

Til: Styret ved Vestre Viken**Dato utsendt:** 12. juni**Vår ref.** Styresekretær

Møtetype: Styremøte
Møtedato: 15. juni
Møtetid: kl. 12.00 – 17.00
Møtested: Wergelandsgt. 10, Drammen Habiliteringsavdelingens konferansesal

PROGRAM

Kl.11.30 Lunsj
Kl. 12.00 – 13.00 Tema:
Prehospitale tjenester

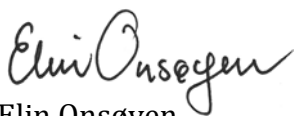
Kl. 13.00 – 17.00 **Behandling av styresaker**

Sak 30: Salg av Lier sykehus
Denne saken ettersendes og vil bli behandlet i lukket møte (viser til styreinstruks § 5.11, offentlighetsloven § 23 og 13.3, forvaltningsloven § 13.c)

Vedlagt oversendes saksliste og saker til møtet.

Ved forfall vennligst gi beskjed til:	Alternativt til:
Styresekretær: Elin Onsøyen Telefon: 958 12 504 E-post: elin.onsoyen@vestreviken.no	Cecilie Monsen Telefon: 928 64 147 E-post: cecilie.softing.monsen@vestreviken.no

Med vennlig hilsen
For styreleder Torbjørn Almlid



Styresekretær: Elin Onsøyen

Saksliste:

GODKJENNINGSSAKER	
Saksnr.	Sak
	Møteinnkalling styremøte 15. juni
024/2015	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 27. april 2015 Vedlegg 1. Foreløpig møteprotokoll 27. april 2015

BEHANDLINGSSAKER	
Saksnr.	Sak
25/2015	Virksomhetsrapportering pr 30. april 2015/1. tertial Vedlegg 1. Virksomhetsrapportering pr 30. april 2015 2. Klinikavis rapportering pr 30. april 2015 3. Finansstrategi for Helse Sør-Øst
26/2015	Del av eiendommen Kongsberg Sykehus selges/leies bort til Kongsberg kommune for oppføring av bygg til legevakt/ hjemmebaserte tjenester Vedlegg 1. Situasjonsplan 2. Verdivurdering tomt av 15.05.15 3. Samletegning
27/2015	Salg av Dr. Schmidts v 3 i Bærum Vedlegg 1. Styresak 8/2015 Helgerud Boligstiftelse 2. Styresak 19/2015 Salg av Dr. Schmidts vei 3 i Bærum
28/2015	Møteplan 2016 Vedlegg 1. Årskalender/ møteplan for administrative møter i Vestre Viken 2016
29/2015	Leie av lokaler til Bærum BUP
30/2015	Salg av Lier sykehus Møtet lukkes – viser til styreinstruks § 5.11, offentlighetsloven § 23 og 13.3, forvaltningsloven § 13.c.

ORIENTERINGSSAKER	
Saksnr.	Sak
31/2015	Eksterne tilsyn – status pr. 1. tertial 2015 Vedlegg 1. Oversikt status tilsyn Vestre Viken pr. 1. tertial 2015

32/2015	Ledelsens gjennomgang 2015 Vedlegg 1. Ledelsens gjennomgang 2015 – rapport til styret
33/2015	Budsjett 2016
34/2015	Orienteringer Vedlegg 1. Foreløpig styreprotokoll i HSØ 30. april 2. Brukerutvalget referat 8. juni 3. Hovedarbeidsmiljøutvalget (HAMU) referat 8. juni 4. Sentralt kvalitetsutvalg referat 9. juni 5. Styrets arbeid i 2015 oppdatert pr 8. juni 6. Brev fra Bærum kommune datert 12. juni

ANDRE ORIENTERINGER

	Administrerende direktørs orienteringer • Status prosjekt nytt sykehus i Vestre Viken - o Dimensjonering av sykehusene i Vestre Viken i 2030 perspektiv - o Status i planarbeidet - o Ervervsprosess tomt Brakerøya • ØLP - o Status investeringsportefølje 2016-2019 Møtet lukkes: (viser til styreinstruks § 5.11, offentlighetsloven § 23 og 13.3, forvaltningsloven § 13.c) - o Konkurransetilsynet og anskaffelser ved Drammen sykehus - o Tilsynsrapport knyttet til PHR, Små Enheter Asker - o Lønnsoppgjøret 2015
	Prehospitale tjenester
EVENTUELT	

Dato: 08. juni 2015
Saksbehandler: Elin Onsøyen
Direkte telefon: 95812504
Vår referanse:
Deres referanse:
Klinikk/avdeling:

Saksfremlegg

Godkjenning av styreprotokoll fra styremøte 27. april

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte	24/2015	15.06. 2015

Vedlegg: 1. Foreløpig protokoll fra styremøte 27. april 2015

Forslag til vedtak

Protokollen fra styremøte 27. april godkjennes.

Drammen 8. juni 2015

Nils Fr. Wisløff

Administrerende direktør

Dato: 27. april 2015
Saksbehandler: Elin Onsøyen
Direkte telefon: 95812504
Vår referanse:

Møteprotokoll for styret i Vestre Viken

Møtested: Wergelandsgt. 10, Drammen Habiliteringsavdelingens konferansesal

Dato: 27. april 2015

Tidspunkt: Kl. 12.00 – 16.33

Følgende medlemmer møtte:

Navn	Funksjon
Torbjørn Almlid	Styreleder
Ingeborg Sivertsen	Nestleder
Geir Kåre Strømmen	Styremedlem
Hildur Horn Øien	Styremedlem
Trine Magnus	Styremedlem
Line Spiten	Styremedlem
John Egil Kvamsøe	Styremedlem
Harald Bergan	Styremedlem

Forfall:

Trine Magnus forlot møtet kl.16.20

Brukerrepresentantene Toril Krogsund og Anne Helene Lindseth deltok som observatør med møte og talerett.

Følgende fra administrasjonen møtte:

Navn	Funksjon
Nils Fr. Wisløff	Administrerende direktør
Marit Lund Hamkoll	Viseadministrerende direktør
Halfdan Aass	Fagdirektør
Ørjan Angel Sandvik	Økonomidirektør
Cecilie Søfting Monsen	Administrasjonskonsulent
Elin Onsøyen	Styresekretær / spesialrådgiver

Styrets leder Torbjørn Almlid ledet møtet og administrerende direktør la fram sakene.

Godkjenning av saksliste og møteinnkalling:

Møteinnkalling og saksliste ble godkjent.

Godkjenning av protokoll

Sak 16/2014 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 23.mars Styrets enstemmige

Vedtak:

Protokollen fra styremøte 23. mars godkjennes.

Pasient og brukerombud i Buskerud, Anne-Lene E. Arnesen og orienterte om årsmelding for pasient og brukerombudet for 2014.

Administrerende direktør orienterte om status i arbeidet med Nytt Vestre Viken sykehus.

Saker som ble behandlet

Beslutningssaker

Sak 17/2015 Virksomhetsrapportering pr 31. mars 2015

Fagdirektør Halfdan Aass orienterte om styringsindikatorene ved utgangen av mars måned.

Økonomidirektøren Ørjan A. Sandvik orienterte om resultatene ved utgangen av mars.

Styrets enstemmige

Vedtak:

1. Styret tar virksomhetsrapport per mars til orientering, og anerkjenner at de ansatte gjør en meget god jobb i helseforetaket. Styret registrerer også en positiv utvikling i pasientbehandlingen som pasientombudet redegjorde for innledningsvis i møtet.
2. Styret holder fast ved ambisjonen om å skape et samlet overskudd på 200 MNOK for hele 2015, og ser dette som spesielt viktig inn mot utfordringene som er skissert i ØLP.
3. Styret ber adm. dir særlig rette oppmerksomheten mot klinikkene Drammen sykehus og psykisk helse og rus for å klare målsetningene.

Sak 18/2015 Økonomisk langtidsplan 2016-2019

Styrets enstemmige

Vedtak:

1. Styret for Vestre Viken HF vedtar det fremlagte forslag til økonomisk langtidsplan for perioden 2016 – 2019.
2. ØLP 2016 - 2019 legges til grunn for det videre arbeidet med budsjett 2016.
3. Styret tar sikte på et gradvis økende overskudd i perioden slik:

ØLP 2016 - 2019	2016	2017	2018	2019
Overskudd fra drift	150 000	200 000	250 000	280 000
Gevinst salg	65 000	0	0	0
Resultat	215 000	200 000	250 000	280 000

4. Styret forutsetter at økt aktivitet og tilgjengelighet, samt reduserte ventetider, ivaretas gjennom effektivisering og ikke gjennom bemanningsøkninger.
5. Styret er kjent med den usikkerhet som foreligger når det gjelder planforutsetninger for pensjonsområdet. Styret er tilfreds med at HSØ har gitt en planforutsetning på 120 MNOK i økonomisk kompensasjon for økte pensjonskostnader.
6. Styret ber administrerende direktør legge til grunn følgende investeringsrammer for planperioden 2016 – 2019:

Investeringsrammer	2016	2017	2018	2019
Bygg inkl. Drammen	150	20	20	20
Blakstad/ Asker DPS	60	170	90	0
MTU	60	60	60	60
Annet inkl. buffer	47	47	47	47
Investeringer egen likviditet	317	297	217	127
BRK/70 % HOD lån	12	75	150	150
EK innskudd pensjon	26	26	26	26
Sum	355	398	393	303

Fordeling av investeringsrammer for de enkelte byggeprosjekter konkretiseres i budsjettprosessen. Vedlikeholdsprogrammet ved Drammen sykehus slutføres i 2016.

7. Det legges til grunn en forbedring i produktiviteten på 1,5 % for årene 2016 – 2019. Produktivitetsvekst skal gi bærekraft til investeringer. Styret forutsetter at det foreligger bærekraft for det investeringsnivået som skal gjennomføres i foretaket. Sparing i forkant gjennom å etablere overskudd skal sammen med gevinster fra de enkelte investeringsprosjekter gi bærekraft i foretakets økonomi.

8. Administrerende direktør bes om å fremlegge tiltak som bidrar til effektivisering i samarbeid med de tillitsvalgte og brukerutvalget i forbindelse med budsjettarbeidet til høsten.
9. Styret legger til grunn at nytt Vestre Viken sykehus gjennomføres og inkluderer Drammen DPS. I forbindelse med fremleggelse av konseptfasen forutsetter styret at det legges frem en oppdatert gevinstrealiseringsplan for nytt sykehus, slik at bærekraften for foretaket ivaretas. Det gjennomføres nå en kvalitetssikring av arealbehovet i samarbeid med HSØ med sikte på å redusere kostnader. Bærekraftsanalysen oppdateres når nye avklarte tallstørrelser foreligger i forbindelse med fremleggelse av konseptfasen. Styret forutsetter at investeringen gjennomføres i regi av HSØ.
10. Når planleggingen av oppgraderingsprosjektene ved Bærum, Ringerike og Kongsberg sykehus er ferdigstilt i 2016, vil styret bli forelagt en egen sak. Tentativ fremdriftsplan som legges til grunn gir igangsetting i 2017, med en gjennomføringsperiode på 10 år. Styret ser at eventuelle endrede planforutsetninger vil kunne medføre forskyvning noe ut i tid for enkelte av prosjektene.
11. Styret ber administrerende direktør fremme en sak til styret i juni om gjennomføring av nytt akuttbygg/Asker DPS ved Blakstad i 2016 som offentlig – privat samarbeid som alternativ til ordinær investering.
12. Det tas i planperioden 2016 – 2019 sikte på at det ikke tas opp nye lån ut over det som er nødvendig for å realisere nytt sykehus i Drammen, samt oppgraderinger av Bærum, Ringerike og Kongsberg sykehus og investeringer i DPS'er. Finansiering av nevnte investeringer forutsettes løst med en lånegrad på maksimum 80 % og egenfinansiering på 20 %. Det kan oppstå behov for interne lån i HSØ som midlertidig finansieringsløsning i påvente av realisering av kapital knyttet til solgte bygg.
13. Det legges til grunn at foretakets opptrekk av kassekreditt i størst mulig grad nedbetales innen 2021. For perioden 2016 – 2019 skal kassekreditten reduseres med om lag 250 MNOK.
14. Administrerende direktør bes konsekvensvurdere hvorvidt salg- og tilbakeleieavtale, makeskifte eller et ordinært salg av Drammen Sykehus vil gi den økonomisk mest gunstige modellen for finansiering av tomt og sykehusbygg i Drammen. Administrerende direktør bes fremme egen sak om dette i løpet av året.
15. Styret viser til at finansiell leasing etableres som nytt finansielt virkemiddel i statsbudsjettet for 2015. HSØ har under utarbeidelse et nytt finansreglement hvor fullmakter knyttet til finansiell leasing vil bli besluttet av styret i HSØ i løpet av 1. halvår 2015. Dette åpner nye muligheter knyttet til å finansiere behov for bygningsmasse og utstyr i planperioden. Styret ønsker å benytte finansiell leasing som virkemiddel innenfor de retningslinjer som fastsettes av styret i Helse Sør- Øst.

16. Administrerende direktør gis fullmakt til å foreta mindre justeringer som konsekvens av dialog med Helse Sør Øst mai 2015.

Merknad fra de ansattes representanter:

De ansattes representanter påpeker at det allerede er tatt ut betydelig effektivisering i foretaket de siste årene. Vi er usikre på om det er mulig å dekke fremtidig økt etterspørsel etter spesialisthelsetjenester pga økt befolkning og økt andel eldre uten bemanningsøkning, slik det legges opp til i ØLP.

Vi er også bekymret for leasing, slik det åpnes for, kan gi større totale kostnader for foretaket over levetiden for MTU enn innkjøp, evt. finansiert med lån.

Sak 19/2015 Salg av Dr. Schmidts vei 3 i Bærum

Administrerende direktørs forslag til vedtak:

1. Styret vedtar salg av Dr. Schmidts vei 3 i Bærum. Den frigjorte likviditeten benyttes til å finansiere investeringsbudsjettet.
2. For å sikre driften ved Bærum sykehus gjennomføres salget slik at kjøper forplikter seg til å leie tilbake nødvendig kapasitet til helseforetaket
3. Saken oversendes Helse Sør-Øst RHF for godkjenning

Styreleder fremmet følgende alternative forslag til vedtak:

1. Styret vedtar salg av Dr. Schmidts vei 3 i Bærum. Den frigjorte likviditeten benyttes til å finansiere investeringsbudsjettet.
2. Saken oversendes Helse Sør-Øst RHF for innhenting av fullmakt for å realisere salg.
3. Det utredes nærmere hvordan foretaket skal sikres tilgang til leiligheter/hybler for korttidsleie og andre forhold ved salget av eiendommen. Styret ber seg forelagt en sak om dette før salget realiseres.

Hildur Horn Øien foreslo å utsette saken. Forslaget falt med 4 mot 4 stemmer, da styreleder stemte mot.

Styret vedtok styreleders forslag med 4 stemmer inkludert styreleders dobbeltstemme mot 4 stemmer.

Merknad fra Hildur Horn Øien

Fortrinnsvis selges eiendommen til en eier som stiller eiendommen til disposisjon for leietakere i Vestre Viken.

De ansattes representanter i styret støttet merknaden.

Sak 20/2015 Salg av leiligheter i Kongsberg

**Styrets enstemmige
Vedtak:**

1. Styret vedtar salg av 6 leiligheter i Wergelandsveien 23. Den frigjorte likviditeten benyttes til å finansiere investeringsbudsjettet.
2. For å sikre driften ved Kongsberg sykehus gjennomføres salget slik at kjøper forplikter seg til å leie tilbake nødvendig kapasitet til helseforetaket.

Sak 21/2015 Salg av Haugesgt 87, Drammen

Styrets enstemmige Vedtak:

Styret vedtar å selge Hauges gate 87 i Drammen. Den frigjorte likviditeten benyttes til å finansiere investeringsbudsjettet.

Orienteringssaker

Sak 22/2015 Parkering Drammen

Styrets enstemmige Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 23/2015 Orienteringer

Styrets enstemmige Vedtak:

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

Eventuelt

Andre orienteringer

- Pasient og brukerombud i Buskerud, Anne-Lene E. Arnesen og orienterte om årsmelding for pasient og brukerombudet for 2014.
- Administrerende direktør orienterte om status i arbeidet med Nytt Vestre Viken sykehus.

Torbjørn Almlid
styreleder

Ingeborg Sivertsen

Trine Magnus

Hildur Horn Øien

Geir Kåre Strømmen

Harald Bergan

John Egil Kvamsøe

Line Spiten

Dato: 8.juni 2015
Saksbehandler: Sheryl Swenson

Saksfremlegg

Virksomhetsrapportering for Vestre Viken HF per 1. tertial 2015

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte ved Vestre Viken HF	25/2015	15.6.2015

- Vedlegg:
1. Presentasjon - Virksomhetsrapportering pr 1. tertial 2015
 2. Klinikkvis rapportering pr 1 tertial 2015
 3. Finansstrategi for Helse Sør-Øst

Ingress

Aktiviteten i pasientbehandlingen er høyere enn i fjor både innen somatisk virksomhet og innenfor det psykiske helsevernet. Resultatet fra ordinær drift viser et overskudd på 45,7 MNOK. På grunn av nye forutsetninger for pensjonskostnader viser regnskapet per april 2015 et underskudd på 68,1 MNOK. Resultatet inkluderer økte pensjonskostnader utover budsjettforutsetninger på 113,8 MNOK.

Forslag til vedtak

1. Styret tar virksomhetsrapport per 1. tertial til orientering.
2. Styret gir sin tilslutning til å starte anskaffelsesprosess av medisinsk teknisk utstyr med en ramme på inntil 25 MNOK. Anskaffelsen gjennomføres som en finansiell leasing i samsvar med HSØ sine retningslinjer.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å søke Helse Sør-Øst om godkjenning av finansielle leiekontrakter med en verdi per anskaffelse på inntil 20 MNOK.

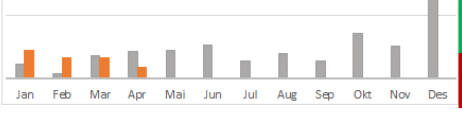
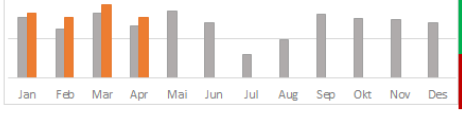
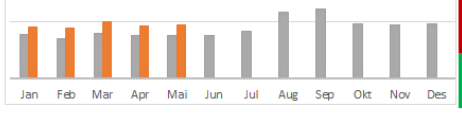
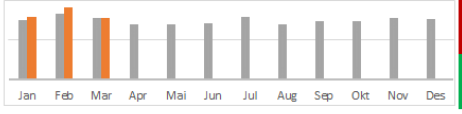
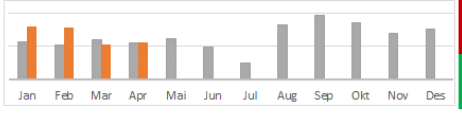
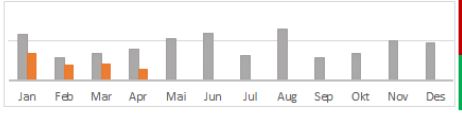
Drammen, 8. juni 2015

Nils Fredrik Wisløff

Administrerende direktør

Sammendrag

Denne saksfremstillingen er et sammendrag av virksomhetsrapporteringen som fremgår av vedlegg 1 og 2 til denne saken. Rapporteringen gir tall for første tertial 2015, og inkluderer årsprognoser for driftsresultat og øvrige måltavle parametre. De viktigste resultatene knyttet til økonomi, aktivitet, bemanning og kvalitet pr april 2015:

Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år	Prognose	Verdi pr måned i år og i fjor (grå)
1 ØKONOMI	Driftsresultat i KR. (1.000)	Virkelig	8 654	45 717	180 000	
		Mål	16 667	66 667	200 000	
		Avvik	-8 013	-20 950	-20 000	
		I fjor	13 664	42 187	928 214	
2 AKTIVITET Somatikk	DRG-poeng døgn, dag og poliklinikk "sørge for" ANTALL	Virkelig	8 081	33 136	96 741	
		Mål	7 977	32 986	96 435	
		Avvik	104	150	306	
		I fjor	7 649	31 434	92 809	
3 AKTIVITET PHR	Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	20 189	81 896	220 776	
		Mål	17 662	76 537	220 776	
		Avvik	2 527	5 359	0	
		I fjor	17 364	74 045	212 694	
4 HR	Brutto månedsværk ANTALL (t.o.m. neste måned)	Virkelig	6 950	6 937	7 064	
		Mål	6 906	6 904	7 023	
		Avvik	44	32	41	
		I fjor	6 755	6 762	6 891	
5 HR	Sykefravær i PROSENT (etterskuddsvis)	Virkelig	7,7	8,2	7,0	
		Mål	7,2	7,5	7,0	
		Avvik	0,5	0,7	-0,0	
		I fjor	7,7	7,8	7,5	
6 KVALITET	Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter totalt DAGER	Virkelig	72	76	65	
		Mål	65	65	65	
		Avvik	7	11	0	
		I fjor	72	73	76	
7 KVALITET	Fristbrudd for rettighetspasienter ANDEL	Virkelig	0,6 %	0,9 %	0,0 %	
		Mål	0,0 %	0,0 %	0,0 %	
		Avvik	0,6 %	0,9 %	0,0 %	
		I fjor	1,6 %	1,6 %	1,8 %	

- Resultat fra ordinær drift i april viser et overskudd på 8,7 MNOK, som er 8 MNOK bak budsjett. Overskuddskrav for 2015 er på 200 MNOK, periodisert til et overskudd på 16,67 MNOK per måned. Resultat fra ordinær drift hittil i år viser et overskudd på 45,7 MNOK mot budsjett på 66,7 MNOK. Resultatet er bak budsjett men foran samme periode i fjor. Prognosen for året er et overskudd på 180 MNOK som er 20 MNOK mindre enn budsjettmål.
- Samlet aktivitet målt i antall "sørge-for" DRG-poeng er 150 poeng foran budsjett per april, og er 1702 poeng foran samme periode i fjor. Dette gir en vekst på 5,4 % i forhold til i fjor. DRG-poeng i april måned er 104 foran budsjett. Prognosen for året gir 306 flere poeng enn budsjettet. Etter kvalitetssikring og stenging av 1. tertial i mai er total DRG-poeng økt med 209. ISF-inntekter for økningen på 4,3 MNOK vil treffe resultatet i mai måned.
- Aktivitet innenfor psykisk helse og rus målt i antall polikliniske konsultasjoner er 5359 foran budsjett ved utgangen av første tertial. Hittil i år er antall polikliniske konsultasjoner 10,6 % foran samme periode i fjor. Prognosen for året er likt budsjett.

- Antall bruttomånedssverk inkluderer alle utlønnede årsverk for ansatte med faste og midlertidige arbeidskontrakter, samt all variabel timelønn og overtid omregnet til årsverk. Totale brutto månedssverk i mai 2015 er 6950. Dette er 44 månedssverk mer enn budsjettert. Hittil i år er det forbruk 32 månedssverk mer enn budsjettert. Prognosen for året gir et overforbruk med 41 årsverk.
- Sykefravær rapporteres etterskuddsvis. I mars er det rapportert 7,7 % sykefravær. Dette er 0,5 % mer enn budsjettert og på samme nivå som i mars i fjor. Gjennomsnittlig sykefravær hittil i år er høyere enn budsjett og høyere enn samme periode i fjor.
- Per 30. april er det en total gjennomsnittlig ventetid på 72 dager. Dette er uendret fra mars. Fra oktober i år skal gjennomsnittlig ventetid være på 65 dager i tråd med målet.
- Fristbrudd for somatikken i april er på 0,6 %. Fristbrudd hittil i år er lavere enn ved samme periode i fjor.

Hovedtrekkene i regnskapet pr 1. tertial 2015

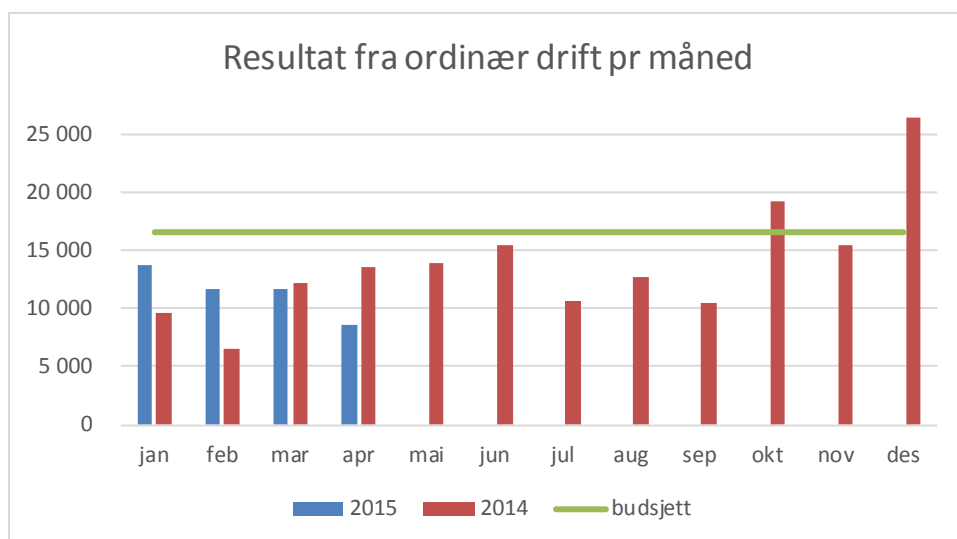
pr april 2015	Regnskap denne perioden	Budsjett denne perioden	Avvik denne perioden	Regnskap hittil i år	Budsjett hittil i år	Avvik hittil i år	Avviks %
Basisramme	- 445 064	- 445 064		- 1 749 755	- 1 749 755		0 %
ISF inntekter	- 177 279	- 176 472	807	- 732 879	- 730 440	2 439	0 %
Gjestepasient inntekter	- 7 838	- 8 445	- 607	- 35 363	- 34 667	697	2 %
Øvrige driftsinntekter	- 63 756	- 63 496	260	- 269 590	- 258 523	11 067	4 %
SUM Inntekter	- 693 937	- 693 477	460	- 2 787 588	- 2 773 385	14 203	1 %
Varekostnader	75 761	76 984	1 223	297 702	294 665	- 3 036	-1 %
Gjestepasientkostnader og kjøp av tjenester	54 455	50 609	- 3 846	198 533	194 252	- 4 281	-2 %
Innleid arbeidskraft	1 919	1 227	- 692	9 340	4 595	- 4 745	-103 %
Lønnskostnader	465 147	456 973	- 8 174	1 870 882	1 845 139	- 25 743	-1,4 %
Avskrivninger	18 820	18 791	- 29	76 294	74 633	- 1 661	-2 %
Andre driftskostnader	67 255	70 778	3 523	280 900	287 642	6 742	2 %
Netto finanskostnader	1 926	1 448	- 477	8 220	5 793	- 2 427	-42 %
SUM Driftskostnader inkl. finans	685 283	676 811	- 8 472	2 741 871	2 706 719	- 35 153	-1 %
Resultat fra ordinær drift	- 8 654	- 16 667	- 8 013	- 45 717	- 66 667	- 20 950	-31 %
Økte pensjonskostnader mars aktuar	28 446		- 28 446	113 783		- 113 783	
Resultat totalt	19 792	- 16 667	- 36 458	68 066	- 66 667	- 134 733	

Resultatet i foretaket per 1. tertial viser et akkumulert underskudd på 68,1 MNOK. Underskuddet inkluderer 113,8 MNOK i økte pensjonskostnader ut over budsjett forutsetninger. En ny aktuarberegning foretatt i mars med endret forutsetninger for 2015 gir økt pensjonskostnad på totalt 341,3 MNOK for 2015. Det forutsettes at økte pensjonskostnader finansieres over revidert nasjonal budsjett. Økte pensjonskostnader ut over budsjett forutsetninger holdes utenfor resultat for ordinær drift. Det henvises til vedlegg 1 for en videre redegjørelse om økning i pensjonskostnader.

Totale inntekter pr april er på 2787,6 MNOK, og er 14,2 MNOK foran budsjett.

Driftskostnader inklusive finans er på totalt 2741,9 MNOK per april. Dette er 35,2 MNOK høyere enn budsjettet.

Resultat fra ordinær drift per april viser et overskudd på 45,7 MNOK mot budsjettet overskudd på 66,7 MNOK. Resultat fra ordinær drift er 21 MNOK bak budsjett, men 3,5 MNOK bedre enn per april i fjor. Gangfart hittil i år gir et overskudd på om lag 12 MNOK pr måned. Dette er noe bak budsjett men foran samme periode i fjor.



Hovedtrekkene i regnskapet pr april 2015 – klinikkene

Resultatutvikling per måned per klinikk hittil i år:

Resultat pr klinikk	Jan	Feb	Mars	April	Hittil i år
Drammen	82	-6 234	-3 637	-4 641	-14 430
Bærum	25	-2 001	-564	-856	-3 396
Ringerike	116	201	564	623	1 503
Kongsberg	-303	176	-1 368	-1 439	-2 933
Intern service	1 809	-1 049	-1 945	49	-1 136
Psykisk helse og rus	-3 684	-3 574	-4 023	433	-10 848
Prehospital tjenester	178	295	-428	804	848
Medisinsk diagostikk	2 929	1 401	1 967	627	6 924
Stabene	916	1 512	586	1 031	4 045
Felles økonomi	11 726	20 895	20 495	12 023	65 140
Ordinær Drift	13 795	11 622	11 646	8 654	45 717
Resultatkrav	16 667	16 667	16 667	16 667	66 667
Avvik mot budsjett	-2 872	-5 044	-5 021	-8 013	-20 950

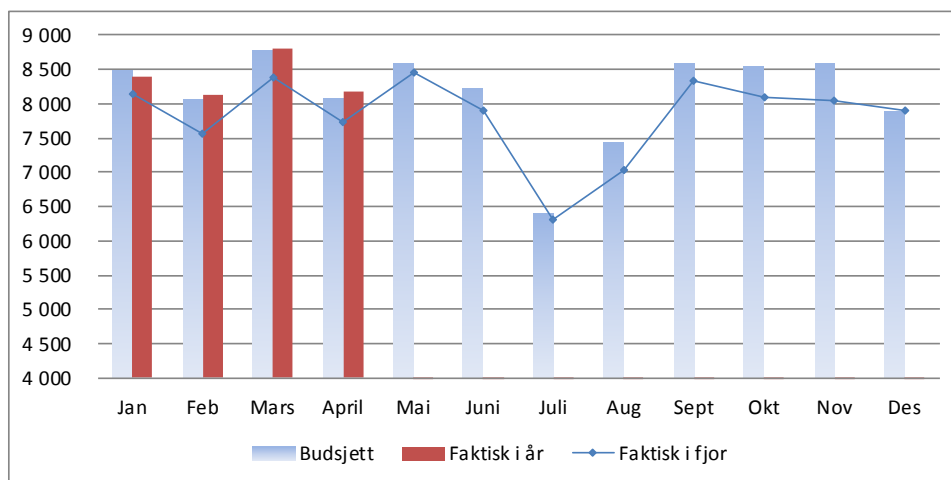
Per april viser klinikk Drammen sykehus, Bærum sykehus, Kongsberg sykehus og Psykisk helse og rus et negativt resultatavvik mot budsjett som er mer enn 1 % av totalt budsjetterte kostnader for perioden. Overskudd budsjetteres i sin helhet som en del av felles økonomi.

Underskuddet i klinikk for psykisk helse og rus er i hovedsak knyttet til høye lønnskostnader og gjestepasientkostnader. Aktiviteten i klinikken er god og er foran budsjett per april.

Det vises for øvrig til de klinikkvise vedlegg.

Pasientbehandling somatikk

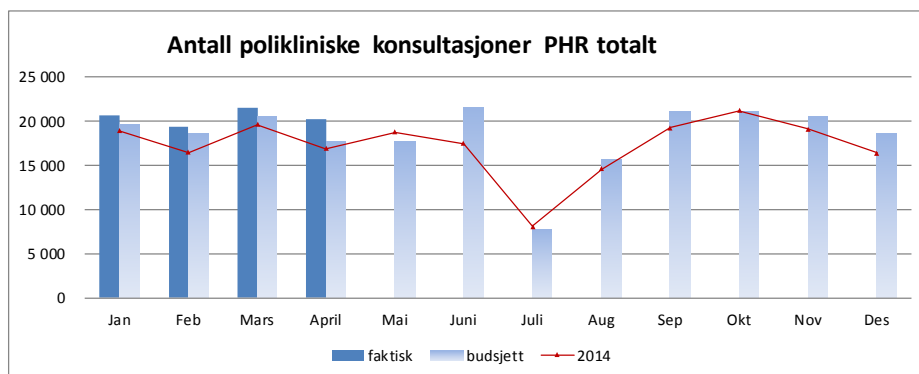
DRG-produksjon i somatikk er foran budsjett og foran samme periode i 2014. Prognosen forutsetter at trenden fortsetter. Estimat for året gir total "sørge-for" DRG-poeng som er 211 poeng foran budsjett.



Pasientbehandling psykisk helse og rus

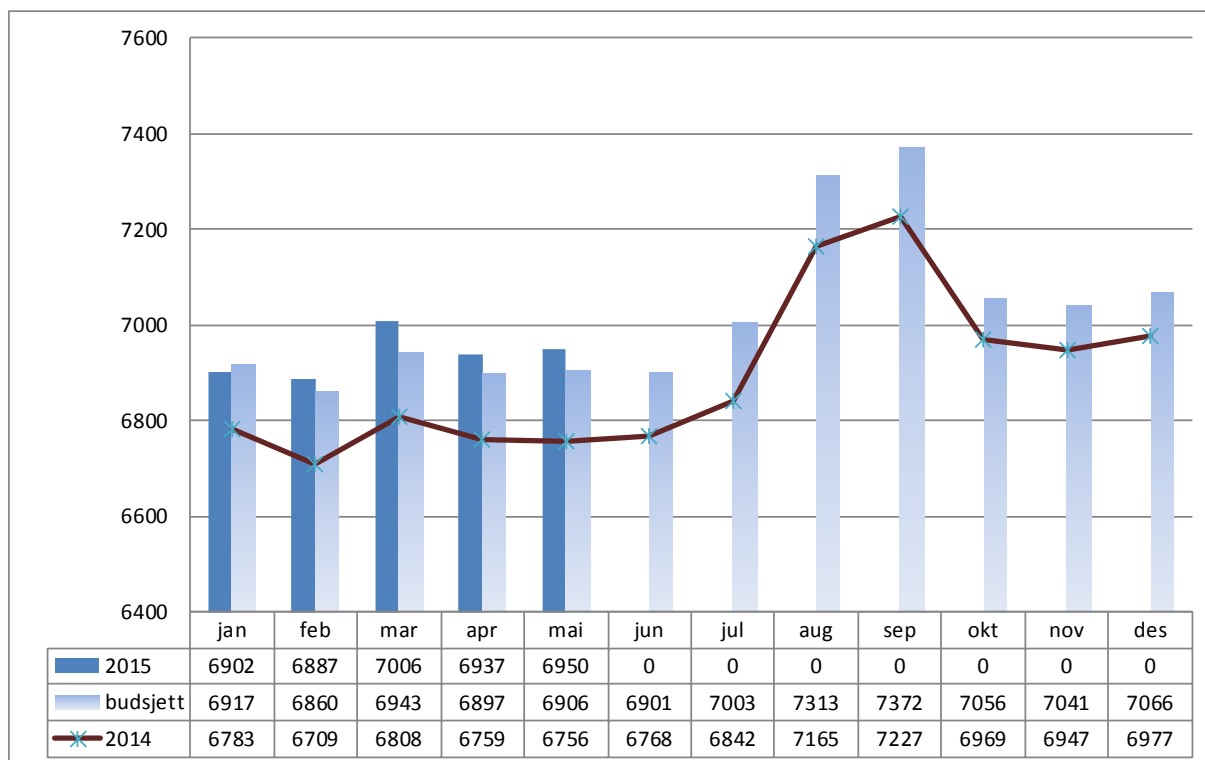
April	Hittil i år	Budsjett hittil i år	% avvik	Hittil i fjor	% avvik	Estimat for året	Års-budsjett	% avvik
Sum alle områder								
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling totalt	1 326	1 245	7 %	1 239	7 %	3 885	3 785	3 %
Antall liggedøgn samlet totalt	35 894	33 717	6 %	35 136	2 %	106 552	102 552	4 %
Antall polikliniske konsultasjoner totalt	81 896	76 537	7 %	74 045	11 %	227 836	220 776	3 %

Aktiviteten innenfor psykisk helse og rus er høyere enn budsjettert hittil i år, og høyere enn for tilsvarende periode i 2014. Estimat for året gir antall behandlinger over budsjett.



Bemanning

Gjennomsnittlig utbetalte brutto månedsverk hittil i år er 32 årsverk mer enn plan. Utbetalte månedsverk i mai var 44 mer enn plan. Total forbruk hittil i år viser en vekst på om lag 2,6 % i forhold til samme periode i fjor.



Investeringer per 1. tertial

i MNOK	Regnskap hittil 2015	Budsjett hittil 2015	Avvik	Budsjett 2015	Prognose 2015
Investeringer	71	105	34	313	313

Investeringsområdet per 1. tertial viser et mindreforbruk av likviditet i forhold til periodisert budsjett på 34 MNOK. Det skyldes et mindre forbruk av likviditet knyttet til investeringsområde bygg. Det er ikke varslet noen overskridelser som medfører at foretakets totale investeringsramme for året på 313 MNOK blir overskredet.

I styresak 66/2014 Budsjett og mål 2015 vedtok styret i pkt. 6:

Anskaffelser og ambulanser og MTU utover investeringsrammen kan gjennomføres ved inngåelse av leasingavtaler innfor rammen av driftsbudsjettet.

Det er i driftsbudsjettet for 2015 bevilget 6 MNOK til kostnader knyttet til leasing av MTU. Dette gir en anskaffelse av inntil 25 MNOK i medisinsk teknisk utstyr for 2015. Følgende anskaffelser er nå planlagt gjennomført i samsvar med styrets budsjettvedtak for 2015:

	Prosjekt	Budsjett MTU	Begrunnelse	Bruk	Anskaffelse
1	MR BS	8 mill	Utskifting (oppgradering) av eksisterende utstyr fra 2002. Kun magneten beholdes ellers skiftes alt annet. Levetid etter oppgradering blir som komplett ny MR som er 10 år.	Er i bruk kl 0800 - 2200 på hverdager. Vaktberedskap i helg (traume CT). Vil være i bruk frem til ca 2025.	Intensjonskunngjort oppgradering. Kontrakt kan skrives.
2	CT1 DS	9,8 mill	Utskifting av eksisterende utstyr fra 2003.	Er i bruk kl 0800 - 1530 på hverdager. Vaktberedskap i helg (traume CT). Vil være i bruk frem til 2022 eller nytt VVHF sykehus, men maks ca 10 år.	Opsjon fra tidligere anbud
3	Skjelettlab HSS	3,2 mill	Utskifting av eksisterende utstyr fra 1998.	Er i bruk kl 0800 - 1530 på hverdager. Vil være i bruk frem til ca 2027.	Anbudsfrist 22 juni
4	LCMS analyse instrument DS	2,3 mill	Utøking av kapasitet	Er i bruk hele døgnet, alle dager. Vil være i bruk frem til 2022 eller nytt VVHF sykehus, men maks ca 10 år.	Opsjon fra tidligere anbud

Administrerende direktør ønsker nå å starte anskaffelsesprosess av medisinsk teknisk utstyr med en ramme på inntil 25 MNOK. Anskaffelsen gjennomføres som en finansiell leasing i samsvar med HSØ sine retningslinjer. Iverksettelse av anskaffelser av MTU ved å benytte finansiell leasing har dratt noe ut i tid da VVHF har avventet nærmere retningslinjer fra HSØ. Retningslinjene ble vedtatt av styret i Helse Sør-Øst på styremøtet 30. april i sak 32/2015. Det fremgår av vedtektene til Helse Sør-Øst RHF at myndighet til å inngå finansielle leieavtaler med kontraktsverdi over 100 millioner kroner ligger hos foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF. Det følger videre av vedtektene til helseforetakene at alle finansielle leieavtaler skal godkjennes av Helse Sør-Øst RHF.

Oversendelse av søknad fra helseforetak til Helse Sør-Øst RHF skal i utgangspunktet være basert på styrebehandlet sak i helseforetaket, dersom ikke særskilt fullmakt er delegert til

administrasjonen. For finansiell leasing innebærer imidlertid en slik avtaleinngåelse ikke bare godkjenning av en investering, men også ekstern lånefinansiering. De nye retningslinjene fra Helse Sør-Øst legger til grunn at en eventuell fullmakt for administrasjonen til å oversende søknader om finansiell leasing til Helse Sør-Øst RHF baseres på at styret i det enkelte helseforetak har besluttet at saker under beløpsgrensene kan behandles administrativt.

Administrerende direktør sine vurderinger

Regnskapet viser et overskudd på 45,7 MNOK 1. tertial. Dette er om lag 21 MNOK lavere enn hva som er forutsatt i budsjettet. Resultatet er tilfredsstillende sammenlignet med tidligere år, men gir mindre sparing til nødvendige investeringer enn hva som er fastsatt resultatkrav på 200 MNOK. Administrerende direktør varsler et resultat på 180 MNOK for året. Det er 2 forhold som vil virke positivt på økonomien for 2 og 3 tertial. Lønnsoppgjøret er nå vel i havn og vil gi en besparelse på lønnsområdet på om lag 25 MNOK. Salg av Lier sykehus vil gi en ytterligere gevinst på 23 MNOK ut over det som er lagt til grunn i driftsbudsjettet. På den annen side er det ikke bedringer i økonomien ved Drammen sykehus som for april måned har et negativt resultat på 4,6 MNOK, mens klinikk for psykisk helse og rus viser et positivt resultat isolert for april på 0,4 MNOK. Disse 2 klinikkene følges særskilt og viser samlet et negativt resultat for 1. tertial på i overkant av 25 MNOK. Resultatet for øvrige klinikker inklusive stabsområdet viser et positivt resultat på om lag 6 MNOK per 1. tertial.

Klinikkene følger opp med både kortsiktige og langsiktige tiltak.

Usikkerheten i foretakets økonomi er stor knyttet til eksterne forhold. Det er derfor helt avgjørende at foretaket har 100 % styring knyttet til interne økonomiske forhold. Situasjonen ved Drammen sykehus er bekymringsfull, men adm.dir har fortsatt håp om at inntektssiden kan økes noe. Klinikken varsler et underskudd for året på 10 MNOK. Når det gjelder klinikk for PHR var det varslet en prognose med et underskudd på 20 MNOK per 1. kvartal. Klinikken varsler nå et negativt resultat for året på 8 MNOK. Begge klinikkene har følgelig ikke identifisert store nok realiserbare tiltak for å snu trenden og nå budsjettmålet.

Alle klinikker har utarbeidet tiltaksplaner for ventetidreduksjoner og disse er oversendt HSØ. Prognosen for utvikling av ventetidene for avviklede er 73 dager etter første halvår og på 65 dager fra oktober. Tallene per 1. tertial er bedre enn prognosen og administrerende direktør er optimistisk for videre utvikling her. Utviklingen er positiv når det gjelder langtidsventende, og ventetid for ventende er nå siste måneder tydelig redusert. Dette viser at tiltaksarbeidet begynner å virke og arbeidet har stort fokus i hele organisasjonen.

Styret har i budsjettvedtaket for 2015 gitt en investeringsramme for MTU på 57 MNOK. I tillegg har styret bedt at det gjennomføres anskaffelser av MTU innenfor en ramme på 6 MNOK i driftsbudsjettet for 2015 ved bruk av finansiell leasing. Administrerende direktør ber derfor om styrer tiltrer at anskaffelsesprosessen av MTU nå gjennomføres i samsvar med styrets budsjettvedtak for 2015. Administrerende direktør ber også styret om fullmakt om å søke godkjenning av nevnte investeringer og at leasing her benyttes som finansieringsløsning hos Helse Sør-Øst.

Vedlegg 1

Virksomhetsrapportering for Vestre Viken HF pr 1. tertial 2015

Innhold

1	VESTRE VIKEN HF	2
1.1	Økonomisk situasjon	3
1.2	Resultat estimat per 1. tertial	5
1.3	Resultatavvik pr klinikk	6
1.4	Lønnsavvik pr klinikk	7
1.5	Innleie	8
1.6	Likviditet	8
1.7	Investeringer	8
1.8	Innsatsstyrt finansiering av somatisk aktivitet.....	11
1.9	Aktivitet psykisk helse og rus.....	13
1.10	Kvalitets- og styringsindikatorer	14
1.11	Medarbeidere status	21
2	Omstillingsutfordring	27
3	Økonomisk risikobilde	28

1 VESTRE VIKEN HF

Sammendrag

Saken viser status for Vestre Viken HF (VVHF) pr 30. april 2015. Resultatet for VVHF per 1. tertial viser et akkumulert underskudd på 68,1 MNOK. Resultat inkluderer en økning i pensjonskostnader ut over budsjettforutsetninger på 113,8 MNOK. I april måned var andel fristbrudd 0,6 % og gjennomsnittlig ventetid for avviklet helsehjelp var 72 dager.

Resultat fra ordinær drift per april (eksklusive økte pensjonskostnader) viser et overskudd på 45,7 MNOK, mot et budsjettresultat på 66,7 MNOK. Inntektssiden er 14,2 MNOK over budsjett, mens driftskostnader inklusive finans er 35,2 MNOK mer enn budsjett.

For mer informasjon om klinikkens resultater vises det til de klinikkvise vedleggene.

Andre forhold

Pensjonskostnader

Ny aktuarberegninger foretatt i mars 2015 gir en økning i pensjonskostnader på 341,3 MNOK for året ut over budsjettforutsetninger. Økning i pensjonskostnader forutsettes fullt finansiert gjennom revidert nasjonalbudsjett, og holdes utenfor resultat fra ordinær drift.

Forslag til revidert statsbudsjett for 2015 ble lagt ut 12.mai 2015. I Prop. 119S "Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjett 2015", handler kapittel 732 om bevilgning til de regionale helseforetak. Her gis det klare signaler om at pensjonsmidler skal fordeles til det regionale foretak i tråd med vekst i pensjonskostnader og ikke ved bruk av inntektsmodellen. Dette er nødvendig for å ikke endre på planforutsetninger.

"...Den nye informasjonen om pensjonskostnad for 2015 medfører samtidig en betydelig omfordeling mellom helseregionene sammenliknet med det som tidligere er lagt til grunn for 2015. De regionale helseforetakene har fordelt inntektsrammer og stilt resultatkrav til sine helseforetak på bakgrunn av forutsetningene i Prop. 1 S (2014–2015). Håndteringen av de endringene som nå fremmes foreslås fordelt slik at denne ikke endrer påforutsetningene som allerede er hensyntatt hos de regionale helseforetakene. En fordeling av tilleggsbevilgningen i tråd med ordinær inntektsfordelingsmodell ville gitt til dels vesentlig økte omstillingsbehov i enkelte regioner, samtidig som den ville gitt tilsvarende lettelse i andre regioner."

Det er hovedsakelig tre forhold som har medført endrede pensjonskostnader i 2015:

- Endrede økonomiske forutsetninger
- Endrede demografiske forutsetninger
- Endrede regler for uførepensjon og dødelighet

Endrede økonomiske forutsetninger er hovedårsaken til kostnadsøkningen. I 2015 er diskonteringsrenten redusert fra 4 % til 2,3 % (jfr. KLP). Samtidig er antakelsen om fremtidig lønnsvekst redusert fra 3,75 % til 2,75 %. Nettovirkning av disse endringer gir en betydelig økning av pensjonskostnaden for 2015.

Som endrede demografiske forutsetninger er det implementert nye levealdersforutsetninger i kostnadsberegningene. Som del av pensjonsreformen er det besluttet at ytelsene for fremtidige kull

av alderspensjonister skal levealdersjusteres i den grad og i takt med at forventet levetid fortsetter å øke.

Fra 2015 gjøres offentlig uførepensjon om til en nettoordning. Det vil si at uførepensjon fra henholdsvis folketrygd og tjenstepensjonsordningen beregnes hver for seg uten samordning. Utgiften til uførepensjon i folketrygden vil gå klart opp, mens uførepensjon fra tjenstepensjonsordningen vil gå klart ned. Staten betaler altså en større del av uførepensjonen, og foretakets pensjonskostnader til uførepensjon vil reduseres.

Salg av eiendom

Det er gjennomført salg av Hallingdal Sjukestugu på mars måned. I resultatet er gir salget en bokført gevinst ved salg på 0,8 MNOK. Salget genererte likviditet inn til foretaket tilsvarende MNOK 12,7.

I mai måned er eiendom på Lier solgt for 23 MNOK. Regnskapsmessig gevinst knyttet til salget på 12,5 MNOK vil inkluderes resultatet pr mai. Det er videre inngått kontrakter for ytterligere salg av eiendom på Lier med en verdi på 80 MNOK, og en beregnet regnskapsmessig gevinst på 30,6 MNOK. Gevinsten vil resultatføres først når formalitetene er avklart, trolig til høsten. Salg av eiendom på Lier i 2015 vil totalt gi en regnskapsmessig gevinst på 43,1 MNOK. Dette er 23,1 MNOK mer enn budsjettet.

Det jobbes videre for å realisere salg av eiendommer og bygg utover våren i henhold til oppsatt plan.

1.1 Økonomisk situasjon

Tabellen under spesifiserer regnskapsmessig rapportering til HSØ RHF pr 1. tertial 2015.

pr april 2015	Regnskap denne perioden	Budsjett denne perioden	Avvik denne perioden	Regnskap hittil i år	Budsjett hittil i år	Avvik hittil i år	Avviks %	Regnskap hittil i fjor	% endring i år ift i fjor
Basisramme	- 445 064	- 445 064		- 1 749 755	- 1 749 755		0 %	- 1 627 081	8 %
ISF inntekter	- 177 279	- 176 472	807	- 732 879	- 730 440	2 439	0 %	- 680 687	8 %
Gjestepasient inntekter	- 7 838	- 8 445	- 607	- 35 363	- 34 667	697	2 %	- 39 927	-11 %
Øvrige driftsinntekter	- 63 756	- 63 496	260	- 269 590	- 258 523	11 067	4 %	- 231 583	16 %
SUM Inntekter	- 693 937	- 693 477	460	- 2 787 588	- 2 773 385	14 203	1 %	- 2 579 278	8 %
Varekostnader	75 761	76 984	1 223	297 702	294 665	- 3 036	-1 %	284 448	5 %
Gjestepasientkostnader og kjøp av tjenester	54 455	50 609	- 3 846	198 533	194 252	- 4 281	-2 %	188 276	5 %
Innleid arbeidskraft	1 919	1 227	- 692	9 340	4 595	- 4 745	-103 %	7 406	26 %
Lønnskostnader	465 147	456 973	- 8 174	1 870 882	1 845 139	- 25 743	-1,4 %	1 703 136	10 %
Avskrivninger	18 820	18 791	- 29	76 294	74 633	- 1 661	-2 %	77 241	-1 %
Andre driftskostnader	67 255	70 778	3 523	280 900	287 642	6 742	2 %	270 628	4 %
Netto finanskostnader	1 926	1 448	- 477	8 220	5 793	- 2 427	-42 %	5 954	38 %
SUM Driftskostnader inkl. finans	685 283	676 811	- 8 472	2 741 871	2 706 719	- 35 153	-1 %	2 537 090	8 %
Resultat fra ordinær drift	- 8 654	- 16 667	- 8 013	- 45 717	- 66 667	- 20 950	-31 %	- 42 187	-8 %
Økte pensjonskostnader mars aktuar	28 446		- 28 446	113 783		- 113 783			
Resultat totalt	19 792	- 16 667	- 36 458	68 066	- 66 667	- 134 733			

* I rapportering vises alle inntekter som minusposter og alle kostnader som positive poster i tråd med fortegn i regnskapet (debet og kredit). Det betyr at et minusresultat er et overskudd, og et positivt resultat er et underskudd. Avvik vises som positiv der endring i forhold til budsjett er positiv for resultatutvikling.

Resultat per april viser et underskudd på 68,1 MNOK. Resultatet inkluderer økte pensjonskostnader ut over budsjettforutsetninger på 113,8 MNOK. Økte pensjonskostnader er omtalt ovenfor og forutsettes finansiert gjennom revidert nasjonal budsjett (se kommentarer ovenfor). Videre i saken vil det kun kommenteres resultat fra ordinær drift, eksklusiv økte pensjonskostnader.

Akkumulert overskudd fra ordinær drift per april er på 45,7 MNOK. Dette er 21 MNOK bak budsjett men 3,5 MNOK over resultatet pr april i fjor. Driftsinntekter er 14,2 MNOK foran budsjett, men driftskostnadene inklusive finanskostnader viser et negativt avvik i forhold til budsjett på 35,2 MNOK hittil i år.

Resultat i april måned isolert viser et overskudd fra ordinær drift på 8,7 MNOK. Dette er 8 MNOK bak budsjett. Inntekter i april er i tråd med budsjett, mens driftskostnader inklusiv finans viser et negativt avvik på 8,5 MNOK i forhold til budsjett. Det er et overforbruk på gjestepasientkostnader, innleie, lønnsområdet og finanskostnader på til sammen 13,23 MNOK.

Driftsinntekter

pr april 2015	Regnskap denne perioden	Budsjett denne perioden	Avvik denne perioden	Regnskap hittil i år	Budsjett hittil i år	Avvik hittil i år	Avviks %	Regnskap hittil i fjor	% endring i år ift i fjor
ISF inntekter	- 177 279	- 176 472	807	- 732 879	- 730 440	2 439	0 %	- 680 687	8 %
Gjestepasient inntekter	- 7 838	- 8 445	- 607	- 35 363	- 34 667	697	2 %	- 39 927	-11 %
Polikliniske inntekter	- 21 617	- 20 456	1 161	- 92 781	- 86 787	5 993	7 %	- 81 245	14 %
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	- 3 034	- 3 186	- 152	- 11 550	- 12 048	- 498	-4 %	- 10 196	13 %
Andre øremerkede tilskudd	- 3 573	- 3 561	12	- 14 339	- 14 244	95	1 %	- 4 770	201 %
Utskrivningsklare pasienter	- 342	- 1 295	- 952	- 5 438	- 5 480	- 42	-1 %	- 4 885	11 %
Andre driftsinntekter	- 35 190	- 34 999	192	- 145 482	- 139 964	5 518	4 %	- 130 487	11 %
Øvrige driftsinntekter	- 63 756	- 63 496	260	- 269 590	- 258 523	11 067	4 %	- 231 583	16 %
SUM INNTEKTER (eks basisramme)	- 248 873	- 248 413	460	- 1 037 833	- 1 023 630	14 203	1 %	- 952 197	9 %

Hittil i år er driftsinntektene 14,2 MNOK foran budsjett. ISF-inntekter og gjestepasientinntekter er til sammen 3,1 MNOK foran budsjett, mens øvrige driftsinntekter er 11,1 MNOK over budsjett. Det positive avviket mot budsjett skyldes høye polikliniske inntekter og egenandeler.

Driftsinntekter i april måned isolert er i tråd med budsjett.

Driftskostnader inklusive finans

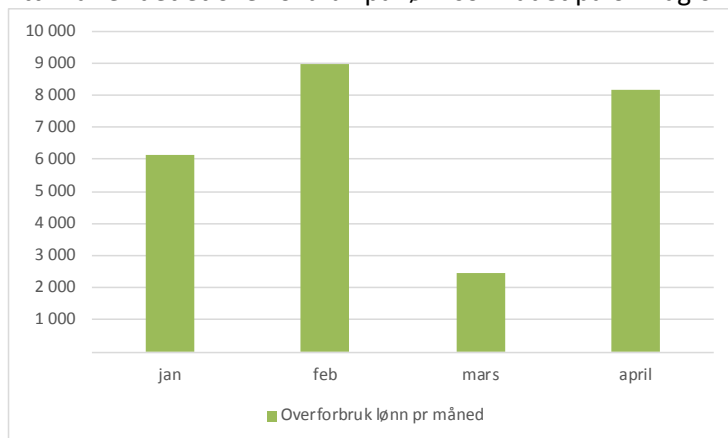
pr april 2015	Regnskap denne perioden	Budsjett denne perioden	Avvik denne perioden	Regnskap hittil i år	Budsjett hittil i år	Avvik hittil i år	Avviks %	Regnskap hittil i fjor	% endring i år ift i fjor
Varekostnader	75 761	76 984	1 223	297 702	294 665	- 3 036	-1 %	284 448	5 %
Gjestepasientkostnader og kjøp av tjenester	54 455	50 609	- 3 846	198 533	194 252	- 4 281	-2 %	188 276	5 %
Innleid arbeidskraft	1 919	1 227	- 692	9 340	4 595	- 4 745	-103 %	7 406	26 %
Lønnskostnader	465 147	456 973	- 8 174	1 870 882	1 845 139	- 25 743	-1,4 %	1 703 136	10 %
Avskrivninger	18 820	18 791	- 29	76 294	74 633	- 1 661	-2 %	77 241	-1 %
Andre driftskostnader	67 255	70 778	3 523	280 900	287 642	6 742	2 %	270 628	4 %
Netto finanskostnader	1 926	1 448	- 477	8 220	5 793	- 2 427	-42 %	5 954	38 %
SUM Driftskostnader inkl. finans	685 283	676 811	- 8 472	2 741 871	2 706 719	- 35 153	-1 %	2 537 090	8 %

Sum driftskostnader inklusiv finans pr april viser et negativt avvik mot budsjett på 35,2 MNOK, og ligger 8 % over samme periode i fjor. Sum driftskostnader i april måned isolert viser et negativt avvik mot budsjett på 8,5 MNOK.

Varekostnader er 3,0 MNOK mer enn budsjettet hittil i år. I april måned er varekostnader 1,2 MNOK mindre enn budsjettet. Overforbruket hittil i år er i stor grad knyttet til medikamenter og medisinsk forbruksvarer som følge av høyt aktivitet. Kostnader knyttet til biologiske legemidler og hjemmebasert kreftmedisiner er ca 11,8 MNOK lavere enn budsjettet hittil i år.

Gjestepasientkostnader og kjøp av tjenester er 4,3 MNOK over budsjett pr april. Det er et overforbruk på 3,8 MNOK i april måned isolert.

Lønnskostnader er 25,7 MNOK mer enn budsjett hittil i år. Overforbruk i april måned er 8,2 MNOK. Hittil i år er det et overforbruk på lønnsområdet på om lag 6 MNOK pr måned.



Innleie er 4,3 MNOK mer enn budsjett pr 1. tertial.

Finanskostnader viser et negativt avvik mot budsjett på 2,4 MNOK. Det er et overforbruk på ca 0,6 MNOK pr måned hittil i år. Overforbruket er en følge av økte trekk på kassekreditt i forbindelse med økte pensjonskostnader.

1.2 Resultat estimat per 1. tertial

pr april 2015		Budsjett 2015	Estimat 2015	Avvik	Avviks %
Basisramme		- 5 285 663	- 5 285 663		0 %
ISF inntekter		- 2 106 764	- 2 113 103	6 340	0 %
Gjestepasient inntekter		- 102 875	- 102 875		0 %
Øvrige driftsinntekter		- 784 177	- 804 177	20 000	3 %
SUM Inntekter		- 8 279 479	- 8 305 818	26 340	0 %
Varekostnader		917 915	917 915		0 %
Gjestepasientkostnader og kjøp av tjenester		577 091	577 091		0 %
Innleid arbeidskraft		28 447	33 447	- 5 000	-18 %
Lønnskostnader		5 456 227	5 488 227	- 32 000	-1 %
Avskrivninger		224 039	230 039	- 6 000	-3 %
Andre driftskostnader		858 382	853 422	4 960	1 %
Netto finanskostnader		17 378	25 678	- 8 300	-32 %
SUM Driftskostnader inkl. finans		8 079 479	8 125 818	- 46 340	-1 %
Resultat fra ordinær drift		- 200 000	- 180 000	- 20 000	11 %

Prognosen per første tertial viser et overskudd fra ordinær drift på 180 MNOK. Dette er 20 MNOK bak budsjett for året.

Inntekter er estimert til å øke med 26,3 MNOK som følge av høy produksjon og pasientrelaterte inntekter som forventes å gi en økning i ISF-inntekter og egendeler.

I estimatet er kostnader 46,3 MNOK over budsjett. Overforbruk er knyttet i hovedsak til arbeidsrelaterte kostnader (lønn og innleie), samt høyere avskrivninger og finanskostnader enn budsjettet. Prognosen inkluderer forventet innsparing på lønnsoppgjøret i forhold til forutsetninger lagt til grunn i Statsbudsjettet.

Prognosen forutsetter at økte pensjonskostnader ut over budsjett forutsetninger finansieres over revidert nasjonal budsjett (se omtale tidligere i dokumentet). En eventuell underfinansiering av pensjonsøkningen vil redusere estimatet ytterligere.

Etter fastsetting og innlevering av prognose pr 30. april, er det inngått kontrakter for salg av eiendom på Leir med en regnskapsmessig gevinst som er 23 MNOK høyere enn det som er budsjettet. Dette er ikke reflektert i innrapport prognose pr 1. tertial.

1.3 Resultatavvik pr klinikk

Tabellen under viser akkumulerte avvik mot budsjett pr klinikk per april for henholdsvis inntekter, kostnader og driftsresultat.

pr april 2015	Inntekter		Kostnader		RESULTAT	
	Avvik hittil i år	% avvik	Avvik hittil i år	% avvik	Avvik hittil i år	Avvik som % av total budsjett
Drammen sykehus	- 4 255	-1 %	- 10 175	-2 %	- 14 430	-2,7 %
Bærum sykehus	1 688	1 %	- 5 084	-2 %	- 3 396	-1,1 %
Ringerike sykehus	5 203	3 %	- 3 700	-2 %	1 503	0,9 %
Kongsberg sykehus	- 320	0 %	- 2 613	-3 %	- 2 933	-3,0 %
Intern Service	1 043	0 %	- 2 179	-1 %	- 1 136	-0,4 %
Psykisk Helse og Rus	5 364	1 %	- 16 212	-3 %	- 10 848	-2,0 %
Prehospitale Tjenester	- 2 297	-2 %	3 145	3 %	848	0,7 %
Medisinsk Diagnostikk	4 875	2 %	2 049	1 %	6 924	3,5 %
Stabene	- 147	0 %	4 192	3 %	4 045	3,4 %
Overordnet VVHF	3 049	1 %	- 4 575	-1 %	- 1 527	-0,4 %
Budsjettavvik ordinær drift	14 203	1 %	- 35 152	-1 %	- 20 950	-0,8 %

Per april viser flertallet av klinikkene avvik mot budsjett som er positiv eller mindre enn -1 %. Klinikkene Drammen sykehus, Bærum sykehus, Kongsberg sykehus og Psykisk Helse og Rus viser negativ avvik mot budsjett som er mer enn -1 %.

Tabellen nedenfor viser resultat pr klinikk pr måned hittil i år.

Resultat pr klinikk	Jan	Feb	Mars	April	Hittil i år
Drammen	82	-6 234	-3 637	-4 641	-14 430
Bærum	25	-2 001	-564	-856	-3 396
Ringerike	116	201	564	623	1 503
Kongsberg	-303	176	-1 368	-1 439	-2 933
Intern service	1 809	-1 049	-1 945	49	-1 136
Psykisk helse og rus	-3 684	-3 574	-4 023	433	-10 848
Prehospital tjenester	178	295	-428	804	848
Medisinsk diagnostikk	2 929	1 401	1 967	627	6 924
Stabene	916	1 512	586	1 031	4 045
Felles økonomi	11 726	20 895	20 495	12 023	65 140
Ordinær Drift	13 795	11 622	11 646	8 654	45 717

For nærmere kommentarer vises det til de klinikkvise vedleggene.

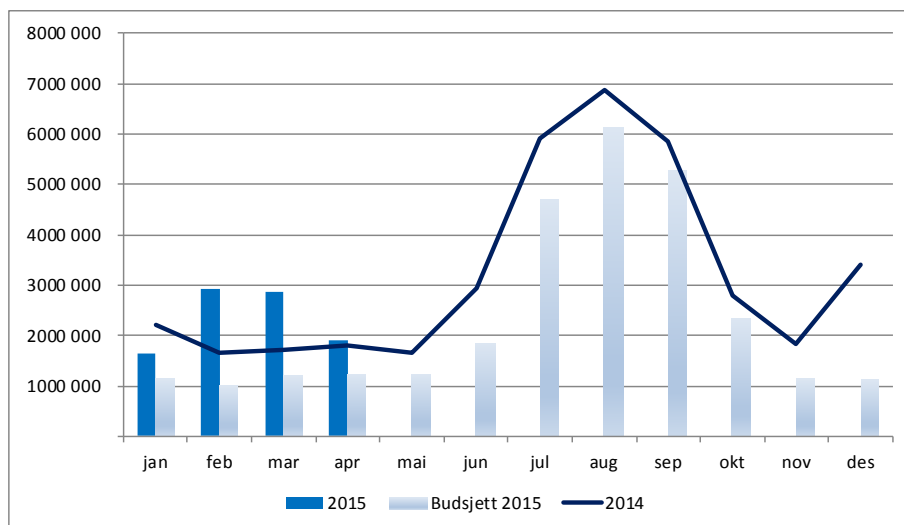
1.4 Lønnsavvik pr klinikk

pr april 2015	Fast lønn	Overtid	Offentlig Refusjoner	Annen lønn	SUM Lønn	% avvik
Drammen Sykehus	- 5 636	- 3 427	- 976	- 700	- 10 739	-2,4 %
Bærum Sykehus	- 2 827	- 1 871	742	1 294	- 2 661	-1,0 %
Ringerike Sykehus	- 209	- 689	- 277	113	- 1 063	-0,7 %
Kongsberg Sykehus	- 2 668	- 836	2 432	- 204	- 1 277	-1,5 %
Intern Service	- 823	- 42	15	- 252	- 1 103	-1,0 %
Psykisk Helse og Rus	- 8 621	- 2 285	1 395	- 2 693	- 12 204	-2,5 %
Prehospitaltjenester	- 1 188	- 747	835	- 354	- 1 454	-1,9 %
Medisinsk Diagnostikk	- 675	418	2 022	- 570	1 196	0,8 %
Stabene	- 138	- 506	2 241	2 055	3 652	3,9 %
Overordnet VVHF	710		- 821	23	- 89	0,2 %
Totalt fra ordinær drift	- 22 076	- 9 985	7 607	- 1 289	- 25 743	-1,4 %
% avvik ift budsjett	-1,7 %	-16,3 %	9,2 %	-0,6 %	-1,4 %	

Totale lønns- og pensjonskostnader per april er 25,7 MNOK mer enn budsjettet. De fleste klinikker viser negativt avvik mot budsjett. Kun Medisinsk Diagnostikk og Stabene viser lønnskostnader som er i tråd med eller lavere enn budsjett.

Fastlønn er totalt 1,7 % over budsjett, og overtid viser et negativt avvik mot budsjett på 16,3 %. Offentlige refusjoner er 9,2 % foran budsjett som følge bl.a. av høyere sykefravær og svangerskapspermisjoner enn forventet. Høye offentlige refusjoner delvis kompenserer for økte lønnskostnader.

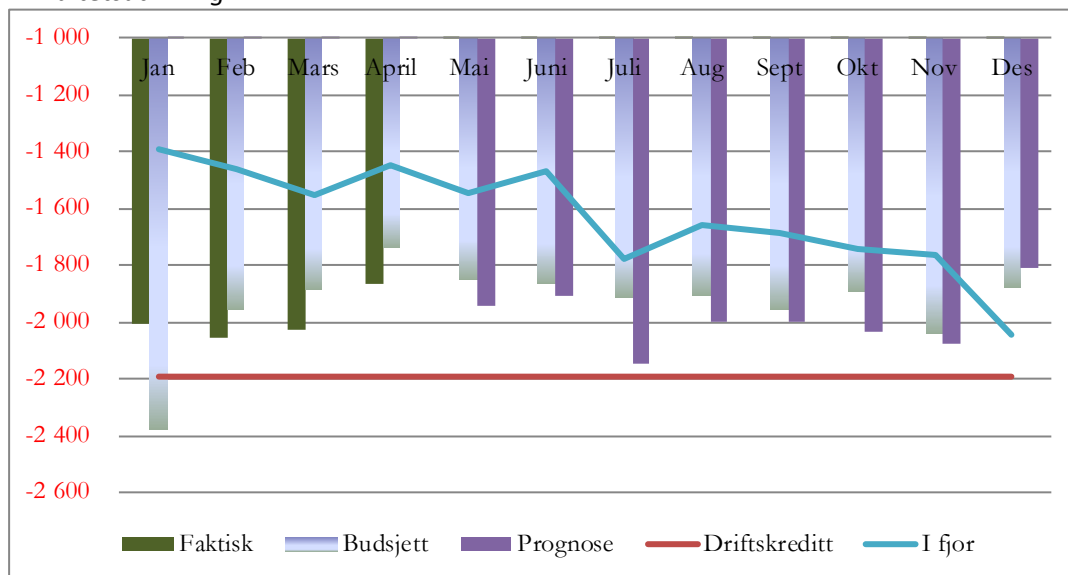
1.5 Innleie



Hittil i år er det brukt 9,3 MNOK på innleie av personell. Dette er 4,5 MNOK mer enn budsjettert, og 1,9 MNOK mer enn ved samme periode i fjor. I april er innleie vesentlig redusert fra nivå i februar og mars, og er om lag på samme nivå som i april i fjor. Utvikling følges nøye med men må sees i sammenheng med høyt sykefravær i år.

1.6 Likviditet

Likviditetsutvikling



Per april var opptrekk på driftskreditten på 1865 MNOK. Dette er 125 MNOK mer enn budsjett, men 327 MNOK under kredittrammen på 2192 MNOK. Prognosen for år viser forbruk som er innenfor bevilget kredittrammen hver måned.

1.7 Investeringer

Budsjettet for året gir en investeringsramme på MNOK 313 totalt. I styremøte den 23.februar 2015 ble følgende justeringer i årsbudsjettet vedtatt:

- Investeringer Drammen Sykehus er økt med 10 MNOK for å kunne ferdigstille nødstrøm til operasjonsstuene.
- Overskuddsmidlene i klinikkene er økt med 2,5 MNOK for tilpasses endelig 2014 resultat. Klinikker med overskudd kan benytte inntil halvparten av opptjent overskuddet i 2014 til investeringer i 2015.
- Konseptfase for Drammen DPS er utsatt inntil videre, og som konsekvens er budsjettet redusert med 4,5 MNOK.

Revidert budsjett for året er fordelt mellom de ulike fagområdene som vist i tabellen nedenfor.

Pr 30.april 2015 <i>Tall i hele 1000 kr</i>	Regnskap hittil 2015	Budsjett hittil 2015	Avvik hittil 2015	Budsjett 2015	Prognose 2015
Investeringer omstillingsprosjeter psyk.	12 853	8 000	-4 853	28 000	28 000
Konseptfase nytt VV sykehus	11 425	16 000	4 575	51 000	51 000
Investeringer Drammen Sykehus	10 588	39 334	28 746	70 000	70 000
<u>Øvrige Bygginvesteringer</u>	-	-	-	-	-
Klinikk BS	1 631	5 209	3 579	16 000	16 000
Klinikk KS	-530	1 953	2 483	6 000	6 000
Klinikk RS	672	3 679	3 007	11 300	11 300
Klinikk PHR	2 684	3 158	474	9 700	9 700
Sum øvrige bygginvesteringer	4 457	14 000	9 543	43 000	43 000
<u>Andre investeringer</u>	-	-	-	-	-
MTU	22 001	19 000	-3 001	57 000	57 000
Beh.hj.midler	5 071	3 750	-1 321	15 000	15 000
Ambulanser	58	500	442	2 000	2 000
Planlegging BRK	465	-	-465	5 000	5 000
Rustfritt og rullende	1 026	750	-276	3 000	3 000
Overskuddsdisp. av klinikker	1 258	1 875	617	7 500	7 500
Sum andre investeringer	29 878	25 875	-4 003	89 500	89 500
Sum bokførte investeringer VVHF	69 201	103 209	34 008	281 500	281 500
IKT-ordinære investeringer	1 669	1 668	-1	5 000	5 000
IKT-overskuddsdisp. Av klinikker	126	-	-126	-	-
Egenkapital innskudd pensjon	-	-	-	26 500	26 500
Sum investeringsramme VVHF	70 996	104 877	33 881	313 000	313 000

Egenkapitalinnskuddet knyttet til pensjonskostnader innbetales til de ulike pensjonskassene i slutten året. Budsjettet er basert på estimater fra kassene om nødvendig egenkapital behov for å opprettholde kapitaldekningsgraden.

MTU budsjettet disponeres i henhold til en behovsliste fra MTU-avdelingen som vurderes fortløpende sammen med fagdirektør. I all hovedsak er årets store MTU-prioriteringer besluttet og satt i gjennomføring. Det er blant annet bestilt og levert en CT. Det er holdt tilbake en liten budsjettbuffer for å møte akutte hendelser.

I styresak 66/2014 Budsjett og mål 2015 vedtok styret i pkt. 6:

Anskaffelser og ambulanser og MTU utover investeringsrammen kan gjennomføres ved inngåelse av leasingavtaler innfor rammen av driftsbudsjettet.

Det er i driftsbudsjettet for 2015 bevilget 6 MNOK til kostnader knyttet til leasing av MTU. Dette gir en anskaffelse av inntil 25 MNOK i medisinsk teknisk utstyr for 2015. Følgende anskaffelser er planlagt gjennomført:

	Prosjekt	Budsjett MTU	Begrunnelse	Bruk	Anskaffelse
1	MR BS	8 mill	Utskifting (oppgradering) av eksisterende utstyr fra 2002. Kun magneten beholdes ellers skiftes alt annet. Levetid etter oppgradering blir som komplett ny MR som er 10 år.	Er i bruk kl 0800 - 2200 på hverdager. Vaktberedskap i helg. Vil være i bruk frem til ca 2025.	Intensjonskunngjort oppgradering. Kontrakt kan skrives.
2	CT1 DS	9,8 mill	Utskifting av eksisterende utstyr fra 2003.	Er i bruk kl 0800 - 1530 på hverdager. Vaktberedskap i helg (traume CT). Vil være i bruk frem til 2022 eller nytt VVHF sykehus, men maks ca 10 år.	Opsjon fra tidligere anbud
3	Skjelettlab HSS	3,2 mill	Utskifting av eksisterende utstyr fra 1998.	Er i bruk kl 0800 - 1530 på hverdager. Vil være i bruk frem til ca 2027.	Anbudsfrist 22 juni
4	LCMS analyse instrument DS	2,3 mill	Utøknning av kapasitet	Er i bruk hele døgnet, alle dager. Vil være i bruk frem til 2022 eller nytt VVHF sykehus, men maks ca 10 år.	Opsjon fra tidligere anbud

Iverksettelse av anskaffelser av MTU ved å benytte finansiell leasing har dratt noe ut i tid da VVHF har avventet nærmere retningslinjer fra HSØ. Retningslinjene ble vedtatt av styret i Helse Sør-Øst på styremøtet 30. april i sak 32/2015. Det fremgår av vedtektene til Helse Sør-Øst RHF at myndighet til å inngå finansielle leieavtaler med kontraktsverdi over 100 millioner kroner ligger hos foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF. Det følger videre av vedtektene til helseforetakene at alle finansielle leieavtaler skal godkjennes av Helse Sør-Øst RHF.

Oversendelse av søknad om fullmakt (gjeldende for både investering og leie) fra helseforetak til Helse Sør-Øst RHF skal i utgangspunktet være basert på styrebehandlet sak i helseforetaket, dersom ikke særskilt fullmakt er delegert til administrasjonen. For finansiell leasing innebærer imidlertid en slik avtaleinngåelse ikke bare godkjenning av en investering, men også ekstern lånefinansiering. Det legges til grunn at en eventuell fullmakt for administrasjonen til å oversende søknader om finansiell leasing til Helse Sør-Øst RHF baseres på at styret i det enkelte helseforetak har besluttet at saker under beløpsgrensene kan behandles administrativt. Styret i det enkelte helseforetak må derfor først beslutte at det på prinsipielt grunnlag ønsker å ta i bruk finansiell leasing, dernest at administrerende direktør eventuelt tildeles fullmakt. Figuren under oppsummerer forslag til beslutningsmyndighet og fullmakter, formkrav og innholdskrav for finansielle leieavtaler og operasjonelle leieavtaler. Videre beskriver figuren forskjellene mellom behandling og godkjenning av finansielle og operasjonelle leieavtaler.

		Under 20/50 mill kr	Over 20/50, under 100	Over 100 mill kr
Operasjonell leasing	Beslutningsmyndighet	Helseforetak	Adm.dir HSØ RHF.	Styret i HSØ RHF
	Formkrav	i/a	Styresak i HF	Styresak i HF, deretter styresak i RHF
Finansiell leasing	Beslutningsmyndighet	Adm.dir HSØ RHF.	Adm.dir HSØ RHF.	Foretaksmøtet HSØ RHF - HOD
	Formkrav	Styresak i HF	Styresak i HF	Styresak i HF, deretter styresak i RHF, samt foretaksmøte RHF.
Innholdskrav		Beskrivelse av formål og behov Vurdering mellom å eie vs å leie (vurdering av merkostnad ved leiefinansiering) Vurdering av økonomisk bæreevne, på prosjekt- og foretaksnivå Beregning av kontraktsverdi (inkludert forlengelsesopsjoner, og med 3% rente) Klassifisering operasjonell/finansiell avtale		

Det er budsjettet med leasing av nye ambulanser biler i 2015, og prosessen for å finne leasingleverandør er iverksatt. Det forventes en avklaring juni, og at biler kan bestilles så snart det er på plass. På grunn av sen bestilling er det risiko for at bilene ikke leveres før begynnelsen av 2016, avhengig av leverandørens kapasitet.

Den nye operasjonsmodulen på Drammen Sykehus er i hovedsak ferdigstilt og tatt i full drift. Oppgraderingene av østfløyen på Dammen Sykehus går nå mot slutten. Oppgraderingen forventes ferdigstilt i løpet av juni 2015. Det er kun mindre ting som gjenstår. Operasjonsstuene forventes å være i full drift fra etter sommerferien.

Arbeidet med konseptfasen til nytt Vestre Viken Sykehus følger planen og er i rute.

1.8 Innsatsstyrt finansiering av somatisk aktivitet

April	Denne måned	Avvik mot budsjett	% avvik	Hittil i år	Avvik mot budsjett	% avvik	Hittil i fjor	% ift i fjor	Års-budsjett	Års-estimat	% avvik
DRG poeng dag og døgn "sørge for"	6 685	39	0,6 %	27 562	317	1,2 %	26 312	4,8 %	79 849	80 435	0,7 %
DRG poeng poliklinikk "sørge for"	1 396	65	4,9 %	5 574	-168	-2,9 %	5 122	8,8 %	16 586	16 306	-1,7 %
SUM DRG-poeng "sørge for" døgn, dag og poliklinikk	8 081	104	1,3 %	33 136	150	0,5 %	31 434	5,4 %	96 435	96 741	0,3 %
DRG poeng DBL og kreftmedisiner	469	-69	-12,8 %	2 215	-36	-1,6 %	1 595	38,9 %	5 189	5 189	0,0 %
Utført i eget foretak	8 017	21	0,3 %	33 157	88	0,3 %	31 675	4,7 %	96 663	96 874	0,2 %
Gjennomsnittlig liggetid	3,6	0,1	2,3 %	3,7	-0,0	-0,2 %	3,9	5,4 %	3,7	3,7	0,1 %
Antall utskrevne pasienter døgn	5 675	222	4,1 %	22 550	326	1,5 %	21 595	4,4 %	65 597	65 950	0,5 %
Antall liggedøgn - døgnbehandling	20 516	326	1,6 %	83 314	1 338	1,6 %	81 395	2,4 %	242 618	243 792	0,5 %
Antall dagopphold	2 736	241	9,7 %	10 914	454	4,3 %	10 263	6,3 %	29 824	30 692	2,9 %
Antall polikliniske konsultasjoner	29 139	2 373	8,9 %	118 831	3 508	3,0 %	108 839	9,2 %	331 875	336 958	1,5 %

DRG-poeng "sørge-for" ansvar er 150 DRG-poeng foran budsjett hittil i år, og er 1702 poeng foran samme periode i fjor. Dette gir en økning på 5,4 % hittil i år i forhold til 2014 nivå. DRG-poeng produsert i eget foretak er 88 DRG-poeng foran budsjett. DRG-poeng knyttet til dyre legemidler og kreftmedisiner er 36 poeng bak budsjett.

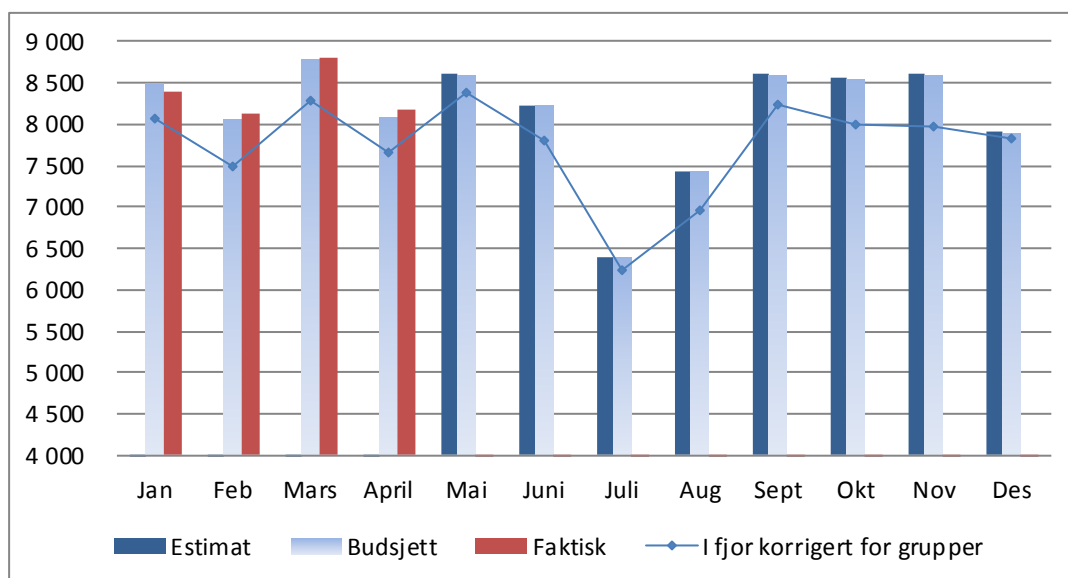
Per 1. tertial er det en økning i antall utskrevne pasienter, liggedøgn, dagopphold og polikliniske konsultasjoner sammenliknet med samme periode i fjor. Gjennomsnittlig liggetid er 3,7 døgn i april i tråd med budsjett. Denne veksten i døgnopphold ser vi ikke igjen i samme vekst i DRG poeng noe som skyldes at indeksen (gjennomsnittlig vekt i DRG-systemet) har vært lavere enn forutsatt i budsjettet.

Det er ingen klar årsak til hvorfor indeksen er så mye lavere. Det er komplisert å sammenligne mot fjoråret, ettersom den årlige oppdateringen av DRG-systemet gjør at samme diagnose gir ulik vekt fra et år til et annet. Det arbeides videre med å analysere dette samt å rette opp eventuell underkoding. I tillegg er det slik at indeks varierer over tid, og må sees over en lengre periode før man kan konkludere på om det er et avvik og ikke en midlertidig svingning.

I mai er det foretatt kvalitetssikring av koding og stenging av 1. tertial. Etter stenging er produksjon for 1 tertial økt med 209 DRG-poeng i forhold til det som er rapportert pr 30. april. Økningen gir 4,3 MNOK i ISF-inntekter som vil resultatføres i mai.

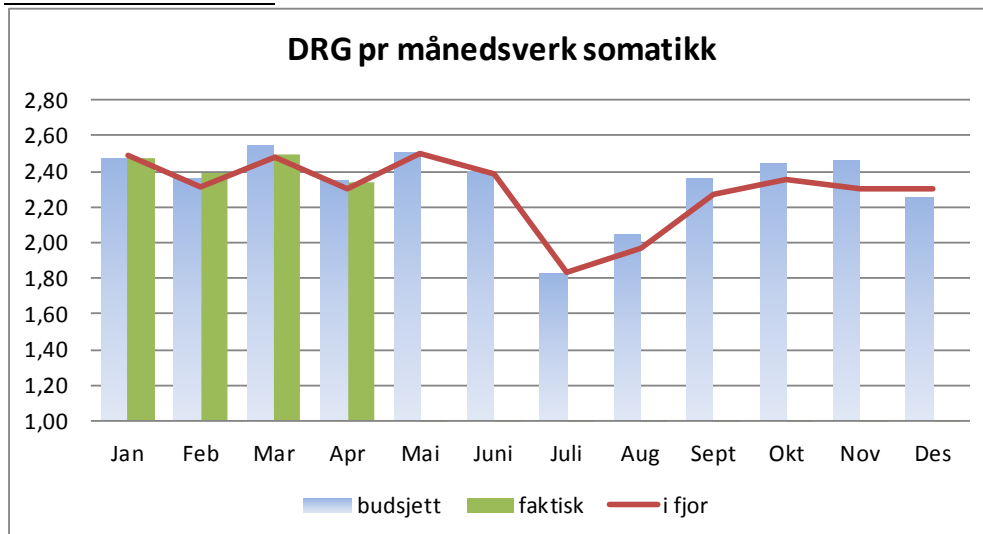
Den høye døgnaktiviteten har gjort at belegget på sengepostene har vært uvanlig høyt. Dette har medført et stort antall korridorpasienter og vanskeliggjort effektiv drift av sengepostene. Konkret handler dette om at når belegget er høyt, oppstår «trappetrinnskostnader» fordi bemanningen må økes midlertidig. Det har også vært stort behov for vikarer (både interne og eksterne) på grunn av sykdom.

Grafen nedenfor viser produksjon av DRG-poeng døgn, dag og poliklinikk "sørge for" totalt i forhold til plantall og med estimat ut året.



Faktisk DRG-produksjon pr måned er bedre enn budsjett fra og med februar. Estimert ut året gir DRG-produksjon per måned ut året som er i tråd med eller bedre enn budsjett.

Produktivitet somatikk



I april 2015 er DRG-produksjon pr brutto månedsverk per måned innenfor somatikk i tråd med plan og litt over april måned i fjor. Det er i april måned produsert 2,34 DRG-poeng pr månedsverk, mot 2,35 i budsjet og 2,30 i april i fjor.

Hittil i år er det produsert 2,43 poeng pr månedsverk. Dette er i tråd med budsjet og litt over samme periode i fjor. Det gjenstår noe kvalitetssikring av koding for første tertial som forventes å øke antall DRG-poeng noe, med påfølgende økning i DRG per månedsverk. Prognosen for året gir DRG-poeng pr månedsverk i tråd med plan.

Antall månedsverk i produktivetsberegningen tar ikke høyde for månedsverk knyttet til bruk av innleid arbeidskraft.

1.9 Aktivitet psykisk helse og rus

April	Denne måned	Avvik mot budsjet	% avvik	Hittil i år	Avvik mot budsjet	% avvik	Hittil i fjor	% i fjor	Års-budsjett	Års-estimat	% avvik
Antall utskrevne pasienter døgntbehandling totalt	311	0,0	0,0 %	1 326	81	6,5 %	1 239	7,0 %	3 785	3 885	2,6 %
Antall liggedøgn samlet totalt	8 964	535	6,3 %	35 894	2 177	6,5 %	35 136	2,2 %	102 552	106 552	3,9 %
Antall polikliniske konsultasjoner totalt	20 189	2 527	14,3 %	81 896	5 359	7,0 %	74 045	10,6 %	220 776	227 836	3,2 %
TOTAL antall behandlinger	29 464	3 062	11,6 %	119 116	7 617	6,8 %	110 420	7,9 %	327 113	338 273	3,4 %

Samlet aktivitet innenfor psykisk helse og rus er foran budsjet per april 2015, og er 7,9 % foran samme periode i fjor. Prognosen for året gir en samlet økning i aktivitet på 3,4 % i forhold til budsjet.

Total antall polikliniske konsultasjoner er 7,0 % foran budsjet og 10,6 % foran april i fjor. Antall utskrevne pasienter er 6,5 % foran budsjet, og ligger 87 foran samme periode i fjor. Antall liggedøgn viser positiv avvik mot budsjet på 6,5 % hittil i år er 758 foran samme periode i fjor.

"Den gyldne regel"

Det er et overordnet krav til Helse Sør-Øst om større vekst innen psykisk helsevern og rus behandling (TSB) enn innen somatikk. Oppfølging og måling av veksten skal foretas innen aktivitet, bemanning, ventetider og kostnader.

	Somatikk	PHR
Aktivitetsvekst	4,7 %	10,6 %
Endring årsverk hiå	0,9 %	1,1 %
Ventetid for avviklet helsehjelp	74	52
Vekst kostnader hiå	6,9 %	7,5 %

Hittil i år er vekst innfor psykiatri og rus større enn i somatikken. Aktivitetsveksts er på 10,6 % i psykiatrien mot 4,7 % i somatikk. Dette er også større vekst i årsverk og totale driftskostnader i innen psykisk helse og rus enn i somatikk. Gjennomsnittlig ventetiden for avviklet helsehjelp i psykiatrien på 52 dager, og er vesentlig lavere enn i somatikken.

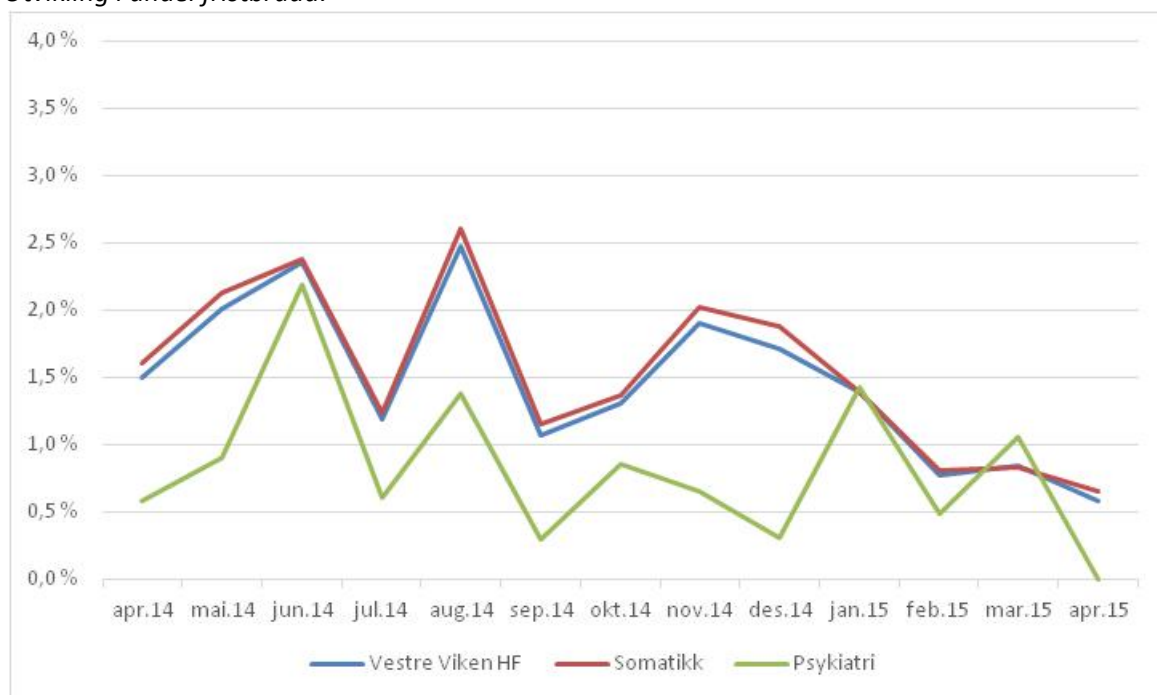
I et pasientperspektiv bør også forbruk hos private leverandører og avtalespesialister hensyntas. Disse tallene har ikke foretaket tilgang til, og analyse ovenfor viser kun aktivitet utført i eget foretak.

1.10 Kvalitets- og styringsindikatorer

Fristbrudd

Andel avviklede fristbrudd ligger stadig lavt med 0,6 % i april 2015. To klinikker hadde ingen fristbrudd denne måneden. Det forventes fortsatt lav andel fristbrudd fremover, men det er nødvendig med løpende oppfølging av ventelister slik at det sikres at pasientene får time før frist.

Utvikling i andel fristbrudd:



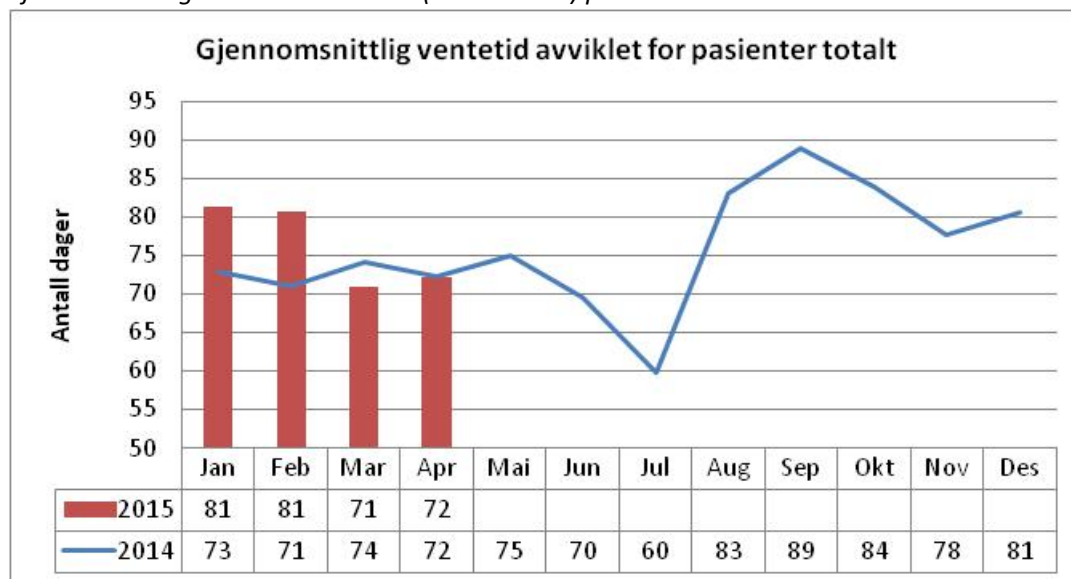
Utvikling i andel fristbrudd fordelt pr. klinikk:

Andel avvirket fristbrudd	Gj sn 14	Jan2015	Feb2015	Mar2015	Apr2015	Gj sn 12 mnd
Vestre Viken HF	1,7 %	1,4 %	0,8 %	0,9 %	0,6 %	1,5 %
Somatikk	1,8 %	1,4 %	0,8 %	0,8 %	0,7 %	1,5 %
Psykisk helsevern og rus	0,9 %	1,4 %	0,5 %	1,1 %	0,0 %	0,8 %
Drammen sykehus	2,0 %	1,5 %	0,5 %	0,8 %	0,6 %	1,6 %
Bærum sykehus	1,9 %	2,1 %	1,7 %	1,4 %	1,1 %	2,2 %
Ringerike sykehus	0,6 %	0,5 %	0,8 %	0,7 %	0,7 %	0,5 %
Kongsberg sykehus	1,2 %	0,4 %	1,7 %	0,0 %	0,0 %	1,1 %
Psykisk helse og rus	0,9 %	1,4 %	0,5 %	1,1 %	0,0 %	0,8 %

Ventetid

Gjennomsnittlig ventetid for avvirkte pasienter var 72 dager i april. Antall langtidsventende (ventet > 1 år) gikk ned med 50 pasienter i løpet av april, slik at det ved månedsskiftet april/mai er om lag 130 pasienter som har ventet > 1 år. Vi nærmer oss således målet om at det ikke skal være langtidsventende.

Gjennomsnittlig ventetid avvirkte (behandlede) pasienter:

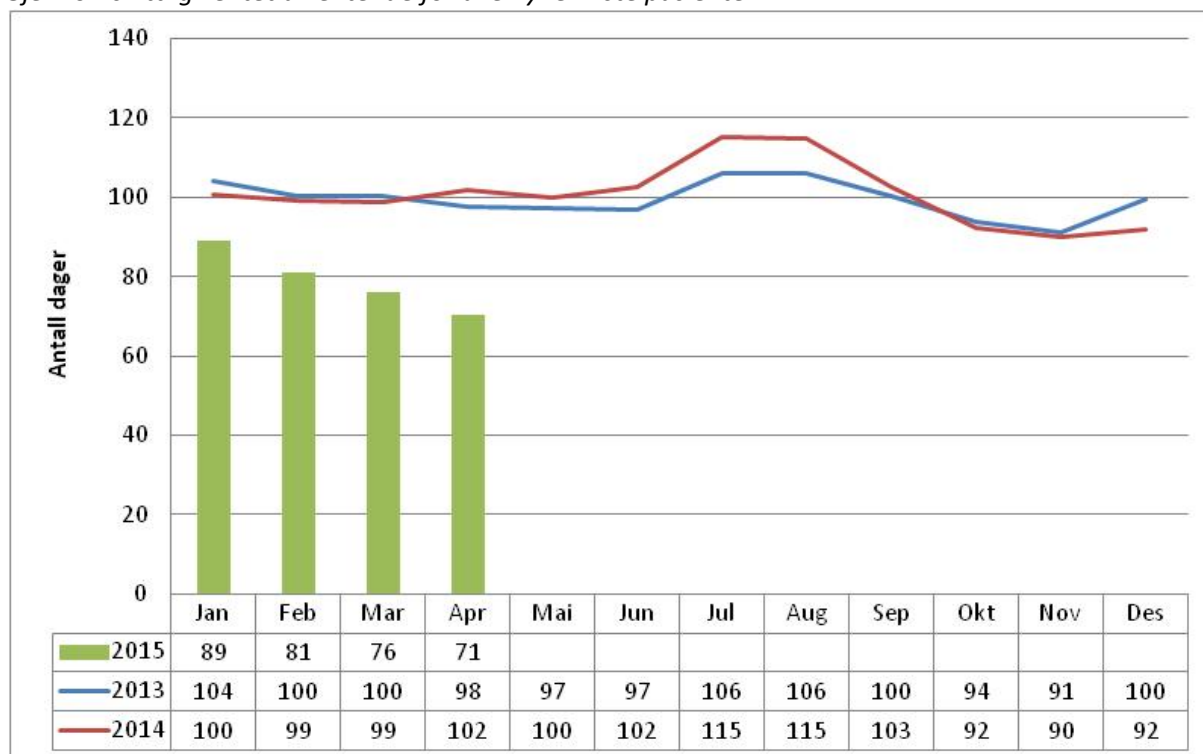


Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter pr. klinikk:

Totalt ventetid for avviklet helsehjelp	Gj sn 14	Jan2015	Feb2015	Mar2015	Apr2015	Gj sn 12 mnd
Totalt	76	81	81	71	72	77
Med rett til nødvendig helsehjelp	59	64	59	54	60	60
Uten rett til nødvendig helsehjelp	98	104	109	92	89	100
Drammen sykehus	93	98	96	85	83	93
Bærum sykehus	70	71	74	62	68	70
Ringerike sykehus	52	57	57	51	54	55
Kongsberg sykehus	56	75	59	50	55	56
Psykisk helse og rus	50	53	50	49	52	51

Ventetider vurderes også ved å se på hvor lenge de som står og venter på behandling i gjennomsnitt har ventet – ventetid for ventende. Dersom flere som har ventet lenge blir behandlet, vil ventetiden for de som fortsatt venter bli redusert. Gjennomsnittlig ventetid ventende vil derfor gå ned tidligere enn ventetiden for avviklede pasienter. Ventetid for ventende ble ytterligere redusert i april til 71 dager.

Gjennomsnittlig ventetid ventende for alle nyhenviste pasienter:



Ventetiden utvikler seg således positivt, selv om det fortsatt er en god vei til målet om gjennomsnittlig ventetid for avviklede på < 65 dager. Arbeidet følges tett opp i oppfølgingsmøter med klinikkene. Vestre Viken deltar også i regionalt arbeid med økt tilgjengelighet.

Øvrige styringsindikatorer rapportert til HSØ

Tabellen under viser innrapporterte parametre til Helse Sør-Øst RHF pr. april 2015.

April	2014	Jan	Feb	Mars	April	Gj.snitt hittil i år
5a Andel korridorpasienter - somatikk	1,8 %	3,3 %	3,3 %	2,0 %	1,5 %	2,5 %
7a Antall utskrivningsklare pasienter totalt somatikk	1 181	185	168	133	50	134
7b Antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter totalt somatikk	3 374	406	342	479	124	338
7c Gjennomsnittlig andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter somatikk	1,4 %	2,0 %	1,9 %	2,5 %	0,7 %	1,8 %
8a Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning (ansiennitetsdato) til vurdering av henvisningen er fullført	4,9	4,8	4,7	5,1	4,4	5
Andel henv. Vurdert innen 10 dager	95,8 %	94,4 %	96,6 %	96,6 %	95,6 %	95,8 %
8b Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle	4 347	4 747	5 094	5 120	6 028	6 028
8c Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	5 129	4 542	4 937	5 233	5 233	5 233
8d Andel timeavtale sammen med henvisning	60,8 %	65 %	67 %	69 %	70 %	68 %

Korridorpasienter

Andel korridorpasienter var lavere enn årets tre første måneder, selv om aktiviteten har vært høy. Det er ikke gjort spesielle tiltak på området, men det arbeides kontinuerlig med å gjøre antallet korridorpasienter så lavt som mulig.

Andre styringsindikatorer

Andel pasienter som får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning har økt med om lag 10 % i løpet av årets første måneder sammenliknet med 2014. Det arbeides med ytterligere økning utover våren som ledd i arbeidet med reduserte ventetider.

Antall liggedøgn for pasienter som er vurdert som utskrivningsklare var lavt i april. Øvrige styringsparametre i tabellen over er relativt stabile, men antall ikke godkjente dokumenter eldre enn 14 dager har økt en del. Tiltak er iverksatt for å redusere dette.

Sykehusinfeksjoner

Sykehusinfeksjoner (helsetjenesteassosierte infeksjoner) overvåkes blant annet som prevalensundersøkelser på nasjonal basis. Det gjennomføres 4 undersøkelser årlig. Ved prevalensundersøkelser registreres andel av inneliggende pasienter som har en sykehusinfeksjon én spesiell dag. Både pasienter som har fått en infeksjon ved Vestre Viken og pasienter som er inneliggende i foretaket med en infeksjon ervervet ved en annen helseinstitusjon, regnes med. Målet i Helse Sør-Øst er at andel pasienter med sykehusinfeksjoner er under 3 % målt ved prevalensundersøkelser. Årets to første prevalensundersøkelse viste en andel inneliggende pasienter med sykehusinfeksjon på henholdsvis 3,5 % og 3,7 %. Andelen i 2014 var samlet 4,6 % i Vestre Viken (variasjon fra 4,1 til 5,6 % ved de fire målingene) mot 4,3 % i Helse Sør-Øst og 4,8 % for landet som helhet (tall for i år foreligger ikke ennå for disse).

Årets første prevalensundersøkelser viste således lavere tall enn fjorårets, og således en positiv trend. Andelen varierer imidlertid som regel en del fra måling til måling. Arbeid med reduksjon av sykehusinfeksjoner pågår kontinuerlig. Utover generelle smitteverntiltak arbeides det spesielt med forebyggelse av urinveisinfeksjoner og infeksjoner knyttet til sentrale katetre i blodbanen som del av pasientsikkerhetsprogrammet samt med forebyggelse av postoperative infeksjoner.

Pakkeforløp for kreft

Pakkeforløp for kreftformene brystkreft, lungekreft, prostatakreft og tykk- og endetarmskreft ble innført 1. januar 2015. I løpet av første tertial er totalt 570 pasienter inkludert i disse pakkeforløpene, fordelt med 260 pasienter med mistanke om brystkreft, 130 pasienter med mistanke om tykk- og endetarmskreft, 119 pasienter med mistanke om prostatakreft og 62 med mistanke om lungekreft. For pasienter i pakkeforløp som har fått diagnose ved utgangen av første tertial har knapt halvparten fått avkreftet mistanken om lunge- eller prostatakreft, mens vel 60 % har fått avkreftet mistanken om bryst- eller tykk-/endetarmskreft.

I pakkeforløpene måles tid for de enkelte delene av forløpene, herunder også total tid fra mottatt henvisning til start behandling. Tidene er målsetninger og ikke en pasientrettighet. Noen pasienter vil ha behov for mer omfattende utredning før behandling kan starte. Målet er at 70 % av pasientene skal starte behandling innen standard forløpstid. For de som har startet behandling innen utløpet av første tertial har 63 % av pasienter med brystkreft, 66 % av pasienter med lungekreft, 73 % av pasienter med prostatakreft og 80 % av pasienter med tykk- og endetarmskreft startet behandling innen standard forløpstid.

Nasjonale kvalitetsindikatorer

En del nasjonale kvalitetsindikatorer for 2014 ble publisert i begynnelsen av mai 2015 www.helsenorge.no. Det gjelder blant annet de 9 prosessindikatorene innen somatikk som inngår i kvalitetsbasert finansiering: Tid fra henvisning til første behandling for brystkreft, lungekreft og tykktarmskreft, andel pasienter med hjerneinfarkt < 80 år behandlet med trombolyse, andel fristbrudd, andel korridorpasienter, epikriser sendt innen 7 dager, utsettelse av planlagte operasjoner og andel pasienter med lårhalsbrudd operert innen 48 timer. I 2015 er også 4 prosessindikatorer innen psykisk helsevern og rus inkludert i den kvalitetsbaserte finansieringen: Epikrisetid for psykisk helsevern og for rus samt registrering av hovedtilstand for psykisk helsevern og for rus.

Forløpstider ved kreftsykdom:

Andel pasienter som har startet behandling innen 20 virkedager etter første henvisning ved brystkreft, tykktarmskreft og lungekreft inngår i de nasjonale kvalitetsindikatorer. Mål er at 80 % av pasientene skal starte behandling innen 20 virkedager. I tabellen nedenfor vises data for Vestre Viken, Helse Sør-Øst og nasjonalt for 2013 og 2014. Disse målingene vil i løpet av 2015 bli erstattet av forløpstider for pakkeforløp kreft.

Andel pasienter startet behandling innen 20 virkedager:

	2013 (antall pasienter behandlet)	2014 (antall pasienter behandlet)
Brystkreft:		
Vestre Viken	68,9 % (235 pas.)	55,2 % (286 pas.)
Helse Sør-Øst	63,0 % (1672 pas.)	51,6 % (1747 pas.)
Nasjonalt	62,9 % (2911 pas.)	55,0 % (2992 pas.)
Tykktarmskreft:		
Vestre Viken	59,9 % (177 pas.)	48,3 % (174 pas.)
Helse Sør-Øst	54,3 % (1165 pas.)	54,8 % (1160 pas.)
Nasjonalt	55,8 % (2068 pas.)	58,6 % (2065 pas.)

Lungekreft:		
Vestre Viken	44,4 % (45 pas.)	48,9 % (45 pas.)
Helse Sør-Øst	31,3 % (943 pas.)	31,3 % (1160 pas.)
Nasjonalt	39,5 % (1757 pas.)	37,0 % (1902pas.)

Innen brystkreft har Vestre Viken nådd målet om 80 % behandlet innen 20 virkedager i årene før 2013. I de to siste årene har imidlertid behandlingstiden økt noe. Andel behandlet innen 20 virkedager var i 2014 på landgjennomsnittet. Det har vært en betydelig aktivitetsøkning ved Brystdiagnostisk senter de siste årene. Det har presset kapasiteten. Ressursene er økt noe, og det arbeides med forbedring av forløpstidene, nå som del av pakkeforløp for kreft. I siste tertial 2014 var andelen behandlet innen 20 virkedager 65,2 %. I første tertial 2015 var andel som nådde forløpstiden fra mottatt henvisning til start behandling i pakkeforløp for kreft 63 % (mål 70 %)

Innen tykktarmskreft ses det en reduksjon i Vestre Viken fra 2013 til 2014, dog med en bedring i 3. tertial 2014 hvor andelen var 62,2 %. Alle sykehusene i Vestre Viken har arbeidet med å korte ned behandlingsforløpet for disse pasientene. Parameteren er nå erstattet med forløpstider for tykk- og endetarmskreft samlet. Av dem som har avsluttet forløpet i løpet av 1. tertial 2015 har 80 % blitt behandlet innen standard forløpstid (mål 70 %).

Pasienter med lungekreft henvises i stor grad til videre behandling ved Oslo universitetssykehus (kirurgisk behandling eller strålebehandling). Pasienter med lungekreft trenger ofte en mer omfattende utredning, noe som har gjort det ekstra vanskelig å nå målet om 80 % behandlet innen 20 virkedager. I pakkeforløp for kreft er målet derfor nå 35-42 kalenderdager, avhengig av type behandling. I 1. tertial 2015 ble 66 % av pasientene i Vestre Viken behandlet innen forløpstiden (mål 70 %)

Trombolytisk behandling ved hjerneslag (hjerneinfarkt):

Det nasjonale målet er at 20 % av pasienter under 80 år skal få trombolytisk (blodpropp-oppløsende behandling) ved hjerneinfarkt. Behandling må gis innen 4,5 timer etter sykdomsstart, og det må gjøres CT av hjernen før behandlingsstart for å utelukke hjerneblødning. Tabellen nedenfor viser andel pasienter under 80 år med diagnosen som har fått trombolytisk behandling i Vestre Viken og nasjonalt. For 2014 vises også antall pasienter aktuelle for behandling:

	2013	2014 (antall pasienter aktuelle for behandling)
Vestre Viken	16,2 %	15,6 % (429 pas.)
Helse Sør-Øst	16,4 %	13,3 % (3025 pas.)
Nasjonalt	15,5 %	14,1 % (5448 pas.)

Det var en klar økning i andelen behandlet med trombolyse fra 2012, hvor i underkant av 10 % fikk trombolysebehandling, og til 2013. Dette gjaldt både Vestre Viken og nasjonalt. Senere har andel flatet ut i underkant av målet. For å øke andelen er det viktig å informere publikum slik at pasientene søker hjelp raskt. Så langt kommer omtrent bare halvparten så tidlig at kan vurderes for trombolytisk behandling. Vestre Viken har arbeidet mye med pasientinformasjon. I tillegg er det viktig å sikre god logistikk når pasienten kontakter helsevesen. Dette involverer legevakt, AMK, akuttmottak, avdeling for bildediagnostikk, nevrologisk og medisinsk avdeling. Gode felles rutiner er

etablert i Vestre Viken, og det følges opp at rutiner følges. Arbeidet inngår også i pasientsikkerhetsprogrammet.

Øvrige prosessindikatorer somatikk

Øvrige prosessindikatorer somatikk 2014 – tall for 2013 i parentes

Indikator	Vestre Viken	Helse Sør-Øst	Nasjonalt
Andel fristbrudd somatikk	1,7 % (3,6 %)	6,7 % (7,0 %)	5,5 % (6,6 %)
Andel epikriser sendt < 7 dager somatikk	81,2 % (88,4 %)	64,4 %* (87,4 %)	68,6%* (84,8 %)
Andel korridorpasienter somatikk	1,8 % (1,8 %)	1,5 % (1,6 %)	1,5 % (1,6 %)
Andel av planlagte operasjoner som utsettes	6,3 % (5,4 %)	5,8 % (5,9 %)	5,8 % (6,0 %)
Andel pasienter med lårhalsbrudd operert innen 48 timer	95,6 % (97,7 %)	92,8 % (90,4 %)	93,3 % (92,1 %)

Tall for epikriser Helse Sør-Øst og nasjonalt sannsynlig falsk for lave i 2014 pga. mangelfull rapportering fra noen foretak. Vestre Viken har bedre resultater enn Helse Sør-Øst og landsgjennomsnittet på andel fristbrudd, andel epikriser sendt innen 7 dager og andel pasienter med hoftebrudd operert innen 48 timer både i 2013 og 2014. Andel epikriser har imidlertid gått ned i 2014. Andel korridorpasienter er noe høyere enn regionalt og nasjonalt. Andel av planlagte operasjoner som utsettes har økt i Vestre Viken sammenliknet med 2013. Det nasjonale mål har her vært at andelen skal være lavere enn 5 %. Det er Bærum og Drammen som ligger høyest i utsettelse. Den pågående renovering av operasjonsstuene i Drammen er en faktor i denne sammenheng, slik at tallene vil bedres når den er ferdig gjennomført til høsten.

Resultatene brukes til forbedringsarbeid i klinikkene.

Kvalitetsindikatorer innen psykisk helse og rus 2014 – tall for 2013 i parentes

Indikator	Vestre Viken	Helse Sør-Øst	Nasjonalt
Registrering av hovedtilstand:			
Psykisk helse voksne	97,6 % (99,6 %)	98,0 % (97,4 %)	97,9 % (97,6 %)
Rus og avhengighet	99,2 % (96,7 %)	94,9 % (93,6 %)	92,8 % (92,0 %)
Andel epikriser sendt innen 7 dager			
Psykisk helse voksne	75,5 % (83,4 %)	69,2 % (68,3 %)	71,9 % (58,5 %)
Rus og avhengighet	80,9 % (87,8 %)	56,0 % (74,9 %)	63,4 % (73,4 %)

Grunnen til at registrering av hovedtilstand (spesifikk diagnose) brukes som kvalitetsindikator er at det er viktig for å sikre god behandling av pasienten og god kommunikasjon mellom behandlere. Det skal i minst mulig grad brukes uspesifikke diagnoser (observasjon). De fleste pasienter innen psykisk helsevern får spesifikk diagnose, mens andelen er lavere nasjonalt når gjelder tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Vestre Viken ligger imidlertid høyt også for denne gruppen. Foretaket ligger også godt an når det gjelder epikrisetid innen fagområdene, men det har vært en reduksjon i 2014, og det må arbeides videre med forebedring.

Status pasientsikkerhetsprogrammet

Det femårige nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender" har som formål å redusere pasientskader ved hjelp av målrettede tiltak i hele helsetjenesten. Programmet har 9

innsatsområder, slik det fremgår av tabellen under. For hvert område er det utviklet nasjonale anbefalte tiltakspakker. Områdene startes opp til ulike tider ved de ulike enhetene i foretaket. Det bygges videre på erfaringer etter hvert som tiltakene rulles ut. Alle innsatsområder skal spres til alle relevante enheter innen utgangen av 2016.

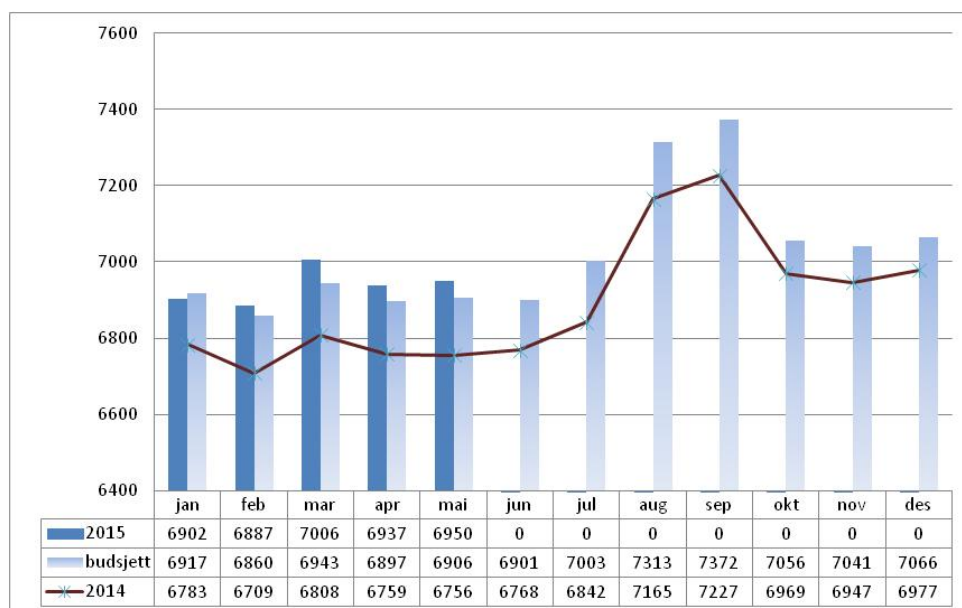
Status implementering av tiltakene			
Innsatsområde	Antall relevante enheter	Antall enheter som har implementert tiltakene	Andel enheter som har implementert tiltakene
Trygg kirurgi	42	42	100
Behandling av hjerneslag	8	8	100
Samstemming av legemiddellister	56	36	64
Infeksjon ved SVK	11	11	100
Trykksår	46	32	70
Fall	40	31	77,5
Urinveisinfeksjoner	55	42	76
Forebygging av selvmord	18	14	78
Forebygging av overdosedødsfall	4	4	100

Klinikkene har utarbeidet handlingsplaner for spredning og implementering av områdene. Arbeidet understøttes og følges av kvalitetsavdelingen. Det jobbes systematisk i klinikkene med oppfølging gjennom pulsmøter/tavlemøter og ved bruk av en sjekkliste for pasientsikkerhet i DIPS. Det gjennomføres målinger av etterlevelse på de ulike områdene ved mange enheter. Implementering går etter plan.

1.11 Medarbeidere status

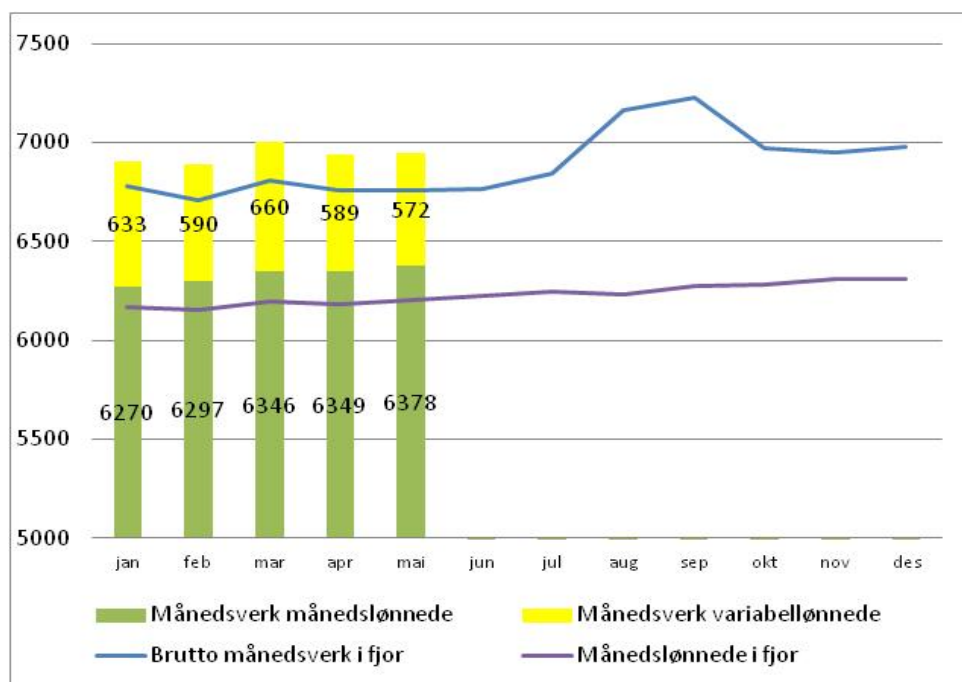
Brutto månedsverk

Grafen viser utvikling i totale brutto månedsverk til og med mai 2015 (faste og variable månedsverk). Brutto inkluderer månedsverk alle utlønnede årsverk for ansatte med faste og midlertidige arbeidskontrakter (månedslønnede), samt alle variable merarbeidstimer (vanlig timelønn) og overtidstimer omregnet til årsverk.



Brutto månedsverk i mai er 44 over budsjett. Akkumulert er overforbruket 159 månedsverk pr. mai.

Variable månedsverk (merarbeid og overtid) var på sitt høyeste i mars måned. Variable månedsverk har gått ned med 88 månedsverk fra mars måned og 61 månedsverk fra januar måned. Variabel lønn utbetales etterskuddsvis (merarbeid og overtid) og vil først vises først som månedsverk måneden etter faktisk forbruk. Det vil si at variable månedsverk for mai er forbruket i april måned som startet med påsken.

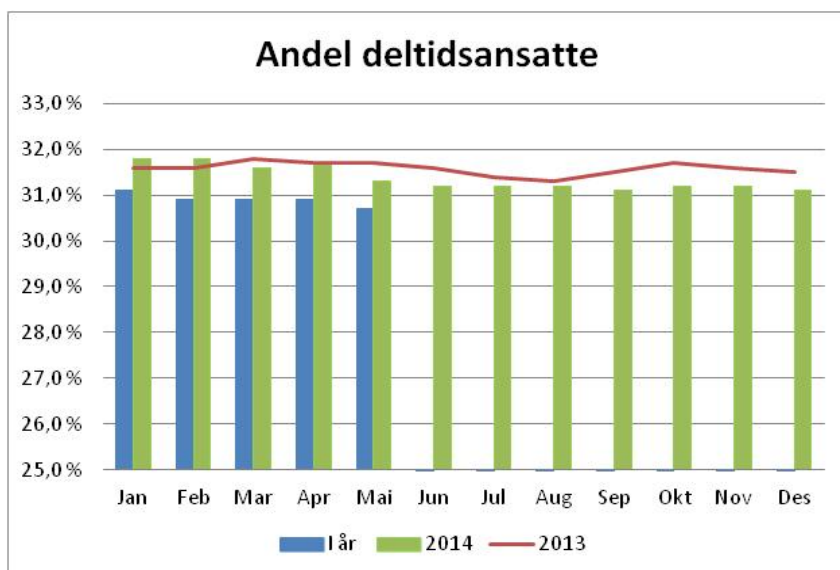


Deltid

Indikatoren viser andel deltid blant ansatte foretaket har en forpliktende fast arbeidsavtale med.

Andel deltidsansatte beregnes ut fra antall ansatte som har en fast deltidsstilling, dividert på antall

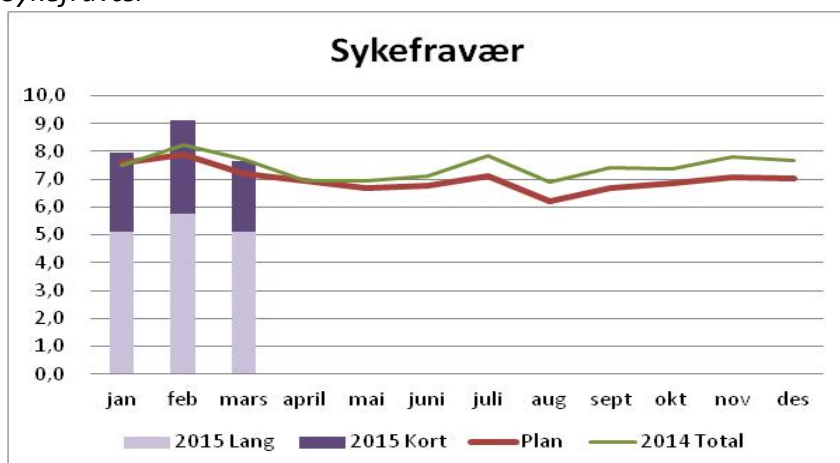
faste stillinger totalt. Indikatoren er justert for deltid som er forårsaket av at arbeidstaker ikke ønsker eller ikke kan jobbe i en høyere stillingsprosent.



Dersom en ansatt registrerer i Personalportalen at vedkommende har ønsket deltid*, vil de ikke inkluderes som deltidsansatte. Indikator er viktig i forhold til å finne hvilket potensial arbeidsgiver har for å redusere deltid. Andel deltidsansatte viser en synkende tendens over de siste år. HR avdelingen legger ut informasjon/ påminnelse 2 ganger i året om registrering av deltid, slik at personalportalen er oppdatert.

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

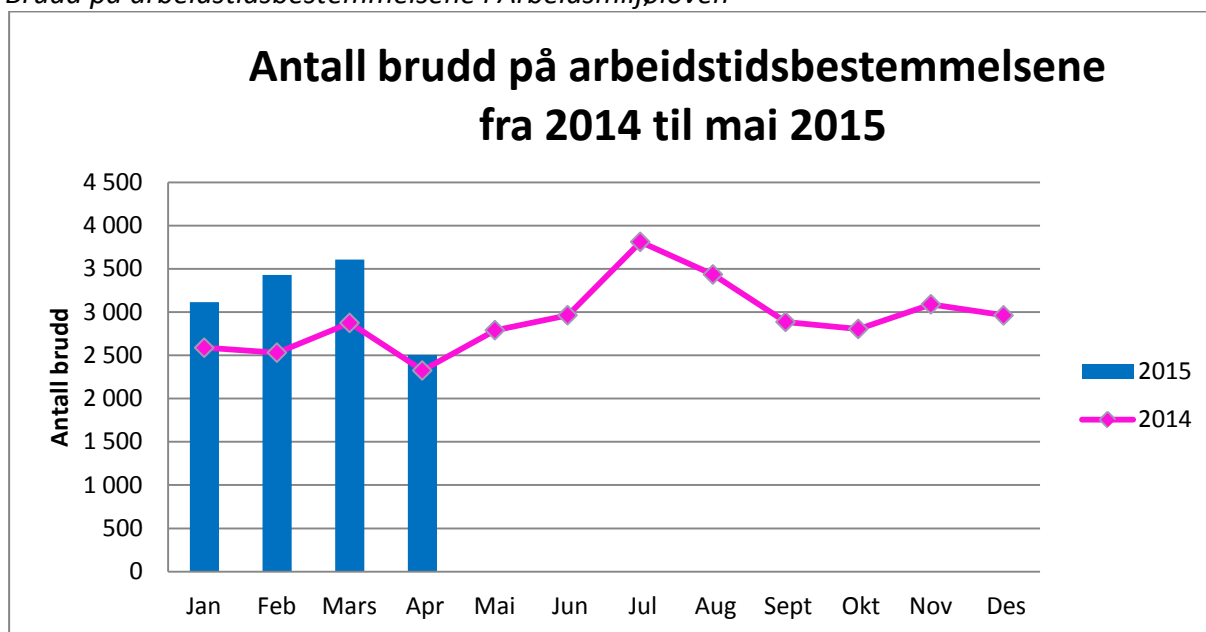
Sykefravær



Totalt sykefravær i Vestre Viken var i gjennomsnitt i 2014 7,5 % hvorav korttidsfraværet var 2,2 % og langtidsfraværet var 5,3 %. De tre første månedene i 2015 har sykefraværet vært på henholdsvis 7,9, 9,1 og 7,7 %. Som det fremgår av grafen er fraværet redusert i mars 2015, og er nå omtrent på 2014-nivå. Det er store variasjoner i fraværet i de forskjellige seksjonene i avd./klinikkene.

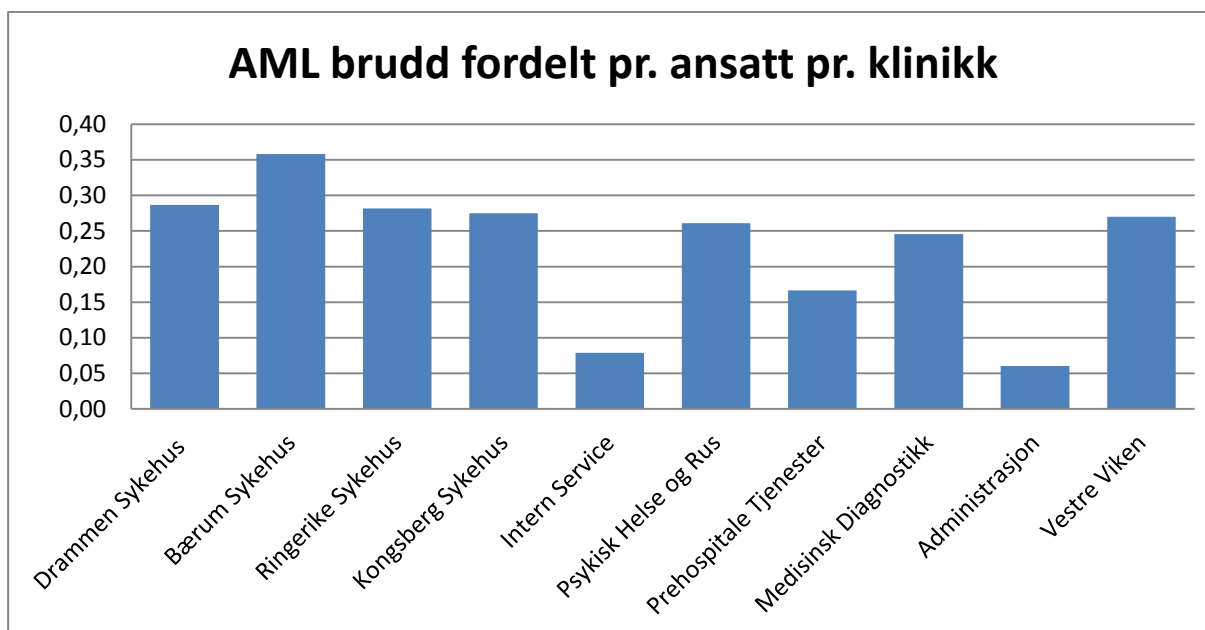
Både HR og kontaktpersonene fra Arbeidslivsenteret bidrar med lederstøtte og opplæring i IA-arbeidet, inkl. sykefraværsoppfølging. I tillegg til opplæring i 8-ukersaktivitetsplikt/Funksjonsvurdering, vil HR har fokus på rusforebyggende arbeid i tiden fremover. Det gjennomføres for øvrig ulike opplæringstiltak/workshop for ledere, tillitsvalgte og verneombud lokalt.

Brudd på arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven



Antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven har en utvikling de 4 første månedene i 2015 som i 2014, men ligger over 2014 tall i hele perioden. Antall brudd er imidlertid betydelig redusert i april måned. Dette kan være et resultat av at enkelte klinikker har arbeidet målrettet med å få lagt inn avtaler/dispensasjoner fra arbeidstidsbestemmelsene i GAT.

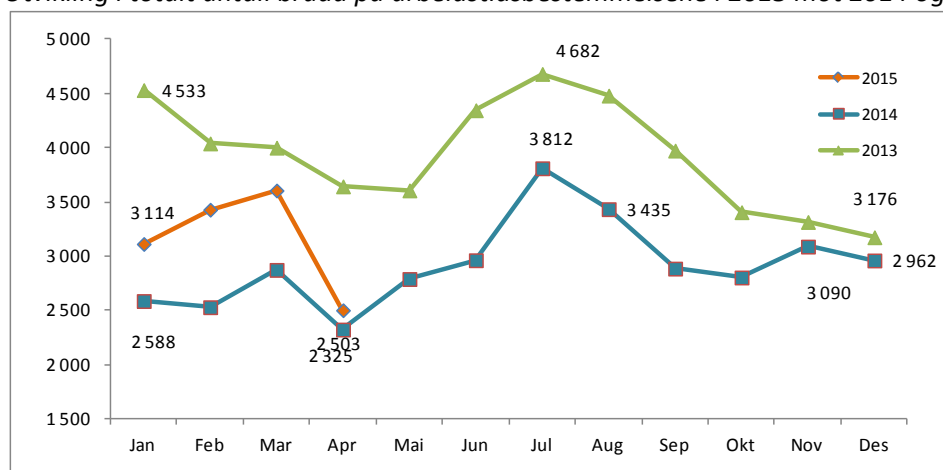
Høyere sykefravær i de første månedene i 2015 kan være noe av årsaken til flere brudd på arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven. Det pågår et arbeid med organisasjonene for å finne tiltak som kan bidra til å redusere antall brudd.



Tabellen viser status pr. april måned 2015. Drammen, Ringerike og Kongsberg sykehus har 20 % - 25 % færre brudd på arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven pr. ansatt enn Bærum sykehus. De resterende klinikker med klinisk virksomhet ligger tilnærmet likt, bortsett fra Prehospitale tjenester som har færrest brudd.

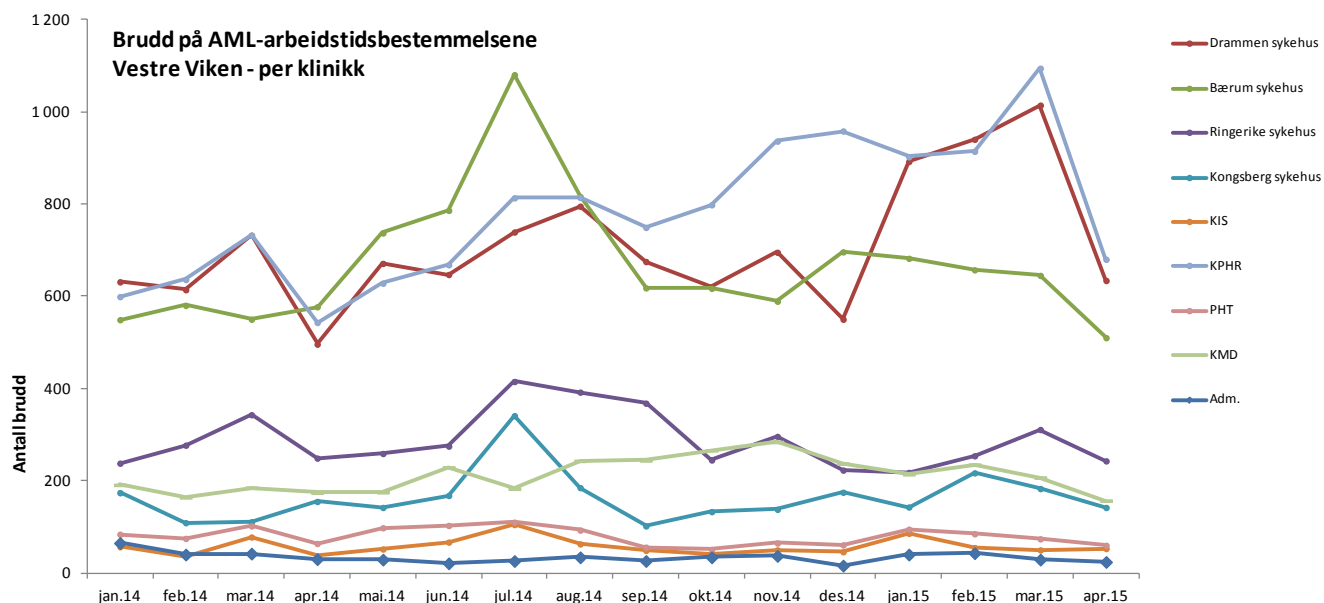
Klinikkene med hovedvekt av dagarbeidere som Intern service og administrasjonen reduserer gjennomsnittlig brudd på arbeidstidsbestemmelsene.

Utvikling i totalt antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene i 2013 mot 2014 og hittil i 2015



Overstående viser brudd på arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven. Bruddene er rapportert med GAT som verktøy.

Antall brudd per klinikk per måned fra januar 2014 til april 2015



Antall brudd per klinikk per måned

Klinikk	jan.14	jan.15	feb.14	feb.15	mar.14	mar.15	apr.14	apr.15	mai.14	jun.14	jul.14	aug.14	sep.14	okt.14	nov.14	des.14
Drammen sykehus	631	879	614	988	732	1 014	496	634	671	647	739	795	675	620	695	550
Bærum sykehus	549	625	580	617	550	645	577	510	737	786	1 080	816	618	617	589	696
Ringerike sykehus	238	186	277	235	343	311	249	243	259	275	415	392	368	245	296	223
Kongsberg sykehus	174	142	109	224	111	183	155	142	142	168	341	185	102	133	138	175
KIS	57	77	36	46	78	50	37	53	52	67	105	63	49	41	50	46
KPHR	599	904	636	996	732	1 094	543	680	628	668	813	814	749	798	936	958
PHT	84	62	75	55	102	74	64	60	98	103	110	93	56	51	65	61
KMD	191	198	164	221	185	207	174	157	175	229	183	243	244	266	284	237
Adm.	65	41	40	48	42	29	30	24	29	21	26	34	26	34	37	16
Sum	2 588	3 114	2 531	3 430	2 875	3 607	2 325	2 503	2 791	2 964	3 812	3 435	2 887	2 805	3 090	2 962

2 Omstillingsutfordring

	SUM
1. Resultat hittil i år	45 717
Korreksjoner til styringsfart hiå:	
Engangseffekter	6 649
Forventet effekt kvalitetssikring av koding	4 300
Periodiseringseffekter	-2 500
Korrigert styringsfart hittil i år	54 165
2. Resultat ut året - basert på styringsfart hiå	108 331
Overskudd (underskudd) basert på revidert styringsfart (1+2)	154 048
3. Korreksjoner ut året:	
Engangseffekter ut året	-10 628
Periodiseringseffekter	-10 698
Effekt av lønnsoppgjør	23 869
Driftsendringer for å redusere svar- og ventetider	-3 300
Revidert overskudd (underskudd) ut året (1+2+3)	153 291
Budsjettert resultatkrav	200 000
Tiltaksbehov for å oppnå resultatkrav	-46 709
Sum av klinikkens tiltak p.t.	26 709
REST positiv = bidrag, negativ = uløst utfordring	-20 000
Prognose for året	180 000

VVHF viser et overskudd fra ordinær drift per 1 tertial 2015 på 45,7 MNOK. Resultatet hittil i år inkluderer engangseffekter på 6,6 MNOK og periodiseringseffekter på -2,5 MNOK. Kvalitetssikring av koding i forbindelse med stenging av 1. tertial vil gi inntekter på 4,3 MNOK som bokføres i mai. Styringsfart pr april korrigert for disse er 54,2 MNOK, eller om lag 13,5 MNOK pr måned. Om trenden forutsetter ut året vil det gi et samlet resultat på 108,34 MNOK for perioden mai til desember, og et akkumulert resultat for året på 154,0 MNOK.

Ut året er det forventet periodiseringseffekter og engangseffekter som vil redusere resultatet med 21,3 MNOK, og det vil brukes 3,3 MNOK på driftsendringer for å redusere svar- og ventetider. Under forutsetning av at lønnsoppgjør lander på samme nivå som front fagene, er det en beregnet besparelse på 23,8 MNOK på årets lønnsoppgjør i forhold til budsjett forutsetninger. Etter disse korreksjoner er estimert overskudd 153,3 MNOK for året, og totalt omstillingsbehov for å oppnå budsjett på 200 MNOK er på om lag 46,7 MNOK.

Klinikkene har pr april identifisert og igangsatt tiltak med en beregnet verdi på 26,7 MNOK ut året. Årsprognose gir dermed et overskudd på 180 MNOK forutsatt at tiltakene oppnår ønsket effekt. Det er risiko knyttet til oppnåelse av klinikkens tiltak, både med hensyn til total besparelsen, og timing på når tiltakene vil oppnå effekt. Årsprognosen er 20 MNOK bak budsjettert resultatkrav for året på 200 MNOK.

3 Økonomisk risikobilde

Risiko for avvik i forhold til budsjett 2015 gruppens i følgende hovedkategorier:

Gjestepasienter	Det er risiko knyttet til både gjestepasientinntekter og gjestepasientkostnader. Det ble kostnadsført og 563 MNOK på gjestepasientkostnader i 2014. Totale kostnader i 2014 var 11,6 MNOK mer enn budsjettet. Både gjestepasientkostnader og -inntekter er vanskelig å forutse, og det er ofte et betydelig etterslep. Hittil i år ligger gjestepasientområde samlet sett 3,5 MNOK bak budsjett.
Høykostmedisin og varekostnader	Høykostmedisin er et risikoområde i budsjettet, og det er iverksatt tiltak for å redusere risiko, spesielt knyttet til refusjoner. I 2014 kom flere nye kreftmedikamenter inn under H-resept ordningen. På grunn av manglende erfaringstall er det risiko knyttet til kostnader relatert til disse medikamenter. Varekostnader er tett knyttet til produksjon, og det er risiko knyttet til om budsjetterte økninger i varekostnader er tilstrekkelig i forhold til forventet produksjonsøkning i 2015.
Pensjon	Ny aktuarberegning i mars 2015 har gitt en økning i pensjonskostnader for året på 341,3 MNOK. Det forutsettes at økningen finansieres gjennom revidert nasjonal budsjett. Det er noe usikkerhet knyttet til om bevilget finansiering vil være tilstrekkelig for å dekke hele kostnadsøkningen.
Innleie	Innleie er et kjent risikoområde. I 2015 er det budsjettert med en reduksjon på innleie med 1,6 MNOK i nominale kroner. Dette gir en reell reduksjon på ca 8 % beregnet i 2014 kroner. Pr april er det et overforbruk på 4,7 MNOK.
Investering	Trang likviditet i foretaksgruppen begrenser investeringsmuligheter. Manglende investering kan føre til mindre effektiv drift og svekket økonomiske resultater.
Likviditet og finansområdet	Som følge av økte pensjonskostnader økes trekk på kassekrediten til VVHF med 341 MNOK. Økningen er ut over budsjett forutsetninger og gir risiko for at årets finanskostnader vil være høyere enn budsjettert. Estimert risiko er om lag 10 MNOK.

Klinikkrapportering per 1.tertial 2015

Innhold

INNLEDNING.....	2
DRAMMEN SYKEHUS	3
BÆRUM SYKEHUS	8
RINGERIKE SYKEHUS.....	12
KONGSBERG SYKEHUS	15
INTERN SERVICE.....	19
PSYKISK HELSE OG RUS.....	23
PREHOSPITALE TJENESTER.....	28
MEDISINSK DIAGNOSTIKK	31
DEFINISJONER.....	35

INNLEDNING

Oppfølgingen av klinikkene tar utgangspunkt i måltavler for de viktigste resultatmålene, samt fokus på årsverksutvikling.

Klinikkens målekort viser følgende:

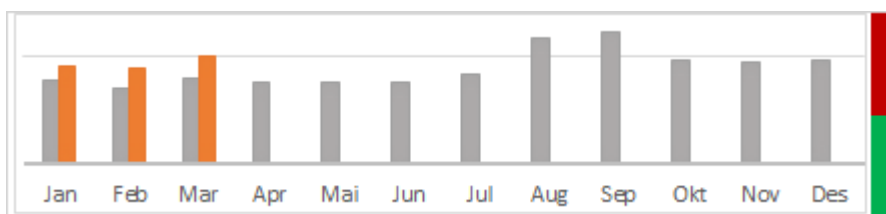
- Avvik mot budsjett: Denne måned og hittil i år
- Status: Enten rødt, gult eller grønt

Obligatoriske måleparametre for alle klinikkene er: Resultat, brutto månedsverk og sykefravær. På grunn av etterskuddsvis målinger er sykefraværstall en måned på etterskudd. Måltavlene for de somatiske klinikkene er like. Måltavlene for de andre klinikkene er i større grad skreddersydd.

Det utarbeides prognose hver måned fra og med mars måned (i januar og februar måles det kun mot budsjett). Følgelig gjøres det en konkret vurdering av klinikkens styringsfart basert på utviklingen hittil i år. Alle klinikker skal gjøre en vurdering av styringsfart og omstillingsbehov, og klinikker med negative avvik fra mål skal presentere konkrete forslag til tiltak for å endre styringsfart for å nå de avtalte målene. Rapporteringen har fokus på å vurdere gangfart i 2015, samt gjøre en vurdering av prognose med tilhørende tiltak.

For måltavlen skal klinikkene kommentere der målene viser rødt, dvs. resultater som ikke er i tråd med mål. Ved rød og gul status må klinikkene presentere årsaksforklaring og en vurdering av forventet utvikling videre i året, samt eventuelt om det raskt vil være behov for å iverksette tiltaksarbeid. Dette konkretiseres og kvantifiseres i avsnittet "Vurdering av styringsfart og omstillingsbehov" for hver klinikk. Grønn status kommenteres etter eget ønske.

Grafikken i måltavlene viser resultat pr måned i år i forhold til resultat pr måned i fjor. Resultatet i år vises i oransje men resultat for i fjor vises i grått. Fargene til høyre for grafikken viser om en høyere verdi er positiv (grønt) eller negativ (rødt). I eksempelet nedenfor, er det negativ at verdien øker (for eksempel ved fristbrudd). Det motsatte ville være tilfellet for overskuddet, hvor det er positiv med økt verdi.

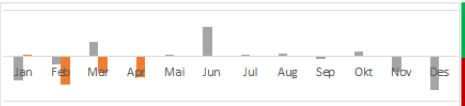
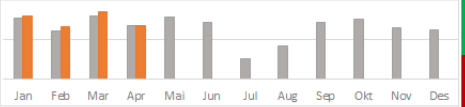
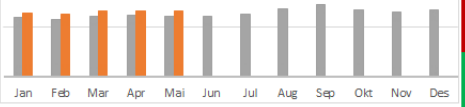
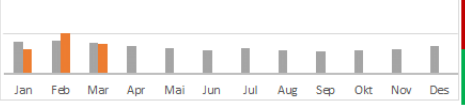
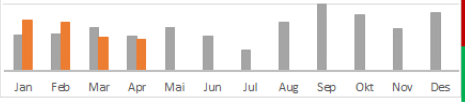
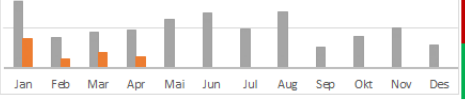


Oversikt over enkelte indikatorer med tilhørende definisjoner er vedlagt til slutt i rapporten.

DRAMMEN SYKEHUS

Sammendrag etter avsluttet april 2015

Drammen sykehus har de første måneder i 2015 et for høyt kostnadsnivå. Klinikkdirektøren ser alvorlig på at styringsfart er for høy, og dette har et særskilt ledelsesfokus.

Drammen sykehus		Denne måned	Hittil i år	Prognose	Verdi pr måned i år og i fjor (grå)
1 ØKONOMI Driftsresultat i KR. (1.000)	Virkelig	-4 641	-14 430	-9719	
	Mål	0	0	0	
	Avvik	-4 641	-14 430	-9719	
	I fjor	-222	-4 276	-7 413	
2 AKTIVITET Somatikk DRG-poeng døgn, dag og poliklinikk ANTALL	Virkelig	3 850	15 949	47 019	
	Mål	3 878	16 064	47 019	
	Avvik	-28	-114	0	
	I fjor	3 846	15 669	45 484	
3 HR Brutto månedsverk ANTALL (t.o.m. neste måned)	Virkelig	1 654	1 644	1 662	
	Mål	1 625	1 626	1 653	
	Avvik	29	19	10	
	I fjor	1 604	1 596	1 632	
4 HR Sykefravær i PROSENT (etterskuddsvis)	Virkelig	7,7	7,9	7,3	
	Mål	7,8	8,0	7,3	
	Avvik	-0,1	-0,0	-0,0	
	I fjor	8,6	8,3	7,8	
5 KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter totalt DAGER	Virkelig	83	91	70	
	Mål	70	70	70	
	Avvik	13	21	0	
	I fjor	86	88	93	
6 KVALITET Fristbrudd for rettighetspasienter (ny def.) ANDEL	Virkelig	0,6 %	0,8 %	0,0 %	
	Mål	0,0 %	0,0 %	0,0 %	
	Avvik	0,6 %	0,8 %	0,0 %	
	I fjor	1,9 %	2,1 %	2,0 %	

Økonomi

Drammen sykehus har pr april 2015 et negativt budsjettavvik på 2,7 %. Til tross for at sykehuset har behandlet flere pasienter enn planlagt, er de aktivitetsbaserte inntektene 4,2 mill kr bak plan. Kvalitetssikring første tertial ga 2,8 mill (137 DRG poeng) mer enn avsetning pr april. Dette er med i aktivitetsstatistikken i måltavlen, men bokføres i økonomisystemet i mai. Analysesenteret har i mai vurdert registrering av pasientoppholdene ved Drammen sykehus. I dette arbeidet ble det avdekket at Drammen sykehus har hatt en sterkere negativ groupereffekt enn det som ble korrigert for i budsjettprosessen, tilsvarende 4,1 millioner på årsbasis. Gitt disse justeringene, så er inntektene i balanse pr april. En del av dette bildet er at de 65 398 polikliniske konsultasjonene i første tertial, har gitt lavere indeks enn budsjettet. Om budsjettindeks hadde vært oppnådd, ville DS hatt en ekstra inntjening på 3,9 mill (191 DRG poeng).

Andre driftskostnader er i balanse, varekostnader har et positivt budsjettavvik på 0,9 mill og lønn viser et overforbruk. Samlet sett avviker kostnadssiden med 10,1 mill kr.

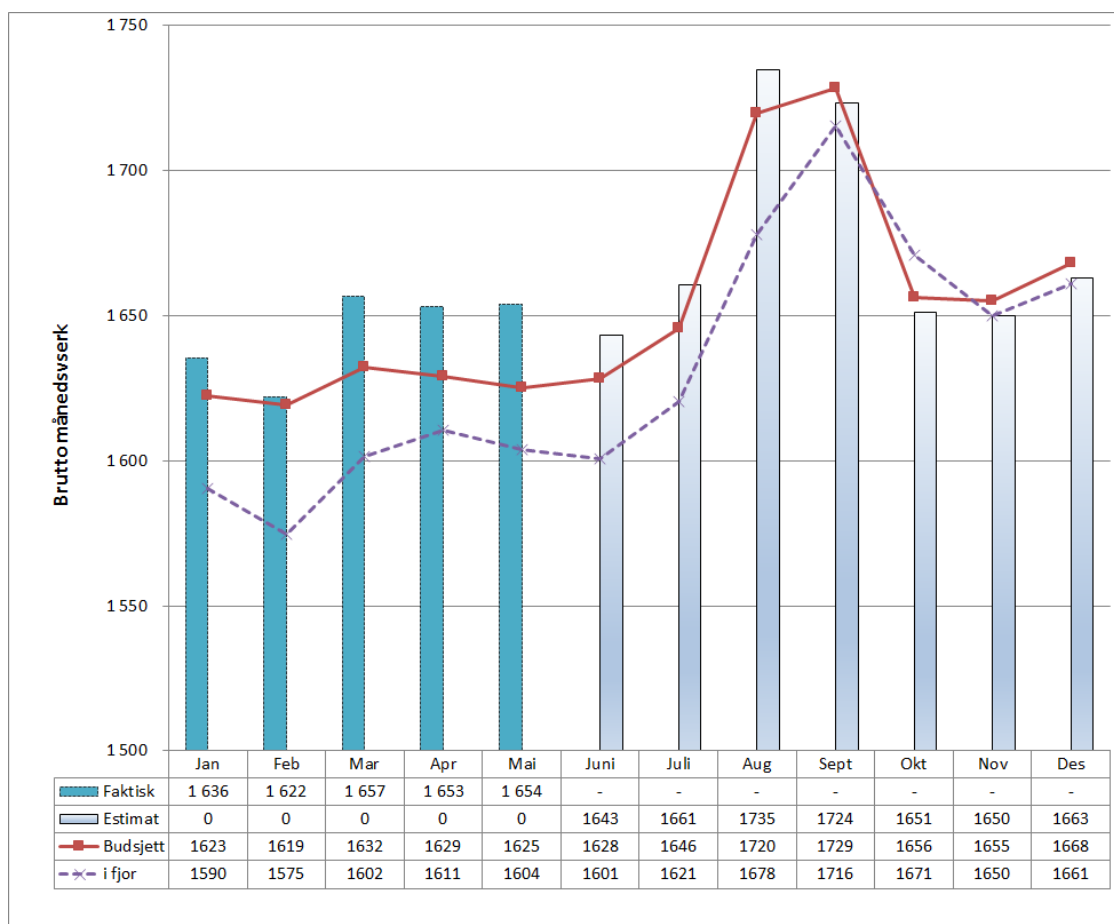
Aktivitet

Hittil i 2015 er det behandlet 4 619 flere pasienter enn budsjettet, og 6 844 flere enn i samme periode i 2014. Den polikliniske aktiviteten er fortsatt høy ved Drammen sykehus, og i de første måneder er det kirurgiske fag, pediatri og øye som har størst vekst fra foregående år. Døgnaktiviteten har samlet sett vært stabilt i antall opphold, men medisinsk avdeling har hatt høy aktivitet. Ombyggingsprosessen for operasjonsstuer pågår for fullt, og flytting fra gammel del til ny operasjonsmodul medio januar, medførte noe aktivitetsnedgang i denne perioden.

HR – Brutto månedsverk

Per mai er månedsverkene i gjennomsnitt 19 over budsjett. Korttidsfraværet i perioden fra nyttår til april er 4 % høyere enn i 2014. Dette utgjør omregnet ca 10 månedsverk ekstra utlønnet i denne perioden.

Klinikken har et sterkt fokus på at årsverksbudsjettet skal følges, og at variabel lønn skal reduseres i henhold til iverksatte tiltak.



Kvalitet og ventetider

Drammen sykehus har et kontinuerlig og målrettet fokus på ventetider og null fristbrudd. Siste tre måneder er fristbruddsandelen under 1 %. Flere avdelinger har etablert poliklinikkprosjekter, med siktemål å forbedre rutiner relatert til planlegging, oppsetting av timer og gjennomføring for ytterligere å forbedre driftseffektivitet. Ved Øre, nese og hals er det igangsatt forbedringsarbeider med HSØ - metodikk. ØNH avdelingen har i mai en gjennomsnittlig avviklet ventetid på 121 dager. Det er behov for å gjennomføre ekstraordinære tiltak, for å få ventetider og antall ventende ned, noe

som er under vurdering i forhold til økonomiske rammer. Ved Øye seksjonen er det iverksatt flere tiltak og ventetiden er på vei ned, i april er gjennomsnittlig avviklet ventetid 97 dager.

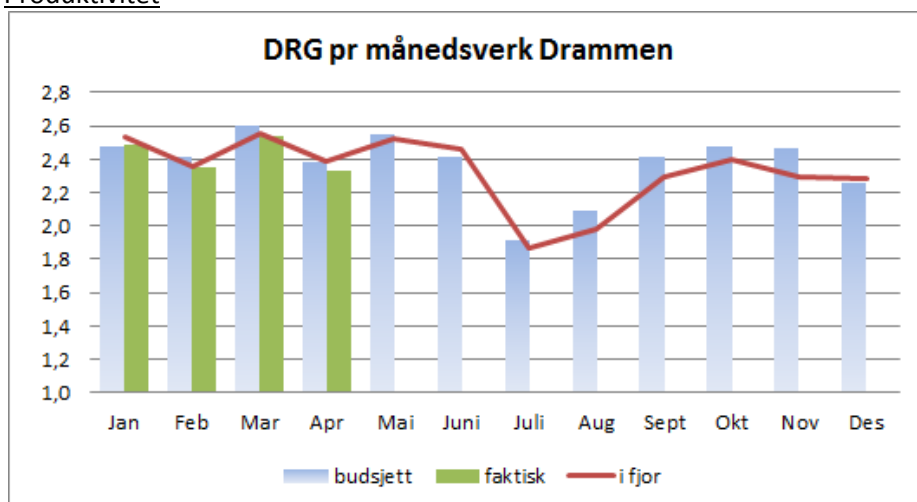
Innenfor flere av områdefunksjonsfagene ble kapasiteten styrket i 2014, og i tillegg ble det kjøpt eksterne tjenester for å håndtere noen langtidsventende innen for endokrinologi, nevrologi og fysikalsk medisin. Det er fortsatt kapasitetsutfordringer, spesielt innen øyefaget og endokrinologi, men her styrkes kapasiteten noe første halvdel av 2015.

Fra høsten 2014 har det vært en betydelig nedgang i antall langtidsventende over ett år, per april er antallet nede i 40, mot 140 i februar. Det forventes ytterligere nedgang. Avvikling av antall langtidsventende påvirker avviklet ventetid. Gjennomsnittlig avviklet ventetid forventes redusert mot 70 dager i 2015. I april er gjennomsnittlig avviklet ventetid ved Drammen sykehus samlet 83 dager, mot 96 i februar.

Andel pasienter som tildeles time sammen med bekreftelse av mottatt henvisning er i positiv utvikling.

Pakkeforløp for kreft er implementert fra 1.januar og 1.mai, og forløpskoordinatorer er etablert for alle 15 forløp.

Produktivitet



Produktivitet målt i DRG poeng er bak plan, og øvrige beskrivelser i styresaken relatert til aktivitet og årsverk belyser dette. DRG poeng i grafen, er for avsluttet 1 tertial.

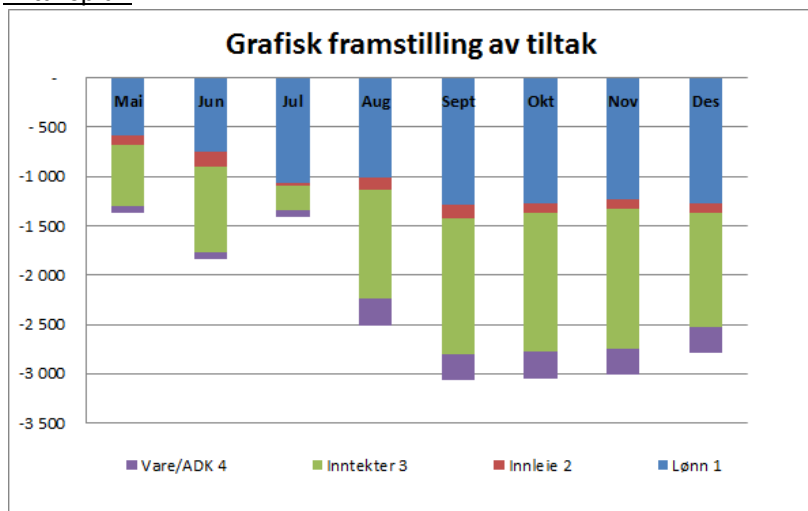
Vurdering av styringsfart og omstillingsbehov

	DS
1. Resultat hittil i år	-14 430
Korreksjoner til styringsfart hiå:	
Engangseffekter	1 150
Forventet effekt kvalitetssikring av koding	2 842
Korrigert styringsfart hittil i år	-10 438
2. Resultat ut året - basert på styringsfart hiå	-20 875
Overskudd (underskudd) basert på revidert styringsfart (1+)	-35 305
3. Korreksjoner ut året:	
Effekt av lønnsoppgjør	4 900
Revidert overskudd (underskudd) ut året (1+2+3)	-30 405
Sum av klinikkens tiltak p.t.	20 686
Prognose for året	-9 719

Drammen sykehus har pr april et betydelig budsjettavvik. Hoveddelen av dette er knyttet til lønn. Noe av lønnsavviket korrigeres likevel ut som en engangseffekt i styringsfartssammenheng. Hovedgrunnen er at det har vært en ekstraordinær krevende vinter på sengepostene, på grunn av mye sesongbasert sykefravær og pasienter med høy pleietyngde. Dette har også ført til ekstraordinære kostnader innen vareforbruk og andre driftskostnader, som korrigeres ut. Forsinket flytting fra gamle til nye operasjonsstuer i operasjonsmodul, medførte noe nedgang i gjennomført elektiv kirurgi i starten av året.

Videre har det i tillegg vært brukt mye tid til deltagelse i medvirkningsgrupper ved planlegging av Nytt Vestre Viken Sykehus i disse månedene. Omfanget av timer medgått til dette arbeidet er mer enn forutsatt. Dette ses på som en engangseffekt i forhold til aktivitetsgjennomføring.

Tiltaksplan



Drammen sykehus har høyt fokus på kontinuerlig forbedringsarbeid for god kvalitet i pasientbehandlingen og godt arbeidsmiljø.

Ledergruppen ved Drammen sykehus har siden avsluttet februarregnskap jobbet med konkretisering av tiltak for å imøtekomme den høye styringsfarten i klinikken. I tillegg til den vanlige kostnadsnøkterne driftsformen ved Drammen sykehus, er det nå ved hver avdeling konkretisert en portefølje av ekstratiltak for å komme i økonomisk balanse.

Tiltakene er i hovedsak innenfor følgende områder;

- Driftoptimaliserende tiltak i operasjonsavdeling og innenfor operative fag, relatert til nye operasjonsstuer
- Forbedret drift av poliklinikker for ytterligere aktivitetsøkning
- Reduksjon av varekost – samarbeid med innkjøp
- God sengepostdrift med riktige pasientforløp, og kontinuerlig vurdering av ressursbehov ved fravær på enkeltvakter
- Ekstraordinær uke til uke oppfølging for ressursplanlegging og bruk av overtid og vikarbyrå
- Drifts- og personellplanlegging i hovedferieavviklingsperioden, herunder gjennomgang av arbeidsplaner
- Nærværarbeid – reduksjon av sykefravær
- Noe begrenset uttak av overlegepermisjoner til høsten
- Stillingsstopp knyttet til stillinger utenfor turnus
- Ledigholde og vurdere alle typer stillinger ved turnover

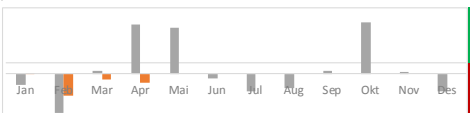
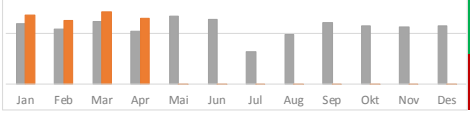
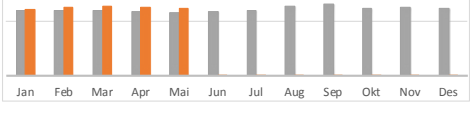
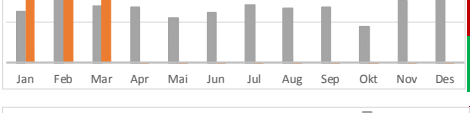
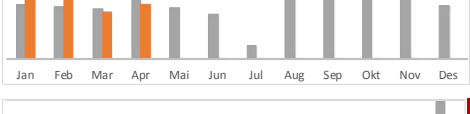
I utvidet ledermøte den 21.mai, med nivå 2-, 3- og 4 ledere, samt arbeidstakerrepresentanter på klinikknivå og klinikkhovedverneombud, presenterte hver avdelingssjef forankrede tiltak i egen avdeling. Presentasjonen inneholdt fremskrevet utfordringsbilde, tiltaksbeskrivelser, forventet kostnadseffekt og eventuelle restutfordringer. Samlet ved klinikk Drammen sykehus er det konkretisert tiltak for i overkant av 20 millioner.

Økonomisk prognose

Klinikkens prognose er pr april 9,7 millioner i overforbruk. Ledergruppen fortsetter arbeidet med ytterligere tiltak, for å komme i balanse. Denne prognosen forutsetter at Drammen sykehus beholder forventet positivt budsjettavvik knyttet til årets lønnsoppgjør i klinikken. Prognosen vil være 4,1 mill bedre, når negativ groupereffekt hensyntas.

BÆRUM SYKEHUS

Sammendrag etter avsluttet april 2015

Bærum sykehus		Denne måned		Hittil i år	Prognose	Verdi pr måned i år og i fjor (grå)
1 ØKONOMI Driftsresultat i KR. (1.000)	Virkelig	-856		-3 396	0	
	Mål	0		0	0	
	Avvik	-856		-3 396	0	
	I fjor	4 681		264	4 879	
2 AKTIVITET Somatikk DRG-poeng døgn, dag og poliklinikk ANTALL	Virkelig	2 300		9 363	27 652	
	Mål	2 253		9 104	27 252	
	Avvik	47		259	400	
	I fjor	2 050		8 583	25 504	
3 HR Brutto månedsverk ANTALL (t.o.m. neste måned)	Virkelig	926		929	943	
	Mål	923		925	942	
	Avvik	3		3	1	
	I fjor	885		900	917	
4 HR Sykefravær i PROSENT (etterskuddsvis)	Virkelig	7,7		7,8	7,1	
	Mål	6,9		7,7	7,1	
	Avvik	0,8		0,1	0,0	
	I fjor	6,7		7,0	6,7	
5 KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter totalt DAGER	Virkelig	68		69	66	
	Mål	66		66	66	
	Avvik	2		3	0	
	I fjor	76		69	70	
6 KVALITET Fristbrudd for rettighetspasienter (ny def.) ANDEL	Virkelig	1,1 %		1,6 %	0,0 %	
	Mål	0,0 %		0,0 %	0,0 %	
	Avvik	1,1 %		1,6 %	0,0 %	
	I fjor	1,2 %		0,7 %	1,9 %	

Kommentarer til måltavlen

Økonomi

Kvalitetssikring av koding for første tertial er nå avsluttet. Endelig aktiviteten i første tertial målt i DRG-poeng ble 9363. Dette er 138 DRG-poeng mer enn det som er regnskapsført pr april, og vil gi 2,9 MNOK i inntekter i mai regnskap. Korrigert resultat for første tertial blir med det et resultat på - 0,5 MNOK og gult lys. Dette gjenspeiler den reelle drift og gangfart per april. I måltavlen må imidlertid regnskapet som ble lukket per april fremstilles, og dette viste da, før kvalitetssikring av pasientdata for første tertial, et resultat per april på - 3,4 MNOK.

Det har vært høyere aktivitet på sykehuset enn planlagt første tertial med tilhørende høyt belegg på sengepostene, hvilket er hovedforklaringen til økningen i lønn og innleiekostnader.

Klinikken prognostiserer med et regnskap i balanse ved utgangen av året.

Aktivitet

Den faktiske aktiviteten første tertial er 779 DRG poeng foran samme periode i fjor (9,1 prosent), og 259 poeng foran periodisert plan.

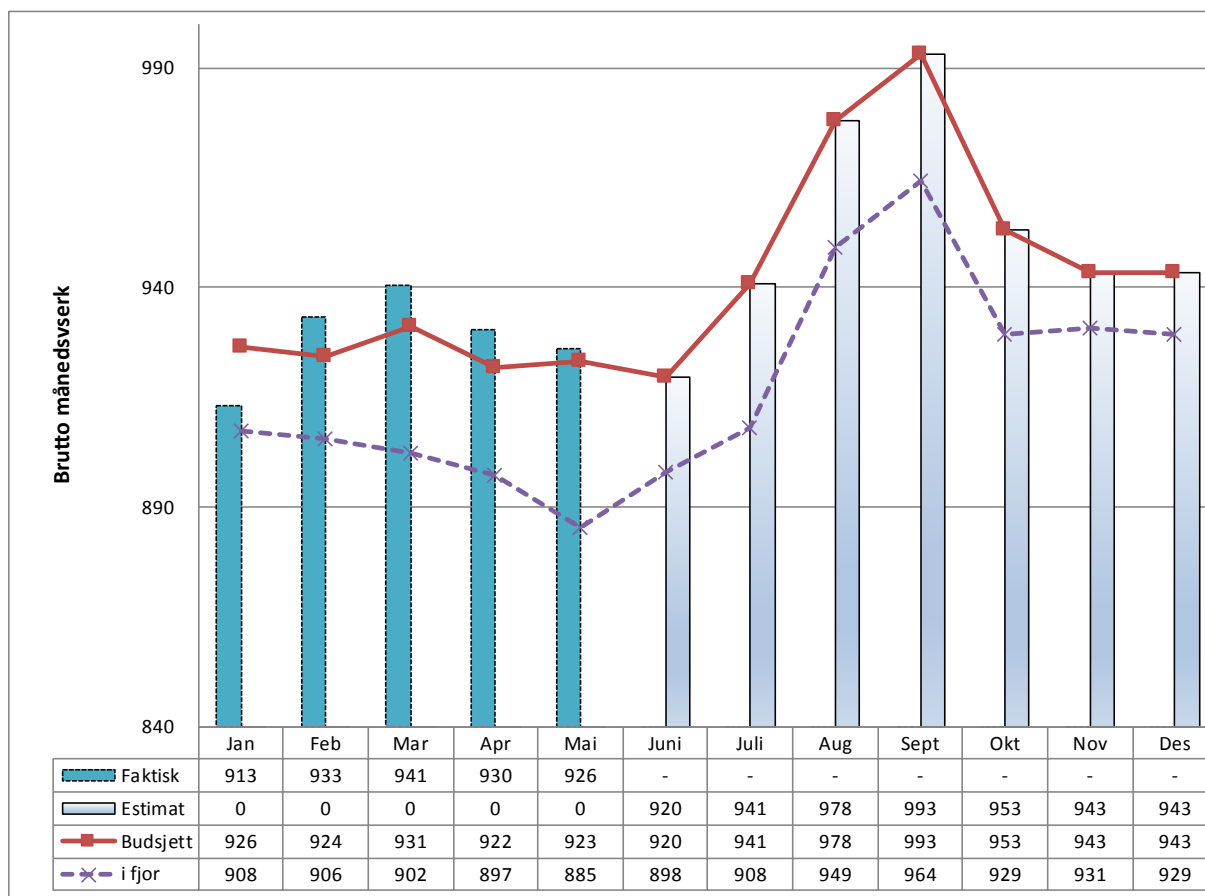
Hovedprofilen i budsjett 2015 for klinikk Bærum er å øke aktiviteten, ved å behandle flere pasienter, ut fra viten om etterspørsel og ventelister innenfor de forskjellige områdene. Det er lagt inn

dedikerte årsverk til denne aktivitetsøkningen, bl.a. ved gjenopprettelse av et 7. operasjonsteam. Dette er en hovedforklaring til økning i planlagte årsverk i 2015 i forhold til i 2014. Ambisjonen lagt i budsjett 2015 er en vekst i antall DRG poeng på 6,3 prosent, målt mot 2014.

Klinikken prognostiserer med en vekst på 400 DRG poeng utover budsjett for året som helhet.

HR – Brutto månedsverk

I april hadde klinikken 8 brutto månedsverk flere enn budsjett, og i mai er det 3 månedsverk flere enn budsjett. Akkumulert for første tertial er det 3 månedsverk høyere enn budsjett. Dette relateres til et høyt belegg på sengepostene, med tilhørende høy aktivitet. Det er iverksatt noen tiltak for å møte utfordringene som følge av høyt belegg på sengepostene på en bærekraftig måte.



HR – Sykefravær i prosent

Sykefraværet i mars er på 7,7 prosent hvilket er en nedgang fra sykefraværet i februar. Sykefraværet er 1 prosentpoeng høyere enn på samme tid i fjor.

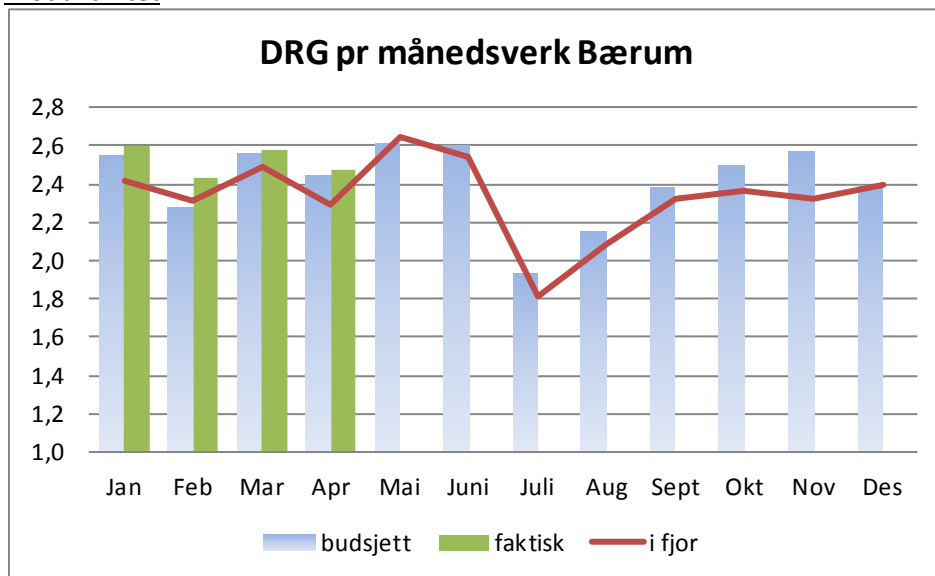
Kvalitet – Gjennomsnittlig ventetid avvirket

Ventetiden for pasientene var på 68 dager i april, hvilket er nær målsettingen om gjennomsnittlig 66 dager for året som helhet. Det er iverksatt tiltak på flere av avdelingene for å redusere antall langtidsventende. Dette arbeidet vil på kort sikt kunne medføre en økning i ventetid avvirket. Antall langtidsventende er på vei ned og gjennomsnittlig ventetid for ventende pasienter er på vei ned.

Kvalitet – Fristbrudd for rettighetspasienter

Det er registrert 7 fristbrudd på behandlede pasienter i april 2015, hvilket utgjør 1,1 prosent og er en nedgang fra årets 3 første måneder. Det er utarbeidet handlingsplaner i avdelingene for å redusere fristbrudd og antall langtidsventende, og det iverksettes nå konkrete tiltak. Videre er det lagt en ambisjon med vekst i pasientbehandlingen på 6,3 prosent, hvilket forventes å ha en positiv effekt på fristbrudd og ventetider.

Produktivitet



Utviklingen på klinikk Bærum sykehus med bedret produktivitet, målt som DRG poeng per brutto månedsverk, gjennom 2013 og 2014 fortsetter også nå i 2015. Etter innføring av stedlig ledelse i 2012 økte produktiviteten med 4,6 prosent fra 2012 til 2013, og 6,4 prosent fra 2013 til 2014.

Produktiviteten i første tertial 2015 viser en økning på 6,0 prosent fra samme periode i fjor og en økning på 2,5 prosent fra budsjett samme periode.

Vurdering av styringsfart og omstillingsbehov

BS	
1. Resultat hittil i år	-3 396
Korreksjoner til styringsfart hiå:	
Forventet effekt kvalitetssikring av koding	2 900
Korrigert styringsfart hittil i år	-496
2. Resultat ut året - basert på styringsfart hiå	-993
Overskudd (underskudd) basert på revidert styringsfart (1+)	-4 389
3. Korreksjoner ut året:	
Effekt av lønnsoppgjør	3 700
Tiltaksbehov for å oppnå resultatkrav	-689
Sum av klinikkens tiltak p.t.	689
Prognose for året	-0

Som nevnt over under avsnittet om aktiviteten har kvalitetssikring av den medisinske kodingen på Bærum sykehus medført 138 flere DRG poeng for første tertial, hvilket utgjør 2,9 MNOK.

Lønnsoppgjøret for frontfagene er sluttført med en kostnad i 2015 på 2,7 prosent. Klinikken har budsjettert med en lønnsvekst på 3,5 prosent i 2015. Klinikkdirektøren forventer at egen klinikk vil havne på samme kostnad som frontfagene, hvilket gir en antatt positiv resultateffekt på 3,7 MNOK i 2015.

Tiltaksbehov/tiltaksplan

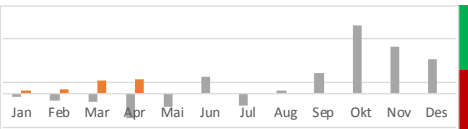
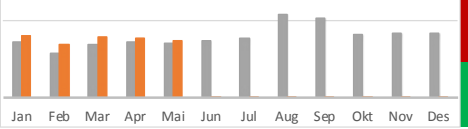
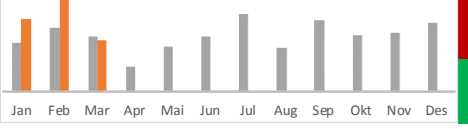
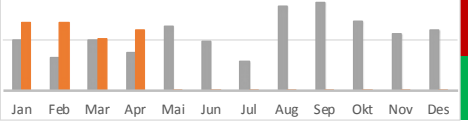
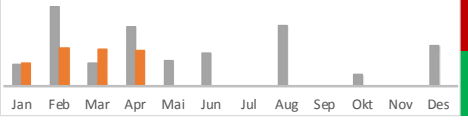
Det gjennomføres to prosjekter (med bistand fra prosjektgruppe fra Sykehuspartner) med forventet forbedring av ressursutnyttelse tilsvarende 1 MNOK.

Økonomisk prognose

Reelt driftsresultat, etter kvalitetssikring av pasientdata er – 0,5 MNOK. Klinikken prognostiserer med et økonomisk resultat i balanse ved utgangen av året.

RINGERIKE SYKEHUS

Sammendrag etter avsluttet april 2015

Ringerike sykehus		Denne måned		Hittil i år	Prognose	Verdi pr måned i år og i fjor (grå)
1 ØKONOMI	Driftsresultat i KR. (1.000)	Virkelig	623	1 503	0	
		Mål	0	0	0	
		Avvik	623	1 503	0	
		I fjor	-1 093	-1 931	5 547	
2 AKTIVITET Somatikk	DRG-poeng døg, dag og poliklinikk ANTALL	Virkelig	1 249	5 370	14 508	
		Mål	1 201	5 147	14 508	
		Avvik	48	222	0	
		I fjor	1 180	4 879	14 145	
3 HR	Brutto månedverk ANTALL (t.o.m. neste måned)	Virkelig	523	526	538	
		Mål	533	534	542	
		Avvik	-9	-8	-4	
		I fjor	521	518	529	
4 HR	Sykefravær i PROSENT (etterskuddsvis)	Virkelig	6,7	7,6	6,5	
		Mål	6,4	7,0	6,5	
		Avvik	0,3	0,6	0,0	
		I fjor	6,9	6,9	6,9	
5 KVALITET	Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter totalt DAGER	Virkelig	54	55	55	
		Mål	55	55	55	
		Avvik	-1	0	0	
		I fjor	45	47	52	
6 KVALITET	Fristbrudd for rettighetspasienter (ny def.) ANDEL	Virkelig	0,7 %	0,7 %	0,0 %	
		Mål	0,0 %	0,0 %	0,0 %	
		Avvik	0,7 %	0,7 %	0,0 %	
		I fjor	1,2 %	0,9 %	0,6 %	

Kommentarer til måltavlen

Økonomi

April viser positivt avvik på 0,6 MNOK i forhold til budsjett, hvorav inntekter er positivt med 1,5 MNOK og kostnader er negativt med 0,9 MNOK. Det positive avviket på inntektssiden skyldes høyere aktivitet enn plan innen døg, dag og poliklinikk. På kostnadssiden er det merforbruk på innleie fra vikarbyrå og lønn på til sammen 1,2 MNOK. Manglende refusjoner utgjør 0,4 MNOK av lønnsavviket.

Samlet resultat pr april er positivt med 1,5 MNOK, hvorav inntekter er positivt med 5,2 MNOK og kostnader er negativt med 3,7 MNOK. ISF-inntekter for pasienter innen egen region er positivt med 4,7 MNOK, mens gjestepasientinntekter er negativt med 1,1 MNOK. Varekostnader og gjestepasientkostnader er negativt med 1,4 MNOK, innleie fra byrå er negativt med 1,6 MNOK, lønn er negativt med 1,1 MNOK, mens andre driftskostnader er positivt med 0,4 MNOK.

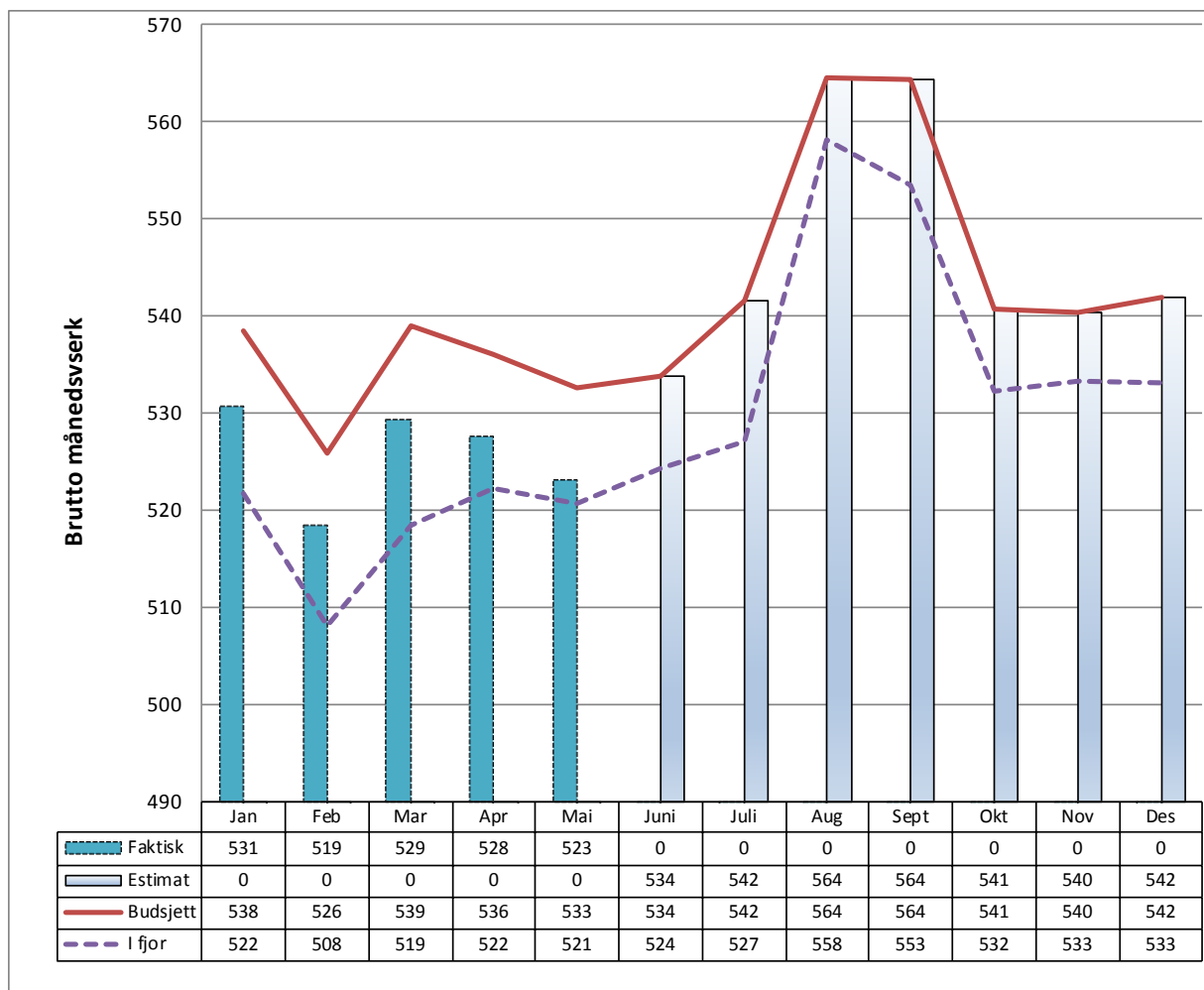
Aktivitet

I april var samlet aktivitet på døg, dag og poliklinikk 233 opphold foran plan, hvorav døg, dag og poliklinikk var 107 foran plan mens dag og poliklinikk var 126 foran plan. Målt i DRG-poeng var samlet aktivitet 48 poeng foran plan, hvorav døg, dag og poliklinikk var 48 poeng foran plan mens dag og poliklinikk var i balanse.

Samlet aktivitet pr april var 125 opphold bak plan, hvorav døgnopphold var 160 foran plan, mens dag og poliklinikk var 285 opphold bak plan. Målt i DRG-poeng var samlet aktivitet pr april 222 poeng foran plan, hvorav døgn var 279 poeng foran plan mens dag og poliklinikk var 57 poeng bak plan. Hittil i år er det produsert totalt 1.287 flere opphold på døgn, dag og poliklinikk enn samme periode i fjor, som tilsvarer en økning på 491 DRG-poeng (10 %).

HR - brutto månedsverk

Brutto månedsverk er 9 lavere enn plan i mai, og 8 lavere enn plan pr mai. Det er budsjettert med en økning på 12 brutto månedsverk fra 2014 til 2015.



HR – sykefravær

Sykefravær i mars var 6,7 %, mot 8,5 % foregående måned og 6,9 % i samme periode i fjor. Gjennomsnittlig sykefravær pr mars er 7,6 %, mot 6,9 % i samme periode i fjor. Det antas at hovedårsaken til høyere sykefravær i år skyldes influensa blant ansatte, da det er korttidsfraværet som har økt (1 % høyere hittil i år). Mål for sykefraværet i 2015 er 6,5 %.

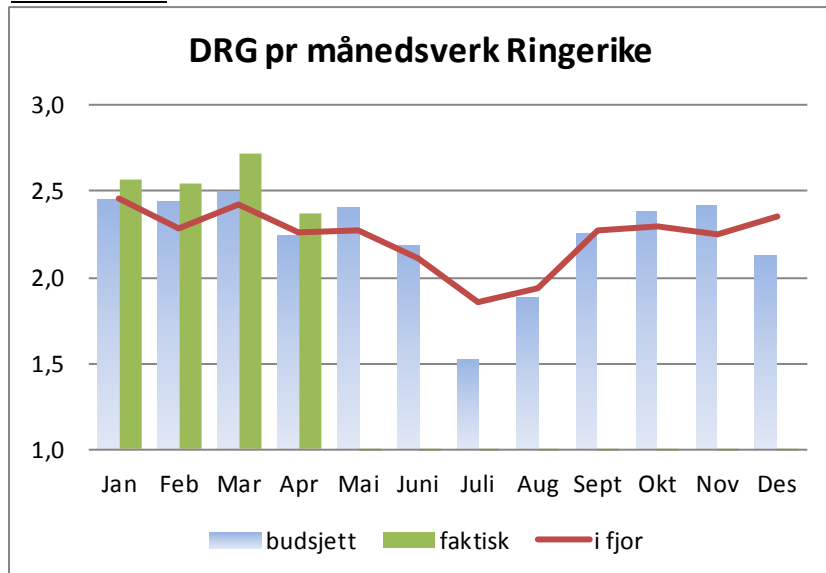
Kvalitet – Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter

Gjennomsnittlig ventetid pr april var 54 dager. Dette er 11 dager lavere enn nasjonal målsetting, og i henhold til driftsavtalen for klinikk Ringerike hvor målsettingen er at ingen skal vente over 55 dager.

Kvalitet – Fristbrudd for rettighetspasienter

Det ble registrert 3 avviklede fristbrudd i april. Hittil i år er andel avviklede fristbrudd 0,7 %.

Produktivitet



Antall DRG-poeng pr brutto månedsverk var 2,55 pr april, som er 6,0 % foran plan og 8,2 % bedre enn samme periode i fjor.

Vurdering av styringsfart og omstillingsbehov

RS	
1. Resultat hittil i år	1 503
Korreksjoner til styringsfart hiå:	
Periodiseringseffekter	-800
Korrigert styringsfart hittil i år	703
2. Resultat ut året - basert på styringsfart hiå	1 407
Overskudd (underskudd) basert på revidert styringsfart (1+2)	2 910
3. Korreksjoner ut året:	
Engangseffekter ut året	-5 110
Effekt av lønnsoppgjør	2 200
Prognose for året	-0

I klinikkens resultat hittil i år ligger en korrigering av feil periodisering på ISF-inntekter på 0,8 MNOK. Inntekter for KAD-senger i obsposten bortfaller fra 1. juni, og medfører et inntektstap på 2,8 MNOK i år. Merforbruk hittil i år på varekostnader og innleie (2,3 MNOK) forventes ikke å hentes inn, men målet er å holde budsjett ut året. Sum "engangseffekter" er summert til 5,1 MNOK. Det er beregnet en positiv effekt av lavere lønnsoppgjør på 2,2 MNOK.

Økonomisk prognose

Klinikkens målsetting for 2015 er resultat i balanse.

KONGSBERG SYKEHUS

Sammendrag etter avsluttet april 2015

Kongsberg sykehus		Denne måned		Hittil i år	Prognose	Verdi pr måned i år og i fjor (grå)
1 ØKONOMI Driftsresultat i KR. (1.000)	Virkelig	-1 439		-2 933	0	
	Mål	0		0	0	
	Avvik	-1 439		-2 933	0	
	I fjor	-1 389		-2 688	-548	
2 AKTIVITET Somatikk DRG-poeng døgn, dag og poliklinikk ANTALL	Virkelig	633		2 788	7 892	
	Mål	664		2 755	7 883	
	Avvik	-31		34	8	
	I fjor	595		2 641	7 712	
3 HR Brutto månedsverk ANTALL (t.o.m. neste måned)	Virkelig	318		319	321	
	Mål	312		313	317	
	Avvik	6		6	3	
	I fjor	305		302	311	
4 HR Sykefravær i PROSENT (etterskuddsvis)	Virkelig	7,4		8,4	6,4	
	Mål	6,4		6,2	6,4	
	Avvik	1,0		2,2	0,0	
	I fjor	5,4		5,8	6,7	
5 KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter totalt DAGER	Virkelig	55		60	57	
	Mål	57		57	57	
	Avvik	-2		3	0	
	I fjor	53		56	56	
6 KVALITET Fristbrudd for rettighetspasienter (ny def.) ANDEL	Virkelig	0,0 %		0,5 %	0,0 %	
	Mål	0,0 %		0,0 %	0,0 %	
	Avvik	0,0 %		0,5 %	0,0 %	
	I fjor	1,3 %		0,8 %	1,2 %	

Kommentarer til måltavlen

Økonomi

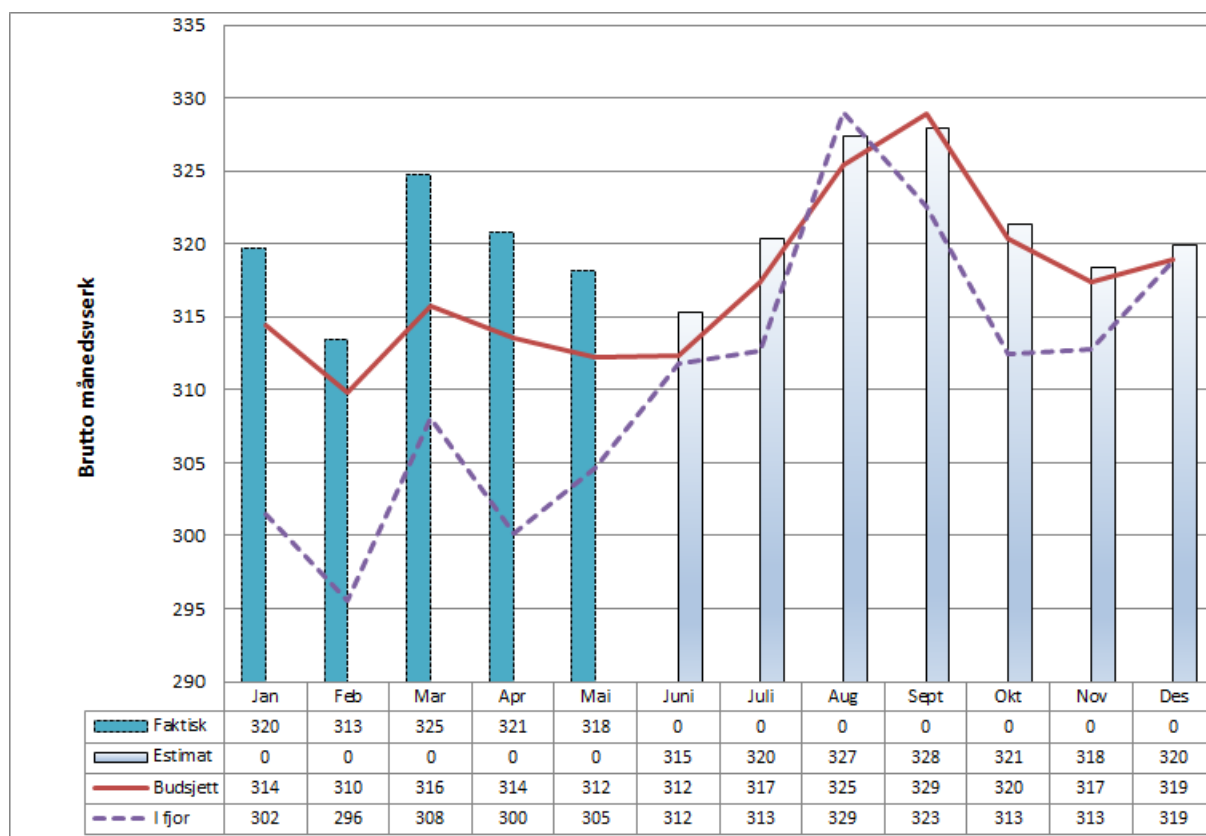
Klinikk Kongsberg sykehus har i april et negativt avvik på 1,4 MNOK. Det er et negativt avvik pr april på 2,9 MNOK. Det er et positivt inntektsavvik på 0,3 MNOK og et negativt kostnadsavvik på 2,6 MNOK. Det er merforbruk på varekostnader og lønn. Merforbruket på lønn er knyttet til høyt sykefravær ved starten av året og flere svangerskapspermisjoner enn budsjettet.

Aktivitet

Det er flere pasienter enn plan på dagopphold og poliklinikk. Det er færre pasienter på dagkirurgi enn plan innenfor kirurgi og ortopedi. Det er et positivt avvik på 34 DRG-poeng inkludert etterkoding for første kvartal.

HR – Brutto månedsverk

På grunn av flere fødselspermisjoner enn budsjettet og høyere sykefravær ligger klinikken over planlagt nivå på brutto månedsverk. Klinikken har hittil i år 2,4 MNOK mer i refusjoner enn budsjettet.



HR – Sykefravær

Sykefraværet var 7,4 % i mars. Klinikken må i 2015 er 6,4 %. Klinikken har fokus på nærvær og har et pågående prosjekt i samarbeid med NAV, bedriftshelsetjenesten og arbeidstakerorganisasjonene.

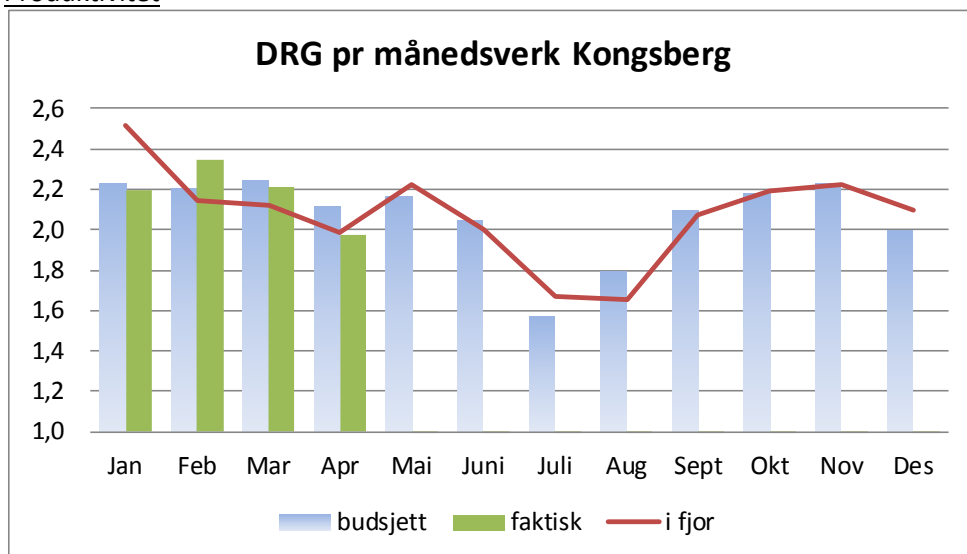
Kvalitet – Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter

Gjennomsnittlig ventetid var i april 55 dager. Kirurgi skal i 2015 ikke telle med i resultatrapporteringen på ventetid, på grunn av klinikken avhengighet av venteliste kirurgi ved Drammen sykehus.

Kvalitet – Fristbrudd for rettighetspasienter

Klinikken har ingen fristbrudd de to siste månedene. Det er et kontinuerlig fokus på ventelistene for å sikre at klinikken unngår fristbrudd.

Produktivitet



Grafikken viser forhold mellom antall brutto månedsverk og antall DRG-poeng i klinikken per måned hittil i år, sammenlignet med budsjetten og samme periode i fjor.

Vurdering av styringsfart og omstillingsbehov

KS	
1. Resultat hittil i år	-2 933
Korreksjoner til styringsfart hiå:	
Engangseffekter	2 400
Forventet effekt kvalitetssikring av koding	500
Korrigert styringsfart hittil i år	-33
2. Resultat ut året - basert på styringsfart hiå	-67
Overskudd (underskudd) basert på revidert styringsfart (1+2)	-3 000
3. Korreksjoner ut året:	
Periodiseringseffekter	800
Effekt av lønnsoppgjør	1 200
Revidert overskudd (underskudd) ut året (1+2+3)	-1 000
Sum av klinikkens tiltak p.t.	1 000
Prognose for året	0

Pr april har klinikken et negativt avvik på 2,9 MNOK. Det er engangseffekter hittil i år på lønn på grunn av høyt sykefravær i vinter. I tillegg er det engangseffekter på varekostnader.

Resultatmessige effekter av etterkoding for første kvartal er ikke inkludert i resultatet pr april, men vil bli regnskapsført i mai. Dette utgjør en forbedring av resultatet på ca. 0,5 MNOK.

Klinikken har et kontinuerlig fokus på oppfølging av vedtatte tiltak og budsjettavvik gjennom månedlige oppfølgingsmøter mellom klinikkdiriktøren/økonomicontroller og ledere på alle nivåer. Det er fokus på å oppnå aktivitetsmålene i 2015. Det gjennomføres regelmessige møter for å planlegge og koordinere operativ aktivitet.

Det forventes at avviket på varekostnad vil være mindre ved slutten av året. Det er estimert en innsparing på lønnsoppgjøret som er tatt med i vurderingen av styringsfart og økonomisk prognose for året.

Tiltaksplan

Tiltak	mai	juni	juli	aug	sept	Okt	nov	des	Total ut året
Kapasitetsutnyttelse		- 10	- 20	- 50	- 100	- 100	- 100	- 100	- 480
Kalenderplan		- 30	- 40	- 50	- 70	- 70	- 80	- 80	- 420
Ferie			- 20	- 30	- 30	- 20			- 100
SUM		- 40	- 80	- 130	- 200	- 190	- 180	- 180	- 1 000

Kapasitetsutnyttelse

Det er igangsatt prosesser for å se på kapasitetsutnyttelsen ved flere avdelinger.

Kalenderplan

Kalenderplaner er implementert på alle sengeposter. Klinikken jobber med å implementere kalenderplaner innenfor alle avdelingene og målsettingen er å ha dette på plass ved utgangen av 2015. Dette vil gi enda større forutsigbarhet i fordeling av ressursene og gi lavere overtid og innleiekostnader.

Ferie

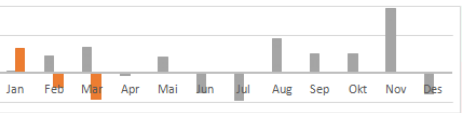
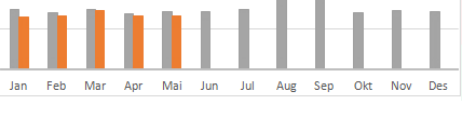
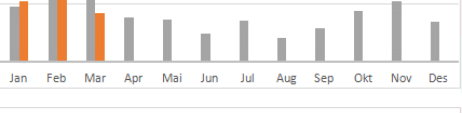
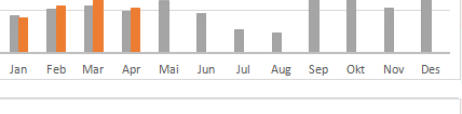
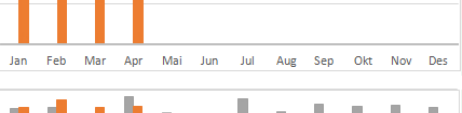
Klinikken har planlagt ferieavviklingen i god tid for å få tilstrekkelig med kvalifiserte vikarer. Det iverksettes også tiltak for å koordinere bemanningen på tvers av avdelingene i ferieavviklingen.

Økonomisk prognose

Klinikkens prognose vurderes til balanse ved årets slutt.

INTERN SERVICE

Sammendrag etter avsluttet april 2015

Intern service		Denne måned		Hittil i år	Prognose	Verdi pr måned i år og i fjor (grå)
1 ØKONOMI Driftsresultat i KR. (1.000)	Virkelig	49		-1 136	0	
	Mål	0		0	0	
	Avvik	49		-1 136	0	
	I fjor	-134		3 301	9 741	
2 ENERGI - Energiforbruk (KwH) per m2. Oppvarmet areal	Virkelig	24		123	306	
	Mål	25		126	306	
	Avvik	-1		-3	0	
	I fjor	25		126	306	
3 HR Brutto månedsværk ANTALL (t.o.m. neste måned)	Virkelig	532		534	549	
	Mål	538		539	550	
	Avvik	-6		-5	-1	
	I fjor	543		544	550	
4 HR Sykefravær i PROSENT (etterskuddsvis)	Virkelig	9,2		10,5	9,0	
	Mål	11,0		10,6	9,0	
	Avvik	-1,8		-0,1	0,0	
	I fjor	11,1		10,6	9,0	
5 TEKSTILER - Personaltøy (kr) pr brutto månedsværk behandlingspersonell	Virkelig	356		361	378	
	Mål	371		373	378	
	Avvik	-15		-12	0	
	I fjor	348		350	354	
6 IKT - Antall IKT tjeneste i tjenestekatalog med Sykehuspartner (skal reduseres)	Virkelig	255		283	250	
	Mål	280		299	250	
	Avvik	-25		-16	0	
	I fjor	0		0	0	
7 AVFALL - Andel avfall som sorteres	Virkelig	31,9		32,3	36,0	
	Mål	36,0		35,0	36,0	
	Avvik	-4,1		-2,7	0,0	
	I fjor	36,4		31,5	31,2	

Kommentarer til måltavlen

Økonomi

Intern Service har et lite overskudd i april på 49 tusen NOK. Akkumulert viser resultatet et underskudd på 1,1 MNOK. I april er det overskudd på forbruk av energi men merforbruk på vedlikehold av medisinskteknisk utstyr og kjøp av mindre utstyr.

Akkumulert resultat viser et underskudd som i hovedsak skyldes merforbruk på kostnader til behandlingshjelpemidler som pasienten bruker hjemme samt vedlikehold av bygg- og utstyr og lønn. Lønnsområdet har vist positiv utvikling de siste to månedene men viser akkumulert et underskudd pr april. Det er serviceavdelingene som har merforbruk på lønnsområdet. Energiområdet har samme utvikling som de to foregående månedene og viser et overskudd akkumulert. Overskudd på forbruk av energi skyldes gunstige temperaturforhold i perioden i tillegg til at dette er et fokusområde hvor det er gjennomført flere tiltak for å begrense forbruket.

Inntektene er over budsjett på grunn av høyere salg. Det er spesielt kioskene som har høyere salg enn forutsatt.

Varekostnadene viser et merforbruk på kostnader til behandlingshjelpemidler samt varekostnader knyttet til det høye salget i kioskene. Årsaken til merforbruket på behandlingsmidler skyldes blant annet at pasientene hamstrer i forkant av ferieperioder (påskene). Det forventes derfor lavere kostnader innenfor dette området framover. Analyser viser at det ikke er noen økning i antall brukere, men det er en tendens til at det rekvireres dyrere typer behandlingshjelpemidler enn tidligere, for samme type diagnose.

Lønnsområdet akkumulert viser et merforbruk på grunn av høye kostnader de første to månedene i år. Hovedårsaken er en reduksjon av refusjoner for langtidssykemeldte der bruk av vikarer ikke har gått ned i samme takt. Merforbruket skyldes også høyere korttidsfravær ved avdelinger der det på grunn av driften må leies inn vikarer umiddelbart. Lønnsområdet følges spesielt opp og kostnadene har vist en positiv trend de siste månedene.

Andre driftskostnader viser et lite akkumulert overskudd pr april. Årsaken er lavere forbruk av energi enn forutsatt. Det er merforbruk knyttet til vedlikehold av bygningsmasse og utstyr og kjøp av mindre utstyr, blant annet som følge av stramme investeringsrammer som gjør at nødvendige endringer i bygningsmasse og utskifting av utstyr skjer i en lavere takt.

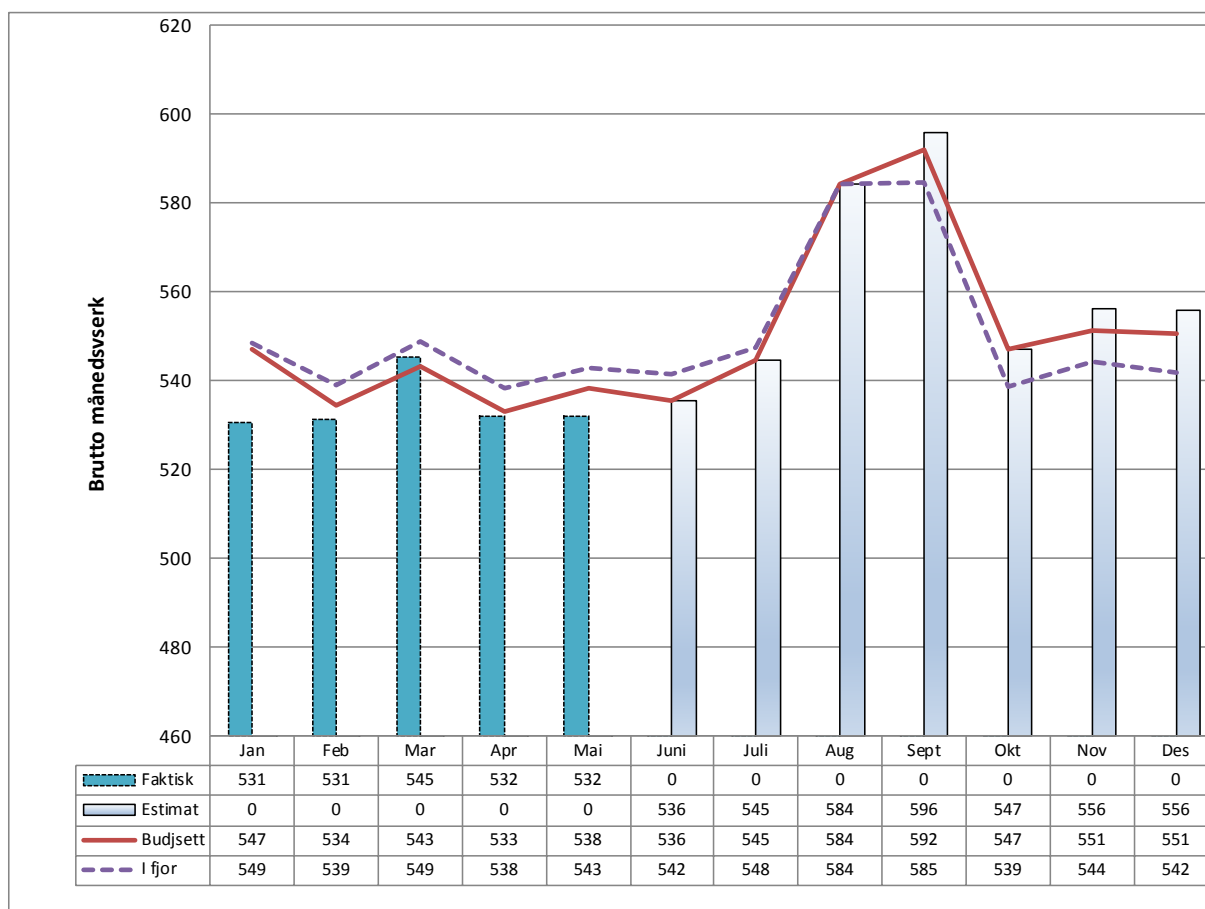
Øvrige styringsparametre:

Energi

Forbruk av antall KWh fordelt pr m2 er for denne måneden og akkumulert bedre enn planen. Periodiseringen av måltallene er satt i forhold til utviklingen av energiforbruket i fjor. Og tallene viser at utviklingen er den samme som i 2014 med gunstige temperaturforhold i vintermånedene.

HR – Brutto månedsverk

Intern Service har for måneden brukt 6 årsverk mindre enn plan mens det i gjennomsnitt hittil i år er brukt 5 årsverk mindre. Dette skyldes blant annet lavere sykefravær. Det er fokus i klinikken på å holde budsjettet innenfor dette området.



HR – Sykefravær

Intern Service har for mars et sykefravær som er 1,8 % poeng lavere enn målet, akkumulert er avviket 0,1 % poeng bedre enn plan. Måltallet for året er satt til 9,0 % noe som er lavt sett opp mot tunge personalgrupper innenfor renhold og andre servicetjenester som klinikken innehar. Det arbeides kontinuerlig og målrettet for å holde sykefraværet lavt.

Tekstiler

Intern Service måler forbruk av personaltøy. Målingen gjennomføres ved å se på forbruk av personaltøy målt i kr sett opp mot antall brutto månedsverk behandlingspersonell for samme perioden. Resultatet er bedre enn plan både for måneden og akkumulert. Analyser fra tidligere år viser at det kan forventes en utjevning mot budsjettet de nærmeste månedene. Klinikken vil periodevis gå gjennom resultatene med klinikkene, for å sikre optimal ressursutnyttelse.

IKT:

Intern Service har som målsetting å redusere antall IKT tjenester i tjenestekatalogen med Sykehuspartner fra 305 til 250 i løpet av 2015. Målet er satt for å følge opp standardisering og konsolidert tjenesteportefølje med tilhørende kostnader og avtaler for Vestre Viken og HSØ. Dette skal bidra til forenkling, økt kvalitet og effektivisering i Sykehuspartner. Hittil i år er reduksjonen bedre enn forutsatt.

Avfall

Som en del av miljøprosjektet i VVHF har Intern Service som mål å øke sorteringsgraden på avfall. Sorteringsgraden er lavere enn målet som er satt både denne måneden og hittil i år, men den er noe høyere enn for tilsvarende periode i fjor.

Ny felles avfallsplan for Vestre Viken er implementert. Denne bedrer miljøprofilen for foretaket og øker sorteringsgraden på avfall. Det er nå dialog med leverandører for å øke sorteringsgraden av plast. I dag sorteres kun mykplast og målet er også å få sortert hardplast. I tillegg vil sortimentet av varer som kjøpes inn i Vestre Viken gjennomgå med tanke på om det er varegrupper som kan erstattes med andre typer, som kan sorteres.

Vurdering av styringsfart og omstillingsbehov

	KIS
1. Resultat hittil i år	-1 136
Korreksjoner til styringsfart hiå:	
Periodiseringeffekter	700
Korrigert styringsfart hittil i år	-436
2. Resultat ut året - basert på styringsfart hiå	-872
Overskudd (underskudd) basert på revidert styringsfart (1+)	-2 009
3. Korreksjoner ut året:	
Periodiseringeffekter	559
Effekt av lønnsoppgjør	1 450
Prognose for året	0

Intern Service har et negativt resultat pr april på 1,1 MNOK. Hittil i år er det høyt merforbruk av behandlingsmidler som pasientene benytter hjemme. Deler av dette merforbruket skyldes at pasientene hamstrer i forbindelse med ferieperioder og det forventes lavere kostnader i de nærmeste månedene. I tillegg ligger det inne periodiseringeffekter ved at flere mindre servicekontrakter som gjelder hele året er kostnadsført i sin helhet pr april.

Lønnsoppgjøret vurderes til å bli lavere enn plan. Under forutsetning av at alle oppgjør ligger på samme nivå som frontfagene, estimeres besparelse for klinikken til ca 1,4 MNOK.

Tiltaksplan

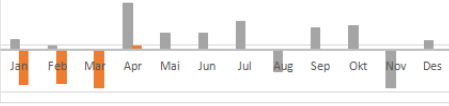
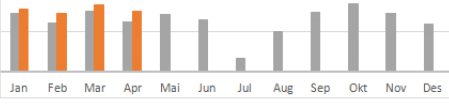
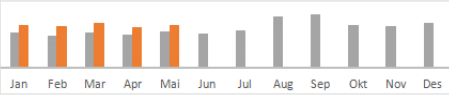
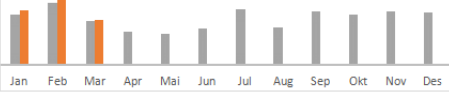
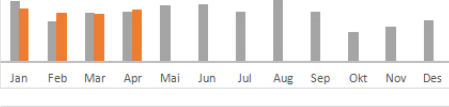
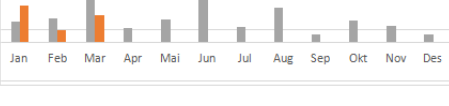
For behandlingsmidler som pasientene bruker hjemme viser analyser at det er en vridning til mer bruk av dyrere behandlingsmidler enn tidligere. Det opprettes dialog med fagmiljøet for å sikre at det økonomiske perspektivet ivaretas ved valg av type behandlingsmiddel som rekvireres. Lønnsområdet følges spesielt opp og har vist en positiv utvikling de siste månedene.

Økonomisk prognose

Basert på resultat hittil i år hensyntatt engangs- og periodiseringeffekter hittil i år, forventes det at Intern Service vil levere et regnskap i tråd med budsjettet for 2015.

PSYKISK HELSE OG RUS

Sammendrag etter avsluttet april 2015

Psykisk helse og rus		Denne måned		Hittil i år	Prognose	Verdi pr måned i år og i fjor (grå)
1 ØKONOMI Driftsresultat i KR. (1.000)	Virkelig	433		-10 848	-8 000	
	Mål	0		0	0	
	Avvik	433		-10 848	-8 000	
	I fjor	4 959		6 341	12 290	
2 AKTIVITET Utskrevne pasienter døgn ANTALL	Virkelig	311		1 326	3 885	
	Mål	311		1 245	3 785	
	Avvik	0		81	100	
	I fjor	332		1 239	3 893	
3 AKTIVITET Polikliniske konsultasjoner totalt ANTALL	Virkelig	20 189		81 896	227 836	
	Mål	17 662		76 537	220 776	
	Avvik	2 527		5 359	7 060	
	I fjor	17 364		74 045	212 694	
4 HR Brutto månedsværk ANTALL (t.o.m. neste måned)	Virkelig	1 818		1 815	1 846	
	Mål	1 814		1 805	1 844	
	Avvik	4		10	2	
	I fjor	1 765		1 754	1 795	
5 HR Sykefravær i PROSENT (etterskuddsvis)	Virkelig	7,8		8,5	8,5	
	Mål	7,0		7,4	7,0	
	Avvik	0,8		1,1	1,5	
	I fjor	7,7		8,2	7,9	
6 KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter totalt DAGER	Virkelig	52		51	50	
	Mål	50		50	50	
	Avvik	2		1	0	
	I fjor	51		51	50	
7 KVALITET Fristbrudd for rettighetspasienter (ny def.) ANDEL	Virkelig	0,0 %		0,7 %	0,7 %	
	Mål	0,0 %		0,0 %	0,0 %	
	Avvik	0,0 %		0,7 %	0,7 %	
	I fjor	0,6 %		1,0 %	0,9 %	

Kommentarer til måltavlen

Økonomi

Inngangen til 2015 var utfordrende. Ekstraordinært høyt belegg innen deler av akuttpsykiatri og psykose på Lier og Blakstad har medført høyt forbruk av variabel lønn. Det har i tillegg vært mange ekstremt krevende behandlingsforløp med behov for betydelig personalinnsats. Denne driftssituasjonen har også gjort det nødvendig å kjøpe private plasser. Botilbudet for mennesker med alvorlig psykisk lidelse i Drammen kommune er pr i dag ikke dimensjonert i forhold til behovet og har medført lengre liggetid og høyt belegg ved Psykiatrisk avdeling Lier.

Strandveien boliger, som er et botiltak driftet av Vestre Viken og finansiert av kommunene Asker og Bærum, har gitt betydelige merkostnader i januar og februar. Situasjonen har bedret seg, men her er det fortsatt en betydelig risiko knyttet til dagens finansieringsmodell.

Rekrutteringssituasjonen for leger har vært vanskelig over tid ved Drammen DPS. Dette kombinert med stor pågang og høy aktivitet har gjort det nødvendig å leie inn leger fra vikarbyrå. En del stillinger har i omstillingsprosessen blitt overflødige, og noen av disse har man av ulike årsaker ennå ikke fått omplassert.

Videre har økt opptaksområde (Jevnaker) medført en økning i gjestepasientkostnader overfor Sykehuset Innlandet. Dette ses på som en overgangsperiode. Kostnadsnivået er i ferd med å reduseres.

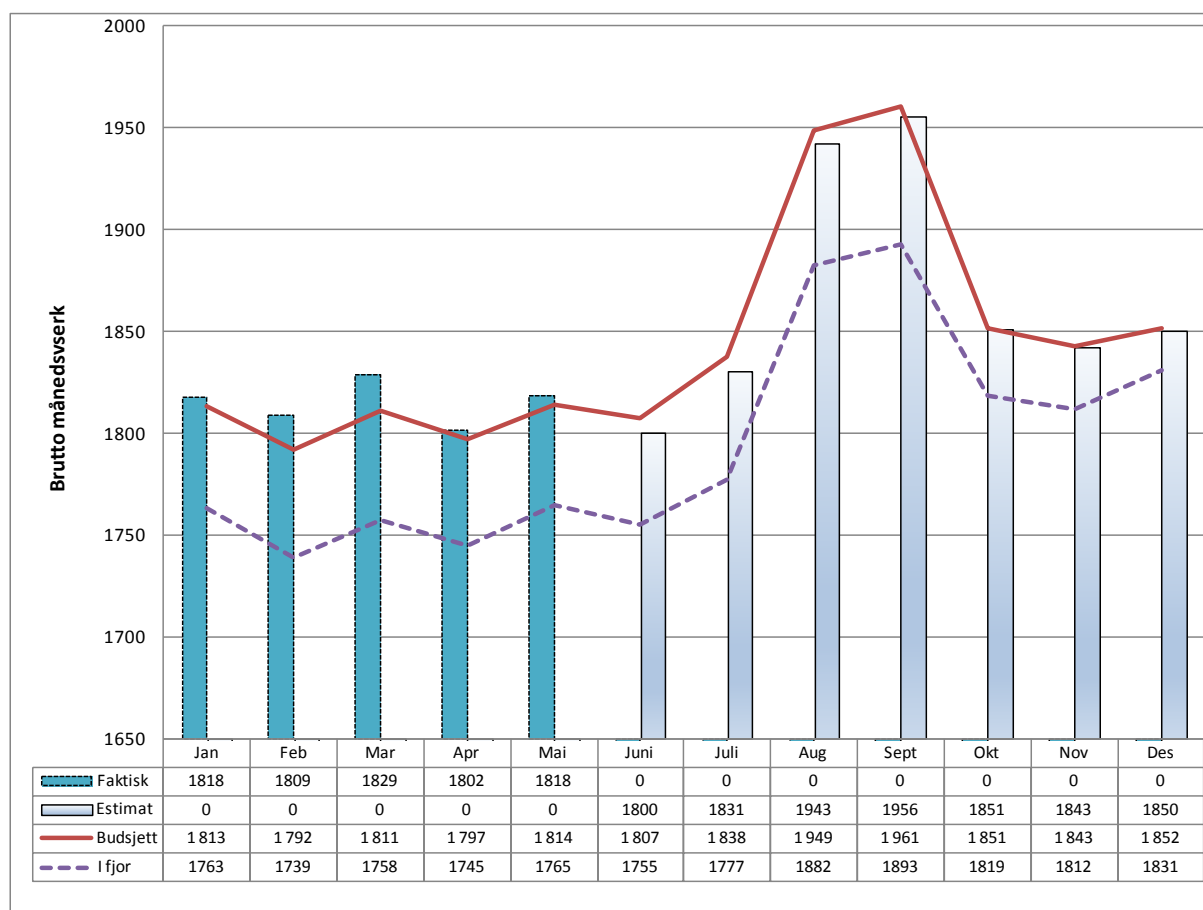
Den økonomiske situasjonen ved øvrige avdelinger i klinikken er i tilnærmet balanse.

Aktivitet

Det var en positiv trend utover høsten 2014 og hittil i 2015 er både aktivitet og produktivitet høy.

HR – Brutto månedsverk

Merforbruket på brutto månedsverk er i hovedsak variabelønnede månedsverk knyttet til den utfordrende driftssituasjonen som beskrevet over.



Kvalitet – Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter

Gjennomsnittlig ventetid hittil ligger omtrent på målet som er 50 dager. Dette er betydelig under kravet på 65 dager i oppdragsdokumentet.

Kvalitet – Fristbrudd for rettighetspasienter

Pasienter i PHR opplever svært sjeldent fristbrudd. Det jobbes fortsatt med å bedre registreringsrutinene for å forebygge fristbrudd og unngå feilregistreringer.

Produktivitet – antall konsultasjoner pr behandler pr dag

Radetiketter	% utvikling		
	Pr 30.04.15	Pr 30.04.14	fra 1 år før
60 - Klinik for Psykisk helse og rus (PHR)	2,25	2,20	2,4 %
Distriktpsikiatriske sentre (VOP + TSB)	2,33	2,39	-2,5 %
Barne- og ungdomspsykiatri (BUP)	2,14	1,94	10,7 %

Produktiviteten blant behandlere som jobber i poliklinikker, har økt med 2,4 % pr april 2015 sammenlignet med samme periode i 2014. Særlig innen barne- og ungdomspsykiatrien har det vært en betydelig produktivitetsvekst. Dette skyldes iverksatte tiltak som går ut på fastsettelse av differensierte målkrav for hver enkelt behandler, samt bedre tilrettelegging og strukturering av ressursbruken.

Produktiviteten ovenfor måler antall konsultasjoner pr behandlerdagsverk med utgangspunkt i brutto behandlerdagsverk på polikliniske seksjoner. Dette er samme metodikken som brukes i Samdata. Fordi brutto behandlerdagsverk tar med alle som har mottatt lønn i perioden og trekker ikke ut fravær, gir det ingen eksakt svar på produktiviteten for de som faktisk er på jobb. Alt fravær og arbeid med andre typer oppgaver (for eksempel kompetanseutvikling og veiledning) trekker produktiviteten ned.

Vurdering av styringsfart og omstillingsbehov

	PHR
1. Resultat hittil i år	-10 848
Korreksjoner til styringsfart hiå:	
Engangseffekter	5 059
2. Resultat ut året - basert på styringsfart hiå	-11 579
Overskudd (underskudd) basert på revidert styringsfart (1+)	-22 427
3. Korreksjoner ut året:	
Periodiseringseffekter	3 000
Effekt av lønnsoppgjør	7 092
Tiltaksbehov for å oppnå resultatkrav	-12 335
Sum av klinikkens tiltak p.t.	4 334
Prognose for året	-8 000

Styringsfarten viser et antatt merforbruk på 22,4 MNOK forutsatt samme styringsfart ut året (korrigert for engangseffekter – Kjøp av private plasser ved Incita). Korrigert for periodiseringseffekter og forventet besparelse knyttet til årets lønnsoppgjør, er omstillingsbehov beregnet til 12,3 MNOK.

Klinikken har planlagt tiltak på 4,334 MNOK som bidrar til å redusere omstillingsbehov til 8 MNOK. Det vises til eget vedlegg for nærmere beskrivelse av innretning på nye tiltak.

Tiltaksplan

Klinikken har identifisert tiltak med en verdi på til sammen 4,3 MNOK.

Tiltak	mai	juni	juli	aug	sept	Okt	nov	des	Total ut året
DDPS: Bemanningsendringer			- 120	- 364	- 301	- 301	- 301	- 354	- 1 741
ADPS: Forsinket innfasing ny døgnsesj	- 875	- 927	- 808	- 521	- 498	- 269	- 266	- 260	- 4 425
BLAK: Forsinket oppstart BET	- 342	- 342	- 342	- 342	- 342				- 1 709
BLAK/LIER: Gevinst sammenslåing alder døgnsesj						- 171	- 171	- 171	- 513
LIER: Begrensning kursutgifter					- 75	- 75	- 75	- 75	- 300
BLAK: Reduserte inntekter Strandveien	430	584	584	584	584	584	584	584	4 515
BLAK: LIS-leger avsluttes		- 23	- 23	- 23	- 23	- 23	- 23	- 23	- 162
SUM	- 787	- 709	- 709	- 666	- 656	- 256	- 252	- 300	- 4 334

Det gjøres en fortløpende kartlegging av forventet naturlig avgang der man vil se på muligheten for å utsette ansettelse.

Etableringen av nye døgnplasser ved Asker DPS som gjøres for å ivareta endrede opptaksområder i 2014, er utsatt. Det var budsjettet med oppstart i mai 2015, men dette skjer først etter sommerferien. Dette vil gi en midlertidig effekt på i underkant av 1 MNOK i besparelse pr måned fra mai frem til oppstart.

Ved sykehuspsykiatrien er det identifisert gevinster knyttet til forsinket oppstart av et behandlingstilbud, sammenslåing av alderspsykiatriske døgnsesjoner, reduksjon kursutgifter og opphør av en stilling for lege i spesialisering.

Samarbeidsprosjektet Strandveien boliger mellom Asker kommune, Bærum kommune og Vestre Viken er under evaluering.

Økonomisk prognose

Etter at planlagte tiltak er innarbeidet, viser oppdatert prognose et antatt merforbruk på 8 MNOK. Det er behov for ytterligere omstillingstiltak for at klinikken skal nærme seg balanse.

Innretning og prosess rundt utarbeidelse av nye tiltak

Klinikktiltalsvalgte og vernetjeneste er skriftlig orientert om klinikkens økonomiske situasjon. Avdelingssjefene er bedt om å komme med skriftlige innspill. Videre prosess og innspill har blitt diskutert i klinikkens ledermøte 28. mai 2015. Klinikktillitsvalgte har fått tilsendt oppsummering av gjennomgang av innretningen.

I sykehuspsykiatrien, som står for mesteparten av merforbruket, jobber man med følgende tiltak:

- Eget oppfølgingsregime med ukentlig rapportering fra seksjonsleder til avdelingssjef knyttet primært til forbruk av variabel lønn
- Gjennomgang av diverse lønnstillegg
- Vurdering av ansettelse i vakante stillinger utover turnusstillinger

Generelle tiltak ved alle avdelinger:

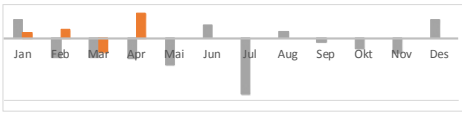
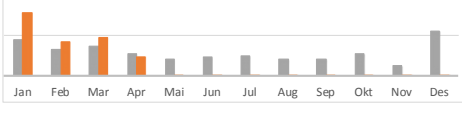
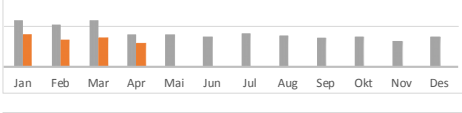
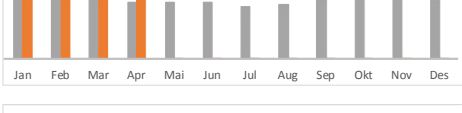
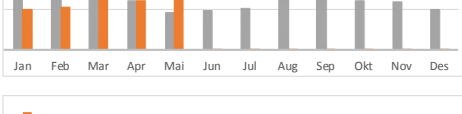
- Tett styring og kontroll av variabel lønn
- Gjennomgang bemanningsplaner
- Reduksjon i deltakelse på kurs
- Gjennomgang av behov for nyansettelse i vakante stillinger
- Vurdere avdelingsvis resultatkrav

Tillitsvalgte og vernetjenesten er invitert til dialogmøte 8. juni 2015, der foreslåtte tiltak drøftes nærmere. Det må jobbes videre med ytterligere konkretisering og gevinstberegning av tiltakene.

Avdelingssjefene, klinikktilitsvalgte og vernetjenesten er invitert til et oppstartsmøte for budsjett 2016, 4. juni 2015. Da begynner prosessen med å se på mer langsiktige, strukturelle tiltak.

PREHOSPITALE TJENESTER

Sammendrag etter avsluttet april 2015

Prehospitale tjeneste		Denne måned		Hittil i år	Prognose	Verdi pr måned i år og i fjor (grå)
1 ØKONOMI	Driftsresultat i KR. (1.000)	Virkelig	804	848	0	
		Mål	0	0	0	
		Avvik	804	848	0	
		I fjor	-651	-1 240	-3 512	
2 AKTIVITET	Oppdrag med ambulanse ANTALL	Virkelig	3 235	13 918	40 409	
		Mål	3 269	13 403	39 460	
		Avvik	-34	515	949	
		I fjor	3 269	13 403	39 460	
3 AKTIVITET	AMK telefonhenvendelser inn og ut ANTALL	Virkelig	10 795	47 748	148 951	
		Mål	13 100	61 383	160 951	
		Avvik	-2 305	-13 635	-12 000	
		I fjor	13 100	61 383	160 951	
4 AKTIVITET	Samkjøringsgrad pasientreiser ANDEL	Virkelig	1,9	2,0	2,0	
		Mål	2,0	2,0	2,0	
		Avvik	-0,1	-0,1	0,0	
		I fjor	1,8	1,9	0,0	
5 HR	Brutto månedsverk ANTALL (t.o.m. neste måned)	Virkelig	313	308	308	
		Mål	296	300	303	
		Avvik	18	9	5	
		I fjor	296	315	310	
6 HR	Sykefravær i PROSENT (etterskuddsvis)	Virkelig	8,7	9,9	8,6	
		Mål	8,5	8,5	8,0	
		Avvik	0,2	1,4	0,6	
		I fjor	8,2	9,1	9,6	

Kommentarer til måltavlen

Økonomi

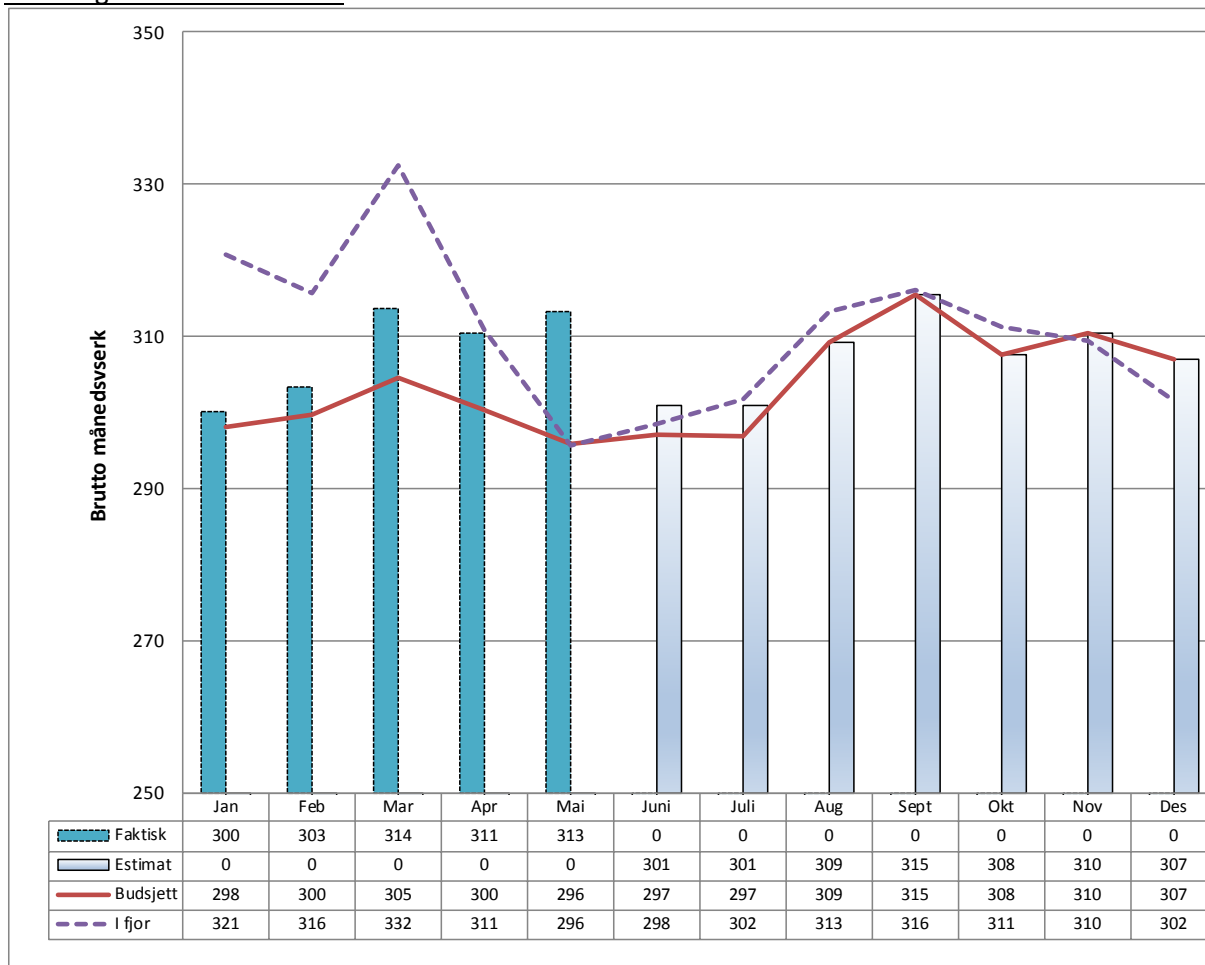
Driftsresultatet i april viser 0,8 MNOK i overskudd. Hovedårsaken til overskuddet er lavere kostnader til pasientreiser og lavere bilkostnader enn budsjett.

Etter fire måneder har klinikken et overskudd på 0,8 MNOK. Kostnader til pasientreiser ligger 0,9 MNOK lavere enn budsjett. Lønnskostnadene ligger 1,5 MNOK høyere enn budsjett for perioden januar tom april 2015. Kostnader til utstyr og bilkostnader ligger lavere enn budsjett.

Aktivitet

Antall gjennomførte ambulanseoppdrag i perioden januar tom april ligger på 13 918 eksklusiv bæreplasser på helseekspressene. Antall oppdrag ligger 3,8 % høyere enn i samme periode i 2014 og 3,8 % høyere enn planlagt aktivitet for 2015. Oppdrag i 2014 for Notodden og Rjukan er trukket ut. Økt aktivitet på deler av døgnet utløser overtidskostnader utover budsjett i forbindelse med vaktbytter og utrykning på hvilende vakt. Til tross for at klinikken har satt inn tiltak, viser analyser at høyere aktivitet påvirker responstider slik at de forverres i enkelte distrikter.

Utvikling brutto månedsverk



Forbruk av brutto månedsverk ligger på 308 i gjennomsnitt for perioden januar tom mai. Overforbruk årsverk for perioden januar tom mai er 9 årsverk. Overforbruk av månedsverk i mai ligger på 18, som skyldes overforbruk på overtid og vikarer. Høyt sykefravær og mangel på vikarer i ambulansetjenesten er hovedårsaken til overforbruk av årsverk og derav lønn. Lederne i ambulansetjenesten jobber meget aktivt for å skaffe vikarer slik at overtidsbruken kan reduseres. Årsaken til nedgangen i månedsverk fra 2014 til 2015 er flytting av ambulansestasjonene Notodden og Rjukan fra og med 1.april 2014.

Gjennomsnittlig budsjettert årsverk for 2015 ligger på 303,5. Årsverksutviklingen følges kontinuerlig.

Sykefravær

Sykefraværet i Prehospitale Tjenester (PHT) er høyt, men klinikken ser en positiv utvikling. 11,0 % sykefravær i januar, 9,2 % i februar og 8,7 % i mars mot budsjettert 8,5 %. Sykefraværet i 2014 lå på 9,6 %. Korttidsfraværet ligger på 2,4 % og langtidsfraværet på 7,5 % for perioden jan-mars. Budsjettert sykefravær for hele 2015 ligger på 8 %.

Vurdering av styringsfart og omstillingsbehov

	PHT
1. Resultat hittil i år	848
2. Resultat ut året - basert på styringsfart hiå	1 697
Overskudd (underskudd) basert på revidert styringsfart (1+2)	2 545
3. Korreksjoner ut året:	
Engangseffekter ut året	-3 518
Effekt av lønnsoppgjør	973
Prognose for året	-0

Lønnsoppgjøret er kostnadsberegnet til 1,0 MNOK under budsjett. Periodiseringseffekter i tabellen over gjelder forventet forverring av kostnader til pasientreiser og overforbruk lønn ut året.

Tiltaksplan

Ambulansetjenesten jobber med å tilpasse ambulanseressurser i forhold til aktivitet og responstider. Responstidene blir fulgt nøye. Sykefraværsoppfølging på de stasjoner hvor sykefraværet er høyt, har stort fokus. Arbeidslivssenteret, HR og OU er kontaktet for å legge en plan for sykefraværsoppfølging sammen med ledere i PHT.

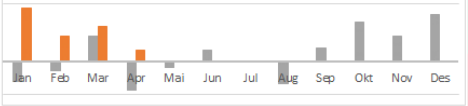
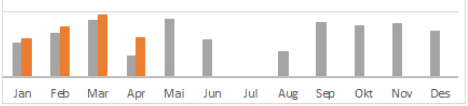
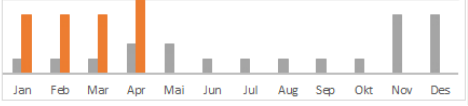
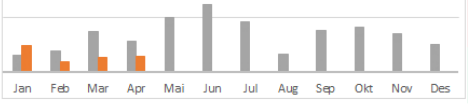
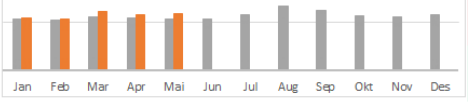
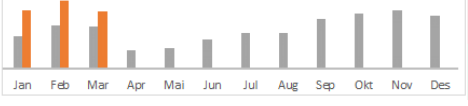
Pasientreiser arbeider videre med samkjøring, rekvisisjonspraksis, faste utskrivningstider ved sykehusene i Buskerud.

Økonomisk prognose

Økonomisk prognose settes til 0 med utgangspunkt i dagens resultat. Klinikken vil hele tiden jobbe med tiltak for å møte identifiserte risikoområder. Klinikkdirektør har stort ledelsesfokus på resultat i balanse.

MEDISINSK DIAGNOSTIKK

Sammendrag etter avsluttet april 2015

Medisinsk diagnostikk		Denne måned		Hittil i år	Prognose	Verdi pr måned i år og i fjor (grå)
1 ØKONOMI Driftsresultat i KR. (1.000)	Virkelig	627		6 924	5 756	
	Mål	0		0	0	
	Avvik	627		6 924	5 756	
	I fjor	-1 514		-1 622	4 470	
2 AKTIVITET Ekstern poliklinikk medisinsk biokjemi lab.analyser	Virkelig	321		1 383	3 884	
	Mål	284		1 281	3 884	
	Avvik	36		103	0	
	I fjor	265		1 278	3 873	
3 AKTIVITET Ventetid CT normalprioriterte pasienter	Virkelig	9,8		8,3	8,0	
	Mål	8,0		8,0	8,0	
	Avvik	1,8		0,3	0,0	
	I fjor	9,4		8,9	8,7	
4 KVALITET Ventetid normalprioriterte pasienter brystdiagnostikk ANTALL uker	Virkelig	14,0		12,5	8,0	
	Mål	6,0		6,0	6,0	
	Avvik	8,0		6,5	2,0	
	I fjor	8,0		6,5	7,3	
5 KVALITET Gjennomsnittlig svartid histologi DAGER	Virkelig	7,8		8,0	10,0	
	Mål	10,0		10,0	10,0	
	Avvik	-2,2		-2,0	0,0	
	I fjor	10,7		10,1	0,0	
6 HR Brutto månedsverk ANTALL (t.o.m. neste måned)	Virkelig	569		566	578	
	Mål	571		569	579	
	Avvik	-2		-4	-2	
	I fjor	557		558	564	
7 HR Sykefravær i PROSENT (etterskuddsvis)	Virkelig	7,5		7,8	6,3	
	Mål	6,6		6,8	6,3	
	Avvik	0,9		1,0	0,0	
	I fjor	6,6		6,4	6,4	

Kommentarer til måltavlen

Økonomi

Klinikkens økonomiske resultat viser et overskudd i april på 0,6 MNOK og hittil i år på 6,9 MNOK. Det positive avviket skyldes hovedsakelig økning i polikliniske inntekter utover budsjettert aktivitetsvekst og at totale lønnskostnader hittil i år ligger under budsjett.

Inntektene for april ligger 0,6 MNOK over budsjett og 4,9 MNOK over budsjett hittil i år. Det positive avviket skyldes en økning i polikliniske takster på Brystdiagnostisk senter og en økning i polikliniske inntekter i Avdeling for mikrobiologi grunnet oppstart av ny analysemetode (Malditof) og økt aktivitet (influensadiagnostikk) utover budsjettert aktivitet.

Varekostnadene for april og hittil i år er i henhold til budsjett.

Lønnskostnadene for april har et negativt avvik mot budsjett på 0,2 MNOK, men et positivt avvik hittil i år på 1,2 MNOK. Avviket hittil i år skyldes økte sykelønnsrefusjoner, og at det har vært vanskelig å rekruttere riktig vikarkompetanse på kort sikt.

Aktivitet

Den generelle trenden for klinikken viser en økning fra samme periode i 2014.

Avdeling for mikrobiologi har hatt en total aktivitetsøkning på 9,8 % hittil i år sammenlignet med 2014. Analyser tilknyttet inneliggende pasienter har økt med henholdsvis 26 % mens de polikliniske analysene har hatt en økning på 3,7 %. Økningen i aktivitet synes i å være sesongbetont og skyldes i stor grad influensautbrudd i tillegg til raskere implementering av ny metodikk

Avdeling for medisinsk biokjemi har hatt en total aktivitetsøkning på 12 % hittil i år sammenlignet med 2014. Analyser tilknyttet inneliggende pasienter har hatt en økning på 17 % og poliklinikk en økning på 9,5 %. Noe aktivitetsøkningen skyldes endring i rapporteringsrutinene, men avdelingen ser en generell trend i økning av analyser på inneliggende pasienter på alle de fire sykehusene. Økningen i poliklinisk aktivitet skyldes, i tillegg til en generell aktivitetsvekst, innføringen av ny metode for å analysere vitamin-D.

Avdeling for bildediagnostikk har hatt en total aktivitetsøkning på 3 % sammenlignet med 2014. BDS har hatt en aktivitetsøkning i april på nærmere 10 % mens hittil i år ligger på samme nivå som 2014. Aktiviteten på Seksjon for Nuklærmedisin har økt med 6,3 % hittil i år. Øvrig aktivitet/modaliteter ved avdelingen har i snitt økt med 3 %. Den polikliniske aktiviteten har hatt en økning hittil i år på 3 % sammenlignet med 2014 mens inneliggende aktivitet har økt med 4 %. Avdelingen ser fortsatt en vridning fra enkle til mer ressurskrevende undersøkelser både ved inneliggende og poliklinisk aktivitet. Den totale økningen i aktivitet samt innføring av ytterligere pasientadministrative forhold/IKT i forbindelse med kreftpakkeforløp har medført økende svar- og ventetider innenfor flere modaliteter.

Avdeling for patologi har hatt en aktivitetsreduksjon på nærmere 11 % hittil i år sammenlignet med 2014. Aktivitetsreduksjonen er knyttet til antall cytologiprøver, mens de mer ressurskrevende histologiprøvene ligger på samme nivå som 2014. Reduksjonen i aktivitet gjelder hovedsakelig prøver tilknyttet polikliniske pasienter, 11 % hittil i år.

Avdeling for immunologi og transfusjonsmedisin har i april hatt en nedgang i antall blodtappinger på 2 % sammenlignet med 2014, og er da på samme nivå som 2014 hittil i år. Målet for antall blodtappinger i avdelingen er å sørge for at Vestre Viken er selvforsynt med blod og blodprodukter. Der vi ikke er selvforsynt, må blod og blodprodukter kjøpes. Overskudd av blod kan i liten grad selges på grunn av begrenset etterspørsel fra andre sykehus i landet. Antall nye blodgivere i april økte med 8,5 % sammenlignet med 2014 og ligger hittil i år 6,6 % lavere enn 2014. Rekrutteringen av nye blodgivere begrenses av mangel på egnet areal. Klinikken vurderer tiltak for å øke kapasiteten på rekruttering av blodgivere.

Sykefraværet

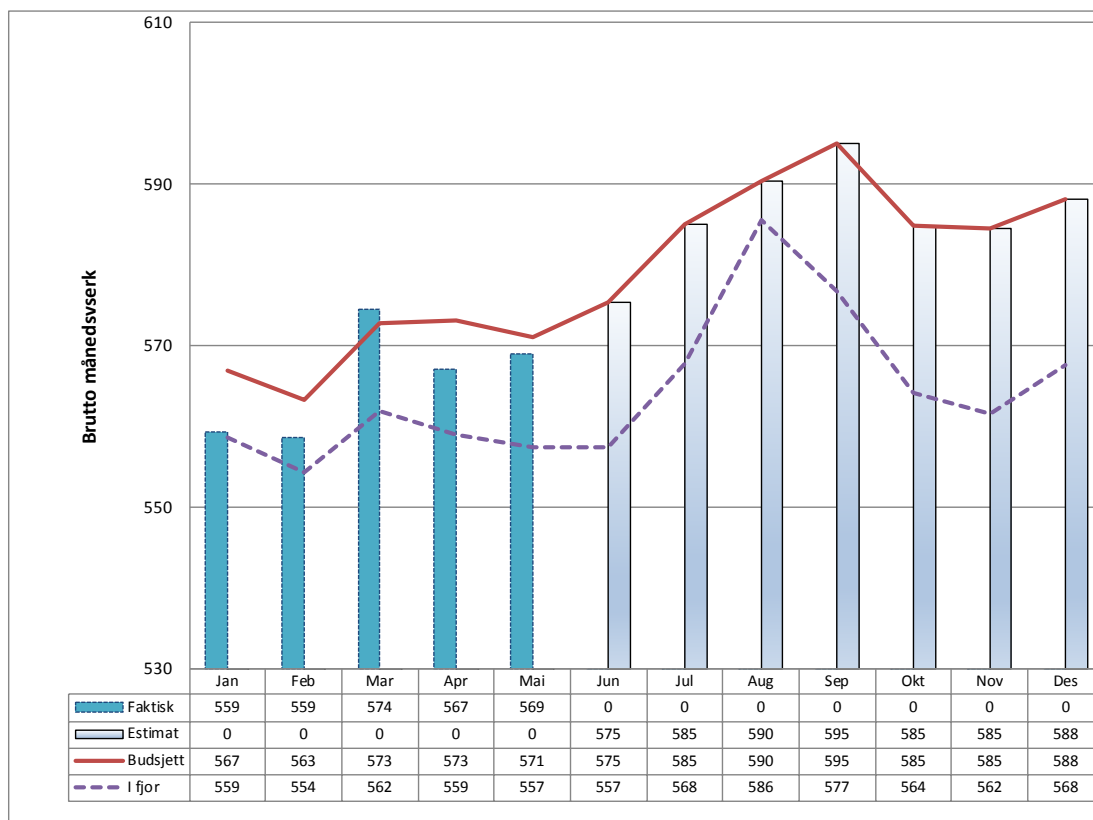
Sykefraværet for perioden januar – mars har vært høyere enn måltallet, 7,8 % sykefravær mot måltallet 6,8 %. Korttidsfraværet (inntil 16 dager) var på 2,9 % og langtidsfraværet på 4,9 %. Sammenlignet med samme periode i fjor viser sykefraværsprosenten en økning på 1,3 %.

Måltallet for klinikkens gjennomsnittlige sykefravær i 2015 er 6,3 %. Sykefraværet følges tett og fortløpende i alle avdelingene, og det har gått ned fra 8,2 % i februar til 7,5 % mars.

HR – Brutto månedsverk

I perioden januar – mai har klinikken brukt i snitt henholdsvis 566 månedsverk mot budsjettert 569 månedsverk. I mai har klinikken brukt 2 færre årsverk enn budsjettert.

I 2014 hadde klinikken både ufrivillig og frivillig ledighold av stillinger. Det er budsjettert med fast bemanning av disse stillingene i hele 2015, men enkelte av stillingene stod fortsatt ubesatte i begynnelsen av året på grunn av vansker med å rekruttere rett kompetanse.



Kvalitet – Gjennomsnittlig ventetid pasienter

Gjennomsnittlig ventetid på CT måles i antall uker som normalprioriterte pasienter (polikliniske) må vente på en undersøkelse. Snittet for april ligger på 9,8 uker, men ventetiden varierer mellom de ulike sykehusene, fra 2 til 20 uker. Snittet hittil i år ligger på 8,3 uker. Måltallet for 2015 er 8 uker.

Gjennomsnittlig ventetid på Brystdiagnostisk senter måles i antall uker som normal prioriterte pasienter (poliklinisk) venter på en undersøkelse. Ventetiden i april og hittil i år er henholdsvis 14 og 12 uker mens snittet i 2014 var på 7 uker. Målet for 2015 er satt til 6 uker, men klinikken ser at dette kan bli utfordrende å nå. Økningen i ventetid skyldes innføring av nye pasientadministrative systemer (DIPS) i forbindelse med oppstart av kreftpakkeførløp-registrering, relativt høyt sykefravær samt stor økning av aktivitet med rettighetspasienter (prioriterte pasienter). Klinikken vurderer fortløpende behov for å styrke kapasiteten både med bemanningen på radiolog- og merkantilside og økt IKT støtte for å kunne redusere den økte ventetiden for normalprioriterte pasienter. For prioriterte pasienter er ventetiden fortsatt mellom 1-2 uker.

Gjennomsnittlig svartid for normalprioriterte analyser (histologiske prøver) ved Avdeling for patologi var i april 7,8 virkedager og 8 virkedager hittil i år. Gjennomsnittlig ventetid for normalprioriterte analyser i 2014 var 12 dager. Måltallet for 2015 er 10 dager. Avdelingen har 1- 3 dager på svartider

på prioriterte analyser (ø-hjelp og svar til pakkeforløp). I budsjettet for 2015 er det lagt inn styrking av personalressursene. Dette skal bidra til fortsatt korte svartider på prioriterte analyser svarende til forventninger i kreftpakkeforløpene, samt redusere svartider for normalprioriterte analyser.

Vurdering av styringsfart og omstillingsbehov

	KMD
1. Resultat hittil i år	6 924
Korreksjoner til styringsfart hiå:	
Engangseffekter	-1 960
Periodiseringseffekter	-2 400
Korrigert styringsfart hittil i år	2 564
2. Resultat ut året - basert på styringsfart hiå	5 128
Overskudd (underskudd) basert på revidert styringsfart (1+2)	12 052
3. Korreksjoner ut året:	
Engangseffekter ut året	-2 000
Periodiseringseffekter	-3 350
Effekt av lønnsoppgjør	2 354
Driftsendringer for å redusere svar- og ventetider	-3 300
Revidert overskudd (underskudd) ut året (1+2+3)	5 756
Prognose for året	5 756

Klinikken har i 1. kvartal hatt et høyere sykefravær enn budsjettet og en økning i sykefraværerefusjonene. Det har for flere avdelinger ikke vært tilgjengelig vikarressurser i markedet på kort sikt, og klinikken har dermed et underforbruk av totale lønnskostnader. Klinikken forventer ikke den samme utviklingen videre, men et lønnsbudsjett i balanse.

Klinikken har hatt en økning i polikliniske inntekter som skyldes aktivitetsøkning på Avdeling for mikrobiologi grunnet influensautbrudd. Aktivitets- og inntektsøkningen er knyttet til de først månedene i året og det forventes ikke å gi noen ytterligere effekt de neste månedene.

Klinikken forventer en økning i service-/vedlikeholdskostnader og varekostnader utover året da varekostnad synes ikke å treffe periodiseringen av disse kostnadene i budsjettet.

Lønnsoppgjøret vurderes til å bli lavere enn budsjettet, og det er estimert en foreløpig besparelse for klinikken på ca. 2,4 MNOK.

På grunn av økende aktivitet og innføringen av kreftpakkeforløp i VV ser klinikken det nødvendig blant annet å utføre tiltak for økt kapasitet for diagnostikk for å understøtte lavere vente- og svartider.

Økonomisk prognose

Klinikkens prognose for 2015 er foreløpig estimert til et overskudd på 5,7 MNOK. Det antas et overskudd i klinikken primært på grunnlag av en takstøkning på undersøkelser ved BDS i budsjettperioden. Klinikken må fortløpende vurdere behov for tiltak som må sikre å redusere svar- og ventetider.

DEFINISJONER

ØKONOMI Driftsresultat i Kr (NOK 1.000)	Målet for klinikkene er et resultat i balanse hver måned. På VVHF nivå er det budsjettet med et overskudd på 16,7 MNOK pr måned (200 MNOK totalt i 2015) .
HR - Brutto årsverk ANTALL	Total utbetalt lønn i perioden omgjort til månedsverk. Alle som har mottatt lønn ligger inne i dette tall, også de som er har permisjon med lønn eller er sykemeldt. Tallet inkluderer ikke personer som har permisjon uten lønn.
HR - Sykefravær PROSENT	Sykefravær i prosent = sykefraværsdagsverk x 100 / avtalte dagsverk
AKTIVITET Somatikk DRG-poeng døgn, dag og poliklinikk "sørge for" ANTALL	DRG - Diagnoserelaterte grupper er et klassifikasjonssystem som grupperer pasienter i medisinsk meningsfulle og ressursmessig homogene grupper. Det finnes om lag 500 diagnoserelaterte grupper. DRG-poeng: Aktivitetsmål hvor opphold er justert for forskjeller i pasientsammensetning mellom ulike sykehus. Ett DRG-poeng angir ressursforbruket til en "gjennomsnittspasient" .
KVALITET Gj.snitt. ventetid avvirket for pasienter totalt DAGER	Gjennomsnittlig ventetid for pasienter målt i kalenderdager fra henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten til ventetid-sluttdato er satt (behandling er gjennomført).
KVALITET Fristbrudd for rettighetspasienter (ny def.) ANDEL	Andelen fristbrudd for avvirkte pasient (dvs pasienter som er ferdig behandlet). Et fristbrudd oppstår når pasienten er ferdig behandlet etter frist for nødvendig helsehjelp er passert.
AKTIVITET - antall polikliniske konsultasjoner PHR	Antall polikliniske konsultasjoner registrert i perioden totalt innfor alle fagområder i klinikken for psykisk helse og rus. Inkluderer aktivitet innefor voksen psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og rus. Inkluderer også kjøp av polikliniske tjenester fra Modum Bad.
AKTIVITET - antall utskrevne pasienter døgn PHR	Antall utskrevne døgn pasienter registrert i perioden innenfor alle fagområder i klinikken for psykisk helse og rus. Inkluderer aktivitet innenfor voksen voksen psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og rus.
AKTIVITET - Ekstern poliklinikk medisinsk biokjemi lab.analyser ANTALL (tusen)	Antall analyser fra eksterne rekvirenter.
AKTIVITET Ventetid CT normalprioriterte pasienter ANTALL uker	Antall uker ventetid fra registrert henvisning CT til undersøkelse. Gjelder pasienter hvor det ut fra problemstilling beskrevet i henvisningen ikke er medisinsk faglig grunnlag for å prioritere pasienten fremfor andre pasienter, og den gjeldende ventetid vurderes som medisinsk forsvarlig.

KVALITET Ventetid normalprioriterte pasienter brystdiagnostikk ANTALL uker	Antall uker ventetid fra registrert henvisning mammografi til undersøkelse. Gjelder pasienter hvor det ut fra problemstilling beskrevet i henvisningen ikke er medisinsk faglig grunnlag for å prioritere pasienten fremfor andre pasienter, og den gjeldende ventetid vurderes som medisinsk forsvarlig.
KVALITET Gjennomsnittlig svartid histologi DAGER	Tiden det tar fra en vevsprøve er mottatt og registrert i prøvemottaket, og til det foreligger et ferdig patologisvar på prøven som er sendt til rekvirerende lege. Vevsprøver sendes til Avdeling for patologi fordi rekvirenten vil ha en diagnose.
ENERGI - Energiforbruk (kWh) per m2. Oppvarmet areal	Samlet energibruk (kWh) dividert på oppvarmet areal (m2)
TEKSTILER - Personaltøy (kr) pr brutto månedsverk behandlingspersonell	Total forbruk i perioden på personaltøy (i kroner) fordelt pr antall brutto månedsverk behandlingspersonell i perioden
IKT - Antall IKT tjeneste i tjenestekatalog med Sykehuspartner (skal reduseres)	Redusere antall IKT tjenester i tjenestekatalogen med Sykehuspartner fra for å følge opp standardisering og konsolidering av tjenesteporteføljen. Dette skal bidra til forenkling, økt kvalitet og effektivisering i Sykehuspartner
AVFALL - Andel avfall som sorteres	Det er et mål at 36 % av alle avfall sorteres. Sortert avfall er alle kategorier med unntak av restavfall
AKTIVITET Oppdrag med ambulanse ANTALL	Antall oppdrag med ambulanse registrert per måned og per år
AKTIVITET AMK Telefonhenvendelser inn og ut ANTALL	Antall telefonsamtaler på AMK både inn- og utgående per måned og år
AKTIVITET Samkjøringsgrad pasientreiser ANDEL	Antall kommunekryssende rekvisisjoner inkl. helseekspressene/ Antall kommunekryssende turer inkl. helseekspressene

FINANSSTRATEGI

for

Helse Sør-Øst

INNHALDSFORTEGNELSE:

1	FORMÅL, GYLDIGHET OG OMFANG	4
1.1	FORMÅL FOR FINANSSTRATEGI	4
1.2	GYLDIGHET.....	4
1.3	OMFANG	4
2	ANSVAR, ROLLER OG ORGANISASJON	5
2.1	ANSVAR	5
2.2	ROLLER OG ORGANISERING.....	5
3	HOVEDPRINSIPPER FOR FINANSFORVALTNINGEN.....	5
3.1	GENERELT	5
4	INNTEKTS- OG LIKVIDITETSFORDELING	5
4.1	FINANSIERING AV SPESIALISTHELSETJENESTEN	5
4.2	INNTEKTSMODELLEN I HELSE SØR-ØST	6
4.3	LIKVIDITETSFORDELING I HELSEFORETAKSGRUPPEN	6
5	LIKVIDITETSSTYRING	7
5.1	RETNINGSLINJER FRA EIER	7
5.2	MÅLSETTING.....	7
5.3	ROLLER OG ANSVAR FOR LIKVIDITETSSTYRING	7
5.4	KORTSIKTIG FINANSIERING	8
5.5	RAMMER OG RETNINGSLINJER FOR PLASSERING AV OVERSKUDDSLIKVIDITET	8
5.6	LIKVIDITETSEFFEKTER AV PENSJON	9
6	LEIEKONTRAKTER OG LEASING	9
6.1	LEIE- OG LEASINGAVTALER I HELSE SØR-ØST	9
6.2	NÆRMERE OM FULLMAKTER	10
7	BANKOMRÅDET	11
8	FINANSIERING, GARANTIER OG RENTERISIKO.....	11
8.1	RETNINGSLINJER FRA EIER	11
8.2	MÅLSETTING.....	12
8.3	ROLLER OG ANSVAR	12
8.4	RAMMER OG RETNINGSLINJER FOR FINANSIERING	12
8.5	GARANTIER/ MORSELSKAPSGARANTIER.....	13
8.6	RAMMER OG RETNINGSLINJER FOR RENTERISIKO	13
8.7	ØKONOMISK BÆREEVNE I INVESTERINGSPROSJEKTER.....	14
9	FORSIKRING.....	15
9.1	RETNINGSLINJER FRA EIER	15
9.2	MÅLSETTING.....	15
9.3	ROLLER OG ANSVAR	15
9.4	RAMMER OG RETNINGSLINJER	15
10	PENSJON	16
11	VALUTA OG VALUTARISIKO	17
12	RÅVARER OG RÅVARERISIKO	17
12.1	PRINSIPIELLE FØRINGER FOR HANDEL MED ELEKTRISK ENERGI.....	18
13	KREDITT- OG MOTPARTSRISIKO	18
14	RAPPORTERING OG ANALYSE	19
14.1	KRAV FRA EIER	19

14.2	MÅLSETTING	19
14.3	ROLLER OG ANSVAR.....	19
15	VEDLEGG TIL FINANSSTRATEGIEN.....	20
15.1	VEDLEGG 1: FORUTSETNINGER I VEDTEKTER, LOV OG STYRINGSINSTRUKS	20
15.2	VEDLEGG 2: FINANSIELL RISIKO - RISIKOKATEGORIER OG DEFINISJONER	21
15.3	VEDLEGG 3: DEFINISJON AV DRIFTSKREDITT, LIKVIDITETSRESERVER OG OVERSKUDDSLIKVIDITET	22
15.4	VEDLEGG 4: ETABLERTE PRINSIPPER FOR LIKVIDITETSSTYRING I HELSE SØR-ØST RHF.....	23
15.5	VEDLEGG 5: RETNINGSLINJER FOR LEIE AV LOKALER OG UTSTYR.....	24
15.6	VEDLEGG 6: INSTRUKS FOR INTERNE LÅN	30

Endringslogg

Ver.	Dato	Kapittel/ punkt	Endringens art og omfang	Utarbeidet av	Godkjent av
1.0	20.desember 2012		Vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF		
1.1	14.januar 2013		Mindre korreksjoner som ikke krever styrebehandling	Finans-direktør	Økonomi- direktør
2.0	30.april 2015		Revidert finansstrategien, herunder reglement leasing jfr. nye vedtekter 2015	Finans- analytiker	Administrerende direktør

1 Formål, gyldighet og omfang

1.1 Formål for finansstrategi

Hovedmålsettingen for finansstrategien i Helse Sør-Øst er å fastsette felles retningslinjer og rammer for finansiering av helseforetaksgruppens virksomhet, forvaltning av helseforetaksgruppens finansielle ressurser og styring og kontroll av finansiell risiko.

Finansstrategien skal definere og klargjøre ulike risikoaspekter, samt ansvarsforhold, roller og organisering av likviditetsstyring, finansiering, kapitalforvaltning og håndtering av finansiell risiko.

Det primære målet for helseforetaksgruppens finansaktiviteter er å sikre en stabil finansiering av virksomheten. Helse Sør-Øst skal til enhver tid ha tilstrekkelig likviditet til å møte alle planlagte utgifter til drifts- og investeringsformål, hensyntatt risiko for svingninger i markeder som kan påvirke helseforetaksgruppens kontantstrøm. I all hovedsak vil risikoen være knyttet til valuta-, rente- og råvaremarkedene. Ved forvaltning av finansielle risikoer skal hovedfokus være å sikre forutsigbarhet, men også ha mulighet for en viss tilpasning av porteføljene med akseptabelt risikonivå. Eventuell overskuddslikviditet skal plasseres slik at den gir tilfredsstillende avkastning med lav risiko.

Finansstrategien skal understøtte konsernets langsiktige hovedmålsettinger nedfelt i strategidokumentet og andre førende dokumenter fra eier og myndigheter. Herunder spesielt relevant for finansområdet: Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 19. desember 2013 "*Revidert instruks for lån knyttet til investeringer*" og brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 5. mai 2008 "*Regelverk rundt lån og leieavtaler i helseforetakene*", samt retningslinjer gitt i gjeldende foretaksprotokoll.

1.2 Gyldighet

Finansstrategien gjelder for Helse Sør-Øst RHF, samt alle heleide helseforetakسدøtre. Strategien vil bli gjort gjeldende for helseforetakene gjennom foretaksmøte.

Finansstrategien gjelder inntil den endres eller opphører ved vedtak av styret i Helse Sør-Øst RHF. I de tilfeller helseforetakene selv velger å etablere egen finansstrategi er dette dokumentet førende for innholdet og ved uoverensstemmelser mellom disse, er helseforetaksgruppens finansstrategi overordnet.

1.3 Omfang

Finansstrategien omfatter:

- finansiell risikostyring, herunder renter, energi, forsikringer, pensjon og valuta
- inntekts- og likviditetsfordeling
- likviditetsstyring, herunder forvaltning av overskuddslikviditet
- finansiering, garantier og renterisiko
- retningslinjer for leieavtaler (operasjonell og finansiell leasing)
- motpartsrisiko/kredittrisiko

- ansvarsforhold og roller, samt forholdet til fullmakter og rutiner
- rapportering og rutiner

2 Ansvar, roller og organisasjon

2.1 Ansvar

Lov om helseforetak m.m. av 15. juni 2001 gir i § 28 styret ansvar for forvaltningen av helseforetaket. I følge loven har styret ansvar for en tilfredsstillende organisering av helseforetakets samlede virksomhet. Styret skal fastsette budsjett og planer for virksomheten og holde seg orientert om helseforetakets økonomiske stilling. Styret skal føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med vedtekter og sørge for at bokføring og formuesforvaltning er gjenstand for betryggende kontroll.

I følge § 37 av samme lov forestår daglig leder den daglige ledelsen av helseforetaket i samsvar med retningslinjer og pålegg styret har gitt. Daglig leder har ansvar for å sørge for at formuesforvaltningen er ordnet på en betryggende måte.

2.2 Roller og organisering

Finansavdelingen i Helse Sør-Øst RHF skal utarbeide helseforetaksgruppens finansstrategi, og forestå oppfølgingen av denne. Dette innebærer jevnlig revisjon, minimum hvert annet år, eller som følge av endringer i underliggende dokumenter, lovverk, markedsrisiko eller andre føringer. Finansstrategien og større revisjoner av denne skal godkjennes av styret i Helse Sør-Øst RHF.

Fullmakter

Administrerende direktørs fullmakter er sist behandlet i styret 15. mars 2012 som del av administrerende direktørs driftsorienteringer. Det er også etablert egne fullmaktsstrukturer for investeringer. Disse er sist behandlet i sak 093-2009 *Økonomisk handlingsrom og utfordringsbilde* og sak 016-2012 *Fullmaktsstruktur for bygginvesteringer – tilpasning til endrede styringskrav*.

3 Hovedprinsipper for finansforvaltningen

3.1 Generelt

Helse Sør-Øst RHF har et overordnet ansvar for alle finansielle spørsmål i helseforetaksgruppen og vil helseforetakene i alle spørsmål som hører til under ansvarsområdet.

4 Inntekts- og likviditetsfordeling

4.1 Finansiering av spesialisthelsetjenesten

De regionale helseforetakene finansieres i dag med:

- **Faste inntekter.** Disse fastsettes gjennom statsbudsjettet, og er i prinsippet uavhengige av aktiviteten i foretaksgruppen. Faste inntekter som ikke er øremerkede omtales normalt som basisramme. Midler knyttet til kvalitetsbasert finansiering anses som en del av de faste inntektene.
- **Aktivitetsbaserte inntekter.** Disse gis som overslagsbevilgninger i statsbudsjett og varierer med den faktiske aktiviteten i helseforetakene.

Helseforetakene kan i tillegg skape egne inntekter. Disse kommer fra egenandeler og direkte salg av ulike produkter og tjenesteytelser, samt tilskudd fra offentlige og private institusjoner.

4.2 Inntektsmodellen i Helse Sør-Øst

Inntektsmodellen tar utgangspunkt i de syv sykehusområdene, og legger til grunn at helseforetakene i et sykehusområde har et totalansvar for spesialisthelsetjenester innen sitt definerte opptaksområde. Fordeling av basisramme mellom sykehusområdene, og dernest helseforetakene, gjøres i hovedsak gjennom en kriteriebasert inntektsmodell. Målet er å fordele inntekter til sykehusområdene slik at de settes i stand til å yte gode og likeverdige helsetjenester som er tilpasset befolkningens behov, samtidig som den tar hensyn til helseforetakenes forskjellige kostnadmessige forutsetninger og interne pasientstrømmer

Inntektsmodellen består av følgende hovedkomponenter:

- *Behovskomponenten* kompenserer helseforetakene og sykehusene for variasjoner i behovsrelaterte forhold som befolkningens alderssammensetning og innslag av sosioøkonomiske kjennetegn i opptaksområdet.
- *Kostnadskomponenten* kompenserer for variasjoner i kostnadmessige forhold knyttet til forskning, undervisning, andel ikke-vestlige innvandrere i befolkningen samt struktur og lange reiseavstander.
- *Mobilitetskomponenten* korrigerer helseforetakenes inntekter i forhold til hvor pasientene faktisk blir behandlet. Dette gjøres til dels variabelt gjennom løpende gjestepasientoppgjør, og til dels gjennom fast omfordeling av inntekt.

Helseforetakene og de private ideelle sykehusene tildeles én basisramme. Denne er ikke fordelt mellom tjenesteområder, og heller ikke mellom drift og kapital. Det er opp til helseforetakene og sykehusene selv å prioritere midler mellom drift og investering, samt til de ulike tjenesteområdene.

4.3 Likviditetsfordeling i helseforetaksgruppen

Når Helse- og omsorgsdepartementet tildeler Helse Sør-Øst RHF de årlige bevilgninger, følges inntekt av likviditet. For å kunne løfte de større regionale prioriteringene, herunder nybygg og IKT, holdes deler av likviditeten tilbake på regionalt nivå. Gjenstående likviditet er fordelt til foretakene – en del for å betjene avdrag på lån, og en del for å finansiere lokale investeringer.

Helse Sør-Øst RHF tildeler foretakene en samlet likviditetsramme. Foretakene kan skape økt handlingsrom for investeringer gjennom god drift og positive resultater.

5 Likviditetsstyring

5.1 Retningslinjer fra eier

Helseforetaksgruppens anledning til å benytte seg av driftskreditt er regulert i Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 19. desember 2001, *“Driftskreditt skal kun benyttes i de tilfeller der de ordinære inntektene ikke er tilstrekkelig til å dekke de løpende utbetalinger, eller det oppstår uforutsette utgifter”* og *“Driftskreditt kan ikke benyttes som finansieringskilde for plassering av overskuddslikviditet”*. Dette betyr at helseforetaksgruppen ikke har anledning til å trekke opp driftskreditt, med det formål å plassere midlene og eventuelt oppnå positiv avkastning. Normale variasjoner i foretaksgruppens kortsiktige likviditetsbehov omfattes ikke av denne begrensningen.

I samme brev fra Helse- og omsorgsdepartementet presiseres også helseforetaksgruppens begrensninger i forhold til forvaltning av overskuddslikviditet, jfr. setningen: *“Det åpnes kun for å benytte allment anerkjente plasseringsinstrumenter med høy likviditet og lav risiko”*.

5.2 Målsetting

Oppnå størst mulig tilgjengelighet, fleksibilitet og avkastning på helseforetaksgruppens likvide midler samtidig som kreditt- og markedsrisiko begrenses, innenfor gjeldende lovverk og føringer fra eier. Tilsvarende skal finanskostnader og kapitalbinding søkes minimalisert.

Likviditetsstyring skal bidra til størst mulig grad av forutsigbarhet i helseforetaksgruppens likviditetssituasjon. Det enkelte helseforetak og helseforetaksgruppen som helhet, skal settes i stand til å møte sine finansielle forpliktelser, samtidig som det ikke bindes opp mer kapital enn nødvendig for dette.

En forutsetning for dette er at helseforetakene gjennom høy presisjon og kvalitet i sine likviditetsprognoser og sin likviditetsstyring gir Helse Sør-Øst RHF et realistisk bilde av fremtidige forhold som påvirker likviditetssituasjonen.

5.3 Roller og ansvar for likviditetsstyring

Helse Sør-Øst RHF har et overordnet ansvar for helseforetaksgruppens likviditetsstyring herunder;

- avtaleinngåelse med hovedbankforbindelse, herunder administrasjon av konsernkontoordning(er)
- sørge for at likviditet er tilgjengelig samt plassere eventuell overskuddslikviditet
- rådgivning overfor helseforetak innen likviditetsstyring og kapitalfrigjøring

Hvert helseforetak og andre enheter underlagt Helse Sør-Øst RHF er ansvarlig for en effektiv styring av kontantstrømmer herunder;

- utarbeide forventningsrette likviditetsprognoser

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

For øvrig vises det til etablerte prinsipper for likviditetsstyring i Helse Sør-Øst RHF (se vedlegg 15.4).

Det utarbeides årlig en regional økonomisk langtidsplan, hvor helseforetakene leverer innspill gjennom foretakenes egne økonomiske langtidsplaner. Denne langtidsplanleggingen er etablert som et nyttig verktøy for overordnet langsiktig planlegging i helseforetakene av ressursbruk knyttet til drift og investering.

5.4 Kortsiktig finansiering

Helse Sør-Øst RHF – tilgang til ekstern kortsiktig finansiering

Helse Sør-Øst RHF har hovedsakelig to måter å skaffe seg ekstern kortsiktig finansiering på:

- Driftskreditt i Norges Bank innvilget fra Helse- og omsorgsdepartementet
- Forskudd på månedlig basisutbetaling fra Helse- og omsorgsdepartementet, løpende gjennom året (unntatt ved overgangen til nytt år)

Helseforetakene – tilgang til intern kortsiktig finansiering

Helseforetakene har hovedsakelig to måter å skaffe seg intern kortsiktig finansiering på

- Trekk på godkjent driftskredittramme innenfor konsernkontoordningen i Helse Sør-Øst
- Forskudd på månedlig basisutbetaling fra Helse Sør-Øst RHF løpende gjennom året

Det vises til kapittel 4.3 med omtale av likviditetsfordelingsmodell. Kortsiktig likviditetsbehov kan oppstå som en konsekvens av større, ikke budsjetterte endringer i kontantstrømmer, men disse skal fortrinnsvis søkes løst innenfor det handlingsrommet det enkelte foretak har. Lykkes ikke dette, kan Helse Sør-Øst RHF tildele kortsiktig driftskreditt.

Renten på intern driftskreditt følger det regionale helseforetakets flytende rentebetingelser ved lån i Norges Bank, dvs. statsrente med et påslag på 0,4 prosentpoeng. Det belastes ikke provisjon på interne driftskredittrammer.

5.5 Rammer og retningslinjer for plassering av overskuddslikviditet

I perioder med overskuddslikviditet skal denne i første rekke benyttes til å nedbetale gjeld og driftskreditt. Helse Sør-Øst RHF kan i visse tilfeller vurdere å benytte bankinnskudd med bindingstid for å oppnå meravkastning. Slike muligheter kan oppstå

ved overskuddslikviditet i en periode lang nok til å gi tilstrekkelig rentedifferanse, men samtidig ikke så lang at nedbetaling av driftskreditt er et hensiktsmessig alternativ.

5.6 Likviditetseffekter av pensjon

I henhold til punkt fire i prinsipper for likviditetsstyring (vedlegg 15.4) skal likviditetseffekter fra pensjon, hensyntatt eventuell bruk av premiefondsmidler, forutsettes nøytrale for helseforetaket. Dette håndteres løpende ved at helseforetaket får krav om nedbetaling av driftskreditt i de tilfeller pensjonskostnaden er større enn pensjonspremien, og tildeles utvidet driftskreditt i motsatt tilfelle.

Premiefondsmidlene tilhører helseforetakene og inngår i styringen av totallikviditet. Det er Helse og omsorgsdepartementet som bestemmer om helseforetakene kan benytte premiefondet til premiebetaling. Dersom premiefondet benyttes til premiebetaling skal helseforetakets driftskreditt justeres med tilsvarende beløp.

Egenkapitaltilskudd til pensjonsinnretningene skal salderes innenfor helseforetakets tilgjengelige likviditet.

6 Leiekontrakter og leasing

6.1 Leie- og leasingavtaler i Helse Sør-Øst

Alle leieforhold i Helse Sør-Øst RHF reguleres av finansstrategien i Helse Sør-Øst RHF, basert på føringer som er gitt i Helse Sør-Øst RHF's vedtekter samt helseforetakenes vedtekter.

Leieavtaler kjennetegnes ved en avtale hvor leietaker mot vederlag får bruksrett til en eiendel for en nærmere angitt periode. Uttrykket leasing brukes ofte som benevnelse på en leieavtale.

Avtaler om operasjonell leie og finansiell leasing tillates i Helse Sør-Øst etter nærmere regler i finansstrategien og innenfor gjeldende vedtekter.

Finansielle leieavtaler skal godkjennes av Helse Sør-Øst RHF uavhengig av beløp. Dersom den finansielle leieavtalen har kontraktsverdi over 100 millioner kroner må denne i tillegg godkjennes av foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF.

For øvrig sidestiller finansstrategien fullmaktgrensene for leiekontrakter med investering i egen regi, ved at inngåelse av operasjonelle leieavtaler skal følge de til enhver tid gjeldende beslutningsprosesser og fullmaktsstrukturer som gjelder for investeringer i helseforetaksgruppen.

Det er utarbeidet særskilte retningslinjer for leie av lokaler og for leie av utstyr i helseforetaksgruppen. Disse er vedlagt i egne vedlegg (Vedlegg 15.5). Retningslinjene er sammen med den til enhver tid gjeldende fullmaktsstruktur styrende for helseforetakenes mulighet til å inngå leiekontrakter.

I forkant for inngåelse av en leieavtale er det nødvendig å vurdere avtalens innhold for å sikre korrekt klassifisering av avtalen som enten operasjonell eller finansiell

leieavtale. Klassifiseringen er en regnskapsmessig vurdering som er regulert av Regnskapsloven, herunder Norsk Regnskaps Standard (NRS) 14.

- *“Dersom det vesentligste av økonomisk risiko og kontroll knyttet til det underliggende leieobjekt er gått over på leietaker klassifiseres avtalen som finansiell og tilhørende eiendeler og forpliktelser skal balanseføres i regnskapet”.*

Med dette betyr det at en finansiell leieavtale i stor grad ligner på de samme reelle forhold som hvis foretaket hadde kjøpt objektet. Operasjonelle leieavtaler er avtaler hvor det vesentligste av risiko og kontroll ikke er overført, og skal ikke balanseføres i regnskapet. Helseforetaket skal forut for søknad om fullmakt til avtaleinngåelse konsultere med sin revisor der det er tvil om hvorvidt avtalen skal klassifiseres som operasjonell eller finansiell, samt for alle avtaler over 100 millioner kroner.

6.2 Nærmere om fullmakter

Forpliktelsen som helseforetaket påtar seg ved å inngå leieavtalen vil tilsvare verdien av leieavtalen. Verdien av leieavtalen må holdes opp mot fullmaktgrensene i den til en hver tid gjeldende fullmaktsstruktur. Søknad om fullmakt skal forelegges Helse Sør-Øst RHF dersom nåverdi av forpliktelsen overstiger relevant fullmaktsnivå i etablert fullmaktsstruktur. Finansielle leieavtaler skal godkjennes av Helse Sør-Øst RHF uavhengig av beløp.

Søknad om fullmakt til å inngå operasjonell leieavtale skal sendes Helse Sør-Øst RHF dersom leiekontraktens verdi overstiger:

- For leie av lokaler: leieforpliktelse over **50 millioner kroner**, jmfør styresak 016-2012 *Fullmaktsstruktur for bygginvesteringer – tilpasning til endrede styringskrav*.
- For leie av utstyr (MTU, IKT og annet): leieforpliktelse over **20 millioner kroner**, jfr. styresak 032-2015 *Revisjon av finansstrategi for Helse Sør-Øst*.

Ved fullmaktssøknader til Helse Sør-Øst RHF skal følgende omtales og dokumenteres:

- Beskrivelse av formål og behov for leieavtalen
- Vurdering av eventuell merkostnad ved å leie fremfor å eie
- Vurdering av økonomisk bæreevne på prosjekt- og foretaksnivå
- Beregning av kontraktsverdi jfr. retningslinjens metode
- Dokumentert klassifisering av avtalen som operasjonell eller finansiell leasing

Leie- og leasingavtaler skal ikke inngås basert på knapphet på finansiering, men være begrunnet i en risiko- og nyttevurdering. Helse Sør-Øst RHF forbeholder seg retten til å avslå søknaden hvis Finansstrategien med dens anbefalte retningslinjer i vedlegg 15.5 ikke er fulgt.

7 Bankområdet

Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at helseforetaksgruppens bruk av tjenester for bank, betaling og innskuddstjenester legges til en enkelt hovedbankforbindelse. Det legges vekt på at bankforholdet skal inngås med en solid aktør med et bredt tjenestespekter for å dekke helseforetaksgruppens behov på dette området.

Helseforetaksgruppen skal benytte seg av en konsernkontoordning. Gjennom denne skal alle transaksjoner knyttet til de samlede inntekter, lån og kostnader foregå. Tjenestene skal understøtte behovet for god intern kontroll, herunder fullmaktstyring og tilgangskontroll.

Det er en målsetning at all brukerbetaling hos sykehus og klinikker skal gjøres ved direkte bankterminaloppgjør, og at man dermed går bort fra all kontanthåndtering.

Helse Sør-Øst RHF har følgende overordnede retningslinjer i forbindelse med forvaltning av hovedbankavtale:

- Antall bankkonti skal holdes til et minimum
- Alle tilgjengelige likvide midler skal inngå i helseforetaksgruppens konsernkontoordning
- Bundne midler skal fortrinnsvis plasseres hos hovedbankforbindelse. Bruk av alternativ finansinstitusjon må godkjennes av Helse Sør-Øst RHF
- Helse Sør-Øst RHF ivaretar retningslinjer og administrasjon av hovedbank, nærmere omtale av dette finnes i økonomihåndboken i Helse Sør-Øst RHF.

8 Finansiering, garantier og renterisiko

8.1 Retningslinjer fra eier

Helseforetaksgruppens investeringer finansieres gjennom tildelte rammer og lån til drift og investeringer gitt av eier. I tillegg finansielle leasingavtaler. Helseforetaksloven gir ikke anledning til eksterne låneopptak eller annen type finansiering utover dette, jfr. lovens § 33 første ledd.

Helse Sør-Øst RHF sin adgang til låneopptak er regulert i "Instruks for lån knyttet til investeringer i de regionale helseforetak", sist endret 19. desember 2013 av 9. september 2009, som også presiserer at investeringslånene ikke kan rentesikres i private finansieringsinstitusjoner. Det foreligger imidlertid mulighet for at lån fra Helse- og omsorgsdepartementet kan konverteres fra fast til flytende rente (med over-/underkurs) i fastrenteperioden.

Jamfør brev fra Helse- og omsorgsdepartementet datert 3.april 2014, kan lån splittes opp i flere deler med hensyn til rentefastsettelse, der hver hovedstol kan deles opp med inntil fire fastrenteavtaler, i tillegg til flyterente.

Helseforetakene kan heller ikke stille garanti eller pantsette sine eiendeler til sikkerhet for andres økonomiske forpliktelser, jfr. § 33 annet ledd.

8.2 Målsetting

Sikre tilgjengelig og forutsigbar finansiering for vedtatte investeringsplaner.

8.3 Roller og ansvar

Helse Sør-Øst RHF har en sentralisert finansfunksjon for å sikre en optimal finansiering av helseforetaksgruppen.

Dette innebærer ansvaret for:

- planlegging, gjennomføring og forvaltning av all finansiering av helseforetaksgruppen, inkludert interne lån og driftskredittrammer
- kontakt med eier vedrørende finansiering
- å bringe alle søknader om finansiering av investeringer fram til beslutning i relevant beslutningsorgan i Helse Sør-Øst RHF
 - For investeringsprosjekter som går utover grensene i helseforetakets fullmaktsnivå, eller i prosjekter hvor Helse Sør-Øst RHF er prosjekteier, fremmes finansieringssøknad som del av investeringsbeslutningen
- fastsette den årlige interne lånerenten foran hvert budsjettår

Helseforetakene er ansvarlig for å melde sitt finansieringsbehov til Helse Sør-Øst RHF gjennom etablerte kanaler. Dette skal primært gjøres i forbindelse med behandling av økonomisk langtidsplan. Finansieringsbehov utover dette til strategiske investeringer, endring i arbeidskapitalbehov eller uforutsette tap, skal tas opp med Helse Sør-Øst RHF umiddelbart etter at disse forholdene er blitt kjent.

8.4 Rammer og retningslinjer for finansiering

Helse Sør-Øst RHF skal gjennom forvaltning av låneporteføljen ha et bevisst forhold til løpetid på finansiering og økonomisk levetid på investeringer. Blant annet må sammensetting av egen- og gjeldsfinansiering for større byggeprosjekter både ta hensyn til helseforetakets bæreevne, og til maksimal avdragstid (p.t. maksimalt 25 år) på lån. Avdragstiden kan ikke overstige investeringens økonomiske levetid. Låneporteføljens samlede løpetid beregnes som et veid gjennomsnitt av det enkelte låns løpetid. Lån fra Helse- og omsorgsdepartementet gis som maksimalt 70 % av samlet planlagt investeringskostnad, basert på søknad etter godkjent konseptfaserapport med ekstern kvalitetssikring.

Helseforetakene har, ifølge Helseforetaksloven, ikke anledning til å ta opp eksterne lån. For å kunne gjennomføre regionalt prioriterte investeringsprosjekter, som ikke er likviditetsmessig mulig å gjennomføre innenfor de ordinære rammetildelingene, for eksempel nye sykehusbygg, vil Helse Sør-Øst RHF kunne oppta lån gjennom låneordningen som administreres av Helse og omsorgsdepartementet.

Rentenivået i Norges Bank endres to ganger per år og fastsettes for neste 6-månedersperiode fra 1. juli og 1. januar. Renten på interne langsiktige fordringer og gjeldsposter mellom helseforetakene og Helse Sør-Øst RHF fastsettes på samme tidspunkter. Interne lån behandles i egen låneinstruks, se vedlegg 15.6.

8.5 Garantier/ morselskapsgarantier

Jfr. § 33 i lov om helseforetak m.m. har det regionale helseforetaket, og helseforetaksgruppen for øvrig, ikke anledning til å stille garanti eller pantsette sine eiendeler til sikkerhet for andres økonomiske forpliktelser. Dette betyr at helseforetaksgruppen ikke har anledning til å stille, for eksempel, skattetreks garanti og garanti knyttet til energikjøp.

8.6 Rammer og retningslinjer for renterisiko

Renterisikoen i helseforetaksgruppen beregnes som gruppens samlede rentebærende gjeldsforpliktelse, sett i forhold til mulighetsrommet for utviklingen i markedrentene. Disse analysene estimerer helseforetaksgruppens følsomhet i forhold til rentenivået, og på det grunnlaget vil man gi føringer og anbefalinger for bruk av virkemidler for å oppnå lavest mulige rentekostnader med tilstrekkelig grad av forutsigbarhet.

Helseforetaksgruppens samlede rentebærende gjeldsforpliktelse er i konstant bevegelse i forhold til nedbetaling av gjeld og opptak av nye lån og renterisikoen vil, som følge av dette, endre seg over tid. Helseforetaksgruppens samlede gjeldsforpliktelse består av langsiktige lån, byggelån samt finansiell leasing, eksklusive driftskreditt i Norges Bank. Driftskreditt i Norges bank inngår ikke i beregningen da rammen i stor grad er basert på Helse- og omsorgsdepartementets håndtering av likviditetseffekter fra pensjon.

Per januar 2015 er helseforetaksgruppens vektete rentebindingstid 3,47 år. Rentebindingstiden er et uttrykk for hvor lang tid det gjennomsnittlig tar før låneporteføljen vil måtte reprises til nye rentebetingelser. Selv om fastrenteandelen på nåværende portefølje er tilnærmet 100 %, er gjenværende løpetid på rentebindingsperiodene relativt kort. Selv med en strategisk målsetning om å øke rentebindingsbåndet, så vil dette måtte gjøres over tid ved planmessig styring av låneporteføljen da tilgjengelige rentestyringsverktøy begrenser mulighetene for tilpasning.

Rentesikring - Fast og flytende rente

I henhold til instruks gitt av eier har Helse Sør-Øst RHF med underliggende helseforetak ikke anledning til å benytte private rentesikringsinstrumenter.

Håndtering av risiko knyttet til utviklingen i rentenivået kan gjøres ved å konvertere lån mellom halvårlig flytende rente, som er standardbetingelsene etter fullt optrukket lånebeløp, eller fastrente med bindingstid på henholdsvis 3, 5 eller 10 år. Nivået på fastrente med bindingstid, revideres to ganger per år; 1. juli og 1. januar. Beslutning om konvertering fra flytende til fast rente må meldes innen gitte frister (se instruks vedlegg 15.6). I tillegg kan investeringslånene rentesikres ved at det foreligger mulighet for å konvertere fra fast til flytende rente (med over-/underkurs) i fastrenteperioden.

Styring av renterisiko i Helse Sør-Øst RHF

Eksterne låneopptak skjer mellom Helse Sør-Øst RHF og Helse- og omsorgsdepartementet, og Helse Sør-Øst RHF forvalter helseforetaksgruppens totale låneportefølje. Renterisikoen skal håndteres innenfor følgende rammer:

Opptak av eksterne lån i helseforetaksgruppen er primært knyttet til nye sykehusbygg (bygninger, medisinskteknisk utstyr og IKT) med forventet gjennomsnittlig levetid tett oppunder 30 år. Det er i så måte naturlig at gjeldsporteføljen i størst mulig grad reflekterer denne langsiktigheten. Renterisikomålet for låneporteføljen skal være et rentebindingsbånd mellom tre og fem år - målt ved gjennomsnittlig rentebinding, vektet i forhold til gjenværende lånebeløp. Gjennomsnittlig rentebindingsbånd reflekterer derfor forutsigbarheten i helseforetaksgruppens fremtidige rentekostnader, og en økning i rentebindingsbåndet vil redusere renterisikoen.

I henhold til oppstillingen nedenfor kan Helse Sør-Øst RHF maksimalt ta opp 50 % av lånene til flytende rente. Med flytende rente menes her rentebinding mindre enn ett år. Tilsvarende kan maksimalt 75 % av innlånsvolumet bindes til fast rente.

Flytende rente	Vurderes i henhold til markedssituasjon	Fast rente
Min. 25 % av innlånsvolum	25 % av innlånsvolum	Min. 50 % av innlånsvolum

Helse Sør-Øst RHF sin manglende mulighet til å inngå rentebytteavtaler med fremtidig oppstart (FRA-avtaler), samt retningslinjene knyttet til konvertering av byggelån og valg av rentebetingelser, medfører at sikringsstrategien må påregnes et visst rom for bevegelser.

Styring av renterisiko i helseforetakene

Alle låneopptak i helseforetakene skjer ved at låneforhold opprettes mellom Helse Sør-Øst RHF og det enkelte helseforetak. Helseforetakene gis anledning til selv å styre renterisiko i sin låneportefølje, ved å konvertere sine lån fra Helse Sør-Øst RHF mellom flytende rente, eller fastrente på 3, 5 eller 10 år til markedsmessige vilkår. Rentevilkårene fastsettes på samme grunnlag som Helse Sør-Øst RHF sine egne innlån, ref. låneinstruks vedlegg 15.6.

Helse Sør-Øst RHF vil, sammen med hovedbankforbindelse, kunne bistå som rådgiver for helseforetakene i spørsmål vedrørende renterisiko.

8.7 Økonomisk bæreevne i investeringsprosjekter

Analyser av økonomisk bæreevne og nåverdi må gjøres på prosjektnivå for å inngå som del av et godt beslutningsgrunnlag for prioritering av investeringsprosjekter, og derigjennom sikre foretaksgruppens økonomiske handlingsrom. Det skal deretter gjennomføres analyser av økonomisk bæreevne for helseforetaket for å sikre at helseforetaket har økonomisk evne og kapasitet til å kunne gjennomføre prosjektet. Denne metodikken for økonomiske analyser er gjennomgående for alle tidligfaser, men presisjonsnivået øker gradvis frem mot beslutning om gjennomføring (B4).

Foretaksgruppens krav til økonomisk bæreevne følger av etablerte veiledere, men med et forsterket fokus også på de likviditetsmessige konsekvensene av et investeringsprosjekt.

- Prosjektet har økonomisk bæreevne dersom fri kontantstrøm fra investeringen tilsvarer investeringsbeløpet med et rentetillegg uavhengig av finansieringsløsning
- Helseforetaket har økonomisk bæreevne dersom foretakets kontantstrøm for prosjektperioden er positiv.
- Helseforetaket kan ha økonomisk bæreevne selv om investeringsprosjektet ikke har økonomisk bæreevne.

9 Forsikring

9.1 Retningslinjer fra eier

I *Lov om helseforetak* m.m. av 2001, med senere endringer, heter det at de regionale helseforetakene med underliggende helseforetak, ved daglig leder, skal sørge for at formuesforvaltningen er ordnet på en betryggende måte.

9.2 Målsetting

Å etablere en enhetlig og bevisst holdning til håndtering av risiko for skade på person og ting, og styreansvar, samt en bevisst avhending av risiko til ett eller flere forsikringsselskap.

Etablere hensiktsmessig grensedragning mellom hvilke forsikringsdekninger som skal omfatte hele helseforetaksgruppen ("konsernforsikringer") og hvilke forsikringsdekninger som kan og/eller skal inngås av det enkelte helseforetak.

9.3 Roller og ansvar

Det er etablert et eget forsikringsutvalg med deltakelse fra Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene. Forsikringsutvalget utarbeider forslag til forsikringsstrategi som behandles av styret i Helse Sør-Øst RHF. Den vedtatte forsikringsstrategien legges deretter til grunn for forsikringsutvalgets videre arbeid med eventuell inngåelse av avtale med forsikringsmegler, samt anskaffelse av ønskede dekninger.

Helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst har hittil valgt å benytte forsikringsmegler til anskaffelse og drift av helseforetaksgruppens forsikringsordninger innenfor person- og skadeforsikring.

9.4 Rammer og retningslinjer

Risikoanalyse

Det gjennomføres en sårbarhets-/ risikoanalyse av hele virksomheten som grunnlag for anskaffelse av forsikringsdekninger.

Forsikringsløsninger

- Personforsikringer
 - Lovpliktige og tariffestede personforsikringer skal dekkes, likeledes skal alle ansatte på yrkesreiser være tjenestereiseforsikret mot tap av reisegods og sykdom.
- Skadeforsikringer

- Forsikringsdekninger innenfor bygning, maskiner, inventar, transport, motorvogn.
- Konserndekninger innenfor avbrudd, bedrifts- og produktansvar, kriminalitet.
- Styreansvarsforsikring
 - Forsikringen omfatter Helse Sør-Øst RHF med tilhørende helseforetak og skal gjelde for styremedlemmer, daglige ledere, personer som kan pådra seg et selvstendig ansvar, tidligere, nåværende og fremtidige sikrede.

Vesentlige særordninger for enkelte grupper av ansatte eller spesielle skadeforsikringsordninger kan ikke etableres uten at det er godkjent av Helse Sør-Øst RHF.

- Egenrisiko
 - Egenandel generelt kr 250.000,-. Avbruddstap karenstid 2 døgn.

Varighet

Forsikringspolicy skal revurderes hvert 4. år dersom ikke større organisasjonsmessige forandringer tilsier noe annet. Forsikringsporteføljen revurderes ved hvert hovedforfall, og settes på anbud minimum hvert 4. år, med mindre kommersielle betingelser eller begrensninger i vilkår tilsier noe annet. Slike forhold kan medføre tidligere anbudsutsettelse.

10 Pensjon

Helse Sør-Øst har i dag fire pensjonsleverandører i helseforetaksgruppen:

- Kommunal Landspensjonskasse (KLP)
- Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH)
- Oslo Pensjonsforsikring (OPF)
- Statens Pensjonskasse (SPK)

Både pensjonskassene og livselskapene er egne rettssubjekter, og ikke en del av konsernet som sådan. I pensjonskassene er som oftest styret det øverste organ, mens for eksempel KLP har et representantskap. Forvaltningen av pensjonsmidlene er av avgjørende betydning for fremtidig utvikling av pensjonskostnader. Styret i pensjonsinnretningene fastsetter aktivaallokering og investeringsstrategi for forvaltningen av midlene. Helse Sør-Øst sin mulighet til å påvirke disse valgene skjer dermed via valg av styrerepresentanter.

Det bemerkes at ordningen i SPK ikke er fondert slik at pensjonsmidlene i realiteten er en fordring på den norske stat. Pensjonsmidlene i SPK tilskrives en avkastning lik avkastningen på valgte plasseringsalternativ. Ved utgangen av 2012 var alternativene å plassere en andel i Statens pensjonsfond utland (SPU) og norske statsobligasjoner med ulik løpetid. Forvaltningen av SPU skiller seg på vesentlige områder fra forvaltningen av porteføljen blant annet i KLP ved at det ikke sikres mot endringer i valutakurs. Foretakene med pensjonsordning i SPK må velge plasseringsalternativ som optimaliserer forventet avkastning innenfor akseptabel risiko.

11 Valuta og valutarisiko

Styring av valutarisiko skal bidra til å sikre størst mulig grad av forutsigbarhet i helseforetaksgruppens kontantstrøm og resultat. Helse Sør-Øst RHF sin inntektsside er i sin helhet i norske kroner og gir følgelig ingen valutarisiko for helseforetaksgruppen.

Valutarisikoen i helseforetaksgruppen er knyttet til det samlede årlige innkjøp av varer og tjenester fra leverandører i utlandet, hvor svingninger mellom norske kroner og fremmed valuta i tidspunktet fra kontraktsinngåelse til fakturaoppgjør vil kunne påvirke den totale kostnaden knyttet til kjøpet. Denne risikoen kan reduseres eller fjernes ved bruk av sikringsstrategier. Helseforetaksgruppens potensielle valutarisiko kan beregnes som verdien av valutaeksponert handel sett i forhold til mulighetsutfallet av bevegelse mellom norsk valuta og handelsvalutaen. Helseforetaksgruppens samlede handel i andre lands valuta er i konstant bevegelse og påvirkes også særlig av perioder med særlig høy byggeaktivitet, for eksempel nye sykehusbygg.

Det forutsettes at helseforetakene ved større anbud fra utenlandske leverandører ber om prising av anbudsobjektet i både norsk, leverandørens hjemlands valuta, samt euro og deretter foretar en vurdering av hvorvidt helseforetaket skal gjennomføre valutasikringen selv, eller overlate dette til leverandøren.

Helseforetaksgruppen har kun anledning til å sikre valuta som er direkte knyttet opp mot et underliggende kjøp av en vare eller tjeneste. Helseforetakene skal sikre vesentlige kontantstrømmer i fremmed valuta etter følgende overordnede prinsipper:

- Alle innkjøp skal vurderes og sammenlignes med basis i terminkurs på løpetiden
- Kontraktsfestede strømmer i utenlandsk valuta av vesentlig størrelse skal sikres med valutaterminer på samme løpetid

Vesentlighet vurderes ut fra følgende matrise:

Tid til forfall	Sikre dersom beløp over MNOK
3-12 mnd.	30
13-24 mnd.	20
24 mnd. +	10

12 Råvarer og råvarerisiko

Styring av råvarerisiko skal bidra til å sikre størst mulig grad av forutsigbarhet i helseforetaksgruppens likviditets- og resultatutvikling i forhold til svingninger i råvarepriser og forbruk. Råvarerisikoen i Helse Sør-Øst er hovedsakelig knyttet opp til et betydelig forbruk av energi til driften av sykehusbygg. Råvarerisikoen i helseforetaksgruppen beregnes som det samlede årlige forbruk av de ulike energikildene elektrisk kraft, olje og gass, fjernvarme, biobrensel og "annet" sett i forhold til mulighetsutfallet for prisutviklingen på energikildene.

De siste årene har energiforbruket variert mellom ca. 750 GWh og 825 GWh, og dette fordeler seg slik at ca. 65 % av helseforetaksgruppens energiforbruk knyttet til elektrisk kraft (elektriske kjeler og fast elektrisk kraft), og 25 % fjernvarme. Innkjøpsstrategien knyttet til dette, med tilhørende bruk av sikringsstrategier, er regulert i egen avtale med energiforvalter. Resterende 10 % består i hovedsak av fyringsolje, gass, biobrensel, fjernkjøling og annet. Anskaffelsene av fyringsolje er regulert i nasjonale avtaler, og det foreligger ingen sikringsstrategi for dette området.

12.1 Prinsipielle føringer for handel med elektrisk energi

Målsetningen for handel med elektrisk energi er at realisert energipris skal samsvare med budsjett eller lavere innenfor budsjettperiode (år). Energiprisen skal over tid være lik eller bedre enn spot. Svingninger i forhold til spotpris skal søkes utjevnet over år.

For helseforetaksgruppen er det av avgjørende betydning å sikre forutsigbarhet i de fremtidige kraftprisene, samtidig som prisnivået som sådan er konkurransedyktig sammenlignet med markedet for øvrig (spotprisen). I den grad det tas risiko i forbindelse med sikring av elektrisk energi, så skal denne risikoen måles, overvåkes og kvantifiseres, og det skal stilles krav om tilfredsstillende avkastning.

Den samlede sikringsstrategien vil bestå av to deler:

- En sikringsstrategi som har til hensikt å skape forutsigbarhet for fremtidig utvikling i kraftpris. Det er viktig med høy grad av forutsigbarhet for kommende kalenderår, mens kravet til forutsigbarhet deretter avtar.
- En forvaltningsstrategi som gir valgt forvalter finansielle rammer for å utnytte sin kjennskap til markedet. Forvaltningsstrategien skal fortrinnsvis reguleres med en ramme, Value-at-Risk.

Risikoen ved kjøp av elektrisk kraft knytter seg til energileddet, noe som utgjør under halvparten av kostnadene ved elektrisk kraft. Den andre halvparten består av nettleie og statlige avgifter som i liten grad kan påvirkes av energikjøper. Kjøp av fysisk strøm beløper seg til mellom 200 – 250 millioner kroner årlig. Det skal ikke inngås sikringshandler for et større volum enn det underliggende fysiske forbruket av elektrisk energi.

Det er etablert en energigruppe med representanter for alle helseforetakene, inkludert Helse Sør-Øst RHF. Energigruppens ledelse og sekretariatsfunksjon ivaretas av Helse Sør-Øst RHF. Energigruppa skal etablere et konkret mandat for sikring av elektrisk energi innenfor de omtalte prinsipielle føringer. Innkjøp av energi er sentralisert, og alle helseforetak får samme pris. Det gis ikke anledning for å velge individuelle fast- eller flytende prisavtaler.

13 Kreditt- og motpartsrisiko

Gjennom kjøp av varer og tjenester og plassering av kapital, er helseforetaksgruppen eksponert for kreditt- og motpartsrisiko gjennom at motparten i en kontrakt potensielt ikke klarer å møte sine forpliktelser. Alle kjøp som gjøres i helseforetaksgruppen gjøres

etter reglene for offentlige anskaffelser. Gjennom anskaffelsene søkes kreditt- og motpartsrisiko håndtert gjennom de krav som stilles til soliditeten hos leverandør.

14 Rapportering og analyse

14.1 Krav fra eier

Etter helseforetaksloven § 34 skal helseforetakene hvert år utarbeide en årlig melding om helseforetaket og dets virksomhet som forelegges departementet. Meldingen skal også omfatte de helseforetak som det regionale helseforetaket eier. Meldingen skal blant annet redegjøre for virksomheten i det foregående år, herunder skal det redegjøres for gjennomføringen av krav fra helse og omsorgsdepartementet stilt til virksomheten. Meldingen skal inneholde en plan for virksomheten i de kommende år.

Daglig leder skal minst hver fjerde måned gi Styret skriftlig underretning om helseforetakets virksomhet. I regionalt helseforetak skal underretningen også omfatte virksomheten til de helseforetak som det regionale helseforetaket eier. Det skal særlig redegjøres for foretakets stilling og utvikling i forhold til vedtatte planer og budsjetter, jfr. helseforetaksloven § 38.

Helse Sør-Øst rapporterer også månedlig til eier gjennom "ØBAK-rapporteringen" i henhold til gjeldende retningslinjer, samt tertialvis på investeringer og kontantstrøm.

14.2 Målsetting

Å holde oversikt over og føre kontroll med helseforetaksgruppens samlede finansielle status innenfor vedtatte rammer, samt utarbeide kvalitetssikrede og forventningsrette prognoser innenfor ansvarsområdet.

Rapporteringen fra helseforetakene gir Helse Sør-Øst grunnlag for utarbeidelse av styringsinformasjon og tiltak som skal bidra til å sikre måloppnåelse innenfor gjeldende strategier.

14.3 Roller og ansvar

Helse Sør-Øst RHF har ansvar for å utarbeide periodiske ledelsesrapporter som inneholder informasjon om:

- likviditetsprognoser og status og avvik i forhold til prognosene
- analyser og benchmarking
- oversikt over finansporteføljene i Helse Sør-Øst
- eksponering i henhold til vedtatte rammer

Helseforetakene har ansvar for periodisk rapportering i henhold til gjeldende malverk som inneholder informasjon om tilsvarende på helseforetaksnivå.

15 Vedlegg til finansstrategien

15.1 Vedlegg 1: Forutsetninger i vedtekter, lov og styringsinstruks

Lov om Helsehelseforetak § 33. Lån og garantier

- *Helseforetak kan ikke ta opp lån, med mindre det er særskilt fastsatt i vedtektene at det skal ha slik adgang. Vedtektene skal fastsette ramme for låneopptak.*
- *Helseforetaket kan ikke stille garanti eller pantsette sine eiendeler til sikkerhet for andres økonomiske forpliktelser.*

Foretaksprotokoller for Helse Sør-Øst RHF

- *Helse Sør-Øst RHF gis en låneramme på totalt xx mill. kroner. Lånerammen fordeles med xx mill. kroner til investeringsformål og xx mill. kroner i driftskredittramme.*
- *Helse Sør-Øst RHF kan dog ikke ta opp lån eller driftskreditt som samlet sett overskrider årlige rammer for lån til investeringsformål eller driftskreditt fastsatt av Helse og omsorgsdepartementet.*

Vedtektene i Helseforetakene

- *Helsehelseforetakene kan ikke oppta lån fra andre enn Helse Sør-Øst RHF. Eventuelle låneopptak skal godkjennes av styret i Helse Sør-Øst RHF.*

Instruks for styret i Helse Sør-Øst RHF

a. Punkt 5.2:

- i. *Styret kan ta opp lån på inntil det beløp som fremgår av vedtekten for Helse Sør-Øst RHF, eller andre overordnede beslutninger som er bestemmende for størrelsen på lån.*

Instruks for administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF

b. Punkt 5.5:

- i. *Adm. direktørs myndighet omfatter ikke opptak av lån uten styrets godkjenning.*

15.2 Vedlegg 2: Finansiell risiko - Risikokategorier og definisjoner

Renterisiko

- Den effekt en gitt renteendring har på helseforetaksgruppens resultat og likviditet
- Endring i verdien på eiendeler og gjeld/ egenkapital som følge av endring i rentenivå

Kreditt- og motpartsrisiko

Kredittrisiko er risikoen for tap når en motpart ikke kan oppfylle sine forpliktelser.

Helse Sør-Øst er potensielt eksponert overfor kredittrisiko gjennom plassering av finansielle midler, oppgjør, utestående fordringer, etc.

Valutarisiko

Det finnes tre typer valutarisiko:

1. Transaksjonsrisiko: Risiko på transaksjoner der beløp i valuta er kontraktsfestet og som vil kreve en omveksling fra en valuta til en annen på et fremtidig tidspunkt.
2. Regnskapsmessig risiko: Risiko som oppstår ved at resultat eller balanseposter i fremmed valuta omregnes til NOK for regnskapsmessig rapportering.
3. Strategisk risiko: Risiko knyttet til endringer i en bedrifts langsiktige strategiske konkurranseevne som følge av relative endringer i valutakursene.

Helse Sør-Øst RHF er eksponert overfor utenlandsk valuta gjennom:

- Kjøp av tjenester (behandling) utenfor Norges grenser
- Store investeringer/ varekjøp
- Risiko for endring i verdien på eiendeler, gjeld, egenkapital og sikringsforretninger som følge av endring i valutakurser

Råvarerisiko og elektrisk kraft risiko

Elektrisk kraft/råvare risiko er risikoen for store svingninger i kostnaden ved kjøp av elektrisk kraft/råvarer.

15.3 Vedlegg 3: Definisjon av driftskreditt, likviditetsreserver og overskuddslikviditet

Driftskreditt

Kortsiktige lån til driftsformål med løpetid inntil 12 mnd.

Definisjon og avgrensning av likviditetsreserve og overskuddslikviditet

Likvide midler består av likviditetsreserve og overskuddslikviditet.

Likviditetsreserve er midler som skal sikre det behov for likviditet som oppstår som følge av tidsforskjellen mellom inn - og utbetalinger. Likviditetsreserven inneholder trekkrettighet i konsernkontosystemet. Likviditetsreserven skal til enhver tid ligge i konsernkontosystemet.

Overskuddslikviditet er likvide midler utover den nødvendige likviditetsreserven.

15.4 Vedlegg 4: Etablerte prinsipper for likviditetsstyring i Helse Sør-Øst RHF

1. Helseforetakene skal styre total likviditet innenfor tilgjengelige rammer til drift og investeringer
2. Likviditet generert gjennom realiserte positive resultater fra drift eller lavere investeringsnivå enn planlagt, kan disponeres i senere år:
 - a. Til nedbetaling av kortsiktige lån (driftskreditt)
 - b. Som en buffer for resultatrisiko
 - c. Til investeringerTilsvarende vil negative resultater eller høyere investeringsnivå enn planlagt medføre tilsvarende reduksjon i bruk av likviditet.
3. Egen sparing som følge av realisert overskudd fra drift kan benyttes til investeringer når helseforetaket har tilstrekkelig sikkerhet for sitt resultat
 - a. Disponering innad i samme kalenderår skjer etter dialog med det regionale helseforetaket
4. Likviditetseffekter fra pensjon, hensyntatt premiefondsmidler, kan forutsettes å være nøytrale for helseforetaket
5. Helseforetakene skal ta hensyn til risiko for
 - a. resultatavvik i drift og
 - b. i pågående investeringsprosjekterfør etablering av nye investeringsforpliktelser
6. Gjennomføring av investeringsprosjekter skal tilpasses og periodiseres i samsvar med faktisk likviditetsmessig handlingsrom
7. Helseforetakene skal etablere hensiktsmessige rapporterings- og oppfølgingsrutiner for likviditetsutviklingen gjennom året
 - a. Detaljeringsgrad og hyppighet må gjenspeile risiko
8. Helseforetakene må budsjettere likviditet på en måte som gir rom for tilstrekkelig likviditetsbuffer gjennom året
9. Likviditet fra salg kan benyttes til investeringer eller nedbetaling av gjeld dersom helseforetaket viser et regnskapsmessig overskudd minst tilsvarende gevinst ved salg av eiendom
10. Dersom helseforetakene har opparbeidet trekk på driftskreditt som følge av resultatmessige underskudd, skal denne nedbetales etter avtale, normalt over 3-5 år

15.5 Vedlegg 5: Retningslinjer for leie av lokaler og utstyr

Retningslinjer for leie av lokaler i Helse Sør-Øst

1. Innledning

1.1 Formål

Formålet med retningslinjene er å sikre god saksforberedelse og oversikt over leide arealer i foretaksgruppen.

1.2 Virkeområde

Retningslinjene gjelder for alle helseforetak i Helse Sør-Øst, og gjelder for alle leieavtaler for arealer og lokaler

2. Utredning av lokalbehov

2.1 Generelt om ansvar og krav til utredning

Foretakene er pålagt å utarbeide arealplaner og er ansvarlige for å utrede arealbehov for å kunne drive sin virksomhet forsvarlig. I den forbindelse er foretakene ansvarlige for å påse at alle relevante forhold blir tilstrekkelig utredet og vurdert i forkant av en arealanskaffelse. Ekstern kvalitetssikring KSK gjennomføres ved planer om leie i markedet når fremtidig leieforpliktelse¹ overstiger den til en hver tid gjeldende beløpsgrense, p.t. på 500 millioner kroner.

2.2 Funksjonsbeskrivelse

Dersom det identifiseres et behov for økte arealer skal det utarbeides en funksjonsbeskrivelse, som kan legges til grunn i det videre arbeidet med arealanskaffelsen. Funksjonsbeskrivelsens omfang må sees i forhold til arealanskaffelsens størrelse, og risikoen forbundet med anskaffelsen. Av funksjonsbeskrivelsen skal det fremgå hvilke krav som må stilles til lokalene mht. funksjon, størrelse, beliggenhet og kvalitet, for at virksomheten skal kunne ivareta sine oppgaver. Ved utformingen av funksjonsbeskrivelsen skal det tas hensyn til det lov- og regelverk som til en hver tid gjelder. Det vises her blant annet til lov og regelverk om universell utforming, arbeidsmiljø og særskilte krav til sikkerhet/teknisk infrastruktur som følger av virksomhetens egenart. Det skal videre så langt som mulig tas hensyn til de strategiske føringer som til en hver tid gis. Dette kan eksempelvis være føringer mht. beliggenhet og energibruk mv.

2.3 Forholdet til ledige egne lokaler

Med utgangspunkt i funksjonsbeskrivelsen skal det avklares om det er ledig egne lokaler eller tomgangsleieforhold som det kan være aktuelt for helseforetaket å benytte.

2.4 Leie i markedet eller byggeprosjekt

Dersom det ikke er relevante ledige lokaler og/eller tomgangsleieforhold i eget helseforetak, skal det med utgangspunkt i funksjonsbeskrivelsen tas stilling til om arealbehovet skal dekkes ved leie i markedet, eller ved investering i nytt prosjekt.

¹ Se beregningsmetode under pkt. 3.2

Dersom et helseforetak skal dekke deler av sitt arealbehov gjennom leie, forutsettes det at dette gjøres på basis av en utviklingsplan og med dertil hørende arealplan. Fordelingen mellom leide og egne arealer må være et resultat av denne planen. Det må særlig vurderes når leie velges fordi det ikke er investeringsmidler i helseforetaket, eller at en investering ikke er gitt prioritet i den regionale prioriteringen. I denne vurderingen skal det overordnede hensynet være hva som er økonomisk mest gunstig for helseforetaket, på kort og lang sikt. Eksempelvis kan det innebære at lokaler som det er et velfungerende leiemarked for (kalt konkurransebygg²), leies i markedet, mens lokaler det ikke er et velfungerende marked for (kalt formålsbygg³) eies. Lokaler med en leietid på mer enn 10 år klassifiseres som formålsbygg, mens lokaler med lavere leietid klassifiseres som konkurransebygg.

3. Leie av lokaler i markedet

3.1 Generelt om ansvar, fullmakter og krav til saksbehandling

Helseforetakene er ansvarlige for leieforhold som de inngår. Inngåelse av operasjonelle og finansielle leasingavtaler følger de til en hver tid gjeldende beslutningsprosesser samt fullmaktsstrukturer som ved investeringer. I forkant for inngåelse av en leieavtale er det nødvendig å vurdere avtalens innhold for å sikre korrekt klassifisering av avtalen som enten operasjonell eller finansiell leieavtale. Helseforetaket skal forut for søknad om fullmakt til avtaleinngåelse konsultere med sin revisor der det er tvil om hvorvidt avtalen skal klassifiseres som operasjonell eller finansiell, samt for alle avtaler over 100 millioner kroner.

Helseforetakene kan inngå operasjonelle leiekontrakter uten å forelegge disse til Helse Sør-Øst RHF dersom følgende kriterier er oppfylt:

- a) Total leieforpliktelse fra kontrakten ikke overstiger 50 millioner kroner.
- b) Leieavtalen inngås for ti år eller mindre. (Det kan leies lokaler i markedet på kontrakter med lengre varighet enn 10 år, dersom det er økonomisk mest fordelaktig.)
- c) Leieavtalene må gjelde den ordinære driften av helseforetaket.
- d) Utgiftene i forbindelse med avtalene må kunne dekkes innenfor helseforetakets forventede framtidige inntektsbevilgning.
- e) For alle avtaler utover budsjettåret må behovet for oppsigelsesklausuler nøye vurderes.
- f) Kriteriene gjelder samlet.

² *Konkurransebygg* er bygg det er et velfungerende leiemarked for, dvs. bygg hvor det lett kan inngås leieavtaler i eksisterende bygg.

³ *Formålsbygg* er normalt oppført for et spesielt formål, og er bygg hvor det som følge av byggets beliggenhet eller funksjon er grunn til å anta at utleier kommer i en monopolsituasjon overfor helseforetaket ved leiekontraktens utløp.

For å vurdere om utgiftene i forbindelse med leieavtalen kan dekkes innenfor forventet bevilgningsnivå i hele avtaleperioden, og hvilken handlefrihet avtalen vil gi, skal alle relevante forutsetninger knyttet til den operasjonelle leieavtalen være avklart og vurdert før avtalen inngås. For eksempel gjelder dette regulering av husleie, oppsigelse/evt. mulighet for forlengelse av avtale, regulering og belastning av øvrige driftsutgifter (for eksempel strøm, vaktmestertjenester og resepsjon mv.).

3.2 Fullmakt fra Helse Sør-Øst RHF

Finansielle leieavtaler skal godkjennes av Helse Sør-Øst RHF uavhengig av beløp. Alle saker knyttet til operasjonell leie av lokaler skal forelegges Helse Sør-Øst RHF for fullmakt dersom summen av fremtidige leieforpliktelser overstiger de til enhver tid gjeldende fullmaktsnivåer som for investeringer. Beregningsmetode ved fullmaktspørsmål medfører at årlig leiebetaling (husleie samt andre kostnader forbundet med leieavtalen, men eksklusive generelle driftskostnader, eksempelvis andel av felles driftskostnader i leiebygget) diskonteres med 3 prosent. Dette gjøres for hele leieavtalens periode, inkludert samtlige opsjoner om forlengelse. Pt. er relevant fullmaktsnivå for leie av lokaler på 50 millioner kroner, jfr. fullmaktsstruktur sist vedtatt i styresak 016-2012. *Fullmaktsstruktur for bygginvesteringer – tilpasning til endrede styringskrav.*

Ved foreleggelse av søknad om fullmakt til å inngå leieavtale til skal det i oversendelsen til Helse Sør-Øst RHF redegjøres for:

- Beskrivelse av formål og behov for leieavtalen
- Vurdering av eventuell merkostnad ved å leie fremfor å eie
- Vurdering av økonomisk bæreevne på prosjekt- og foretaksnivå
- Beregning av kontraktsverdi jfr. retningslinjens metode
- Dokumentert klassifisering av avtalen som operasjonell eller finansiell leasing

3.3 Finansiell leasingavtale

Helseforetaket har ikke fullmakt til å inngå finansielle leasingavtaler, og må jamfør gjeldende fullmaktsstruktur forelegge søknad om fullmakt om dette til Helse Sør-Øst RHF uavhengig av avtalens verdi. Helseforetaket skal forut for søknad om fullmakt til avtaleinngåelse konsultere med sin revisor der det er tvil om hvorvidt avtalen skal klassifiseres som operasjonell eller finansiell, samt for alle avtaler over 100 millioner kroner. Dersom leieavtalens verdi overstiger 100 millioner kroner skal saken i tillegg forelegges foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF.

3.4 Regelverk om offentlige anskaffelser

Helseforetakene er ansvarlige for at lokalanskaffelsen skjer i henhold til de til enhver tid gjeldende bestemmelser i anskaffelsesregelverket. Hovedregelen er at det skal innhentes flere tilbud.

Retningslinjer for leie av utstyr i Helse Sør-Øst

1. Innledning

1.1 Formål

Formålet med retningslinjene er å sikre god saksforberedelse og oversikt over utstyr som leies i foretaksgruppen.

1.2 Virkeområde

Retningslinjene gjelder for alle helseforetak i Helse Sør-Øst, og gjelder for alt utstyr som leies.

2. Utredning av utstyrsbehov

2.1 Generelt om ansvar og krav til utredning

Foretakene er ansvarlige for god økonomistyring og risikokontroll for å kunne drive sin virksomhet forsvarlig. I den forbindelse er foretakene ansvarlige for å påse at alle relevante forhold blir tilstrekkelig utredet og vurdert i forkant av en utstyrsanskaffelse.

2.2 Funksjonsbeskrivelse

Avtaleinngåelser om leie av utstyr skal baseres på en funksjonsbeskrivelse som legges til grunn i det videre arbeidet med utstyrsanskaffelsen. Funksjonsbeskrivelsens omfang må sees i forhold til anskaffelsens størrelse, og risikoen forbundet med anskaffelsen.

Av funksjonsbeskrivelsen skal det fremgå hvilke krav som må stilles til utstyr mht. funksjon og kvalitet, for at virksomheten skal kunne ivareta sine oppgaver. Ved utformingen av funksjonsbeskrivelsen skal det tas hensyn til det lov- og regelverk som til en hver tid gjelder.

2.3 Leie i markedet eller egen investering

Dersom et helseforetak skal dekke deler av sitt utstyrsbehov gjennom leie, skal det med utgangspunkt i funksjonsbeskrivelsen tas stilling til om utstyrsbehovet skal dekkes ved leie i markedet, eller ved egen investering (kjøp). Fordelingen mellom leid og eget utstyr må være et resultat av spesifikk vurdering av hensiktsmessigheten ved hvert av de to alternativene.

Det må særlig vurderes når leie velges fordi det ikke er investeringsmidler i helseforetaket, eller at en investering ikke er gitt prioritet i lokal eller regional prioritering. I denne vurderingen skal det overordnede hensynet være hva som er økonomisk mest gunstig for helseforetaket, på kort og lang sikt. Eksempelvis kan det innebære at utstyr som det er et velfungerende leiemarked for leies i markedet, mens utstyr det ikke er et velfungerende marked for bør eies.

3. Leie av utstyr i markedet

3.1 Generelt om ansvar, fullmakter og krav til saksbehandling

Helseforetakene er ansvarlige for leieforhold som de inngår. Inngåelse av operasjonelle og finansielle leasingavtaler følger de til en hver tid gjeldende beslutningsprosesser samt

fullmaktsstrukturer som ved investeringer. I forkant for inngåelse av en leieavtale er det nødvendig å vurdere avtalens innhold for å sikre korrekt klassifisering av avtalen som enten operasjonell eller finansiell leieavtale. Helseforetaket skal forut for søknad om fullmakt til avtaleinngåelse konsultere med sin revisor der det er tvil om hvorvidt avtalen skal klassifiseres som operasjonell eller finansiell, samt for alle avtaler over 100 millioner kroner.

Helseforetakene kan inngå operasjonelle leiekontrakter uten å forelegge disse til Helse Sør-Øst RHF dersom følgende kriterier er oppfylt:

- a) Total nåverdi av leieforpliktelse fra kontrakten overstiger ikke 20 millioner kroner.
- b) Leieavtalen inngås for ti år eller mindre.
- c) Leieavtalene må gjelde den ordinære driften av helseforetaket.
- d) Utgiftene i forbindelse med avtalene må kunne dekkes innenfor helseforetakets forventede framtidige inntektsbevilgning.
- e) For alle avtaler utover budsjettåret må behovet for oppsigelsesklausuler nøye vurderes.
- f) Kriteriene gjelder samlet.

For å vurdere om utgiftene i forbindelse med leieavtalen kan dekkes innenfor uendret bevilgningsnivå i hele avtaleperioden, og hvilken handlefrihet avtalen vil gi, skal alle relevante forutsetninger knyttet til leieavtalen være avklart og vurdert før avtalen inngås. For eksempel gjelder dette regulering av leien, oppsigelse/evt. mulighet for forlengelse av avtale og regulering og belastning av øvrige driftsutgifter.

3.2 Fullmakt fra Helse Sør-Øst RHF

Finansielle leieavtaler skal godkjennes av Helse Sør-Øst RHF uavhengig av beløp. Alle saker knyttet til operasjonell leie av utstyr skal forelegges Helse Sør-Øst RHF for fullmakt dersom summen av fremtidige leieforpliktelser overstiger de til enhver tid gjeldende fullmaktsnivåer som for investeringer. Beregningsmetode ved fullmaktspørsmål medfører at årlig leieforpliktelse (grunnleie samt andre kostnader forbundet med leieavtalen) diskonteres med 3 prosent. Dette gjøres for hele leieavtalens periode, inkludert samtlige opsjoner om forlengelse. Pt. er relevant fullmaktsnivå på 20 millioner kroner, jfr. fullmaktsstruktur sist vedtatt i styresak 032-2015 *Revisjon av Finansstrategi i Helse Sør-Øst*. Ved foreleggelse av fullmaktssøknad til Helse Sør-Øst RHF skal det redegjøres for:

- Beskrivelse av formål og behov for leieavtalen
- Vurdering av eventuell merkostnad ved å leie fremfor å eie
- Vurdering av økonomisk bæreevne på prosjekt- og foretaksnivå
- Beregning av kontraktsverdi jfr. retningslinjens metode
- Dokumentert klassifisering av avtalen som operasjonell eller finansiell leasing

3.3 Finansiell leasingavtale

Helseforetaket har ikke fullmakt til å inngå finansielle leasingavtaler, og må jamfør gjeldende fullmaktsstruktur forelegge søknad om fullmakt til Helse Sør-Øst RHF. Helseforetaket skal forut for søknad om fullmakt til avtaleinngåelse konsultere med sin revisor der det er tvil om hvorvidt avtalen skal klassifiseres som operasjonell eller finansiell, samt for alle avtaler over 100 millioner kroner. Dersom leieavtalens verdi overstiger 100 millioner kroner skal saken i tillegg forelegges foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF.

3.4 Regelverk om offentlige anskaffelser

Helseforetakene er ansvarlige for at lokalanskaffelsen skjer i henhold til de til enhver tid gjeldende bestemmelser i anskaffelsesregelverket. Hovedregelen er at det skal innhentes flere tilbud.

15.6 Vedlegg 6: Instruks for interne lån

Denne instruksen gjøres gjeldende for interne lån gitt fra Helse Sør-Øst RHF til hel- eller mer enn 50 pst. deleid helseforetak innenfor helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst.

Følgende prosedyre skal følges:

1. Helse Sør-Øst RHF kan primært 2 ganger årlig, normalt i forbindelse med behandling av budsjett eller økonomisk langtidsplan, innvilge lån til et helseforetak. Lån kan innvilges basert på søknad fra helseforetak, til bruk til byggeprosjekter, medisinskteknisk utstyr eller IKT.
2. Den tildelte lånerammen gjøres tilgjengelig for utbetalinger til helseforetakets driftskonto snarest etter tidspunktet for låneinnvilgelse.
3. Helseforetaket har fullmakt til å trekke på lånet fra Helse Sør-Øst RHF etter følgende retningslinjer:
 - a. Lånene overføres på anmodning fra det enkelte helseforetak, til helseforetakets driftskonto. Anmodning om utbetaling sendes Helse Sør-Øst RHF senest 5 virkedager før utbetaling skal skje. Det gis adgang til ett uttak pr måned.
 - b. Helseforetaket skal belastes med renter på grunnlag av faktisk utbetalt lån. Renter betales ikke i opptrekkperioden, men legges til på hovedstolen.
 - c. I opptrekkperioden fastsettes renten for ett halvår av gangen, på basis av samme rentebetingelser som Helse Sør-Øst RHF har fra Helse- og omsorgsdepartementet. (markedsrentene på statspapirer med om lag 6 måneders gjenstående løpetid, med et tillegg på 0,4 prosentenheter). Påløpt rente kapitaliseres 30.juni og 31.desember.
4. Det beløp som er utbetalt i lån kan konverteres til langsiktig lån halvårlig. Løpetiden skal beregnes som et veid gjennomsnitt av den økonomiske levetiden til de enkelte investeringene som det er tatt opp lån til. Maksimal løpetid kan dog ikke settes lengre enn 25 år. Lånet gis som serielån med halvårlige terminer med terminato 30.juni og 31. desember.
5. For store prosjekter med låneuttak over 1 år, kan det opprettes særskilte lån hvor det ikke belastes avdrag og hvor renter legges til hovedstolen gjennom prosjektperioden. Når prosjektet, eller deler av prosjektet er ferdigstilt skal lånet innen månedens utløp konverteres til et langsiktig lån i tråd med punkt 4.
6. Når lånet er konvertert til langsiktig lån, kan helseforetaket velge 6 måneders flytende rente slik som i opptrekkperioden, eller fastrente med bindingstid på henholdsvis 3, 5 eller 10 år. Tilbud om fastrenter gis til samme rentevilkår som gitt fra Helse- og omsorgsdepartementet. Eventuell endring i rentebinding skal skje ved terminatoene.
7. Anmodning om rentebinding skal gis Helse Sør-Øst RHF senest 2 virkedager etter aktuell terminato. Unntak gis i forbindelse med konvertering av opptrukket beløp til nytt, langsiktig lån. Fristen for eventuell anmodning om rentebinding med virkning fra 1.januar er da satt til 10.januar. Dersom eventuell anmodning om rentebind ikke gis, vil

6 måneders flyterente automatisk bli lagt til grunn.

8. Både for flyterente og fastrente fastsettes rentesatsen lik det Finansdepartementet gjør, på basis av statens innlånskostnader i markedet med et tillegg på 0,4 prosentenheter. Helse Sør-Øst RHF legger ikke til egne påslag i rentesatsen.
9. Lånekontrakten for de enkelte langsiktige lånene inngås mellom det enkelte helseforetak og Helse Sør-Øst RHF utarbeides halvårlig. På forhånd må det derfor meldes inn til Helse Sør-Øst RHF hvilke lån som skal konverteres til langsiktige lån og hvilke som skal videreføres som byggelån, samt hvilke lånebeløp som er konvertert til langsiktig lån i løpet av året.

Dato: 08.06. 2015
Saksbehandler: Irene Beheim
Direkte telefon:
Vår referanse:
Deres referanse:
Klinikk/avdeling: Klinikk for intern service

Saksfremlegg

Del av eiendommen Kongsberg Sykehus selges/leies bort til Kongsberg kommune for oppføring av bygg til legevakt/ hjemmebaserte tjenester

Møte	Saksnr.	Møtedato
	26/2017	15.06.15

Vedlegg:

1. Situasjonsplan
2. Verdivurdering tomt av 15.05.15
3. Samletegning

I saken legges det frem forslag om å selge eventuelt leie bort en del av eiendommen på Kongsberg Sykehus til Kongsberg kommune. Kongsberg kommune ønsker å bygge legevakt/lokaler for hjemmebaserte tjenester på eiendommen til sykehuset.

Forslag til vedtak

1. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å sørge for at Kongsberg kommune får bygge interkommunal legevakt på Kongsberg Sykehus, og mandat for å gå videre i forhandlinger med Kongsberg kommune.
2. Salg/utleie av tomt gjennomføres etter gjeldende prosedyre i Helse Sør-Øst, og oversendes til Helse Sør-Øst for orientering.

Drammen, 8. juni 2015

Nils Fr. Wisløff

Administrerende direktør

Bakgrunn

Det har vært dialog mellom Kongsberg kommune og Vestre Viken tidligere med tanke på å utvide legevaktlokaler. Dette ble utredet internt av Vestre Viken, men det ble ikke funnet plass innenfor dagens areal.

Kongsberg kommune forespurte da om muligheter for å kjøpe/leie en del av sykehustomten for å etablere et eget bygg til formålet. Det ble da også meldt behov for arealer til base for hjemmebaserte tjenester i tilknytning til ny legevakt. Det ble nedsatt en felles arbeidsgruppe med arkitekt og deltagere fra Vestre Viken og kommunen for å se på mulighetene.

Arbeidsgruppen har foreslått å bygge et toetasjes bygg, samt to kjellerplan for parkering, og tilgang til nødvendig infrastruktur rundt bygget. Bygget skal ha planfri adkomst til akuttmottaket i sykehuset.

Salget/leien skal gi selger/bortleier rett til å bygge og koble på kommunalt bygg med inntil 3 etasjer, og det forutsettes at kommunalt bygg er dimensjonert for et slikt påbygg.

Verdien av av denne utvidelsesmuligheten skal trekkes fra verdifastsettelsen.

Verdien ved bruk av byggets felles infrastruktur som heiser og trapper med mer skal forhandles ved en eventuell realisering av nye etasjer

Sykehustomten er i kommuneplanen for Kongsberg avsatt til offentlig tjenesteyting.

Vurdering

Arbeidsgruppen har vurdert at denne utbyggingen ikke vil hindre en evt utvikling av sykehusets fremtidige behov.

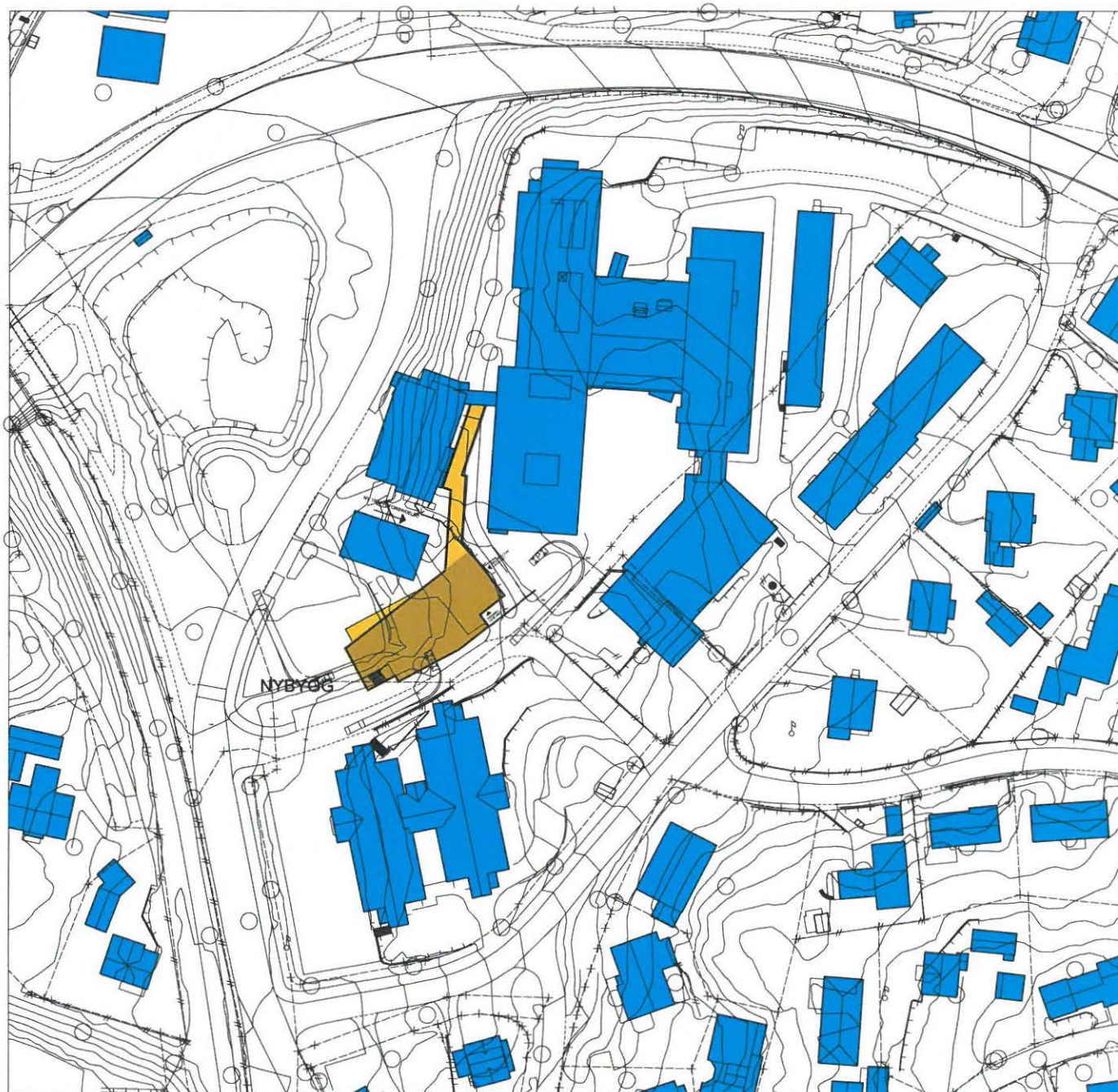
Fra et eiendomsfaglig og økonomisk perspektiv er dette et godt forslag på bruk av eiendommen. Felles infrastruktur og korte avstander gir god økonomisk drift fremover.

Den tiltenkte plasseringen av bygg for interkommunal legevakt er vurdert som et positivt tiltak i forbindelse med samhandlingsreformen, og vil ikke gi negativ innvirkning i forhold til fremtidig utvikling av eiendommen. Det vil bli stilt krav om at legevaktsbygget utformes og dimensjoneres slik at Vestre Viken skal kunne bygge på ytterligere 3 etasjer dersom behov i fremtiden.

Administrerende Direktørs vurdering

Administrerende direktør er positiv til at nye lokaler for Kongsberg interkommunale legevakt får plassering på eiendommen til Kongsberg sykehus. Denne plasseringen, med planfri adkomst til akuttmottaket i sykehuset, vil redusere ambulansetransport mellom legevakt og akuttmottak.

Kongsberg kommune v/Kongsberg kommunale eiendom KF gis mulighet til å få kjøpe/leie tomt til bygging av ny legevakt og base for hjemmebaserte tjenester. Kommunen trenger da en tinglyst rett til tomt i form av kjøpekontrakt/leieavtale.



Verdivurdering - tomt

Kongsberg sykehus - ny legevakt

Del av gnr. 7811, bnr. 1 i Kongsberg kommune

15.05.2015



INNHALDSFORTEGNELSE

1 – SAMMENDRAG	3
1.1 – Takstobjekt	3
1.2 – Mandat	3
1.3 – Nøkkelinformasjon	3
1.4 – Konklusjon	3
2 – INNLEDNING/MANDAT	4
3 – FAKTISKE OPPLYSNINGER	4
4 – VERDIGRUNNLAG	6
4.1 – Premisser	6
4.2 – Metodebeskrivelse	6
4.3 – Markedsvurdering	7
4.4 – Påregnelig utnyttelse	7
5 – VERDIBEREGNINGER	8
5.1 – Beregning av tomteverdi som funksjon av den tekniske verdien	8
5.2 – Beregning av leienivå som en funksjon av teknisk verdi	8
5.3 – Tomteprisbelastning - kontor- og lagerbebyggelse	9
6 – KONKLUSJON/VERDISKJØNN	11

1 – SAMMENDRAG

1.1 – Takstobjekt

Kongsberg sykehus - ny legevakt
Del av gnr. 7811, bnr. 1 i Kongsberg kommune

1.2 – Mandat

Oppdraget er å vurdere verdien av en rett til å oppføre en ny bebyggelse henført til ny legevakt og hjemmehaserte tjenester samt gi tilgang til nødvendig infrastruktur rundt bygningen på tomtegrunn med matrikkel gnr. 7811, bnr. 1 i Kongsberg kommune. Videre skal vurderingen hensynta at selger skal ha rett til å utvide denne bebyggelsen med 3 etasjer.



Markedsverdien er den pris flere sannsynlige investorer ville være villige til å gi for tomten. Den merpris en særinteresse kan være villig til å gi er ikke vurdert.

1.3 – Nøkkelinformasjon

Adresse:	Kongsberg sykehus - ny legevakt	Påstående bebyggelse (m² BTA):	-
Matrikkel:	Del av gnr. 7811, bnr. 1 i Kongsberg kommune	Regulering:	PlanID: 050-1, 22.03.1972
Eiendomstype:	Tomt	Formål:	Offentlig bebyggelse
Hjemmelshaver:	Blefjell Sykehus KF	Utnyttelsesgrad:	N/A
Tomteareal (m²):	N/A	Påreg. utnyttelse iht reg. (m² BTA):	2 706

Eiendommen er relativt sentralt beliggende i Kongsberg. Eiendommen er nærmere bestemt beliggende innenfor området til Kongsberg sykehus, i den sydvestlige delen av sykehusområdet. Eiendommen har en god dekning av kollektivtransport i form av buss og tog som er beliggende innenfor gangavstand fra eiendommen. Videre er eiendommen lett tilgjengelig med kjøretøyer med en enkel adkomst fra Europavei 134.

Det angjeldende tomteområdet er i dag opparbeidet med asfalterte parkeringsarealer samt grøntarealer. Terrenget består i dag av ulike nivåer og skråner stedvis relativt kraftig mot vest. Tomteområdet har gunstige grunnforhold med kort vei til fjell. Videre er tomteområdet regulert til offentlig formål.

Som grunnlag for å estimere verdien av utbyggingsretten, benyttet til legevakt- og parkeringsformål, har vi vurdert følgende forhold:

- Beregning av tomteverdi basert på teknisk verdi
- Beregning av tomteprisbelastning for alternativ næringsbebyggelse
- Normale områdepriser og erfaringspriser

1.4 – Konklusjon

Med bakgrunn i mottatte opplysninger, oppgaver og verdiberegninger ansettes følgende verdi av utbyggingsretten henført til Del av gnr. 7811, bnr. 1 i Kongsberg kommune :

kr. 5 400 000 Kronerfemmillionerfirehundretusen 00/100

Taksten er avholdt etter beste skjønn og i henhold til gjeldende instruks og retningslinjer. Takstmannen er ikke ansvarlig for manglende opplysninger om feil og mangler som han ikke kunne ha oppdaget etter å ha undersøkt takstobjektet slik god skikk tilsier.

2 – INNLEDNING/MANDAT

Oppdraget: Advokat Arild Raaen har på vegne av Kongsberg kommunale eiendom KF anmodet BER Verdivurdering AS om å foreta en verdivurdering av en utbyggingsrett på eiendommen gnr. 7811, bnr. 1 i Kongsberg kommune.

I henhold til mottatt mandat skal utbyggingsretten gi rett til å oppføre en ny bebyggelse henført til ny legevakt og hjemmebaserte tjenester samt gi tilgang til nødvendig infrastruktur rundt bygningen. Som en spesiell premiss skal vurderingen hensynta at selger skal ha rett til å utvide denne bebyggelsen med 3 etasjer slik at bebyggelsen må være dimensjonert for dette. Det forutsettes således at planlagt bebyggelse blir seksjonert og tilpasset videre utvikling.

Oppdraget er å ansette denne utbyggingsrettens normale markedsverdi. Markedsverdien er den pris flere sannsynlige investorer ville være villige til å gi. Den merpris en særinteresse kan være villig til å gi er ikke vurdert.

Andre forutsetninger/ opplysninger: Det er forutsatt i denne takst at eventuelle pålegg fra offentlig myndigheter er oppfylt. Markedsverdien er henført til dagens dato og det forutsettes at:

- det ikke foreligger uoppfylte pålegg på eiendommen, servitutter eller lignende som kan påvirke eiendommens verdi, utover de forhold som er beskrevet i dette dokumentet.
- eiendommen er fri for forurensede masser.
- eiendommen vurderes som om den var heftelsesfri.
- mottatte muntlige og skriftlige opplysninger er korrekte.

Forøvrig er vurderingen basert på egne observasjoner og erfaringer med markedet og eiendomsbransjen generelt samt konkrete referansetall. Eventuelle servitutter er ikke undersøkt nærmere i forbindelse med takstopdraget (med mindre dette er eksplisitt beskrevet) og forutsettes i denne verdivurdering ikke å ha verdipåvirkende effekt.

3 – FAKTISKE OPPLYSNINGER

Besiktigelse: Eiendommen ble besiktiget 06.05.2015. Spesialrådgiver Tom D. Lybeck i Vestre Viken og eiendomsdirektør Geir Øystein Andersen i KKE KF, viste eiendommen og gav faktiske opplysninger.

Dokumenter: Vi har mottatt følgende dokumenter som grunnlagsmateriale:

- Takstgrunnlag
- Diverse tegninger av tenkt utbygging

I tillegg er det innhentet informasjon fra grunnboken/Eiendomsdata samt Kongsberg kommunes hjemmeside på internett.

Registerbetegnelse: Del av gnr. 7811, bnr. 1 i Kongsberg kommune

Tomten: I henhold til mottatt informasjon er det usikkerhet knyttet til det eksakte fotavtrykket den tenkte bebyggelsen vil oppta på tomten. Det angjeldende tomteområdet er i dag opparbeidet med asfalterte parkeringsarealer samt grøntarealer. Terrenget består i dag av ulike nivåer og skråner stedvis relativt kraftig mot vest. I henhold til mottatt informasjon er det gunstige grunnforhold med kort vei (1-3 meter) til fjell.

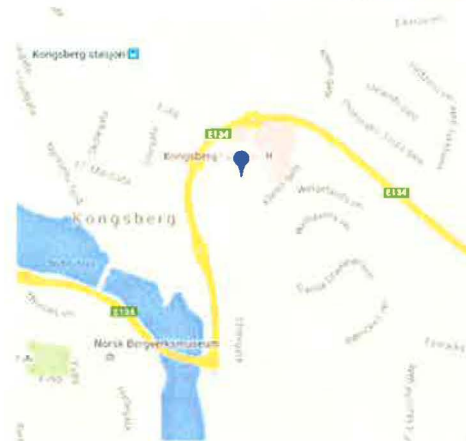
Hjemmel: I henhold til Eiendomsdata har tomten følgende hjemmelshaver:

Blefjell Sykehus KF Henrik Wergelands gate 9, 3675 Notodden

Beliggenhet:

Eiendommen er relativt sentralt beliggende i Kongsberg. Eiendommen er nærmere bestemt beliggende innenfor området til Kongsberg sykehus, i den sydvestlige delen av sykehusområdet.

Eiendommen har en god dekning av kollektivtransport i form av buss og tog som er beliggende innenfor gangavstand fra eiendommen. Videre er eiendommen lett tilgjengelig med kjøretøyer med en enkel adkomst fra Europavei 134.



Beskrivelse:

I henhold til mottatt informasjon er det planlagt å etablere en ny bebyggelse for ny legevakt og hjemmebaserte tjenester. Bebyggelsen er tenkt å omfatte to underetasjer henført til parkering samt to etasjer over terreng henført til legevakt med mer. Videre skal bebyggelsen være dimensjonert for et påbygg på ytterligere tre etasjer. Vi har ikke mottatt nærmere beskrivelser av prosjektet.

Arealer:

I henhold til mottatte tegninger vil bebyggelsen få følgende bruttoarealer (m² BTA):

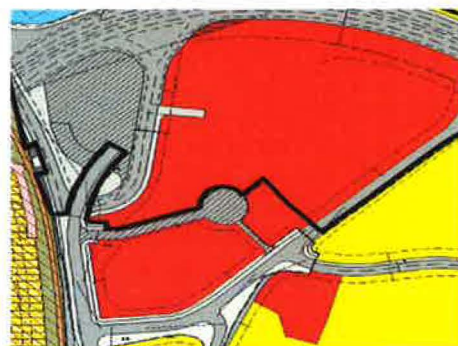
Etasje	Formål	m ² BTA
U2	Parkering	656,0
Kjeller	Parkering	656,0
1. etasje	Legevakt	782,0
2. etasje	Legevakt	612,0
Sum		2 706,0

Arealene er ikke kontrollmålt, da bebyggelsen ikke er oppført.

Regulering:

I henhold til Kongsberg kommunes kartsider er det angjeldende tomteområdet hovedsakelig regulert til offentlig bebyggelse i henhold til reguleringsplan "utvidelse av byplan 50 - sykehusområde mm" med planID 050-1, datert 22.03.1972.

Reguleringsplanen har ingen skrevne bestemmelser eller føringer vedrørende utnyttelse.



Kommuneplan / Kommunedelplan:

I henhold til Kongsberg kommunes kartsider er eiendommen avsatt til offentlig formål i gjeldende kommuneplan (2013-2025).

Grunnforurensninger:

Det er ikke mottatt informasjon vedrørende forurensninger i grunnen på den angjeldende eiendom. Grunnforurensning er i utgangspunktet tomteeiers ansvar. Kostnader henført til sanering av forurenset masse er ikke vurdert da dette krever eget mandat. Disse representerer således beløp som vil komme til fradrag fra konkludert verdi av eiendommen.

Spesielle forhold:

I henhold til mottatt mandat skal vurderingen hensynta at overdragelsen skal gi selger/bortfester rett til å bygge på planlagt bebyggelse med ytterligere tre etasjer. Det skal således forutsettes at tenkt bebyggelse blir dimensjonert for dette og at utviklingsprosjektet hensyntar en videreutvikling av eiendommen.

4 – VERDIGRUNNLAG

4.1 – Premisser

Denne rapport skal som tidligere nevnt vurdere verdien av en utbyggingsrett på gnr. 7811, bnr. 1 i Kongsberg kommune. I henhold til mottatt mandat skal utbyggingsretten gi rett til å oppføre en ny bebyggelse henført til ny legevakt og hjemmebaserte tjenester samt gi tilgang til nødvendig infrastruktur rundt bygningen.

Verdien av denne type utbyggingsretter blir normalt beregnet på samme måte som verdien av en tomt. Ved denne type eiendom beregner man normalt den såkalte tomteprisbelastningen som er den sum som fremkommer etter fradrag av totale byggeomkostninger og prosjektgevinst fra den nominelle salgssum, eiendommen ferdig utviklet. Som en kontroll sammenlikner man resultatet av tomteprisbelastningsmetoden med verdien per m² tomtegrunn (tomtearealmetoden) og tomtens andel av prosjektets totalverdi. Man benytter her erfaringstall og statistikk henført til tilsvarende tomter/utviklingsprosjekter.

Bygninger til offentlige formål gir normalt ikke et forretningsmessig overskudd som tilsier en forrentning av bygningene på samme måte som tradisjonelle næringsbygg. Vurdering av tomter henført til disse formål blir derfor ofte beregnet som en prosentandel av teknisk verdi og delvis på den generelle gjennomsnittlige områdeprisen, tomten benyttet til andre relevante formål.

Som grunnlag for å estimere verdien av den angjeldende utbyggingsretten, har vi således tatt utgangspunkt i den tekniske verdien og skjønnsmessig estimert tomtens verdi som en funksjon av denne. Videre har vi foretatt en kontroll med en beregning av leienivå som en prosentandel av totale anleggskostnader. Videre har vi foretatt en ytterligere kontrollberegning ved å vurdere normal tomteprisbelastning på eiendommen, forutsatt at det oppføres alternativ næringsbebyggelse på tomteområdet.

4.2 – Metodebeskrivelse

Ved beregning av tomtens verdi i forhold til bebyggelsens tekniske verdi, gjøres det først en beregning av de totale kostnadene henført til ferdig utviklet tomt, det vil se de totale anleggskostnader. Deretter gjøres en vurdering av andel av sum anleggskostnader som henføres til tomten, ved å analysere ulike forhold som beliggenhet, bebyggbarhet, utviklingspotensial, standard på bebyggelse med mer.

Anleggsverdi er verdien uttrykt som prisen for anskaffelse (nyverdien) med fradrag for slitasje, elde, manglende vedlikehold og nedsatt modernitet. Den tekniske verdien har ikke nødvendigvis direkte sammenheng med eiendommens salgsverdi. Eiendommens tekniske verdi omfatter både bebyggelse og tomt.

Byggekostnadene er beregnet til hva det etter dagens byggepriser vil koste å føre opp tilsvarende bebyggelse eks. mva, vurdert til normale byggepriser som nybygg. Tomtekostnadene blir vurdert ut i fra et rimelig skjønn, delvis basert på tomteverdi som en prosentandel av teknisk verdi og delvis på den generelle gjennomsnittlige områdeprisen, tomten benyttet til andre relevante formål.

Tomteprisbelastningen er den restverdi som kommer til uttrykk ved å beregne eiendommens normale salgsverdi etter fradrag av de totale byggeomkostninger. Salgsverdien for bebygget næringseiendom er en bestemt faktor av netto leieinntekter, det vil si den forrentning en investor ønsker å ha i salgsøyeblikket av sin kapital. I vurderingen hensyntas risiko på eiendommen som nybygg og det generelle rentemarkedet ellers.

Videre vil en utbygger/investor gjøre en selvstendig vurdering av prosjektets risiko, tidspunkt for igangsettelse, og prosjektets størrelse og omfang. Denne risikovurderingen vil samtidig måtte hensynta evt. økte byggekostnader, reduserte leieinntekter, samt reguleringsrisiko. Vår erfaring viser at denne risikoen normalt utgjør i nivå 25-75% av brutto tomtebelastning avhengig av prosjektets størrelse, beliggenhet og generelle risikonivå.

4.3 – Markedsvurdering

Markedet for næringsseiendom har generelt vært meget godt de siste to årene med rekordhøye leiepriser og eiendomsverdier. Det er fortsatt god aktivitet i salgsmarkedet, men leiemarkedet viser svakhetstegn. Norges økonomi er fortsatt relativt god og både statlig og privat konsum holder seg på et godt nivå.

Det er imidlertid en rekke forhold som gjør at risikobildet for investering i næringsseiendom har økt den senere tid og som kan gi nedgang i både leie- og eiendomspriser de nærmeste årene. Først og fremst er det den økonomiske situasjonen i Norge med forventninger om lavere økonomisk vekst og økt arbeidsledighet, spesielt påvirket av et kraftig fall i oljeprisen. I tillegg er den økonomiske situasjonen i Europa noe usikker, med enkelte lands problemer med å finansiere sin egen statsgjeld, lav økonomisk vekst og høy arbeidsledighet.

Markedet for næringsseiendom på Kongsberg anses å være relativt sterkt preget av endringer i global økonomi. Kongsberg har en rekke større industrivirksomheter med høy eksportgrad, og er derfor avhengig av kronekurs, oljepris og konjunkturbildet generelt. Den angjeldende eiendom er imidlertid noe mindre preget av dette, da den er beliggende innenfor sykehusområdet i Kongsberg. Imidlertid er også utvikling av offentlig eiendom preget av globale forhold, som et resultat av lokale virksomheters vekst og værende.

4.4 – Påregnelig utnyttelse

I henhold til mottatte tegninger forventes prosjektet å få følgende bruttoarealer (m² BTA):

Etasje	Formål	m ² BTA
U2	Parkering	656,0
Kjeller	Parkering	656,0
1. etasje	Legevakt	782,0
2. etasje	Legevakt	612,0
Sum		2 706,0

Vi forutsetter videre at bebyggelsen tilpasses områdets behov og utforming, og forutsetter således en normal standard på bebyggelsen.

5 – VERDIBEREGNINGER

5.1 – Beregning av tomteverdi som funksjon av den tekniske verdien

Vi har her vurdert teknisk verdi på planlagt bebyggelse samt estimert tomteverdien som en funksjon av denne. For den tenkte bebyggelsen er byggekostnadene beregnet til hva det etter dagens byggepriser vil koste å føre opp på tomteområdet, vurdert til normale byggepriser. Videre er forutsetningen om at bygningen må være dimensjonert for et påbygg på tre etasjer samt at tomteområdet har gode grunnforhold hensyntatt.

Basert på vår erfaring med tilsvarende prosjekter samt tilgjengelig statistikk har vi ansatt følgende normale byggekostnader for tenkt bebyggelse:

	Legevakt	Parkering	Sum
Bygning ink. Admi., rigg/drift, etc.	15 000	5 000	
Ekstra fundamentering	2 500	2 500	
VVS	2 500	500	
Elkraft	1 500	300	
Tele- og automatisering	950	100	
Andre installasjoner, heis, etc.	800	-	
Prosjektering, byggeledelse, gebyrer, etc	1 000	1 000	
Finanskostnader	1 500	600	
Sum normale byggekostnader per m²	25 750	10 000	
Areal - m ² BTA	1 394	1 312	
Sum normale byggekostnader	35 900 000	13 100 000	49 000 000

Andel tomteverdi for et byggeprosjekt er avhengig av beliggenhet, bebyggbarhet og formål med tomten. Andelen av et byggeprosjekt kan være ned mot 5% av totale utviklingskostnader i perifere strøk og opp mot 40% i tettbebygde, attraktive strøk.

Normal andel tomteverdi i dette området er etter vårt skjønn i utgangspunktet beliggende i nivå 10% til 25% av totale utviklingskostnader. I dette tilfellet anser vi at andel henført til tomt er beliggende i nedre del av dette intervallet på grunn av den spesielle reguleringen til offentlig formål. Videre er det relativt kostbart å oppføre bebyggelse henført til helseformål, og vi har derfor valgt å benytte oss av 10% i vårt verdigrunnlag.

Basert på beregningene over får vi følgende beregning av eiendommens tekniske verdi slik den vil fremstå som nyoppført:

Sum totale byggekostnader		49 000 000
Andel henført tomt	10,0 %	5 440 000
Sum teknisk verdi (avr.)		54 440 000

En tomteverdi som beregnet over gir en verdi per m² bebygget areal i nivå kr. 2 000,- per m² BTA.

5.2 – Beregning av leienivå som en funksjon av teknisk verdi

For å kontrollere beregningene over har vi beregnet normalt leienivå på bebyggelsen. Det er ikke utarbeidet noen offentlig statistikk på leie av denne type bygninger eller andre offentlige eiendommer i Norge. Det er også få referanseobjekter av denne type, på grunn av stor variasjon mellom standard, beliggenhet, størrelse og utforming.

Imidlertid har vi erfaring fra tilsvarende bygg/institusjoner hvor leienivå blir fastsatt som en funksjon av teknisk verdi, det vil si totale prosjektkostnader inklusive tomt. Ofte blir denne type bygg oppført av private aktører for så å bli leid tilbake til det offentlige basert på utviklers/eiers langsiktige avkastningskrav.

Normalt leienivå ved denne type prosjekter/eiendommer er således som en regel en rentesats henført til leietager, beliggenhet og utforming. Rentesatsen er basert på risikofrirente, påslag for eventuelle finanskostnader samt den risiko som ligger i eiendommen.

Basert på dagens rentenivå, finansieringsvilkår samt eiendommens beliggenhet, utforming og størrelse er vi av den oppfatning av at leienivået for denne type eiendom utgjør mellom 6% og 9% av sum anleggskostnader. Dagens risikofrie rente er beliggende på et meget lavt nivå og finansieringskostnadene er historisk lave. Videre vil leietaker være offentlig. Dette trekker leienivået kraftig ned. Eiendommen er imidlertid beliggende på Kongsberg, som etter vårt skjønn er noe mer utsatt for konjunktursvingninger. Dette trekker leienivået noe opp.

Med grunnlag i overnevnte vurderinger samt vår erfaring med tilsvarende prosjekter, har vi valgt å benytte oss av 7% i vårt verdigrunnlag og får følgende enkle beregning av sum leienivå:

Sum total anleggsverdi	54 440 000
Avkastningskrav/leienivå	7,0 %
Sum leienivå (avr.)	3 810 000

Et leienivå som beregnet over tilsvarer en gjennomsnittlig leie i nivå kr. 1 400,- per m² BTA. Dette anses å være beliggende innenfor normalnivået i dette området, hensyntatt at det skal oppføres legevakt og parkeringsarealer. Vi anser således at beregningen av tomteverdi som en funksjon av teknisk verdi er beliggende innenfor et normalnivå.

5.3 – Tomteprisbelastning - kontor- og lagerbebyggelse

Som tidligere nevnt kan verdien denne type eiendom sammenlignes med oppnåelige verdier henført til alternativ bruk. For det angjeldende tomteområdet anser vi at det også ville kunne oppføres næringsbebyggelse, i hovedsak kombinert kontor- og lagerbebyggelse med parkeringskjeller. Vi forutsetter således at eiendommen kan benyttes til dette formål og har lagt til grunn en fordeling relatert til tenkt bebyggelse på to etasjer kontor, én etasje lager og én parkeringskjeller.

Leienivået for kontorarealer er i dette området i dag normalt beliggende innenfor intervallet kr. 800,- til kr. 1 800,- pr m²/år, mens leienivået for lagerarealer normalt er beliggende i nivå kr. 500,- til kr. 1 000,- per m²/år. For parkeringskjellere er normal markedsleie beliggende i nivå kr. 15 000,- per plass, tilsvarende kr. 600,- per m²/år. Basert på at bebyggelsen vil være nyoppført og ha en sentral beliggenhet i sentrum av Kongsberg har vi skjønnsmessig vurdert oppnåelig leienivåer til å være beliggende i det øvre sjikt over overnevnte intervall og således lagt til grunn henholdsvis kr. 1 700,- og kr. 900,- pr m²/år som en gjennomsnittsbetraktning i vårt verdigrunnlag for henholdsvis kontor og lagerdelen og kr. 600,- per m²/år for parkeringsdelen. Dette gir en gjennomsnittlig leie i nivå kr. 1 240,- per m²/år.

Videre i beregningsgrunnlaget har vi forutsatt at normale eierkostnader til forvaltning og drift er i nivå kr. 150,- pr m².

Normal betraktning av avkastningskrav for nye kontorbygg er beliggende i nivå 6,5% - 7,5% i dette området, og vi har benyttet oss av gjennomsnittet i vårt verdigrunnlag. Videre vil en utbygger/investor gjøre en selvstendig vurdering av prosjektets risiko. Forutsatt mulig bruk til næringsformål er vi av den oppfatning av at risikoen er beliggende i nedre sjikt for denne eiendommen og har lagt til grunn 35% i vårt verdiberegning.

For nybygg av denne type med normalt god standard, beliggende i dette området, er vi av den oppfatning at sum anleggskostnader for kontorbygget er beliggende i nivå kr. 21 000,- og for lager- og parkeringsanlegget kr. 10 000,- hensyntatt ekstraordinære kostnader henført til fundamentering. Basert på en gjennomsnittsbetraktning er byggekostnadene således estimert til å være beliggende i nivå kr. kr. 13 200,- pr m² BTA.

Med grunnlag i overnevnte forutsetninger får vi følgende verdiberegning basert på tomteprisbelastningsmetoden:

	pr. m²/år
Gjennomsnittlig forventet årlig leieinntekt / basisleie	1 240
Normale eierkostnader	150
Netto inntektsoverskudd	1 090
Vurdert avkastningskrav	7,00 %
Verdiberegning nybygg	15 571
Sum gjennomsnittlige byggekostnader (kontor/lager/parkering)	13 200
Brutto tomteprisbelastning per m² bebyggbart areal	2 371
Prosjektrisiko 35 %	830
Netto tomteprisbelastning per m² bebyggbart areal	1 541

Det er få eiendommer som er direkte sammenlignbare med den angjeldende tomt, henført til beliggenhet, regulering og utforming. Basert på vår erfaring med tomter i dette området er vi av den oppfatning at normal tomteprisbelastning er beliggende mellom kr. 1 000,- til 2 500,- per m² BTA, avhengig av regulering og bebyggbarhet. En tomteprisbelastning som beregnet over anses således å være innenfor normalnivået for hva man kan oppnå for næringstomter i dag i dette området, dog noe under gjennomsnittet. Dette skyldes imidlertid forutsetningen om høy andel lager og parkering, som gir lavere tomteprisbelastning per m² bebyggbart areal.

6 – KONKLUSJON/VERDISKJØNN

Verdivurdering av denne type utbyggingsprosjekter anses vanligvis å være et vanskelig skjønn. Årsaken til dette er at aktørene i eiendomsmarkedet vurderer verdier svært ulikt avhengig av tenkt utbyggingskonsept, særinteresser og egne behov til spesiell næringsvirksomhet og lokalisering.

Vi har som beskrevet vurdert verdien av utbyggingsretten i henhold til mottatt informasjon vedrørende utvikling av ny legevakt med tilhørende parkeringsarealer. Utbyggingsretten normale salgsverdi må derfor sees i sammenheng med dette.

Vi beregnet verdien ut i fra to metoder, henholdsvis tomtens verdi som en funksjon av totale anleggsverdier og tomteprisbelastningsmetoden henført til alternativ bebyggelse. Tomtens verdi som funksjon av totale anleggskostnader gav et noe høyere resultat, med en verdi per m² bebygget areal på kr. 2 000,-. Tomteprisbelastningsmetoden henført til alternativ bebyggelse gav en verdi per m² på kr. 1 540,-.

Vi er av den oppfatning av at på grunn av eiendommens regulering, beliggenhet og planlagte bebyggelse er tomtens verdi henført til andel av sum anleggsverdi og har derfor vurdert verdien av utbyggingsretten per m² BTA til kr. 2 000,- pr m² BTA bebyggbart areal.

I henhold til mottatt informasjon er det per i dag planlagt å oppføre en kombinert legevakt og parkeringsbebyggelse på totalt 2 706 m² BTA. Basert på dette får vi følgende beregning av verdien av den angjeldende utbyggingsretten:

Vurdert netto tomteprisbelastning per m ² BTA	2 000
Sum bebyggbart areal m ² BTA	2 706
Sum tomteverdi (avr.)	5 400 000

Basert på våre beregninger har vi derfor konkludert med følgende verdi av utbyggingsretten henført til Del av gnr. 7811, bnr. 1 i Kongsberg kommune:

kr	5 400 000 Kronerfemmillionerfirehundretusen 00/100
-----------	---

Det er en høy grad av sensitivitet i de ulike beregningsmetodene. Basert på vår erfaring anser vi derfor at eiendommens verdi er beliggende innenfor et intervall på $\pm 5\%$ av beregnet verdi, det vil si fra kr. 5,1 millioner til kr. 5,7 millioner.

Taksten er avholdt etter beste skjønn og i henhold til gjeldende instruks og retningslinjer. Takstmannen er ikke ansvarlig for manglende opplysninger om feil og mangler som han ikke kunne ha oppdaget etter å ha undersøkt takstobjektet slik god skikk tilsier.

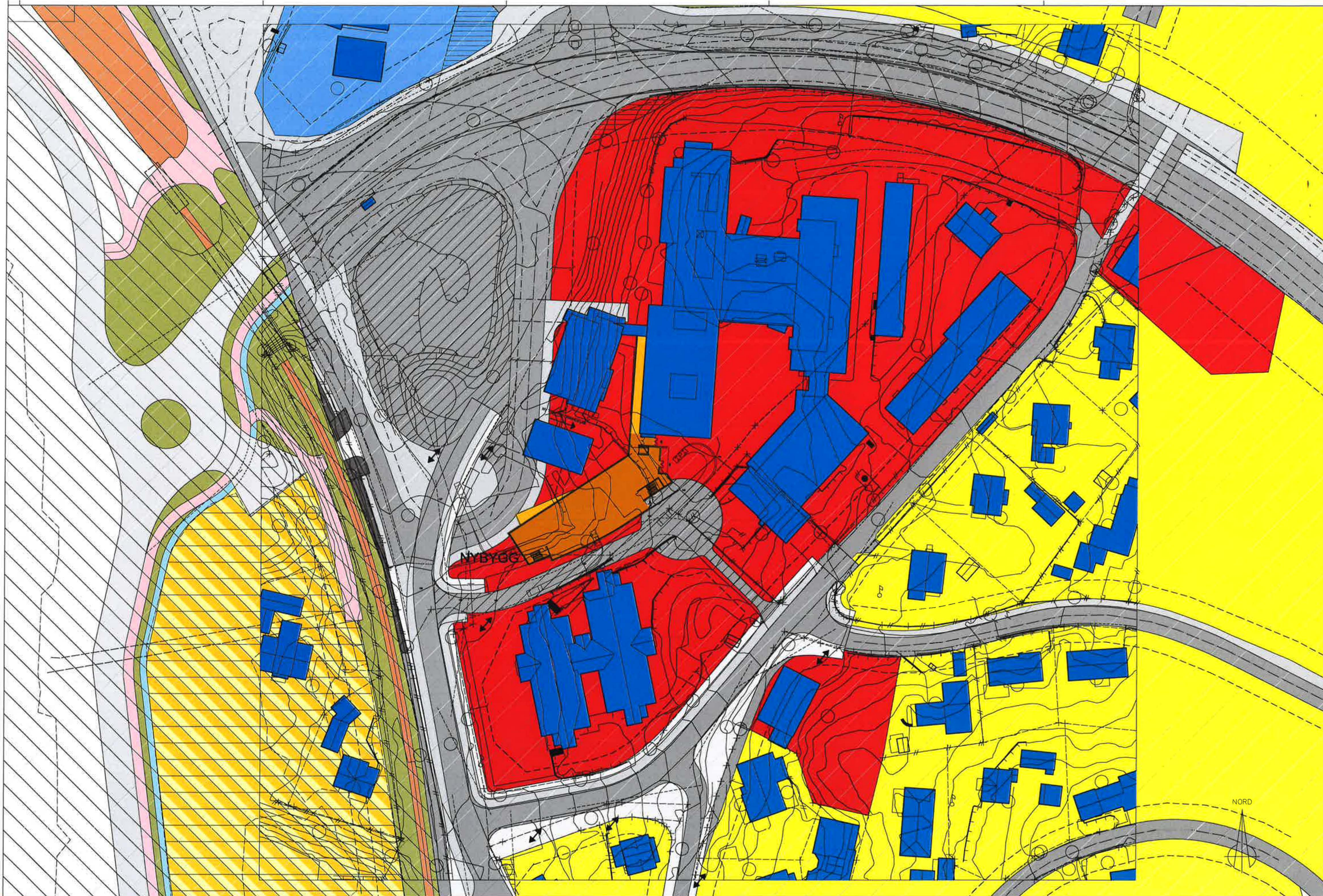
15.05.2015

BER Verdivurdering AS

Drammensveien 126 A, 0277 Oslo
Tlf. 22 56 29 44 – Telefaks: 22 56 23 36
www.ber.no

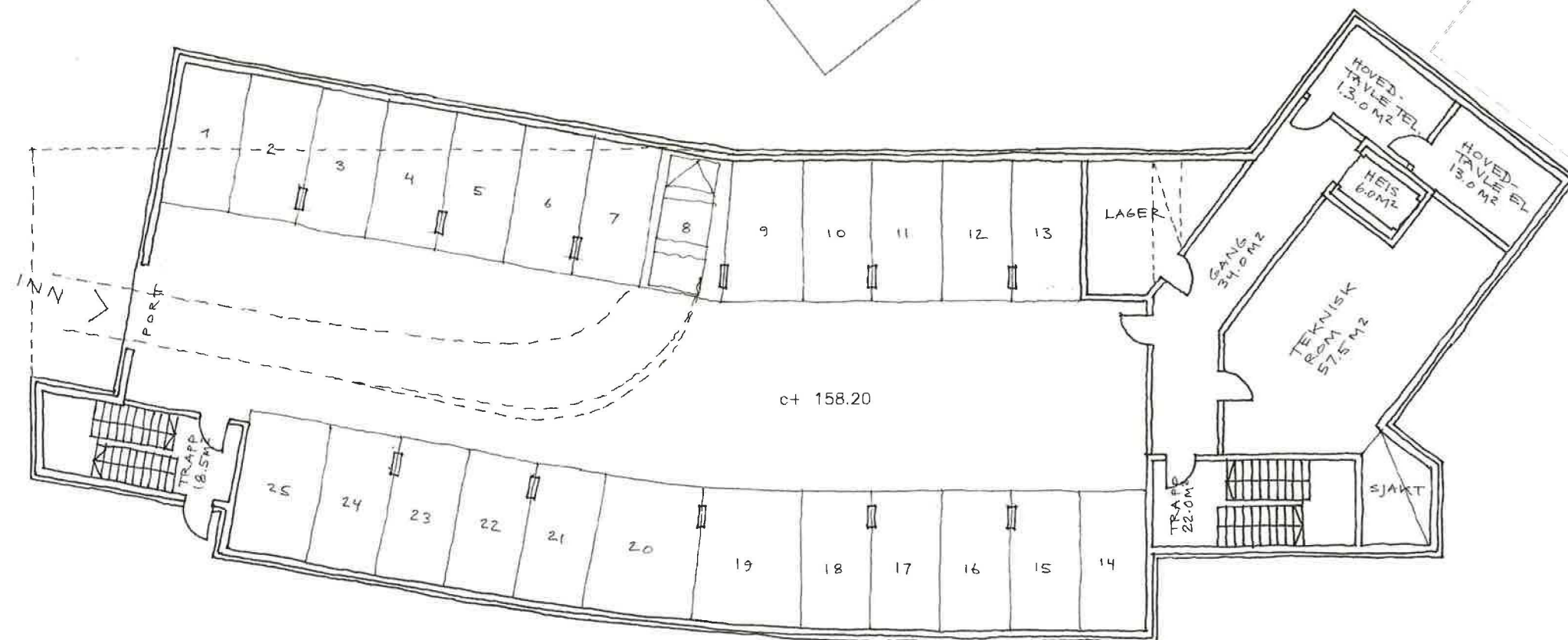

For: Per Erik Solem
Siviløkonom M.Sc.

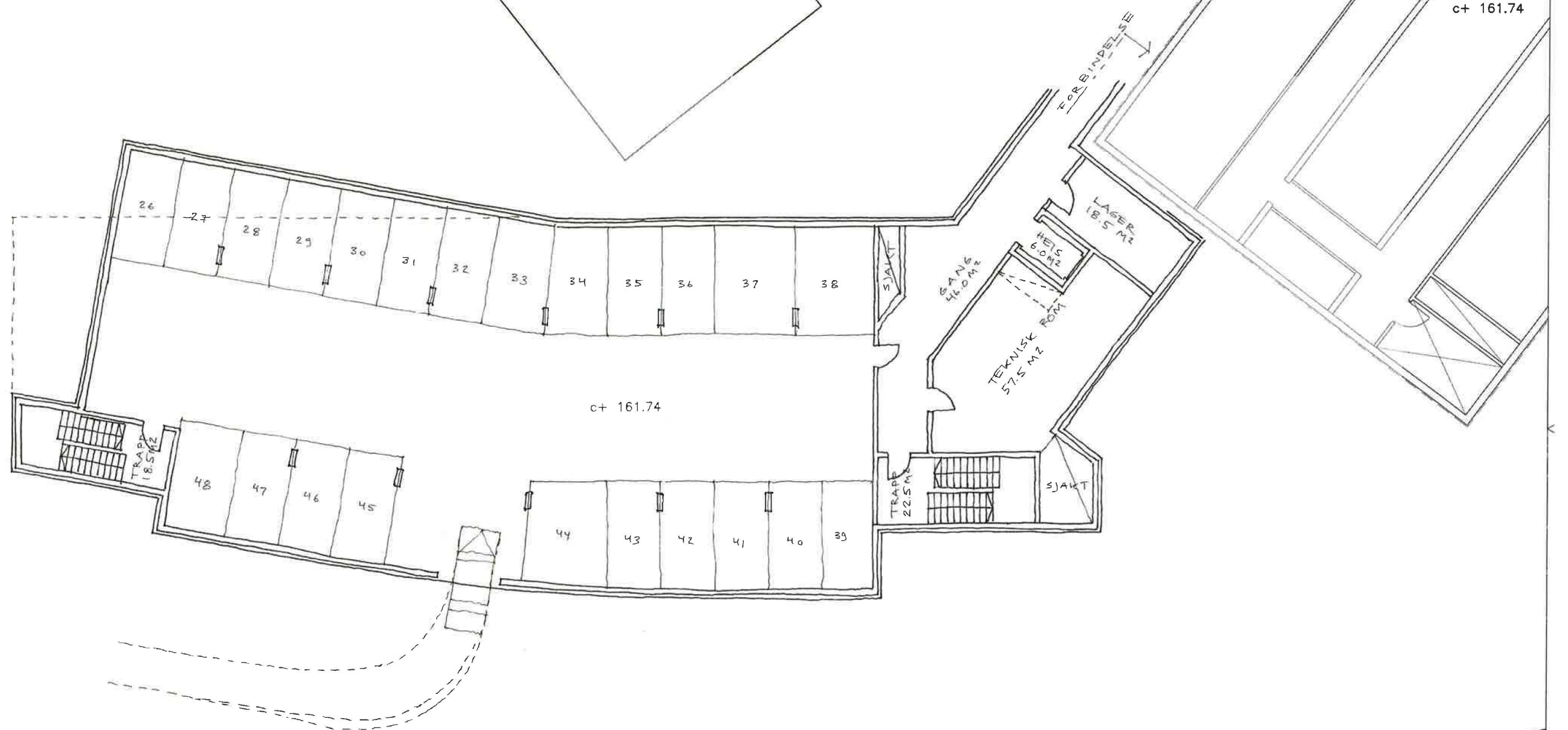

Johan Berg-Svendsen
Siviløkonom MNTF/REV

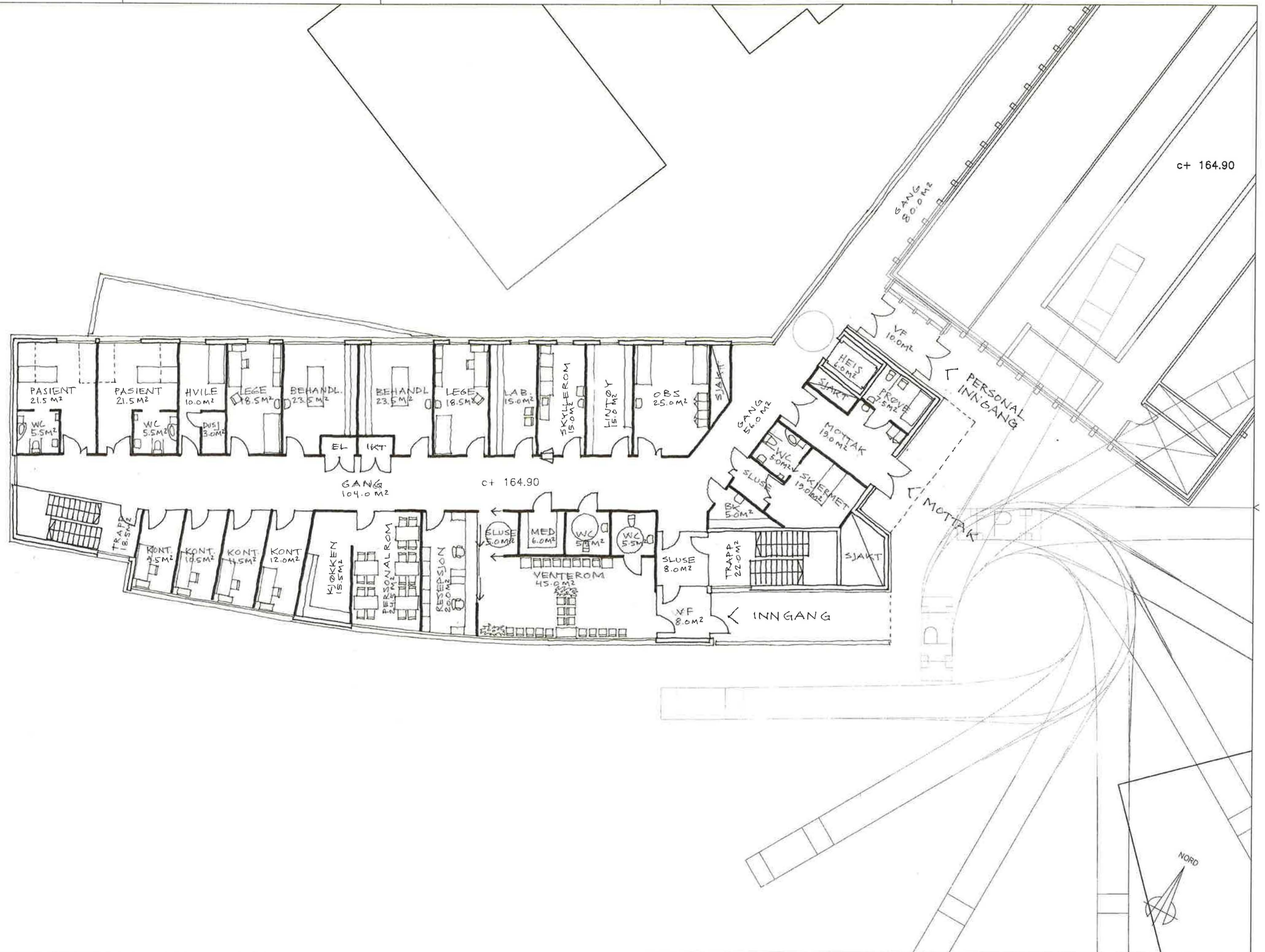


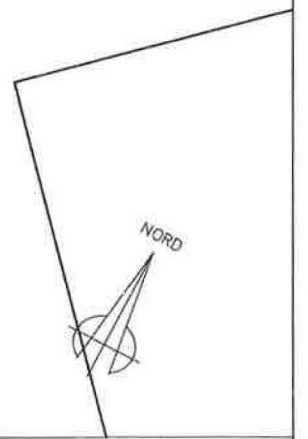


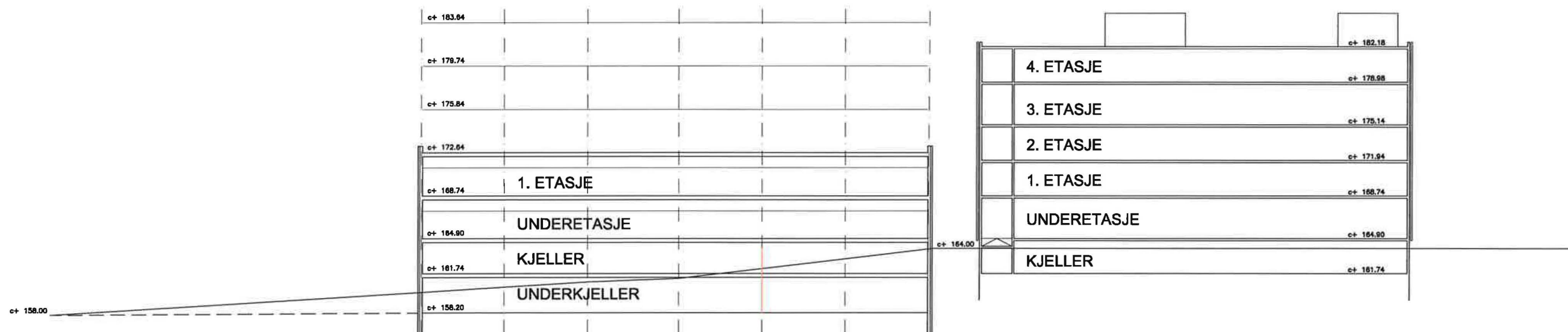












Dato: 08. 06. 2015
Saksbehandler: Irene Beheim
Direkte telefon:
Vår referanse:
Deres referanse:
Klinikk/avdeling: Intern Service

Saksfremlegg

Salg av Dr.Schmidts vei 3 i Bærum.

Møte	Saksnr.	Møtedato
	27/2015	16.06.2015

Vedlegg:

1. Styresak 8/2015 Helgerud Boligstiftelse
2. Styresak 19/2015 Salg av Dr. Schmidts vei 3 i Bærum

Ingress

I styresak 19/2015, Salg av Dr. Schmidtsv 3 i Bærum , ble det i vedtaket punkt 3 bedt om følgende utredning :

Det utredes nærmere hvordan foretaket skal sikres tilgang til leiligheter/hybler for korttidsleie og andre forhold ved salget av eiendommen. Styret ber seg forelagt en sak om dette før salget realiseres.

Forslag til vedtak

1. For å sikre driften ved Bærum sykehus gjennomføres salget slik at kjøper forplikter seg til å leie tilbake nødvendig kapasitet til helseforetaket.
2. Frigjorte midler etter salg av Dr. Schmidts vei 3 skal avsettes til vedlikehold og utstyrsanskaffelser ved Bærum sykehus (lokasjon).

Drammen, 8. juni 2015

Nils Fr. Wisløff

Administrerende direktør

Bakgrunn

Dr. Schmidts vei 3 er eiendommen med gnr. 80 bnr. 32 i Bærum kommune med påstående boligblokk. Boligblokken har 74 leiligheter hvorav 60 disponeres av Vestre Viken HF, 12 disponeres av privatpersoner, en disponeres av Bærum kommune og en er vaktmesterleilighet.

Historikk eierforhold

Helgerud boligstiftelse/sameie (Dr. Schmidts vei 3) ble opprettet av Bærum kommune i 1968 for å dekke sykehusets behov for personalboliger. Boligene ble finansiert med husbanklån og 10 % innskudd fra fylkeskommunen, for de leilighetene sykehuset disponerte. Tomten ble overdratt til stiftelsen til takstpris samtidig. Det er ikke funnet dokumentasjon på at Bærum kommune har tilført grunnkapital.

Fylkeskommunen overtok sykehusdriften i 1969. Ved foretaksreformen i 2002 ble eiendommen overdratt til staten ved sykehuset Asker og Bærum HF. I 2009 ved opprettelsen av Vestre Viken HF inngikk bygget i foretakets eiendomsmasse.

Saken, om boligene var en stiftelse eller ikke, ble i 2011 oversendt Stiftelsestilsynet for å avklare status. Arbeidet med omorganisering av leilighetene ble stilt i bero inntil avklaring kom i desember i 2014. Stiftelsestilsynet besluttet at Helgerud ikke er en stiftelse.

I sak 8/2015 Helgerud boligstiftelse, framgår det at Vestre Viken HF ikke har som strategi å sitte som langsiktig eier av personalboliger, og det vil bli fremmet en sak om salg av deler eller hele Helgerud. Dette vil være et viktig bidrag for å styrke finansiering av investeringsbudsjettet. Salg av eiendom (boliger og barnehager) som ikke omfatter virksomhetens kjernevirksomhet bygger på Helse Sør-Østs eiendomsstrategi av 2011.

Fra styresak 19/2015, Salg av Dr. Schmidts vei 3 i Bærum:

Styret ble i sak 08/2015, Helgerud boligstiftelse, orientert om at det nå er avklart at Helgerud Boligstiftelse ikke er en stiftelse, og at eiendommen vil bli et sameie. 29. april vil sameiet bli vedtatt av eierne der Vestre Viken vil eie 60 av 74 leiligheter. Administrerende direktør vil sikre fremdrift, og ber styret vedta at eiendommen skal selges. I henhold til fullmaktsreglementet så skal salg av denne størrelse (over 10 MNOK) godkjennes av Helse Sør-Øst RHF.

Styresak 19/2015, Salg av Dr. Schmidts vei 3 i Bærum ble protokollert som følger:

Administrerende direktørs forslag til vedtak:

1. Styret vedtar salg av Dr. Schmidts vei 3 i Bærum. Den frigjorte likviditeten benyttes til å finansiere investeringsbudsjettet.
2. For å sikre driften ved Bærum sykehus gjennomføres salget slik at kjøper forplikter seg til å leie tilbake nødvendig kapasitet til helseforetaket
3. Saken oversendes Helse Sør-Øst RHF for godkjenning

Styreleder fremmet følgende alternative forslag til vedtak:

1. Styret vedtar salg av Dr. Schmidts vei 3 i Bærum. Den frigjorte likviditeten benyttes til å finansiere investeringsbudsjettet.
2. Saken oversendes Helse Sør-Øst RHF for innhenting av fullmakt for å realisere salg.
3. Det utredes nærmere hvordan foretaket skal sikres tilgang til leiligheter/hybler for korttidsleie og andre forhold ved salget av eiendommen. Styret ber seg forelagt en sak om dette før salget realiseres.

Hildur Horn Øien foreslo å utsette saken. Forslaget falt med 4 mot 4 stemmer, da styreleder stemte mot.

Styret vedtok styreleders forslag med 4 stemmer inkludert styreleders dobbeltstemme mot 4 stemmer.

Dagens praksis for utleie av tjenesteleiligheter/hybler i Vestre Viken

Vestre Viken har forpliktet seg til i henhold til overenskomst med Den norske Legeforening å tilby turnusleger tilfredsstillende boligforhold.

En viss andel av hyblene er av den grunn bundet opp til turnusleger ansatt ved foretaket. Antall hybler som benyttes til dette formålet varierer i løpet av året. Det er til enhver tid 32 turnusleger ansatt ved Vestre Viken.

	Ringerike	Bærum	Kongsberg	Drammen
Tilgjengelige leiligheter/hybler Som eies av VV L- langtidsleie K -korttidsleie	21 (4 L+ 17 K)	72 (18 L+ 54 K)	13 (6-8/L+ 5-7K)	10 K/L
Utleie til turnusleger pr mai 2015	2	0	0	3

I sum er det 87 leiligheter/hybler/senger som brukes til korttidsleie i Vestre Viken.

Behov for korttidsleie

Det er store utfordringer forbundet med å skaffe erfarne vikarer/ ekstravakter ved alle klinikker.

For at Vestre Viken skal få tak i vikarer er en avhengig at det finnes muligheter for overnatting i nærheten av de respektive klinikkene. Dette behovet gjelder både vikarer/ ekstravakter og vikarer fra vikarbyrå. Det må være en viss standard på disse boligene/ hyblene.

Situasjonen for klinikk Bærum sykehus

I Bærum er det 54 hybler til korttidsleie. Av disse brukes i snitt 30 daglig pr år, 32 hver lørdag og søndag, og i snitt er 45 i bruk daglig i juni, juli og august.

Korttidsleien kan være fra 1 natt eller flere.

Det har blitt utført en konsekvensutredning for sykehusdriften ved Bærum Sykehus, og denne utredningen lå som vedlegg i forrige sak 19/2015, Salg av Dr. Schmidts v 3 i Bærum.

Vestre Viken har undersøkt utleiemarkedet for korttidsleie i Bærum. Det ligger for tiden 34 private hybler til utleie. Det er Dr. Schmidts vei 3 som har en kapasitet som tilsvarer det behovet som Bærum sykehus har om sommeren. Korttidsleie krever fleksibilitet fordi det er stor turnover på vikarer.

Disponering av salgsinntekter

Ved behandling av økonomisk langtidsplan (ØLP) i forrige styremøte, ble forventet salgsgevinst ved salget av dr. Schmidts v 3, lagt til resultatet for 2016. Hele salgsinntekten skal gå til

investeringer, og i ØLP- oppsettet ble midlene lagt som egenkapital i vedlikeholdsprosjekt for Bærum, Ringerike og Kongsberg (BRK). Intensjonen var først og fremst at salgsinntektene skulle benyttes på Bærum sykehus. Det legges opp til en formalisering av dette i denne saken.

Konklusjon

Administrerende direktør ser at det er behov for hybler/leiligheter for korttidsleie ved Bærum sykehus.

Administrerende direktør foreslår å gjennomføre salget av Dr. Schmidts vei 3 på en slik måte at en sikrer tilgang til korttidsleie av hybler/leiligheter for å dekke behovet for vikarer og nyrekrutteringer til Bærum sykehus. Salgsinntektene øremerkes utstyr og vedlikeholdsinvesteringer ved Bærum sykehus (lokasjon).

Dato: 10.02.2015
Saksbehandler: Narve H. Furnes
Direkte telefon:
Vår referanse:
Deres referanse:
Klinikk/avdeling: Intern service

Saksfremlegg

Helgerud Boligstiftelse

Møte	Saksnr.	Møtedato
	08/2014	23.02. 2015

Vedlegg: 1. Melding om avslutning av sak Helgerud Boligstiftelse – Lotteri- og stiftelsestilsynet (19.12.2014)

Ingress

Saken orienterer styret om vedtaket i Lotteri- og stiftelsestilsynet der konklusjonen er at Helgerud Boligstiftelse ikke er en stiftelse og kan heller ikke registreres som en.

Forslag til vedtak

1. Styret tar saken til orientering.

Drammen, 16.02. 2015

Nils Fr. Wisløff

Administrerende direktør

Bakgrunn

Helgerud Boligstiftelse, heretter kalt Helgerud, er registrert som hjemmelshaver til eiendommen gnr. 80 bnr. 32 i Bærum kommune med påstående boligblokk Dr. Schmidts vei 3 i Bærum. Boligblokken har 74 leiligheter hvorav 60 disponeres av Vestre Viken HF, 12 disponeres av privatpersoner, en disponeres av Bærum kommune og en er vaktmesterleilighet.

Helgerud var, som navnet tilsier, tenkt å være en boligstiftelse. Den har imidlertid aldri vært registrert som en stiftelse. Hvem som er eieren til Helgerud, har vært en problemstilling som flere har forsøkt å avklare. Helt siden 1996 har dette vært en problemstilling. Nå har Lotteri- og stiftelsestilsynet kommet til den konklusjon at det ikke er en stiftelse. Hovedbegrunnelsen er at stiftelsen aldri ble tilført grunnkapital.

Historikk

Kort utdrag fra historikken om Helgerud:

- Opprettet av Bærum kommune 12. september 1968.
- Helgerud besto av to boligblokker. Den ene ble omdannet til borettslag i 1970. Den andre videreført som Helgerud Boligstiftelse
- Fylkeskommunen overtok sykehusdriften, og dermed Helgerud, i 1969
- Sykehuset Asker og Bærum overtok stafettpinnen fra fylkeskommunen 1.1.2002. Eiendommen har siden den gang stått i helseforetakets balanse som en eiendel.
- Vestre Viken HF overtar eiendommen ved etableringen 1.7.2009.

Vestre Vikens håndtering av Helgerud

Vestre Viken HF har en rolle når styret i Helgerud skal endres ved at det skal oppnevnes medlemmer til styret. Styret har ikke vært endret i disse årene, og dermed har ikke dette vært en sak. Vestre Viken har bidratt til å drifte eiendommen i samarbeid med styret i Helgerud.

I arbeidet med å få en avklaring på hva Helgerud er, og eierforholdene rundt denne såkalte stiftelsen, ble det etablert dialog med Lotteri- og stiftelsestilsynet. Kluge Advokatfirma DA har vært vår juridiske bistand i denne saken.

Helgerud blir et sameie

Nå når det er avklart at Helgerud ikke er en stiftelse så arbeides det med å etablere dette som et sameie mellom de som disponerer de 74 boenhetene. Så langt ser det ut til at det er oppslutning om denne strategien.

Administrerende direktørs vurdering

Administrerende direktør er tilfreds med at det har kommet en avklaring i denne saken. Arbeidet med å få etablert sameiet vil bli gitt prioritet slik at eventuelle usikkerheter i en mellomperiode blir redusert.

Vestre Viken HF har ikke som strategi å sitte som langsiktig eier av personalboliger, og det vil bli fremmet en sak om salg av deler eller hele Helgerud. Dette vil være et viktig bidrag for å styrke finansiering av investeringsbudsjettet.

Dato: 20.04.2015
Saksbehandler: Narve H. Furnes
Direkte telefon:
Vår referanse:
Deres referanse:
Klinikk/avdeling: Intern service

Saksfremlegg

Salg av Dr. Schmidts vei 3 i Bærum

Møte	Saksnr.	Møtedato
	19/2015	27.04.2015

Vedlegg: 1. Konsekvensutredning av salg for driften ved Bærum sykehus

Ingress

Saken omhandler salg av Dr. Schmidts vei 3 i Bærum som også er kjent som Helgerud Boligstiftelse.

Forslag til vedtak

1. Styret vedtar salg av Dr. Schmidts vei 3 i Bærum. Den frigjorte likviditeten benyttes til å finansiere investeringsbudsjettet.
2. For å sikre driften ved Bærum sykehus gjennomføres salget slik at kjøper forplikter seg til å leie tilbake nødvendig kapasitet til helseforetaket
3. Saken oversendes Helse Sør-Øst RHF for godkjenning

Drammen, 20. april 2015

Nils Fr. Wisløff

Administrerende direktør

Bakgrunn

Styret ble i sak 08/2015, Helgerud boligstiftelse, orientert om at det nå er avklart at Helgerud Boligstiftelse ikke er en stiftelse, og at eiendommen vil bli et sameie. 29. april vil sameiet bli vedtatt av eierne der Vestre Viken vil eie 60 av 74 leiligheter. Administrerende direktør vil sikre fremdrift, og ber styret vedta at eiendommen skal selges. I henhold til fullmaktsreglementet så skal salg av denne størrelse (over 10 MNOK) godkjennes av Helse Sør-Øst RHF.

Dr. Schmidts vei 3 er eiendommen med gnr. 80 bnr. 32 i Bærum kommune med påstående boligblokk. Boligblokken har 74 leiligheter hvorav 60 disponeres av Vestre Viken HF, 12 disponeres av privatpersoner, en disponeres av Bærum kommune og en er vaktmesterleilighet.

De 60 leilighetene, som Vestre Viken eier, er bygget om slik at 24 leiligheter leies av ansatte på leiekontrakt over noe tid inklusiv bolig for turnusleger. Resterende leiligheter driftes som hybel drift med kortidsleie. Totalt er det 45 hybelplasser fordelt på 29 - 1 sengersrom og 8 - 2 sengersrom.

Konsekvenser for sykehusdriften ved Bærum sykehus

Det har gjennom flere år vært krevende å få rekruttert sykepleiere til ledige stillinger ved Bærum sykehus (BS). Spesielt gjelder dette spesialsykepleiere og jordmødre. BS har i dag 29 fast ansatte i deltidsstillinger (50-80 % stillinger) som bor i Sverige, Danmark, Island og Finland. Det er nesten umulig å få ansatt norske sykepleiere i 50 % nattstilling. Svenske sykepleiere tar svært gjerne disse stillingene. Disse leier hybel i Helgerud boligstiftelse når de er i Norge og jobber. Tilbudet om hybler er helt avgjørende for at de kan jobbe ved Bærum sykehus.

I tillegg til de fast ansatte, er BS avhengig av vikarer for å fylle opp vaktene ved de ulike avdelingene. Bemanningsenheten ved Vestre Viken har pool på 239 vikarer som tar vakter ved BS. 180 av disse vikarene er avhengig av bolig når de er her. Vikarene dekker kritiske vakter som helger, netter, høytider og ferier. Bemanningsenheten regner med å miste 80-90 % av disse 180 hvis det ikke lenger vil være tilgang på hybler. Det vil skape store problemer for kjernevirksomheten ved BS.

Intensiv, føde og barsel skaffer så å si alle ekstravakter og vikarer selv. De fleste av disse ekstravaktene rapporteres å trenge hybel da de kommer tilreisende. Bærum Sykehus har et relativt betydelig vikarbehov som forutsetter tilgang til hybler i nærheten av sykehuset.

En risikovurdering gjort ved Bærum sykehus viser at det i 2014 ble 5878 vakter dekket fra den interne bemanningsenheten. 75 % av disse har behov for hybel. Risikovurderingen viser at det er betydelig risiko for driftsøkonomi, arbeidsmiljø og pasientsikkerhet hvis en skulle miste tilgang til hybelkapasiteten i Dr. Schmidts vei.

Når en går over fra å eie til å leie, endres kostnadsprofilen. Dette kan bety at klinikkene kan få endrede kostnader særskilt innen leiekostnader. Dette vil bli håndtert i budsjettarbeidet for 2016.

Administrerende direktørs vurdering

Administrerende direktør ser at det er behov for hybler og leiligheter i nærheten av Bærum sykehus. Behovet vil variere over tid, og det vil være et mål å redusere avhengigheten av vikarer gjennom å ha faste ansatte. Men i overskuelig fremtid vil det være et betydelig behov for hybler.

For å sikre driften ved Bærum sykehus gjennomføres salget på en slik måte at en sikrer tilgang til de 45 hyblene samt en del av de 24 leilighetene ved at en leier dette tilbake fra ny eier. Fortrinnsvis selges eiendommen til en eier som kan identifisere seg med et formål om å stille eiendommen til rådighet for ansatte ved Vestre Viken

Administrerende direktør har i sitt forslag til økonomisk langtidsplan lagt en forutsetning om at dette salget gjennomføres i 2016, og at midlene finansierer gjennomføring av oppgraderingsinvesteringer ved Bærum, Ringerike og Kongsberg sykehus.

Administrerende direktør tilrår salg av eiendommen.

Dato: 08.06.2015
Saksbehandler: Elin Onsøyen
Direkte telefon: 32861125
Vår referanse:
Deres referanse:
Klinikk/avdeling: Stab

Saksfremlegg

Møteplan for styret i Vestre Viken HF 2016

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte	28/2015	15.06. 2015

Vedlegg: 1. Årskalender/ møteplan for administrative møter i Vestre Viken 2016

Ingress

Møte plan for styret i Vestre Viken 2016

Forslag til vedtak

Styret godkjenner møtekalender 2016 der følgende styremøter inngår:

Mandag 15. februar
Mandag 14. mars
Mandag 25. april
Mandag 20. juni
Mandag 26. september
Mandag 24. oktober
Mandag 28. november
Mandag 19. desember

I tillegg skal det være en samling sammen med alle helseforetakstyrene i Helse SørØst i februar/mars 2016. Datoen er ikke fastlagt ennå.

Drammen, 8. juni 2015

Nils Fr. Wisløff

Administrerende direktør

Bakgrunn

Møteplan for styret for 2016 skal legges fram for styret til behandling.

Vurdering

Styremøtene i 2016 er i samråd med styreleder lagt til mandagene:

- 15. februar
- 14. mars
- 25. april
- 20. juni
- 26. september
- 24. oktober
- 28. november
- 19. desember

8 styremøter er planlagt for 2016. I tillegg vil styret bli invitert til en to-dagers felles styresamling i regi av Helse Sør-Øst RHF i februar/mars 2016.

Årskalender 2016 for administrativt arbeid i Vestre Viken tar utgangspunkt i datoene for styremøtene.

Konklusjon

Administrerende direktør anbefaler at styret godkjenner møtekalenderen for 2016.

Årskalender/møteplan pr. 8. juni 2015

2016	Vestre Viken									Helse Sør-Øst RHF					
	Styret Man.	SKU Tir.	HAMU Tir.	Brukerut Man.	Info AD Tir.	FTV/AD Tors.	OPM/AD	OSU Man.	Ledersamling	Styret	Direktør Tors	Fagdir Ons	Økd	OPM	LF
Januar				?					Nivå 1-2 19-20						
Februar	15	2	2	1,29	16	11	U6			4 H					
Mars	14			?	15		U10		Nivå 1-3 16-17	10 O					
April	25	5	5	11	26	21	U16			21 H					
Mai		31	31	?											
Juni	20			6	21/A	16	U24			16 O					
Juli															
August							U34/35		Nivå 1-2 16-17 Nivå 1-4 25						
September	26	6	6	12	27	22	U38			8 H					
Oktober	24			10	25				Nivå 1-3 + HTV 13	20 O					
November	28	29	29	14	29	24	U47			16-17 H					
Desember	19			5	20/A		(U50)			15					
Merknad															

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

Utsending av styredokumenter 1 uke før styremøtet. Merk! Ettersendelse av sak virksomhetsrapportering.

Samling av styrene i HSØ i februar/mars – dato ikke fastlagt.

Administrerende direktør i VV har ledermøter ukentlig med klinikkdirektørene – 1.t videomøte el. 5t. i Wergelandsgt. 10

Vinterferie Akershus uke 8, Buskerud uke 9

Påske: Palmesøndag 20.mars – 28. mars 2. påskedag

Høstferie skoler: uke 40

Dato: 8. juni 2015
Saksbehandler: Tom Darre Lu
Direkte telefon:
Vår referanse:
Deres referanse:
Klinikk/avdeling: KIS

Saksfremlegg

Leie av lokaler til Bærum BUP

Møte	Saksnr.	Møtedato
	29/2015	15.06.15

Saken omfatter leie av midlertidige lokaler for Bærum BUP som gjennom flere år av flere årsaker har bedt om å få samlet aktiviteten som i dag er delt på to forskjellige lokalisasjoner.

Forslag til vedtak

1. Endelig avklaring av saken følges opp som del av budsjett for 2016.

Sted, 8. juni 2015

Nils Fr. Wisløff

Administrerende direktør

Bakgrunn

I henhold til utviklingsplan for Vestre Viken HF, som ble behandlet av styret i sak 036/2013, så må arealet til DPS - ene i Vestre Viken øke med 88,5 % i perioden fra 2011 til 2025.

I styrevedtak sak 67/2013 er følgende vedtatt: *De fem distrikts psykiatriske sentrene (DPS'ene) bygges ut med mest mulig samling av poliklinikk og sengeposter og så langt som mulig knyttet til lokalsykehusene.*

Det arbeides med en reguleringsplan som gir mulighet til å samle Bærum DPS og BUP på foretakets eiendom i Dr. Høstsvei ved Bærum Sykehus. Regulering og eventuell utbygging vil her ta tid, og det trengs derfor en midlertidig løsning for Bærum BUP som har uhensiktsmessige lokaler med poliklinikk på to geografiske lokasjoner, Sykehusveien 34 og Tokerudkollen 31. Lokalene er hhv. på 1186 m² og 2084 m².

Leieavtalen for Tokerudkollen 31 (Jonsbråten) er sagt opp av utleier, Bærum kommune.

I dagens situasjon har ikke Vestre Viken mulighet til å huse Bærum BUP i egne, eide lokaler.

En arbeidsgruppe har høsten 2014 jobbet med å få opp rombehovet for et samlet Bærum BUP og vurdert muligheter. Gruppen har vurdert 3 alternativer:

- Null - alternativet. Forsette som i dag.
- Alternativ 1 – samling ved Bærum sykehus
- Alternativ 2 – leie lokaler eksternt

Det samlede arealbehovet fram til 2030 er ca. 2.500 m². Arbeidsgruppens anbefaling er å gå ut på leiemarkedet og finne egnede lokaler – primært i området rundt Sandvika.

Vurdering

Dagens situasjon

Lokalene på *Tokerudkollen 31* har en svært uhensiktsmessig beliggenhet i forhold til at det ikke går offentlig kommunikasjon nærmere enn 1 km fra lokalene. Ungdom som kommer til ukentlige samtaler bruker uforholdsmessig lang tid på å komme seg til og fra konsultasjoner ved Bærum BUP Tokerudkollen. Dette resulterer i at dobbelt så mange konsultasjoner (9 %) som ved resten av poliklinikken (4,5 %) blir avlyst eller pasient ikke møter opp.

Klinikken forsøker å møte de unge pasientenes behov ved å ha to kontorer i Sykehusveien til bruk for unge pasienter som normalt betjenes fra Tokerudkollen, hvilket betyr at behandlere reiser mellom de to lokasjonene i løpet av dagen for å ta imot pasienter begge steder. Distanse mellom lokasjonene er ca 4 km, tid til transport og parkering utgjør ca 40 min. t/r. Vi anslår at det går med ca et månedsverk til forflytning per år.

Administrasjon og ledelse ved Bærum BUP reiser også mellom de to lokasjonene flere ganger pr. uke for å ivareta daglig drift. Det skaper betydelige utfordringer for ivaretagelse av arbeidsgiveransvaret.

Ved gjennomføring av fellesmøter (personalmøte og internundervisning) i Bærum BUP går det med ca 40 timer pr. mnd. til forflytning av personell fra Sykehusvn. til Tokerudkollen, som er det eneste stedet med aktuelt møterom. Dette utgjør betydelig innteksttap.

Bærum kommune eier lokalene på Tokerudkollen, og har sagt opp leieavtalen. Bærum BUP s lokaler i *Sykehusveien 34*, er lite egnede og dårlig vedlikeholdt.

Lokalene tilfredsstiller ikke krav til konfidensialitet for pasientene i hht lov om helsepersonell. Lokalene er ikke tilrettelagt for universell utforming. Det er heller ikke utvidelsesmulighet uten å gjøre store investeringer.

Samlokalisering

Bærum BUP erfarer at det er krevende å skulle drifte en samlet poliklinikk på to lokasjoner som ligger 4 km fra hverandre. Mye tid går bort til reising, og poliklinikken klarer ikke å utnytte medarbeidernes kompetanse på tvers i organisasjonen godt nok.

Poliklinikken driftes i dag over totalt 5 etasjer og i to lokasjoner.

Det er 2 resepsjoner, 2 sentralbord og 2 venterom som skal betjenes. Alle administrative funksjoner må dupliseres. Alt testmateriell, skjemaer, tester, og testutstyr må også dupliseres.

Samlet sett gir poliklinikken et for dårlig servicenivå.

- Det er mye forvirring for pasienter knyttet til at poliklinikken er på to lokasjoner, Pasienter lurar ofte på hvor de skal.
- Det er dårlig tilgjengelighet.
- Det er vanskelig å finne parkeringsplasser
- Pasienter må stå på venterommet fordi det er for få sitteplasser
- Det er ikke tilrettelagte ventesoner for barna og foreldrene inne i poliklinikken
- Det er ikke egnet HC - toalett i Sykehusveien.
- Pasienter og foresatte kan oppleve å overhøre fortrolig informasjon om andre.

Når et lite overlegemiljø skal fordele sine tjenester på to lokasjoner innebærer dette en sårbarhet som kan medføre at Bærum BUP mister godkjenningen for å utdanne leger i spesialisering (LIS - leger). Med få overleger er det svært krevende å få tilstrekkelig løpende supervisjon til for LIS - legene.

Den norske legeforenings spesialistkomité har ved sitt tilsynsbesøk høsten 2013 påpekt at det er en svakhet at det ikke er separate legeundersøkelseskontor ved klinikken.

Det kan også se ut som om den uhensiktsmessige driftsformen påvirker rekrutteringen av leger til Bærum BUP negativt.

Bærum BUP er den eneste poliklinikken i BUPA som per 1. kvartal 2015 ikke klarer å nå budsjettmål hverken målt i antall tiltak eller kroner.

Handlingsalternativer

Virksomheten ved Bærum BUP har en vanskelig driftssituasjon, og leiekontrakten på en stor del av arealet som benyttes er sagt opp. Det må anskaffes lokaler som kan romme hele virksomheten, og de bør ha tilstrekkelig kapasitet fram mot 2025 -30.

Etablering av nødvendige lokaler kan enten skje ved kjøp/ombygging, nybygg eller leie.

Kjøp / ombygging eller nybygg av 2500 m² vil ha en estimert investeringskostnad på mellom 120,0 og 170,0 mill kroner inkludert tomtekostnad, og tid fram til flytting vil ta fra 3 til 5 år.

Nullalternativet

Nullalternativet betyr at vi fortsatt har en delt drift for Bærum BUP. Enten ved fortsatt å leie på Tokerudkollen, eller ved å finne et nytt leieareal for denne delen av Bærum BUP. Kommunen har skriftlig sagt opp leieforholdet med oss, men enn så lenge ikke bedt oss om å flytte ut. Hva som er mulig å få til videre sammen med kommunen på Tokerudkollen, og til hvilken pris, er ikke avklart. Skulle man ut å leie et annet areal for den delen av Bærum BUP så vil det bety 2/3 av den leiekostnad som et fullt Bærum BUP vil representere. Altså mellom 3,3 og 4,3 mnok.

Alternativ 1 – samle Bærum BUP på dagens Bærum sykehus

I dagens situasjon har ikke Vestre Viken mulighet til å huse Bærum BUP i egne, eide lokaler.

Alternativ 2 – leie eksterne lokaler

Leie av samme areal vil ha en estimert årlig leiekostnad på mellom 5,0 og 6,5 mill. kroner, og tid fram til flytting vil ta fra 0,5 til 1,5 år.

I dette alternativet vil Bærum BUP oppnå en årlig driftsgevinst på Mnok 1,9. Dette fordi en får samlet fagmiljøet, redusere reisetid og oppnår bedre ressursutnyttelse. Noe av effekten skyldes også at en får en resepsjon og ikke to som i dag. Samlet sett vil dette alternativet koste mellom 3,1 og 4,6 mnok.

Leide lokaler vil være enklere å få etablert med sentralt beliggenhet i forhold til offentlig kommunikasjon, og vil gi foretaket tid til å planlegge for en investering i en permanent løsning i eide lokaler.

Leiekontrakt for ca 2500 m2 kontorlokaler som er funksjonstilpasset til poliklinikk m.m. vil innebære økonomisk forpliktelse over en ti – års periode som overstiger 50,0 mill. kroner. Ifølge gjeldende finansstrategi kreves da fullmakt fra Helse Sør - Øst RHF.

Administrerende direktørs vurdering

Det er nødvendig å skaffe erstatningslokaler for Bærum BUP. Det er ønskelig med samlokalisering for Bærum BUP. Det nødvendig å få en fullmakt til å inngå leieavtale for disse lokalene.

Lokalene ved Tokerudkollen har vært stilt gratis til disposisjon for Vestre Viken. Lokalene i Bærum sykehus fremstår ikke som fremmedleie, og Vestre Viken er nødt til å etablere en leiekostnad for å løse problemet. Den budsjettmessige dekning for denne husleien, må finnes i budsjett for 2016. Herunder vurdering av gevinstrealisering for samlokalisering av BUP. Husleiekostnaden vil komme på 50 mill kr over 10 år. For å sikre fremdrift i saken bør det nå oversendes en søknad om fullmakt til HSØ for å inngå leiekontrakt.

Administrerende direktør tilrår leie av lokaler til poliklinisk virksomhet for Bærum BUP.

Dato: 04.06.15
Saksbehandler: Kvalitetsavdeling/HMSavdeling
Direkte telefon:
Vår referanse:
Deres referanse:
Klinikk/avdeling:

Saksfremlegg

Eksterne tilsyn – status pr. 1. tertial 2015

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte	31/2015	15.06.2015

Vedlegg: 1. Oversikt status tilsyn Vestre Viken pr. 1. tertial 2015

Ingress

I saken gis en oversikt over eksterne tilsyn, påviste avvik og status for lukking av avvik pr. 1. tertial 2015.

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Drammen, 8. juni 2015

Nils Fr. Wisløff

Administrerende direktør

Bakgrunn

En rekke eksterne instanser fører tilsyn med foretakets virksomhet. Styret får en oppdatert tabell over gjennomførte tilsyn hvert tertial med oversikt over siste tertials systemtilsyn samt status for tilsyn som er avsluttet etter forrige rapportering eller som fortsatt ikke er avsluttet. I den foreliggende saken gis status pr. 1. tertial 2015.

Saksopplysninger

I første tertial 2015 er det utført en rekke av de årlige branntilsyn. Det er påvist noen avvik, jfr. vedlegg. Avvikene er lukket eller under lukking.

Siden forrige rapportering til styret er tilsyn med foretaket utført av Arbeidstilsynet og tilsyn med Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling utført av Fylkesmannen avsluttet. Avvik etter Statens legemiddelverks tilsyn med blodbankene er fulgt opp, endelig tilbakemelding avventes. Det vises til vedlegg.

Vurdering og konklusjon

Påviste avvik følges opp og lukkes fortløpende. Adm. direktør anbefaler at styret tar statusrapporten til orientering.

Oversikt eksterne tilsyn Vestre Viken 1. tertial 2015							
Dato	Saksnr. Public 360	Tilsyns-myndighet	Klinikk/seksjon	Avvik	Anmerkning	Kort beskrivelse av avvik/anmerkning	Kort status
Gjennomførte tilsyn 1 tertial							
Gjennomført branntilsyn 14 steder. Her refereres de hvor avvik							
21.01.15	14/04210	Branntilsyn	BUPA Ungdomsseksjonen for ø-hjelp	2	0	1.Teknisk rom benyttes til lager. Alt brennbart materiale samt fryses må fjernes. 2.Branntekniske tegninger som ble fremlagt under tilsynet var mangelfulle	1.Utført, avvik lukket. 2. Tilbakemelding gitt brannvesen om at oppdaterte branntegninger er bestilt eksternt utført innen 01.05.15.
02.02.15	14/04210	Branntilsyn	LAR Buskerud, Haugesgt. 89 A	2	1	Avvik: 1.Rørørningsplaner er ikke oppdatert 2. Branntekniske tegninger er mangelfulle Anmerkning: Beskrivelse av hvordan ledelys blir ettersett (egenkontroll) bør tas med i rapporten	Tilbakemelding gitt brannvesen: 1.Oppdaterte rørørningsplaner bestilt fra eksternt firma levert innen 01.08.15 2.Oppdaterte branntekniske tegninger bestilt hos eksternt firmaa leveret innen 10.04.15. Anmerkning: Rutiner for egenkontroll utarbeides innen 01.06.15
Tidligere tilsyn, nå lukket							

Oversikt eksterne tilsyn Vestre Viken 1. tertial 2015							
Dato	Saksnr. Public 360	Tilsyns-myndighet	Klinikk/seksjon	Avvik	Anmerkning	Kort beskrivelse av avvik/anmerkning	Kort status
3-7. nov 2014	14/01398 (tidligere 14/00870)	Arbeidstilsynet	Vestre Viken administrasjon og støttefunksjoner, hovedsakelig gjennomført ved Psykiatrisk avdeling, Blakstad, samt befaring på fire seksjoner ved to somatiske sykehus	1		Avvik: Manglende bruk av beskyttelsesutstyr, kanyler m.m.	Arbeid med lukking av pålegg er i gang og avsluttes innen fristen 27.02.2015. Pålegg akseptert lukket av Arbeidstilsynet i brev av 11.05.2015.
4-6 mars 2014	13/03485	Fylkesmannen i Buskerud	BUPA	1	1	Avvik: Vestre Viken HF sikrer ikke forsvarlig planmessig og systematisk fremdrift i utredningen og diagnostiseringen av pasienter ved Drammen BUP. Avvik fra Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten § 4 Anmerkning: Forbedringspotensiale for å varsel behov for individuell plan fra Drammen BUP til kommunen	Ledd i landsomfattende tilsyn. BUPA oversendt redegjørelser/handlingsp laner innen fristene. Siste oppdaterte handlingsplan oversendt 06.05.2015. Tilsynet avsluttet i brev av 07.05.2015 fra Fylkesmannen i Buskerud.
Tidligere tilsyn ikke lukket ennå							
16-22 Sept.	14/02925	Statens legemiddelverk	KMD - Blodbankene inkl. Mikrobiologen BS, DS, KS og RS	12	3	"Blodbankens tilvirkning av blod og blodkomponenter"	Fremdriftsplan for tiltak oversendt Statens legemiddelverk 20.01.2015. Avventer svar.

Dato: 04.06.15
Saksbehandler: Kvalitetsavdelingen
Direkte telefon:
Vår referanse:
Deres referanse:
Klinikk/avdeling:

Saksfremlegg

Ledelsens gjennomgang 2015

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte	32/2015	15.06.2015

Vedlegg: 1. Ledelsens gjennomgang 2015 – rapport til styret

Ingress

Ledelsens gjennomgang (LGG) på overordnet nivå skal, på bakgrunn av klinikkens LGG og en overordnet, helhetlig vurdering, bedømme om internkontrollen (kvalitetssystemet) er tilstrekkelig, hensiktsmessig og virkningsfull for Vestre Viken. Dette omfatter også gjennomgang av støttesystemer. I saken legges resultat av ledelsens gjennomgang 2015 fram for styret.

Forslag til vedtak

Styret tar ledelsens gjennomgang til orientering.

Drammen, 8. juni 2015

Nils Fr. Wisløff

Administrerende direktør

Saksopplysninger

Ledelsens gjennomgang (LGG) på overordnet nivå skal vurdere om internkontrollen/kvalitetssystemet er tilstrekkelig, hensiktsmessig og virkningsfull, og om systemene dermed bidrar til å sikre måloppnåelse og kontinuerlig forbedring. Dette innbefatter gjennomgang av støttesystemene. Ledelsens gjennomgang gjøres årlig, og baserer seg på klinikkenes gjennomganger.

LGG har en gjennomgang av 16 områder med tilhørende risikovurdering. Gjennomgangen viser at det er et tilfredsstillende kvalitetssystem for alle områder. Det er identifisert oppfølgingstiltak der det er nødvendig for 2015.

Det vises til vedlegg for nærere gjennomgang.

Vurdering og konklusjon

Administrerende direktør vurderer at Vestre Viken har en internkontroll/kvalitetssystem som i det vesentlige sikrer god styring og kontroll med virksomheten. Samtidig skal kvalitetssystemet være i konstant utvikling og forbedring. Gjennomgangen omtaler forbedringsarbeid som gjøres i løpet av 2015.

På denne bakgrunn anbefaler adm. direktør at styret tar rapporten til orientering.

Ledelsens Gjennomgang 2015

Rapport til styret



1.0 Bakgrunn

Ledelsens gjennomgang (LGG) er administrerende direktørs gjennomgang for å vurdere om internkontrollen (kvalitetssystemet) er tilstrekkelig, hensiktsmessig og virkningsfull, og om systemene bidrar til å sikre måloppnåelse og kontinuerlig forbedring. Gjennomgangen skal omfatte en vurdering av muligheter for forbedringer og behov for endringer av kvalitetssystemet (jfr. ISO 9001:2008). Det omfatter også gjennomgang av støttesystemene. Ledelsens gjennomgang gjennomføres årlig i Vestre Viken.

LGG-prosessen baserer seg på en strukturert gjennomgang og oppsummering av hendelser og aktiviteter i foregående år i klinikker/avdelinger og staber. Det utarbeides handlingsplaner og iverksettes tiltak på områder hvor gjennomgangen avdekker svakheter.

Hensikten med en årlig rapport om Ledelsens gjennomgang til styret, er å gi en overordnet status av internkontrollen og i Vestre Viken. Det er en overordnet gjennomgang, som ikke dreier seg om resultater, men om internkontrollsystemet som helhet virker etter hensikten, eller om det er behov for tiltak for å sikre måloppnåelse og kontinuerlig forbedring.

Klinikkene gjennomfører LGG én gang årlig. Foretaket har utarbeidet et skjema som klinikkene bruker til i arbeidet. Et revidert skjema som er bedre tilpasset sertifiserte avdelinger, er under utprøving.

2.0 Oppfølging etter forrige ledelsens gjennomgang

Alle klinikker har gjennomført LGG og har fulgt opp egne risikoområder fra i fjor.

Klinikkenes vurdering av om elementene i kvalitetssystemet er virkningsfulle og har effekt varierer fra klinikk til klinikk. Tilbakemeldingen fra klinikkens LGG benyttes til å utvikle og tilpasse de overordnede systemer og prosedyrer på en slik måte at det bidrar til at klinikkene når sine mål. I foreliggende LGG-rapport gjennomgås fjorårets internkontrollområder. Ved manglende måloppnåelse omtales dette under hvert punkt.

Det er spesielt i området IKT og støtte fra Sykehuspartner at flere klinikker melder inn behov for forbedring.

3.0 Mål

Helse Sør-Øst fastsetter årlig krav til Vestre Viken i Oppdrag og bestiller-dokumentet og i foretaksmøter. Administrerende direktør setter mål gjennom driftsavtaler med klinikker og virksomhetsplaner for staber. Avtalene følges opp i møter med administrerende direktør og rapporteres månedlig til styret. Klinikkene utarbeider tilsvarende driftsavtaler med nivå 3 og 4.

Strategi for Kvalitet og pasientsikkerhet Vestre Viken 2014 – 2016 er organisasjonens måldokument for internkontroll, kvalitet og pasientsikkerhet i Vestre Viken. Arbeidet følges opp i linjen ved ordinær rapportering. Ved behov lages egne handlingsplaner på spesifikke områder. Styret får årlig en rapport om status for gjennomføring av strategien.

Det er satt krav om risikovurdering og risikostyring i *Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten* og i *God Virksomhetsstyring, intern styring og kontroll, Helse Sør-Øst*. Vestre Viken arbeider systematisk med risikovurderinger innenfor hovedansvarsområdene, både i forhold til ulike typer hendelser, omstillinger og virksomhetsstyring.

4.0 Pasient- og brukererfaringer

Helseforetaket skal gjøre bruk av erfaringer fra pasienter og pårørende som et ledd i sitt forbedringsarbeid. Brukerutvalget møtes jevnlig og brukerrepresentanter deltar i forbedringsarbeid i alle klinikker. Nasjonal undersøkelse om brukererfaringer (PasOpp)

gjennomføres årlig. Vestre Viken har etablert en egen elektronisk løpende brukerundersøkelse for alle pasienter. Denne sendes pasienter som får registrert sin epost i DIPS, eller de kan svare fra VVs hjemmeside på internett.

Status og erfaring 2014

Svarprosenten i foretakets egne løpende brukerundersøkelse har vært lav, men i all hovedsak er pasientene tilfredse. De minst positive tilbakemeldingene er innen områdene informasjon og kommunikasjon knyttet til utskriving.

Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten gjennomførte pasient- og brukerundersøkelsen PasOpp på somatiske sengeposter i 2013. Resultatene ble tilgjengelig for foretakene høsten 2014. Vestre Viken oppnådde samlet resultater som landsgjennomsnittet, mens de enkelte klinikker varierer noe på enkelte indikatorer. Et viktig forbedringsområde er informasjon til pasientene i forbindelse med utskriving.

Risiko

Rapportene fra egen brukerundersøkelse kan pga av lav svarprosent bli for generelle og vanskelig å benytte til lokalt forbedringsarbeid.

Oppfølging 2015

Det skal fortsatt arbeides med å øke svarprosenten på foretakets løpende brukerundersøkelse. Et system hvor pasientene selv kan registrere sin e-post for å få undersøkelsen tilsendt, er under etablering. Samtidig kan de svare på et enkelt spørsmål om tilfredshet som en "temperaturmåler". Det gjøres en egen gjennomgang i Klinikk for psykisk helse og rus blant annet for å vurdere metodens egnethet og kartlegge alternative metoder som kan benyttes.

Klinikkene skal få sine resultater hvert kvartal. Det vil også bli utarbeidet tilsvarende rapporter for de største avdelingene.

Tilpassede undersøkelser gjennomføres i enheter der det er hensiktsmessig.

Forbedringsområder og tiltak i revidert kvalitets og pasientsikkerhetsstrategi bruker funn i PasOpp som en kildene for forbedringsbehov.

5.0 Forskning, utdanning og kompetanse

5.1 Forskning

Status og erfaring 2014

Forskning er organisert med en sentral forskningsenhet som er systemansvarlig for forskning, mens de forskningsansvarlige i klinikkene er i linje til klinikkdirektørene og ansvarlig for forskningsprosjekter i sin klinikk. Alle forsknings- og kvalitetsprosjekter i regi av foretaket og som involverer mennesker, humant biologisk materiale og helseopplysninger skal planlegges, gjennomføres og avsluttes på en etisk forsvarlig måte i samsvar med lovpålagte krav, anerkjente prinsipper for god vitenskapelig praksis, samt foretakets interne rutiner. Interne forskningsprosedyrer regulerer dette, og forskningsansvarlige i klinikkene påser at alle prosjekter oppfyller lover og forskrifter, omforente internasjonale retningslinjer og krav samt foretakets styrende dokumenter før oppstart.

Risiko

Oppstart av forskningsprosjekter uten forskriftmessig godkjenning. Lagring av prosjektdokumentasjon og sensitive forskningsdata som ikke følger gjeldende lover og retningslinjer. Lagringskapasitet og IKT løsninger for forskning som ikke er optimale.

Oppfølging 2015

Forskningsansvarlige forespør alle prosjektledere på alle pågående forsknings- og kvalitetsprosjekter årlig at forskningen foregår forskriftsmessig og at alle forskningsdata er forskriftsmessig lagret.

Det arbeides med IKT løsninger for forskning regionalt i Helse Sør-Øst. Internt arbeides med å øke kapasiteten for lagring av forskningsdata på forskningsområdet, samt gjør avtale med Tjeneste for Sensitive Data (USIT) for forskningsprosjekter med store datamengder.

5.2 Obligatorisk opplæring for nye medarbeidere i VV

Er beskrevet i prosedyren: Introduksjonssystemet for nye medarbeidere. Systemet er tredelt og består av:

Del 1 Overordnet informasjon fra Vestre Viken

Del 2 Lokal informasjon og opplæring

Del 3 Opplæring i egen avdeling/seksjon/enhet i oppgaver, rutiner og prosedyrer

Risiko

At introduksjonssystemet ikke etterleves og ansatte dermed ikke får tilbud regelmessig, og ikke deltar i eller får vedlikeholdt obligatorisk opplæring og annen nødvendig opplæring tilpasset stilling og funksjon.

Foreløpig er obligatorisk opplæring beskrevet kun for de nytilsatte medarbeidere i VV. Det gjenstår å fastsette og beskrive vedlikeholdsoplæring og annen obligatorisk opplæring for foretaket som helhet.

5.2.1 Læringsportalen (LP). System for påmelding, dokumentasjon og rapportering

Læringsportalen er foreløpig Vestre Vikens eneste digitale påmeldingssystem for kurs, både e-læringskurs og klasseromskurs.

Som dokumentasjonssted benyttes LP både for e-læringskurs og klasseromskurs.

Sjekklistene kan også dokumenteres i LP. All obligatorisk opplæring for nytilsatte som organiseres felles (sentralt eller lokalt) skal dokumenteres i LP.

En ny lederside i LP gjør rapportering av kursdeltagelse enklere. OU -avdelingen er behjelpelig med dokumentasjon og utarbeidelse av sjekkliste til alle som henvender seg.

I tillegg er LP plattformen for kursutvikling og deling av kurs med andre foretak.

Risiko

At LP ikke benyttes etter hensikten slik at den ansattes kompetanse blir ikke dokumentert i tilstrekkelig grad.

At tall i Personalportalen over nye medarbeidere ikke alltid gir en fullstendig oversikt over antall nyansatte. Flere medarbeidere kan ha vært vikarer i lengre tid og fått opplæringen tidligere. Samtidig skal den nyansattes opplæring tilpasses stillingens hensikt og funksjon i et komplekst system. Det blir dermed den nærmeste leder som sitter med denne oversikten.

5.2.2 Kompetanseplaner

Strategisk og riktig kompetanseplanlegging og gjennomføring skal sikre at alle medarbeidere og ledere i helseforetaket har et riktig kompetansenivå i forhold til de sammensatte tjenester som skal leveres. Hver enhet/ seksjon/ avdeling skal årlig utarbeide kompetanseplaner som beskriver områder for kompetanseutvikling for den enkelte enhet.

Det oppfordres til at den enkelte avdeling samler kompetanseplanene på eget digitalt fellesområde.

Risiko

Hvis det ikke utarbeides kompetanseplaner basert på kompetansekartlegging og analyser, kan det være et gap mellom kompetansekrav og den kompetansen virksomheten faktisk skal forvalte.

6.0 Personalressurser - arbeidsmiljø

Status og erfaring 2014

6.1 Arbeidsmiljø

Vestre Viken HF skal ha en arbeidskultur som er preget av et utviklingsorientert, godt og helsefremmende arbeidsmiljø med motiverte og engasjerte medarbeidere. Våre medarbeidere skal oppleve trivsel, arbeidsglede, læring på arbeidsplassen, utviklingsmuligheter og involvering. Alle medarbeidere skal være kjent med hvilke krav og forventninger som stilles til dem, herunder den enkeltes medansvar for å bidra til et godt felles arbeidsmiljø.

Lederne har det overordnede og helhetlige ansvaret for å drifte egen enhet, og for å sørge for at de mål som er satt, nås innenfor gitte tidsfrister og økonomiske rammer. Ledelse av komplekse kompetansevirksomheter stiller store krav til oversikt, fagkunnskap og ledelsesmessige ferdigheter inkludert utvikling av et godt arbeidsmiljø.

6.2 Medarbeiderundersøkelsen

Som ledd i det systematiske arbeidet med å videreutvikle arbeidsmiljøet ble medarbeiderundersøkelse gjennomført i VV i september/oktober 2014.

Medarbeiderundersøkelsen gjøres årlig. VV skal sikre og legge til rette for god deltagelse i denne, følge opp resultatene ved å lage lokale handlingsplaner med tiltak. Alle ansatte har rett til medarbeidersamtale og individuell kompetanseutviklingsplan. Ledere skal følge opp resultatene fra medarbeidersamtalene og lage lokal handlingsplaner med forbedrings- og bevaringstiltak.

6.3 Samarbeid og medbestemmelse

Samarbeid og medbestemmelse er gjennomført i samsvar med Hovedavtalen og lokale samarbeidsavtaler inngått mellom partene i VV. Foretakets holdninger til samarbeid og medbestemmelse, både i forhold til fagforeningene og vernetjenesten i VV, blir tatt opp i introduksjonskursene for nyansatte samt er et eget tema i lederopplæringen. De etablerte samarbeidsarenaene mellom ledelsen, tillitsvalgte og verneombud på foretaks- og klinikknivå har dannet grunnlaget for samarbeidet i 2014 og videreføres i 2015. De 12 prinsippene for medvirkning i omstilling som er utarbeidet av Helse Sør – Øst og foretakets verdier; kvalitet, trygghet og respekt danner deler av grunnlaget for samarbeid med fagforeningene og vernetjenesten i VV.

6.4 Inkluderende arbeidsliv

Det er utarbeidet en foretaksovergripende handlingsplan som har vært styrende for IA- arbeidet i 2014. Handlingsplanen er drøftet med tillitsvalgte og behandlet av HAMU. VV har etablert aktivitetsmål/tiltak som dekker alle områdene av IA- avtalen.

6.5 Bedre ressursstyring

God planlegging av arbeidskraftressursene er viktige forutsetninger for å få riktig bemanning tilpasset klinikkens og avdelingens aktivitetsplaner og budsjett. Det har vært prioritert å gi opplæring i arbeidsplanverktøyet GAT for ledere og lederes stedfortredere. Opplæringsaktivitet knyttet til lov- og avtaleverk, bruk av GAT til bemannings- og arbeidstidsplanlegging har hatt høy prioritet i 2014.

Det har vært arbeidet for å få til en avtale om bruk av aktivitetsstyrte kalenderplaner, og informasjon og opplæringsaktivitet til ledere og plasstillitsvalgte er gjennomført av berørte organisasjoners foretakstillitsvalgte og HR-avdelingen i fellesskap.

BRASSE (Bedre Ressursstyring, Arbeidstidsplanlegging, Styring, Systemstøtte og Endringsledelse) er startet som prosjekt på to avdelinger ved Bærum sykehus med støtte fra HR-avdelingen og bistand fra Sykehuspartner.

Det har vært stort fokus på reduksjon av brudd på arbeidstidsbestemmelsene gjennom forbedret rapportering og videreutviklet og forankret metodikk for bedre ressursstyring.

Det er etablert parts sammensatt arbeidsgruppe for å utarbeide av nye enhetlige prosedyrer for utarbeidelse av arbeidsplaner, for derigjennom å bidra gode arbeidstidsordninger.

6.6 Omstilling

Det pågår til enhver tid omstillingsarbeid i klinikkene. Omstillingene skyldes blant annet behovet for forbedringer i pasientforløpet som en del av den medisinskfaglige utviklingen, samtidig som det er et bidrag til den økonomiske innsparingen.

Det viktigste omstillingsarbeidet har skjedd ute i klinikkene, med grundige prosesser mellom ledere, tillitsvalgte, vernetjeneste og ansatte. Retningslinjer for omstilling i foretaket er lagt til grunn for omstillingsarbeidet. Erfaringene har vist at grundigheten og systematikken i foretakets retningslinjer tidvis har vært en utfordring for ledere som har ønsket hurtige prosesser og snarlig effektivering av beslutningene. Felles opplæring og god planlegging av omstillingstiltakene har likevel bidratt til gode prosesser og riktige bemanningstilpasninger tilpasset klinikkens og avdelingens behov.

Brukerutvalget har også vært aktivt involvert i omstillingsarbeidet både sentralt og lokalt i organisasjonen.

2014 har vært et utfordrende år i forhold til omstilling i enkelte klinikker, og særlig innen klinikk for psykisk helse og rus. Det gjelder både i forhold til økonomi og i forhold til viktige områder som organisatorisk tilpasning, oppfølging av Samhandlingsreformen, iverksetting av vedtatt strategiplan og utviklingsplan.

6.7 Deltid

Det er et kontinuerlig arbeid blant ledere i Vestre Viken for å redusere andelen uønsket deltid, og det er en ambisjon å utvikle en heltidskultur slik at flest mulig ansatte kan tilbys hele stillinger. Å kunne tilby hele stillinger blir stadig viktigere for å sikre god rekruttering og beholde kvalifisert arbeidskraft.

Som eksempel på tiltak i 2014 kan nevnes utlysings- og ansettelsespraksis med fortrinnsrett for deltidsansatte, utvidet stilling gjennom vikarpoolen i Bemanningsenheten og kombinert ansettelse i poliklinikk og på sengepost. Andelen uønsket deltid viser synkende tendens de siste årene.

Det ble i 2014 etablert rutiner for å ivareta ny bestemmelse i Arbeidsmiljøloven § 14.4 A om deltidsansattes rett til å kreve fast ansettelse for utført merarbeid.

6.8 Faste stillinger

Vestre Viken har som hovedprinsipp å ansette i faste stillinger. Virksomhetens art medfører imidlertid at det alltid vil være behov for å benytte midlertidig ansatte. I tråd med politiske føringer arbeides det kontinuerlig med å øke andelen faste ansatte og redusere andelen midlertidige. Budsjettet 2015 understøtter dette med en dreining av budsjettmidlene fra innleid arbeidskraft, overtid og ekstrahjelp til fast ansatte. Utviklingen av andel midlertidig ansatte vil bli gitt spesiell oppfølging i 2015, herunder implementering av tariffestet rett til fast stilling for leger i spesialisering.

Risiko

Prosessene med ressursstyring og overholdelse av arbeidstidsbestemmelsene er krevende og må følges opp med ekstra tiltak dersom det er behov for det. Implementering av fast tilsetting for leger i spesialisering må gjennomføres på en slik måte at overordnet mål om et strukturert spesialiseringsløp oppnås.

Oppfølging 2015

HR- strategi for VV ble vedtatt i 2014. Et viktig arbeid i 2015 er å utarbeide handlingsplan for HR-strategien og følge opp tiltak. Arbeidet med god ressursstyring vil fortsette og med det

arbeidet med å redusere antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Implementeringen av fast tilsetting for leger i spesialisering vil kreve gode og involverende prosesser, både lokalt i VV og mellom VV og aktuelle samarbeidsforetak. Oppfølging av § 14.4a om deltidsansattes rett til kreve fast ansettelse for utført merarbeid fortsetter.

7.0 Smittevern

Status og erfaring 2014

Smittevernavdelingen har arbeidet med forebyggende smitteverntiltak, infeksjonsovervåking, risikovurdering, utbrudd av smittsom sykdom, og tiltak ved eventuell ebola-mistanke.

Smittevern ivaretar krav om rapportering av infeksjonsdata (prevalensundersøkelser og postoperative sårinfeksjoner i NOIS-systemet). Utvidede klinikkvise rapporter er utviklet som støtte for infeksjonsforebyggende arbeid.

Dokumentgjennomgang av smitteverndokumenter med den hensikt å redusere og forenkle dokumenter er gjennomført. Det er behov for færre og felles dokumenter i Vestre Viken og plan for videre arbeid med dette er lagt.

I 2014 har det vært to middels store utbrudd i klinikkene hvor smittevern har bistått.

Hygienebefaringer er gjennomført og risikoområder avdekket. Erfaringer med

utbruddshåndtering innad i smittevern og fra samhandling med klinikkene følges opp.

Tiltak for håndtering av ebola er beskrevet for Vestre Viken og dokumentert.

Utdanningsløp for smittevernpersonell er lagt ned i Norden/Norge. Behov for kompetanse er stor og situasjonen følges opp.

Risiko

Økt forekomst av resistente mikroorganismer innebærer risiko. Risikovurdering knyttet til slike mikroorganismer er gjennomført i samarbeid med klinikkene og kvalitetsavdelingen. Ved eventuelle utbrudd av alvorlige infeksjoner som ebola kan det oppstå leveringsvansker for nødvendig smittevernutstyr.

Oppfølging 2015

Nye krav om overvåking av infeksjonsstatus og antibiotikabruk iverksettes i 2015. Smittevern igangsetter kompetansehevende tiltak og utfører overvåking i utvalgte klinikker/avdelinger.

Handlingsplan med tiltak etter risikovurdering knyttet til resistente mikroorganismer er gjennomført. Håndhygiene og basale smittevernrutiner, er forankret i foretaksledelsen og vil bli prioritert i 2015.

Arbeidet med en smittevernhåndbok forankres og ferdigstilles. Implementering skjer fortløpende.

Behov for kompetanse innen smittevern vurderes fortløpende.

Gjennomgå og vurdere om håndtering av utbrudd er hensiktsmessig, både faglig og organisatorisk, for å sørge for læring og forbedring.

8.0 HMS

Status og erfaring 2014

Systemforvaltning av HMS - lovgivningen

Foretaket har en avdeling som har systemansvaret for HMS – lovgivningen (8 lover) og for at VV etterlever krav gitt i disse. Dette styres i samarbeid med utøvende fagavdelinger hvor prosedyrer og dokumentstyring overvåkes og forbedres / oppdateres ved behov.

I tillegg planlegges og koordineres alle eksterne tilsyn innen HMS – lovgivningen gjennom HMS - avdelingen

Opplæringsvirksomhet

- Obligatorisk HMS – opplæring. Omfang er 3 dager for ledere og 4 dager for verneombud. I 2014 ble det gjennomført 3 – kurs.
- Kurs i forflytning for instruktører samt workshops
- Arbeidsteknikker / ergonomi
- Risikoanalyser, prosess og gjennomføring
- Kjemikalier og stoffkartotek for stoffkartotekansvarlige og til ansatte på seksjoner
- Strålevern, aktuell opplæring og apparatspesifikk opplæring

Risiko

Innenfor HMS – området er det noen spesielle utfordringer som peker seg ut, kontroll og overvåkning av stikkskader, mulig blodsmitteuhell og MRSA / TB. I 2014 har det vært utbrudd av MRSA blant pasienter som har medført screening og oppfølging av ansatte. Dette medfører stor belastning på personell ute i seksjonene så vel som hos HMS – sykepleier.

Vold og trusler er den største kategori hendelser som meldes i Synergi. Innen psykisk helse og rus er det god kultur på opplæring og trening i håndtering av slike situasjoner, men innen somatiske klinikker er dette et problem som har vært økende i 2014.

Oppfølging 2015

Systemforvaltning og videreutvikling av internkontrollsystemet for HMS som en del av det helhetlige kvalitetssystemet. Videreutvikle samarbeid med Kvalitetsavdelingen og aktuelle stabsavdelinger. Opprettholde omfanget av opplæringsområdet.

9.0 Interne revisjoner

Status og erfaring 2014

Intern revisjon i er en del av administrerende direktørs verktøy i arbeidet internkontroll. Det samarbeides med konsernrevisjonene i formelle møter og ved behov.

Det er vedtatt en treårig overordnet revisjonsplan for 2014-2016 som er revidert i januar 2015. Revisjonsplanen følger kalenderåret fra 2015.

Det er gjennomført revisjoner på disse områdene:

- Internkontroll i Vestre Viken
 - styring og kontroll i pasientforløpene
 - integrering av miljøstyringssystemet
- Avviksbehandling i VV, inkludert etterlevelse av lovkrav § 3-3 meldinger og funksjonalitet/system og saksbehandling i Synergi

Revisjonen "Intern kontroll i VV" er ikke lukket i sin helhet. Klinikker har fulgt opp funn.

Revisjonen "Avviksbehandling i VV" er lukket eller det foreligger handlingsplaner for lukking av avvik. Aktuelle revisjoner som ikke er gjennomført etter plan i 2014 er overført til revidert plan for 2015 og 16 eller ivaretatt på annen måte.

Flere klinikker har fått bistand ved planlegging og gjennomføring av revisjoner. Etterspørsel av bistand er økende.

Det er gjennomført to revisjonskurs for totalt ca 18 revisorer, et 2 dagers kurs og et 1 dags kurs. VV har til sammen utdannet over 165 revisorer. Det er gjennomført to erfaringsdager i 2014 med relevante temaer. Det er gjennomført 3 lokale fagrevisorkurs til klinikker, til sammen 4 fagrevisorer, på BS og KMD.

Roller og ansvar i beredskapssituasjoner System for opplæring
Samhandling – kommunikasjon ved intern ved overflytting av pasient Kommunikasjon og samhandling i pasientforløp fra intensiv til sengepost
Aktuelle lover og forskrifter – har VV etablert et system som sikrer at aktuelt lovverk blir kommunisert og integrert i HMS/pasientbehandlingen Bør dette gjelde lovgivingen generelt?
Fra revisjonsplan ytre miljø: Etterlevelse av miljøstyringssystemet - Oppfølging og vedlikehold av miljøstyringssystemet - Oppfølging av miljømål og utarbeiding av handlingsplaner
For vurdering: Oppfølging av relevante tema etter konsernrevisjonen 2014 Oppfølging av relevante tema helsetilsyn 2014 Kritiske områder avdekket i siste overordnet LGG Dokumentasjon – journalsystemet

Risiko

Utfordringer:

1. forankre overordnede revisjoner i foretaket og sikre at det er eierskap til og oppfølging av funn
2. gjennomføre revisjoner med relevante tema, i riktig omfang som gir ledere nyttig informasjon
3. sikre forbedring
4. at andre i foretaket gjør seg bruk av funn/kunnskap fra allerede utførte revisjoner

Oppfølging 2015

Etablert internkontrollteam fra 1. januar 2015 for å understøtte foretakets kvalitet og pasientstrategi. Tiltak for videre arbeid med interne revisjoner i foretaket er beskrevet i del-strategi og handlingsplan for internkontrollteamet.

Kurs, opplæring og erfaringsdager videreføres. Kurs i revisjonsmetodikk tilpasses behov i klinikkene. Det er testet ut 1-dags kurs som alternativ til 2-dagers kurs.

Revisjonsmodulen i Synergi er utviklet for å tilpasse interne behov i VV og testes ut i 2015.

Kvalitetsavdelingen bistår klinikkene i gjennomføring av revisjoner ved behov.

Det er igangsatt tiltak for å forbedre rapportering av resultater fra interne revisjoner. I tillegg er det startet et arbeid for å tydeliggjøre hvordan temaer i overordnet revisjonsplan framkommer og prioriteres.

10.0 Eksterne tilsyn

VV har en prosedyre som skal sikre god koordinering av eksterne tilsynsmyndigheter. Revidert enhet har selv ansvar for gjennomføring av tilsynet. Klinikkene følger opp tilsynsrapportene og korrigerer ved avvik. Det utarbeides oversikt over status for lukking av avvik for alle eksterne tilsyn. Status rapportertes tertialvis til styret.

Status og erfaring 2014

Det er gjennomført 8 eksterne tilsyn i VV. I tillegg er det gjennomført lokale branntilsyn og lokale el-tilsyn i virksomheten gjennom hele året.

Risiko

Uklarhet knyttet til ansvar for oppfølging av avvik. Mangelfull sikring av at læring og forbedringstiltak spres og iverksettes i hele organisasjonen.

Oppfølging 2015

Relevante tilsynsrapporter behandles i ledermøtet. Tertialvis rapportering til styret om status for eksterne tilsyn.

11.0 Avvik og forbedringsområder

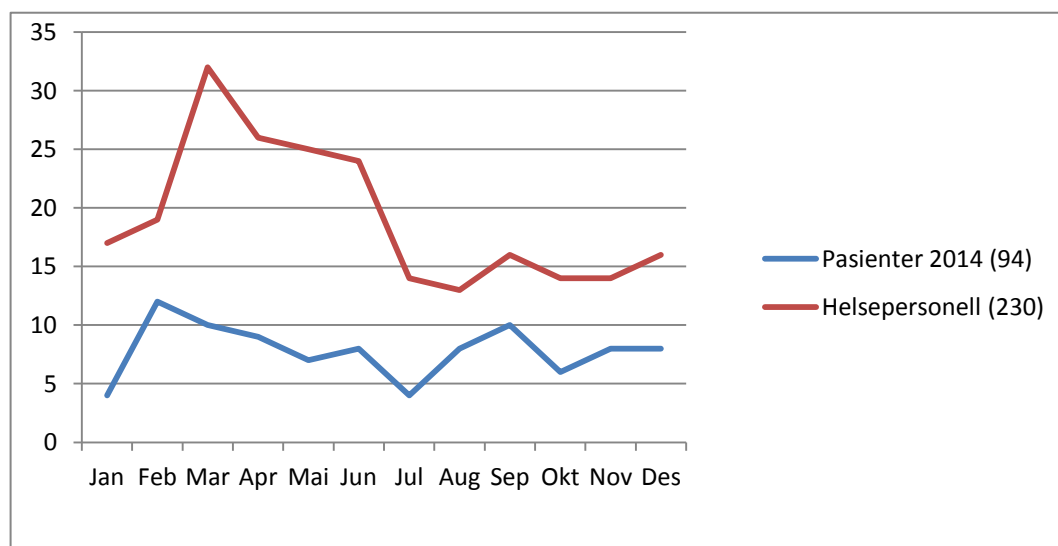
Avvik/uønskede hendelser registreres og saksbehandles i foretakets avvikssystem, Synergi.

Status og erfaring 2014

Det har siden implementering av Synergi (januar 2012) vært kontinuerlig fokus på meldekultur, noe som med stor sannsynlighet har medvirket til den årlige økningen av antall registrerte hendelser.

I januar 2014 tok VV i bruk en modul i Synergi hvor pasienter og samarbeidende helsepersonell via VV sin internettside, kan registrere avvik og forbedringsforslag elektronisk i foretakets avvikssystem. Modulen er videreutviklet og tilpasset "helse" i samarbeid med kommunehelsetjenesten, fastleger og brukerrepresentanter. Alle saker blir adressert til rett avdeling og saksbehandlet på lik linje med internt registrerte uønskede hendelser i avvikssystemet. Klager blir tilskrevet dersom det er angitt at tilbakemelding ønskes.

Det har vært stor interesse for denne modulen som også har vært omtalt i media. Til tross for dette, har det vært relativt få henvendelser. Det er mottatt 94 henvendelser fra pasienter/pårørende og 230 fra samarbeidende helsepersonell.

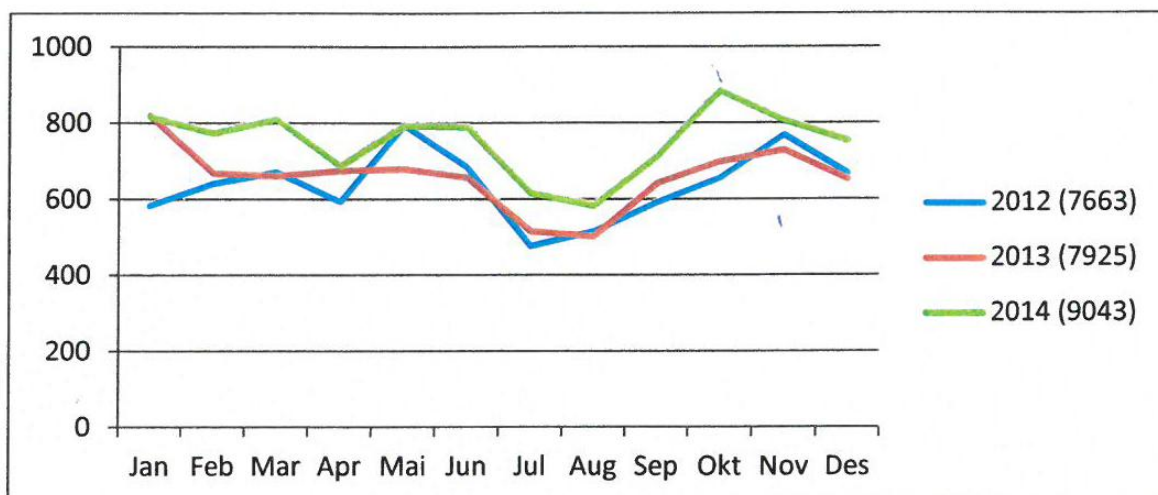


Figur: Antall tilbakemeldinger pasienter og samarbeidende helsepersonell i 2014

11.1 Pasienthendelser

Antall registrerte uønskede pasienthendelser har økt i 2014, mens antall hendelser med betydelig skade meldt til Kunnskapssenteret ligger på samme nivå som i 2013.

Det ble i alt registrert 3 808 uønskede pasienthendelser i avvikssystemet i 2014 (økning på 16 %).



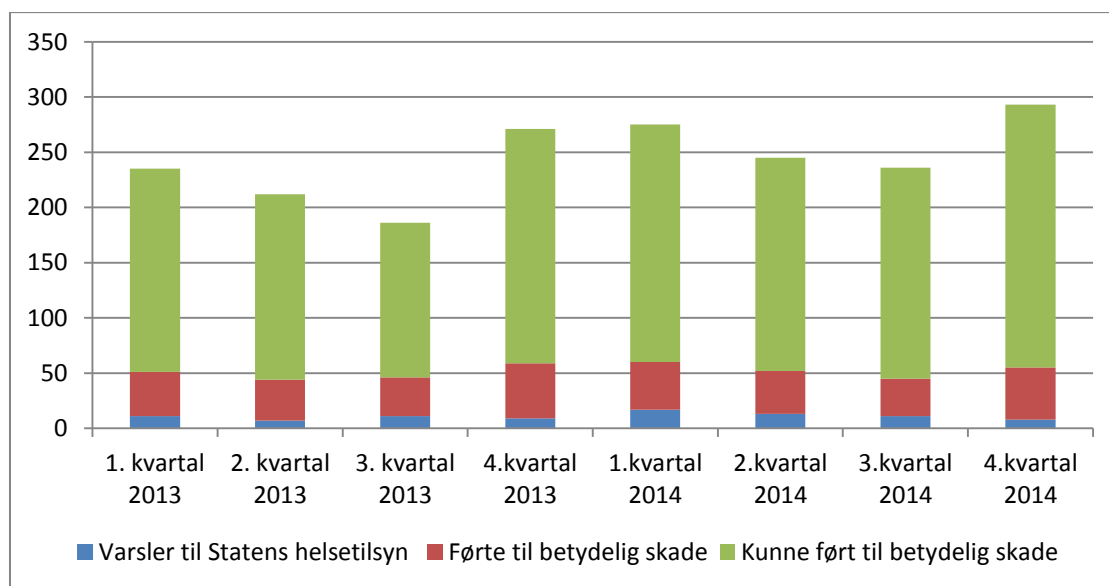
Figur: Antall meldte uønskede pasienthendelser 2012-2014

Av disse var det hendelser i forbindelse med diagnostikk/behandling/pleie, legemidler, fall og samhandling som dominerte.

I 2014 ble det meldt 1003 hendelser til Kunnskapssenteret (økning på 14 %). Andel hendelser som førte til betydelig pasientskade var på samme nivå som i 2013 (163).

Siden ny meldeordning ble etablert i juli 2012, blir det fortsatt meldt betydelig flere hendelser som kunne ført til betydelig pasientskade enn tidligere. Det er den som registrerer hendelsen i Synergi som vurderer om hendelsen førte til eller kunne ført til betydelig pasientskade. En gjennomgang viser at mange hendelser trolig er feilvurdert og ikke skulle vært meldt til Kunnskapssenteret.

Alvorlige og melde- og varslingspliktige hendelser blir fulgt opp i klinikkene og i sentralt pasientsikkerhetsutvalg.



Figur: Antall melde- og varslingspliktige hendelser i perioden 2013 – 2014.

Det ble sendt 49 varsler til undersøkelsesenheten i Statens helsetilsyn. Dette resulterte i 4 stedlige tilsyn og 14 tilsynssaker. 14 saker er pr 5/2 2015 fortsatt til behandling hos helsetilsynet.

Publisering av pasienthendelser

VV publiserer statistikker over uønskede pasienthendelser på VV internettside, vist med oversikter over antall og type hendelser.

Risiko

Saksbehandling av uønskede hendelser har fortsatt en del utfordringer. Spesielt i forhold til årsaksvurderinger og tiltak. Flere saker blir avsluttet uten at det utføres tiltak eller at tiltakene ikke vurderes som tilstrekkelige. Internrevisjon på bruk av synergi har avdekket enkelte svakheter i systemet som kan gjøre saksbehandlingen tungvint og tidkrevende.

Oppfølging 2015

Kontinuerlig opplæring av basisbrukere og saksbehandlere med hensyn til meldekultur, saksbehandling og rapporter. I tillegg utstrakt individuell rådgivning i saksbehandling og forbedringsarbeid.

På bakgrunn av funn fra internrevisjon er det utarbeidet en plan for forbedring av avvikssystemet som skal forenkle saksbehandlingen, blant annet ved at det skal bli mulig å gjøre en forenklet saksbehandling av mindre alvorlige hendelser.

Modul for klager og forbedringer bør markedsføres bedre og bli lettere tilgjengelig for pasienter og pårørende.

12.0 IKT – eHelse

Status og erfaring 2014

Planlagt og gjennomført oppgradering av DIPS fra versjon 6.1.3 til versjon 7.3. Etter dette har DIPS-tjenesten vært stabil og ytelsen tilfredsstillende.

Integrasjonsplattform er lagt over til regional løsning.

Pasientpåminning ved SMS innført.

eResept prosjektet ble startet i februar/mars, for så å bli utsatt til 2015.

Lokale innovasjonsprosjekter som multimedia i pasientjournalen og AKTIV er igangsatt. Det er gitt innovasjonsmidler, men ennå ikke avklart ressurser og tjenesteleveranser fra Sykehuspartner.

Helse Sør-Øst har gitt klare føringer på hvilke prioriterte bestillinger og prosjekter som skal gjøres i regionen.

I 2014 vært det vært fokus på kompetansebygging ute i klinikkene i form av kurs for nyansatte og workshops om DIPS.

Antall gjennomførte DIPS kurs – nyansatte i 2014 var 70 mot 25 i 2013. Antall gjennomførte workshops ute i klinikkene i 2014 var 108 mot 30 i 2013.

Risiko

Der er fortsatt for høy risiko med lang leveransetid på endringer og oppdateringer fra Sykehuspartner.

Oppfølging 2015

Fortsette dialogen med Helse Sør-Øst om hva som er mulighetsbilde både økonomisk og ressursmessig, være lojal til beslutninger i regionen.

DIPS SMS påminning - bytte av tjenesteleverandør.

eResept – pilotering før sommeren, deretter bredding frem til 1. nov. Fødejournal er integrert med DIPS våren 2015. Videreutvikle rutiner og funksjonalitet rundt nødrapport og nødPC for beredskap. Systemene blir tettere integrert med hverandre, det er behov for å standardisere integrasjonsgrensenitt for å redusere kompleksitet og øke kvalitet i systemintegrasjonene.

Datafangst fra DIPS som underlag for forbedringsarbeid og oppfølging av pasient- og pakkeforløp.

13.0 Lover og forskrifter

Status og erfaring 2014

Det er mer en 40 lover med tilhørende forskrifter som regulerer helsetjenesten.

VV har etablert en intranettside - "Regelverknapp" - som gir enkel tilgang på lover og forskrifter for alle ansatte. Ansatte kan sende spørsmål til jurist via nettsiden.

Ansatte kan abonnere på nye endringer i lovverket fra Lovdata. Foretaksjuristen tar opp temasaker på intranett som er relevant i forhold til aktuelle lover og forskrifter. Foretaksjurist gjennomfører undervisning for ansatte med særlig vekt på tema der det er høy risiko for avvik, og der det erfaringsmessig kan "glippe". Sentralt står det generelle kravet til forsvarlighet som er styrende for helsepersonellens konkrete valg, dokumentasjonsplikt og taushetsplikt. Både ledere og ansattes har en selvstendig plikt til å holde seg oppdatert på regelverket.

Risiko

At ansatte ikke er oppdatert på relevante lover og forskrifter.

Oppfølging 2015

Nyansatt- og lederopplæring, info via intranett samt lovkrav tematisert i revisjoner.

Arbeidsgruppe for utvikling av e-læringskurs i dokumentasjonsplikt for sykepleiere, leger og DIPS-instruktører er godt i gang og ferdigstilles i 2015.

14.0 Dokumentstyring – dokumentasjon

14.1 eHåndbok

Det er et krav om at styrende dokumenter er underlagt kontroll i kvalitetssystemet. Til hvert dokument knyttes data vedrørende versjonshistorikk, gyldighet, forfatter, godkjenner og dokumentansvarlig. eHåndbok skal bidra til å sikre at VV har oppdaterte dokumenter tilgjengelig. Dokumentene i eHåndbok er åpne for alle ansatte.

Status og erfaring 2014

Personalhåndbok er i et eget system utenfor eHåndbok. Den er ikke versjonstyrt.

HMS-håndbok er flyttet til eHåndbok.

Utvalgte prosedyrer publiseres på internett fra eHåndbok.

Integrasjon mot Personalportalen har gitt mulighet for rapporter over lesekvitteringer.

Startet arbeid med å tilpasse og gjøre eHåndbok tilgjengelig på mobile enheter i samarbeid med eHelse og Sykehuspartner.

Startet arbeid med å innføre ny editor og ny front-end i eHåndbok i samarbeid med leverandør.

Arbeidet kontinuerlig med forbedringer i eHåndbok i samarbeid med leverandør.

Samarbeider med OUS samt andre helseforetak om utvikling og opplæring i eHåndbok.

Leverandør har utviklet bedre søkemotor og forbedret responstiden i systemet ved søk etter og visning av søkeresultat og dokumenter.

Databasen er tunet i samarbeid mellom Leverandør og Sykehuspartner, og nye raskere servere er tatt i bruk.

Klinikkene ivaretar i større grad opplæring og brukerstøtte.

Risiko

Det kan være vanskelig å finne riktig dokument fordi VV har en stor og kompleks organisasjonsstruktur med mange ulike enheter, og det er mange dokumenter.

Det er ikke tilstrekkelig kompetanse på riktig bruk av systemet.

Prosedyresamlinger for enkelte fagområder er for noen avdelinger fremdeles lagret på eget fellesområde. Versjonshåndtering og godkjenning av slike dokumenter er manuell.

Enkelte avdelinger i virksomheten har gått til innkjøp av et eget dokumentstyringssystem hvor avdelingens prosedyrer er lagt inn. Det er kun personer ansatt ved den enkelte avdeling som får tilgang til disse prosedyrene.

Oppfølging 2015

Fokus på arbeid med å tilpasse og gjøre eHåndbok tilgjengelig på mobile enheter i samarbeid med eHelse og Sykehuspartner.

Fokus på arbeid med å innføre ny editor og ny front-end i eHåndbok i samarbeid med leverandør.

Opplæring og brukerstøtte samt utvikling av brukerveiledninger ved innføring av ny editor og front-end.

Gradvis erstattes lokale prosedyrer med foretaksomfattende der det er hensiktsmessig. Det arbeides med et overordnet prosedyreutvalg for å få oversikt over prosedyrer som bør være felles i VV og dermed redusere antall dokumenter i eHåndbok.

14.2 Saksarkivet Public 360

Virksomheten skal sikre at foretakets arkivverdige saksdokumenter (dokumenter som mottas og/eller opprettes i forbindelse med foretakets interne saksbehandling, og som har en juridisk og/eller historisk interesse i framtiden) lagres elektronisk. I tillegg skal arkivsystemet sikre at dokumenter og opplysninger med taushetsbelagt informasjon sikres og oppbevares i henhold til gjeldende lover og forskrifter.

Status og erfaring 2014

Oppgradert og mer brukervennlig Public 360 fra januar 2014, spesielt med Outlook sidebar og "drag and drop"-funksjonalitet for enklere arkivering av dokumenter fra Outlook.

Mange registrerte brukere, ca 650, men da de færreste er aktive saksbehandlere, fører dette til et stadig behov for oppfriskningskurs og hjelp fra Dokumentsenterets superbrukergruppe.

Det ble i 2014 gjennomført 2 klasseromskurs for nybegynnere/litt øvet, samt 2 workshops for alle i forbindelse med ny versjon januar 2014.

I tillegg til dette ble det gjennomført workshops for grupper på ulike nivåer i Klinikk for psykisk helse og rus, samt flere møter med Drammen sykehus, P360 gruppen, intern opplæring av Habiliteringsseksjon, Regnskapsseksjon og Innkjøpsseksjon.

Daglig telefonbistand og/eller oppsøkende virksomhet til brukere ved behov.

Sent på året 2014 integrasjon med Webcruiter-Public360 for ansettelsessaker.

Startet dialog/møtevirksomhet med Digipost/Difi/Sykehuspartner i forbindelse med mulighet for elektronisk utgående post fra sakarkivsystemet.

Risiko

Arkivverdige dokumenter (eksempelvis dokumenter mottatt direkte og epost-korrespondanse) blir ikke arkivert eller oversendt Dokumentsenteret for journalføring og arkivering i Public 360. Feilbruk eller manglende opplæring kan føre til at dokumentene ikke lagres på rett sted/rett måte. Systemet krever at man har ferdigheter for å utnytte funksjonaliteten på en god nok måte.

Oppfølging 2015

E-læring er tilgjengelig for alle i Læringsportalen. Undervisning av nye brukere og workshops på bestilling. Faste infomøter med oppgraderinger og nyttige tips planlegges 4 ganger pr. år. Info sendes ut til alle brukere.

Vurdere om kontraktsmodul i Public 360 skal innføres. Vurdere muligheter for integrering med andre systemer (særlig avvikssystemet Synergi).

15.0 Forestående endringer som kan påvirke kvaliteten

Klinikk for psykisk helse og rus fortsetter sitt arbeid med samling av de psykiatriske sykehusfunksjonene som i dag driftes både ved Lier og Blakstad, slik at drift ved Lier kan avvikles. Det er betydelig omlegginger. Det kreves stor oppmerksomhet både for å utvikle gode løsninger, og for å sikre den daglige drift under det pågående omstillingsarbeidet.

Arbeid med nytt sykehus i Vestre Viken er i konseptfase. Gode løsninger vil være avgjørende for god kvalitet på lang sikt.

16.0 Samlet vurdering av kvalitetssystemet

Ledelsens gjennomgang på overordnet nivå er administrerende direktørs overordnede vurdering av elementene i kvalitetssystemet/internkontrollen. Overordnet LGG baserer seg på klinikkenes LGG, og andre områder med fare for svikt.

Den overordnede vurdering er at Vestre Viken har et kvalitetssystem og støttesystemer som i det vesentlige sikrer god styring og kontroll med virksomheten.

Et kvalitetssystem skal være i konstant utvikling og forbedring i henhold til behov som løpende avdekkes. Vestre Viken skal ha et kvalitetssystem som er sertifiserbart, og en lærende organisasjon som er preget av arbeid med kontinuerlig forbedring.

Dato: 8. juni 2015
Saksbehandler: Sheryl Swenson
Klinikk/avdeling: Økonomi

Saksfremlegg

Budsjett 2016 – rammer for prosessen og styringssignaler

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styret ved Vestre Viken HF	33/2015	15.6.2015

Vedlegg:

Ingress

Administrerende direktør legger her frem orienteringssak om budsjettprosessen for 2016. Det er avgjørende at det etableres gode spilleregler og prinsipper for å sikre kvalitet i selve prosessen som skal skje internt i alle klinikkene, samt for å sikre kvalitet i de økonomiske leveranser og vurderinger som foretas i forbindelse med budsjettet for 2016.

Forslag til vedtak

Saken tas til orientering.

Drammen, 8. juni 2015

Nils Fr. Wisløff

Administrerende direktør

Innhold

1	Innledning.....	3
2	Foreløpig inntektsramme	4
3	Områder med kostnadsvekst.....	6
4	Omstillingsutfordring.....	6
5	Investeringer.....	7
6	Inntektsfordelingsmodell i Vestre Viken HF	7
6.1	Inntektsfordelingsmodell i Vestre Viken HF benyttet i budsjett 2015..	7
6.2	Justeringer i inntektsfordelingsmodellen for 2016.....	8
7	Prinsipper og retningslinjer	9
8	Budsjett 2016 – prosesskrav og fremdriftsplan.....	9
8.1	Prosesskrav	9
8.2	Tentativ prosess for styrets behandling av budsjett 2016.....	10
8.3	Tentativ fremdriftsplan 2016.....	10
9	Vurdering.....	11
10	Konklusjon.....	12

1 Innledning

Administrerende direktør legger her frem en orienteringssak om budsjettprosessen for 2016. Det er avgjørende at det etableres gode spilleregler og prinsipper for å sikre kvalitet i selve prosessen som skal skje internt i alle klinikkene, samt for å sikre kvalitet i de økonomiske leveranser og vurderinger som foretas i forbindelse med budsjettet for 2016.

Saken bygger på foreløpige forutsetninger og styringssignaler fra Helse Sør-Øst i forbindelse med økonomiske langtidsplan (ØLP) 2016-2019 (2016) som ble vedtatt av styre den 27. april 2015. I løpet av året vil budsjettforutsetninger revurderes og endres. Endelige vedtak om inntektsfordeling for 2016 vil foretas av styret i Helse Sør-Øst først i møte 18.-19 november 2016.

Samordning av rutiner og metoder er kritiske suksessfaktorer for å sikre god styringsinformasjon og ensartet beslutningsgrunnlag til styre og ledelse. Vestre Viken har lyktes med innføring av felles regnskaps- og budsjetteringspraksis innenfor hele foretaket. Felles budsjettprinsipper for alle klinikker er gjennomført i vesentlig grad gjennom budsjettprosessene de siste tre år. Budsjettprosessen for 2016 er en videreføring av etablerte praksis, og tar sikte på å gi klinikkene stabile budsjettvilkår, og videreføre nåværende metoder og rutiner i størst mulig grad.

For at Vestre Viken skal kunne følge vedtatte strategier, og nå de mål som er satt, er det avgjørende at foretaket har de nødvendige finansielle ressurser. Dette innebærer god økonomisk styring som sikrer mulighet til investeringer, vedlikehold og forsvarlig drift. De foreløpige rammene fra Helse Sør-Øst gir tydelig beskjed om at det ikke vil bli tilført økte investeringsrammer til foretaket i planperioden. Foretaket mottar en samlet likviditet som skal dekke både drift og investeringer. Investeringer i foretaket forutsetter i utgangspunktet en drift i resultatmessig balanse, og et høyere investeringsnivå må skapes gjennom egen sparing i form av overskudd i driften.

I ØLP er resultatkravet for 2016 satt til 215 MNOK, inklusiv gevinst ved salg av eiendom på 65 MNOK. Dette gir et resultat fra ordinær drift i 2016 på 150 NOK. Det er budsjettet i 2015 med et resultat på 200 MNOK i 2015, inklusiv gevinst ved salg av eiendom på 20 MNOK. ØLP legger opp til en reduksjon i resultat fra ordinær drift på 30 MNOK i 2016 i forhold til 2015 nivå. Reduksjonen er en følge av planforutsetninger i ØLP, der finansiering av økning i pensjonskostnader i 2015 fordeles over inntektsmodellen.

Ny aktuarberegning i mars gir VVHF har en kostnadsvekst på 73 %, som er betydelig avvikende sammenlignet med andre foretak. Finansiering over inntektsmodellen som stipulert i ØLP planforutsetninger vil derfor bety en betydelig underfinansiering av pensjonsøkningen for VVHF. Det er underfinansiering av pensjonsøkningen som er hovedårsak til redusert overskuddskrav for 2016 i ØLP i forhold til budsjett 2015.

Forslag til revidert statsbudsjett for 2015 ble lagt ut 12.mai 2015. I Prop. 119S "Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjett 2015", handler kapittel 732 om bevilgning til de regionale helseforetak. Her gis det klare signaler om at pensjonsmidler skal

fordeles til det regionale foretak i tråd med vekst i pensjonskostnader og ikke ved bruk av inntektsmodellen.

"...Den nye informasjonen om pensjonskostnad for 2015 medfører samtidig en betydelig omfordeling mellom helseregionene sammenliknet med det som tidligere er lagt til grunn for 2015. De regionale helseforetakene har fordelt inntektsrammer og stilt resultatkrav til sine helseforetak på bakgrunn av forutsetningene i Prop. 1 S (2014–2015). Håndteringen av de endringene som nå fremmes foreslås fordelt slik at denne ikke endrer påforutsetningene som allerede er hensyntatt hos de regionale helseforetakene. En fordeling av tilleggsbevilgningen i tråd med ordinær inntektsfordelingsmodell ville gitt til dels vesentlig økte omstillingsbehov i enkelte regioner, samtidig som den ville gitt tilsvarende lettelser i andre regioner."

Om foreslått prinsipp for 2015 med finansiering av faktisk kostnadsveks til alle foretakene videreføres i 2016, vil det gi full finansiering av pensjonsøkningen, og tilsvarende økt overskuddskrav i budsjett 2016.

I tillegg til pensjonsutfordring er det innmeldt fra Sykehuspartner IKT og Sykehusapotekene en kostnadsøkning om lag 66 MNOK i 2016.

Redusert grunnfinansiering, underfinansiering av pensjonsøkning og økte kostnader til IKT og sykehusapotekene gir en betydelig økonomisk utfordring som foretaket må finne inndekning for gjennom økt produktivitetsvekst i 2016. For å oppnå overskuddsmål som fastsatt i ØLP, er det forutsatt videreføring av produktivitetskrav på omlag 1,5 % fra 2015 til 2016.

Utfordringen for VVHF er å skape et økonomisk handlingsrom, slik at det kan gjennomføres nødvendige investeringer. De foreløpige rammene fra HSØ RHF er tydelige på at det ikke vil bli tilført økte investeringsrammer til foretaket. Nødvendig likviditet må da skapes gjennom egen sparing i form av overskudd i driften.

2 Foreløpig inntektsramme

Foreløpig inntektsramme for 2016 som er lagt til grunn i Økonomisk langtidsplan 2016 – 2019 fremgår av tabell under.

Foreløpig inntektsrammer 2 016	
Basisramme forrige periode	5 313
Overgangsordning Sunnaas	-10
Inntektsmodellelementer per 2015	-165
Utrekk sfa redusert pensjonskostnader	308
Finansiering av økt aktivitet	45
Utrekk samhandlingsreformen	-52
Pensjonskompensasjon	120
Korrigert basisramme	5 558
Forskning Basis	5
Statlig tilskudd	4
Sum faste inntekter	5 568

Foreløpig inntektsramme for 2016 inkluderer følgende elementer:

- Oppbygging av det kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud finansieres ved overføring av midler fra helseforetakene til kommunene. 2016 er siste år med trekk, og om lag 310 millioner kroner trekkes permanent ut av de regionale helseforetakets basisbevilgning og overføres kommunene. VVHF sin andel av trekket er 52 MNOK. Samtidig som rammen reduseres, faller kostnadene for kommunale øyeblikkelig hjelp plasser bort. I 2015 er det budsjettert med totale kostnader på 33,3 MNOK knyttet til kommunale øyeblikkelig hjelp senger. Endringer vil dermed gi en netto økt utfordring for Vestre Viken på om lag 20 MNOK.
- Oppdatering av inntektsmodellen gir en reduksjon i rammen på 165 MNOK i 2016. Reduksjonen inkluderer VVHFs andel av forventet underfinansiering i foretaksgruppen av økning i pensjonskostnader. Dette er delvis kompensert for ved overføring på 120 MNOK som vises i eget linje lengre ned i tabellen. Netto reduksjon er 45 MNOK.
- Det er årlig vekst knyttet til økt pasientbehandling på 45 MNOK.
- I 2015 ble finansieringsmodellen for Sunnaas endret. Endret modell gir økte kostnader for VVHF. For å gi VVHF tid til å tilpasse seg denne finansieringsmodellen, ble det i 2015 gitt et engangsbeløp (overgangsordning) på 10 MNOK. Beløpet trekkes i sin helhet tilbake i 2016.
- Faste inntekter (forskning basis og statlig tilskudd) videreføres på dagen nivå.

Redusert grunnfinansiering fra 2015 - 2016 er på om lag 62 MNOK, hensyntatt pensjon og samhandlingsreformen. Det er da lagt til grunn en kompensasjon på pensjonsområdet på 120 MNOK. Et bortfall av denne kompensasjonen vil medføre betydelige endringer i foretakets økonomiske bærekraft knyttet til investeringsområdet. Helse Sør-Øst har medelt at en eventuell resultatutfordring knyttet til finansiering av pensjonsøkningen ikke vil påvirke finansieringsmulighetene til det nye sykehuset.

Det forventes at inntektsrammer vil justeres for pensjonsfinansiering i tråd med revidert nasjonal budsjett (se omtale om pensjon i innledning ovenfor). Foreløpig inntektsrammer

vedtas i forbindelse med styret i Helse Sør-Øst sin behandling av Økonomisk Langtidsplan den 18. juni 2015.

VVHF har i løpet av de siste 3 år vært gjennom betydelig omstillinger og har gått fra et underskudd på 220 MNOK i 2011 til et overskudd på 166 MNOK i 2014. Det er budsjettet med et overskudd på 200 MNOK i 2015. Resultatutviklingen som er planlagt i 2016 er redusert med 30 MNOK. Risiko for ytterligere redusert bærekraft i perioden er avhengig av inntektsutviklingen, kostnadsveksten og foretakets evne til å øke produktiviteten.

3 Områder med kostnadsvekst

I forbindelse med ØLP har SykehusPartner har stipulert en økning i kostnader i 2016 på 31,9 MNOK sammenlignet med budsjettet nivå i 2015. Dette gir en økning på ca 9,5 %. Det vil være krevende å realisere økonomiske gevinster knyttet til innfasing av regionale IKT prosjekter i denne størrelsesorden.

Øvrige områder hvor det må påregnes betydelig kostnadsvekst er:

- Medikamenter
- Pasienttransport

Det må påregnes et krav om forbedret produktivitet på om lag 1,5 % for alle klinikkene for å realisere resultatkrav og for å møte omstillingsutfordring i 2016.

4 Omstillingsutfordring

Krav til resultat fra ordinær drift i 2016 ble fastsatt til 150 MNOK i Økonomisk Langtidsplan 2016-2019. Omstillingsutfordring i 2016 beregnes til om lag 98,5 MNOK.

VESTRE VIKEN HF	
	2 016
Basisramme 2015 inkl. pensjonskompensasjon	5 620 772
Foreløpig basisramme HSØ pr 26.3.2015	5 558 496
Endring basisramme 2015-2016	-62 276
Økte kostnader Sykehuspartner	-31 907
Økte kostnader Sykehusapotekene	-34 467
Redusert kostnader samhandlingsreform	33 270
Manglende finansiering pensjon 2015	-33 147
Endrende rammebetingelser inkl. kostnadsvekst	-128 527
Prognose resultat 2015	180 000
Omstillingskrav	98 527
Resultatkrav 2016	150 000

Reduksjon i overskuddskrav fra 180 MNOK i 2015 til 150 MNOK i 2016 kan i stor grad knyttes til underfinansiering av pensjonsøkningen. Om pensjonsøkning finansieres i sin helhet, vil det øke resultatkravet tilsvarende.

5 Investeringer

I økonomimodellen innenfor Helse Sør-Øst er foretakene tildelt en ramme som må dekke både drift og investeringsbehov. Det betyr at det er kun ved opparbeiding av overskudd at investeringsnivået kan økes.

Investeringsrammer	2015	2016
Bygg inkl. Drammen	113,0	150,0
Blakstad/ Asker DPS	28,0	60,0
MTU	57,0	60,0
Annet inkl. buffer	83,6	47,0
Investeringer egen likviditet	282	317
BRK/70 % HOD lån	5	12
EK innskudd pensjon	27	26
Sum	313	355

Det legges foreløpig til grunn et investeringsnivå for 2016 på 355 MNOK i tråd med økonomisk langtidsplan. Dette gir en økning på 42 MNOK i forhold til budsjett for 2015.

6 Inntektsfordelingsmodell i Vestre Viken HF

6.1 Inntektsfordelingsmodell i Vestre Viken HF benyttet i budsjett 2015

Et overordnet mål for inntektsfordelingsmodeller er at de skal sikre høyest mulig grad av effektivitet i helseforetaket, dvs. mest mulig helse i hver krone. I dette ligger det at man skal stimulere til effektiv utnyttelse av ressurser.

Vestre Viken har valgt en inkrementell modell, dvs. at den interne inntektsfordelingen i Vestre Viken er basert på historiske kostnader. Dette betyr at i stor grad tar årets budsjett utgangspunkt i fjorårets budsjett. En slik økonomistyring kalles også for "de små stegs økonomi", og er den mest brukte metoden innen offentlig sektor. Videre argumenter for valg av modellen finnes i budsjettsaken for 2012 budsjett (sak 056/2011, datert 27. juni 2011).

Basisfinansieringen fra 2015 legges til grunn som utgangspunkt for klinikkvise rammer for 2016. Det gis kompensasjon for lønns- og prisvekst. Som i tidligere år, budsjetteres det med aktivitetsavhengige inntekter (ISF) for Drammen Sykehus, Bærum Sykehus, Ringerike Sykehus og Kongsberg Sykehus.

6.2 Justeringer i inntektsfordelingsmodellen for 2016

I foreløpig rammetildeling for 2016 fra Helse Sør-Øst i forbindelse med økonomisk langtidsplan, er Vestre Viken tildelt en basisramme på 5,56 milliard kroner. Dette gir en økning i basisrammen for 2016 på 246 MNOK i forhold til 2015 nivå. Økning er hovedsakelig resultat av økte pensjonskostnader.

Fordeling av basisramme mellom klinikkene er ledelsens ansvar. Inntektsrammer per klinikk fastsettes av foretaksledelsen basert på modellen beskrevet nedenfor. I praksis betyr dette at den enkelte klinikk får tildelt en basisramme som budsjettet må tilpasses til.

Klinikkdirektørene skal sikre at det utarbeides realistiske budsjetter i henhold til de rammene som er utdelt. Konkrete tiltak/plan for omstilling for å sikre at budsjettmålene holdes skal innarbeides i budsjettene.

I tråd med økonomisk langtidsplan behandlet av styret den 21. april 2015, er Vestre Vikens resultatmål for 2016 et overskudd på 215 MNOK. Overskuddet skal bygges opp i felles-økonomien, og klinikkens budsjetter skal legge opp til drift i balanse (i tråd med tidligere år). Forutsatt at Vestre Viken HF oppnår budsjettert resultatkrav vil klinikkene som oppnår bedre resultater enn budsjettert i 2016 få anledning til å disponere 50 % av overskuddet til investeringer i etterfølgende regnskapsår.

Inntektsfordelingsmodellen for budsjett 2016 tar utgangspunkt i budsjett 2015 med justering for kjente endringer. Modellen for fordeling av inntektsrammer er behandlet i ledermøtet den 2. juni 2015, og kan oppsummeres som følger:

+	Basisramme 2015
+/-	Flytting av funksjoner internt i VVHF
+/-	Effektene av endrede budsjettprinsipper
+/-	Endringer i rammetildeling fra Helse Sør-Øst
-	Krav til produktivitetsøkning 1,5 %
+/-	Omfordeling/prioritering fra ledelse
=	Basisramme 2016

Flytting av funksjonsområder internt i Vestre Viken og endringer i budsjettprinsipper gir omfordeling av basisramme mellom klinikker men ingen effekt på basisrammen totalt. I tråd med tidligere års praksis, skal flytting av funksjoner og endring i budsjettprinsipper være budsjettneutrale, dvs. at de ikke skal øke eller redusere risiko for de involverte klinikker. Dette innebærer at endring i basisramme kompenseres for i klinikkene ved endret inntekts- eller kostnadsnivå (reduert basis kompenseres for ved redusert kostnader eller økt inntekter osv). Slike endringer verdsettes basert på 2015 prognosen (pr september), korrigert for eventuelle helårseffekter og kjente endringer.

Hovedutfordring i budsjett 2016 er økning i pensjonskostnader og resultatkrav. For å møte omstillingsutfordring i budsjett 2016 som følge av økning i resultatkrav og forventet kostnadsøkninger knyttet til pensjon og på felles området (for eksempel dyre biologisk

legemidler, pasienttransport, avskrivinger og SykehusPartner), må produktivitet i klinikkene økes med om lag 1,5 %. Produktivitetskravet er i tråd med ØLP.

Produktivitetskrav reduserer basistildeling til klinikkene, og beregnes som prosent av totale budsjetterte driftskostnader for 2015, korrigert for enkelte områder som klinikkene ikke kan styre selv (for eksempel SykehusPartner). Produktivitetskravet er klinikkens totale omstillingskrav. Eventuelle fellesutfordringer ut over produktivitetskravet til klinikkene tas sentralt.

7 Prinsipper og retningslinjer

Gjennom tidligere budsjettprosesser er det i stor grad etablerte lik praksis og rutiner innenfor hele foretaket. Samordning av rutiner og metoder var helt nødvendig for å sikre god styringsinformasjon og ensartet beslutningsgrunnlag for ledelsen.

Det legges opp til en videreføring av budsjetteringsprinsipper, metoder og rutiner i budsjettprosessen for 2016. Dette gir klinikkene stabile og forutsigbare budsjettvilkår.

8 Budsjett 2016 – prosesskrav og fremdriftsplan

8.1 Prosesskrav

Klinikkdirektør er ansvarlig for å gjennomføre budsjettprosessen innenfor de rammer som administrerende direktør til en hver tid fastsetter. Det legges til grunn følgende prosesskrav for arbeidet med budsjettet for 2016:

- Tillitsvalgte skal tas med på interne budsjettmøter i klinikken. Det skal foreligge drøftningsprotokoll ved oversendelse av klinikkens budsjett til administrerende direktør.
- Nivå 3- og 4 ledere skal alle involveres fullt ut i forhold til prosess rundt avdelingsvis/seksjonsvis rammer og budsjettering av årsverk og aktivitet. Klinikkdirektør skal fastsette rammer både for nivå 3 ledere og fordeling ut på nivå 4.
- Klinikkdirektør skal selv delta og lede budsjettmøter med nivå 3 ledere. Administrerende direktør anbefaler også at klinikkdirektør deltar i budsjettmøter med nivå 4 ledere.

8.2 Tentativ prosess for styrets behandling av budsjett 2016

Budsjett 2016: Overordnet prosessplan	Frist
Styrebehandling av 2016 budsjett prosess og rammetildelingsprinsipper	15. jun. 2015
Styreorientering status/fremdrift budsjett 2016	26. okt. 2015
Styreseminar budsjett 2016	23. nov. 2015
Styrebehandling av budsjett 2016	21. des. 2015

8.3 Tentativ fremdriftsplan 2016

Budsjett 2016: Overordnet prosessplan	Frist
Styrebehandling av 2016 budsjett prosess og rammetildelingsprinsipper	15. jun. 2015
HSØ styrebehandling av ØLP	18. jun. 2015
Frist klinikkene: utfordringsbilde og internfordeling av ramme til avdelingene	1. okt. 2015
Statsbudsjett foreligger	7. okt. 2015
Orientering tillitsvalgte - foreløpig klinikkrammer og status med budsjett arbeid	8. okt. 2015
Aktivitetsforutsetninger som følge av Statsbudsjett fra HSØ	13. okt. 2015
September prognose (grunnlag for driftsendringer i budsjettet)	19. okt. 2015
Frist foreløpig budsjettleveranse til HSØ - uperiodisert resultat (bunnlinje) og aktivitetsparametre OBD	23. okt. 2015
Frist uperiodisert investeringsbudsjett leveranse til HSØ	23. okt. 2015
Styreorientering status/fremdrift budsjett 2016	26. okt. 2015
Justert rammetildeling og budsjettpakke fra HSØ	26. okt. 2015
Resultat- og aktivitetskrav fastsatt fra HSØ (i etterkant av oppfølgingsmøter)	30. okt. 2015
Budsjettseminarer med Brukerutvalget	primo november
Frist salderede utfordringsbilde fra klinikkene	2. nov. 2015
Frist foreløpig investeringsbudsjett (fra investeringskomitee) spesifisert pr klinikk	2. nov. 2015
Budsjettseminarer med de tillitsvalgte	5. nov. 2015
Ledermøte behandling av revidert rammer	10. nov. 2015

Budsjett 2016: Overordnet prosessplan		Frist
Endelig inntektsramme og aktivitetskrav fra HSØ (forbehold om styrevedtak HSØ)		13. nov. 2015
Forløpig budsjettleveranse fra klinikkene (uperiodiserte) kl 12:00		16. nov. 2015
Orientering tillitsvalgte - endelig inntektsramme fra HSØ, justerte klinikkrammer, status budsjett		19. nov. 2015
HSØ Styrebehandling av inntektsrammer til de regionale helseforetakene		20. nov. 2015
Styreseminar budsjett 2016		23. nov. 2015
Endelig budsjettleveranse fra klinikkene (uperiodiserte) inklusive komplett dokumentasjon iht prosesskrav		30. nov. 2015
Drøftningsmøte budsjett 2016 i HAMU		8. des. 2015
Presentasjon budsjett 2016 Brukerutvalget		8. des. 2015
Frist periodiserte budsjettleveranse fra klinikkene		11. des. 2015
Frist innlevering av periodisert årsbudsjett til HSØ		15. des. 2015
Styrebehandling av budsjett 2016		21. des. 2015
Inngåelse av driftsavtaler med klinikkene		31. jan. 2016

Det gjøres oppmerksom på at datoene er foreløpig basert på fremdrift for tidligere år og vil oppdateres fortløpende gjennom prosessen for endringer.

9 Vurdering

For at Vestre Viken skal skape et investeringsnivå som sikrer fremtidig utvikling og modernisering av spesialisthelsetjenestene og gir et bærekraftig grunnlag for nytt Vestre Viken sykehus, utbygging av DPS-er og oppgradering og vedlikehold av sykehusene i Bærum, Ringerike og på Kongsberg må forbruket av ressurser vris fra drift til realkapital.

Det er lagt opp til en omstillingstakt tilsvarende effektivisering på 1,5 % hvert år i ØLP perioden. Den endelige utformingen av effektiviseringsmålet skal konkretiseres og blir en del av prosessen som skal gjennomføres med klinikkdirektører og tillitsvalgte. Administrerende direktør vil presisere at det er behov for å gjennomføre omstillinger i størrelsesorden 90-100 MNOK for å nå det fastsatte resultatmålet.

Helse Sør-Øst endelige behandling av ØLP gjennomføres med vedtak i styret 18. juni. Vedtaket vil kunne påvirke spesielt investeringsbudsjettet og de større prosjektene som dette inneholder. I styrets seminardel vil det bli redegjort for status i HSØ sin ØLP prosess. Administrerende vil i styremøtet innlede til dialog og drøfting av de konsekvenser dette medføre for Vestre Viken HF.

10 Konklusjon

Administrerende direktør anbefaler at styret tar ovenstående redegjørelse for budsjettprosessen for 2016 til orientering.

Dato: 08.06. 2015
Saksbehandler: Elin Onsøyen
Direkte telefon: 32861125
Vår referanse:
Deres referanse:
Klinikk/avdeling: Administrasjon

Saksfremlegg

Orienteringer

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte	34/2015	15.06. 2015

Vedlegg:

1. Foreløpig styreprotokoll i HSØ 30. april
2. Brukerutvalget referat 8. juni (ettersendes)
3. Hovedarbeidsmiljøutvalget (HAMU) referat 8. juni (ettersendes)
4. Sentralt kvalitetsutvalg referat 9. juni (ettersendes)

Styrets arbeid i 2015 oppdatert pr 8. juni

Ingress

I saken gis en oppsummering av orientering om aktuelle saker som styret har bedt om fremlegges og henvendelser det er naturlig at styret orienteres om.

Forslag til vedtak

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

Drammen, 8. juni 2015

Nils Fr. Wisløff

Administrerende direktør

Bakgrunn

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

Vurdering**1. Foreløpig styreprotokoll i HSØ 30. april**

Viser til vedlegg 1

2. Brukerutvalget referat 8. juni (ettersendes)

Viser til vedlegg 2

3. Hovedarbeidsmiljøutvalget (HAMU) referat 8. juni (ettersendes)

Viser til vedlegg 3.

4. Sentralt kvalitetsutvalg referat 9. juni (ettersendes)

Viser til vedlegg 4.

5. Styrets arbeid i 2015 oppdatert pr 8. juni

Viser til vedlegg 5.

Konklusjon

Administrerende direktør anbefaler at styret tar de ovennevnte dokumenter til orientering.

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Møtesenteret Grev Wedels plass 5, Oslo
Dato:	Styremøte 30. april 2015
Tidspunkt:	Kl 0900-1500

Følgende medlemmer møtte:

Per Anders Oksum	Styreleder	
Sigrun E. Vågeng	Nestleder	
Eyolf Bakke		
Kirsten Brubakk		
Anne Cathrine Frøstrup		
Terje Bjørn Keyn	Forfall	varamedlem Karin Solfeldt
Bernadette Kumar		
Peer Jacob Svenkerud		
Truls Velgaard		til kl 1345
Svein Øverland		

Fra brukerutvalget møtte:

Øistein Myhre Winje
Rune Kløvtveit

Følgende fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Viseadministrerende direktør Steinar Marthinsen, fagdirektør Alice Beathe Andersgaard, konserndirektør Atle Brynstad, HR-direktør Anne Biering, direktør teknologi og eHelse Thomas Bagley og konsernrevisor Liv Todnem

Konstituering:

Innkalling og sakliste ble godkjent.

Saker som ble behandlet:

024-2015	GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 12. MARS 2015
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Protokoll fra styremøtet 12. mars 2015 godkjennes.

025-2015	KVALITETS-, AKTIVITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER MARS 2015
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar kvalitets-, aktivitets- og økonomirapport per mars 2015 til etterretning.

026-2015	GJENNOMFØRING AV FORETAKSMØTER MED HELSEFORETAKENE I JUNI 2015
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret ber styreleder avholde foretaksmøter med helseforetakene i Helse Sør-Øst i juni 2015 med behandling av følgende saker:

- Godkjenning av helseforetakenes årsregnskaper og årsberetninger for 2014
- Honorar til revisor i 2014
- Godkjenning av helseforetakenes årlige meldinger 2014
- Saker som behandles i foretaksmøte med Helse Sør-Øst RHF 1. juni 2015
- Presisering av resultatkrav gjennomføres om nødvendig

027-2015	NYE RETNINGSLINJER FOR LØNN OG ANNEN GODTGJØRELSE TIL LEDENDE ANSATTE I FORETAK OG SELSKAPER MED STATLIG EIERANDEL
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

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

028-2015	STATUS DIGITAL FORNYING
-----------------	--------------------------------

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar status for gjennomføringen av IKT-programmet Digital fornying til etterretning.

029-2015	BEHANDLING AV UTVIKLINGSPLANER OG BYGGEPROSJEKTER I HELSE SØR-ØST
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret slutter seg til de foreslåtte endringer i prosedyrene for planlegging og gjennomføring av byggeprosjekter i Helse Sør-Øst.
2. Det innføres formelle drøftingspunkter mellom Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene i arbeidet med utviklingsplaner i tråd med redegjørelsen i saksdokumentet.
3. Fullmaktsmatrisen for ansvarsfordeling mellom Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene endres slik at Helse Sør-Øst RHF kan overta ansvaret for prosjekter med kostnadsramme over 500 mill. kroner fra og med konseptfasen.

030-2015	SYKEHUSET I VESTFOLD HF – LEIE AV LOKALER TIL BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRISK AVDELING
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret gir fullmakt til Sykehuset i Vestfold HF til å inngå leieavtale med Coop Norge Eiendom AS for lokaler til Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling i Anton Jensens gate 2 i Tønsberg

031-2015	SYKEHUSPARTNER HF – ÅPNINGSBALANSE OG KAPITALISERING
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Åpningsbalansen til Sykehuspartner HF per 1. januar 2015 fastlegges i tråd med oppstillingen som fremkommer i denne saken.
2. Sykehuspartner HF kapitaliseres ved at det gjennomføres en gjeldskonvertering på 50 millioner kroner mot Helse Sør-Øst RHF.

032-2015	REVISJON AV FINANSSTRATEGI FOR HELSE SØR-ØST
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret vedtar revidert finansstrategi for Helse Sør-Øst.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å godkjenne inngåelse av finansielle leasingavtaler med kontraktsverdi inntil 100 millioner kroner.
3. Styret legger til grunn at styrene i helseforetakene tar prinsipiell stilling til hvorvidt de ønsker å benytte finansiell leasing som finansieringsform, forut for fullmaktssøknad til Helse Sør-Øst RHF om inngåelse av slike avtaler.
4. Styret slutter seg til at helseforetakenes fullmaktsgrense for investeringer og operasjonelle leieavtaler i medisinsk teknisk utstyr, lokal IKT og andre anskaffelser økes fra 10 millioner kroner til 20 millioner kroner.

Stemmeforklaring fra styremedlem Øverland:

*Nødvendige investeringer i spesialisthelsetjenesten bør hovedsaklig finansieres gjennom statlige lån da finansiell leasing er fordyrende. HOD bes vurdere utvidet låneramme for de regionale helseforetakene
Formålsbygg, som sykehus, bør ikke finansieres med finansiell leasing.*

033-2015

MØTEPLAN FOR STYRET I HELSE SØR-ØST RHF I 2016

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner møtekalender 2016 der følgende styremøter inngår:

- Torsdag 4. februar 2016 - Hamar
- Torsdag 10. mars 2016 - Oslo
- Torsdag 21. april 2016 - Hamar
- Torsdag 16. juni 2016 - Oslo
- Torsdag 8. september 2016 - Hamar
- Torsdag 20. oktober 2016 - Oslo
- Onsdag 16. og torsdag 17. november 2016 - Hamar
- Torsdag 15. desember 2016 - Oslo

I tillegg planlegges det en samling med alle helseforetaksstyrene i februar/mars.

034-2015

ORIENTERINGSSAK: STYRESAKER I HELSE SØR-ØST RHF – STATUS OG OPPFØLGING

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak fram til april 2015 til orientering.

035-2015

ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER

Styrets enstemmige

V E D T A K

Årsplan styresaker tas til orientering.

ANDRE ORIENTERINGER

1. Styreleder orienterer
2. Driftsorienteringer fra administrerende direktør
3. Godkjent protokoll fra møte i brukerutvalget 10. og 11. mars 2015
4. Foreløpig protokoll fra møte i brukerutvalget 14. og 15. april 2015.
Brukerutvalgets leder viste spesielt til sak om *Min journal*
5. Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 11. mars 2015
6. Drøftingsprotokoll datert 29.04.2015 fra drøftinger mellom Helse Sør-Øst RHF og de konserntillitsvalgte vedr styresak 032-2015 Revisjon av finansstrategi for Helse Sør-Øst

Temasak

- *Akershus universitetssykehus HF. Status for driften og planlagte tiltak.*
Presentasjon ved styreleder Per Christian Voss og administrerende direktør Øystein Mæland

Møtet hevet kl. 15:20

Oslo, 30. april 2015

Per Anders Oksum
styreleder

Sigrun E. Vågeng
nestleder

Eyolf Bakke

Kirsten Brubakk

Anne Cathrine Frøstrup

Terje Bjørn Keyn

Bernadette Kumar

Peer Jacob Svenkerud

Truls Velgaard

Svein Øverland

Tore Robertsen
styresekretær

Referat

Møte:	Brukerutvalget	Tilstede:	Fra Brukerutvalget: Kjell Jensen, Rune Hansen Gunnerød, Toril Krogsgund, Lillemor Sandberg, Anne Helene Lindseth, Arne Moe, Torunn Viervoll, Franck Tore Larsen, Bjørn Tolpinrud, Eric Johanssen Fra Pasientombudet: Anne-Lene Egeland Arnesen (Buskerud) Fra administrasjonen: Prosjektleder Kristine Østby Johansen, spesialrådgiver Frode Instanes (sak 26/15), klinikkdirektør Kirsten Hørthe, fagsjef Torgeir Vethe (sak under Eventuelt), spesialrådgiver Martin F. Olsen), spesialrådgiver Per-Erik Holo (referent)
Møtedato:	08.06.2015		
Tidspunkt:	14:00 – 18:00		
Sted:	Møterom Glitre 1, Wergelandsgate 10, Drammen		
Møteleder:	Toril Krogsgund		
Referent:	Per-Erik Holo	Forfall:	

Agenda	
	Godkjenning av innkalling og saksliste: OK
	Godkjenning av referat fra møte 20. april 2015: OK
	Videreføring av påbegynte saker
25/15	Direktøren har ordet – Martin F. Olsen tok dette. Se vedlegg for saker det ble informert om.
26/15	NVVS v/Kristine Østby Johansen og Frode Instanes Prosjektet går som planlagt. Status ble gjennomgått og endringer vist. Se vedlegg.
27/15	Pasientombudet har ordet v/Anne-Lene Egeland Arnesen - Ute på høring: Veileder til henvisninger til spesialist. Ombudene ønsker Ute på høring: Veileder til henvisninger til spesialist. Ombudene ønsker enkelte endringer/tilføyelser, men tror sluttproduktet blir bra. - BU besluttet at det sendes en oppfordring parallelt til i form av et notet til VVHF og et brev til Regionalt Brukerutvalg HSØ om at den planlagte veilederen skal inneholde et punkt om at : " Pasientene skal ha tilsendt en kopi av henvisningen." - Eric Johanssen utarbeider utkast til formuleringer, som sendes Toril Krogsgund. Brevet sendes fra Toril Krogsgund fra BU VVHF. - Oppfølging av pasienter etter ønsket hendelse. En prosjektoppgave påpeker at det pt. ikke er systemer for ivaretagelse av pårørende etter ønsket hendelse – se vedlegg - Øyeavdelingen – ved DS – positiv tilbakemelding. - Kommunale kriseteam – hvordan ivaretar helseforetaket pasienter og

	pårørende. Opprettet sykepleierkontakt for oppfølging • Sak meldt Statens helsetilsyn: DPS i VVHF brøt forsvarlighetskravet da pasient ikke ble vurdert for suicidalitet. Fylkesmannen påpekte også svikt når det gjelder informasjonsinnhenting og dokumentasjon når pasient og pårørende ikke har gode norskkunnskaper. • Pasienter opplever problemer med å få kontakt med leger på sykehuset – de kommer ikke gjennom på telefon og blir ikke ringt tilbake. Problemstillingen aktualiseres gjennom kortere liggetider.
28/15	Pasientreiser i forhold til vedlikehold av tunneler Oslo v/Lise-Mette Lindland Lise-Mette Lindland kunne ikke møte, så Martin tok orienteringen. Det har så langt ikke vært problemer med dette.
29/15	Verktøy for tilbakemelding / Nettbrett på sykehus v/ Per-Erik Holo Bruk av nettbrett for innsamling av pasienterfaringer (Brukerundersøkelse). Pilot blir gjennomført på de somatiske klinikkene i løpet av sommeren. BU oppfordres til å minne klinikkene om undersøkelsen.
30/15	Høring veileder brukerkontor – se vedlegg Forslag til veileder ble behandlet. Vedtak: Brukerutvalget hilser forslaget til veileder for likepersonsarbeid og brukerkontor velkomment. Det rydder en god del i begrepene, samtidig som det er detaljerte føringer for hvordan arbeidet med å etablere brukerkontor bør rigges. Det anbefales en "vask" av detaljeringsnivået enkelte steder, som for eksempel avsnitt 2.3.6. – her presiseres ikke bare at det gjennomføres servering ved formell åpning av et brukerkontor, men også hva som skal serveres. Det foreslås å se på muligheter for å tydeliggjøre budskapene i dokumentet generelt, siden målgruppen reelt sett er brukere – pasienter og pårørende. Videre oppfordres til en drøfting av begrepsnavnet "brukerkontor". Det er mulighet for å forveksle med tilsvarende betegnelser som benyttes ved tilbud om legemiddelassistert rehabilitering eller forveksling mot pasient- og brukerombudenes lokalteter. Det foreslås derfor drøftet om alternative begrep som "Likepersonskontoret", "likemannskontor" eller liknende burde anvendes.
31/15	Planlegging av BU møter i 2016 BU har ingen prinsipielle motforestillinger mot at deres møter legges 14. dager før styremøtet Vedtak: Dette gjennomføres fra 2016
32/15	Høringsprosess Områdeplan PHR v/Martin F. Olsen Orientering om planen ligger ved. Høringsdokumentet er sendt på høring, blant annet til følgende brukerorganisasjoner: Rådet for psykisk helse, Mental Helse, Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO) og Landsforeningen for pårørende). BU kan om ønskelig gi en høringsuttalelse på planen selv om det i utgangspunktet ikke er lagt opp til det i denne fasen.

33/15	Tilbakemeldinger fra klinikkene – se vedlegg Innmeldte tilbakemeldinger ligger ved. - I tillegg kom følgende innspill fra Eric vedr. møte i DDPS 25.5: Gjennomgang og videre arbeid med br sin handlingsplan. Dps leders gjennomgang av status ved dps og prosjekt. Info og tilbakemeldinger fra «Møteplassen» Vi setter frist for rapportering til onsdag før BU's møter. Det markeres i innspillene om noe bør diskuteres spesielt i neste møte. - LMS og innvandrere: Bjørn har hatt møte med leder av Buskeruds innvandrerråd om involvering. Er nå invitert til styremøte i Buskerud innvandrerråd over sommerferien. - KKU BS – hendelsesanalyse av sak fra Synergi ble gjennomgått. Synes å være en "kultur" på enkelte enheter å ikke skrive legenotater. Følges opp av BU's representanter i klinikken.
	Eventuelt Status Strandveien boliger v/Kirsten Hørthe og Torgeir Vethe Det ble informert om bakgrunnen for boligene. Tiltaket evalueres nå ved hjelp av Ernst & Young AS. Dette vil være en del av evaluering av veien videre. Relevant informasjon fra prosjektet "Hjem-til-hjem" vil også brukes til dette. Det kan gå mot en forskyving slik at kommunenes ansvar for botilbudet og det helhetlige helsetilbudet for beboerne blir tydeligere. BU også ble informert kort om den tragiske hendelsen på "Små enheter" som har mye omtale i media for øyeblikket. Pasienter er oppringt fra sykehuset Kjell tok opp at det har forekommet at pasienter er kontaktet pr telefon fra HF'et og blitt konferet med alvorlig diagnose. Vedtak: Toril tar opp i SKU 9.6 og etterspør hvilke rutiner som gjelder - Eric Johanssen kan ikke ta ansvar for PHR – klinikken dekkes av Kjell Jensen, Toril Krogsund og Torunn Viervoll.

Referat

Møte:	HAMU	Tilstede:	Nils Fredrik Wisløff, Marit Lund Hamkoll, Halfdan Aass, Brit Elin Eidsvoll, Heidi Taksrud, Narve Furnes, Atle Olstad, Karin Ask-Henriksen, Roald Brekkhus, Line Spiten, John Egil Kvamsøe, Geir Bye Gundersen, Anita Haugland Gornæs
Møtedato:	08.juni 2015		
Tidspunkt:	12 - 14		
Sted:	HAB, møterom 6		
Møteleder:	Line Spiten		
Referent:	Anita Svendsvoll	Forfall:	Hilde S. Moen, Tom Henri Hansen, Nina Sandsbakk

Agenda:
Saksliste

Saksnr.	Beskrivelse/oppfølging/vedtak	Ansvar	Tidsfrist
	Godkjenning av forrige referat Godkjenning av innkalling og agenda		
Muntlige orienteringer	Orientering fra BHT v/Roald Brekkhus Aktiviteter: Gjennomgang av aktivitetsplaner på avdelingsnivå, workshop forflytningsteknikk, HMS-opplæring, ergonomi- og arbeidsplassvurderinger, oppfølging av medarbeidere med helseplager, oppfølging av graderte sykemeldte, faktaundersøkelse og befaring vedrørende inneklima og areal. Orientering fra hovedvernombudet v/Anita Haugland Gornæs. - Klinikkerneombud etterlyser lovpålagte helsekontroller. - AMU/HAMU-referat og møteplan på intranett må oppdateres. - Opplæring av AMU/HAMU-medlemmer tas på ekstraordinære AMU/HAMU-møter. - Bekymring over sikkerhet og skallsikring. - Rusforebyggende arbeid – ber klinikkdirektører om tilbakemelding vedrørende prosedyre på telling av B-preparat. Orientering sykefraværstatistikk v/ Karin Ask-Henriksen. Nedgang i både korttids- og langtidssykefravær Vestre Viken, men også i samtlige klinikker. Oppfølging fra forrige HAMU-møte den 13.04.15 hvor Nina Sandsbakk spurte om registrering av arbeidsrelatert sykefravær: Det registreres ikke i noen av våre verktøy, for eksempel GAT, Personalportalen. Arbeidstaker krysser av i sykemelding dersom det er arbeidsrelatert sykefravær.		

	Legemeldt arbeidsrelatert sykefravær er registrert i NAV, det er mulig å få statistikk fra NAV på foretaksnivå. Orientering AML-brudd v/Karin Ask-Henriksen Økende brudd de siste tre månedene i 2015 i forhold til de tre første månedene i 2014. Dett skyldes hovedsakelig høyt sykefravær og manglende registrering av dispensasjoner i GAT. Nedgang i mai 2015. Det er nedsatt en partssammensatt arbeidsgruppe som skal redegjøre nærmere for å se på årsak til og type brudd. Blir redegjørelse i neste HAMU i oktober 2015. Orientering vedrørende ikke godkjente avtrekk på medisiner på Drammen sykehus v/Brit Eidsvoll. Tiltak: -Utbedring. -Informasjon og oppfølging til personalet som har vært utsatt. HVO v/ Anita Haugland Gornæs bekymret over manglende rapportering. BHT v/ Roald Brekkhus anbefaler at man har fokus på å risikovurdere i alle klinikker for å fange opp dette. Orientering/statusoppdatering for avdeling for Patologi v/Marit Lund Hamkoll. Det er satt en ressursgruppe som skal se på arealdisponeringen (KIS; PAT, TV, VO). Det har vært to møter samt et styringsgruppemøte med DS den 26.05.15. Følgende alternativer foreligger: -Tybringsgate -Svanevillaen -Tilbygg 2.etasje -0-alternativet Det foreligger ikke oversikt over kostnader. Nytt møte med styringsgruppen DS den 19.06.15. Orientering vedrørende vikarsituasjonen ved Bemanningsenheten v/Wenche Brodtkorb Hansen. Det er underdekning i markedet på erfarne vikarer, stor konkurranse, og vanskeligere å ansette vikarer direkte til VV da vikarene søker seg til eksterne byråer. Det foreligger behov for hybler – dialog med KIS. Det forelegges en oversikt over bemanningssituasjonen på alle de fire somatiske sykehusene. Presentasjonen blir vedlagt referatet.		
--	--	--	--

	Orientering vedrørende tilbakemelding på tilsyn v/Atle Olstad. Pålegg er oppfylt og tilsyn er lukket. Orientering Nytt sykehus v/Marit Lund Hamkoll. Konseptfase skal være ferdigstilt september 2015. HSØ ønsker nytt sykehus innholdsmessig likt Østfold. HVO v/Anita Haugland Gornæs bekymret over ressursbruken i planleggingen dersom man i stor grad skal følge Østfold.		
19/2015	Samlet risikovurdering for brann v/ Tom Øystein Mosengen I henhold til Lov om vern mot brann, eksplosjon og ulykker skal virksomheter gjennomføre en helhetlig risikovurdering på gjennomførelse av brannopplæring og øvelser for ansatte, basert på konsekvenser og sannsynlighet for brann, knyttet opp til funksjon og pasientbehandling. Det er et lederansvar å sikre at alle ansatte får lovpålagt brannopplæring iht myndighetskrav. Brannvesenets krav er 100 % opplæring. Vestre Viken har i 2014 ikke oppnådd kravet fra myndighetene da vi bare har en opplæringsprosent på 42 %, mens det i 2013 var 52 %. Det er et lederansvar å sørge for at alle ansatt i Vestre Viken deltar på brannvern-opplæring. <i>Vedtak</i> Hovedarbeidsmiljøutvalget tar status for brannvernopplæring til orientering. Hovedarbeidsmiljøutvalget minner om at alle ledere med personalansvar skal følge vedtatt prosedyre idnr.13621. Hovedarbeidsmiljøutvalget ber om å bli holdt orientert om deltakerprosenten videre fremover. Hovedarbeidsmiljøutvalget forventer at de lokale AMU'ene følger opp deltakerprosenten.		
20/2015	Prosedyre for konflikthåndtering v/Karin Ask-Henriksen Etter initiativ fra arbeidsgiver er det, gjennom en partssammensatt gruppe, utarbeidet retningslinje ved konflikthåndtering for ansatte i Vestre Viken. Prosedyren beskriver hvordan konflikter på arbeidsplassen kan håndteres ryddig, forsvarlig og i samsvar med gjeldende lovverk, slik at man unngår uheldige belastninger for enkeltpersoner og arbeidsmiljø.		

	FVO Anita Haugland Gornæs og HMS v/Atle Olstad poengterte at den må settes inn i prosedyremalen i eHåndbok. <i>Vedtak</i> Hovedarbeidsmiljøutvalget anbefaler å godkjenne den fremlagte "Prosedyre ved konflikthåndtering".		
21/2015	Medarbeiderundersøkelsen v/Karin Ask-Henriksen Medarbeiderundersøkelsen er en årlig spørreundersøkelse, og i første rekke et verktøy i det lokale forbedringsarbeidet av arbeidsmiljøet. Den er en del av en felles standard for kartlegging og oppfølgingsarbeid, som helseforetakene i Helse Sør-Øst følger. I januar konkluderte HR-direktørmøtet med at det ikke skulle iverksettes en spørreundersøkelse for å innhente synspunkter fra ledere ute i foretakene knyttet til målingsfrekvens, men at det skulle legges frem en faglig vurdering av hva som er en optimal gjennomføringsfrekvens. Pr. i dag planlegger vi som om undersøkelsen skal gjennomføres i år. Vi har bestilt undersøkelsen gjennomført i perioden fra og med 28.09.15 til og med 19.10.15. Ledervalidering finner sted i forkant - fra 7. september og er åpen i to uker. Rapportene etter gjennomført undersøkelse skal være tilgjengelige fra ca. 02.11.15. Vestre Viken har satt frist for utarbeiding av handlingsplan til 15.03.15. HR-avdelingen anbefaler imidlertid at denne fristen settes tidligere slik at både leder og medarbeider har besvarelsene i minne når handlingsplanen utarbeides selv om det kan være utfordrende fordi det bl.a. arbeides med budsjetter i denne perioden. Forslag til frist for handlingsplan 15.01.16. Det har vært en pengepremie til seksjoner med høy score – liten, mellomstor og stor seksjon – de siste årene og vi anbefaler at premieringen også gjøres gjeldende i 2015. <i>Vedtak</i> Hovedarbeidsmiljøutvalget tar informasjonen om status til orientering.		
22/2015	HMS rapport 1.tertial v/Atle Olstad HMS avdelingen rapporterer pr tertial på antall avvik, nesten uhell, stikkskader og yrkesskader til HAMU. Fagforbundet ved John Egil Kvamsøe retter spørsmål om		

	tiltak vedrørende vold mot ansatte. Ikke alle tiltak blir registrert i Synergi, men alle ansatte får tilbud om samtale i etterkant av en hendelse. <i>Vedtak</i> Hovedarbeidsmiljøutvalget tar saken til orientering.		
23/2015	Plan for internrevisjon v/Atle Olstad Saken omhandler; • Eksterne tilsyn • Revisjonskurs • Foreløpig plan for interne revisjoner HMS 2015/2016 <i>Vedtak</i> Hovedarbeidsmiljøutvalget tar saken til orientering.		

Referat

Møte:	SKU	Tilstede:	Nils Fredrik Wisløff; Marit Lund Hamkoll; Britt Elin Eidsvoll; Jardar Hals; Narve H. Furnes; Eva Håheim Pedersen; Per Skaugen Bleikelia; Kirsten Hørthe; Torkil Clementsen; Halfdan Aass; Anita Haugland Gommæs; Toril Krogsund; Anne Helene Lindseth; Wenche Steenstrup; Anne-Lene Egeland Arnesen; Atle Olstad; Hanne Juritzen; Inger Observatør: Tor-Arne Engebretsen; Tuva Elgaaen;
Møtedato:	09. juni 2015		
Tidspunkt:	8-10		
Sted:	Glitre 1 og 2		
Møteleder:	Nils Fredrik Wisløff		
Referent:	Tor-Arne Engebretsen og Tuva Elgaaen	Forfall:	Inger Lise Hallgren; Hilde Skredtveit Moen; Elisabeth Kaasa; Ylva Sandness; Elin Onsøyen;

Agenda:
Saksliste

Saksnr.	Beskrivelse/oppfølging/vedtak	Ansvar	Tidsfrist
15/2015	Godkjenning av innkalling og dagsorden Godkjent	NFW	
16/2015	Læring på tvers Klinikk for psykisk helse og rus Hvordan tilrettelegge for et mestringsfokusert samarbeid for pasienter med langvarige lidelser og deres pårørende? Erfaringer med bruk av en evidensbasert behandlingsintervensjon v/spesialkonsulent Irene Nordheim orienterte: Fokus på langvarige lidelser – påvirker hele familien. Hvordan hjelpe den som er syk og hvordan hjelpe seg selv. Innen psykisk helse står familien for 50% av omsorgen. Familiens kunnskap fremmer bedring for den syke. Psykoedukativ behandling viktig og utbredt i klinikken. Familiesamarbeid er like viktig i akutfase som under langvarige lidelser. Viktig med både samtaler og brosjyrer. Det handler om en bedre hverdag. Lykkes bl.a. fordi: Ledelsesforankring, satt av ressurser, alle i VV får tilbudet, har kompetanse i klinikken. Dette kan med fordel også gjøres i andre klinikker.		

	<u>Kommentarer:</u> Hvordan stiller pasienten seg til at pårørende blir involvert? Viktig at ansatte har kompetanse om de ulike behovene, også om de pårørendes behov. Handler om å mestre hverdagen og det er en fordel for pasienten at pårørende vet og forstår mer. Med fokus på dette kan man avverge mye frustrasjon, panikk og sorg hos både pasient og pårørende. Saken tatt til orientering.		
17/2015	Global Trigger Tool (GTT)resultater 2014 v/fagdirektør Halfdan Aass <u>Kommentarer:</u> GTT på foretaksnivå dels av pasientsikkerhetsprogrammet. Gjort årlig siden 2010. Andel pasientskader, som er vidt definert, holder seg relativt konstant. Skadene de vi kjenner fra avvik mv. Følges opp med forbedringsarbeid i klinikkene. Saken tatt til orientering		
18/2015	Rapportering status implementering av innsatsområdene i Pasientsikkerhetsprogrammet 1. tertial 2015 v/spesialrådgiver Hanne Juritzen Stort engasjement i klinikkene. Ligger godt an i forhold til målsetning om implementering innen utgangen av 2016. UVI utgjør et stort volum av hendelser i GTT, jfr, over – forebyggelse inngår i pasientsikkerhetsprogrammet. Diskusjon om grad av målinger i forbedringsarbeidet, som ofte må gjøres manuelt, og er mye arbeid. <u>Kommentarer:</u> Innspill fra klinikkene: Se hva som er viktigst, bør fjerne noen skjemaer når nye kommer til. Moderne å måle – ikke alle målinger fører til forbedringer. Ledelsen beslutter hva som skal forbedres og at dette måles. Ekstra målepunkter på relevante forbedringsområder? Pasientsikkerhetsprogrammet følges opp i linjen. Saken tatt til orientering.		
19/2015	Interne revisjoner og eksterne tilsyn 1.tertial 2015 v/spesialrådgiver Hanne Juritzen Saken ble tatt til orientering.		
20/2015	Uønskede hendelser Vestre Viken 1. tertial 2015 v/spesialrådgiver Tor-Arne Engebretsen Tok opp til diskusjon hvordan vi bruker tallene vi måler? Fellesnevner? Lage fokusområder? Alvorlige ("røde") hendelser tas i pasientsikkerhetsutvalg. Gjøres saksbehandlingen hensiktsmessig? Mangler i journaldokumentasjon er en gjenganger,		

	inklusive dokumentasjon av kommunikasjon mellom lege og sykepleier (få fellesarenaer). Legemiddelhendelser stor gruppe, men ikke knyttet til mange alvorlige hendelser. Ser nærmere på området i lungemed avd på BS. Kommentarer: Bør se på pasientskader/AMLbrudd/HMS – er det sammenhenger her? Trenger fokus på at alvorlige hendelser ikke skjer flere ganger – læring på tvers: Trenger system for områder hvor dette blir spesielt viktig. Hendelsesanalyse - veileder kommer. Læring på tvers i VV er viktig, men kan være vanskelig i et stort foretak. Vi har behov for å bli bedre på å bruke det organisatoriske rammeverket, og til å bruke statistikk og hendelser godt nok. Saken tatt til orientering.		
	Referater og oversikter Ingen kommentarer.		

Styrets arbeid — vår 2015				
Måned	Februar	Mars	April	Juni
Dato og tid	23 kl.12.00 -17.00	23 kl.12.00 -17.00	27 kl.12.00 -17.00	15. juni kl.12.00 -17.00
Sted	Wergelandsgt 10 Drammen	Bærum DPS, Dr. Høsts vei	Wergelandsgt 10 Drammen	Wergelandsgt 10 Drammen
Saker	Tema Drammen sykehus Beslutningssaker 1. Virksomhetsrapportering 2. Investeringer 2015 - justering 3. Oppdrag og bestilling 2015 4. Årlig melding 2014 5. Revisjonsrapport nr 5 2014 fra konsernrevisjonen HSØ Orienteringssaker 6. Oversikt over eksterne tilsyn 2014 7. Vedlikeholdsprogram Drammen sykehus – ekstern gjennomgang 8. Helgerud boligstiftelse 9. Referater med mer	Tema Forskning Beslutningssaker 1. Årsberetning og årsregnskap 2014 Status vedtak i styret 2014 – inngår i årsberetning 2. Virksomhetsrapportering Orienteringssaker 3. Miljøsertifisering 4. Referater mm	Tema Klinikk for intern service (eiendomsstrategi) Beslutningssaker 1. Virksomhetsrapportering 2. ØLP 2016-2019 3. Salg av eiendommer? Helgerud, Lerberg, boliger Kongsberg Orienteringssaker 4. Parkering ved DS Referater med mer • HAMU • Brukerutvalg • SKU • Årsmelding pasientombudet	Tema Prehospitale tjenester Beslutningssaker 1. Virksomhetsrapportering tertial 2015 inkl. oversikt HMS 2. Eksterne tilsyn 3. Ledelsens gjennomgang 4. Salg/utleie av del av tomt Kongsberg sykehus 5. Salg av dr. Schmidtsv 3 i Bærum 6. Møteplan styret 2016 Orienteringssaker Budsjettprosess 2016 Referater med mer
Merk	12. og 13. februar – foretaksmøte + fellessamling alle styrer i HSØ Status i konseptfasen NVVS - skisseprosjekt Omvisning Drammen sykehus	Nytt styre – 16. mars Opplæring – styreportal – bruk av Ipad i styremøter ØLP status Status i konseptfasen NVVS Revisor til stede /årsberetning	Status i konseptfasen NVVS Lønnsoppgjør Variasjoner i forbruk /dagkirurgi i Norge	Status i konseptfasen NVVS Delfunksjonsprogram NVVS avsluttet

Styrets arbeid – høst 2015				
Måned	September	Oktober	November	Desember
Dato og tid	21 kl.12.00 -17.00	26 kl.12.00 -17.00	23 kl.12.00 -17.00	21 kl.12.00 -17.00
Sted	Kongsberg	Wergelandsgt 10 Drammen	Ringerike	Wergelandsgt 10 Drammen
Saker	Tema Brukerutvalg Samhandling Beslutningssaker 1. tertial 2015 2. Strategi for kvalitet og pasientsikkerhet – årlig melding om samlet måloppnåelse 5. Idéfase Bærum, Ringerike og Kongsberg Orienteringssaker 3. PasOpp 2014 4. Status handlingsplan konsernrapport nr 5 2014 Referater mm	Tema HMS Internkontroll Møte med HTV Beslutningssaker 1. Virksomhetsrapportering Orienteringssaker 2. Referater mm	Tema Budsjett 2016 IKT Beslutningssaker Virksomhetsrapportering Orienteringssaker Referater mm	Tema Beslutningssaker Virksomhetsrapportering Budsjett og mål 2016 Konseptrapport NVVS Oppnevning av nye representanter til Brukerutvalget 2016 Orienteringssaker Medarbeiderundersøkelsen 2015 Referater mm
Merk	Status i konseptfasen NVVS 24. september dialogmøte med kommunene kl.13-15/Bærum	Status i konseptfasen NVVS Reguleringsplan NVVS– KU /ferdig september for offentlig ettersyn vår 2016	Status i konseptfasen NVVS Skisseprosjekt NVVS avsluttet oktober	Status i konseptfasen NVVS Julemiddag for styret i etterkant av møtet.



Styret i Vestre Viken Helseforetak
Postboks 800
3004 DRAMMEN

Deres ref.:

Vår ref.:
15/146288/LHK

Dato:
12.06.2015

Sykehusboliger i Dr. Schmidts vei

Det vises til kommende styremøte 15.6 og ny styresak 19/2015 om «Salg av Dr. Schmidts vei 3 i Bærum».

Styret har tidligere vedtatt salg av Dr. Schmidts vei 3. Etter en ny vurdering anbefaler administrerende direktør nå følgende vedtak;

«1. For å sikre driften ved Bærum sykehus gjennomføres salget slik at kjøper forplikter seg til å leie tilbake nødvendig kapasitet til helseforetaket.

2. Frigjorte midler etter salg av Dr. Schmidts vei 3 skal avsettes til vedlikehold og utstyrsanskaffelser ved Bærum sykehus (lokasjon).»

Bærum kommunes formannskap er svært bekymret for at salg av sykehusboligene vil gjøre det vanskelig å rekruttere kompetent personell til Bærum sykehus, herunder helt nødvendige vikarer. En slik sammenheng bekreftes av helseforetakets egen konsekvensutredning som følger styresaken.

Formannskapet mener det derfor er helt nødvendig at styret endrer sin første beslutning om salg av sykehusboligene. I utgangspunktet vil den beste løsningen være å beholde boligene i eget eie. Dersom styret opprettholder beslutningen om salg, bør det stilles klare betingelser for fremtidig anvendelse av boligene. Hensikten må være at boligene fortsatt tjener det samme formålet, altså å sikre god rekruttering av personell til Bærum sykehus. Ny eier må ha en langsiktig forpliktelse til å leie tilbake til Bærum sykehus det antall leiligheter og hybler det er behov for. Den langsiktige forpliktelsen må formaliseres på en forsvarlig måte som sikrer sykehuset og ansatte/ vikarer nødvendig forutsigbarhet. Kostnadene ved leie må ha et prisnivå slik at leietaker reelt benytter tilbudet.

Videre vil formannskapet understreke at frigjorte midler etter eventuelt salg av Dr. Schmidts vei 3 skal avsettes til investeringer ved Bærum sykehus.

Formannskapet vil avslutningsvis minne om at sykehusboligene i Dr. Schmidts vei opprinnelig var kommunal eiendom, men som resultat av flere forvaltningsreformer nå tilhører helseforetaket. Helseforetaket og kommunen deler et ansvar for å påse at befolkningen i Bærum også i fremtiden gis gode helsetjenester. Vi vil derfor sterkt oppfordre styret til å lytte til de signaler som gis fra kommunen.

Med hilsen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Lisbeth Hammer Krog', followed by a long, sweeping horizontal stroke.

Lisbeth Hammer Krog
ordfører

Kopi: Administrerende direktør Nils Wisløff