullmakt til å fastsette detaljert årsbudsjett ut fra styrets budsjettvedtak		Adm. dir
Omdisponere budsjett	Fullmakt til å endre vedtatt budsjett innenfor gitt ansvarsområde		Nivå 3
Disponere budsjett	Fullmakt til å benytte budsjettmidler innenfor eget ansvarsområde og vedtatt budsjett	Innenfor årets budsjett	BDM
Investeringer	Fullmakt til å beslutte gjennomføring av investering	Årlig budsjettvedtak innenfor de gitte investeringsområder: Eiendom, grunnutstyr og bygnær IKT Medisinsk teknisk utstyr og IKT Ambulanser	Klinikkdirektør KIS Direktør teknologi Klinikkdirektør PHT
Salg og utrangering av utstyr, eiendeler og forbruksartikler	Fullmakt til å beslutte salg eller utrangering av utstyr, eiendeler og forbruksartikler	VV salg og utrangering av VV utstyr, eiendeler og forbruksartikler  Retningslinjer for mobiltelefon  Salg innenfor investeringsområdene (MTU, GRU, bygg, IKT og AMB) må godkjennes av ansvarlige for områdene. Regnskapssjefen skal informeres.  Antatt markedsverdi over 1 MNOK Antatt markedsverdi mellom 100 TNOK og 1 MNOK Antatt markedsverdi under 100 TNOK	Adm. dir Nivå 2 Nivå 3
Innlevere tilbud ved salg av tjenester	Fullmakt til å innlevere tilbud der helseforetaket konkurrerer om å være leverandør	Konsultasjonsplikt med controller	Nivå 2
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Leiekontrakten skal vurderes av stab Økonomi for vurdering av avtalevilkår og finansieringsmetode før kontraktinngåelse.</li> <li>Direktør økonomi godkjenner leieavtaler ut over ett år og over 100 TNOK pr. år.</li> <li>Leieavtaler for eiendom/bygg ut over 10 år godkjennes av Styret i Vestre Viken.</li> <li>Finansielle leieavtaler ut over 0,2 % av omsetningen godkjennes av Helse Sør-Øst og undertegnes av signaturberettiget i VV.</li> <li>Operasjonelle avtaler for eiendom/bygg med</li> </ul>	

Leiekontrakter for eiendom/bygg	Fullmakt til å inngå leiekontrakt for eiendom/bygg	<p>avtalevarighet over 5 år og nåverdi av fremtidige leieforpliktelser over 10 MNOK i hele perioden godkjennes av administrerende direktør.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Operasjonelle avtaler for eiendom/bygg hvor nåverdien av fremtidige leieforpliktelser er mellom 10 MNOK og 50 MNOK godkjennes av Styret i Vestre Viken.</li> <li>Operasjonelle avtaler for eiendom/bygg hvor nåverdien av fremtidige leieforpliktelser er over 50 MNOK godkjennes av Helse Sør-Øst.</li> <li>Operasjonelle avtaler for eiendom/bygg hvor nåverdien av fremtidige leieforpliktelser er over 100 MNOK godkjennes i Foretaksmøtet i Helse Sør-Øst</li> <li>Finansstrategien i Helse Sør-Øst har forrang</li> </ul>	Klinikkdirektør KIS
Leiekontrakter for utstyr	Fullmakt til å inngå leiekontrakter av utstyr	<ul style="list-style-type: none"> <li>Leiekontrakten skal vurderes av stab Økonomi i forhold til avtalevilkår og finansieringsmetode før kontraktinngåelse.</li> <li>Direktør økonomi godkjenner leieavtaler ut over ett år og over 100 TNOK pr. år.</li> <li>Finansielle leieavtaler ut over 0,2 % av omsetningen godkjennes av Helse Sør-Øst og undertegnes av signaturberettiget i VV.</li> <li>Forespørsel til finansieringsselskap skal sendes fra Stab Økonomi.</li> <li>Leiekontrakten godkjennes av Helse Sør-Øst om anskaffelsen overstiger 20 MNOK</li> </ul> <p>IKT og medisinsk teknologisk utstyr</p> <p>Ambulanser</p> <p>Grunnutrustning og biler</p> <p>Mindre utstyr under 100 TNOK</p>	<p>Direktør Teknologi</p> <p>Direktør PHT</p> <p>Direktør KIS</p> <p>Nivå 2</p>
Opprette, endre eller slette bankkonti	Fullmakt til å opprette, endre eller slette bankkonti hos foretakets bankforbindelse		Regnskapssjef
Avgjøre hvem som skal ha utbetalingsfullmakt på bankkonti	Fullmakt til å avgjøre hvem som skal ha utbetalingsfullmakt på bankkonti		Regnskapssjef
Avskrive fordringer	Fullmakt til å avskrive uerholdelige fordringer	Kan først gjøres etter at ordinære purre- og inkassorutiner er fulgt og har vært formålsløst over 1 MNOK	<p>Regnskapssjef</p> <p>Direktør økonomi</p>
Godkjenne særskilte oppdrag	Fullmakt til å godkjenne oppstart av særskilte prosjekter, der det følger med særskilte midler, og som medfører ressursbruk utenfor primæroppgavene til enheten.	<p>Inntil 10 MNOK</p> <p>Inntil 5 MNOK</p>	<p>Adm. direktør</p> <p>Nivå 2</p>
Godkjenne regnskap for øremerkede midler	Fullmakt til å undertegne særregnskap for bruk av øremerkede midler mottatt fra		Regnskapssjef

	utenforstående (i hovedsak departement)		
Motta pengegaver/ donasjoner	Fullmakt til å motta gaver på vegne av helseforetaket	<p>Fullmakten gjelder kun i de tilfeller det ikke er bindinger tilknyttet gaven</p> <p>Følgekonsekvenser for gaven må vurderes</p> <p>Gaver som generer vesentlige kostnader utover budsjettåret og/eller som det knyttes vesentlige bindinger til, skal vurderes av administrerende direktør</p> <p>Gaver som er av vesentlig størrelse og som kan ha innvirkning på strategien i Vestre Viken skal vurderes av styret i Vestre Viken.</p>	Nivå 2
Inngå avtale om bedriftskort/kredittkort	Fullmakt til å inngå avtale om bedriftskort/kredittkort med bedriftsansvar	I henhold til gjeldende bedriftsavtale og retningslinje for bedriftskort	Regnskapssjef
Disponere fellesøkonomiske ansvarssteder	Innhold følger av årlige budsjettvedtak		Regnskapssjef og avd.sjef Foretakscontrolling



## Matrise 4 - Innkjøpsfullmakter

### Særskilt om innkjøpsfullmakter

Innkjøp av varer og tjenester skal følge bestemmelsene i fullmaktmatrisen. Det gjelder særskilte retningslinjer og fullmakter for investering- og leieområdet. Generelt gjelder følgende:

- Lov og forskrifter om offentlige anskaffelser, samt andre gjeldende lover og regler.
- Ethvert innkjøp skal være relevant og nødvendig for driften. Det skal kontrolleres at det er dekning for kostnaden i tildelt budsjett og at den er økonomisk forsvarlig, herunder basert på en vurdering av om det foreligger en resultatrisiko for året.
- Ved behov for kjøp over 100 TNOK (inkl. mva. og livsløpskostnader), som ikke er avrop på en rammeavtale med krav om minikonkurranse, skal saken forelegges innkjøpsavdelingen som vurderer behov for eventuell konkurranseutsetting før avtale kan inngås med Vestre Viken.

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
Bestille oppdrag fra Sykehusinnkjøp	Bestille anskaffelsesoppdrag fra Sykehusinnkjøp i henhold til gjeldende prosedyrer		Innkjøps sjef (Nivå 3)
Starte en innkjøpsprosess	Fullmakt til å beslutte at man skal starte en innkjøpsprosess. Omfatter oppstart av innkjøpsprosess både med sikte på å etablere rammeavtale og ved enkeltstående kjøp	Praktisk gjennomføringsansvar for innkjøp over 100 TNOK (inkl. mva. og livsløpskostnader) tilligger innkjøpsavdelingen. Gjelder ikke kjøp på rammeavtale, der det ikke er krav til minikonkurranse	Nivå 3
Innkjøp av medisinsk utstyr og IKT over 100 TNOK (inkl. MVA)	Fullmakt til å gjennomføre kjøp av medisinsk utstyr og IKT	Innkjøp IKT skal som utgangspunkt kjøpes via Sykehuspartner Alle IKT-investeringer må avklares med Sykehuspartner I samsvar med prosedyrer for iverksettelse av innkjøpsprosess	Direktør teknologi
Innkjøp av varer og tjenester til oppgradering av bygg og grunnrustning over 100 TNOK (inkl. MVA) og byggnær IKT	Fullmakt til å gjennomføre kjøp av varer og tjenester til oppgradering av bygg og grunnrustning	I samsvar med prosedyrer for iverksettelse av innkjøpsprosess	Nivå 3 KIS
Signere kontrakt	Fullmakt til å signere kontrakt etter gjennomført konkurranse i henhold til lovmessige krav (spesielt lov om offentlige anskaffelser med forskrifter)	Innenfor budsjettåret: Generell fullmakt Utover budsjettåret: Nivå 1 inntil 20 MNOK	Nivå 3 Adm. direktør
Foreta bestilling og/eller attestere faktura	Fullmakt til å utarbeide bestillinger i de tilfeller det finnes rammeavtale Tilsvarende å anse kostnader	Kan delegeres til ansatte med nødvendig bestillerkompetanse i avdelingen (rekvirent)	Utnevnes av BDM
Godkjenne bestilling og/eller anse faktura	Fullmakt til å godkjenne bestillinger i de tilfeller det finnes rammeavtale Tilsvarende å anse kostnader	Innenfor generell fullmakt	BDM
Godkjenne varemottak	Fullmakt til å signere for kontroll av at mottatte varer er i henhold til følgesedel Varemottak gjøres fortrinnsvis av bestiller		Utnevnes av BDM eller i form av stilling
Utbetaling bank	Fullmakt til å foreta utbetaling fra bank	Skal ikke kombineres med tilgang til å bokføre og oppdatere leverandørregisteret	Regnskapssjef
Bokføre	Tilgang til å oppdatere regnskapet/leverandørregisteret (systemtilgang)	Skal ikke kombineres med utbetalingsfullmakt bank og tilgang til å oppdatere leverandørregisteret	Regnskapssjef
Godkjenne oppdatering av leverandørregister	Tilgang til å opprette, endre og slette leverandører i økonomisystemet (systemtilgang)	Skal ikke kombineres med utbetalingsfullmakt bank og bokføringstilgang	Regnskapssjef

Godkjenne hvem som kan utføre fritekstkjøp	Fullmakt til å godkjenne hvem som kan gjøre fritekstkjøp på enheten	Behovsprøves av innkjøpsavdelingen	Nivå 4
--------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------	------------------------------------	--------

## Matrise 5 - HR Fullmakter

### Særskilt om HR fullmakter

Ledernes fullmakter på HR-området er omfattende og sentrale for en effektiv ledelse og styring av Vestre Viken. Med arbeidsgiveransvaret utøver lederne også arbeidsgivers styringsrett. Arbeidsgivers styringsrett innebærer at lederen organiserer driften, leder de ansatte, fordeler og kontrollerer arbeidet. Med andre ord bestemmer hvem som skal gjøre hva, når og hvordan. Arbeidsgiver beslutter hvem som skal ansettes for å utføre oppgavene i enheten, og gjør beslutninger ved avslutning av ansattes arbeidsforhold.

I tillegg til generelle fullmakter kan det være nødvendig med en tidsavgrenset engangfullmakt, en såkalt stedfortrederfullmakt, eksempelvis i forbindelse med ferieavviklingen og/eller sykdomsperioder. Om lederen på enheten har en formell stedfortreder er denne stedfortreder ved leders fravær. Stedfortreder må være dokumentert.

Det laveste mulige myndighetsnivå er budsjettdelegert myndighet (BDM). Det vil være enhetens kompleksitet, geografiske beliggenhet og antall årsverk som vil være avgjørende for om det er opprettes en BDM. Nivå 3 skal beslutte om det skal opprettes BDM i avdelingen. HR Utvikling er rådgivere i prosessen.

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
Beslutte å opprette ny stilling, herunder opprette engasjementstilling	Fullmakt til å beslutte at det skal opprettes ny stilling, herunder opprette engasjementstilling innenfor vedtatt budsjett I dette ligger at helårseffekten skal vurderes for å sikre at det ikke pådras utgifter frem i tid som det ikke er dekning for	Lønn fastsettes i henhold til gjeldende overenskomst eller sammenlignbare stillinger Ved avvikende lønn fra ovennevnte har leder konsultasjonsplikt med HR Utvikling og lederstøtte før fastsettelse  Nye legestillinger: Ansvarlig leder sender søknad til nivå 2, hvor søknaden skal få tilslutning før den avgjøres av administrerende direktør i foretaksledermøte	Nivå 2
Beslutte å utlyse eksisterende stilling, med unntak av: • Legestillinger • Lederstillinger • Stillinger i stab/merkantile støttepersoner	Fullmakt til å beslutte at ubesatt stilling skal lyses ut for ansettelse  I dette ligger at helårseffekten skal vurderes for å sikre at det ikke pådras utgifter frem i tid som det ikke er dekning for	Ved mindre enheter som i liten grad foretar ansettelser legges fullmakten til nivå 3 Lønn fastsettes i henhold til gjeldende overenskomst eller sammenlignbare stillinger	Nivå 4
Beslutte å utlyse i eksisterende: • Legestillinger • Lederstillinger • Stillinger i stab/merkantile støttepersoner	Fullmakt til å beslutte at ubesatt stilling skal lyses ut for ansettelse I dette ligger at helårseffekten skal vurderes for å sikre at det ikke pådras utgifter frem i tid som det ikke er dekning for	Lønn fastsettes i henhold til gjeldende overenskomst eller sammenlignbare stillinger Ved avvikende lønn fra ovennevnte har leder konsultasjonsplikt med HR Utvikling og lederstøtte før fastsettelse Endelig godkjenning av avvikende lønn skal fastsettes av nivå 2	Nivå 3
Beslutte hvem som skal ansettes	Fullmakt til å beslutte hvem som skal ansettes jfr VV Rekruttering og ansettelse	Ved avvikende lønnsfastsettelse har leder konsultasjonsplikt med HR Utvikling og lederstøtte Endelig godkjenning av avvikende lønn skal fastsettes av nivå 2	BDM
Beslutte å ta inn vikar	Fullmakt til å beslutte at det skal tas inn vikar i stilling	Lønn fastsettes i henhold til gjeldende overenskomst eller sammenlignbare stillinger Ved avvikende lønnsfastsettelse har leder konsultasjonsplikt med HR Utvikling og lederstøtte Endelig godkjenning av avvikende	Nivå 4

		Lønn skal fastsettes av nivå 2	
Lønnsjustering for grupper av ansatte	Fullmakt til å justere lønn eller lønnsselementer for grupper av ansatte ut over ordinære lønnsforhandlinger i foretaket Fullmakten gjelder også ved inngåelse av vaktordninger med betingelser utover gjeldende overenskomst	Ved lønnsjustering av grupper av ansatte skal slik justering besluttes i foretaksledelsen Er saken av klinikk- eller stabsovergripende art, må beslutningen fattes av involverte direktører og administrerende direktør I slike saker skal HR Utvikling og lederstøtte konsulteres	Nivå 1
Lønnsforhandlinger	Fullmakt til å gjennomføre lønnsforhandlinger i foretaket	Avdelingssjef HR Utvikling og lederstøtte delegerer til forhandlingsledere	Avd. sjef HR Utv. og lederstøtte
Omgjøring av stilling	Fullmakt til å vedta omgjøring av eksisterende stilling innenfor arbeidsgivers styringsrett Omfatter både inndragning av stilling og å endre eksisterende stilling	Inndragning av stilling  Endre eksisterende stilling, men med konsultasjonsplikt med nivå 3	Nivå 3  Nivå 4
Utøvelse av daglig drift i samråd med leder på nivå 4, herunder å kunne godkjenne personrelaterte kostnader	Fullmakt til å ivareta daglig personaloppfølging  Fullmakten omfatter, men er ikke begrenset til, fastsetting av arbeidsplaner/turnus og ferielister, pålegging av overtid og å innvilge avtalefestede permisjoner. For yrkesgrupper som er gjensidig avhengige av hverandre i driften må arbeidsplaner koordineres.  Fullmakt til å ivareta daglig personaloppfølging vil også omfatte godkjenning av variabel lønnsliste for utbetaling (som time- og overtidslister, turnusplaner og reise godtgjørelse)	Personalansvar kan ikke delegeres til BDM, kun <u>personaloppfølging</u> i samråd med nivå 4  Enhetens kompleksitet, geografiske beliggenhet og antall årsverk er avgjørende for om det kan opprettes en BDM  Nivå 3 skal beslutte om det skal opprettes BDM i avdelingen. Det er konsultasjonsplikt med HR Utvikling og lederstøtte	BDM
Godkjenne legers bemanningsplaner	Fullmakt til å godkjenne legers bemanningsplaner	Nivå 4 har konsultasjonsplikt med nivå 3	Nivå 4
Godkjenne bierverv	Fullmakt til å godkjenne bierverv		Nivå 2
Godkjenne ferie	Fullmakt til å godkjenne ferie Godkjenning av plan for hovedferieperioden	Budsjettrammer	BDM Nivå 3
Advarsel	Fullmakt til å gi ansatte muntlig og skriftlig advarsel	Konsultasjonsplikt med HR Utvikling og lederstøtte	Nivå 3
Suspendere ansatte	Fullmakt til å beslutte at ansatte skal suspenderes fra sitt arbeid		Direktør kompetanse
Vedta oppsigelse/avskjed	Fullmakt til å avslutte arbeidsforhold		Direktør kompetanse
Godkjenne sluttpakke/sluttavtale ved oppsigelse	Fullmakt til å godkjenne sluttpakke/sluttavtale i forbindelse med at ansatte slutter	Sluttpakke/sluttavtale må avgjøres i samarbeid med nivå 2	Direktør kompetanse
Vedta omplassering av ansatte	Fullmakt til å beslutte omplassering av ansatte	Innenfor egen avdeling Leder har konsultasjonsplikt med HR Utvikling og lederstøtte	Nivå 3

## 6. Referanser

### 6.1 Lover

[Helseforetaksloven](#)

[Prokuraloven](#)

[Regnskapsloven](#)

## 6.2 Veiledere

[Finansstrategi - HSØ, vedtatt 2012](#) (sist korrigerert 2021)  
[Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst, vedtatt i 2020](#)  
[Veiledere - Sykehusbygg](#)  
[Instruks for styret i Vestre Viken HF](#)  
[Instruks for administrerende direktør i Vestre Viken HF](#)

## 7. Begrepsforklaringer

### Anvisning

En fullmakt til å godkjenne at foretaket skal betale for innkjøp av varer og tjenester. Utøves ved å anwise en faktura.

### Attestasjon

En fullmakt til å bestille varer og tjenester, og godkjenne varemottak av varen. Man godkjenner at varen/tjenesten er mottatt til korrekt pris, kvalitet og antall.

### Budsjettdelegert myndighet (BDM)

Den som har ansvar for budsjett innenfor gitt område. Vedkommende vil tilsvarende ha budsjettdisponeringsmyndighet for dette området. Denne myndigheten kan ikke delegeres.

### Delegasjon

Det å overlate til en annen å utføre å treffe beslutninger med rettsvirkninger på egne vegne. Retten en fullmektig (fullmaktsinnehaver) har til å delegere myndighet videre. Fullmaktsgiver beholder samtidig selv myndigheten/det overordnede ansvaret og har instruksjonsrett om hvordan denne skal utøves av fullmektig. Delegasjonen kan trekkes tilbake. All delegasjon i Vestre Viken skal være begrunnet, forsvarlig og dokumenterbar/mulig å ettergå. Delegering fritar ikke for eget ansvar.

### Fritekstkjøp/Formular

Kjøp av varer og tjenester som ikke er lagt inn som artikkel i innkjøpssystemet.

### Fullmakt

En fullmakt er en myndighet en ansatt er tildelt for å representere Vestre Viken HF utad gjennom å opptre, handle eller stifte forpliktelser på vegne av foretaket. Legitimasjonen utad vil kunne være større enn retten internt.

### Fullmaktsgiver

Betegnelsen på en person som har avgitt fullmakt slik at en annen person (fullmektig) kan opptre og handle på sine vegne. Fullmakten kan være begrenset til en spesiell handel eller avgjørelse, eller være av generell karakter. Disposisjoner fullmektigen gjør regnes som å være gjort av fullmaktsgiveren.

### Fullmektig

Betegnelsen på en person som er tildelt en fullmakt. Fullmektigen kan da opptre og handle på vegne av en annen person (fullmaktsgiver). Fullmakten kan være begrenset til en spesiell handel eller avgjørelse, eller av mer generell karakter. Disposisjonen som fullmektigen foretar er å betrakte som en disposisjon foretatt av fullmaktsgiveren.

### Habilitet

For å være habil må det ikke være noen omstendigheter i saken som er egnet til å svekke tilliten til den som deltar i saksbehandlingen.

Ingen skal altså kunne påvirke eller oppfattes som å kunne påvirke sakens behandling der vedkommende selv eller noen som står denne nær kan ha interesse av utfallet.

### Instruksjonsrett

Den som har delegert fullmakt videre, har rett til å instruere den man har gitt fullmakt til.

### Legitimasjonsfullmakt

Legitimasjonen utad vil kunne være større enn retten internt. Den som går utover sine fullmakter vil kunne risikere å urettmessig kunne forplikte Vestre Viken på tvers av ADs delegerte fullmakter.

### Mislighet

Handlinger som innebærer uredelighet for å oppnå en urettmessig fordel for seg selv, virksomheten mv. eller andre. Misligheter skilles fra feil ved at den underliggende handlingen er tilsiktet.

### **Opsjon**

Rett til å inngå en fremtidig avtale på bestemte vilkår som er fastsatt på forhånd.

### **Politianmeldelse av straffbare forhold**

En politianmeldelse er å gi politimyndighetene melding om et mulig straffbart forhold. Det er administrerende direktør i Vestre Viken som har fullmakt til å anmelde straffbare forhold begått mot helseforetaket eller dets ansatte. Av hensyn til oversikt over og formelt korrekte anmeldelser kan fullmakten delegeres. Saken forberedes i den aktuelle avdeling hvor forholdet har oppstått og kvalitetssikres av juridisk kompetanse før saken anmeldes.

### **Prokura**

Prokura er en lovregulert fullmakt som følger av prokuraloven. Styret beslutter hvem som skal tildeles prokura i Vestre Viken HF og sørger for registrering i Foretaksregisteret. Den som er tildelt prokura kalles prokurist og kan forplikte Vestre Viken HF i alt som har med drift å gjøre. Unntak: Overdragelser/beheftelser av fast eiendom/løsøre eller det å opptre i søksmål på Vestre Vikens vegne. Det måtte i så fall treffes en beslutning av Styret om dette. Prokura kan ikke overføres til andre (prokuraloven paragraf 3 og 4).

### **Retts- og prosessfullmakt**

Fullmakt til å ta ut stevning/anke, såkalt partsfullmakt, og/eller å inngå rettslig forlik.

Et forlik inngått i retten vil ha rettslig virkning tilsvarende en rettskraftig dom. Saken er da endelig avgjort.

Styret har delegert retts- og prosessfullmakter til administrerende direktør i [instruks av 26.august 2009 punkt 5.6](#). Fullmakten må forstås innenfor prosesslovgivningens grenser og øvrige grenser for administrerende direktørs fullmakter. Det betyr at retts- og prosessfullmakter delegeres administrerende direktør for de saker som kan regnes som daglig ledelse og drift, med unntak av saker av uvanlig art eller stor betydning. Saker som gjelder retts- og prosessfullmakter skal underlegges juridisk vurdering for å sikre ivaretagelse av rettslige og prosessuelle forhold, ikke minst sikre at absolutte frister overholdes.

### **Sluttavtale**

### **Sluttpakke**

### **Spesialfullmakt**

Fullmakt som går utover organisatoriske og grenser bestemt for stillingen.

### **Stillingsfullmakt**

Fullmakt følger av instruks, avtale, eller som følger av stillingen.

### **Utenomrettslig forlik**

Et utenrettslig forlik vil normalt være som en regulær avtale mellom partene (motsatt er rettslig forlik en enighet som er oppnådd mellom partene i en rettstvist).

Fullmakt til å inngå utenomrettslig forlik, godkjenne utbetaling av erstatning i et kontraktsforhold og utbetale erstatning eller oppreisning utenfor kontraktsforhold ligger i utgangspunktet hos administrerende direktør. Ofte skyldes krav om slike utbetalinger uheldige forhold. Det må gjøres til dels kompliserte, juridiske vurderinger av om Vestre Viken a) er rettslig forpliktet, og/eller om b) andre forhold gjør at utbetaling bør/ikke bør gjennomføres. Det bør være mest mulig lik praktisering i Vestre Viken, og juridisk kompetanse bør søkes ved et mulig utenomrettslig forlik. I mindre vesentlige saker kan myndigheten til å inngå utenomrettslig forlik delegeres i linjen.

### **Vesentlig avtale**

Avtale av stor økonomisk verdi og/eller politisk interesse som kan få betydelig oppmerksomhet også i media er typisk en avtale av prinsipiell, politisk karakter som angår Vestre Vikens omdømme, for eksempel overordnet samarbeid, strategier, oppgavefordeling mellom flere HF og flerårige avtaler.

### **Vesentlige saker**

Utpreget skjønnsmessig begrep. Typisk saker som gjelder store beløp, har høy risiko og/eller er av prinsipiell, politisk karakter med betydning for helseforetakets omdømme. Eksempelvis samarbeidsavtaler, strategi, oppgavefordeling mellom helseforetak og flerårige avtaler.

### **Vedlegg**

- [Mal Spesialfullmakt.docx](#)
- [AD fullmakter i Vestre Viken 2020](#)
- [Spørsmål og svar om signatur](#)

## Årsplan for styret 2023

Ajourført pr. 23. januar 2023

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
<b>Mandag</b> <b>30. januar</b> <b>Digitalt / Teams</b> (09.00 – 11.00)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revidert retningslinje for virksomhetsstyring</li> <li>Reviderte fullmakter i VVHF</li> </ul>	<b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Foreløpig årsresultat 2022</li> </ul> <b>Referatsaker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Brukerutvalg 24. januar</li> <li>Styrets årsplan pr januar</li> </ul>	
<b>17. februar – foretaksmøte i regi av HSØ (digitalt)</b>			Oppdrag og bestilling (OBD) 2023
<b>Mandag</b> <b>27. februar</b> <b>Kongsberg sykehus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Virksomhetsrapportering pr 3. tertial 2022, inkludert risikovurdering, gevinstplan og IKT</li> <li>Årlig melding 2022</li> <li>Foretaksprotokoller 2022 – inkl. OBD 2023</li> <li>Energiplan VVHF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Virksomhetsrapport pr. 31. januar 2023</li> </ul> <b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nytt sykehus Drammen</li> </ul> <b>Referatsaker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 10. februar</li> <li>SKU 31. januar</li> <li>HAMU 14. februar</li> <li>Brukerutvalg 21. februar</li> <li>Årsrapport 2022 for varslingsutvalget</li> <li>Styrets årsplan pr februar</li> </ul>	
<b>Mandag</b> <b>27. mars</b> <b>Drammen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Årsberetning/årsregnskap 2022</li> <li>Etiske retningslinjer i VVHF</li> <li>Styrende dokumenter i VVHF 2023</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Virksomhetsrapport pr. 28. februar 2023</li> </ul> <b>Andre orienteringer:</b>	Eget møte mellom styret og revisor.

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruks for styret i VVHF</li> <li>• Instruks for AD i VVHF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nytt sykehus Drammen</li> <li>• ØLP 2024 -2027</li> <li>• Pasientombudenes årsmelding 2022</li> </ul> <b>Referatsaker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 9. mars</li> <li>• Brukerutvalg 21. mars</li> <li>• SKU 7. mars</li> <li>• Styrets årsplan pr mars</li> </ul>	
<b>20. April - felles styreseminar HSØ og HF-ene</b>			
<b>Mandag 15. mai Ringerike sykehus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tertialrapport 1. tertial 2022</li> <li>• Revidert utviklingsplan 2035</li> <li>• Ledelsens gjennomgang VVHF 2022</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhetsrapport pr 30. April 2023</li> </ul> <b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sikre pasientforløp - gevinster</li> <li>• Nytt sykehus Drammen</li> <li>• Klinikk for medisinsk diagnostikk (KMD)</li> <li>• Analyse Kongsberghendelsen og PHT</li> </ul> <b>Referatsaker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Årsrapport 2022 VVHF</li> <li>• Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 27/28 april</li> <li>• SKU 9. mai</li> <li>• Brukerutvalg 2. mai</li> <li>• Styrets årsplan pr mai</li> </ul>	Forskning i VVHF
<b>Mandag 12. juni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet</li> <li>• Styrets møteplan 2024</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhetsrapport pr. 31. mai 2023</li> </ul>	Styremøte og styreseminar



Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
<b>Heldagsseminar Drammen</b>		<b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nytt sykehus Drammen</li> </ul> <b>Referatsaker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>HAMU 13. juni</li> <li>Brukerutvalg 6. juni</li> <li>SKU 20. juni</li> <li>Styrets årsplan pr juni</li> </ul>	
<b>23. juni - foretaksmøte i regi av HSØ (Grev Wedels plass 5, Oslo)</b>			
<b>Mandag 29. august Digitalt / Teams (09.00 - 11.00)</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Virksomhetsrapport pr. 31. juli</li> </ul> <b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nytt sykehus Drammen</li> </ul> <b>Referatsaker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 21. juni og 24. august</li> <li>Brukerutvalg 22. august</li> <li>Styrets årsplan pr august</li> </ul>	
<b>Mandag 25. september</b>  <b>Styreseminar 26. september</b>  <b>Drammen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tertialrapport 2. tertial 2023</li> <li>Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2024</li> <li>Lønnsoppgjør 2023 for administrerende direktør</li> </ul>	<b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Status nytt sykehus Drammen</li> </ul> <b>Referatsaker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>HAMU 5. september</li> <li>SKU 29 august</li> <li>Brukerutvalg 19. september</li> <li>Styrets årsplan pr september</li> </ul>	Program styreseminar:
<b>Mandag 30. oktober Bærum sykehus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medarbeiderundersøkelsen ForBedring i VVHF 2023</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Virksomhetsrapport pr 30. september 2023</li> <li>BRK-prosjektet</li> <li>Kvalitetsindikatorer</li> </ul>	Forskning i VVHF

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
		<p><b>Andre orienteringer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nytt sykehus Drammen</li> <li>• Budsjett 2024</li> </ul> <p><b>Referatsaker</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styreprotokoll fra HSØ 29. september og 26. oktober</li> <li>• SKU 10. oktober</li> <li>• Brukerutvalg 24. oktober</li> <li>• Styrets årsplan pr oktober</li> </ul>	
<p><b>Mandag</b> <b>27. november</b> <b>Drammen</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhetsrapport pr. 31. oktober 2022</li> </ul> <p><b>Andre orienteringer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nytt sykehus Drammen</li> </ul> <p><b>Referatsaker</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 22/23. november</li> <li>• SKU 7. november</li> <li>• Brukerutvalg 21. november</li> <li>• Styrets årsplan pr. november</li> </ul>	<p>Evaluering av styrets arbeid.</p>
<p><b>Mandag</b> <b>18. desember</b> <b>Drammen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Budsjett og mål 2024</li> <li>• Styrets årsplan 2024</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhetsrapport pr. 30. november 2023</li> </ul> <p><b>Andre orienteringer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nytt sykehus Drammen</li> <li>• Reevaluering NSD – erfaringer fra nytt sykehus i Østfold</li> </ul> <p><b>Referatsaker</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• HAMU 5. desember</li> <li>• Brukerutvalg 12. desember</li> <li>• Styrets årsplan pr desember</li> </ul>	<p>Dialogmøte med Brukerutvalget og Ungdomsrådet.</p>

**Merk:**

- Det tas forbehold om endringer i oversiktene basert på at aktuelle saker ikke har fastsatt møtetidspunkt eller det er oppstått forsinkelser.
- Fysisk møte kan også omgjøres til digitalt møte ved behov.
- Oppdatert årsplan for styret ligger som fast referatsak til styremøtene.

**Saker til behandling på senere tidspunkt / pendingliste styremøter:**

**Grønt:** Står på listen i grønt i det møtet det leveres på – tas deretter ut av pendinglisten.

Bestilling fra styret	Bestillingsdato	Forventet leveranse	Status
Sak 131/2022 Status nytt sykehus Drammen. Styret ønsker en orientering fra prosjektdirektør PNSD ved et kommende styremøte.	12.12.22	27.02.23	
Sak 130/2022 BRK-programmet – Konsekvensutredning. Styret ønsker en ekstra orientering i februarmøtet der det redegjøres for hvilke tiltak som vil iverksettes.	12.12.22	27.02.23	
Sak 101/2022 Virksomhetsrapportering per. 30. September 2022. Styret ønsker å få innsikt i foretakets situasjon mht. tilgang til god styringsinformasjon.	31.10.22		Svares opp gjennom virksomhetsrapporteringen.
Sak 90/2022 Virksomhetsrapportering pr. 2 tertial 2022. Styret ber om å få informasjon i et senere styremøte om hvordan utviklingen av Fritt behandlingsvalg vil påvirke drift og kostnader for VVHF.	26.09.22	30.01.23	Informerer under driftsorientering fra AD
Sak 90/2022 Virksomhetsrapportering pr. 2 tertial 2022. Det rapporteres om at risiko på både kort og lang sikt innen IKT området vurderes som høy, og leveranser fra Sykehuspartner går fra grønt til gult. Dette påvirker NSD direkte med hensyn til gevinstuttak. Styret stiller spørsmål til om risikoen er høyere.	26.09.22	27.02.23	

En beskrivelse av «Plan B» for NSD med bakgrunn i de forsinkede leveransene fremlegges ved neste tertialrapportering.			
Sak 74/2022 Utbedring av foretakets varslingsordning. Varslingsutvalgets årsrapport fremlegges årlig for styret. Fra og med 2022 rapporteringen vil denne medfølges av en oversikt over antall og type varslingsaker. Styret vil også få fremlagt resultater av den oppfølgingen konsernrevisjonen har varslet i 2022.	20.06.22	27.02.23	
Sak 49/2022 Revidert utviklingsplan 2035. Styret ønsker å holdes orientert om viktige initiativer som VVHF tar som en følge av mål og tiltak i Utviklingsplanen, dette for å følge med på at "våre initiativ må henge sammen med UP".	25.04.22	Fort-løpende	Informeres under driftsorientering fra AD

Drammen, 11.01.23

Til Styret ved Vestre Viken,

Som ansatt ved Drammen sykehus melder jeg herved inn en sak til neste styremøte. Denne omhandler mangelfulle parkeringstjenester for ansatte ved Drammen sykehus.

### **Bakgrunn:**

I løpet av høsten 2022 har mange ansatte ved Drammen sykehus med tildelt parkeringsavtale blitt ilagt urettmessige kontrollsanksjoner og/eller fakturaer. Dette ser ut til å ha sammenheng med ny leverandør av parkeringstjenestene ved Drammen sykehus, som siden 1. september 2022 er Apcoa Parking. Det bemerkes i den anledning at brukerveiledninger for nye parkeringstjenester ikke var tilgjengelige ifm oppstart av ny parkeringsordning. Det har utover dette også manglet vesentlig informasjon fra både leverandør av parkeringstjenester og arbeidsgiver sin side hva gjelder nye regler for ansattparkering ved Drammen sykehus (automatisk skiltgjenkjenning, ikke automatisk skiltgjenkjenning, månedsabonnement, betaling per parkering, registrering av reg.nr., bruk av app, etc.). Den tekniske applikasjonen fra leverandør av parkeringstjenestene, som synes å være grunnlaget for hvem som ilegges kontrollsanksjoner, har dessuten vist seg å være ustabil.

På bakgrunn av dette har det vært ønskelig å registrere ansatte ved Drammen sykehus som har fått minst en urettmessig parkeringsbot på ansattparkering i tidsrommet 1. september 2022 til 1. januar 2023. Siden 30.12.22 er det derfor blitt fordelt en e-post til ulike ansattgrupper ved Drammen sykehus med ønske om skriftlig tilbakemelding dersom vedkommende har opplevd urettmessig parkeringsbot i det aktuelle tidsrommet.

I perioden 30.12.22 – 11.01.23 har 105 ansatte ved Drammen sykehus gitt skriftlig tilbakemelding om at de har fått minst en urettmessig kontrollsanksjon og/eller faktura på ansattparkering i tidsrommet 1. september 2022 til 1. januar 2023. Det faktiske antallet berørte antas å være langt høyere ettersom e-posten foreløpig ikke er fordelt til alle sykehusets ansattgrupper. Både Mette Anita Hilden i parkeringsutvalget og tillitsvalgt Karoline Sunnarvik-Ween er informert om det aktuelle og har videreformidlet saken via sine kanaler.

Jeg ønsker herved å løfte saken opp til øverste nivå i foretaket ettersom problemet anses som kritisk. Verdifull arbeidstid som skal komme pasienter til gode forsvinner nå i unødvendige telefonsamtaler og e-post-utveksling med leverandøren av parkeringstjenester og til dels leting etter alternative parkeringsplasser. Ansatte opplever uforutsigbarhet omkring sin jobbhverdag og opplever urettmessige finansielle tap. Det er allerede søkt juridisk bistand fra Legeforeningen i denne saken.

**Forslag til styret:**

- 1) Refusjon av alle urettmessig ilagte kontrollanskjoner/fakturaer for ansatte med tildelt parkeringsavtale ved Drammen sykehus fra selskapet Apcoa Parking i perioden 01.09.22 til dags dato.
- 2) Kansellering av avtalen med Apcoa Parking slik at ansatte ved Drammen sykehus kan få tilbake en seriøs leverandør av parkeringstjenester ved sin arbeidsplass
- 3) Åpning av juridisk sak mot Apcoa Parking i sin håndheving av urettmessige kontrollanskjoner og fakturaer ovenfor ansatte ved Drammen sykehus med tildelt parkeringsavtale

Med vennlig hilsen,

Sven-Petter Haugvik

Overlege, gastrokirurgisk seksjon, kirurgisk avdeling, Drammen sykehus

E-post: [svhaug@vestreviken.no](mailto:svhaug@vestreviken.no)

Telefon: 47 44 00 90

**Vedlegg:**

- 1) liste med navn på ansatte ved Drammen sykehus med tildelt parkeringsavtale som har gitt skriftlig tilbakemelding på at de har mottatt minst én urettmessig kontrollansksjon og/eller faktura i perioden 01.09.22 – 01.01.23
- 2) e-post som siden 30.12.22 er fordelt til ulike ansattgrupper ved Drammen sykehus

**Vedlegg 1:** liste med navn på ansatte ved Drammen sykehus med tildelt parkeringsavtale som har gitt skriftlig tilbakemelding på at de har mottatt minst én urettmessig kontrollsanksjon og/eller faktura i perioden 01.09.22 – 01.01.23

Simicic	Denis
Sunnarvik-Ween	Karoline
Røst	Tone Sjøgaard
Stenseth	Rita
Jensen	Kristian
Arnesen	Marte Hvidsten
Skoe	Øyvind Werpen
Oskarson	Gudmundur Valtyr
Hannisdal	Hans Fredrik
Roald	Nina Andersson
Strømsheim	Kristin Asskildt
Midtskogen	Lindy Anneth
Refvik	Helene Jensen
Øigarden	Karen Sjømborg
Korbøl	Line
Svindland	Anders Lyche
Jakobsen	Eirik Tennebø
Korneliussen	Ida Kristin
Selbo	Hilde Irmeli
Heidari	Abdul Karim
Eide	Marie Lilland
Olafsson	Ingi Thor
Josten	Silje Schau
Paulsen	Hanne
Haugvik	Sven-Petter
Sande	Vetle
Bhadjwa	Edona Aleena
Rage	Lone Pia
Safi	Noorzia
Smedsgård	Ingvild Aasen
Solbakken	Terje
Aasheim	Christer
Jesuraja	Arokiarani
Gravdahl	Asta Marie Bøhmer
Knudsen	Cathrine
Schi	Sanny Vælitalo
Frivoll	Birgit
Glennie	Dagny Margrethe
Teigen	Mette Haug
Grinna	Mats Thorrud
Monstad	Iril Lovise

Torgersen	Maria
Ellingsen	Katrine
Vik	Hans Christian Grindstad
Ngu	Hao Ngoc
Kroken	Linn-Therese
Simicic	Vjera
Waage	Gro
Kvale	Ingrid Marie
Hovind	Sissel Karin
Stensland	Elin Marie
Jebsen	Liv
Erichsen	Karin Bjørge
Bakkan	Marit Hornstuen
Ek	Randi
Krogsæter	Anna Sevrine
Hansen	Tom Henri
Rosenau	Katrin Martina
Hytten	Henrik Storstein
Herje	Jon
Thorgersen	Hilde
Bergum	May Kristin
Lærum	Carina Oppegaard
Nordheim	Toril
Rasmussen	Randi Stenberg
Høie	Anne Lina
Botilsrud	Lise Kapstad
Borgersen	Silje Kristine
Fosen	Elisabeth Johnsen
Baastad	Sylvia Leiro
Sommerfeldt	Line
Oppedal	Ine Solesvik
Sollid	Stina Therese
Hansen	Jenny Katrine Kallåk
Graver	Anne
Næss-Andresen	Thomas
Vindvik	Torill
Ranfelt	Hedi
Bezzazi	Abdeladime
Mushtaz	Saira
Wathne	Frida Tolner
Arnstorp	Magnus
Svenne	Ida
Haukjem	Liv Kristin
Sejersted	Tonje
Moy	Targjerd
Olsen	Stine Feiring



Samdal	Martin
Pettersen	Gry Jeannette
Bottolfsen	Marthe
Tro	Tonje
Tanovic	Nadja
Nordén	Einar
Fjeld	Anders
Torp	Hilde
Løken-Elstad	Elisabeth
Aas	Elisabeth
Frostad	Kristine Marie
Wiik	Stine
Moen	Sofia Deborah
Lauritsen	Jan Ove
Frimannslund	Anne Margrethe
Kibsgaard	Hanne Loe
Solberg	May Kristin
Melheim	Grete

**Vedlegg 2:** e-post som siden 30.12.22 er fordelt til ulike ansattgrupper ved Drammen sykehus

**Emne:** *vedr. parkeringsbøter ved Drammen sykehus*

*Til deg som har fått urettmessig parkeringsbot på ansattparkering ved Drammen sykehus,*

*I løpet av høsten 2022 har mange ansatte med tildelt parkeringsavtale etter sigende blitt ilagt urettmessige parkeringsbøter ved Drammen sykehus. Dette ser ut til å ha sammenheng med ny leverandør av parkeringstjenestene ved Drammen sykehus, som siden 1. september 2022 er Apcoa Parking. Det bemerkes i den anledning at brukerveiledninger for nye parkeringstjenester ikke var tilgjengelige ifm oppstart av ny parkeringsordning. Det har utover dette også manglet tydelig informasjon fra både Apcoa og arbeidsgiver sin side hva gjelder nye regler for ansattparkering ved Drammen sykehus (automatisk skiltgjenkjenning, ikke automatisk skiltgjenkjenning, månedsabonnement, betaling per parkering, registrering av reg.nr., etc.).*

*Det er nå ønskelig å registrere ansatte ved Drammen sykehus som har fått minst en urettmessig parkeringsbot på ansattparkering i tidsrommet 1. september 2022 til 1. januar 2023. Slik kan problemet belyses konkret ovenfor sykehusledelsen, parkeringsutvalget og Apcoa.*

*Ved å sende svar til [svhaug@vestreviken.no](mailto:svhaug@vestreviken.no) registrerer du at du har fått en urettmessig parkeringsbot i den aktuelle perioden og tillater u.t. å sette opp navnet ditt i en liste med navn som kan legges frem for sykehusledelsen og parkeringsutvalget. Videresend gjerne mailen til din arbeidsgruppe slik at den sprer seg bredt.*