

Til: Styret ved Vestre Viken HF
Dato utsendt: 20. januar 2025
Vår ref. Styresekretær

Møtetype: Styremøte
Møtedato: 27. januar 2025
Møtetid: Kl. 09.00 – 11.00

Møtested: Digitalt møte, teams

PROGRAM **Behandling av styresaker**

Publikum og media som ønsker å være til stede i møtet, bes melde fra om dette til styresekretær innen søndag 26. januar (hilde.enget@vestreviken.no).

Ved forfall vennligst gi beskjed til:

Styresekretær: Hilde Enget
Telefon: 48 16 66 24
E-post:
hilde.enget@vestreviken.no

Med vennlig hilsen
For styreleder Siri Hatlen

Hilde Enget

Saksnr.	Tid (tentativt) Type sak	SAKER TIL BEHANDLING
1/2025	09.00 0 min	Godkjenning av innkalling og saksliste Vedlegg: Innkalling og saksliste til styremøte 27. januar 2025
2/2025	09.00 5 min	Godkjenning av møteprotokoller 16. desember 2024 Vedlegg: 1. Foreløpig protokoll 16. desember 2024 2. Foreløpig protokoll 16. Desember 2024 <i>sak 107 unntatt offentlighet</i> 3. Foreløpig protokoll 16. Desember 2024 <i>sak 115 unntatt offentlighet</i>
3/2025	09.05 25 min	Virksomhetsrapportering per 31. desember 2024 og foreløpig årsresultat 2024 – ettersendes Vedlegg: 1. Virksomhetsrapport pr. 31. desember og foreløpig årsresultat 2024
4/2025	09.30 30 min	Konsernrevisjonens undersøkelse om etterlevelse og oppfølging av nasjonale faglige råd Vedlegg: 1. Rapport VVHF Nasjonale faglige retningslinjer – implementering og etterlevelse <i>Presentasjon i møtet v/konsernrevisjonen HSØ</i>
5/2025	10.00 30 min	Status kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet – Rapport utvalgte kvalitetsindikatorer 2024
6/2025	10.30 15 min	Kjøp av tjenesteboliger på Blakstad Vedlegg: 1. Kjøpskontrakt
7/2025	10.45 0 min	Referatsaker 1. Styrets årsplan 2025 inkl. pendingliste per januar
8/2025	10.45 5 min	Eventuelt
	11.00	Møteslutt

Dato: 17. jan 2025
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Godkjenning av innkalling og saksliste

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	1/2025	27.01.25

Forslag til vedtak

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Drammen, 20. januar 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: 1. Innkalling og saksliste til styremøte 27. januar 2025

Saksfremlegg

Godkjenning av møteprotokoll

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	2/2025	27.0125

Forslag til vedtak

Styret godkjenner møteprotokoller datert 16. desember 2024.

Drammen, 20. januar 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg:

1. Foreløpig protokoll 16. desember 2025
2. Foreløpig protokoll 16. desember 2024 *sak 107 unntatt offentlighet*
3. Foreløpig protokoll 16. desember 2024 *sak 115 unntatt offentlighet*

Møteprotokoll for styret i Vestre Viken

Møtested: Grønland 32, Drammen (møterom Hallingskarvet)

Dato: 16. desember 2024

Tidspunkt: Kl. 12.00 – 15.00

Følgende medlemmer deltok:

Navn	Funksjon
Siri Hatlen	Styreleder
Hans Tore Frydnes	Nestleder
George Harold Fulford	Styremedlem
Kari Fjelldal	Styremedlem
Robert Bjerknes	Styremedlem
Kristin Vinje	Styremedlem
Hege Mørk	Styremedlem
Gry Lillås Christoffersen	Styremedlem
Tom Roger Heggelund Frost	Styremedlem
Maria Josefsen Gundersen	Styremedlem - forfall
Heidi E N Haugen	Vara styremedlem
Toril Anneli Kiuru Morken	Styremedlem

Leder og nestleder av Brukerutvalget Rune Kløvtveit og Gudrun Breistøl deltok som observatør med møte- og talerett.

Følgende fra administrasjon og ledelse møtte:

Navn	Funksjon
Lisbeth Sommervoll	Administrerende direktør
Anders Debes	Direktør medisin og helsefag
Mette Lise Lindblad	Direktør økonomi
Henning Aarset	Direktør kommunikasjon og samfunnskontakt
Eli Årnot	Direktør kompetanse
Robert Nystuen	Konstituert direktør teknologi
Hilde Enget	Administrasjonssjef/styresekretær

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

Protokollfører: Hilde Enget.

Styret hadde sitt årlige dialogmøte med Brukerutvalget og Ungdomsrådet i forkant av styremøtet.
Tema for møtet:

Uønsket variasjon – Mark Miller
Overganger – fra et brukerperspektiv - David Hemmingsen
Ungdomskortet - Elenor Iversen og Andreas Melbye

Styret takket for tankevekkende og informative presentasjoner. Administrasjonen tar med seg innspillene i sitt videre arbeid med utvikling av tjenesten. Samlepresentasjon ligger i admincontrol.

Sak /2024 Godkjenning av innkalling og saksliste

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak /2024 Godkjenning av styreprotokoll fra 18. november 2024

Styrets enstemmige

Vedtak:

Møteprotokoll fra styremøtet 18. november 2024 godkjennes.

Sak 110/2024 Virksomhetsrapportering pr. 30. november 2024

Oppsummering av innhold

Resultatutviklingen i november er på linje med tidligere måneder. Prognosen for året opprettholdes. Det er spesielt gledelig at Kongsberg sykehus nå kan vise effekter av sine tiltak, og dermed når resultatmålet sitt for måneden. Klinikkene PHR og KMD fortsetter å vise gode resultater. KIS er tilnærmet på resultatmål for året når de store merkostnadene for Fjernvarmesentralen ved nytt sykehus i Drammen holdes utenfor.

For Bærum og Ringerike sykehus er resultatene fortsatt utover budsjett og lavere aktivitet er en medvirkende årsak. Det pågår arbeid med å analysere tallene, blant annet hvor mye den ekstra innsatsen i forbindelse med Ventetidsløftet utgjør. Som tidligere omtalt vil det største tiltaket ved Bærum sykehus først få effekt fra januar måned.

Kommentarer i møtet

Styret merker seg at flere piler peker i positiv retning og at det er tydelig at det pågår mye aktivitet for å bedre de økonomiske resultatene.

Styret kommenterer at det er gledelig å se positive resultater innen Ventetidsløftet, og ser at det er godt teamarbeid på mange nivåer som bidrar til måloppnåelse. Det bemerkes at erfaringene innen øye har overføringsverdi til andre fagområder. Det er også positivt at det er inngått avtaler med de tillitsvalgte knyttet til kveldspoliklinikk.

Styrets enstemmige

Vedtak:

1. Styret tar virksomhetsrapportering pr november 2024 til orientering.

Sak 111/ 2024 Bærekraftsplan versjon 2.0

Oppsummering av innhold

Det vises til styremøte 28. august 2023, sak 77-2023 der "Handlingsplan for bærekraftig utvikling" ble fremlagt. Vedlagte dokument er en revidert utgave, gjeldende for 2025 og 2026. Planen vil bli revidert årlig.

Kommentarer i møtet

Styret kommenterer at det er en fordel at det som ligger til grunn i bærekraftsplanen av innhold og struktur videreføres og videreutvikles i versjon 2.0. Styret opplever at planen ivaretar både kortsiktige- og langsiktige tiltak for å utvikle helseforetaket i riktig retning. Planen peker på faglige tiltak som vil kunne gi en bærekraftig tjeneste, og det er sentralt at prosessene tilrettelegger for god involvering og partssamarbeid.

Styret viser til en oversikt som synliggjør vekst i antall legeårsverk de siste årene og at denne er langt høyere enn øvrig helsepersonell. Det synes derfor viktig å gi oppgavedeling og funksjonsfordeling større oppmerksomhet i arbeidet fremover.

Styret takker for en god presentasjon fra de fire somatiske klinikkdirektører og kommenterer at det vil være sentralt at det hentes ut gevinster fra helhetlig samarbeid i forbindelse med mer optimal ressursutnyttelse og flytting til nytt sykehus i Drammen. Styret ønsker en oppdatering fra de fire klinikkene knyttet til fremlagt skisse til plan for samarbeid på døgnpostene i løpet av 1. halvår 2025.

Styret støtter planen. Den er ambisiøs samtidig som den legger en klar forventning om å hente ut gevinster.

Ansattrepresentantene uttaler at de er bekymret for realismen i gevinstene. De vil allikevel stemme for forslag til vedtak, men ønsker å legge ved en stemmeforklaring. Administrerende direktør presiserer at det er eksempler som er brukt i planen når det gjelder talldata og at det vil legges opp til en prosess der tallene kvalitetssikres. Prinsipper for medvirkning vil legges til grunn for arbeidet og det vil søkes å tilrettelegge for gode prosesser med tillitsvalgte og vernetjenesten.

Styrets enstemmige

Vedtak:

1. Styret tar Handlingsplan for bærekraftig utvikling – versjon 2.0 til etterretning.
2. Planen legges til grunn for foretakets økonomiske langtidsplan 2026 – 2029 og kommende års budsjetter.
3. Administrerende direktør bes om å rapportere på fremdrift i iverksettelse av tiltak, slik det er skissert i planen.

Stemmeforklaring fra ansattrepresentantene Tom Frost, Gry Christoffersen, Toril Morken og Heidi E N Haugen:

Resultat 2024 viser at sengeområdene overforbruker med 28 årsverk totalt i hele VVHF, noe som er lite i budsjettssammenheng over et helt foretak. Ansattrepresentantene mener dette viser at sengeområdene i hovedsak er effektivt driftet, og at det er stor risiko for at Bærekraftplanen i 2025

har feil fokus for å hente inn planlagt effektiviseringstiltak. Vi vil minne om at Bærekraftplanen v. 1.0 allerede er kalkulert med planlagt økonomisk gevinstrealisering innenfor sengeområdene, og vi tror ytterligere effektivisering i stor grad ikke er realistisk. Sengeområdene er ikke rot-årsaken til manglende lav aktivitet og manglende inntjening, og vil således ikke endre på situasjonen.

For øvrig vil ansattrepresentantene påpeke at Bærekraftplanene inneholder mange tabeller og konkrete tall som ikke er forankret i partssamarbeid. Vi forventer at analyser og grunnlag for tallene som presenteres i Bærekraftplanene ses på som eksempler og utgangspunkt for videre samarbeid og forankring med tillitsvalgte og vernetjeneste.

Sak 112/2024 Budsjett og mål 2025

Oppsummering av innhold

Styret har gjennom året 2024 fulgt den økonomiske utviklingen i foretaket tett. I september 2023 vedtok styret Handlingsplan for bærekraftig utvikling (bærekraftsplanen). Realiseringen av målene i planen er ikke fullt ut oppnådd. Det gjelder først og fremst de somatiske klinikkene. Klinikker for psykisk helsevern og rus har vært igjennom en omfattende omstilling, og innfrir i samsvar med bærekraftsplanen. Det samme gjelder klinikker for medisinsk diagnostikk. For klinikker interne servicetjenester har nye avtaler ved nytt sykehus i Drammen allerede fått effekt, og det har påført klinikken større kostnader enn budsjettet. Klinikker for prehospitale tjenester har som en av få tilsvarende virksomheter i både regionen og landet lyktes i å stagnere veksten i pasienttransport, blant annet gjennom innføring av videoløsninger. Denne saken beskriver foretakets forslag til budsjett og mål for 2025.

Kommentarer i møtet

Styret takker for en god presentasjon og et godt saksfremlegg. Det oppleves at det er sammenheng mellom bærekraftsplanen versjon 2.0 og budsjett for 2025.

Styret kommenterer at det er svært gledelig at målsettingen om at 1% av de totale kostnadene i VVHF går til Forskning, ser ut til å oppnås i løpet av 2025.

Lavere aktivitet og økning i antall årsverk bekymrer. Med økt samarbeid mellom de somatiske klinikkene forventes det bedre utnyttelse av kapasitet på tvers. Styret ønsker å følge denne utviklingen videre i 2025. Det blir særlig viktig at aktiviteten samsvarer med budsjettet tidlig på året. Styret bemerker at god planlegging og helhetlig kapasitetsutnyttelse kan avlaste Drammen sykehus i forbindelse med innflytting til nytt sykehus.

Styret uttaler at budsjett for 2025 er forsvarlig, samtidig som det er høy risiko knyttet til å skyve på nødvendige investeringer i MTU og innen BRK prosjektet.

Et redusert resultatkrav for 2025 sammenholdt med økonomisk langtidsplan 2025 – 2028 innebærer at investeringsmidler for kommende år svekkes. Dette forholdet vil spesielt belyses i forbindelse med behandlingen av økonomisk langtidsplan for 2026 – 2029. Styret vil derfor be om at det innledes tidlig dialog med HSØ knyttet til et forsvarlig budsjett for 2026. Det vises i den anledning til styresak 067-2023 der det åpnes for søknad ekstraordinær inntektsstøtte for det enkelte budsjettår, samt styresak 008-2023 som presiserer at økt styringsramme for Nytt sykehus i Drammen ikke må bli til hinder for at Vestre Viken HF kan fortsette å levere gode og likeverdige helsetjenester.

Ansattrepresentantene stiller seg bak forslag til vedtak, men ønsker å fremheve sine innspill i en stemmeforklaring.

Styrets enstemmige

Vedtak:

1. Styret slutter seg til mål og prioriteringer for 2025 som fremkommer i administrerende direktørs saksfremstilling. Budsjettet vedtas med totale inntekter på 14 281 MNOK, hvorav 10 447 MNOK er basisrammetildeling fra HSØ. Styret vedtar budsjettet med et overskudd på 40 MNOK.
2. Styret vedtar en øvre investeringsramme på 438 MNOK. Investeringer finansieres med 394 MNOK i egne midler, og 44 MNOK med finansiell leasing. Investeringsmidler overført fra 2024 kommer i tillegg.
3. Styret ber administrerende direktør innlede dialog med HSØ om ekstraordinær inntektsstøtte for å sikre finansiering av nødvendige investeringer i 2026.
4. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å foreta eventuelle budsjettkorrigeringer gjennom året, blant annet som følge av endrede DRG-indekser, nye bevilgninger eller føringer fra eier, styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF, samt mindre tekniske justeringer.

Stemmeforklaring fra ansattrepresentantene Tom Frost, Gry Christoffersen, Toril Morken og Heidi E N Haugen:

Ansattrepresentantene vil fremheve protokolltilførsel fra Foretakstillitsvalgte og Foretakshovedverneombud i forbindelse med drøfting av budsjett 2025, som belyser bekymring for risikoen ved gjennomføring og oppnåelse av tiltak, samt nødvendigheten av ytterligere tiltak for å unngå mangelfull involvering i fremtidige budsjettprosesser.

Sak 113/ 2024 Reviderte fullmakter i VVHF

Oppsummering av innhold

Fullmaktstrukturen og fullmaktmatrisen er administrerende direktørs interne delegasjon i linjen, innenfor myndigheten hun er tildelt i helseforetaksloven og instruksen fra styret.

I sak om administrerende direktørs delegerte fullmakter i Vestre Viken lagt frem for styret i styremøte 30. januar 2023 sak 5/2023, merket styret seg at fullmaktene gjennomgås årlig som en del av budsjettprosessen i desember.

Kommentarer i møtet

Ingen kommentarer i møtet.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret tar administrerende direktørs delegasjon av fullmakter til etterretning.

Sak 114/ 2024 Sykefraværsarbeidet i VVHF

Oppsummering av innhold

Helse Sør-Øst RHF (HSØ) la frem en sak for sitt styre 22. november 2024 om videreføring av arbeidet med oppfølging av sykefravær, sak 121-2024. HSØ har anmodet helseforetakene i regionen om å legge frem sak for sine styrer om hvordan det arbeides med oppfølging av sykefravær. I denne saken redegjøres det for sykefraværarbeidet i Vestre Viken.

Kommentarer i møtet

Styret takker for en god presentasjon og kommenterer at det gode sykefraværarbeidet som er lagt ned på sengepostavdeling ved Bærum sykehus har stor overføringsverdi til andre avdelinger i helseforetaket. Styret kommenterer videre at det er positivt at det vektlegges en bred og systematisk innsats for å redusere sykefraværet i helseforetaket. Styret ønsker å høre status og resultater av sykefraværinnsatsen i et styremøte før sommeren 2025.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret tar saken til orientering, og støtter de foreslåtte tiltak og prioriteringer for det strategiske arbeidet med å redusere sykefraværet i 2025.

Sak 115/ 2024 Parkeringsløsning for nytt sykehus Drammen

Oppsummering av innhold

Fra åpning i 2025 og frem til 2030 er parkeringsbehovet ved nytt sykehus i Drammen ivaretatt. Dette er løst ved en kombinasjon av permanente og midlertidige parkeringsplasser. Denne saken gjør rede for hvordan Vestre Viken HF vil erstatte midlertidige parkeringsløsninger med permanente parkeringsplasser etter 2030, for å innfri kravene i reguleringsplanen for området.

Gjennomgang av økonomiske utredninger for parkering NSD ble gjort i lukket møte i starten av styremøtet. Denne presentasjonen ligger tilgjengelig i admincontrol.

Kommentarer i møtet

Styret uttaler at det har vært utfordrende at parkeringsløsning knyttet til nytt sykehus i Drammen ikke har vært inkludert i byggeprosjektet. Denne saken har derfor pågått over lang tid, der flere alternativer har vært utredet og med usikker finansiering. Med fremlagt forslag til vedtak vil VVHF ha sikret en fremtidig parkeringsløsning ved nytt sykehus i Drammen.

Styrets enstemmige

Vedtak:

1. Styret godkjenner beskrevet parkeringsløsning med etablering av egne permanente parkeringshus ved nytt sykehus i Drammen. Anbefalt løsning vil erstatte den midlertidige parkeringsløsningen etter 2030. Både midlertidige løsning og den permanente løsningen sikrer at det etableres tilstrekkelig antall plasser i samsvar med reguleringsplanen for området.
2. Et alternativt utkjøp av Nedre Strandgate 64 kan erstatte ett av parkeringshusene på egen tomt. Dersom dette blir aktuelt, ber styret om at utredningen oppdateres og fremlegges for ny behandling, før oversendelse til Helse Sør-Øst RHF.
3. Styret ber deretter administrerende direktør oversende beslutningsgrunnlaget for videre behandling i Helse Sør-Øst RHF i samsvar med fullmaktstrukturen i regionen.

4. Styret ber videre administrerende direktør søke Helse Sør-Øst RHF om lån i henhold til gjeldende retningslinjer, slik at prosjektet sikres finansiering, med planlagt oppstart av forprosjekt i 2025

Sak 116/ 2024 Oppdatert antikorrupsjonsprogram HSØ

Oppsummering av innhold

HSØ har oppdatert sitt antikorrupsjonsprogram for regionen. Formålet med dette og en egen dilemmatrening er å forebygge misligheter, korrupsjon og brudd på etiske retningslinjer for medarbeidere i hele Helse Sør-Øst. Helse Sør-Østs antikorrupsjonsprogram ble vedtatt i styre i 2014 (Styresak 094-2014 Antikorrupsjonsprogram i Helse Sør-Øst).

Kommentarer i møtet

Ingen kommentarer.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret tar saken til etterretning.

Sak 117/ 2024 Status nytt sykehus Drammen

Oppsummering av innhold

Statusrapport nytt sykehus Drammen skal gi styret i Vestre Viken HF en overordnet status for arbeidet i Mottaksprosjektet. Rapporten omfatter rapportering på de områdene som inngår i Mottaksprosjektets oppgaver og ansvar.

Kommentarer i møtet

Ingen kommentarer.

Styrets enstemmige

Vedtak:

1. Styret tar status nytt sykehus Drammen til orientering.

Sak 118/ 2024 Oppnevning av valgstyre – gjennomføring av valg av ansattes medlemmer til styret i VVHF 20225

Oppsummering av innhold

Inneværende valgperiode for de ansattvalgte styremedlemmer og varamedlemmer gjelder frem til og med 15. mars 2025. For å gjennomføre nytt valg skal det i henhold til forskrift om ansattes styrerepresentasjon i helseforetak fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet, oppnevnes et valgstyre. Det må derfor oppnevnes et valgstyre som skal forestå valg av ansattvalgte styremedlemmer og varamedlemmer til helseforetakets styre fra og med 16. mars 2025.

Kommentarer i møtet

Ingen kommentarer.

Styrets enstemmige

Vedtak:

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

Fra foretakets ledelse:

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

Fra de ansatte:

- Borgar Kolstad, ARA Konnerud. *Vara: Lillian Einarsve*
- Geir Bye Gundersen, Foretakstillitsvalgt Norsk Fysioterapeutforbund. *Vara: Lise Meldgaard.*
- Einar Tranøy, akuttmottaket Kongsberg Sykehus. *Vara: Nina Neteland*

Valgstyret oppnevner selv leder og nestleder.

Sak 119/2024 Styrets årsplan 2025

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret vedtar årsplan for 2025.

Sak 120/2024 Referatsaker

Ingen kommentarer.

Sak 121/2024 Eventuelt

Informasjon om fremtidig drift av 10 sengeplasser ved HSS. Selv om Nesbyen kommune sier opp sin ene plass, vil de øvrige hallingdalskommunene jobbe for en løsning hvor sengene opprettholdes slik at tilbudet består.

Forskningsrådet har bevilget 13 MNOK i tilskudd til Hallinghelse, midlene skal gå til prosjekter innen digital samhandling.

Sak 122/2024 Driftsorientering fra administrerende direktør

Oppsummering av innhold

Administrerende direktør informerte om at Ledelsens gjennomgang (LGG) 2024 er utsatt i påvente av utvikling av et mer hensiktsmessig verktøy for gjennomføring. Adkomstbygget til det nye sykehuset i Drammen ble overført fra byggherre Helse Sør-Øst til Vestre Viken den 3. desember.

Forbedringsprosjektet 2024 «Felles tjenestemodell for digitale sårtenester» ble belønnet med Forbedringsprisen 2024. Ringerike sykehus får mer robotutstyr i gave. Det er etablert dialog mellom VVHF og Mayoklinikken knyttet til ulike utviklingsprosjekter.

Samhandlingsprosjektet med Kongsberg kommune og Responssenteret har fått tildelt samhandlingsmidler. Administrerende direktør var på hospitering ved Blakstad sykehus og berømmer dyktige medarbeidere for deres innsats. Kronprinsesse Mette-Marit og prinsesse Ingrid Alexandra besøkte Drammen sykehus i forbindelse med på Luciafeiringen.

Kommentarer i møtet

Styret takker for presentasjonen og vil samtidig takke administrasjonen og ansatte i VVHF for god innsats i året vi snart har lagt bak oss.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Driftsorienteringen fra administrerende direktør tas til orientering.

Drammen, 16. desember 2024

Siri Hatlen
styreleder

George Harold Fulford

Hans Tore Frydnes
nestleder

Robert Bjerknes

Kristin Vinje

Kari Fjellidal

Hege Mørk

Tom Roger H Frost

Toril A K Morken

Maria Josefsen Gundersen (sett)

Gry L Christoffersen

Heidi E N Haugen

Dato: 20. januar 2025
Saksbehandler: Anders Debes

Saksfremlegg

Konsernrevisjonens undersøkelse om etterlevelse og oppfølging av nasjonale faglige råd

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	4/2025	27.01.25

Forslag til vedtak

Styret tar rapporten til etterretning, og ber administrerende direktør gjennomgå konklusjon og anbefalingene i det videre arbeidet med å iverksette nødvendige tiltak.

Drammen, 20. januar 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Helsedirektoratet utarbeider nasjonale faglige retningslinjer på områder med behov for nasjonal normering. Dette skal sikre likeverdige helsetjenester og redusere uønsket variasjon i helsetilbudene.

Konsernrevisjonen gjennomførte høsten 2024 planlagt revisjon av implementering og oppfølging av nasjonale faglige retningslinjer i Vestre Viken HF. Hensikten med revisjonen var å undersøke hvordan foretaket jobber med innføring av nasjonale faglige retningslinjer innenfor områdene hjerneslag, multippel sklerose (MS) og diabetes hos voksne. Revisjonen ble gjennomført ved alle de somatiske sykehusene og baserte seg på følgende problemstillinger:

- Har foretaket et system for å implementere nasjonale faglige retningslinjer i egen praksis?
- Hvordan følger foretaket opp om at egen praksis er i tråd med nasjonale faglige retningslinjer?

Saksutredning

I Konsernrevisjonens rapport presenteres konklusjoner og anbefalinger.

Konklusjon fra rapporten

Den overordnede konklusjon er Vestre Viken må forbedre formidling og oppfølging av nasjonale faglige retningslinjer.

Konsernrevisjonen viser til at det er god oversikt over status på kvalitetsindikatorer innenfor de undersøkte områdene. Det er tydelige føringer, rutiner og sjekklister på at retningslinjer skal implementeres og etterleves. Revisjonen avdekker imidlertid at manglende koordinering er til hinder for god og målrettet informasjonsflyt til alle berørte enheter. Det er også behov for mer enhetlig oppfølging av kvalitetsindikatorerne.

I all hovedsak er det etablert lokale rutiner og retningslinjer for samme fagområde på hver av lokalisasjonene, og i mindre grad virksomhetsomfattende prosedyrer. Revisjonen viser at det er behov for større grad av standardisering i prosedyreverkene. Konsernrevisjonen presiserer at etablering av stedlig ledelse av enheter kan være til hinder for god informasjonsflyt og standardisering. Det er avgjørende å utvikle strukturer som fremmer samhandling og kommunikasjon på tvers av enheter innen samme fagområde. Dette for å motvirke utvikling av ulik praksis og uønsket variasjon. Konsernrevisjonen viser til at f.eks. felles fagråd/nettverk kan være et tiltak for å redusere uønsket variasjon på området.

Det er god oversikt over status på kvalitetsindikatorer, og de regelmessige rapporteringene fremlegges styret. Imidlertid synliggjør revisjonen at måloppnåelsen varierer og at det er uønsket variasjon innen samme fagområde. Konsernrevisjonen viser til at dersom det er manglende enhetlig oppfølging og dialog mellom klinikkleidelse, avdelingsledelse og fagmiljø kan dette føre til at viktig informasjon vedrørende pasientsikkerhet ikke blir fanget opp og håndtert, samt at styret ikke får fremlagt nødvendig informasjon.

Anbefalinger:

Følgende anbefalinger fremkommer i rapporten:

- Forsterket informasjonsdeling og koordinering på tvers av foretaket
- Tydeliggjøre kravene til oppfølging av manglende måloppnåelse på kvalitetsindikatorer mellom ledernivåene.

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør tar Konsernrevisjonens rapport til etterretning. Det vil bli iverksatt forbedringer i henhold til anbefalingene fra Konsernrevisjonen i form av en handlingsplan med tiltak.

Vedlegg: Konsernrevisjonen Rapport 2/2024-2 Nasjonale faglige retningslinjer
– implementering og etterlevelse



Konsernrevisjonen

Rapport 2/2024-2

Nasjonale faglige retningslinjer - implementering og etterlevelse

Vestre Viken HF

12.12 2024



Innhold

1. Bakgrunn og formål	3
Bakgrunn	3
Formål og problemstillinger	3
Tilnærming og avgrensning	3
Reviderte enheter	4
Metode	4
Revisjonsgrunnlag	4
2. Konklusjoner	5
Det er behov for å forbedre formidling og oppfølging av nasjonale faglige retningslinjer	5
God oversikt over kvalitetsindikatorer danner grunnlag for kvalitetsforbedring	5
Manglende koordinering i formidling av retningslinjer	8
Behov for en mer helhetlig oppfølging av kvalitets-indikatorer	9
3. Anbefalinger	10
Forsterke informasjonsdeling og koordinering på tvers av foretaket	10
Tydeliggjøre kravene til oppfølging av manglende måloppnåelse	10
Vedlegg 1 – Informasjonsgrunnlag	11
Vedlegg 2 – Revisjonskriterier	12

1. Bakgrunn og formål

Bakgrunn

En god helse- og omsorgstjeneste er avhengig av at tjenesten utnytter tilgjengelig kunnskap og erfaring. Det er avgjørende at tjenesten tar i bruk ny kunnskap samtidig som utdatert praksis avvikles. For å oppnå dette er det nødvendig med en landsdekkende enighet om hva som anses som god eller foretrukket praksis. Dette sikrer prinsippet om likeverdige og forutsigbare helsetjenester samtidig som det reduserer risikoen for uønsket variasjon.

Helsedirektoratet utarbeider nasjonale faglige retningslinjer på områder med behov for nasjonal normering. Disse retningslinjene utarbeides på fagområder med faglig uenighet og/eller variasjon i praksis. Manglende implementering av disse retningslinjene kan føre til at helsetjenester ikke leveres i samsvar med beste praksis og anerkjente metoder. Dette kan igjen gi risiko for feilbehandling og uønsket variasjon i kvaliteten på helsetjenestene.

Utarbeidelse av nye retningslinjer skal ta utgangspunkt i et omfattende metodisk rammeverk, og anbefalingene i retningslinjen skal bygge på kunnskapsbasert praksis.

Relevante resultat fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre og nasjonale helseatlas samles og publiseres av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE). Registrene viser måloppnåelse og kvalitet på et stort utvalg fagområder og et utvalg indikatorer. SKDE publiserer også årsrapporter fra de ulike registrene som viser måloppnåelse på alle indikatorene fra de nasjonale faglige retningslinjene. Dette kan brukes til å måle etterlevelse av retningslinjene og gi foretaket et grunnlag for å vurdere om deres behandlingstilbud følger beste praksis.

Formål og problemstillinger

Formålet med revisjonen har vært å undersøke hvordan helseforetakene i regionen jobber med å innføre nasjonale faglige retningslinjer og sikre at disse tas i bruk og følges opp.

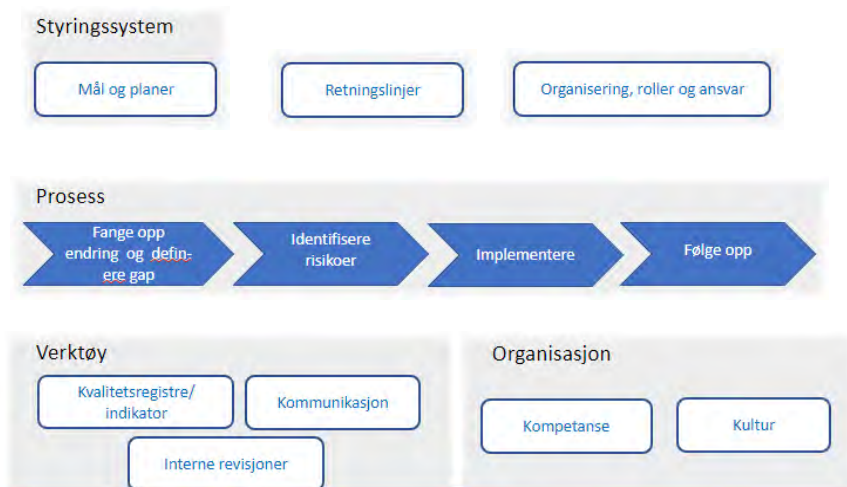
Det er utarbeidet følgende problemstillinger:

- Har foretaket et system for å implementere nasjonale faglige retningslinjer i egen praksis?
- Hvordan følger foretaket opp om egen praksis er i tråd med nasjonale faglige retningslinjer?

Tilnærming og avgrensning

Revisjonen omfatter nasjonale faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet for hjerneslag, diabetes hos voksne og multippel sklerose (MS).

Vi har undersøkt hvordan helseforetaket implementerer og følger opp disse retningslinjene, inkludert etablering av systemer for å fange opp nye eller reviderte retningslinjer, kartlegging av gap mellom etablert og ny praksis, og gjennomføring av risikoanalyser. Revisjonen har også vurdert om tiltakene for implementering har gitt ønsket effekt, og om tilgjengelig informasjon brukes til å følge opp etterlevelsen av retningslinjene. Se figur 1.



Figur 1 Elementer som er brukt i tilnærmingen

I revisjonen er det ikke vurdert om kvaliteten på pasientbehandlingen er i tråd med de nasjonale føringene, for eksempel ved å gjennomgå journaler. Vi har heller ikke vurdert om dagens rutiner og prosedyrer knyttet til pasientbehandlingen er hensiktsmessige og tilstrekkelige.

Reviderte enheter

Revisjonen er gjennomført ved sykehusene i Drammen, Ringerike, Bærum og Kongsberg. Revisjonen har sett på hvordan retningslinjene implementeres og følges opp på tvers av lokasjonene for å identifisere eventuelle utfordringer og muligheter for forbedring.

Metode

Revisjonen er gjennomført ved bruk av intervjuer, dokumentgjennomgang og informasjon fra kvalitetsregistrene. Det er gjennomført intervjuer med klinikkdirektører, fagsjefer, avdelingssjefer, samt overleger med medisinskfaglige ansvar for de reviderte fagområdene. Det er også gjennomført intervjuer med administrerende direktør og fagdirektør.

I denne gjennomgangen har vi benyttet data fra de nasjonale kvalitetsregistrene og resultater i årsrapportene for å få en indikasjon på etterlevelse av de nasjonale faglige retningslinjene. Årsrapportene er benyttet for å vise måloppnåelse for alle kvalitetsindikatorne som er anbefalt i de utvalgte retningslinjene, da kvalitetsregistrene kun gjengir et utvalg av kvalitetsindikatorne.

Revisjonsgrunnlag

Revisjonsgrunnlaget er lover og forskrifter som pasient- og brukerrettighetsloven, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, nasjonale faglige retningslinjer, rammeverk for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll i Helse Sør-Øst og andre styrende dokumenter på området.

Revisjonskriteriene som er lagt til grunn er vist i vedlegg 2.

2. Konklusjoner

Det er behov for å forbedre formidling og oppfølging av nasjonale faglige retningslinjer

Formålet med Nasjonale faglige retningslinjer er å sikre likeverdige og forutsigbare helsetjenester og redusere uønsket variasjon. God implementering er nødvendig for å ta i bruk ny kunnskap og fase ut utdatert praksis. Etterlevelse av retningslinjene avhenger av implementering, bruk av kvalitetsindikatorer for å monitorere kvaliteten, og fullstendig registrering i tilhørende registre.

Revisjonen viser at det generelt er god oversikt over status på kvalitetsindikatorer innenfor de undersøkte fagområdene. Klinikken iverksetter prosjekter for å heve kvaliteten dersom indikatorer viser lav eller fallende måloppnåelse. Revisjonen viste samtidig at manglende registrering av data i enkelte registre gjør at måloppnåelsen i registeret fremstår som lav.

Ledelsen i helseforetaket har en tydelig forventning om at retningslinjene skal implementeres og etterleves. Det er etablert rutiner og sjekklister for å støtte dette arbeidet. Imidlertid viser revisjonen at manglende koordinering er til hinder for at informasjon om endringer når alle berørte enheter.

Ledelsen forventer også at fagmiljøene rapporterer til avdelingssjef og kvalitetsutvalg dersom fagområder har manglende måloppnåelse. Etterspørsel etter resultater og måloppnåelse på de reviderte områdene varierer mellom fagområdene og sykehusene. Det er også variasjoner i hvilken grad fagområdene selv rapporterer om utfordringer. Det er heller ikke tydelig hvordan foretaket sikrer lik praksis på alle lokasjoner.

Vår overordnede konklusjon er at det er nødvendig å forbedre formidling og oppfølging av nasjonale faglige retningslinjer.

Konklusjonen bygger på følgende observasjoner:

- God oversikt over kvalitetsindikatorer danner grunnlag for kvalitetsforbedring
- Manglende koordinering i formidling av retningslinjer
- Behov for en mer helhetlig oppfølging av kvalitetsindikatorer

God oversikt over kvalitetsindikatorer danner grunnlag for kvalitetsforbedring

Medisinske kvalitetsregistre gir informasjon om behandlingskvalitet som kan bidra til å forbedre helsetjenesten, og sikre lik og høy kvalitet ved alle helseforetak. Årsrapportene inneholder flere kvalitetsindikatorer enn kvalitetsregisteret som vises på SKDE sine nettsider. Årsrapportene gir derfor et mer fullstendig bilde av etterlevelsen av de nasjonale retningslinjene.

Ledelsen i helseforetaket forventer at avdelingene bruker resultater fra kvalitetsregistrene og årsrapportene for å følge med på egen utvikling og måloppnåelse, og for å sette inn tiltak når det er behov for det. Under omtaler vi resultater for kvalitetsindikatorerne på de tre utvalgte fagområdene.

Diabetes – måloppnåelse på kvalitetsindikatorer

Helseforetaket har etablert diabetespoliklinikker ved alle sykehusene, men på Ringerike sykehus er pasientene ikke registrert i kvalitetsregisteret for diabetes; Noklus. Det er derfor ikke høy nok dekningsgrad til at resultater vises i kvalitetsregisteret eller i årsrapporten for 2023.

Tabell 1 viser poliklinikkens resultater for anbefalte kvalitetsindikatorer i de nasjonale retningslinjene for diabetes for voksne. Tabellen viser at poli-

klivkikkene i hovedsak har høy til moderat måloppnåelse på indikatorer knyttet til obligatoriske undersøkelser i pasientbehandlingen. Den største utfordringen for poliklinikkene er måling av fotpuls og monofilament (følsomhet for trykk under foten). Mellom 25 og 30 prosent av pasientene som har hatt diabetes i mer enn 10 år har ikke fått målt monofilament siste 15 måneder.

Kvalitetsindikatorer	Drammen	Bærum	Kongsberg
HbA1c 53	37,5	35,9	37,8
Mål over 32 %			
HbA1c 75	9,7	10,4	8,1
Mål under 12%			
HbA1c 58	58	57	57
Mål mer enn 50 %			
%-andel målt LDL	98	97	100
Mål mer enn 95 %			
%-andel målt blodtrykk	87	91	81
Mål mer enn 95 %			
Kartlagt røykevaner	94	97	91
Målt høyde	97	98	96
Målt vekt	79	79	87
Mål over 95 %			
Øyebunnsundersøkelse	75	81	83
Mål over 90 %			
Målt monofilament	67	69	71
Mål over 90 %			
Målt fotpuls årlig	61	64	68
Mål over 90 %			
%-andel som aldri har målt monofilament	6	7	8
%-andel med diabetes mer enn 10 år som ikke har målt monofilament siste 15 md	30	28	25
%-andel med diabetes mer enn 5 år som har målt monofilament siste 15 md	83	83	83

Tabell 1 Resultater fra Norsk diabetesregister for voksne, årsrapport 2023

Videre viser en brukerundersøkelse, gjengitt i årsrapporten, at Vestre Viken ligger rundt landsgjennomsnittet på opplevelse av diabetesrelatert bekymring og stress, og på opplevelse av trivsel og velvære. 96,3 prosent av pasientene

ved Drammen sykehus svarer at de har snakket med lege på poliklinikken. Landsgjennomsnittet er på 93,8 prosent.

Revisjonen har fått opplyst at det har vært utfordringer med legedekning på Ringerike sykehus. Fra januar 2024 har Bærum sykehus overtatt ansvaret for oppfølging av disse diabetespasientene.

Hjerneslag – måloppnåelse på kvalitetsindikatorer

Pasienter med hjerneslag behandles ved alle sykehusene i Vestre Viken. Tabell 2 viser at måloppnåelsen i hovedsak er innenfor eller ligger tett opptil måltallene.

Gjennomgangen viser at manglende måloppnåelse på enkelte indikatorer medfører at det igangsettes lokale prosjekter for å bedre måloppnåelsen. Resultatene for 2023 viser at Bærum sykehus har lav måloppnåelse på test av svelgfunksjon. Det ble opplyst at Bærum sykehus i 2024, etter å ha gått gjennom resultatene i årsrapporten, har satt i gang tiltak på dette området.

Ved å bruke data fra Norsk hjerneslagregister kan foretak og sykehus raskt avdekke praksis som ikke er i henhold til nasjonale faglige retningslinjer. Kongsberg sykehus og Bærum sykehus har over to år jobbet med å forbedre hhv. indikator F og H, og D. Dette har ført til vesentlig økt måloppnåelse på disse indikatorene for begge sykehusene.

Kvalitetsindikatorer	Drammen	Bærum	Kongsberg	Ringerike
A: Dekningsgrad	96	93	94	89
Mål 90 %				
B: Andel innlagt i slagenhet innen tre timer etter ankomst	92	79	86	79
Mål 90 %				
C: Andel behandlet i slagenhet	98	95	96	91
Mål 90 %				
D: andel trombolysbehandlet	18	21	22	21
Mål 20 %				

E: Andel behandlet med trombolyse innen 30 min Mål 50 %	40	49	38	38
F: Andel vurdert svelgfunksjon Mål 95 %	93	83	96	90
G: Andel utskrevet med antitrombotisk behandling Mål 95 %	95	94	94	91
H: Andel utskrevet med antikoagulasjon Mål 70 %	70	83	83	70
I: Andel utskrevet med blodtrykksenkende Mål 70 %	76	66	66	74
J: Andel utskrevet med statiner/lipidsenkende Mål 75 %	84	92	83	86
K: Andel med tverrfaglig funksjonsvurdering Mål 80 %	63	76	68	55
L: Andel med innhentet status etter 3 md Mål 80 %	82	84	49	88

Tabell 2 Resultater fra Norsk hjerneslagregister, årsrapport for 2023

Brukerundersøkelser viser at Vestre Viken skårer blant de høyeste på landsbasis på indikatorene; andel pasienter som er selvhjulpne, får dekket sitt hjelpebehov og treningsbehov tre måneder etter hjerneslaget.

Multipel sklerose – måloppnåelse på kvalitetsindikatorer

Helseforetaket har en felles enhet ved Drammen sykehus som behandler MS-pasienter. Tabell 3 viser manglende måloppnåelse på flere indikatorer. Gjennomgangen viser at dette hovedsakelig skyldes manglende registrering av opplysninger etter at pasientene har startet behandlingen. Ifølge forskrift om medisinske kvalitetsregistre er det et krav at helsepersonell og virksomheter innen spesialisthelsetjenesten rapporterer nødvendige og relevante

helseopplysninger til nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Dette er viktig for å sikre kvaliteten på helsetjenestene og for å kunne forbedre behandlingen av pasienter.

Årsrapporten fremhever at data fra MS-registeret blir stadig viktigere for vitenskapelige publikasjoner. Når helseopplysninger ikke blir registrert som de skal, svekkes datagrunnlaget, noe som kan påvirke kvaliteten og påliteligheten til forskningen.

Kvalitetsindikatorer	Vestre Viken HF
Høyeffektiv behandling Mål over 75 %	100
Tid fra debut til diagnose Mål over 80 %	89
Tid fra diagnose til behandling Mål over 75 %	69
Oppdatert behandlingsstatus Mål over 80 %	28
MR	49
Tid fra henvisning til diagnose Mål over 75 %	35
Attakkstatus siste år Mål over 75 %	25
EDSS Mål over 75 %	18

Tabell 3 Resultater fra Norsk multipel sklerose register og biobank, årsrapport 2023

Brukerundersøkelsene i årsrapporten viser at Vestre Viken ligger over landssnittet på om pasientene opplever god fysisk og psykisk helse.

Konsekvenser ved manglende registrering i kvalitetsregistre

Selv om foretaket viser at de har god oversikt over kvalitetsindikatorer, vurderer konsernrevisjonen at årsrapportene burde utnyttes bedre til å identifisere tiltak og inngå som en del av periodisk rapportering og oppfølging av kvalitet.

Konsernrevisjonen vurderer at manglende registrering i kvalitetsregistre svekker helseforetakets mulighet til å vurdere kvaliteten på behandlingen som tilbys, og om det er variasjoner i kvalitet og måloppnåelse over tid som det er nødvendig å håndtere.

Manglende koordinering i formidling av retningslinjer

For å sikre at nasjonale faglige retningslinjer implementeres og etterleves bør det være etablert en systematikk som sikrer at endringer i retningslinjer fanges opp og videreformidles. Videre bør det være en systematikk som sikrer at gap mellom dagens praksis og endrede krav i retningslinjer identifiseres. Det bør utarbeides en plan for hvordan implementeringen skal gjøres, og beslutninger om å endre praksis må forankres i ledelsen og hos ansatte. Videre bør det følges med på at endringene vedvarer for å sikre beste praksis over tid¹

Nasjonale faglige retningslinjer publiseres på Helsedirektoratets hjemmesider, og sendes til de regionale helseforetakene og til helseforetakene. Gjennomgangen viser at retningslinjene i Vestre Viken HF distribueres internt fra fagdirektør til aktuelle klinikker og avdelinger. Det er en forventning om at informasjonen videresendes til aktuelt fagmiljø og forankres der.

Vestre Viken HF er organisert med to store og to mindre sykehus, hvert med stedlig ledelse. Gjennomgangen viser at kommunikasjonslinjene i stor grad går fra Drammen sykehus til Kongsberg sykehus, og fra Bærum sykehus til Ringerike sykehus, og i mindre grad fra sentralt hold til alle sykehusene. Det fremkommer også at det kan oppleves som tilfeldig om fagmiljøene ved de to mindre sykehusene får informasjon om endringer, og hvor informasjonen kommer fra. Det synes også som om det er mindre kommunikasjon og faglig samarbeid mellom sykehusene i Drammen og Bærum utover direkte pasientbehandling.

Helse Sør-Øst RHF har opprettet flere regionale fagråd der en sentral oppgave er å bidra til faglig utvikling og koordinering på tvers av sykehusene, slik at

praksis i regionen blir mest mulig likeverdig. Det er imidlertid ikke opprettet fagråd eller fagnettverk på de reviderte fagområdene i VVHF.

Gjennomgangen viser at det er etablert en systematikk i implementering av retningslinjer. Det er rutiner og sjekklister til støtte for implementering, og det benyttes lokale forbedringsteam og metodikk. Analyser for å synliggjøre gap mellom etablert praksis og nye retningslinjer gjennomføres i noen grad. Administrerende direktør og klinikkledelse involveres dersom nye eller reviderte retningslinjer krever økonomiske, administrative eller organisatoriske endringer.

Revisjonen viser også at det i stor grad er etablert lokale fagprosedyrer for samme fagområde på hver klinikk. Fagprosedyrene er i mindre grad virksomhets- eller klinikkovergripende. Konsernrevisjonen erfarer at det på diabetesområdet er utarbeidet en prosedyre som er felles for sykehusene i Drammen og Kongsberg, mens Bærum sykehus har egen prosedyre. For hjerneslag er det etablert en felles prosedyre for hele virksomheten med lokale prosedyrer som er tilpasset lokale behov, som for eksempel lokale bygningsmessige forhold.

Det opplyses om at det store omfanget av prosedyrer gjør at det kan være vanskelig å finne frem til riktig prosedyre, og at det er ønskelig med en større grad av standardisering. Videre opplyses det at foretaket i tilknytning til nytt sykehus i Drammen, har igangsatt et arbeid for å utarbeide virksomhetsovergripende prosedyrer på flere områder.

Konsekvenser ved manglende koordinering i formidling av retningslinjer

Konsernrevisjonen vurderer at organiseringen av helseforetaket, hvor det på de reviderte områdene er tydelige akser mellom Drammen- og Kongsberg sykehus og mellom Bærum- og Ringerike sykehus, kan være til hinder for god informasjonsflyt. Ved etablering av enheter med stedlig ledelse er det avgjørende å utvikle strukturer som fremmer samhandling og kommunikasjon

¹ Regional utviklingsplan 2040 HSØ

på tvers for å motvirke ulik praksis og uønsket variasjon. Konsernrevisjonen vurderer videre at etablering av et felles fagråd eller fagnettverk som favner alle lokasjonene kan bøte på de utfordringene vi ser knyttet til mangelfull informasjonsflyt mellom enhetene.

Gjennomgangen viser at de de små sykehusene har hatt god støtte ved å kunne lene seg på de store, men i denne sammenhengen utnyttes ikke potensialet for informasjonsflyt fullt ut fordi informasjon ikke deles på tvers mellom sykehusene. Aksedelingen i foretaket kan medføre at fagmiljøene i stor grad forholder seg til «sin akse», som igjen gir risiko for svekket samhandling og koordinering på tvers i helseforetaket. Dette forsterkes når det ikke er utarbeidet virksomhetsovergrepene prosedyrer, noe som igjen kan medføre ulik tilnærming i behandlingen og uønsket variasjon.

Revisjonen viser også at informasjon om endringer i retningslinjer ikke alltid kommer frem til fagmiljøene ved de mindre sykehusene. Konsernrevisjonen vurderer at dette kan øke risikoen for uønsket variasjon i pasientbehandlingen.

Behov for en mer helhetlig oppfølging av kvalitetsindikatorer

For å sikre at nasjonale faglige retningslinjer etterleves på en systematisk og effektiv måte, er det avgjørende at det er etablerte rutiner for oppfølging og rapportering. Resultater fra kvalitetsregistrene kan videre bidra til å beskrive ulik praksis og etterlevelse av faglige retningslinjer som har betydning for behandlingsutfallet. Bruk av kliniske fagrevisjoner kan avdekke om praksis er i samsvar med beste praksis.²

Proseduren VV Risikostyring rammeverk, prinsipper og politikk beskriver en risikobasert tilnærming for ledelses- og styringsprosesser og pasientbehandling. Det skal gjennomføres månedlig resultatoppfølging i klinikkene. Rapportering på måloppnåelse på kvalitetsindikatorer skal gjennomføres tertialvis. Det er videre en forventning fra ledelsen om at det rapporteres fra fagmiljøene til

avdelingssjef og kvalitetsutvalg dersom fagområder har manglende måloppnåelse på kvalitetsindikatorer.

Gjennomgangen viser at kvalitetsindikatorer som inngår i lederavtaler har særlig oppmerksomhet i oppfølging og rapportering. Ingen av kvalitetsindikatorerne på de reviderte fagområdene er nevnt i lederavtaler for 2024. Vi ser også at enkelte av lederavtalene på fagområdene for hjerneslag og diabetes har krav til måloppnåelse på kvalitetsindikatorer for andre fagområder (operasjon av hoftebrudd innen 24 timer). Det fremkommer et ønske i fagmiljøene om større fleksibilitet med tanke på å innlemme indikatorer i lederavtalene for på den måten få større oppmerksomhet rundt oppfølgingen av disse.

Gjennomgangen viser også at foretaksledelsen i sin oppfølging forholder seg til de nasjonale kvalitetsindikatorerne i [Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre](#). Årsrapporter fra det enkelte fagområde er mer detaljerte og formidles til fagmiljøene for gjennomgang der. I hvilken grad resultater og måloppnåelse på de reviderte områdene etterspørres i oppfølgingsmøter mellom nivåene varierer. Det er også noe ulikt i hvilken grad fagområdene aktivt rapporterer videre om manglende måloppnåelse.

Konsekvenser ved manglende helhetlig oppfølging av kvalitetsindikatorer

Helseforetaket har god oversikt over status på kvalitetsindikatorer og bruker kvalitetsregistre og årsrapporter aktivt. Likevel ser vi at rapporteringen av måloppnåelse på indikatorer varierer, både mellom sykehus og fagmiljø. Dette kan føre til at viktig informasjon som påvirker pasientsikkerheten ikke blir fanget opp og håndtert. Konsernrevisjonen vurderer at det er avgjørende at resultater og grad av måloppnåelse etterspørres og rapporteres i den løpende dialogen mellom klinikkledelse, avdelingsledelse og fagmiljø.

Konsernrevisjonen vurderer videre at dersom det er svakheter i rapportering og oppfølging, vil heller ikke styret få nødvendig informasjon til å ivareta sitt ansvar.

² Regional utviklingsplan 2040 HSØ

3. Anbefalinger

For å sikre likeverdige helsetjenester og redusere uønsket variasjon er det nødvendig å ha et system for å ta i bruk ny kunnskap samtidig som utdatert praksis fases ut. Nasjonale faglige retningslinjer etableres for å sikre at beste praksis og anerkjente metoder tas i bruk. For å kunne monitorere egen praksis og etterlevelse er det avgjørende at kvalitetsindikatorer som måler etterlevelse anvendes, og at dette følges opp systematisk i linjen.

Basert på konsernrevisjonens observasjoner og vurderinger anbefaler vi følgende:

Forsterke informasjonsdeling og koordinering på tvers av foretaket

Foretaket bør forsterke informasjonsdeling og koordinering på tvers av foretaket ved endringer i nasjonale faglige retningslinjer.

Tydeliggjøre kravene til oppfølging av manglende måloppnåelse

Foretaket bør tydeliggjøre hvordan manglende måloppnåelse på kvalitetsindikatorer skal rapporteres og følges opp mellom ledernivåene.

Vedlegg 1 – Informasjonsgrunnlag

Dokumentasjon
Helsedirektoratet Diabetes. Nasjonal faglig retningslinje Først publisert: 14. september 2016. Siste faglige endring: 30. juni 2023
Helsedirektoratet. Multippel sklerose, Nasjonal faglig retningslinje. Først publisert: 30. mai 2017. Siste faglige endring: 18. april 2023
Helsedirektoratet. Hjerneslag. Nasjonal faglig retningslinje Først publisert: 30. november 2017. Siste faglige endring: 27. april 2020
Årsrapport for 2023 Norsk diabetesregister for voksne. Data fra diabetespoliklinikker Diabetes type 1 (Noklus)
Norsk multippel sklerose register og biobank. Årsrapport 2023
Norsk hjerneslagregister. Årsrapport 2023
Rutiner og prosedyrer
Styresaker og handlingsplaner
Lederavtaler

Vedlegg 2 – Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er lagt til grunn i revisjonen:

- Det er etablert et system som sikrer at nye eller oppdaterte (reviderte) nasjonale faglige retningslinjer fanges opp.
- Det er tydelig definert hvem som er ansvarlig for å fange opp og formidle nye eller endrede nasjonale faglige retningslinjer.
- Det er etablert klare retningslinjer og prosedyrer for implementering av nye nasjonale retningslinjer eller endringer i retningslinjer, inkludert roller og ansvar for ulike aktører i organisasjonen.
- Foretaket kartlegger hva som er gapet mellom nåværende praksis og ny eller endret retningslinje.
- Det er gjennomført risikoanalyser for å identifisere potensielle utfordringer og konsekvenser for foretaket når ny eller endret retningslinje skal implementeres.
- Det er utarbeidet planer for å håndtere identifiserte risikoer og sikre at helseforetaket er forberedt på eventuelle negative konsekvenser av endringer i retningslinjene.
- Det er etablert prosesser for implementering på ulike nivå i organisasjonen.
- Helseforetaket har etablert tiltak som sikrer gjennomføring av implementeringsprosessen.
- Helseforetaket har implementert retningslinjene på de aktuelle områdene som omfattes av revisjonen.
- Helseforetaket følger opp at ny praksis er innført og etterleves.
- Helseforetaket bruker kvalitetsregistre og indikatorer for å måle i hvilken grad praksis samsvarer med de fastsatte retningslinjene.
- Det gjennomføres regelmessige interne revisjoner eller kvalitetskontroller for å vurdere om praksis er i samsvar med retningslinjene.

Om konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst

Konsernrevisjonen er organisert direkte under styret i Helse Sør-Øst RHF og rapporterer funksjonelt til styrets revisjonsutvalg og administrativt til administrerende direktør i det regionale helseforetaket. Våre rapporter behandles av styret i det reviderte helseforetak.

Konsernrevisjonen ble etablert i 2005, og er fra 1. januar 2013 hjemlet i helseforetaksloven § 37a.

Konsernrevisjon skal på vegne av styret i Helse Sør-Øst RHF bidra til forbedring i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst RHF og underliggende helseforetak.

Vår visjon

Konsernrevisjonen skal være en etterspurt bidragsyter til læring og forbedring i Helse Sør-Øst og gjennom dette bidra til bedre helsetjenester.

Dette skal vi oppnå gjennom:

- Relevante revisjons- og rådgivningsoppdrag som skaper innsikt
- Effektiv kommunikasjon og godt samarbeid
- Deling av erfaringer og læringspunkter på tvers av helseforetakene

Om revisjonsprosjektet

Revisjonsperiode: August – desember 2024

Virksomhet: Vestre Viken HF

Oppdragsgiver: Styret i Helse Sør-Øst RHF

Revisorer:

- Espen Anderssen (oppdragseier)
- Tove Farstad (oppdragsleder)
- Hanne Eide (internrevisor)
- Runa Stokke (internrevisor)

Rapporten er oversendt til:

- Styret i Vestre Viken HF
- Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF
- Revisjonsutvalget i Helse Sør-Øst RHF

Konsernrevisjonens rapporter

Rapporter er tilgjengelig på følgende web-adresse:

<https://www.helse-sorost.no/om-oss/styret/konsernrevisjonen>

Dato: 20. januar 2025
Saksbehandler: Anders Debes

Saksfremlegg

Status kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet – Rapport utvalgte kvalitetsindikatorer for 2024

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	5/2025	27. 01.2025

Forslag til vedtak

Styret tar gjennomgang av status for arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet til orientering.

Drammen, 20. januar 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgsektoren er førende for arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Forskriften skal gjennom å gi tydeligere og mer tjenestetilpassede krav bidra til å gi helseforetaket et godt verktøy for systematisk styring og ledelse, samt kontinuerlig forbedring. I kravet ligger det en plikt til å ha rutiner for systematiske gjennomganger av virksomhetens tjenester og resultater. Gjennomgangen skal identifisere de aktiviteter eller prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverk. I Oppdrag- og bestillerdokumentet til Vestre Viken HF for 2024 viste HSØ RHF til at økt bruk av helsedata blant annet skal vektlegges i arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Saksutredning

Vestre Viken HF arbeider systematisk for å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet. I klinikkene jobbes det kontinuerlig med forbedring av forløp og arbeidsprosesser. I Stab medisin og helsefag har *fagområdet Team Pasientsikkerhet* som oppgave å gjennomgå alvorlige utilsiktede hendelser, følge med på trender, samt ha oversikt over kvalitetsindikatorer, resultater fra kreftregisteret og tilbakemeldinger fra myndigheter. Det skal iverksettes tiltak for risikoområder eller områder med lav måloppnåelse.

Kvalitetsindikatorer og medisinske kvalitetsregistre

Kvalitetsindikatorer hentes fra ulike helseregistre. Det er nasjonalt etablert 53 medisinske registre, som inneholder i alt 188 nasjonale kvalitetsindikatorer, fordelt på 36 i psykisk helse og rus og 152 i somatikk. Kvalitetsindikatorer er statistikk som bidrar til å belyse kvaliteten i tjenesten. I tillegg er Norsk Helseatlas etablert i 2015. Helseatlas sammenlikner befolkningens bruk av helsetjenester i forskjellige geografiske områder, uavhengig av hvilket sted pasientene behandles.

5. desember 2024 ble det publisert en ny rapport med 34 utvalgte nasjonale kvalitetsindikatorer med resultater fra 2024 (for noen av indikatorene foreligger resultater kun for 2023 foreløpig).

Diabetes type 1 hos barn

VV har bedre resultater enn gjennomsnittet for andel barn med diabetes type 1 som oppnår behandlingsmålene (HbA1c <48 mmol/ml, nytt referanseområde derfor kun tall fra 2023)). 29,2% av barna oppnår behandlingsmål, mot nasjonalt gjennomsnitt 24,8%. Imidlertid er en noe høyere andel enn gjennomsnittet innlagt med alvorlige akutte komplikasjoner.

Fødsel

VV har færre fødsler uten komplikasjoner, lavere andel keisersnitt, færre fødselsrifter, lavere andel igangsettelse (induksjon) enn landsgjennomsnittet, men en noe høyere andel som får ristimulerende midler under fødsel. Samtidig har vi blant den laveste dødeligheten i nyfødstperioden og en lavere andel dødfødte barn.

Hjerte/karsykdommer

VV har høy måloppnåelse (over landsgjennomsnittet) for legemiddelbehandling i tråd med nasjonale retningslinjer etter operasjon for trangere blodårer i beina, utposning på hovedpulsåren og halspulsårene (85-100%) og akutt trombolysbehandling innen 40 minutter etter innleggelse. Det er moderat måloppnåelse for behandling av hjerneslag (testing av svelgfunksjon, trombolysbehandling ved blodpropp i hjernen og andel behandlet i slagenhet. Det er lav måloppnåelse for gjennomført tverrfaglig funksjonsvurdering innen anbefalt tid.

Kreftbehandling

VV ligger helt i topp når det gjelder å inkludere nye kreftpasienter i pakkeforløp (85%, mål >70%) for 22 utvalgte kreftformer og over landsgjennomsnittet for gjennomføring av

diagnostisk pakkeforløp 77%, mål >70%), men fortsatt lavere på gjennomsnittlig andel gjennomført pakkeforløp innen anbefalt tid (59%, mål >70%). Det er iverksatt økt innsats på området, med en medisinsk rådgiver som har dette som en av hovedoppgavene sine, samt at det skal gjennomføres oppfølgingsmøter med forløpseiere for forløp med lavere måloppnåelse.

Infeksjoner/antibiotikabruk

VV har generelt gode resultater på forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner på sykehus, alle indikatorene ligger bedre enn landsgjennomsnittet og noen ligger helt i topp. Samtidig ser vi at bruk av et utvalg bredspektrede antibiotika ligger høyere enn landsgjennomsnittet (liten økning dette tertialet fra 16,6-17,4 DDD/100 liggedøgn), landsgjennomsnittet 16,3%).

Hoftebrudd

Andelen hoftebrudd operert innen 24 timer ligger stabilt på omkring 64%, over landsgjennomsnittet på 57%. Andelen operert innen 48 timer er økt og ligger nå på 96%, landsgjennomsnittet er 93%.

Psykisk helse og rus

Andelen barn og unge med rett til prioritert helsehjelp i psykisk helsevern med påstartet helsehjelp innen 65 dager ligger stabilt over 99% og er helt i toppen. Kvalitetsmål som går på epikrisetid i psykisk helsevern og rusbehandlingen er i hovedtrekk gode, og over nasjonalt gjennomsnitt, men innenfor VOP er det forbedringspotensiale for å få sendt ut epikrisene innen 1 døgn (andel 65%, mål >70%).

Administrerende direktørs vurdering

Gjennom lederavtalene er kvalitetsindikatorene en del av virksomhetsstyringen i Vestre Viken HF, og disse brukes aktivt i arbeidet med kvalitetsforbedring og forskning. Rapportering på utvalgte kvalitetsindikatorer følger den ordinære resultatrapporteringen tertialvis. Kvalitetsindikatorene som er presentert her, viser at Vestre Viken HF innenfor de fleste områder ligger bedre enn gjennomsnittet, men at det også er områder der det er behov for ekstra oppmerksomhet og målrettede tiltak.

Administrerende direktør anbefaler på denne bakgrunn at styret i Vestre Viken HF tar saken til orientering.

Dato: 7. januar 2025
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Kjøp av tjenesteboliger på Blakstad

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte Vestre Viken HF	6/2025	27.01.2025

Forslag til vedtak

Styret godkjenner kjøp av tjenesteboliger ved Blakstad sykehus fra Stiftelsen Emma Hjort Boligselskap.

Drammen, 20. januar 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Vestre Viken HF har en pågående prosess for salg av eiendommen Blakstad sykehus. På eiendommen eier stiftelsen Emma Hjort Boligselskap fire tjenesteboliger. Det er lagt til grunn at boligene står på festet tomt. For å kunne selge hele eiendommen Blakstad sykehus samlet, er det forhandlet frem en pris for utkjøp av boligene fra stiftelsen. Prisen baserer seg på innhentede takster fra begge parter.

Anskaffelsen er ikke inkludert i foretakets investeringsbudsjett og legges derfor frem for styret for godkjenning. Det er forutsatt at anskaffelsen formelt gjennomføres parallelt med at salg av eiendommen Blakstad sykehus finner sted, anslagsvis høsten 2025. Dette innebærer følgelig at foretaket ikke vil ha noen utlegg som belaster likviditetsbudsjettet.

Saksutredning

Det er en tydelig anbefaling fra megler at eiendommen Blakstad sykehus selges uten heftelser og som en helhetlig eiendom. I den anledning har foretaket forhandlet med stiftelsen Emma Hjort Boligselskap om å kjøpe ut tjenesteboligene som er eiet av dem. I tråd med vanlig praksis har begge parter innhentet takster og pris er avtalt på grunnlag av takstene siden dette ikke er et salg i åpent marked. Kjøpekontrakten følger vedlagt.

I hht. fullmaksstrukturen er kjøpesummen innenfor administrerende direktørs fullmakt, men er ikke inkludert i foretakets investeringsbudsjett for 2025. Saken legges derfor frem for styret til godkjenning. Det presiseres at kjøpet gjennomføres parallelt med at foretaket selger eiendommen og at det dermed ikke vil være noen likviditetsmessig belastning av foretakets budsjett.

Administrerende direktørs vurderinger

I tråd med saksfremlegg og vedlagt kjøpekontrakt ber administrerende direktør om styrets fullmakt til å inngå avtale om kjøp av tjenesteboligene eiet av stiftelsen Emma Hjort Boligselskap.

Vedlegg: 1. Kjøpekontrakt

KJØPEKONTRAKT

mellom

Stiftelsen Emma Hjorth Boligselskap

og

Vestre Viken HF

vedrørende salg av

bygg/boliger i Strandveien 48 a - d

1. PARTENE OG EIENDOMMEN

- 1.1 Stiftelsen Emma Hjorth Boligselskap, org.nr. 974 782 936, (**Selger**) eier byggene/boligene i Strandveien 48 a-d i Asker kommune (samlet **Eiendommen**).
- 1.2 Selger og Vestre Viken HF, org.nr. 894 166 762, (**Kjøper**) er enige om at Eiendommen skal overdras fra Selger til Kjøper på de vilkår som følger av denne avtalen. Kjøper eier allerede tomten som Eiendommen står på, samt resterende del av gnr. 61 bnr. 732 og 475 i Asker kommune (samlet **Blakstad-Eiendommen**).

2. KJØPESUMMEN OG EIENDOMMENS AVKASTNING OG KOSTNADER

2.1 Kjøpesummen

- 2.1.1 Kjøpesummen for Eiendommen er NOK 24 000 000 (**Kjøpesummen**).

2.2 Eiendommens avkastning og kostnader

- 2.2.1 Selger har rett til den avkastning Eiendommen gir frem til og med den dagen Kjøper overtar Eiendommen. Til samme tid svarer Selger for kostnadene ved Eiendommen.

3. OVERTAKELSE OG OPPGJØR

- 3.1 Eiendommen skal overtas av Kjøper samtidig med overtakelse og oppgjør for Kjøpers salg av Blakstad-Eiendommen, som også inkluderer Eiendommen, til tredjepart (**Overtakelse**). Kjøper skal skriftlig varsle Selger om endelig dato for Overtakelse minimum 6 måneder før Overtakelse. Kjøper kan kreve at Overtakelse gjennomføres med kortere varslingsfrist, men slik at Kjøper er innforstått med at eksisterende leiekontrakter vil måtte kunne løpe ut avtalt oppsigelsestid.
- 3.2 På Overtakelse skal Kjøper utbetale Kjøpesummen til Selgers konto 9497.05.55093 og Eiendommen blir ført overtatt av Kjøper i det Kjøpesummen er disponibel på Selgers konto.
- 3.3 Dersom Overtakelse skjer senere enn 1. august 2025, skal Kjøpesummen justeres basert på endringene i Statistisk Sentralbyrås konsumprisindeks frem til betaling finner sted, med tidspunktet for signering av denne avtalen som basis-indeks.
- 3.4 Eiendommen skal overleveres i ledig stand – og normalt ryddet og rengjort.

4. BETINGELSER FOR GJENNOMFØRING AV AVTALEN

4.1 Kjøpers betingelse

Kjøpers forpliktelse til å gjennomføre denne avtalen er betinget av at Kjøpers styre har godkjent at Kjøper erverver Eiendommen på de vilkår som følger av denne avtalen.

5. SELGERS PLIKTER FØR OVERTAKELSE

Frem til Overtakelse skal Selger sørge for:

- (a) At Eiendommen vedlikeholdes på en forsvarlig måte og i et omfang som ikke er mindre enn før signering av denne avtalen.
- (b) At Selger ikke inngår nye avtaler av betydning for Eiendommen.
- (c) At Eiendommens leiekontrakter sies opp og at samtlige leietakere fraflytter Eiendommen senest innen Overtakelse, med mindre annen skriftlig avtales med Kjøper.
- (d) Ikke å tilskynde eller foreta noe som ville utgjøre brudd på Selgers garantier i punkt 6.
- (e) Å holde Eiendommen fullverdiforsikret.
- (f) At Eiendommens arealer ryddes og rengjøres på sedvanlig måte før Overtakelse.

6. SELGERS GARANTIER

6.1 Selger garanterer det følgende overfor Kjøper ved signering av denne avtalen og ved Overtakelse, med mindre noe annet fremgår av garantiene nedenfor:

- (a) Selger har opplyst Kjøper om de omstendighetene vedrørende Eiendommen som Selger kjenner til ved signering av denne avtalen, og som Kjøper har grunn til å regne med å få. «Grunn til å regne med å få» skal forstås på samme måte som i avhendingsloven § 3-7.
- (b) De opplysninger vedrørende omstendigheter ved Eiendommen som Kjøper har mottatt fra Selgers side før signering av denne avtalen, er riktige.
- (c) At Selger eier Eiendommen.
- (d) At Eiendommen ved Overtakelse ikke er leiet ut eller på annen måte underlagt rettigheter for tredjeparter, eller at det for øvrig hefter noen avtaleforpliktelser for Eiendommen.
- (e) At det ikke foreligger skriftlige pålegg mv. fra offentlige myndigheter som gjelder Eiendommen, og som ikke er betalt eller oppfylt på annen måte.

6.2 Med forhold som **Selger kjenner til** i punkt 6.1, menes både de forhold som Selger faktisk kjenner til ved signering av denne avtalen, og de forhold som Selger ikke har en rimelig grunn til å være uvitende om på dette tidspunktet.

7. BEGRENSNINGER I SELGERS ANSVAR

7.1 Kjøpers kunnskap

Kjøper kan ikke gjøre gjeldende som brudd på punkt 6 noe som han selv faktisk kjente til ved signeringen av denne avtalen. Kjøper har selv innhentet er verdivurdering av Eiendommen fra Newsec AS, datert 10.12.24. Denne begrensningen i Selgers ansvar gjelder ikke ved brudd på punkt 6.1 (c) (*om eierskap til Eiendommen*).

7.2 Reklamasjon

Avhendingslovens regler ad. reklamasjoner gjelder også mellom partene. Med «rimelig tid» etter avhendingsloven § 4-19 (1) menes minimum én måned etter at Kjøper selv oppdaget avtalebruddet.

8. LOVVALG OG TVISTELØSNING

8.1 Denne avtalen er underlagt norsk rett. Norske lovvalsregler skal ikke kunne lede til valg av et annet lands rett.

8.2 Enhver tvist som måtte oppstå med tilknytning til denne avtale, avgjøres ved ordinær rettergang med Ringerike, Asker og Bærum tingrett som eksklusivt verneting. Kretsen av kompetente domstoler i henhold til de alminnelige regler for midlertidig sikring begrenses ikke av det som er bestemt her.

9. VEDLEGG

Vedlagt følger:

1. Firmaattester for Selger og Kjøper

10. UNDERSKRIFT

Denne avtalen er i dag underskrevet elektronisk.

[sted], [signeringsdato]

for Stiftelsen Emma Hjorth Boligselskap

for Vestre Viken HF

Narve Furnes (styreleder)

Lisbeth Sommervoll

Tor Yngve Melbye (daglig leder)

Årsplan for styret 2025

Ajourført pr. Januar 2025

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Mandag 27. januar Digitalt / teams (09.00 – 12.00)	Kjøp av tjenesteboliger Blakstad	Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport per 31. Desember 2024 og foreløpig årsresultat 2024 Kvalitetsindikatorer VVHF 	
Mandag 24. februar G 32, Drammen	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapportering pr 3. tertial 2024, inkludert risikovurdering og IKT Årlig melding 2024 Oppnevning av medlemmer i Brukerutvalget 2025 - 2027 	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr. 31. januar 2025 Utkast styrets årsberetning Årsrapport 2024 Varslingsutvalget Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> Nytt sykehus Drammen – flytteforberedelser Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet Referatsaker: <ul style="list-style-type: none"> Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 6. februar SKU 28. januar HAMU 4. februar Styrets årsplan pr februar Brukerutvalg 21. Januar 	

28. februar – foretaksmøte og felles styreseminar kl. 09.00 – 16.00 i regi av HSØ (Gardermoen)			Oppdrag og bestilling (OBD) 2025. Program formidles når dette er klart.
Mandag 31. mars Bærum sykehus	<ul style="list-style-type: none"> • Årsberetning/årsregnskap 2024 • <i>Etablering av parkeringsselskap*</i> • <i>Parkeringsløsning Brakerøya*</i> • Styrende dokumenter for VVHF 2025 • Instruks for styret i VVHF • Instruks for AD i VVHF • Ledelsens gjennomgang VVHF 2024 • Protokoll fra foretaksmøte og Oppdrag og bestilling for 2025 <p>*mars eller maimøtet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 28. februar 2024 inkl. rapportering bærekraftsplan • ØLP forutsetninger <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • Bærum sykehus • Pasientombudenes årsmelding 2024 <p>Referatsaker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 6. mars • Brukerutvalg 18. februar (25. mars) • SKU 11. mars • Styrets årsplan pr mars 	<p>Eget møte mellom styret og revisor.</p> <p>Dialog med Pasient- og brukerombudet</p>
Mandag 26. mai Kongsberg sykehus	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 1. tertial 2025 inkludert risikovurdering, bærekraftsplan og IKT • ØLP 2026 – 2029 • Styrets møteplan 2026 	<p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etiske retningslinjer i VVHF • Nytt sykehus Drammen • Kongsberg sykehus <p>Referatsaker</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 7/8. mai • HAMU 8. april • Brukerutvalg 20. mai • SKU 6. mai • Styrets årsplan pr mai 	

Mandag 16. juni Styremøte og styreseminar Drammen	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. mai 2025 Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • Status investeringsramme 2025 Referatsaker: <ul style="list-style-type: none"> • SKU 10. juni • HAMU 3. juni • Brukerutvalg 10. juni • Styrets årsplan pr juni 	Program styreseminar E-læringskurs "Etikk for alle"
20. juni - foretaksmøte kl. 09.00 – 16.00 (Grev Wedels plass 5, Oslo)			Program formidles når dette er klart
Mandag 25. august Digitalt / teams (09.00 - 11.00)		<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. juli 	
Mandag 22. september Ringerike sykehus	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr 2. tertial 2025 inkludert risikovurdering, bærekraftsplan og IKT • Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2026 	Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Ringerike sykehus • Status nytt sykehus Drammen • Forbedringsundersøkelsen 2025 Referatsaker: <ul style="list-style-type: none"> • Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 28. august • HAMU 9. september • SKU 2. september • Brukerutvalg 16. september • Styrets årsplan pr september 	Forskning i VVHF
Mandag 20. oktober	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr 30. September 2025 	Program styreseminar

Styremøte og styreseminar G 32, Drammen	<ul style="list-style-type: none"> Lønnsoppgjør 2025 for administrerende direktør 	<p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nytt sykehus Drammen Budsjett 2025 <p>Referatsaker</p> <ul style="list-style-type: none"> Styreprotokoll fra HSØ 25. september SKU 14. oktober Brukerutvalg 14. oktober Styrets årsplan pr oktober 	<p>Evaluering av styrets arbeid</p>
Mandag 17. november Nytt sykehus Drammen, Brakerøya		<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr. 31. oktober 2025 <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nytt sykehus Drammen <p>Referatsaker:</p> <ul style="list-style-type: none"> Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 23. oktober Brukerutvalg 11. November <p>Referatsaker:</p>	<p>Dialogmøte med Brukerutvalget og Ungdomsrådet.</p>
Mandag 15. desember G 32, Drammen	<ul style="list-style-type: none"> Budsjett og mål 2026 Styrets årsplan 2026 Revidering av bærekraftsplanen 	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr. 30. november 2024 <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fullmakter i VVHF Nytt sykehus Drammen <p>Referatsaker:</p> <ul style="list-style-type: none"> Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 20. november SKU 2. desember HAMU 9. desember 	

		<ul style="list-style-type: none"> • Brukerutvalg 9. desember • Styrets årsplan pr desember 	
--	--	---	--

Merk:

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

Saker til behandling på senere tidspunkt / pendingliste styremøter:

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

Bestilling fra styret	Bestillings- dato	Forventet leveranse	Status
Sak 76/2024 Strukturendringer i klinikk Psykisk Helse og Rus. Styret legger til grunn at det iverksettes tiltak for å redusere ulemper, som beskrevet i saken. Styret ønsker også å få en status på arbeidet hvert halvår	23.09.24	16.06.25	
Sak 102/2024 Status Nytt sykehus Drammen. Styret takker for en god rapport og ønsker at temaet flytteforberedelser NSD settes på dagsorden i februar møtet.	18.11.24	24.02.25	
Sak 111/2024 Bærekraftsplan versjon 2.0. Styret takker for en god presentasjon fra de fire somatiske klinikkdirektører og kommenterer at det vil være sentralt at det hentes ut gevinster fra helhetlig samarbeid i forbindelse med mer optimal ressursutnyttelse og flytting til nytt sykehus i Drammen. Styret ønsker en oppdatering fra de fire klinikkene knyttet til fremlagt skisse til plan for samarbeid på døgnposten i løpet av 1. halvår 2025.	18.12.24	16.06.24	
Sak 114/2025 Sykefraværsarbeidet i VVHF. Styret kommenterer videre at det er positivt at det vektlegges en bred og systematisk innsats for å redusere sykefraværet i helseforetaket. Styret ønsker å høre status og resultater av sykefravær sinnsatsen i et styremøte før sommeren 2025.	18.12.24	16.06.25	

