

INNKALLING TIL STYREMØTE

Styre: Sykehuset i Vestfold HF
Møtested: Sykehuset i Vestfold HF, 1.etg rom 028

Dato: **Tirsdag 28. februar 2017**
Tidspunkt: **kl. 14.00-18.00**

Følgende saker foreligger til behandling:

Sak 006/2017	Godkjenning av innkalling og saksliste	
Sak 007/2017	Godkjenning av protokoll fra ekstraordinært møte 24. januar 2017 og ordinært styremøte 22. desember 2016.	
Sak 008/2017	Årlig melding 2016	vedlegg
Sak 009/2017	Rapportering januar 2017	
Sak 010/2017	NOU 2016: 25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten - hørings svar	vedlegg
Sak 011/2017	Konsernrevisjonen "pasienter får helsehjelp innen fastsatt tid" - Handlingsplan	vedlegg
Sak 012/2017	Administrerende direktørs orientering	
Sak 013/2017	Styrets årsplan 2017 - Oppdatert	
Sak 014/2017	Eventuelt	

Vararepresentant møter kun etter særskilt innkalling.

Forfall meldes konsulent Katrine Svinterud tlf 33342075 eller e-post kachri@siv.no

Heidi Marie Petersen
Styreleder



Møteprotokoll

Styre: Sykehuset i Vestfold HF
Møtested: Sykehuset i Vestfold HF, 1.etg rom 028
Dato: 24. januar 2017
Tidspunkt: kl 14.00-15.50

Følgende medlemmer møtte:

Navn	Funksjon
Heidi M. Petersen	leder
Arne Bredvei	nestleder
Tove Kreppen Jørgensen	styremedlem
Hans August Hanssen	styremedlem
Kirsti Been Tofte	styremedlem
Christian Robak	styremedlem
Tone Woll Buer	styremedlem
Trond Hugo Haukebø	styremedlem

Fra Brukerutvalget møtte (tale- og forslagsrett):

Mona Wike	forfall
Mona Helen Knutsen	

Varamedlemmer som møtte:

Navn

Ingen

Fra administrasjonen møtte:

Adm.direktør Stein Kinserdal	
Direktør virksomhetsstyring Sven-Erik Andersen	protokollfører
Økonomidirektør Roger Gjennestad	
Kst. fagdirektør Per G. Weydahl	
Servicedirektør Jostein Todal	
Prosjektdirektør Tom Einertsen	
Klinikksjef Finn Hall	
Klinikksjef Siri V. Hammer	
Klinikksjef Jon Anders Takvam	
Klinikksjef Lene Aashein Hoffstad	
Kommunikasjonssjef Merete Bugsett Lindahl	

SAK: 003/2017 Godkjenning innkalling og saksliste

Innkalling og saksliste ble godkjent.

SAK: 004/2017 Godkjenning protokoll fra ekstraordinært møte 5. januar 2017.

Protokoll fra ekstraordinært møte 5. januar 2017 ble godkjent.

SAK: 05/2017 Tønsbergprosjektet – oppfølging av SiV-styrevedtak 2/2017

Styret i Sykehuset i Vestfold behandlet i styremøte 5. januar 2017, sak 2/2017 «Tønsbergprosjektet – Beslutningspunkt B4, godkjenning av oppstart detaljprosjektering og utbygging». Styret godkjente at Tønsbergprosjektet gjennomføres som omtalt i saken, under forutsetning av at prosjektet realiseres innenfor de rammer og målsetninger som er gitt i mandatet til forprosjektet med de kommentarer som er beskrevet i forprosjektrapporten (kortversjon). Saken er oversendt Helse Sør-Øst for videre behandling, og med anmodning om godkjenning og oppstart av detaljprosjektering og utbygging. Helse Sør-Øst legger opp til at Tønsbergprosjektet blir behandlet i HSØ-styret 2. februar 2017.

Vedtaks punkt 4 i sak 2/2017 ber om utsjekk av uavklarte forhold som omtales i saksutredningen, herunder tekniske grensesnitt, om endringene som er utført etter 11. november 2016 kan gjennomføres med tanke på logistikk og funksjonalitet, etableringen av entreprisekontrakt iht. IPD modell og ressursgruppens anbefaling og anmerkninger, jfr. utredningen i sak 2/2017, kap. 3a.

Administrerende direktør og ledelsen i Tønsbergprosjektet gjennomførte 13. januar d.å. heldagsmøte med ledelsen i Helse Sør-Øst der Tønsbergprosjektet var eneste sak på agendaen. Helse Sør-Øst ba om ytterligere utdyping av enkelte forhold, og det var enighet om at det skulle gjøres gjennom denne SiV-styresaken, som også oversendes Helse Sør-Øst til bruk i deres saksutredning til eget styre.

Hensikten med denne saken var således å svare opp både SiV-styrets vedtak i sak 2/2017, samt de temaene Helse Sør-Øst ber om for sin behandling av saken.

Enstemmig vedtak:

1. Styret anser at de uavklarte forholdene som angitt i styrets vedtak i styresak 002/2017 punkt 4 a,b,c og d er løst, og at det dermed ikke foreligger viktige uavklarte forhold.
2. Styret mener at saksutredningen svarer opp spørsmål og problemstillinger Helse Sør-Øst har bedt om at det redegjøres for.
3. Sykehuset i Vestfold skal ha en permanent helikopterlandingsplass når Tønsbergprosjektet er ferdigstilt og tatt i bruk. Dersom Tønsberg kommune ikke godkjenner bruk av nåværende helikopterlandingsplass på permanent basis, må ny helikopterlandingsplass bygges innenfor kostnadsrammen for prosjektet (2.535 mill. kr. prisjustert).
4. Styret tar til orientering at det er etablert en «kuttliste» i tillegg til usikkerhetsavsetningen, som vil sikre et økonomisk handlingsrom innenfor



kostnadsrammen om enkelte usikkerheter skulle bli realisert, f.eks. avslag fra Tønsberg kommune på søknad om bruk av nåværende helikopterlandingsplass på permanent basis.

5. Styret ber direktøren oversende saken til HSØ for videre behandling og med anmodning om godkjenning av oppstart detaljprosjektering og utbygging.
6. Styret gir administrerende direktør mandat til å inngå kontrakt med Skanska og Cura innenfor en investeringskostnad som ikke skal overstige forprosjektkalkylen, med forbehold om B4 godkjenning fra HSØ.

Tønsberg 24. januar 2017

Sven-Erik Andersen
Protokollfører

Heidi M. Petersen
leder

Arne Bredvei
nestleder

Trond Hugo Haukebø

Christian Robak

Kirsti Been Tofte

Tove Kreppen Jørgensen

Tone Woll Buer

Hans August Hanssen

Møteprotokoll

Styre: Sykehuset i Vestfold HF
Møtested: Sykehuset i Vestfold HF, bygget til Tønsbergprosjektet
Dato: 22. desember 2016
Tidspunkt: kl 08.00-11.35

Følgende medlemmer møtte:

Navn	Funksjon	
Heidi M. Petersen	leder	
Arne Bredvei	nestleder	
Tove Kreppen Jørgensen	styremedlem	forfall
Hans August Hanssen	styremedlem	
Kirsti Been Tofte	styremedlem	
Christian Robak	styremedlem	
Tone Woll Buer	styremedlem	
Trond Hugo Haukebø	styremedlem	

Fra Brukerutvalget møtte (tale- og forslagsrett):

Mona Wike
Mona Helen Knutsen

Varamedlemmer som møtte:

Navn

Fra administrasjonen møtte:

Adm.direktør Stein Kinserdal
Direktør virksomhetsstyring Sven-Erik Andersen
Økonomidirektør Roger Gjennestad
Kst. fagdirektør Per Grunde Weydahl
Klinikksjef Siri V. Hammer
Klinikksjef Jon Anders Takvam
Klinikksjef Finn Hall
Klinikksjef Lene Aasheim Hoffstad
Klinikksjef Jørgen Einerkjær
Servicedirektør Jostein Todal
Prosjektdirektør Tom Einertsen
Økonomisjef Øyvind Rød
Kommunikasjonsrådgiver Torbjørn Endal

SAK: 064/2016 Godkjenning innkalling og saksliste

Innkalling og saksliste ble godkjent.

SAK: 065/2016 Godkjenning av protokoll fra møte 20. okt. og 16. nov. 2016

Protokollene fra 20. oktober og 16. november 2016 ble godkjent.

SAK: 066/2016 Tønsbergprosjektet – Orientering om status

Det ble i møtet informert om status knyttet til forprosjekt Tønsbergprosjektet.

Enstemmig vedtak:

Saken tas til orientering.

SAK: 067/2016 Rapportering november 2016

Helse Sør-Østs oppdrag og bestilling til SiV inneholder mange mål. HOD/HSØ har prioritert enkelte av dem, og disse følges opp månedlig og legges til grunn for rapporteringen i styremøtene.

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar rapportering for november 2016 til etterretning.
2. Styret gir alle ansatte ved SiV honnør for den store innsats som er lagt ned for å bl.a. skape aktivitetsvekst i 2016.

SAK: 068/2016 Budsjett 2017 inkl. investeringsbudsjett

Budsjettarbeidet for 2017 startet i januar i år. I løpet av året har styret behandlet

- sak 21 "Økonomisk langtidsplan 2017-2020" i mai
- sak 50 "Status i arbeidet med budsjett 2017" i oktober
- sak 60 "Status budsjett 2017" i forrige styremøte.

Disse sakene legger vesentlige føringer for budsjettforslaget for 2017. HSØ Oppdrag- og Bestilling(OBD) til SiV for 2016 har ligget til grunn for arbeidet, sammen med de signaler som har kommet under budsjettprosessen. SiV har ennå ikke mottatt verken ODB eller utkast til OBD for 2017. Det er ventet at SiV mottar første utkast til OBD rett etter årskiftet. Endelig OBD for 2017 kommer medio februar.

Enstemmig vedtak:

1. Styret vedtar budsjett 2017 med et overskudd på 85 mill kr inklusive nedskrivninger på 15 mill kr, og støtter de prioriteringer administrerende direktør har lagt inn i budsjettet
2. Styret vurderer dette som et bærekraftig økonomisk resultat i tråd med eiers forutsetninger, ved at overskuddet gir tilsvarende økning i tilgjengelige investeringsmidler.
3. Styret forutsetter at SiV legger endelig Oppdrags- og bestillerdokument til grunn for leveransene i 2017
4. Styret vedtar investeringsbudsjettet slik det er foreslått, og gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre det i tråd med HSØ likviditetsforutsetninger
5. Styret tar risikovurderingene til etterretning, og ber administrerende direktør om å følge opp de identifiserte risikoområdene.



6. Styret ber administrerende direktør holde styret orientert om utviklingen gjennom de ordinære rapporteringsrutinene.

De ansattvalgte styrerepresentantene Tone Woll Buer, Christian Robak og Trond Hugo Haukebø ba om følgende protokolltilførsel i saken:

«Om det er mulig å nå merverdikravene avhenger av om de foreslåtte risikoreduserende tiltak er realistiske og tilstrekkelige. Sentralt i videre arbeid må være å styrke kvalitet og sikre riktige prioriteringer, samtidig som kravet til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø sikres for de ansatte».

SAK: 069/2016 Oppnevning av valgstyre for valg av ansatt valgte representanter til styret i SiV HF

Inneværende to-års valgperiode for ansattvalgte styremedlemmer og varamedlemmer gjelder fram til og med 15.03.17. For kommende periode, fra 16.03.17 til 15.03.19, skal det velges 3 ansattrepresentanter som styremedlemmer med vararepresentanter.

For å gjennomføre valget, skal det oppnevnes et valgstyre i henhold til egen "valgforskrift" fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Valgstyret oppnevnes av styret.

Enstemmig vedtak:

1. Følgende oppnevnes som valgstyre ved SiV HF:
 - Vigdis Schelte, klinikkverneombud Klinikk psykisk helse og rusbehandling
 - Steinar M. Svimbil Mørken, klinikkverneombud Kirurgisk klinikk
 - Kjersti Høyen, seksjonsleder Personal
 - Gunn Heidi Brox, rådgiver Personal
2. Valgstyret oppnevner selv leder og nestleder.
3. Styret legger til grunn at den praktiske valggjennomføringen følger samordningen innen Helse Sør-Øst.

SAK: 070/2016 Nasjonale kvalitetsindikatorer pr november 2016

I styremøtene i september og desember 2013 fikk styret presentert indikatorer knyttet til kreftforløpene brystkreft, lungekreft og tykk- og endetarmskreft for hhv 1. og 2. tertial 2013.

Styret ba om å få forelagt tertialvise resultater etter hvert som de publiseres.

Videre vedtok styret i behandling av sak 019/2016 Nasjonale kvalitetsindikatorer – tredje tertial 2015, at området hjerneslag skal følges tettere av styret.

Et utvalg av Nasjonale kvalitetsindikatorer ble publisert 24. november i år.

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar saken til etterretning.
2. Styret ber om at det i styremøtet i februar 2017 orienteres nærmere om problemstillinger knyttet til nevrologisk avdeling, med vekt på status og tiltak vedr. ventetider og slagbehandling (trombolyse).

SAK: 071/2016 Adm. direktørs orientering

Adm. direktør orienterte i møtet muntlig om;

- Kvinnsland-utvalgets anbefalinger (NOU 2016:25)
- Bruk av tvang innen psykisk helsevern i SiV (klinikksjef Finn Hall orienterte)
- Artikkel i Tønsbergs Blad 22.12.16; Amk-sentralen ved SiV best i landet (og Norge ligger i verdenstoppen) mht. å tidlig identifisere hjertestans.

Enstemmig vedtak:

Adm. direktørs redegjørelse tas til orientering.

SAK: 072/2016 Styrets årsplan 2017

Møteplan 2017 for styret ved SiV HF ble vedtatt i styremøte 20.10.16 (sak 54-2016).

Med utgangspunkt i møteplanen, legges her fram årsplan for styret for 2017 til orientering.

Oversikten rommer de viktigste kjente sakene i løpet året, knyttet til ordinært oppsatte møter. Det vil bli lagt fram oppdatering av årsplanen i hvert styremøte. Ytterligere saker vil således tilkomme etter hvert, herunder løpende orienteringer om status i Tønsbergprosjektet.

Enstemmig vedtak:

Årsplan for styret 2017 tas til orientering.

SAK: 073/2016 Eventuelt

Ingen saker

Tønsberg 22. desember 2016

Sven-Erik Andersen
Protokollfører

Heidi M. Petersen
leder

Arne Bredvei
nestleder

Trond Hugo Haukebø

Christian Robak

Kirsti Been Tofte

Tove Kreppen Jørgensen

Tone Woll Buer

Hans August Hanssen

Saksframlegg til styret

Møtedato 28.02.2017

Sak nr: 008/2017

Sakstype: Beslutningssak

Saksbehandler: Sven-Erik Andersen

Årlig melding 2016

Trykte vedlegg: Utkast til Årlig melding 2016

Hensikten med saken:

Årlig melding er styrets rapportering til eier om hvordan helseforetaket har svart opp det regionale helseforetakets bestilling av helsetjenester. Årlig melding inneholder i tillegg styrets plandokument. Årlig melding leveres av alle foretak i HSØ RHF etter fast mal. Frist for oversending av Årlig melding til HSØ er 1. mars 2017. Utkast til Årlig melding 2016 forelegges styret for godkjenning og evt. innspill.

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner Årlig melding 2016.

Tønsberg, 28.02.2017

Stein Kinserdal
administrerende direktør

Fakta grunnlag:

Årlig melding er styrets rapportering til eier om hvordan Helseforetaket har svart opp RHF'ets bestilling gjennom oppdragsdokument, foretaksprotokoller og tilleggsdokumenter gjennom året.

Årlig melding skrives etter fast mal for alle helseforetak innen Helse Sør-Øst.

Del I Innledningen – gir en oversikt over oppgaver og organisering for foretaket og styrets vurdering og en mer generell tilbakemelding på hvordan oppdraget er gjennomført for 2016.

Del II er en detaljert rapportering på alle elementer i oppdragsdokumentet. Rapporten er innarbeidet som Del II i dokumentet.

Del III er styrets redegjørelse for foretakets oppfølging av den regionale Plan for strategisk utvikling, for kommende år.

Det er et krav at Brukerutvalg, foretakstillitsvalgte og hovedverneombud skal involveres i utarbeidelse av Årlig melding. Deres innspill er tatt inn i tilnærmet sin helhet.

Det er i utkastet til Årlig melding, gjennom formuleringene, lagt vekt på at dette er styrets dokument. Det er tatt utgangspunkt i de saker som styret har behandlet og de vedtak som er fattet som grunnlag for meldingen.

UTKAST pr. 28.02.17

Sykehuset i Vestfold HF

Årlig melding 2016

til Helse Sør-Øst RHF

Tønsberg, [dato]

DEL I: INNLEDNING OG SAMMENDRAG	3
1. INNLEDNING	3
1.1. Sykehuset i Vestfold HFs oppgaver og organisering	3
1.2. Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag	4
1.3. Mål for Sykehuset i Vestfold HF i 2016	5
1.4. Virksomhetsstyring - styrets arbeid med intern styring og kontroll	5
1.5. Medvirkning fra brukere og ansatte	6
2. SAMMENDRAG	10
2.1. Positive resultater og uløste utfordringer	10
2.2. Evaluering av egen virksomhet og organisering	10
DEL II: RAPPORTERINGER	12
3. RAPPORTERING FOR OVERORDNEDE MÅL	12
3.1. Oppfølging av ventetider, fristbrudd og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	12
3.2. Oppfølging av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	13
3.3. Oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet	15
4. RAPPORTERING FOR KRAV OG RAMMER 2016	21
4.1. Organisatoriske krav og rammer	21
4.2. Økonomiske krav og rammer	23
4.3. Aktivitet i 2016	24
5. ANDRE RAPPORTERINGER	25
5.1. Oppfølging av det systematiske arbeidet med beredskap og forebyggende sikkerhet	25
5.2. Oppfølging av andre oppdrag	27
DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT	28
6. UTVIKLINGSTRENDER OG RAMMEBETINGELSER	28
6.1. Faglig og demografisk utvikling	28
6.2. Forventet økonomisk utvikling	29
6.3. Personell- og kompetansebehov	30
6.4. Status og utfordringer for investeringsområder	32
7. PLANER FOR UTVIKLINGEN	33

DEL I: INNLEDNING OG SAMMENDRAG

1. INNLEDNING

1.1. Sykehuset i Vestfold HFs oppgaver og organisering

Sykehuset i Vestfold HF (SiV) er et allsidig akutt sykehus med helsetilbud til befolkningen innen somatikk, psykisk helse og rusbehandling.

Foretaket er en del av den statlige Helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst (HSØ). Helseforetaket tilbyr diagnostikk, behandling og pleie av pasienter innenfor de fleste spesialiteter og grensespecialiteter. Sykehuset har omfattende forskningsaktivitet, og driver i tillegg utbredt fagutvikling og undervisning av helsepersonell, samt av pasienter og pårørende.

I 2016 har SiV hatt drift på mange lokasjoner i Vestfold. Den somatiske delen av sykehuset har hatt drift på tre steder:

- SiV Tønsberg er helseforetakets faglige og administrative tyngdepunkt. I tillegg til planlagt virksomhet innenfor de fleste områder, er akuttfunksjonen ved SiV HF samlet i Tønsberg.
- SiV Larvik driver planlagt ortopedisk kirurgi og indremedisin. Omfattende poliklinisk aktivitet.
- Kysthospitalet ved Stavern. Kysthospitalet er organisert som en klinikk i SiV, Klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering (KFMR).

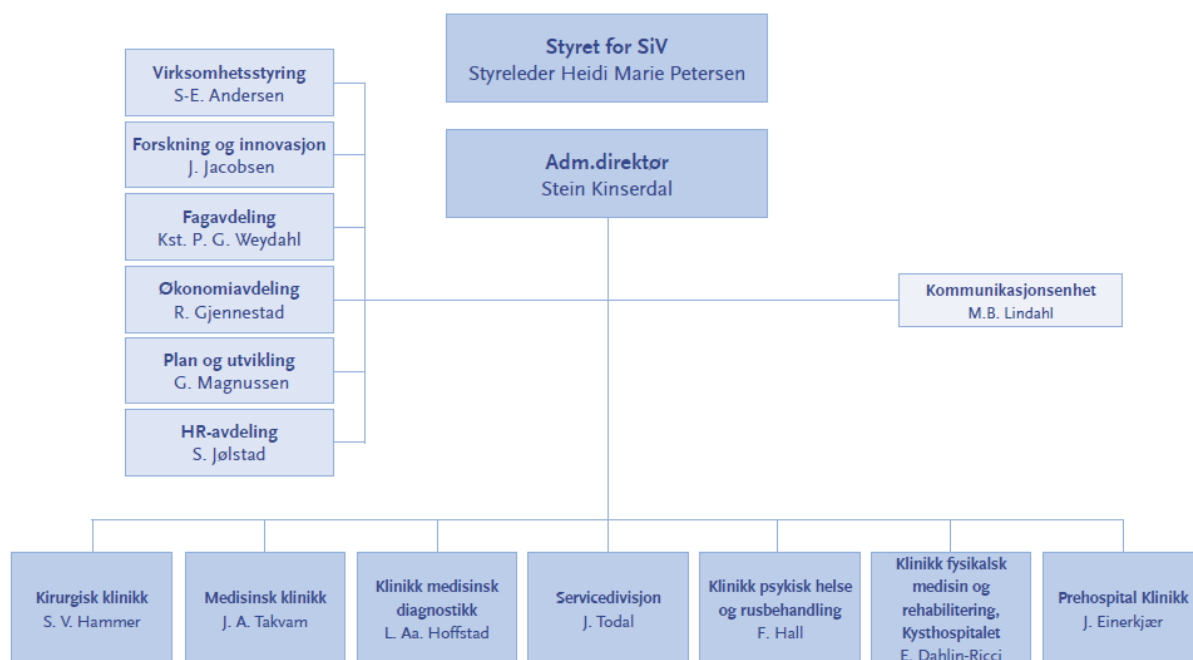
Klinikk psykisk helse og rusbehandling (KPR) har hatt drift på flere steder, basert på sin utpregete desentrale virksomhet.

Ved utgangen av desember 2016 var det ved SiV 4 141 årsverk mot 4 050 på samme tidspunkt i 2015. Dette inkluderer omregnede årsverk fra variabel lønn.

Opptaksområdet for både somatikk og psykisk helsevern og rusbehandling dekker Vestfold fylke med unntak av kommunene Svelvik og Sande, ca. 229 217 innbyggere.

I løpet av 2016 hadde sykehuset 574 757 pasientopphold. Dette er fordelt på 174 255 liggedøgn heldøgn, 21 130 dagbehandlinger og 379 372 polikliniske konsultasjoner.

Sykehuset har alle de vanlige sentralsykehusfunksjonene som ikke er sentralisert til universitetssykehusene. Organisasjonskartet nedenfor viser organiseringen i stabsavdelinger og klinikker ved utgangen av 2016. Under hver klinikk og stabsavdelinger er det avdelinger og seksjoner.



Fra 1. januar 2016 ble Prehospital etablert som egen klinikk i SiV. ST HF og SiV HF ivaretar fra samme dato ambulansetjenesten i respektive opptaksområder. Det er etablert leveranseavtaler mellom foretakene på hhv. pasienttransport og AMK.

1.2. Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Virksomheten i Sykehuset i Vestfold HF er tuftet på lovverket, med særlig vekt på helseforetaksloven, spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Rammene for virksomheten er definert nærmere i vedtektene.

Oppgaven består i å gi et kvalitetsmessig godt helsetilbud til den enkelte, basert på det samlede styringsbudskapet som Helse Sør-Øst har stilt SiV overfor. Styringsbudskapet utgjøres av det årlige Oppdrag- og bestillerdokumentet og Foretaksmøtets protokoller.

Helse Sør-Øst sin visjon er å skape:

Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi.

Helsetjenestens kvalitet måles i møte med den enkelte pasient. Helsetjenesten har ansvar for å ivareta velferdsstatens etikk og moral i tillegg til å forvalte samfunnets ressurser. I likhet med Helse Sør-Øst vil SiV drive sin virksomhet verdibasert. De tre verdiene ”kvalitet”, ”trygghet” og ”respekt” betyr i Helse Sør-Øst:

Åpenhet og involvering

- i måten vi arbeider på, i våre prosesser

Respekt og forutsigbarhet

- i måten vi møter hverandre på

Kvalitet og kunnskap

- er vår virksomhet basert på og skal våre beslutninger være bygget på.

Strategiske hovedsatsningsområder for Sykehuset i Vestfold har i de senere år vært;

- Kvalitet og pasientsikkerhet.
- Økonomi i balanse
- Styring ledelse og organisering.

Områdene er valgt for å forsterke fokuset på grunnleggende forutsetninger for å innfri SiVs rolle og oppgave som allsidig akuttisykehus for Vestfold, tillagt regionale funksjoner og å oppnå økonomi i balanse. Innenfor dette er det de siste par år vært lagt særlig fokus på;

- Legemiddelhåndtering
- Akuttkjeden
- Pasientforløp.

1.3. Mål for Sykehuset i Vestfold HF i 2016

Sykehuset i Vestfold HF har lagt Helse Sør-Øst sine mål og krav til grunn for arbeidet i 2016. Det vises for øvrig til kommentarer i Del II.

1.4. Virksomhetsstyring - styrets arbeid med intern styring og kontroll

Oppdrag og bestilling fra eier legges hvert år risikovurdert frem for styret så snart som mulig etter at det er vedtatt i foretaksmøtet. På bakgrunn av denne bestillingen, utarbeider administrerende direktør lederavtaler med klinikksjefene, som igjen utarbeider lederavtaler til avdelingssjefene som igjen har lederavtaler med sine seksjonssjefer. Oppfølging av områdene definert i lederavtalene inngår i LGG, i måneds- og tertialrapportering til styret.

SiV har et Hovedkvalitetsutvalg (HKU), som arbeider overordnet og strategisk med kvalitet og pasientsikkerhet. HKU skal også påse at klinikkene etablerer virkningsfulle internkontrollsystemer. Klinikken har respektivt etablert Kvalitetsråd, og oppfølgingen av pasientskadesaker er blant sakene som behandles der.

Styret ble i 2010 forelagt sak om utvikling av et helhetlig opplegg for å sikre god virksomhetsstyring og internkontroll i SiV. Styret baserer sine vurderinger på den informasjonen og det opplegget for intern kontroll og styring som foretaksledelsen legger til grunn. Det vil ikke være mulig og hensiktsmessig for et styre å ha innsyn i alle saker som omfattes av deres ansvar. Styret må derfor forsikre seg om at det er tilstrekkelig systemkontroll gjennom et helhetlig opplegg for virksomhetsstyring, der risikostyring og internkontroll er viktige elementer.

I stor grad må også sykehusets toppledelse sørge for at forutsetningene for slik virksomhetsstyring er på plass, og lede virksomheten på dette grunnlaget. Det krever at det arbeides gjennom hele foretaket med;

- Å definere vesentlighet hva gjelder rapportering av avvik
- At foretaket har en god kontrollstruktur (organisering og rutiner) og system for rapportering og oppfølging
- At hendelsesanalyse og risikovurderinger er et integrert ledelsesverktøy både i det daglige, når uønskede hendelser inntreffer og periodisk (LGG)
- At det er en holdning og kultur i HFet som fremmer åpenhet om avvik og ønske om å lære av feil.

Ledelsens gjennomgang (LGG) er en hovedaktivitet for å sikre god virksomhetsstyring og intern kontroll og at det gjennomføres en periodisk og samlet gjennomgang mht. oppfølging av myndighetskrav i SiV. Hensikten med LGG er å få en samlet oversikt over alle områder som påvirker måloppnåelse for SiV, og derigjennom avdekke risikofaktorer, fare for svikt og forbedringsområder. På bakgrunn av dette blir tiltak iverksatt og evaluert.

Dette er et verktøy for ledere på alle nivåer i SiV, og gjennomføres hvert tertial. Det utarbeides rapport fra LGG, og rapporten aggregeres til et overordnet risikobilde som legges frem for styret. LGG er godt innarbeidet på alle nivåer i SiV. LGG er også et sentralt grunnlag for styringsdialogen mellom adm. direktør og klinikksjefene.

Ved omstilling i virksomheten skal det foreligge risikovurdering for hvilke konsekvenser tiltaket vil ha for aktuelle deler av virksomheten og det samlede tilbudet til pasientene. Eksterne tilsyn er gjennomført av tilsynsmyndigheter som Helsetilsynet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Avvik lukkes i henhold til vedtatte handlingsplaner.

Behandling av avvik og rapportering av alvorlige forhold til styret må være basert på sporbarhet, riktig dokumentasjon og beslutningsinformasjon, at rapporteringspliktige avvik defineres så langt det er mulig ved bruk av vesentlighetsprinsippet, og at tiltak og beslutninger må følges opp. Avvik skal lukkes, tiltak gjennomføres og følges opp mht. effekt.

Internrevisjon er godt etablert som egen funksjon i foretaket. Revisjonsplaner baseres på risikovurderinger, herunder LGG, resultater fra tilsyn m.v., avvik osv.

1.5. Medvirkning fra brukere og ansatte

Generelt om medvirkning fra brukere:

I tråd med føringer fra Helse Sør-Øst og Helse- og omsorgsdepartementet er det brukernes behov som skal være førende for utvikling av både tjenester og struktur ved Sykehuset i Vestfold HF. Brukermedvirkning er et av de beste midlene for å sikre at pasienter og pårørendes stemmer blir hørt. Ved å lytte til disse kan Sykehuset i Vestfold videreutvikle helsetjenestene våre på best mulig måte for alle pasienter.

Brukermedvirkning ivaretas formelt gjennom Brukerutvalget og brukerrepresentasjon i kvalitetsutvalg, både overordnet og på klinikknivå, Klinisk etisk komité og to brukerrepresentanter med tale- og forslagsrett i sykehusets styre. Brukermedvirkning sikres også gjennom representasjon i ulike prosjekt- og utviklingsaktiviteter i foretaket. Det har vært spesielt fokus på å ha brukere med i arbeidet med pasientforløp, hvor Sykehuset i Vestfold har utformet krav til brukerinvolvering i sine prosedyrer. Brukerutvalget er også representert i prosesser knyttet til Tønsbergprosjektet.

Brukerutvalget har med bakgrunn i sitt mandat jobbet for gode og likeverdige spesialisthelsetjenester for alle pasientgrupper og deres pårørende gjennom evaluering og medvirkning til gode prosesser. Brukerutvalget som organ jobber som rådgivere for styret og ledelse, og setter fokus på prosesser og områder av betydning for brukerne. Utvalget har hatt 7 møter i 2016. Det er for øvrig satt i gang en prosess for opprettelse av ungdomsråd ved SiV.

Brukerutvalgets egne erfaringer/oppsummering fra 2016:

Brukermedvirkning generelt:

Brukerutvalget opplever stort sett gode holdninger til brukermedvirkning både på system- og tjenestenivå. Det er faste brukerrepresentanter knyttet til alle klinikker med pasientbehandling og Klinikk for Psykisk helse og rusbehandling har eget brukerråd.

Brukerutvalget har i 2016 hatt særlig fokus på følgende områder: Pasientforløp, Kreftsatsningen, Pasientsikkerhet og Kommunikasjon. Det har også vært fokus på å ha brukermedvirkning i arbeidet med å utvikle og forbedre pasienttilbudet på tjenestenivå generelt.

Pasientforløp:

Brukerutvalget er fornøyd med at Sykehuset i Vestfold har valgt å satse på utvikling av flere standardiserte pasientforløp. Erfaringene med innføring av pakkeforløp innen kreft viser at fokus på pasientflyt og standardiserte forløp gir raskere behandlingstid, mindre grad av variasjon og større grad av forutsigbarhet for pasienter. En videreføring av dette arbeidet til andre diagnosegrupper vil forhåpentligvis føre til en bedre opplevelse for flere av sykehusets pasienter. Sykehuset i Vestfold var et av de første sykehusene som har fått i gang et helhetlig alkoholforløp. Målet er å fange opp innlagte pasienter, med et underliggende alkoholproblem, og gi dem et bedre behandlingstilbud.

Det er en forutsetning for innføring av nye pasientforløp at det er brukermedvirkning i utviklingen.

Kreftsatsning:

Sykehuset i Vestfold har i flere år hatt kreft som et av sine satsningsområder. I 2016 gikk arbeidet med pakkeforløp kreft inn som en del av det øvrige forløpsarbeidet og mye av arbeidet innen kreftsatsning er over i driftsfase. Brukerutvalget følger målinger av forløpstider og er opptatt av at de etablerte rutineene skal følges og opprettholdes.

Pasientsikkerhet:

Brukerutvalget har representanter med i kvalitetsutvalg på klinikknivå, i Pasientsikkerhetsutvalget og i Hovedkvalitetsutvalget på sykehusnivå. Det er også brukerrepresentant med i Pasientsikkerhetsprogrammet samt de pågående satsningsområdene innenfor programmet. Brukerutvalgets erfaring er at det er etablert gode systemer for å jobbe med utvalgte fokusområder. Fokus på enkeltområder over tid gir målbare resultater, og Brukerutvalget erfarer at det er nødvendig å opprettholde fokus for å holde på de gode resultatene over tid.

Kommunikasjon:

Kommunikasjon er et tilbakevendende tema i både brukerundersøkelser, klagesaker og rapporter fra Pasient- og Brukerombudet. Det er satt i gang flere tiltak for å bedre kommunikasjonen på Sykehuset i Vestfold, men Brukerutvalget savner en helhetlig plan og strategi på dette området. Kommunikasjon vil fortsatt være et fokusområde for Brukerutvalget i tiden fremover.

7 råd til helsepersonell:

Brukerutvalget utarbeidet i 2016 en plakat med 7 råd til helsepersonell. Rådene er en følge av pasientopplevelser og -ønsker og det er tenkt at plakaten skal henge rundt omkring på sykehuset der personalet oppholder seg. Brukerutvalget har ved flere anledninger fått lov til å presentere disse rådene til ansatte i forbindelse med fagdager og intern opplæring. Dette er tatt godt i mot på sykehuset og Brukerutvalget vil ha fortsatt fokus på dette arbeidet i 2017.

Verdig vei videre:

Er et prosjekt hvor målet er å få et bedre syketransport for psykisk ustabile pasienter i akutt krise. Å lytte og møte pasientens behov har vært sentralt i prosjektet. Viktige samarbeidspartnere har vært politi, legevakt, brukere og pårørende. Dette er et samarbeidsprosjekt med sykehuset i Telemark.

Medisinfritt behandlingstilbud:

I desember ble det startet opp med et medisinfritt behandlingstilbud til pasienter som før har fått tradisjonell medikamentell behandling. Tilbudet er for personer over 18 år med en psykisk lidelse. Pasientene får tilbud om gruppeterapi etter IRM metoden og individuell behandling. I forbindelse med oppstart ble det Gjennomført en brukerundersøkelse ved de to DPSene.

Pasient- og Brukerombudet:

Brukerutvalget har et godt samarbeid med Pasient- og Brukerombudet, som også møter fast i Brukerutvalget sine møter.

Brukerkontor:

Pasientorganisasjonene i Vestfold samarbeider om et Brukerkontor på Sykehuset i Vestfold. Brukerkontoret holder til i en permanent stand i myldreområdet på Sykehuset og tilbyr likepersonstjenester og brosjyremateriell til pasienter og pårørende.

Medvirkning fra tillitsvalgte – egne vurderinger:

Samarbeidsarenaer:

I de fleste nivå og ledd i organisasjonen er det kontaktpunkter med ansattes representanter. Det er involvering og medvirkning med utgangspunkt i regelmessige kontaktmøter med direktører, klinikksejfer, avdelingssjefer og seksjonsledere. Det er likevel noe varierende tidsintervaller og form på involveringen.

Budsjett:

Det er varierende medvirkning i prosesser rundt budsjettarbeidet i klinikkene. På overordnet nivå ble budsjettet for 2017 drøftet. Det er en felles forståelse for at tillitsvalgte på foretaksnivå skal sikres videre medvirkning i 2017 gjennom møter med adm.direktør etter Torp-konferansen og i september/oktober i samsvar med sykehusets budsjettkalender.

Prosjekter:

Tillitsvalgte har fått orientering om noen prosjekter i dialogmøter med Adm. direktør og i dialogmøter med HR direktør.

Tillitsvalgte har likevel manglende oversikt over planlagte og pågående prosjekter i 2016/ 2017. Tillitsvalgte gis dermed ikke mulighet til å uttale seg om gruppenes sammensetning og mandat for å sikre reell innflytelse jf. HA § 29. Ved manglede medvirkning i prosessene svekkes forankringen og dermed implementeringen.

Det var sikret medvirkning i Tønsbergprosjektet gjennom at tillitsvalgte var representert i arbeidsgrupper i tidlig fase. Videre i prosjektet har medvirkningen vært varierende. Tillitsvalgte har vært med på informasjonsmøter.

Deltid:

Det er fortsatt høy andel deltid i SiV HF. 100 prosent stillinger lyses ut i liten grad, men sykepleiere/spesialsykepleiere tilbys fulle stillinger i SiV HF ved at deler av stillingen forankres i Bemanningseenheten.

IA:

De to årlige møtene som skal være mellom arbeidsgiver og org. jf. IA avtalen har ikke vært avholdt. Det planlegges slike møter i 2017.

Reduksjon av AML brudd:

Tillitsvalgte har i samarbeid med arbeidsgiver vært med å utarbeidet en handlingsplan i forhold til å redusere av AML-brudd. Arbeidet ser ut til å gi resultater i forhold til at AML i foretaket er redusert.

Samhandlingsreformen:

Organisasjonene savner en arena på foretaksnivå hvor samhandling etter reformens intensjon diskuteres.

Vedr. akademikerstreiken:

Året har vært preget av uenigheten mellom Spekter og Akademikerne som resulterte i landets lengste sykehusstreik og ble avsluttet med tvungen lønnsnemnd. Konflikten har medført en betydelig uro i sykehusene, og tilliten til toppledelsen er nå på et lavmål. 46 ansatte ved SiV ble tatt ut i streiken. Ved SiV har ledelsen og tillitsvalgte i etterkant valgt å møtes til dialog med fokus på å videreføre det gode samarbeidsklimaet som har eksistert mellom partene.

Innfasingen av faste stillinger for leger i spesialisering er kommet svært godt i gang ved SiV.

Medvirkning fra vernetjenesten – egne vurderinger:

Oppdragsdokumentet fra Helse Sør- Øst for 2016 inneholdt mange krav og mål for vårt foretak. Det er to sentrale mål i Oppdragsdokumentet det er naturlig å framheve i et HMS perspektiv.

- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet.
- Null korridorpasienter.

Om pasientsikkerheten og kvaliteten skal bli enda bedre, må medarbeidernes ytringer tas på alvor. Det er da vesentlig Medarbeiderundersøkelsen og avvik som er de formelle informasjonskanalene.

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet:

Et godt arbeidsmiljø vil ofte være nært knyttet til god kvalitet i pasientbehandlingen.

Utfordringen er å etablere en praksis som tar høyde for dette perspektiv.

Det er et spennende organisatorisk grep som nå blir gjennomført ved å samkjøre deler av Helse-, Miljø- og Sikkerhetsorganisasjonen (HMS) med Kvalitetsenheten. Det vil da bli samme ledelse. I et verneombudsperspektiv er dette et godt grep om det fører til at HMS får en større og viktigere plass i den daglige drift og i alt utviklingsarbeid.

Medarbeiderundersøkelsen:

Resultatet av Medarbeiderundersøkelsen ligger som gjennomsnittet for Helse Sør- Øst. Det er beklagelig at oppfølgingen av undersøkelsen bare er på 61 %. Den burde være 100 %. Dette innebærer at 40 % av lederne ikke inviterer sine medarbeidere til gruppesamtaler som skal føre til gode mål og et systematisk arbeid med det psykososiale arbeidsmiljøet.

I undersøkelsen er det gode og mindre gode data som avdekkes. Det er svært tilfredsstillende at undersøkelsen skårer høyt på god pasientsikkerhetskultur og rolleklarhet. To områder som gir dårlige skår er medvirkning og arbeidsbelastning. Det er bekymringsfullt at medvirkning i en kunnskapsorganisasjon skårer så lavt. Det bør gjennomføres risikovurderinger i de aktuelle enheter for å kartlegge om den høye arbeidsbelastningen fører til at pasienter eller medarbeidere blir skadelidende.

Avvik og avviksbehandling:

Avvik og avviksbehandling er et område som har både HMS- og pasientperspektivet i seg. Avvik avdekker feil og mangler og kan føre til gode forbedringstiltak i alle deler av virksomheten.

Kvaliteten i avviksbehandlingen er svært varierende.

Korridorpasienter:

Vi er et av de foretakene i regionen som har flest korridorpasienter. Det er beklagelig at vi har en kultur som til en viss grad aksepterer korridorpasienter. Dette er en belastning for de fleste pasienter og ikke minst for personalet.

Det har vært en betydelig utfordring for medarbeidere å håndtere 1500 korridorpasienter i året som har gått. I tillegg kommer de pasienter som plasseres i ikke- godkjente pasientrom.

Branntilsynet hadde tilsyn i juni, og ett avvik kom i etterkant. Vi manglet risikovurderinger rundt korridorpasienter. Helseforetaket må gjøre vurderinger på hvilke konsekvenser korridorpasienter har på rømningstiden og korridorens evne for rask og effektiv rømning.

2. SAMMENDRAG

2.1. Positive resultater og uløste utfordringer

Spesialisthelsetjenesten er gitt i oppdrag blant annet å optimalisere helsegevinsten i befolkningen gitt de ressurser samfunnet stiller til disposisjon til dette oppdraget. Det er derfor med tilfredshet styret konstaterer at SAMDATAs siste rapport viser at SiV også i 2015 var blant landets mest kostnadseffektive sykehus.

Styret anerkjenner SiVs ledelse og ansatte for det kontinuerlige omstillingsarbeid som er gjennomført for å sikre bærekraftig utvikling. Dette arbeidet medfører at SiV fortsatt opererer i samsvar med de tildelte budsjettammer og for syvende år på rad er det sykehuset i landet som får mest pasientbehandling ut av sine tildelte midler.

SiV har fortsatt utfordringer knyttet til sikker legemiddelhåndtering. Dette området blir gjenstand for egne prosesser i 2017, i tillegg til deltakelse i Det Nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet.

Det har i 2016 pågått et større prosjekt knyttet til organisering og drift av Akuttmottaket. Dette blir kontinuert i 2017 med fokus på den akuttmedisinske kjeden også utenfor sykehuset. Utfordringene i Akuttmottaket er illustrert i 2016 ved Fylkesmannens tilsyn på helsehjelp til pasienter med mistenkt eller påvist sepsis. Et grundig arbeid med innføring av et nytt pasientforløp for sepsispasienter begynner å gi positive resultater.

SiV har gjennom en tid hatt utfordringer knyttet til forløpet for pasienter med hjerneslag. En målrettet revisjon av dette pasientforløpet vil bli videreført i 2017

2.2. Evaluering av egen virksomhet og organisering

Styret er tilfreds med at SiVs arbeid med å sikre bærekraftig utvikling gjør sykehuset i stand til å fokusere på pasientsikkerhet og kvalitet. Styret mener derfor det er betryggende at risikovurdering som metodikk er forankret i alle ledernivå i organisasjonen og at risikovurderingene av de ulike områdene viser at de ulike ledernivå ved sykehuset har arbeidet seriøst og målrettet med iverksetting av tiltak for å nå de målene som er satt i oppdragsdokumentet og i lederavtaler.

Styret vil fortsatt holde fokus på videreutvikling av pasientsikkerhet og kvalitet og følge opp det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet samt realiseringen av Helse Sør-Østs kvalitetskrav slik de fremkommer i plan for strategisk utvikling for 2013 – 2020:

- Reduksjon av antall og andel sykehusinfeksjoner til tre prosent eller lavere
- Ventetiden skal reduseres og ingen pasienter skal oppleve fristbrudd
- Pasienten skal få timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Styret er orientert om arbeidet med å følge opp samhandlingsreformen og de driftsendringer som kommer som følge av det. Dette arbeidet vil kreve høyt fokus i året som kommer, som et ledd i arbeidet med lokale utviklingsplaner. Dette gjelder ikke minst med tanke forsterkede krav i forhold til samhandling innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og innføring av kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter også for denne pasientgruppen fra 2017.

Styret er holdt løpende orientert og er involvert i prosessen med å realisere Tønsbergprosjektet. Dette er et arbeid som i årene fremover setter store krav til organisasjonens fleksibilitet, tilpasningsdyktighet og endringsvilje. Ikke minst vil dette kunne bli krevende for SiVs lokalisasjoner utenfor lokasjon Tønsberg.

3. RAPPORTERING FOR OVERORDNEDE MÅL

3.1. Oppfølging av ventetider, fristbrudd og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Ventetid:

Det målrettede arbeid for å redusere ventetider og fristbrudd har fortsatt i 2016. Pr. november er gjennomsnittlig ventetid redusert til 57 dager, dvs. 8 dager under måltallet og 6 dager under resultat pr. november 2015. For øvrig arbeides det kontinuerlig med å optimalisere planlegging og kapasitetsutnyttelse, for på den måten å ytterligere realisere planen for reduserte ventetider og økt effektivitet. Som ledd i dette er det planlagt flere tiltak spesielt innenfor de fag hvor de største gruppene av ventende og langtidsventende befinner seg. Tiltakene skal øke kapasiteten både for utredning, og for operasjon. SiV arbeider med å finne løsninger på dette og utviklingen vil bli fulgt tett i tiden fremover. Jfr. for øvrig HSØs regime i forhold til ventetider og kapasitet. SiV benytter fremdeles avtaler med private leverandører og samarbeider tett med Fritt sykehusvalg. Antallet langtidsventere i SiV nådde en topp i oktober 2013 med 334 pasienter. Ved utgangen av november 2016 er antallet langtidsventere 50 (85 i november 2015). Det er i hovedsak gastromedisinske pasienter som venter mer enn 1 år, men at antallet er nå på vei ned. Det er Avviklingen av disse langtidsventerne påvirker også det totale gjennomsnittstallet for SiV positivt.

Fristbrudd:

Andel fristbrudd har hatt en positiv utvikling gjennom året, og andelen for november var 0,5 % og i desember 0,8 %, mot 1,4 % pr. november 2015. Forbedringen i måloppnåelse er resultat av systematisk arbeid, og særlig forbedrede resultater innen volumområdet gastromedisin.

Venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen:

- **Variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse**

Helseforetaket arbeider kontinuerlig med å identifisere områder i driften med uhensiktsmessig og ineffektiv logistikk. Uhensiktsmessig og ineffektiv logistikk påvirker kapasitetsutnyttelsen negativt og skaper dårlig forutsigbarhet både for pasient og drift.

Det er utviklet ulike støtteverktøy for å identifisere slik uhensiktsmessig og ineffektiv drift.

Når nye kvalitetsindikatorer lanseres rapporterer SiV på disse, og vi er villige i forhold til å delta i utviklingen av disse. Av en eller annen grunn ser det likevel ut til at man fortrekker andre og mer sentrumsnære helseforetak i utviklingsarbeidet.

SiV har gjennom flere år vært landets mest kostnadseffektive helseforetak.

- **Variasjonen i andel dagbehandlinger innen utvalgte fagområder**

SiV har gjennom 2016 arbeidet med å gjennomgå fordelingen av pasientgrupper på henholdsvis døgntilrettelagt behandling, dagbehandling og poliklinikk. Som ledd i dette arbeidet er stadig flere pasientgrupper, da særlig kirurgiske pasientgrupper, flyttet fra døgntilrettelagt behandling til dagbehandling. Dette arbeidet blir videreført inn i 2017

Registrering av ventetid i spesialisthelsetjenesten (journalgjennomgang):

SiV har med jevne mellomrom diskusjoner om hva som er korrekt registrering av ventelister, særlig med tanke på å skape bevissthet om viktigheten av skillet avklart og ikke-avklart tilstand.

Prioriterte fagområder (ortopedi og psykisk helsevern):

Så vidt SiV kjenner til er dette et oppdrag som enn så lenge ligger på RHFene og ikke HFene. Når nye indikatorer foreligger, vil disse bli rapportert på og fulgt opp på vanlig måte.

Forhold omtalt i Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2014:

Som tidligere nevnt, har SiV gjennom 2016 arbeidet med å gjennomgå fordelingen av pasientgrupper på henholdsvis døgnbehandling, dagbehandling og poliklinikk. Som ledd i dette arbeidet er stadig flere pasientgrupper, da særlig kirurgiske pasientgrupper, flyttet fra døgnbehandling til dagbehandling. Dette arbeidet blir videreført inn i 2017.

3.2. Oppfølging av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling:

SiV har i 2016 organisert sitt arbeid på en slik måte at psykisk helsevern og TSB har kortere ventetid og det har vært en større prosentvis reduksjon i ventetid, enn for somatiske pasienter. Psykisk helsevern og TSB har også færrest fristbrudd og gode resultater på andre indikatorer. Men pga. store utfordringer innenfor somatikken har ikke aktivitet, årsverk og ressursbruk økt mer innenfor psykisk helsevern og TSB enn innenfor somatikk.

Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge:

Fagområdene psykisk helsevern og TSB i Vestfold har gjennom de siste 15 år hatt en tjenesteprofil hvor utvikling av en desentrale, fleksible og kommunenære spesialisthelsetjeneste har vært førende. Vestfold har blant landes laveste antall døgnplasser innen psykisk helsevern.

I Vestfold er ca. 53% av ressurser/økonomi innen VOP på DPS. Videre er ca. 55-60% av legespesialistene (psykiatere) ved DPS, mens ca. 38% av LIS-leger er på DPS. Av psykologårsverk er hele 85% ved DPS. Ressurser må i klinikken (KPR) som en del av SiV forvaltes og sees under ett mellom områdene BUP, VOP og TSB. I de siste 5 årene er det BUP og TSB som har hatt vekst ut fra en total prioritering av hvor det har vært mest nødvendig. Se etterfølgende tabell vedr. fordeling, PFA = sykehuspsykiatri:

År	PFA	NVDPS	SVDPS	Totalt
2005	47,2 %	29,8 %	23,0 %	100 %
2010	46,4 %	30,4 %	23,2 %	100 %
2011	46,7 %	30,2 %	23,1 %	100 %
2012	46,1 %	30,8 %	23,1 %	100 %
2013	46,6 %	30,7 %	22,8 %	100 %
2014	46,9 %	29,7 %	23,4 %	100 %
2015	47,3 %	29,4 %	23,3 %	100 %
2016	46,9 %	29,8 %	23,3 %	100 %

Desentralisert behandlingstilbud:

Tjenesteprofilen er som nevnt i tidligere/forutgående pkt. desentral og kommunenær med ambulante og arenafleksible virkemidler. Bl.a. har klinikken nesten 50 leasingbiler til dette bruk. Som eksempel kan nevne samarbeidet mellom Søndre Vestfold DPS og Larvik kommune om fremtidens psykiske helsetjenester. Her er psykoseforløp første innsatsområde (igangsatt 01.09.16) med forpliktelse på responstid, partenes oppgaver og utløsning av tjenester med frister overfor bruker og pårørende. Her er også kommunens oppvekst og kultur samt lokalt NAV med i forpliktelsen. Grunnlaget i dette arbeid hviler på aktivt bruker-/erfaringsrådgivere både fra kommune og DPS. Det arbeides videre med etablering av samteam og tiltak innen i større grad

greie å benytte brukers kompetanse og egen kraft. Erfaringer fra dette arbeid vil bringes videre i klinikkens samhandling med kommuner og brukere i Vestfold.

Tvangsinnleggelses:

Det har over tid/år vært arbeidet jevne med redusert og riktig bruk av tvang inklusiv pågående fagsamarbeid med Telemark. Særlig er AATenes og psykosepoliklinikkenes arbeid og samhandling med fastlege og kommunale tjenester viktig for å redusere tvangsinnleggelses. Hva angår bruk av tvang for innlagte pasienter særlig knyttet til ø-hjelps akuttseksjonene (PFA) vektlegges opplæring av ansatte om Terapeutisk håndtering av konflikter (THK). Avdelingen har egne THK instruktører og sykehusets sim-senter benyttes i denne opplæring. Videre er oppfølging av pasienter hvor tvang er benyttet viktig. Kvalitetssikring av rutiner, journaldokumentasjon pågår. Disse forhold følges opp via risiko-/tavlemøter.

Rapportering for bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern til NPR:

Rapportering, rutiner og kvalitet er på plass. Imidlertid er det ved konverteringen av data fra vår pas/epj (PAPS) til NPR generelt feil som gjør at rapporteringen i Vestfold framstår som mangelfull. Dette skyldes at NPRs "mottak" er innrettet på å ta imot data i DIPS-format. Klinikken gikk over til DIPS 24.10.16 og det forventes at dette skal eliminere slike feil.

OCD-team:

Drift av OCD-team på DPS-nivå videreføres og kompetansen ivaretas og spres i klinikken. Erfaringene er gode. Det er etablert felles OCD-kompetansenettverk med arbeids-/kunnskapssamlinger med Sykehuset Telemark HF.

Tilbud innen psykisk helsevern i norske fengsler:

Det er i 2016 ikke etablert nye tilbud ut over det som allerede finnes. Når AATene ble etablert noen år tilbake har de som en de av sitt virke å kunne møte i fengsler på grunnlag av en akutthenvising. Klinikken ved NVDPS er med i prosjekt med egen psykolog plassert på Bastøy fengsel.

Avvisningsrate ved poliklinikker:

I løpet av 2015 - 2016 er nivået ved DPSene redusert fra ca. 30-35% til ca. 20-25%. Samtidig har klinikken i løpet av de siste årene av HSØs konsernrevisjon vært revidert på bruk av prioriteringskriterier, rutiner, håndtering av henvisninger og "time i første brev" m.v. Helsetilsynet i Vestfold har også ved to anledninger ført tilsyn m de samme ved DPSene på tema avvisninger. Klinikken får vær gang god tilbakemelding og "bestått" for sin bruk av prioriteringskriteriene samt rutiner. Klinikken vurdering er at dersom antall avviste med dagens henvisningspraksis fra fastlegene, skal ned må bruken av prioriterings-kriteriene vektlegges mindre. Samtidig har DPSene i 2015-2016 økt sin samhandlings-aktivitet med fastlegene bl.a. ved "Leasong"-psykiater fra NVDPS og et trepartssamarbeid mellom fastlege, kommunal psykiatritjeneste og DPS.

Kommunale akutte døgnplasser og utskrivningsklare pasienter psykisk helsevern/rus:

I samhandlingsutvalget (SU) mellom kommunene i Vestfold og SiV i september var den en status på KAD for psykiatri og rus. De fleste kommuner meldte da at de var i gang med planlegging og at de primært ikke kommer til å opprette flere eller egne plasser, men benytte de som allerede er etablert for somatikk. Det var negative reaksjoner fra FFOs representant på at plasser på sykehjem/helsehus som er innrettet på somatikk og med kompetanse på dette skal benyttes. Klinikken inviterte kommuner til samarbeid og dialog om tilretteleggingen (og avtale) jfr. anbefalingen i Helsedirektoratets veileder for KAD-plasser. Kun en kommune tok kontakt og det

har vært dialog om tema. Klinikken har videre samarbeid m PKO og DPSenes med AATer ift. å kunne se/måle effekter.

Valg mellom ulike behandlingstiltak:

Pasientens mulighet ligger i informasjon og dialog om hva som er mulig og hva som vurderer godt og virksomt ift. lidelses-/funksjonsbilde. I en slik prosess mellom pasient og behandler skal dette skje ved samvalg.

Klinikken har fra 01.12.16 etablert seks plasser for medikamentfri behandling på DPS-nivå. Fire ved SVDPS og to v NVDPS. I løpet av første del av 2017 vil NVDPS også ha fire plasser. Det er utarbeidet plan for slik behandling og etablert fagnettverk og det gjennomføres betydelige kompetansehevingstiltak for aktuelle ansatte.

3.3. Oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet

Pasientbehandling:

- **Timeavtale**

Det har vært krevende å fortsette den høye andelen som foretaket avsluttet 2015 med. Det er enkelte deler av sykehuset som har utfordringer på dette området, og det arbeides videre med å forbedrede rutiner. Det er en bedring etter nedgang som kom som en følge av streiken, men SiV er ennå ikke tilbake på nivået før streiken.

- **Korridorpasienter**

Det er mange forhold som påvirker andel korridorpasienter. Det er lenge siden det har vært færre korridorpasienter i sommerferien, enn det var i år. Etter en sammenhengende reduksjon i antall utskrivningsklare pasienter har det i november vært en økning. Det er en sammenheng mellom korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i tid og på sted. Det arbeides for å finne nye løsninger for denne utfordringen i tiden framover.

- **Pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender 24-7"**

Det 5-årige nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender" (2014 – 2018), er innført med alle 10 innsatsområder ved sykehuset. Programmet har tre, overordnede målsettinger:

- Redusere pasientskader
- Bygge varige strukturer for pasientsikkerhet
- Forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten.

Denne satsingen utvides nå med nye innsatsområder som er under pilotering og innføring. Sykehuset har tidligere startet arbeidet med å innføre og spre nye innsatsområder som til nå ikke har ligget i det nasjonale programmet, men som kommer i 2017:

1. Sepsis - Insidensen er nå omtrent 150/100 000 innbyggere per år og øker i takt med at befolkningen blir eldre. Den samlede dødeligheten ved sepsis er i Norge omtrent 13 %. Avgjørende for overlevelse er systematisk overvåkning og rask oppstart av antibiotikabehandling. Hver times forsinkelse i oppstart av effektiv behandling er vist å øke mortalitet med om lag 7 %. Innsatsområdet «Tidlig identifisering, diagnostikk og behandling av sepsis» har vært under lokal pilotering ved Akuttmottaket, SiV. SiV skal, sammen med tre andre HF, være pilot i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet i trygge hender 24-7. Kick-off for innsatsområdet ble holdt 24.august. Oppstart av det nasjonale programmet skjer primo 2017.
2. Ernæring - forbedre ernæringsbehandlingen for underernærte pasienter og pasienter i ernæringsmessig risiko ved Sykehuset i Vestfold. Dette innbefatter også forbedret samhandling med kommunehelsetjenesten i Vestfold.

Målsettingen er at alle innlagte voksne pasienter vurderes for ernæringsmessig risiko ved sykehuset.

Pilot ble gjennomført i 2015 og 2016 og videre utrulling av innsatsområdet er startet og pågår utover i 2017.

3. Tidlig identifisering av forverret tilstand – 2017.

SiV innførte fra 2014 system for tidlig oppdagelse av forverret tilstand, Early Warning Score (MEWS/ NEWS), tatt i bruk ved tavlemøter. En nasjonal tiltakspakke bestående av tverrfaglig undervisning og opplæring (ABCDE-vurdering og oppfølging), bruk av validert verktøy for observasjon, skåring og respons (Early Warning Score) på rett måte, bruk av verktøy som sikrer muntlig kommunikasjon, samt etablere og tilkalle mobilt akutteam og involvere pasient og pårørende, testes ut gjennom 2016. Implementering av dette ved SiV må tilpasses det arbeid som allerede er gjort gjennom flere år.

- **Sykehusinfeksjoner**

Den positive trenden i andelen sykehusinfeksjoner i 2016, fortsetter i årets siste måling. Det er en økning, men godt innenfor kravet. Det gjøres fire punktmålinger i løpet av ett år, og indikatoren er derfor usikker, men andelen har ligget stabilt lavt i hele 2016. Så langt er konklusjonen at systematisk og godt forebyggende arbeid over lang tid, er hovedårsak til de gode resultatene.

Resultatene de senere år er som følger:

- 2010: 4,8 %
- 2011: 4,5 %
- 2012: 2,8 %
- 2013: 2,1 %
- 2014: 4,0 %
- 2015: 3,2 %
- 2016, første måling: 2,1 %
- 2016, andre måling: 1,9 %
- 2016, tredje måling: 0,8 %

Mål for reduksjon i sykehusinfeksjoner er innarbeidet i alle lederavtaler

- **Antibiotikastyringsprogram**

Antibiotikaprojektet i SiV ble fullført i 2016 og i tråd med anbefalingen prosjektets anbefaling om videre overvåking av antibiotikabruken ved SiV, er det nå etablert eget antibiotikateam ved sykehuset. Det er med utgangspunkt i dette arbeidet vedtatt å etablere en Antibiotika Styrings Program, etter nasjonale retningslinjer. Dette er i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten der målsettingen er å redusere antibiotikabruken i befolkningen med 30 % innen utløpet av 2020. Området følges også tett opp gjennom bl.a. interne revisjoner.

- **Fire prevalensmålinger per år av sykehusinfeksjoner**

Dette gjennomføres. Se resultater ovenfor.

- **Pakkeforløp for kreftpasienter**

Innføringen av pakkeforløp kreft innebar blant annet at man gikk fra en generell målsetting om at alle kreftpasienter skulle ha behandling innen 20 virkedager, til sykdomsspesifikke krav til forløpstid. Forløpstidene varierer også mellom type behandling pasienten skal ha.

Målsettingene (de så kalte "kongemålene") er at minst:

- 70 % av pasientene bør ha startet opp sin behandling innen de normerte forløpstidene

- 70 % av alle pasienter med nydiagnostisert kreft bør være inkludert i pakkeforløp

SiV har større andel av nydiagnostiserte kreftpasienter inkludert i pakkeforløp enn landsgjennomsnittet, og man har gjennom utvidelsen av antall pakkeforløp gjennom 2015 klart å opprettholde høy andel nydiagnostiserte kreftpasienter inkludert i pakkeforløp. Andelen kreftpasienter som har startet sin behandling innen normert tid var høy både for landet og for SiV i de to første månedene 2015. Dette skyldes at antall pasienter var svært lavt i oppstarten. Fra siste halvdel 2015 og gjennom 2016 er, med enkelte unntak, andelen kreftpasienter som får behandling innenfor normert tid høyere ved SiV enn landsgjennomsnittet. Siste halvår er andelen pakkeforløpspasienter som får behandling innenfor normert tid 73,7 %.

Det er store variasjoner i andelen pasienter som får behandling innenfor normert tid mellom de ulike pakkeforløpene.

På landsbasis har 73 % av brystkreftpasientene i perioden januar 2016 til og med november 2016 fått behandling innen normert tid. Ved SiV er andelen 70,1 %. Etter sommeren i 2016 er andelen ved SiV 80,1 %. Utviklingen viser imidlertid at SiV fremdeles har en utfordring i å opprettholde en høy andel innenfor normerte forløpstider også ved ferieavvikling. Det arbeides med å gjøre forløpet mindre sårbart for ferieavvikling.

På landsbasis har 61,8 % av lungekreftpasientene i perioden januar 2016 til og med november 2016 startet behandling innen normert tid. For Vestfolds lungekreftpasienter er andelen 62 %. De fleste lungekreftpasienter fra Vestfold behandles ved Oslo Universitetssykehus (OUS - kirurgisk behandling og stråling). Lav kapasitet ved OUS påvirker andelen som får behandling innen normert tid. SiV arbeider stadig for å forbedre samarbeidet mellom SiV og OUS, men særlig den lave strålekapasiteten ved OUS trekker andelen pasienter som får behandling innenfor normert tid ned.

På landsbasis har 51,4 % av prostatakreftpasientene i perioden januar 2016 til og med november 2016 fått behandling innen normert tid. Ved SiV er andelen 63,2 %. Prostatakreft er en kreftform det nasjonalt og internasjonalt er stor uenighet om hvorvidt man skal rutinemessig undersøkes for (scree), når man skal behandle og hvordan behandle. Dette gjør at det er vanskelig å fastsette normerte forløpstider for prostatakreft. Forløpstidene i dette forløpet er derfor under stadig revidering. SiV har en utfordring i forhold til å få etablert stabile prosesser gjennom forløpet. Det arbeides kontinuerlig med dette.

På landsbasis har 76,1 % av pasientene med tykk- og endetarmskreft i perioden januar 2016 til og med november 2016 fått behandling innen normert tid. Ved SiV er andelen 70 %. Også for tykk- og endetarmskreft arbeides det med å stabilisere prosessene gjennom forløpet.

Samtidig som pakkeforløp oppleves som arbeids- og ressurrevende, er det liten tvil om at pakkeforløp som organisatorisk prinsipp for behandlingstilbud har bidratt til å redusere variasjonen i tilbudet til kreftpasientene, både mellom pasienter med ulik type kreft, men også mellom pasienter med samme type kreft. Det oppleves som om at pakkeforløp mer korresponderer med den faglige logikk enn tidligere forsøk på å standardisere forløp. Det vurderes at det å opprettholde en arbeidsform som korresponderer med medisinsens logikk, er den viktigste suksessfaktoren for arbeidet med pakkeforløp i tiden fremover.

- **Sosialpediatere i barneavdelinger og tilbud om medisinsk undersøkelse til alle barn som avhøres ved Statens barnehus**

SiV har avsatt pediaterressurser som i deltid også har arbeidssted i Statens barnehus, Sandefjord.

- **Tilbud til voksne og barn utsatt for seksuelle overgrep**

Sykehuset i Vestfold HF har inngått avtale med Sandefjord kommune om fortsatt drift av SO-mottak i 2017.

- **Helsedirektoratets nasjonale opplysningskampanje i 2016 for symptomer på hjerneslag**

SiV bidrar aktivt i forhold til Helsedirektoratets nasjonale opplysningskampanje i 2016 for å lære befolkningen å identifisere symptomer på hjerneslag. Ved SiV ble kampanjen markert av slagenheten med åpent informasjonsmøte om hjerneslag 2. november 2016.

- **Samarbeid med kommunene om helsetilbud til asylsøkere og flyktinger**

SiV samarbeider aktivt med kommunene om helsetilbud til asylsøkere og flyktinger, basert på den samarbeidslinjer som generelt er utviklet for samarbeid med kommunene. Det har ikke vært spesielle utfordringer på området i 2016.

- **Samarbeid mellom helsetjenesten og Arbeids- og velferdsetaten**

Det er så langt ikke vurdert som prioritert å innlede et mer systematisk samarbeid mellom SiV og Arbeids- og velferdsetaten.

Støttefunksjoner:

- **Nasjonal nødmeldingstjeneste**

SiV har avgitt ressurser til «program for forbedring av nødmeldingstjenesten». Foreløpig er dog ikke SiV som foretak involvert, men vil delta i den grad det er aktuelt.

Ledelse, bemanning, arbeidsmiljø og HMS:

- **Riksrevisjonens undersøkelse av pleieressursene i helseforetakene**

SiV anser utfordringen å se pleieressursene og aktivitet/pasientbelegg i sammenheng som svært viktig, og har som mål å etablere gode systemer for utnytting av aktivitets- og belegginformasjon i bemanningsplanleggingen. Det er etablert spesialkompetanse i HR-avdelingen sentralt i foretaket for å støtte lederlinjen i dette arbeidet.

- **Ledelse og lederutvikling**

Lederutvikling er et satsningsområde i perioden 2016-2020. Målet er å bidra til at lederne gjennom skoling og utvikling kan forbedre tjenestene og pasientopplevelsen. Tiltakene skal være nyttige og gi lederne ideer og verktøy til å håndtere de utfordringene de møter i sin lederhverdag. Den viktigste arenaen for læring og utvikling er knyttet til oppgavene som løses i hverdagen.

I 2016 har det vært arbeidet med pilotering og implementering av «Program for nye ledere» og «Lederutvikling i pasientforløp». Det arbeides også med rammeverk for ledelse, blant annet utarbeidelse av tydelige «forventninger til ledere». «Basisprogram for alle ledere» og «Prosjektledelse» er under utvikling og implementeres i 2017.

- **Faste stillinger, heltid og vikarer**

Det er lagt til grunn av nyansettelser som hovedregel skal skje i 100 % stilling. Trainèeordningen for nyutdannede sykepleiere har også bidratt til større andel ansettelser i 100 % stilling.

- **Bemanning tilpasset til aktiviteten**

Se kommentarer ovenfor vedr. Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene.

- **Nasjonal bemanningsmodell for strategisk planlegging av personell- og kompetansebehov**

Sykehuset vi legge til grunn ny nasjonal bemanningsmodell for strategisk planlegging av personell- og kompetansebehov når den foreligger.

- **Bemanningsplanlegging og kompetanseplaner**

SiV arbeider systematisk i arbeidet med å kartlegge behovet for personell og kompetanse innen ulike områder, slik at bemanningsplanene i størst mulig grad reflekterer de utfordringer man står ovenfor.

Helsefagarbeider lærlinger tilbys så langt i liten grad fast stilling etter at lærlingetiden er utløpt.

Det er etablert utdanningsstillinger innenfor rekrutteringssvake fag innen sykepleie.

Trainèeordningen for sykepleiere fungerer godt og er nå under vurdering mht. om den skal gjøres til om en permanent ordning.

Det er etablert en langsiktig helhetlig plan for arbeid med å oppnå økt oppgavedeling i foretaket.

Det er satt av en sentral pott for å stimulere til planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak.

- **Pasientsikkerheten og helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid**

Foretaket arbeider kontinuerlig og målrettet for å bedre pasientsikkerheten, bl.a. også i hht.

nasjonale og regionale føringer. Et godt og systematisk arbeid innenfor HMS-området er én av forutsetningene for å kunne arbeidet godt med forbedring av pasientsikkerhet. Hvordan foretaket ivaretar HMS berører også pasienter og deres pårørende i kontakt med foretaket.

Den nye forskriften tydeliggjør kravene til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomhetens aktiviteter. Det stilles også krav om internkontroll fra ulike lovverk og det vil da være hensiktsmessig å ha et mest mulig likt system for å oppfylle kravene.

I SiV er det en målsetting å se pasientsikkerhetsarbeidet og HMS-arbeidet mer i sammenheng. I første omgang er tilrettelagt for dette ved at stabsenhetene for disse respektive områdene samorganiseres i en ny Kvalitet- og HMS-seksjon, underlagt direktør virksomhetsstyring.

- **Rekruttering av kvinnelige ledere**

Foretaket er seg bevisst krevet om å søke å rekruttere og utvikle kvinnelige ledere, spesielt på toppledernivå. 5 av adm. direktørs ledergruppes 14 medlemmer er i dag kvinner.

- **Medarbeiderundersøkelsen**

Det arbeides systematisk på alle nivåer i foretaket med oppfølging a resultatene av medarbeiderundersøkelsen. Svarprosenten var på 77 % i 2016.

Forskning, innovasjon og utdanning

- **Synliggjøring av utdanningsaktivitet**

SiV tar etter behov del i Helse Sør-Øst sitt arbeid med å gi innspill til Helse- og omsorgsdepartementet vedr. dimensjonering av utdanningskapasitet, aktivitet og behov innen området.

- **Leger i spesialisering**

LIS er en grunnleggende del av foretakets ordinære drift. Foretaket har stor oppmerksomhet på antall utdanningsstillinger innenfor ulike spesialiteter. Det har i blitt arbeidet videre med fast ansettelse av leger i spesialisering slik det er avtalt i tariffavtale, og denne overgangen går gradvis.

- **Ny spesialitetsstruktur for leger i 2017**

LIS er en som nevnt grunnleggende del av den ordinære driften. Det vil de fortsatt være etter omlegging av LIS-utdanningen. Men økt trykk på læringsmål, veiledning, supervisjon og skreddersøm tilpasset den enkelte LIS, vil gi økonomiske og driftsmessige konsekvenser. SiV må være i forkant, slik at vi har kunnskap om konsekvensene av ny utdanningsmodell og kan planlegge ut fra dette.

Det er nedsatt en arbeidsgruppe på tvers av klinikker og stab som skal legge frem løsningsforslag til adm. direktørs ledergruppe. Gruppen er godt i gang med arbeidet, og har benyttet den første tiden til å avklare hvordan man best mulig kan implementere en tredelt LIS del 1 utdanning på SiV (kirurgi, indremedisin og psykiatri). Arbeidsgruppen vil beregne økonomiske konsekvenser av forslaget, og legge frem forslag i tråd med mandatet vedtatt av ledergruppen.

- **Kompetanseutvikling, videre- og etterutdanning**

Tilgang på personell med riktig kompetanse er en forutsetning for at SiV nå og i fremtiden skal kunne tilby pasienter kvalitativt rett behandling med effektiv bruk av ressurser. SiV har i all hovedsak kontroll på sitt behov for personell og god tilgang på kompetanse, men enkelte utfordringer er verdt å nevne. Dette gjelder spesielt visse typer spesialsykepleiere, men også små, høyspesialiserte grupper, deriblant enkelte legespesialister. En sentral strategi for skaffe til veie driftskritisk kompetanse er å utvikle tilstrekkelig robuste fagmiljø og selv utdanne ansatte innenfor de fagene det er vanskeligst å rekruttere til.

SiV vil arbeide videre med analyser av behov for kompetanse knyttet til sårbare fagmiljøer. Dette inngår i arbeidet med strategisk kompetansestyring, som videreføres både på klinikk- og sykehusnivå. I løpet av 2017 vil vi få tilgang til og kunne ta i bruk et nasjonalt program til bruk for å fremskrive personellbehovet både overordnet og på lokalt nivå innenfor ulike yrkesgrupper.

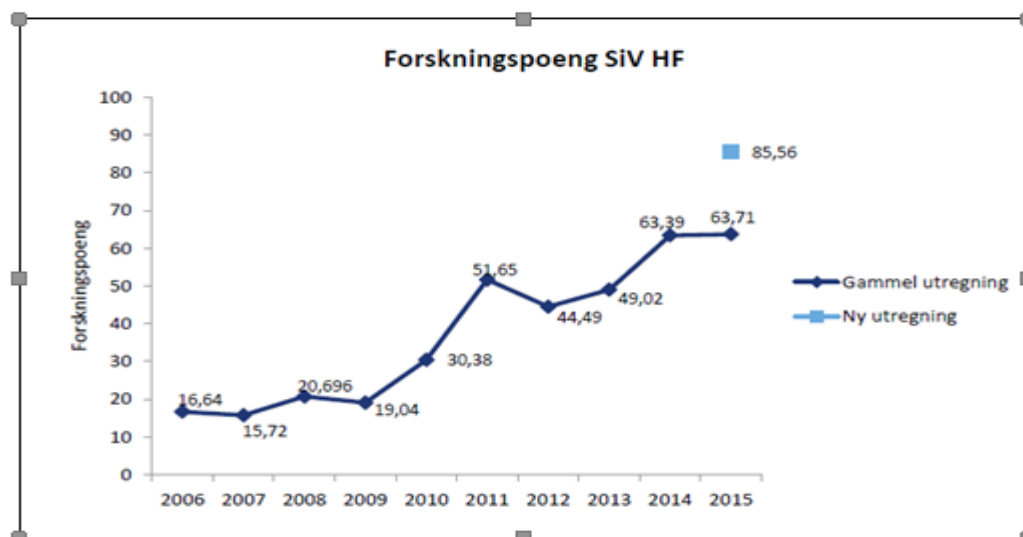
Det er viktig å få på plass et IKT-system som bidrar til at lederne kan jobbe mer systematisk og målrettet med kompetanseutvikling og kompetansesikring. IT-verktøyet skal hjelpe lederne til å få bedre kontroll, oversikt og dokumentasjon på at medarbeiderne har nødvendig kompetanse på fagspesifikke områder, medisinsk teknisk utstyr og annen lovpålagt kompetanse som brannvern og smittevern. Systemet heter Dossier og skal i første omgang brukes til å dokumentere kompetanse og læringsmål for LIS-legene. Det vurderes deretter om systemet også skal brukes overfor øvrige medarbeidergrupper.

Samarbeid med utdanningsinstitusjonene blir enda viktigere fremover. Sykehuset ønsker å bidra til at helseutdanningene er praksisnære og godt relatert til våre utfordringer og behov. SiV, Vestre Viken og Sykehuset Telemark jobber med flere forslag til hvordan foretakene kan få til et godt og effektivt samarbeid med den nye Høgskolen i Sørøst-Norge. Arenaer for tettere samarbeid er i ferd med å etableres.

- **Forskning**

Forskning ved Sykehuset i Vestfold (SiV) er først og fremst knyttet til pasientnære problemstillinger. Sykehuset har ca. 100 pågående forskningsprosjekter basert på eksisterende "Forsknings- og innovasjonsstrategi". Et mål for forskningsaktiviteten er NIFU-poeng. Se figur under.

Forskningsaktiviteten er høy i forhold til sammenlignbare sykehus. SiV HF benyttet i 2015 1,7 % av driftskostnadene til forskning. Det er etablert et samarbeid med Sykehuset Telemark med samfinansiering av fellesprosjekter.



Figur fra «SiV's Årsrapport 2015: Forskningsaktivitet og ressursbruk».

Figuren viser utvikling i forskningsaktivitet ved SiV HF 2006 – 2015, basert på antall NIFU-poeng.

Innovasjonsvirksomheten i SiV er også preget av høy aktivitet. Dette arbeidet har vært mindre strukturert enn forskningsaktiviteten. Det er besluttet å bedre dette gjennom et strukturert verktøy for ideinnhenting og gjennomføring samt gevinstrealisering. Dette er en felles satsing i regionen og SiV er blant de første ikke-universitetssykehusene til å innføre dette.

- **Brukermedvirkning i forskning**

For å bidra til å skape “Pasientens helsetjeneste” har Sykehuset i Vestfold også laget en handlingsplan for økt brukermedvirkning i forskning.

- **Kliniske studier**

SiV samarbeider med andre helseforetak i gjennomføring av flere av de pågående kliniske studiene, og da spesielt universitetssykehusene. Ved oppstart av studier vurderes mulige samarbeidspartnere ved etablering av studien og utarbeidelse av protokoll. Prosjekter som er relevant for sykehusets pasienter, deriblant kliniske studier, prioriteres ved tildeling av interne forskningsmidler.

Sykehuset har også utarbeidet informasjon til mulige samarbeidspartnere som ønsker å samarbeide med SiV på sykehusets nettsider: <https://www.siv.no/helsefaglig/Forskning-og-innovasjon>, og behandler fortløpende henvendelser om deltagelse i multisenterstudier. Oversikt over kliniske studier ved Sykehuset i Vestfold finnes på nettstedet helsenorge.no.

Ved oppdragsstudier fra industrien samarbeider SiV med Inven2.

4. RAPPORTERING FOR KRAV OG RAMMER 2016

4.1. Organisatoriske krav og rammer

Innkjøp og logistikk:

- **Analyse av praksis for vareforsyning**

SiVs praksis for vareforsyning speiler de fleste foretakene i regionen, bortsett fra AHUS og SØ HF som ikke har eget sentrallager. SiV har et vareuttak fra HSØ Forsyningscenter på ca. 40% i 2016, mens resten kommer som direkteleveranse fra Avtaleleverandørene.

- **Endring i helseforetaket, basert på funnene i analysen**

Det er inngått tettere samarbeid med HSØ Forsyningscenteret for å se på mulighetene for å få en større del av varene gjennom dem. Her må det gjøres et arbeid lokalt for å se om det er mulig å tilpasse vårt valg av varer til hva HSØ FS kan levere. Dette må være i samarbeid med det kliniske miljøet lokalt. SiV er ett av 3 pilotforetak i forbindelse med overgang til ny drift av HSØ FS.

- **Tap på forsinket avtaleimplementering:**

Det er ikke etablert skriftlige rutiner ennå. Dette har nå prioritet å få plass. Funksjonalitet er etablert i innkjøpsportalen. Innkjøpsleder- SiV har deltatt via FIL (forum for innkjøp og logistikk) i dette arbeidet med å utvikle målingen og funksjonalitet vedr. dette.

- **Videreutvikling av felles måleparametre**

Dette arbeidet er videreutviklet gjennom 2016 i og felles målparametere er nå etablert slik at man kan sammenligne HF seg imellom. SiV har bidratt i dette arbeidet.

Prehospitaltjenester:

Felles prehospital klinikk i Vestfold og Telemark er avviklet fra 01.01.16. Det er inngått respektive leveranseavtaler på områdene AMK (felles AMK driftes av SiV) og pasienttransport (driftes av STHF).

Melding av alvorlige hendelser:

SiV har iverksatt rutiner som skal sikre at alvorlige hendelser i EPJ, PAS og medisinsk-teknisk utstyr blir meddelt til alle helseforetak og leverandører.

Oppfølging av avvikene påpekt i Riksrevisjonens rapport om helseforetakenes ivaretagelse av informasjonssikkerhet:

SiV har etablert og oppdatert systemer og rutiner som skal sikre oppfølging av den type avvik som er påpekt i Riksrevisjonens rapport. Foretaket vil også delta i arbeidet med å sikre en samlet tilnærming og kompetanse på informasjon og personvern i ulike systemer.

Det for øvrig i SiV nylig tatt organisatoriske skritt for i større grad kunne se de to ovennevnte områder i sammenheng.

Redningsledelse ved hovedredningsssentralene og i lokale redningsssentraler:

SiV er representert i lokal redningsssentral (LRS) i vårt distrikt.

Sykehusbygg HF:

I hht. vedtak i styret for Helse Sør-Øst RHF er SiV HF selv byggherre i Tønsbergprosjektet. Det er imidlertid etablert et forpliktende samarbeid med Sykehusbygg HF i prosjektet. Sykehusbygg HF har avgitt ressurser til prosjektorganisasjonen.

4.2. Økonomiske krav og rammer

Økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer:

Årsresultat 2016

Beløp i 1000 kroner	Vederlagstabell i oppdrag og bestilling 2016	Foreløpig regnskap 2016
Basisramme	3 205 353	3 013 847
<i>herav kvalitetsbasert finansiering</i>	<i>19 347</i>	<i>19 347</i>
Forskning	3 494	3 494
Nasjonale kompetansetjenester	9 625	9 625
Statlige tilskudd	5 707	5 707
ISF-refusjoner	1 264 744	1 220 339
Inntekter i alt 2016	4 488 924	4 272 359

Resultat	Resultat	Budsjett	Avvik
Sykehuset i Vestfold	60 233	50 000	10 233

SiV budsjetterte med et overskudd på 50 mill. kr. for 2016. Det har vært negativt avvik på flere områder av budsjettet, men samtidig var det innarbeidet en buffer. Det har vært utfordringer knyttet til streiken i høst og negative avvik på DRG-poeng. Streiken er beregnet til netto å ha kostet SiV 3-4 mill. kr. Foretaket oppnådde likevel et overskudd på 60,2 mill. kr. i 2016, dvs. 10,2 mill. kr. bedre enn budsjett. Dette overskuddsnivået gir etter foretaket fortsatt en bærekraftig økonomi.

Forutsetninger for driften i 2016:

- Helseforetaket skal styre innenfor tilgjengelig driftskredittramme fastsatt av Helse Sør-Øst RHF.
- Helseforetaket skal forespørre Helse Sør-Øst RHF i god tid dersom det er behov for driftskreditt ut over gjeldende ramme, og det skal fremlegges tilstrekkelig underbyggende dokumentasjon for dette behovet.
- Fakturaer som mottas fra HELFO i henhold til vedtatt oppgjørsordning for ordningen “*Fritt behandlingsvalg*” skal betales og er finansiert over basisramme.
- Basisrammen fra Helse Sør-Øst RHF omfatter full effekt av omfordeling av midler knyttet til overføring av prehospitale tjenester fra Sykehuset Telemark til Sykehuset i Vestfold.
- Virksomheten innen “*Raskere tilbake*” skal videreføres i henhold til de rammebetingelser som er gitt fra Helse Sør-Øst RHF. Midler til finansiering av “*Raskere tilbake*” omfattes ikke av tabellen over, men kommer i tillegg.
- Helseforetakets styring av samlet likviditet skal skje innenfor tilgjengelige rammer til drift og investeringer.
- Etablerte prinsipper for likviditetsstyring skal følges opp. Budsjettert resultat for 2016 skal ikke benyttes til investeringer i 2016 uten etter særskilt avtale med Helse Sør-Øst RHF.
- Det skal tas høyde for resultatrisiko og risiko ved pågående investeringsprosjekter før etablering av nye investeringsforpliktelser.
- Iverksatte investeringsprosjekter skal videreføres i henhold til plan, med riktig kvalitet og innenfor økonomiske rammer.
- Det skal gjennomføres risiko- og sårbarhetsanalyser for investeringsprosjekter.

- Prosjektene fremdriftsplan skal tilpasses tilgjengelig likviditet til investeringer.

Kommentar: Ovennevnte krav er fullt ut lagt til grunn i foretakets disposisjoner.

4.3. Aktivitet i 2016

Sykehuset i Vestfold HF					
Aktivitet i 2016		Somatikk	VOP	BUP	TSB
DRG-poeng (døgn, dag, poliklinikk og pasientadm. legemidler) i henhold til "sørge for"-ansvaret	Budsjett	60 110			
	Resultat	57 549			
Pasientbehandling					
Antall utskrivninger døgnbehandling	Budsjett	37 745	1 836	60	546
	Resultat	36 359	1 975	62	543
Antall liggedøgn døgnbehandling	Budsjett	133 509	30 931	1 464	15 239
	Resultat	125 757	31 130	1 384	15 984
Antall oppholdsdager dagbehandling	Budsjett	21 024	0	0	0
	Resultat	21 130	0	0	0
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	Budsjett	222 833	75 514	53 635	33 097
	Resultat	225 734	76 811	52 866	23 961

Overgangen til nytt pasientadministrativt system for psykisk helsevern og TSB har gjort aktivitetsrapporteringen utfordrende. Antall polikliniske konsultasjoner samlet for psykisk helsevern ser ut til å være omtrent som budsjettet. VOP med et marginalt positivt avvik mot budsjett mens BUP har et marginalt negativt avvik mot budsjett. Det er uklart hva overgangen til nytt pasientadministrativt system har betydning.

Det er et stort avvik på antall polikliniske konsultasjoner innenfor TSB. Det skyldes delvis forutsetninger som er lagt til grunn for årets budsjett, og delvis at omlegging til egen LAR-utdeling har tatt mye kapasitet fra organisasjonen. Dette har under året gått ut over aktiviteten generelt. Dette har bedret seg utover året, og i de siste månedene har antall konsultasjoner vært omtrent som i fjor.

Den samlede somatiske aktiviteten er lavere enn budsjett, selv om dag og poliklinikk har økt mer enn det som var forutsatt i budsjettet. SiV er ikke tilfreds med dette, men noe (hvor mye er usikkert) skyldes at overlegekompetanse er flyttet ut i akuttmodtaket noe som har medført at flere pasienter er behandlet ferdig der og ikke blitt innlagt i like stor grad som før. Det er også "objektive" grunner til at DRG-poengbudsjettet ikke ble nådd:

- effektene av overgang fra 2015-grupper til 2016-grupper innebar reduksjon i DRG på snau 100 poeng med en tilhørende budsjetteffekt på nesten 3 mill. kr.
- det er også negativt avvik på grunn av vedtak i Avregningsutvalget i 2015, som innebar at SiV har endret noe av kodepraksisen, og dermed får mindre betalt for samme aktivitet.

Når det gjelder prioriteringsregelen, vises til kommentarer i avsn. 3.2 ovenfor.

5. ANDRE RAPPORTERINGER

5.1. Oppfølging av det systematiske arbeidet med beredskap og forebyggende sikkerhet

Status for beredskapsplaner:

- **System for å forebygge, oppdage og varsle hendelser, effektiv og koordinert ressursdisponering ved kriser**

Helseforetaket har et løpende oppdatert beredskapsplanverk med planer for både interne og eksterne hendelser. Da hendelsene har svært forskjellig karakter er systemene for å forebygge og oppdage hendelser svært ulike; se derfor svar når det gjelder IKT, legemiddelberedskap, HMS og kritisk infrastruktur under.

Varsling av beredskapsrelaterte hendelser foregår ved hjelp av UMS (Unified Messaging System). Dette systemet er velprøvd ved foretaket og har vært benyttet i flere år, både under reelle hendelser og under øvelser.

Foretaket har et system der det bestandig er en beredskapssjef å treffe på et fast telefonnummer slik at aktuelle delplaner kan utløses korrekt og raskt og at riktig beredskapsnivå settes. I tillegg har foretaket en AMK lege tilstede på sykehuset 24/7 som førsterespons.

Ved økt beredskap har foretaket en organisering der en forhåndsdefinert gruppe personer trer sammen og utgjør foretakets taktiske ledelse.

Foretakets strategiske ledelse utgjøres av direktørens ledergruppe. Denne gruppen informeres ved grønn beredskap, varsles med UMS ved gul beredskap og innkalles ved rød beredskap

- **Samordning/koordinering i forhold til berørte parter (sentrale samarbeidspartnere)**

Foretaket er representert i fylkesberedskapsrådet med beredskapssjef

Beredskapsrådgiver og avdelingssjef prehospitaltjenester møter i VBF (Vestfold beredskapsforum)

Beredskapsrådgiver møter i regionalt beredskapsutvalg i HSØ

Det avholdes regelmessige møter med Politiet i Vestfold, hovedsakelig i forbindelse med planlegging av samvirkeøvelser men også ved andre saker med felles interesse

Det er oppnevnt en LRS liaisonperson med stedfortreder som ved kriser skal møte i politiets operasjonssentral og ivareta medisinsk rådgivning der

Avdelingssjef prehospitaltjenester har frem til 2016 møtt i Vestfold operative lederforum(VOLF)

Forskjellige deler av det kommunale brannvesenet har vært representert på møtene som er avholdt i forbindelse med samvirkeøvelser

Samhandling med sykehus og kommuner om beredskap har jevnlig møter og skal i gang med felles øvelser

Øvingsaktiviteter:

- **Øvingsaktiviteter internt**

Det avholdes tabletop-øvelser for strategisk og taktisk ledelse innenfor forskjellige deler av beredskapsplanverket fire til seks ganger årlig

Det holdes varslingsøvelse i UMS to ganger årlig der alle enheter som er involvert i beredskapsarbeidet involveres

Personellgrupper som er satt opp til å rykke ut til større hendelser avholder en praktisk samleøvelse en gang i året.

Foretaket øver månedlig på bortfall av elektrisitet

Foretaket øver regelmessig på bortfall av kritiske IKT-systemer og telefoni i forbindelse med vedlikehold og oppgradering av eksisterende

- **Øvingsaktiviteter i samarbeid med andre**

Sykehuset i Vestfold deltar i en samvirkeøvelse årlig. I 2016 var denne øvelsen i samarbeid med Holmestrand kommune, Jernbaneverket, NSB, Politiet og Vestfold Interkommunale Brannvesen

- **Observatøraktivitet**

Beredskapsrådgiver deltar regelmessig som observatør under øvelser, både lokalt, regionalt og nasjonalt

Oppfølging av sikkerhetsloven:

Av praktiske årsaker er det ikke foretatt formell etablering av sikkerhetsorganisasjon i SiV innen 31.12.16. Arbeidet har imidlertid pågått en tid, og formell etablering (rollebeskrivelser, utpeking til roller og nødvendige dokumenter/prosedyrer vil nå bli prioritert og foretatt snarest mulig.

Oppfølging av Nasjonal prosedyre for nødetatens samvirke ved pågående livstruende vold (PLIVO):

Plivo-prosedyren implementert i SiV. Ansatte i AMK og ambulanser har utført pålagt øving. Det planlegges nye kurs sammen med de andre nødetatene i tidsrommet uke 42 -46 i år for å tilby evt. nyansatte.

PLIVO-prosedyren er besluttet å være pensum ved de ulike nødetatenes ordinære utdanningsløp.

Reserveløsning for AMK-sentral:

Øvelse evakuering av AMK Vestfold-Telemark fra Tønsberg til Drammen ble gjennomført 02.11.16. På bakgrunn av øvelsen, og evalueringskonferanse sammen med AMK Vestre Viken, Sykehusparter og HDO, har det blitt utarbeidet prosedyre og tiltakskort for evakuering av AMK Vestfold-Telemark til AMK Vestre Viken. Prosedyren og tiltakskortene gjøres gjeldene innen utgangen av januar 2017.

Oppfølging av rapport om nasjonal legemiddelberedskap:

SiV har fungerende legemiddelkomite med regelmessig møteaktivitet. Mandatet er sist revidert 15.09.15, og er nå under ny revisjon.

Risikoanalyse for legemiddelberedskap ved SiV ble gjennomført høsten 2016. Handlingsplan med tidsfrister er utarbeidet.

Risikoanalyser og sikring av god beredskap for kritisk infrastruktur:

Det er vanlig at ROS gjennomføres ved innføring av nye IKT-systemer og store endringer av disse. Det er for øvrig gjennomført og planlegges gjennomført ROS-analyser knyttet til etablert infrastruktur både innenfor IKT og tekniske installasjoner, el, vann etc.

Oppfølging av rammeverk for helse, miljø- og sikkerhet (HMS) i Helse Sør-Øst:

Det er fra og med 2016 er opprettet og besatt stilling som sikkerhetsrådgiver. Det er vedtatt sikkerhetspolicy, som grunnlag for det videre arbeid.

Parallelt er det gjennomført en sikringsrisikoanalyse for utvalgte deler av sykehuset. Analysen er gjennomført av COWI v/Senter for risikoreduserende design. Målsettingen med å gjennomføre sikringsrisikoanalysen var at den skulle gi et tilfredsstillende beslutningsgrunnlag for å kunne implementere tilstrekkelige risikoreduserende tiltak for å opprettholde et akseptabelt risikonivå. Det arbeides nå videre med dette. Det vil bli arbeidet systematisk videre med sikringsrisikoanalyser og forebyggende arbeid, herunder arbeid med å etablere en god sikkerhetskultur i foretaket.

5.2. Oppfølging av andre oppdrag

- **Ambulansetilbud psykisk helse (prosjektperiode avsluttes i 2016)**

“Verdig vei videre” som omhandler transport av psykisk syke i akutt krise, er et prosjekt som ledes av prehospital klinikk ved SiV, med tett samarbeid med ambulansetjenesten i Telemark, og KPR og politi i Vestfold og Telemark.

Prosjekt har gjennomført en omfattende kartlegging, med videre utvikling og implementering av tiltak for å bedre samhandling og øke kompetansen hos de aktørene som er involvert i å løse oppdragene. Prosjektet finansieres via HSØ og avsluttes 31.12.17.

6. UTVIKLINGSTRENDER OG RAMMEBETINGELSER

6.1. Faglig og demografisk utvikling

For spesialisthelsetjenesten vil utfordringene også i 2017 særlig være preget av:

- Økte krav til at ventetider reduseres ytterligere fra dagens nivå, og at pasientene ikke lenger skal oppleve fristbrudd.
- Økte krav til kontinuitet og effektivitet i pasientbehandlingen.
- Pasientens frie valg og større innslag av private tjenesteytere.
- Videreutvikling av nye pakkeforløp med definert faglig innhold og normative forløpstider for stadig flere sykdomsgrupper.
- Fritt behandlingsvalg, i første omgang for pasienter innenfor psykiatri og rus samt enkelte somatiske områder.
- Ny pasient- og brukerrettighetslov (fra november 2015) som blant annet har fjernet skillet mellom pasienter med og uten rett til prioritert helsehjelp ved at alle pasienter som er vurdert til å ha behov for spesialisthelsetjeneste, per definisjon er rettighetspasient.
- At større bevissthet og kunnskap hos pasienter og pårørende, fører til at flere benytter sine lovfestede rettigheter. Dette er en ønsket utvikling, men vil gi økt press på spesialisthelsetjenesten, og vil kunne ha kostnadsdrivende effekter.
- Det pågående paradigmeskifte med hensyn til pasientmedvirkning vil bli enda tydeligere, i tråd med utviklingen av «Pasientens helsetjeneste».
- At pasienter med kroniske og sammensatte lidelser øker i alle aldersgrupper, bl.a. ved at flere lever lenger med bl.a. hjertesykdommer, lungesykdommer, kreftsykdommer, sukkersyke, sykkelig overvekt og muskel- og skjelettplager.
- At etterspørselen etter rehabilitering og lærings- og mestringstilbud vil øke både for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.
- At medisinsk og teknologisk utvikling gir forbedringer i diagnostikk og behandlingstilbud, og vil påvirke hvordan og hvor tjenestene bør ytes.
- At stadig flere svært dyre legemidler blir godkjent for bruk.
- Fortsatt økning av etterspørselen etter behandling for psykiske lidelser og plager, samt tverrfaglig spesialisert behandling for avhengighet.
- Økte krav til å dokumentere og monitorere egen virksomhet.

SiV har tatt hensyn til disse utviklingstrendene i sine strategier og planer, og vil i 2017 fortsette arbeidet med blant annet:

- Øke innsatsen innenfor sikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen.
- Redusere ventetid på utredning og behandling.
- Tilstrebe at pasienter ikke venter utover medisinsk begrunnet ventetid og derigjennom
- Sikre økt grad av kontinuitet i pasientbehandlingen.
- Redusere uberettiget variasjon i pasientbehandling
- Redusere forløpstider
- Sikre at pasienten mottar riktig og forståelig informasjon til riktig tid.
- Sikre at fristbrudd ikke forekommer.
- Sikre at ingen venter lenger enn et år.
- Skape økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer.
- Forbedre intern og ekstern samhandling.
- Arbeide for å realisere samhandlingsreformens intensjoner.
- Videreutvikle og styrke vår evne til å utvikle og ta i bruk kunnskap.

- Delta i regionalt program for, og ta i bruk, kliniske IKT-systemer

Plikten til veiledning og kompetanseheving er et av områdene ved implementering av samhandlingsreformen som gir utfordringer og må presiseres nærmere. Plikten omfatter også mer systematisk veiledning. Hvor grensen går mot kommunens eget ansvar for kompetansehevende tiltak er uklart og må avklares mellom partene og avtales. Dette kan også innebære desentralisert lokalisering av flere spesialisthelsetjenester, også ved tettere samarbeid med avtalespesialister. Dette sees i sammenheng med pågående arbeid med kompetansekartlegging i så vel kommuner som spesialisthelsetjeneste i Vestfold. I tillegg er det behov for å etablere og videreutvikle gode IKT- og kommunikasjonssystemer å bistå samarbeid, kompetansebygging og brukermedvirkning.

Videre blir det helt avgjørende at bygningsmessig infrastruktur er i en slik tilstand at den underbygger effektiv og kvalitetsmessig god drift. De opprinnelige vedtatte byggeplanene for sykehuset består av syv byggetrinn og i dag er seks byggetrinn bygget og tatt i bruk. Utformingen og beliggenheten av de to sengepostfløyene A og B, er lite hensiktsmessige i forhold til de driftskonsepter som ligger til grunn for gjennomføringen av de tidligere byggetrinnene i Tønsberg. Det er erstatningen av disse to sengepostfløyene (samt nytt Akuttmottak) som skal inn i nye bygg i Tønsberg. SiV har med andre ord utfordringer knyttet til å optimalisere driften innenfor en bygningsmessig infrastruktur som egentlig forutsetter to ulike driftskonsepter.

SiV har i likhet med en rekke andre helseforetak i landet, pågående utviklingsarbeider i forhold til å definere fremtidige funksjoner ved de ulike driftsstedene og i samarbeid med tilgrensende HF. Dette arbeidet er selvfølgelig tett knyttet til opp til arbeidet med utviklingsplan i sykehusområdet. Vår evne og ikke minst vår mulighet til å gjennomføre ønskede strukturelle og organisatoriske endringer både i SiV og i sykehusområdet, vil være en utfordring og et spenningsmoment i de nærmeste årene.

6.2. Forventet økonomisk utvikling

SiV budsjetterte med et overskudd på 50 mill. kr. for 2016. Det har vært negativt avvik på flere områder av budsjettet, men samtidig var det innarbeidet en buffer. Det har vært utfordringer knyttet til streiken i høst og negative avvik på DRG-poeng. Streiken er beregnet til netto å ha kostet SiV 3-4 mill. kr. Foretaket oppnådde likevel et overskudd på 60,2 mill. kr. i 2016, dvs. 10,2 mill. kr. bedre enn budsjett. Dette overskuddsnivået gir etter foretaket fortsatt en bærekraftig økonomi.

HSØ har nå inntektsmodeller på alle områder. Vestfold er omtrent på gjennomsnittet i HSØ når det gjelder demografisk utvikling og dermed skulle man forvente vekst i tildeling av midler i tråd med veksten til spesialisthelsetjenesten i statsbudsjettet. Men siden inntektsmodellene i HSØ også påvirkes av andre faktorer, forventes det vekst som ligger under veksten i statsbudsjettet. På bakgrunn av den gode økonomiske styringen foretaket har hatt de siste årene, forventes det likevel at driften også framover gir et overskudd som er tilstrekkelig for å gjennomføre et bærekraftig investeringsnivå.

Fra 2016 har Tønsbergprosjektet påvirket foretakets økonomi. Ambisjonen er å forbedre driftsresultatet eksklusiv avskrivninger med 70 mill. kr. i perioden 2016-2020. Sammen med reduksjonen i avskrivningskostnader i samme periode skal foretaket være i stand til å møte økte rente- og avskrivningskostnader når foretaket tar i bruk nytt psykiatribygg i 2019 og nytt somatikkbygg i 2021. Inkludert i budsjettet for 2016 er derfor 12 mill. kr. økning i resultatet, og i ØLP er forbedringen på 12-15 mill. kr. pr. år inkludert.

6.3. Personell- og kompetansebehov

Rekruttering og utdanning:

Tilgang på medarbeidere med riktig kompetanse er en forutsetning for at SiV nå og i fremtiden skal kunne tilby pasienter kvalitativ og riktig behandling på en effektiv måte. Prognoser viser at tilgangen på helsepersonell vil endres de kommende årene, og «kampen om arbeidstagerne» vil bli vanskeligere blant noen profesjonsgrupper. Utfordringene må møtes med flere ulike tiltak, blant annet nye driftsformer, bruk av teknologi, effektivisering, endringer i arbeidstidsbestemmelser, andre og nye profesjoner, endring i oppgavedeling innenfor og mellom yrkesgrupper, seniorpolitiske virkemidler, endring i utdanningene og i utdanningssystemet.

Det er også nødvendig å ha kontinuerlig oppmerksomhet på å rekruttere og beholde medarbeidere med relevant kompetanse for å sikre forsvarlig og god drift til det beste for pasientene. I dag rekrutterer SiV i all hovedsak godt, men enkelte fag er mer utfordrende enn andre. Blant legespesialitetene gjelder dette blant annet onkologi, bryst og endokrinkirurgi, karkirurgi, immunologi og transfusjonsmedisin, medisinsk biokjemi, radiologi, hematologi og klinisk nevrofysiologi. Det er også utfordrende å rekruttere spesialsykepleiere, radiografer med spesialkompetanse, fysioterapeuter med spesialutdanning, AMK-operatører og miljøterapeuter/høyskolepersonell med relevant grunn- og videreutdanning.

En sentral strategi for skaffe til veie driftskritisk kompetanse er å utvikle tilstrekkelig robuste fagmiljøer og også selv utdanne spesialistene innenfor de rekrutteringssvake fagene. Når det gjelder legegruppene, fordrer dette at SiV er godkjent som utdanningsavdeling innenfor den enkelte spesialitet, og at sykehuset har en lang planleggingshorisont. SiV er godkjent som utdanningsavdeling innenfor de fleste spesialiteter, men enkelte unntak er det, blant annet spesialiteten bryst- og endokrinkirurgi.

I 2016 er det blitt arbeidet med å forberede implementeringen av ny LIS-utdanning, som starter i 2017. Det er store innholdsmessige og organisatoriske endringer fra dagens spesialistutdanning til den nye LIS-utdanningen, herunder endrede krav til å bli godkjent som utdanningsavdeling. SiV ønsker å være årvåkne og i forkant, slik at vi har kunnskap om konsekvensene av ny utdanningsmodell og kan planlegge ut fra dette.

Sykepleiere innenfor anestesi, intensiv og operasjon (AIO) er driftskritiske personellgrupper. Uten tilstrekkelig bemanning vil operasjonskapasiteten og tilbudet til akutt og kritisk syke pasienter reduseres. Det er høy alderssammensetning blant AIO-sykepleierne, og omfanget av overtid og ekstern innleie er relativt stort. Det er få, om noen, søkere til nyutlyste stillinger innenfor disse spesialutdanningene, og SiV har derfor hatt behov for å utdanne egne. SiV har opprettet såkalte utdanningsstillinger for disse gruppene. Det innebærer at ansatte etter søknad gis permisjon med lønn i tre semestre for å gjennomføre aktuelle spesialsykepleierutdanninger. Forutsetningen er at de jobber noe under studietiden og aksepterer en bindingstid på tre år. I 2016 fikk SiV utdannet syv anestesisykepleiere, åtte intensivsykepleiere og åtte operasjonssykepleiere. For å dekke fremtidige behov, vil det i forbindelse med nytt opptak i 2017, og senere opptak, vurderes opprettelse av ytterligere utdanningsstillinger for spesialsykepleierne.

SiV har siden 2014 hatt et trainéprogram for nyutdannede sykepleiere. Formålet har blant annet vært å sikre de nyutdannede sykepleierne 100 % faste stillinger, og gjennom særskilt fokus på fagutvikling sikre at sykepleierne blir trygge i og mestrer sin rolle. Trainéprogrammet ble evaluert i 2016. Én av de største gevinstene har vært at man har klart å redusere «praksissjokket», som mange opplever når de går fra å være student til å bli nyansatt. Det vurderes om trainéprogrammet skal gå over i ordinær drift.

Sykehuset i Vestfold har som helseforetak store utdanningsforpliktelser. Arbeidet for å oppfylle utdanningsforpliktelsene går i korthet ut på å sikre et tilstrekkelig antall lære-, praksis- og turnusplasser for lærlinger, studenter og helsepersonell. I tillegg skal SiV sørge for at tilbudet som ytes er av god kvalitet. SiV tar årlig imot i overkant av 400 lærlinger, elever/studenter og turnuskandidater, og disse gjennomfører årlig i overkant av 7000 praksisuker totalt sett på SiV. Utdanningsoppgavene som sykehuset utfører er viktige for å sikre god fremtidig kvalitet i pasientbehandlingen og for rekruttering av fremtidige arbeidstakere. Utdanning er en kjerneaktivitet, og for sykehuset er det viktig å være en attraktiv læringsarena for alle typer helsefaglige studenter, elever, lærlinger, hospitanter, turnuskandidater og spesialistkandidater.

Sykehuset arbeider for å ha tette og gode samarbeidsrelasjoner med Høgskolen i Sørøst-Norge (HSN) om praksisgjennomføring, forsknings- og utviklingssamarbeid, men også innhold og læringsutbytte i aktuelle profesjonsutdanninger. SiV, Vestre Viken, Sykehuset i Telemark og HSN har i 2016 innledet et samarbeid for å få på plass en ny felles samarbeidsavtale. Et sentralt siktemål med avtalen er å styrke dialogen og samhandlingen mellom HF-ene og høgskolen. Det er viktig at SiV fremover tydelig kommuniserer både kortsiktige og langsiktige kompetansebehov til høyskolen.

Det er etablert et godt samarbeid med Vestfold fylkeskommune og Opplæringskontoret for offentlig sektor når det gjelder fagopplæring i videregående skole. I skoleåret 2015/2016 har SiV 13 lærlinger på Helsefag og 14 lærlinger innenfor ambulanséfag. Sykehuset har også lærlinger innenfor IKT og logistikk. Det vurderes fortløpende om SiV bør ta imot lærlinger innenfor andre relevante utdanningsretninger.

Kompetanse:

SiV har etablert et årshjul for strategisk kompetansestyring. Årshjulet med aktiviteter skal bidra til at sykehuset regelmessig gjør vurderinger, prioriteringer og konkretiseringer som setter oss i stand til å møte fremtidens kompetanse og arbeidskraftsbehov. Arbeidet har resultert i at det på sykehusnivå er valgt ut seks satsningsområder i perioden frem mot 2021: Lederutvikling, standardiserte pasientforløp, medikamenthåndtering, akuttkjeden, rekruttere og beholde driftskritisk arbeidskraft og pasientkommunikasjon. Det er en utfordring i strategisk planlegging og styring å ha felles erkjennelser av kommende utfordringer og muligheter de nærmeste 10-20-30 årene faglig, teknologisk, organisatorisk og økonomisk. Strategisk kompetanseplanlegging må baseres på scenarier, trendanalyser og ambisjoner, ikke på bakspeilets fortellinger om gårsdagen. Nasjonal bemanningsmodell kan bli et hensiktsmessig verktøy for SiV i arbeidet med strategisk kompetanseplanlegging.

I tillegg til å planlegge for fremtidens kompetanse- og arbeidskraftsbehov, handler kompetansestyring om å ha systemer som sikrer at medarbeiderne har nødvendig kompetanse i det daglige arbeidet. SiV har konkludert med at Dossier er det foretrukne IKT-verktøyet til formålet, og systemet innføres for LIS i forbindelse med ny utdanningsmodell. SiV er i prosess for å vurdere om Dossier også skal innføres for øvrige yrkesgrupper.

Klinisk simuleringssenter ble etablert ved SiV i 2012 og tilbyr tilrettelagt simuleringstrening med det formål å øke kvaliteten og sikkerheten i pasientbehandlingen. Aktiviteten i simuleringssenteret er stor, og det drives blant annet omfattende opplæring av instruktører og medarbeidere i H-HLR og A-HLR, tidlig identifisering av akutt og kritisk syke, teamsamhandling, kommunikasjon, prosedyrer og ferdigheter.

I gjennomsnitt ble det gjennomført 1,5 e-læringskurs pr. ansatt ved SiV i 2016. Det er ønske å øke bruken av e-læring ytterligere, blant annet gjennom mer systematisk arbeid med

kompetansestyring (både strategisk og operativ), aktivt å tilby e-læringskurs til nyansatte i forkant av oppstartdato og gjennom å definere flere kurs som obligatoriske på sykehus-, klinikk-, avdelings- og seksjonsnivå.

Ressursstyring:

Effektiv ressursstyring har vært et satsingsområde i 2016 både lokalt på SiV og i oppdraget fra HSØ og HOD. For å sikre god planlegging og effektiv styring av personalressurser ved SiV er det utviklet et bredt tilbud av kurs-, opplærings- og veiledningstilbud. Det er obligatorisk opplæring for alle nye ledere og lederstøtter.

Det har vært gjennomført et stort prosjekt med gjennomgang av og ny planlegging av arbeidstid for leger i hele foretaket. Fortsatt kontrolleres alle arbeidsplaner av Avdeling for ressursstyring.

Drifts- og bemanningsanalyser i seksjonene gjennomføres fortløpende og med gode resultater. I Medisinsk klinikk og Kirurgisk klinikk er det innarbeidet nye typer arbeidsplaner som gir lengre planleggingshorisont og mer aktivitetsstyrt bemanning.

Det arbeides fortløpende med å finne nye og bedre arbeidstidsordninger for å sikre riktig bemanning og kompetanse gjennom hele døgnet og alle årets dager. Samtidig arbeides det med å komme nærmere en heltidskultur for sykepleietjenesten. Avdeling for ressursstyring er involvert i mange store organisasjonsendringer med systemstøtte, prosessveiledning og rådgivning.

Reduksjon av AML-brudd har også vært et satsingsområde. Det er vedtatt en handlingsplan med mål om minimum 30 % reduksjon av AML-brudd i løpet av 2017.

Vikarsenteret reduserer behov for ekstern innleie av vikarer, - her er det potensiale for å redusere kostnader ytterligere ved at Bemanningsseksjonen kan bistå hele sykehuset.

Kommunikasjon med pasientene:

Informasjon og kommunikasjon knyttet til behandling og sykehusopphold er ett av områdene pasientene ved SiV er minst fornøyd med. Det viser både undersøkelser om pasienttilfredshet, klager til pasient- og brukerombudet og øvrige klagesaker.

SiV har igangsatt to ulike kommunikasjonstreningsprosjekter. Det er etablert et prosjekt i samarbeid med Diakonhjemmet og Vestre Viken, som omhandler kommunikasjonstrening for leger («Fire gode vaner»). Det er også etablert et kommunikasjonstreningsprosjekt for sykepleierne innenfor onkologi-palliasjon. På bakgrunn av erfaringene fra de to pågående prosjektene skal ytterligere utbredelse av et kommunikasjonstreningsprogram på sykehuset vurderes.

Pasientmedvirkning på systemnivå utøves i dag gjennom Brukerutvalget på sykehuset. På tjenestenivå utøves den gjennom brukerrepresentasjon i prosjekter og i tiltak som arbeider med å forbedre pasientforløp og pasienttilbud generelt.

6.4. Status og utfordringer for investeringsområder

Det er kontinuerlig behov for å fornye bygningsmassen i SiV. Tønsbergprosjektet fikk tildelt midler i Statsbudsjettet for 2015 og SiV etablerte forprosjektet i 2015. Det er forventet innflytting i nye bygg i 2019 (psykiatri) og 2021 (somatikk). Dette faser ut de eldste byggene på sykehustomta i Tønsberg. Sammen med nybygg og renovering av bygg på Skjerve og Linde, flytting av BUPA til nye leide lokaler, vil Tønsbergprosjektet gjøre at psykisk helsevern og TSB har fornyet 85% av sin bygningsmasse i perioden 2014-2019.

For øvrig vurderer SiV situasjonen slik at den bærekraftige økonomien gjør oss i stand til å foreta nødvendige renoveringer, tilpasninger til tilsynskrav og forebyggende vedlikehold slik vi i dag vurderer bygningsmassen.

Det er i den pågående prosessen for energimerking av bygg pekt på en rekke utfordringer knyttet til energiforbruket i foretakets bygg. SiV har startet gjennomføring av tiltak basert på disse vurderingene i 2014, bl.a. finansiert gjennom HSØ sin ENØK-låneordning. Dette arbeider fortsatt i 2016 og nye tiltak skal gjennomføres i årene som kommer.

Øvrige investeringsområder vurderes også til å være under kontroll som følge av at den bærekraftige økonomien, bl.a. har gjennomsnittlig alder på medisinskteknisk utstyr blitt redusert siste 3 år. Det er nødvendig at det er en stabil tilgang på investeringsmidler for at foretaket skal være i stand til å opprettholde tilfredsstillende nivå på anleggsmidler.

7. PLANER FOR UTVIKLINGEN

Pasientbehandling

I Helse Sør-Østs plan for strategisk utvikling (2013-2020) er det konkretisert tre hovedmål relatert til innsatsområde pasientbehandling:

- Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd
- Sykehusinfeksjoner er redusert til 3 %
- Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Hvert år blir det 20 000 flere eldre over 67 år i landet. Effekten av en aldrende befolkning blir mest synlig etter 2020. Helseforetakets utviklingsarbeid vil derfor være preget av at antallet eldre som lever med kreft, kroniske og livsstilssykdommer øker jevnt. I dette arbeidet vil det å gjøre pasienten i stand til å leve et liv med sin sykdom preget av kvalitet, stå sentralt. Her vil økt samhandling med primærhelsetjenesten stå helt sentralt.

Øking av multiresistente bakterier krever større innsats ved alle helseforetak, samtidig som også antibiotikaresistens er en økende utfordring. Infeksjonsforebygging og smittevern vil derfor kreve økt oppmerksomhet i tiden fremover. Reduksjon av sykehusinfeksjoner er et sammensatt bilde og Pasientsikkerhetsprogrammet er blant annet en del av satsningen for å forebygge infeksjoner.

Nasjonal helse- og sykehusplan gir sterke føringer om bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehus: *“Sykehusene skal arbeide i team slik at pasienten får den beste behandling av kompetent personell uansett hvor de bor”*. Dette må også ses i sammenheng med behovet for kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunen og økt bruk av ambulante team.

I arbeidet med å realisere “Pasientens helsetjeneste” er det å legge til rette for at pasienter som ønsker en aktiv rolle i valg av behandlingsform får anledning til dette. Samvalgsverktøy vil derfor gjøres tilgjengelig innenfor flere diagnoseområder. Stadig flere pasienter forventer videre å kunne ha tilgang til og bruke personlig helseinformasjon og kommunisere med sykehuset på nett. Dette vil også bidra til å redusere det høye antallet av pasienter som ikke møter til avtalt time, og dermed øke tilgjengeligheten som igjen kan redusere antall ventende. Helseforetaket vil arbeide videre med å legge forholdene til rette for aktive pasienter.

Målinger av pasientenes erfaringer med norske sykehus viser år etter år at det området pasientene er minst fornøyd med spesialisthelsetjenesten på, er utskrivningsprosessen og informasjon som gis dem. Som et viktig ledd i arbeidet med å skape *“Pasientens helsetjeneste”* har derfor sykehuset i

samarbeid med brukere og pasientombudet startet et arbeid for bedre informasjon ved utskrivning. «Trygg utskrivning» er en del av dette. Kommunikasjonskurset “Fire gode vaner” videreføres også, jfr. ovenfor. Grunnprinsippene i kurset er å skape en trygg atmosfære, bruke tiden godt i samarbeid med pasienten, vise interesse for pasientens egne tanker om sykdommen, vise medfølelse og å lære seg å gi informasjon på riktig måte.

Verken pasienter, pårørende eller oppdragsgiver vil tiden fremover akseptere den påviste store variasjonen i kvalitet, forbruksmønster samt effektivitet og ventetid – både mellom helseforetak/sykehus, og innad i helseforetakene, som påvist. Arbeidet med å redusere uberettiget variasjon vil få økt oppmerksomhet i helseforetaket i årene fremover.

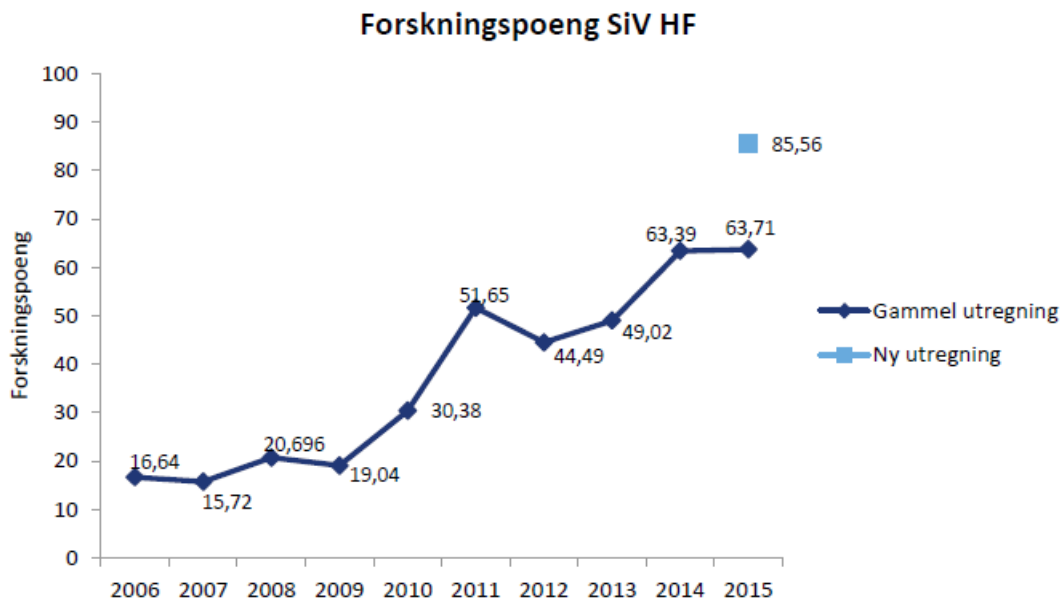
Endringene i Pasient- og brukerrettighetsloven som ble innført november 2015, ordningen med Fritt behandlingsvalg, innføringen av pakkeforløp lokomotiv for utvikling av spesialisthelsetjenesten, samvalg der pasienter involveres i valg av behandlingsform, er alle ordninger som videreføres og overfører makt fra spesialisthelsetjeneste til pasient. Denne trenden vil fortsette i årene fremover. Dette understøttes av den teknologiske utviklingen som gjør pasienten i stand til å bli en mer aktiv deltaker i utredning og behandling av egen tilstand. Dette stiller også økte krav til helseforetakets evne til helhetlig og langsiktig planlegging og organisering, samt utstrakt grad av samhandling internt, mellom sykehus og med fastleger/kommunehelsetjeneste. Helseforetaket vil styrke arbeidet med ressursplanlegging knyttet til pasientadministrativt arbeid og oppfølging, herunder opplæring i riktig håndtering av pasientinformasjon og bruk av pasientadministrative systemer.

Forskning og innovasjon

Forskning ved SiV HF er først og fremst knyttet til pasientnære problemstillinger og klinisk praksis med utgangspunkt i de undersøkelser og den behandling som gis ved sykehuset. Pasientnær forskning er viktig for å få ny kunnskap som på kort eller lang sikt kan gi en bedre helsetjeneste, og bidra til medisinsk utvikling. I tillegg er et godt og bredt forskningsmiljø viktig for fag- og kompetanseutvikling, noe som igjen er viktig for rekruttering av fagpersoner til sykehuset.

De fleste pågående forskningsprosjektene ved sykehuset har etablert et samarbeid med Universitetet i Oslo og/eller Oslo Universitetssykehus (OUS), men det foregår også forskning i samarbeid med andre akademiske miljøer både nasjonalt og internasjonalt, og også innen sykehusområdet.

Sykehuset har hatt en systematisk satsning på forskning gjennom flere år. Det ser vi resultater av takket være dyktige og dedikerte forskere og de som bidrar i støttefunksjoner. Forskningsaktiviteten ved foretaket har de siste årene vært høy sammenlignet med andre helseforetak i Norge, basert på NIFU-poeng i den årlige forskningsrapporteringen til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Forskere ved Sykehuset i Vestfold publiserte hele 112 vitenskapelige artikler i anerkjente tidsskrifter i 2015. Det er en økning fra 104 artikler i 2014. I tillegg avla fire forskere doktorgrad i 2015 og sykehuset fikk 6,4 millioner i eksterne forskningsmidler fra Norges Forskningsråd. Dermed beholder SiV sin posisjon som et av sykehusene med høyest forskningsaktivitet utenom universitetssykehusene og har en 10. plass nasjonalt rangert etter antall forskningspoeng.



Figur fra «SiVs Årsrapport 2015 – Forskningsaktivitet og ressursbruk». Figuren viser utvikling i forskningspoeng ved SiV HF 2006 – 2015, basert på antall NIFU-poeng, både med ny og gammel utregningsmetode.

Mye helseforskning av høy kvalitet foregår innen en rekke ulike fagområder ved SiV. En gjennomgang av sykehusets vitenskapelige publikasjoner i 2015 viser et bredt spekter av ulike tema det forskes på relatert til både barn, voksne og eldre, gjennom hele pasientforløpet, innen både medisin, kirurgi, fysikalsk medisin, psykiatri og rus. Sykehuset har flere aktive, større forskningsgrupper innen blant annet sykkelig overvekt, schizofreni, hjerte og kreft. Det har vært en jevn økning i antall publikasjoner i nivå 2 tidsskrifter (høyeste kvalitet), mens antall publikasjoner med internasjonalt medforfatterskap har vært stabilt de to siste årene. Totalt sett økte forskningspoengene til SiV HF med 0,32 poeng i 2015 sammenlignet med 2014.

I 2016 ble overlege Dagfinn Skaare tildelt strategisk forskerstipend fra Helse Sør-Øst for å forske på utvikling av antibiotikaresistens. Dette er midler som ble lyst ut for å styrke forskningen ved de store ikke-universitetssykehusene og vil finansiere Skaares forskning i fire år fra og med 2017. Skaare ble også tildelt 500.000 kroner i strategisk støtte til styrking av forskningsinfrastruktur ved SiV. Antibiotikaresistens er en internasjonal og nasjonal helseutfordring. Det er derfor viktig for sykehuset at det strategiske prosjektet støttes og kan bidra til å frembringe ny forskningsbasert kunnskap som kan bidra til lokale, nasjonale og internasjonale tiltak, samt styrke tverrfaglig samarbeid og utvikling av nye metoder.

HelseOmsorg21 har sammen med den regionale Forsknings- og innovasjonsstrategien (2013 – 2016), eiers oppdragsdokument for 2016 og SiVs egen strategi (2012-2016), lagt grunnlaget for arbeidet med forskning og innovasjon i 2016. Sykehuset planlegger å videreføre SiVs forsknings- og innovasjonsstrategien i 2017, og følger opp arbeidet ved å utarbeide et årshjul for forsknings- og innovasjonsvirksomheten. Årshjulet følges praktisk opp av Forskningsutvalget og Forsknings- og innovasjonsavdelingen, samt i lederlinjen gjennom lederavtalen og rapportering.

Ansatte ved SiV deltar i nasjonale og regionale forskningsnettverk som er relevante for helseforetaket. Forsknings- og innovasjonsavdelingen ved sykehuset har bistått med å lage en oversikt over aktuelle nasjonale forskningsnettverk og informert aktuelle forskere og

forskningsgrupper ved sykehuset. SiV benytter seg av regional forskningsstøtte, spesielt ift statistikk.

I arbeidet med forskning og innovasjon er det viktig at også pasientenes stemme blir hørt. SiV følger opp tiltak i de nye nasjonale retningslinjene for brukervedvirkning i helseforskning i Norge, og har vedtatt en tiltaksplan for økt brukervedvirkning i forskning. En brukerrepresentant fra Brukerutvalget ved SiV er med i sykehusets Forskningsutvalg. Brukervedvirkning i forskning blir også tillagt vekt ved tildeling av interne og eksterne forskningsmidler.

Satsingen på forskning og innovasjon innebærer økt ressursbruk. Sykehuset arbeider systematisk med å øke prosentandelen av budsjettet til finansiering av forskning (jfr. Forsknings- og Innovasjonsstrategi ved SiV HF og HSØ RHF). Sykehuset ønsker spesielt å styrke den eksterne finansieringen av forsknings- og innovasjonsprosjektene den kommende tiden.

Et av målene i SiVs forsknings- og innovasjonsstrategi har vært at ressursbruken til forskning og innovasjon skal økes fra under 1 % i 2010 til minimum 2 % innen 2016. Det har vært en økning i antall årsverk knyttet til forskning og utvikling ved SiV de siste årene og sykehuset brukte 1,7 % av driftskostnadene til forskning i 2015.

I tillegg til at klinikkene selv setter av ressurser til forskning, lyser SiV ut interne forskningsmidler og felles forskningsmidler i samarbeid med Sykehuset Telemark. Ved tildeling av forskningsmidler vektlegges klinisk pasientrettet forskning, pasientsikkerhet og kvalitet, samhandling, helsetjenesteforskning, internasjonalisering, brukervedvirkning og innovasjonspotensialet.

Videre har SiV jobbet med å styrke Forsknings- og innovasjonsavdelingen og kompetansen både innen forskningsadministrasjon og – rådgivning/veiledning, ekstern finansiering og innovasjon. Dette er viktige tiltak for å sikre god kvalitet i forsknings- og innovasjonsprosjektene ved sykehuset.

Det har også vært et økt fokus og en satsning på kvalitets- og forskningsregistre ved sykehuset. Bakgrunnen for dette har vært det økende fokus på kvalitet, med særlig vekt på pasientsikkerhet, resultater og konsekvenser (effekt mål eller ”outcome”), av utredning og behandling ved sykehusene i Norge. Det er et overordnet mål at registrene skal benyttes til regelmessig evaluering av klinisk praksis, systematisk forbedringsarbeid og forskning, noe som gjenspeiles i ulike føringer og styringsdokumenter. Det er spesielt informasjonssikkerhet og personvern, bruk av data til kvalitetsforbedring og forskningsformål, innføring av PROMs/PREMs (pasientrelaterte utfallsmål), elektroniske løsninger for datafangst og datahåndtering, i tillegg til videreutvikling og bruk av eksisterende registre ved sykehuset som det har blitt satt fokus på i 2016, og som det vil bli satt fokus på videre i 2017.

Lagringsfasilitetene for biobankene ved SiV og rutiner ble utbedret og ytterligere sikret i 2014 og 2015. I 2016 har det vært fokus på implementering og etterlevelse av prosedyrer og retningslinjer, i tillegg til gjennomgang av ROS-analysen for spesielt å vurdere sikkerhet og lagringskapasitet knyttet til humant biologisk materiale. Arbeidet har blitt gjort i samarbeid mellom både kliniske, fag- og kvalitet, og forskningsmiljøer. I 2017 vil SiV fortsette å jobbe med en elektronisk løsning for registrering av samtykke i forskning, brede tematiske registre og biobanker, og et nytt sporingssystem for biobanker.

I 2016 ble innovasjonsarbeidet ved sykehuset styrket, både i tråd med sykehusets strategi og de overordnede føringer (HelseOmsorg21). Sykehuset samarbeider med INVEN2 som skal sikre støtte og bistand ved prosjekter med kommersialiseringspotensial og legemiddelstudier / kliniske studier i samarbeid med industrien. SiV har i 2016 gjort avrop mot HSØ sin rammeavtale for

innføring web-basert innovasjonsløsning, hvor både idemottak, innføring av innovasjonsprosessen, og deltagelse i nasjonalt og europeisk nettverk er sentralt. Helse og omsorgsdepartementet holder på å utarbeide forslag til nye nasjonale indikatorer for innovasjon i helsesektoren som alle helseforetakene vil bli målt etter. SiV er et av HIFene som deltar i arbeidet med pilotering av innovasjonsindikatorerne.

SiV deltar og gjennomfører også stadig flere innovasjonsprosjekter, både egen- og ekstern finansierte prosjekter, interne og i samarbeid med andre aktører (kommune, høyskole og sykehus). Prosjektene har spesielt fokus på brukerdrevet innovasjon / tjenesteinnovasjon, hvor både teknologi, bruker og tjeneste møtes. Sykehuset i Vestfold fikk tildelt midler fra Helse Sør-Øst til tre innovasjonsprosjekter i 2016.

Innovasjonsprosjektet *”Happy Rehab – borte bra men hjemme best”* ved Klinikk fysikalsk medisin og rehabilitering, Kysthospitalet, er et eksempel på dette. Prosjektet går ut på å innføre en ny behandlingsmetode ved bruk av et nytt hjelpemiddel “Happy Rehab” til trening og stimulering av barn med nedsatt fysisk funksjonsnivå som ved cerebral parese (CP). Ved hjelp av interaktive øvelser kan barnet trene balanse, leddbevegelighet og motorikk. Øvelsene styres gjennom spillteknologi som kan øke motivasjon for fysisk og kognitiv trening, og egentrening også i kommunen og / eller hjemmet etter rehabiliteringsoppholdet. Samarbeidspartnere i prosjektet er i tillegg til industripart blant annet Oslo Universitetssykehus, Haukeland Universitetssykehus, Habiliteringstjenesten i Vestfold, Telemark, Buskerud og Østfold, og kommunale aktører i pasientenes hjemkommune. Innovasjonsprosjektet har elementer både av produktutvikling og tjenesteinnovasjon basert på brukerbehov, og kan bidra til bedre og mer målrettet rehabilitering av barn, i tillegg til mer effektiv ressursbruk. Flere barn vil kunne behandles gjennom at oppholdet ved Kysthospitalet kan bli kortere (fra 4 til 3 uker), og barna vil kunne få et mer tilpasset og motiverende behandlingstilbud i hjemmet.

De to andre innovasjonsprosjektene som har fått midler fra Helse Sør-Øst er i Klinikk psykisk helse og rusbehandling: *”Utvikling av veiledet internetterapi for alkoholmisbruk”* og *”Utprøving av sosial robot i språkopplæring av barn med autisme”*. Begge prosjektene er i oppstartsfasen og inngår i innovasjonssatsningen ved SiV knyttet til eHelse / teknologi.

Den strategiske satsningen på innovasjon ved SiV vil øke ytterligere i årene som kommer, og Tønsbergprosjektet vil være en viktig innovasjonsarena for sykehuset. Nye BUPA er et eksempel på dette, hvor vi utnytter innovasjonspotensialet som ekstern finansiering av nytt bygg gir oss til å innføre ny teknologi, som bidrar til nye og bedre tjenester og nye måter å jobbe på.

Gjennom et mer systematisk og målrettet arbeid med ideer og innovasjonsprosjekter, tilknytning til ulike eksterne nettverk for mer nytenkning, trender og metoder, vil SiV i tiden som kommer kunne bidra til å skape “pasientens helsevesen” gjennom økt verdiskapning, et fremtidsrettet tilbud og ved at ny kunnskap og metoder omsettes i konkrete resultater for pasientene.

Kunnskapsutvikling og god praksis

Helsetjenesten er blitt videreutviklet slik at pasienter og brukere i større grad får og opplever å få trygg og god helsehjelp ved vårt sykehus. Kvalitetsmålinger via Helse Norge og pasienterfaringer (brukerundersøkelsen – Si din mening) er offentliggjort, og er blitt brukt aktivt i utformingen av våre tjenestetilbud og i det kontinuerlige forbedringsarbeidet som skjer rundt på alle poster og avdelinger ved sykehuset. Dette arbeidet har skjedd i nært samarbeid med pasienten og brukerne av våre tjenester, med en tilnærming der helsepersonell og pasienten deler den beste tilgjengelige kunnskap når beslutning skal tas, og der pasienten støttes i å vurdere ulike alternativer, for å kunne gjennomføre et informert valg. Bruk av samvalg er blitt en integrert del i arbeidet med å utarbeide ulike pasientforløp, der det i 2016 har vært spesielt fokus på kreftforløpene, KOLS,

alkohol, psykose, generisk forløp for eldre multisyke pasienter, lårhalsbrudd og for palliative kreftpasienter.

Pasientsikkerhetsprogrammet er implementert ved de kliniske seksjoner og avdelinger og har vært sentrale også i 2016. Bruk av tavlemøter/risikomøter, er implementert ved alle seksjoner/poster ved de somatiske avdelinger ved sykehuset. I løpet av 2016 har også Psykisk helse og rus startet et tilsvarende arbeid med å bruke risikomøter som et verktøy for å forebygge og hindre uønskede hendelser knyttet til pasientbehandlingen av den enkelte pasient i disse avdelinger også. I 2017 vil det komme ytterligere tre nye innsatsområder i Pasientsikkerhetsprogrammet som skal implementeres ved sykehuset, hvorav sykehuset har vært nasjonal pilot for innsatsområdet – Tidlig oppdagelse og behandling av sepsis i Akuttmottaket.

Sykehuset har i 2016 videreført 3 hovedinnsatsområder fra 2015, som hele organisasjonen har prioritert arbeidet med:

- Akuttmedisinsk kjede
- Standardiserte pasientforløp
- Medikasjon/medikamenter.

Arbeidet med akuttkjeden har vært prosjektorganisert, og har omfattet hele kjeden fra primærhelsetjeneste/ambulansetil kjeden inne i sykehuset. Prosjektet ble avsluttet ved årsskiftet og ny organisering og ledelse av Akuttmottaket er på plass fra årsskiftet. Standardiserte pasientforløp er blitt organisert i et programstyre bestående av Fagdirektøren og klinikkjefer, og de ulike forløp har fått dedikerte forløpseiere og forløpskoordinatorer er blitt etablert/på plass. Arbeidet med medikasjon har underveis i løpet av året blitt reorganisert for å sikre at legegruppen i mye større grad blir engasjert og involvert i forbedringsarbeidet innenfor dette området. Utkast til handlingsplan for dette området vil foreligge i begynnelsen av 2017.

Sykehuset har i inneværende år fortsatt arbeidet med å ha et fokus og trykk på å sikre en ”åpenhetskultur” hvor uønskede hendelser benyttes i erfaringstilbakeføringsarbeidet til våre ansatte og ovenfor brukerne av våre tjenester ved å publisere/offentliggjøre slike hendelser. I løpet av året har også sykehuset tilrettelagt for at alle ansatte kan benytte samme meldesystem hvor klassifisering av avvik og uønskede hendelser bygger på nasjonale og regional anbefalinger. Nytt avvikssystem, ble iverksatt fra 01.01.17.

Risikoforståelsen i organisasjonen har blitt styrket, både klinikknært og i lederlinjen, og vil fortsatt være et av flere prioriterte innsatsområder fremover. Tilbudet om modulbasert kompetanseheving – kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i klinisk praksis – er utviklet gjennom de fire siste årene. Kurset gir grunnleggende kompetanse og forståelse i kvalitetsmetodikk og viktigheten av en proaktiv kultur klinikknært. Programmet gir også innsikt i kunnskapsbasert praksis, hvor pasientforløpsarbeid basert på nasjonale veiledere er grunnlaget. Alle deltakerne utarbeider også et klinikknært forbedringsarbeid (prosjekt) fra egen virksomhet i løpet av kurset under veiledning fra kvalitetsenheten. Et viktig bidrag er også simuleringssenteret, hvor multidisiplinært og teamorientert behandling kan øves og trenes på under trygge og kontrollerbare forhold, før det iverksettes klinikknært hos pasienten.

Helse, miljø sikkerhetsarbeid (HMS) blir fra 2017 en enda nærmere integrert del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet ved sykehuset, da ressursene her organiseres i samme enhet som kvalitet i direktørens stabsavdeling for virksomhetsstyring.

Sykehuset må ha et overordnet mål om at medarbeidere og lederne skal fokusere på forebygging av uønskede hendelser, god kunnskap hos lederne og helsepersonell om juridiske reguleringer og risikostyring i den kliniske virksomheten. Målet er å få etablert en kultur nær pasienten der egne og andres erfaringer kan forebygge nye hendelser, og der erfaringer kan benyttes til tverrfaglig

forbedring og læring på tvers ved sykehuset - ”en lærende organisasjon i et pasientsikkert sykehus”.

“God sykehushygiene vil fortsette å være et sentralt element i det infeksjonsforebyggende arbeidet med konkrete tiltak knyttet opp mot håndhygiene, smykkefrihet, forebygge sykehusinfeksjoner gjennom trygg kirurgi, forebyggende tiltak i forhold til urinveisinfeksjoner og i for hold til infeksjoner ved sentralvenøse katetre. Viktige måleparametre er prevalensundersøkelser og insidensregistreringer. Arbeidet med infeksjonskontroll hadde med utbruddet av Ebola-viruset vist viktigheten av å utarbeide regionale/nasjonale retningslinjer for å legge til rette for tiltak mot f.eks. smittespredning av nye resistente bakteriegrupper”

Organisering og utvikling av fellestjenester

SiV har som utgangspunkt at fellestjenester i HSØ skal utnyttes optimalt. Dette gjelder i særdeleshet tjenester levert av Sykehuspartner HF, som har ansvar innenfor IKT, HR- og innkjøpstjenester.

Mobilisering av medarbeidere og ledere

Ledelse, styring og organisering har vært definerte satsningsområder ved SiV siden 2007. Det er gjennomført en rekke tiltak for å understøtte dette, som innføring av ansvars-, fullmakts- og delegasjonsreglement, lederavtaler, lederopplæring og lederutviklingstiltak. Utvikling av ledere/ledelse er basert på erkjennelsen av lederes betydning i arbeidet med resultatoppnåelse, drivkraften i videreutvikling av organisasjonen og betydningen av en aktiv ledelse i en endringskrevende sektor. God ledelse skaper resultater.

I 2015 ble det gjort opp status for arbeidet, hvor retningen for videre satsning på lederutvikling og lederopplæring ved sykehuset ble skissert. Det er i 2016 etablert et obligatorisk introduksjonsprogram for alle nye ledere. I tillegg er det gjennomført en pilot for lederopplæringsprogram i pasientforløp. Med bakgrunn i erfaringene som er gjort i 2016 gjøres det i begynnelsen av 2017 opp ny status for det videre arbeidet med lederutvikling. Lederutvikling ved SiV HF skal basere seg på et felles rammeverk for ledelse med utgangspunkt i at SiV HF ønsker en kultur for kontinuerlig forbedring.

I desember 2015 ble det besluttet at SiV skulle utvikle og sette i gang et program i prosessledelse for ledere og andre nøkkelpersoner. Første prioritet var å utvikle et kompetanseprogram i pasientforløp for ledere, forløpseiere og andre nøkkelpersoner. En pilot ble gjennomført høsten 2016 – i form av tre samlinger av 4 timers varighet og noe arbeid med konkrete pasientforløp i perioden mellom samlingene. Parallelt med programmet er det utviklet en egen «SiV-veileder for pasientforløp» og etablert en gruppe prosessveiledere som kan bistå forløpseierne i det konkrete forbedringsarbeidet. Erfaringene med piloten er nå i ferd med å bli evaluert. Deretter vil det bli besluttet i hvilken form arbeidet med denne delen av prosessforbedringsarbeidet skal videreføres.

I tillegg til kompetanseutvikling i pasientforløp har det vært arbeidet med et opplegg knyttet til kompetanse i prosessforbedring mer generelt, og et utviklingstiltak for prosjekteiere. Tanken er at disse modulene skal settes i gang i 2017.

Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

SiV avslutter Tønsbergprosjektets forprosjekt i slutten av 2016. Det vil kreve ytterligere produktivitetsforbedringer i hele foretakets drift for at SiV skal beholde sin bærekraftige økonomiske utvikling gjennom prosjektperioden og etter at foretaket tar i bruk de nye byggene. Det er nødvendig med en langsiktig plan for å kunne håndtere den ekstra utfordringen det er å ta i bruk nye bygg. I overskuddet for 2016 og det budsjetterte overskuddet for 2017 er det

hensyntatt at foretaket må innarbeide 12-15 mill. kr. i resultatforbedring årlig slik at foretaket har innarbeidet 70 mill. kr. i forbedring fram til innflytting i 2021.

For at SiV skal oppnå nødvendig produktivetsforbedring, skal foretaket fortsette å utvikle organisasjonen slik det har vært gjort de siste årene. Gjennom et sterkt og bredt lederskap er det årlig etablert merverditiltak 50-80 mill. kr. for å beholde videreføres den bærekraftige økonomien. Tiltakene har bestått i økt aktivitet, sikring av at foretaket får de inntekter det har krav på, reduserte innkjøpskostnader og reduksjon årsverk gjennom økt produktivitet. Det som kan bli krevende er øvrige økonomiske utfordringene som SiV og andre sykehus får i årene som kommer som følge av endringer i demografi, sykdomsbilde, kostbare legemidler, IKT-utvikling etc. Dette er utfordringer som SiV må håndtere sammen med de nevnte 70 mill. kr.

Den langsiktige planen beskrevet over er utfordrende, men omstillingsbehovet som er nødvendig for å nå det budsjetterte resultatet i 2017 er krevende nok. Det er i budsjettprosessen funnet tiltak med akseptabel risiko. Sammen med prioriteringene i budsjettet skal disse tiltakene sette foretaket i enda bedre stand til å nå de hovedstyringsmålene som foretaket forventer å få i OBD for 2017. For å få dette til må foretaket fortsette sin gode driftsøkonomiske styring, og på litt lenger sikt også sikre at utbygging i Tønsberg realiseres innenfor de vedtatte økonomiske rammer.

Saksframlegg til styret

Møtedato: 28.02.17

Sak nr: 009/2017

Sakstype: Beslutningssak

Saksbehandler: Øk. dir. Roger Gjennestad

Rapportering januar 2017

Hensikten med saken:

Helse Sør-Østs oppdrag og bestilling til SiV inneholder mange mål. HOD/HSØ har prioritert enkelte av dem, og disse følges opp månedlig og legges til grunn for rapporteringen i styremøtene.

Forslag til vedtak:

Styret tar rapportering for januar 2017 til etterretning.

Tønsberg, 28.02.2017

Stein Kinserdal
administrerende direktør

Faktaopplysninger

INNLEDNING

SiV fortsetter den positive utviklingen der ventetiden går ned. Reduksjon i ventetiden er størst innenfor somatikk, mens aktuelle ventetiden er betydelige kortere innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Imidlertid er utviklingen i andel fristbrudd bekymringsfull, se nedenfor.

Seint i årsoppgjørprosessen har HSØ kommet med informasjon om at det skal gjøres avregninger pga av gode økonomiske resultater i Sykehuspartner HF og Sykehusapotekene HF. Dette har ikke vært tydelig kommunisert fra HSØ, og medfører at SiVs økonomiske resultat blir ca. 5,5 mill kr bedre enn det som ble estimert i den første desemberrapporteringen. Med avregningen fra Sykehusapotekene HF som SiV fikk informasjon om 17/2, er SiVs resultat for 2016 nå 60,2 mill kr, dvs. 10,2 mill kr bedre enn budsjett.

Økonomisk har 2017 startet ihht til budsjett og SiV har for januar et overskudd på 7,1 mill kr, i tråd med budsjett.

AKTIVITET

I starten av et år er det alltid krevende å analysere aktivitetsutviklingen. Det er ekstra krevende i 2017 av flere grunner.

- Psykisk helsevern og TSB skiftet pasientadministrativt system fra PAPS til DIPS i slutten av oktober i fjor og det fortsatt krevende å forstå hvorfor det oppstår endringer fra det ene systemet til det andre.
- Psykisk helsevern og TSB har i 2017 blitt en del av systemet med innsatsstyrt finansiering (ISF) og rapportering av aktivitet er annerledes en tidligere.
- Den årlige oppdateringen av ISF-systemet er ennå ikke helt avklart

Foreløpige analyser viser at aktiviteten i januar i deler av foretaket er lavere enn budsjett. Dette følges opp i februar og foretaket vil komme tilbake med ytterligere analyser av dette i februarrapporteringen.

VENTETID OG FRISTBRUDD

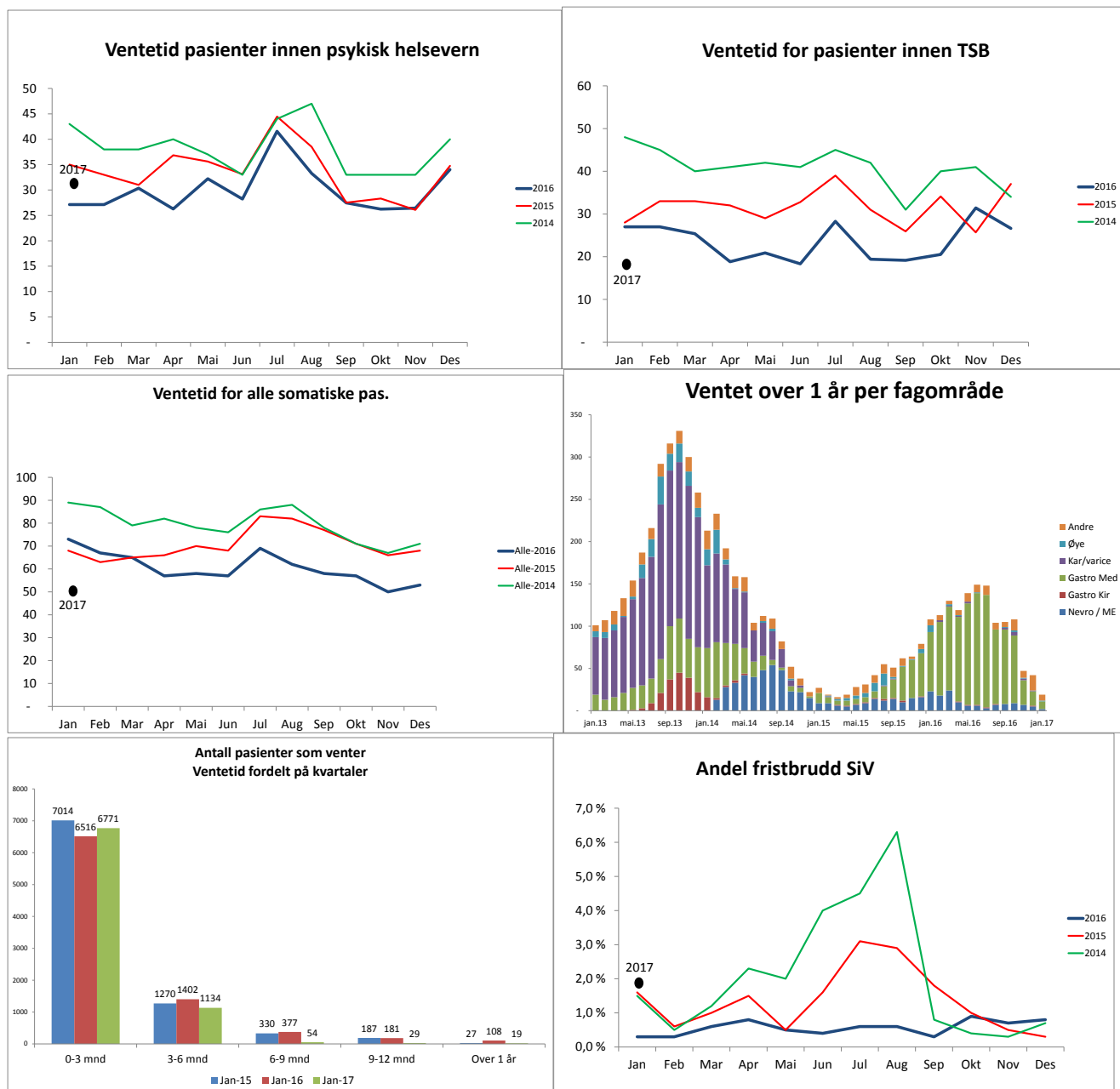
Når man ser utviklingen i ventetid de siste månedene, er det et mer differensiert bilde enn det har vært siste året:

- Psykisk helsevern har hatt en kontinuerlig reduksjon av ventetid fra 2014 og fram til september 2016. Fra september og ut 2016 lå ventetiden på samme nivå som i 2015 og nå i januar er ventetiden for voksne høyere enn januar 2016, mens det er en reduksjon i ventetiden for barn.
- For TSB er det samme positive utvikling over lang tid, med en engangseffekt (se nedenfor) i november 2016. I januar hadde pasientene ventet i 18 dager. Det er blant de tre fagområdene (sammen med infeksjon og nyre) som for tiden har kortest gjennomsnittlig ventetid.
- Somatikk har hatt en kontinuerlig positiv utvikling. Det er særlig det faktum at antall langtidsventere har blitt kraftig redusert som gjør at gjennomsnittlig ventetid går ned. En av grafene nedenfor viser antall pasienter som venter – fordelt på kvartaler per januar de siste 3 år. Mens foretaket utover høsten 2016 hadde over 100 pasienter som hadde ventet over et år, var det ved utgangen av januar kun 102 pasienter som hadde ventet over 6 måneder.

Når man ser på den positive utviklingen videre nå i februar framstår den manglende positive utviklingen innenfor psykisk helsevern og TSB på høsten/mot slutten av 2016, som forbigående. Det er ikke overraskende med tanke på den krevende innføringen av nytt pasientadministrativt system i slutten av oktober.

Den negative utviklingen på fristbrudd skyldes i sin helhet økning i antall fristbrudd innenfor gastromedisin. Utfordringene vil fortsette å være krevende, og skyldes reduksjon i kapasitet grunnet flere forhold som sykefravær på nøkkelpersonell, utfordringer knyttet til bruk av eksterne avtaler og manglende mulighet for kveldspoliklinikker. Samtidig har ambisjonene i forbindelse med innføring av pakkeforløp og rydding i langtidsventere, økt behovet for kapasitet.

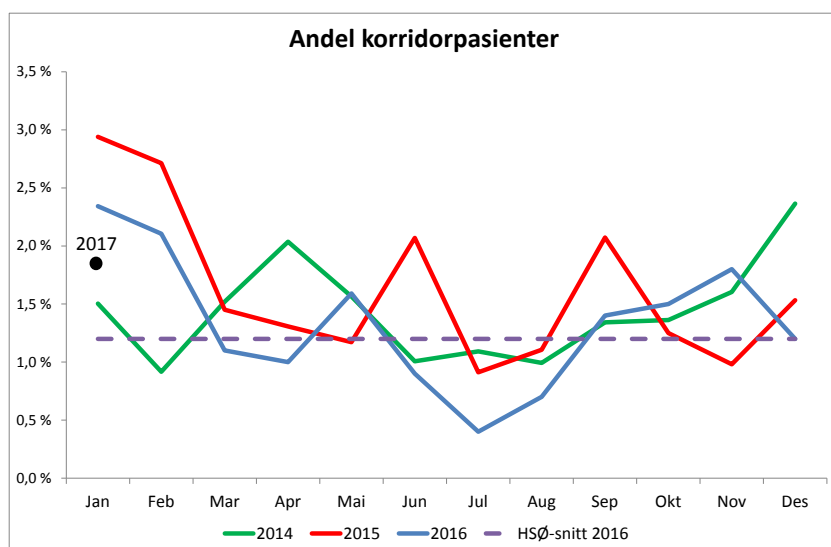
Vestfoldinger har vesentlig høyere gjennomsnittet forbrukstilbøyelighet av skopier enn de fleste andre i Helse Sør-Øst, og det gir SiV større kapasitetsutfordringer enn andre helseforetak. SiV har henvendt seg til HSØ for å få klarhet i om tilbudet SiV gir befolkningen er på anbefalt nivå, eller om foretaket skal endre indikasjon for å gjennomføre skopier i samsvar med andre sykehus. Inntil det er avklart arbeider SiV med å bredde kompetansen i organisasjonen for at pasienttilbudet skal bli mindre sårbart for sykefravær, og for å utvide kapasiteten slik at alle pasienter får et tilbud innen for den frist som er satt for dem.



KORRIDORPASIENTER

Som del av løsningen på budsjettfordringen for 2017 har SiV redusert antall senger. Nedtaket startet i begynnelsen av desember og ble fullt gjennomført i løpet av januar. En av risikoene knyttet til nedtak av senger, kan være økning i andel korridorpasienter. Grafen nedenfor viser imidlertid at andelen korridorpasienter i januar i 2017 var lavere enn andelen i januar i fjor. Antall korridorpasientdøgn har gått fra 242 i januar 2016 til 179 i januar 2017.

God ledelse og logistikk og tett samarbeid med kommunene er avgjørende for å unngå korridorpasienter. Trykket på sengepostene varierer også gjennom året. Februar er i så måte krevende. Så langt i februar har vært en økning i antall pasientdøgn sammenlignet med januar. For å gi pasienten et riktig tilbud har derfor klinikkene iverksatt sine planer for å ta i bruk ekstra senger når pasienttilstrømningen er høy, og på den måten også unngå korridorpasienter. Det var færre utskrivningsklare pasienter i januar 2016 sammenlignet med januar 2017, anslagsvis 90 (fra 600 døgn til 510).



BÆREKRAFTIG ØKONOMI

SiV har budsjettet med et overskudd på 85 mill kr for 2017. Det er risiko for negativt avvik på flere områder av budsjettet, bl.a. knyttet til ovennevnte negative avvik på aktivitet.

Men det er også positive avvik og det er innarbeidet buffer både i klinikkbudsjettene og hos adm.dir., noe som gjør at SiV har et overskudd på 7,1 mill kr i januar – i tråd med budsjettet.

Saksframlegg til styret

Møtedato: 28.02.17

Sak nr: 010/2017

Sakstype: Beslutningssak

Saksbehandler: Administrerende direktør Stein Kinserdal

NOU 2016:25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten – hørings svar

Hensikten med saken:

Helseforetakene er blant dem som er invitert til å gi hørings svar innen 1. mars på NOU 2016: 25 «Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten». Ettersom høringen gjelder temaer som kan få konsekvenser for både SiV som selvstendig juridisk enhet, styrets framtid og administrerende direktørsrollens være eller ikke-være, finner administrerende direktør det riktig at det er SiVs øvertse organ – styret – som avgir høringsuttalelsen. Det er vanligvis administrerende direktør som avgir høringsuttalelser på vegne av SiV.

I saken redegjøres det først for forhold administrerende direktør mener bør vektlegges når det skal vurderes alternative modeller og endringer av organisering og styring av spesialisthelsetjenesten. Deretter omtales de viktigste områdene som Kvinnslandutvalget har foreslått, vurdert og gjort anbefalinger på.

Selve høringsuttalelsen følger som vedlegg til denne saken.

Forslag til vedtak:

Forslag til hørings svar på NOU 2016:25 vedtas og oversendes Helse-og omsorgsdepartementet.

Tønsberg 28.02.17

Stein Kinserdal
Administrerende direktør

Fakta grunnlag:

Bakgrunn

I Regjeringsplattformen for sittende regjering ble det lagt til grunn at de regionale helseforetakene skal legges ned. For å følge opp dette, oppnevnte regjeringen 2. oktober 2015 et offentlig utvalg med Stener Kvinnsland som leder. Utvalget fikk i oppdrag å utrede hvordan det statlige eierskapet til spesialisthelsetjenesten kan organiseres og styres. 1. desember 2016 overleverte utvalget sin rapport til Helse- og omsorgsministeren; NOU 2016: 25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten. Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?* Rapporten er sendt på høring med frist 3. mars til å avgi hørings svar.

Utvalgets mandat og arbeid

Hovedpunktene i mandatet:

1. Gi en kort beskrivelse og vurdering av erfaringene med helseforetaksmodellen og kort redegjøre for andre lands erfaringer med organisering av eierskap til sykehus.
2. Med utgangspunkt i pkt. 1 – utrede alternative modeller for hvordan staten kan organisere sitt eierskap til og innrette eierstyringen av foretak som tilbyr spesialisthelsetjenester og gi tilrådning om valg av modell. Med foretak menes selvstendige rettssubjekter med styrer.
3. Vurdere inndelingen i helseregioner og antall helseforetak i lys av de alternative modellene for organisering av eierskapet.
4. Vurdere økonomiske, juridiske, administrative og samfunnsmessige konsekvenser av forslagene.
5. Utvalget skal legge dagens prinsipper for finansiering av spesialisthelsetjenesten til grunn, men vurdere, gitt disse prinsippene, hvilke behov for endringer i finansieringssystemet som utløses av de alternative modellene.
6. Utarbeide risikoanalyser for implementering av modellene. Dette skal bl.a. inkludere konkrete vurderinger av risiko knyttet til tilgang til/tap av kompetanse, redusert pasientbehandling,
7. Effekt på pasientsikkerhet og beredskapsevne, behov for tilpasning av IKT-systemer og annen kritisk infrastruktur, samt evne til å opprettholde kostnadskontroll.

Forhold som bør vektlegges i vurderingen av organisering og styring av spesialisthelsetjenesten

Mål og resultater

Administrerende direktør mener beslutning av organisasjonsmodell må gjøres med formål å nå de mål og resultater i tjenestetilbudet som eier fastsetter. Spesialisthelsetjenesten har levert gode resultater etter sykehusreformen. Samtidig har det vært en debatt over flere år om helseforetaksmodellen, og særlig de regionale helseforetakenes rolle. Dette har i stor grad dreid seg om såkalt demokratisk underskudd og mulighet for politisk styring. Dette er også reflektert i utvalgets mandat.

Administrerende direktør mener det er grunn til å støtte utvalgets vurdering av de overordnede utfordringer fremover:

- Behovet for økt kapasitet som følge av befolkningsutvikling og krav om reduserte ventetider, i tillegg til at behandlingsmulighetene vil øke.
- Forventninger om økt kvalitet og utjevninger av forskjeller. Økte forventninger og økte krav fra befolkningen gjør at de i større grad enn før vil benytte retten til å velge de sykehusene der behandlingen forventes å være best.

Demokratiske prosesser og mulighet for politisk styring er grunnleggende for velferdstjenestene. De er viktige for modellens demokratiske legitimitet, og derfor viktige kriterier i vurdering av modell. I tillegg må effektiv ressursutnyttelse, mulighetene for innovasjon og omstilling, og et godt samspill mellom offentlig og privat sektor, tillegges vekt.

Et sentralt element ved valg av tilknytningsform er avveiningen mellom behovet for politisk styring opp mot virksomhetens behov for handlefrihet og autonomi. Med løsningen som ble valgt i 2002 med selvstendige foretak kombinert med gode muligheter for politisk styring, ble det lagt vekt på å balansere disse hensynene. De alternative modellene må derfor etter administrasjonens syn vurderes i forhold til dagens modell.

Demokratisk legitimitet

Velferdsstatens vektlegging av universelle velferdsgoder bygger på sterke likhetsprinsipper. Alle borgere skal ha lik tilgang til velferdstjenestene, uavhengig av personlig økonomi, utdanning, sosial status og bosted. Likhetsprinsippet må ses i forhold til mulighetene for påvirkning, og det utfordres dersom de gruppene med mest ressurser, får større gjennomslag enn svakere gruppene. Likhetsprinsippet utfordres også dersom ansatte i helsesektoren, gjennom det faktum at de er ansatt, får større påvirkning på politiske beslutninger enn borgere som ikke er ansatt.

Spørsmålet om en modell gir demokratisk legitimitet, eller demokratisk underskudd, må slik vi ser det forstås i tre dimensjoner:

- I hvilken grad politiske vedtak kan gjennomføres på en effektiv og handlekraftig måte
- Hvordan grunnlaget og begrunnelsene for politiske vedtak bygges opp og forankres gjennom åpne beslutningsprosesser, hvor befolkningen på ulike måter og med ulike virkemidler får anledning til å slippe til med sine synspunkter.
- I hvilken grad modellvalget sikrer at argumenter blir veid på en saklig måte, slik at pressgrupper med store ressurser og sterke talspersoner ikke får større innflytelse over de politiske beslutningene enn grupper med mindre ressurser.

Politisk styring

Helt siden utvalget ble satt ned, har det fra mange hold vært framholdt at alternative modeller bør vurderes i forhold til dagens modell. Vurdering av den politiske styrbarheten må holdes opp mot forutsetningen om at det politisk skal styres i stort og ikke i smått.

Helsesektoren en av de mest gjennomregulerte og politisk styrte sektorene i samfunnet. Med hovedvirkemidler i den statlige styringen som regulering, finansiering, eierstyring og styring gjennom normer og retningslinjer, er det store muligheter for utøvelse av politisk styring. I tillegg benyttes indirekte styring også gjennom tilsyn og kontroll som virkemiddel og via rapporteringssystemer. Innenfor dagens modell er det også flere andre kanaler for medvirkning. Eksempler på dette er lokalpolitisk forankring, eksterne interesseorganisasjoner, fagforeninger eksternt og internt, representanter i styrene og høringer. Alle gir mulighet for demokratisk påvirkning. I tillegg er det betydelig rom for intern medvirkning for ansatte gjennom tillitsvalgtapparat og vernetjeneste.

Argumentet om «demokratisk underskudd» brukes ofte når det er uenighet om selve beslutningen som er fattet, selv om det er gode systemer for demokratisk påvirkning underveis i beslutningsprosessen. Det er viktig at det er god kvalitet på beslutningsprosessene, men når politiske myndigheter har fattet beslutninger og de skal gjennomføres, kan ikke andre demokratiske systemer innrettes på å motarbeide selve gjennomføringen. Det er i tillegg viktig å minne om at det er ledelsen som har det overordnede ansvaret for pasientene.

2.4 Effektiv ressursutnyttelse

Det er viktig å vurdere hvordan alternative modeller påvirker mulighetene for effektiv ressursutnyttelse og god økonomisk styring. Det er grunnleggende for den demokratiske legitimiteten at Stortingets bevilgninger anvendes på en effektiv måte til de formål som er

bestemt. Det er RHFene som har fått ansvaret for å sikre dette. Effektiv ressursutnyttelse berører både samordning og effektiv bruk av ressurser på nasjonalt nivå, på tvers av helseforetak og regioner, og effektiv ressursutnyttelse i de enkelte driftsorganisasjonene.

Bedre samordning og funksjonsfordeling var et av målene med sykehusreformen i 2002. Etter reformen er det gjennomført et omfattende arbeid med funksjonsfordeling og samordning innen de enkelte regionene. Det er fortsatt potensial for mer nasjonal samordning, og dagens modell gir gode rammevilkår for dette.

Effektiv ressursutnyttelse i lys av sømløs og effektiv samhandling mellom helseforetakene og kommunene, er av stor betydning. Intensjonene i samhandlingsreformen er gode, men gjennomføringen innfrir foreløpig i behovene og ambisjonene på tilfredsstillende vis, og er ikke orientert mot å løse de store omstillingene som hele helsetjenesten står overfor de nærmeste 30 årene. Administrerende direktør mener det er vesentlig at organiseringen av helsetjenesten understøtter god samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Effektiv ressursutnyttelse i driftsorganisasjonen dreier seg også om treffsikker og effektiv utnyttelse av de ressursene (penger, personell, utstyr og bygg) som stilles til disposisjon. Dette var et av målene med foretaksetableringen i 2002, som ga nye rammebetingelser for virksomhetene. Arbeidet med utvikling av effektive driftsorganisasjoner lykkes best når rammebetingelsene knyttet til finansiering og prioriteringer ligger fast, når det er rimelig grad av forutsigbarhet og når styrenes og ledernes ansvar og myndighet er tydelige.

Innovasjon, endring og handlingsrom for ledelse

De alternative modellene må vurderes ut fra hvordan de bidrar til innovasjon og omstilling. Samfunnet står overfor store demografiske endringer, en akselererende medisinsk-teknologisk utvikling samtidig som befolkningens forventninger til helsetilbudet er økende. Det medfører at presset på tjenestene vil øke. Samtidig vil de økonomiske rammebetingelsene være begrenset.

Utfordringene kan ikke møtes med økt bemanning og ressursbruk alene. Det vil også være nødvendig å forbedre og fornye tjenestene med bruk av innovative løsninger både når det gjelder teknologi, organisering, prosesser og bruk av kompetanse. Innovasjon og endring kan ikke vedtas politisk, det må gjøres i virksomhetene, blant de som har ansvar for driften av sykehus. Samtidig må politikere legge til rette for at endring og utvikling av kreative løsninger er mulig.

Noen forutsetninger er viktige for å få til dette:

- Virksomhetene må gis tilstrekkelig autonomi og handlingsrom for ledelse.
- Det må være mindre detaljstyring. Styringen bør konsentrere seg om overordnede resultatmål, ikke hvilke virkemidler som skal benyttes.
- Praktiseringen av tilsyn og kontroll bør gjennomgås. Kontroll er viktig, men overdreven oppmerksomhet på dette kan lede til at nulltoleranse for feil hemmer innovasjonskulturen.

Et viktig formål med sykehusreformen i 2002 var myndiggjøring og handlingsrom for ledelse. Dette er forutsetninger for gjennomføringskraft i endring og omstilling. Det er like aktuelt i dag, og det er derfor viktig at den valgte styrings- og organisasjonsmodellene understøtter dette. Dette dreier seg like mye om innholdet i styringen, som selve styringsmodellen.

Samspill mellom offentlige og private aktører

Helsetjenestene leveres i dag av både offentlige, kommersielle og ideelle virksomheter. Mer enn 500.000 nordmenn har helseforsikringer og de fleste borgere har så stor kjøpekraft at de vil kunne betale for helsetjenester dersom ikke det offentlige kan tilby de de ønsker. Derfor er det viktig å utvikle nye og bedre samspillsmodeller som kan ivareta og nå de helsepolitiske målsettingene. Det vil være oppgaver nok for alle, og det må påregnes at private og ideelle aktører i større utstrekning blir en større del av oppgaveløsningen, samtidig som hovedgrunnlaget fortsatt skal være en sterk offentlig helse- og omsorgstjeneste. Slik kan man

også få mer kunnskap og mer erfaring i hvordan alternativ organisering og oppgavefordeling kan bidra til nødvendige innovasjoner.

I høringsnotatet om fritt behandlingsvalg legger departementet til grunn at *«en videreutvikling av bestillerfunksjonen betyr at private inngår i «sørge-for» ansvaret på en annen og mer forpliktende måte enn i dag»*.

Dette berører anbudsregimet og anskaffelsesregelverket, men også selve praktiseringen av regelverket. De regionale helseforetakene eier de offentlige sykehusene, og skal her balansere eierfunksjon og bestillerfunksjon. Resultatkravene til de regionale helseforetakene på drift av de offentlige sykehusene gjør dette utfordrende. I foretakenes nye strategier for samarbeid, er det imidlertid større oppmerksomhet enn tidligere om utøvelsen av bestillerfunksjonen, med helhetlige vurderinger av hvordan man setter sammen et best mulig tjenestetilbud ved bruk av både offentlige og private ressurser. Ved valg av modell bør det tas hensyn til at eierfunksjonen og bestillerfunksjonen er to forskjellige roller, som kan være i konflikt med hverandre. Modellen som velges bør derfor ha en tydelig plassering av «sørge-for»-ansvaret. Denne rollen må plasseres slik at det ikke oppstår dobbeltroller mellom det offentlige som bestiller og det offentlige som ansvarlig for drift av egne virksomheter. Dette kan håndteres innenfor en RHF-organisering, slik som i dag, men det bør sees på hvordan denne grenseoppgangen kan tydeliggjøres.

Utgangspunkt for høringssvaret

Regioninndeling

Utvalget har tatt utgangspunkt i at grunnlaget for eventuelt å gjøre endringer i antall helseregioner eller helseforetak, må det bygge på at en alternativ inndeling bedre vil bidra til å realisere målene for helsetjenesten. Sentrale spørsmål er om en annen inndeling vil være mer hensiktsmessig for planlegging, dimensjonering, funksjonsfordeling og føre til mer effektiv drift av helseforetakene.

Et sentralt spørsmål har også vært hvordan en endret regioninndeling vil påvirke det faktum at det er ett regionsykehus i hver region i dag. Det er ikke grunnlag for flere slike sykehus, slik at en endring i regioninndeling vil endre kunne endre regionsykehusenes rolle.

Utvalget har tatt utgangspunkt i at det har vært liten diskusjon om regioninndeling og regiongrenser i helseregionene Nord, Vest og Midt-Norge. Når det gjelder Helse Sør-Øst, har det vært en diskusjon knyttet til om den er uhenktsmessig stor, at dette har gitt for stort kontrollspenn og lange styringslinjer. Utvalget har derfor avgrenset vurderingene av alternativ regioninndeling til Helse Sør-Øst RHF. Utvalget har lagt til grunn den evaluering av omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst, som SINTEF gjorde i 2012. Analyser av produktivitetsutviklingen som SAMDATA utarbeider årlig, har utvalget også benyttet som grunnlagsinformasjon for sin anbefaling.

Utvalget har skissert og vurdert tre ulike alternativer for endret regioninndeling i Helse Sør-Øst:

1. ett alternativ der Helse Sør-Øst deles i to nye regioner og
2. to alternativer for å dele Helse Sør-Øst i tre nye regioner.

Gitt utvalgets tilrådning om ikke å etablere flere regionsykehus, vil det ved en eventuell oppdeling av Helseregion Sør-Øst være en eller to regioner som ikke har eget regionsykehus.

Utvalget har vurdert Oslo Universitetssykehus sin rolle og funnet at det bør videreføres som regionsykehus for hele det aktuelle området. Heller ikke en vurdering i lys av de øvrige kriteriene tilsier at det er forhold ved organiseringen av Helse Sør-Øst som gir negative utslag, selv om en ikke kan se bort fra at mindre regioner gir grunnlag for bedre oppfølging av helseforetakene og

mer effektiv drift. Et flertall av utvalget anbefaler etter en samlet vurdering at regioninndelingen bør videreføres slik det er i dag

Administrerende direktør deler synet til flertallet av utvalget. De fleste av de problemstillinger som er reist, er knyttet til ledelse og intern organisering som ikke nødvendigvis løses ved å dele Helse Sør-Øst i to eller tre mindre regioner. Framover er det imidlertid av stor betydning at Helse Sør-Øst og underliggende foretak arbeider aktivt på ulike nivå med å identifisere områder med høy risiko og arbeider aktivt med å redusere disse. For å nå de krav til resultater for pasientbehandlingen som er satt og for å sikre tilliten til hele organiseringen og styringssystemet, er det avgjørende at roller og ansvar er avklart, at sykehusledere på hvert sitt nivå har den myndighet og handlingsrom som er nødvendig for å kunne jobbe målrettet innenfor sine områder.

Modellvalg

Modeller som ikke har regionnivå med formell beslutningsmyndighet

I tråd med mandatet har utvalget vurdert tre alternative modeller hvor det regionale nivået ikke lenger har beslutningsmyndighet:

Alternativ 1.

De regionale helseforetakene avvikles og helseforetak legges direkte under departementet. I dette alternativet fjerner man et ledd i styringslinjen og departementet utøver direkte eierstyring over helseforetakene i foretaksmøte.

Alternativ 2.

De regionale helseforetakene avvikles og det etableres et sykehusdirektorat som støtte for departementet i styringen av spesialisthelsetjenesten. Dette sykehusdirektoratet kan enten bli et ledd i eierlinjen, mellom departementet og helseforetakene eller en modell hvor de fungerer som en tilrettelegger for departementet

Alternativ 3.

Etablering av et nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene. Det nasjonale helseforetaket vil overta sørge-for-ansvaret.

I rapporten beskrives hver av de tre alternative modellene og hver av modellene vurderes ut fra de samme valgte kriteriene. Alle modellene innebærer at de viktigste beslutningene blir sentralisert. Utvalget mener det kan gi bedre grunnlag for nasjonal styring, men samtidig kan en slik sentralisering av beslutninger svekke legitimiteten til prosessene.

Utvalget anbefaler ikke noen av disse alternative modellene, men uttrykker at dersom én av alternativene må velges, vurderes det å være modell 3. Det er en modell hvor sørge-for-ansvaret ikke legges i departementet slik at oppgavemengde og kontrollspenn kan være håndterlig. Det er også den modellen som har minst risiko knyttet til implementering.

Administrerende direktør deler vurderingen til flertallet i utvalget som mener det bør være selvstendige beslutningsorganer på regionnivå. Etter direktørens oppfatning er det ikke en god løsning å erstatte de regionale helseforetakene med ett nasjonalt foretak.

Skal en av de foreslåtte modellene allikevel velges, er det alternativ 3 som er å foretrekke. Overføring av beslutningsmyndighet fra regionalt til nasjonalt nivå innebærer en sentralisering av beslutninger og makt som vil svekke legitimiteten til modellen lokalt, og dermed lojaliteten til beslutninger. Det er fare for mer detaljstyring og mindre autonomi for helseforetakene hvis de legges direkte under et direktorat, departement eller ved å samle alle dagens helseforetak under ett nasjonalt helseforetak. Administrerende direktør er enig med utvalget i at en slik maktkonsentrasjon vil utfordre den rollefordelingen som systemet bygger på.

Mandatet åpner for at utvalget kan vurdere andre alternativer enn de tre som fremkommer av 3.1.1 og har fulgt opp med å utrede at alternativ 4.

Alternativ modell der helseforetakene ikke lenger er selvstendige rettssubjekter

Alternativ 4.

I dette alternativet videreføres de regionale helseforetakene som selvstendige rettssubjekter, mens helseforetakene endres ved å videreføres som organisatoriske resultatenheter under det regionale foretaket. I dette alternativet blir altså helseforetakene en del av samme rettssubjekt som det regionale helseforetaket. I dette alternativet med foretak på bare ett nivå, benevnes de regionale helseforetak som *(nye) helseforetak*. De nye helseforetakene viderefører de regionale helseforetakenes ansvar og oppgaver, i tillegg til at de overtar alle de juridiske og økonomiske forpliktelsene som styrene for helseforetakene har i dag, herunder eierskap til bygg. Departementets rolle blir i hovedsak ikke påvirket av endringene i styringsstruktur.

Halvparten av utvalgte medlemmer vurderer dette alternativet, hvor helseforetakene ikke er egne rettssubjekter, men styres direkte fra helseforetak på regionalt nivå som det beste alternativet.

Disse medlemmene av utvalget mener at det klargjør ansvarsforhold og samtidig legger til rette for mer effektive styrings- og beslutningslinjer. Det kan gi bedre grunnlag for regional samordning og styring, og også legge bedre til rette for å gjennomføre nasjonal politikk. Styret på to nivåer som har selvstendig beslutningsmyndighet, mener de kan føre til uklare ansvarsforhold. I en modell med styrer på ett nivå vil ansvarsforholdene bli klargjort og beslutningsprosessene forenklet og mer effektive.

Den andre halvparten av utvalget mener styrene i helseforetakene bør bestå og at de forblir egne rettssubjekt.

Administrerende direktør mener at styrene i helseforetakene bør bestå. Helseforetaksreformen var en desentraliseringsreform hvor siktemålet var å skape stor grad av autonomi for sykehusene ved å etablere dem som selvstendige helseforetak. Alternativ 4 vil etter administrerende direktør mening bidra til sentralisering av makt og beslutninger med den konsekvens at lokal sykehusledelse svekkes ved at direktøren ikke lengre tilsettes, støttes og følges opp av eget styre.

God og effektiv drift av sykehus forutsetter at ledelsen av virksomheten gis tilstrekkelig handlingsrom og myndighet. Administrerende direktør mener at sterk lokal ledelse har de beste forutsetninger for ivareta og utvikle samhandling med kommuner og fastleger, som vil være den viktigste samarbeidsaksen og en stor oppgave fremover.

Helseforetaksmodellen slik den er gjennomført fra 2002, har levert betydelige resultater på alle reformens mål og samlet sett kan administrerende direktør ikke se at de foreslåtte alternativene vil gi bedre måloppnåelse enn dagens modell.

Det er administrerende direktørs syn er det fare for at en «konsernorganisering» med lokal sykehusledelse uten styrer, vil få uheldige konsekvenser ved at saker og forslag til vedtak som legges fram for det ene konsernstyret og som skal favne hele det regionen, ikke lenger blir tilstrekkelig opplyst og forankret. Det kan få særlige negative følger ved en overgang til konsernorganisering i Helse Sør-Øst, som er en stor og kompleks organisasjon med ca 70 000 ansatte og som har ansvar for å gi spesialisthelsetjeneste til 56 pst. av befolkningen.

Det vil være svært krevende å sikre tilstrekkelig medbestemmelse, politisk innflytelse, forankring og mulighet for offentlig innsyn i en organisasjon av en slik størrelse.

Avgjørelser i mange forhold av lokal art er tjent med å bli behandlet av et lokalt helseforetakets styre. Når ett styre skal behandle saker som omfatter mer enn halve spesialisthelsetjenesten i Norge, vil saksmengden bli stor. Når styret må prioritere de viktigste sakene må mange saker som i dag styrebehandles, måtte avgjøres av konsernledelsen uten styrebehandling.

Administrerende direktør mener at det må foreligge svært gode argumenter for å endre den organisatoriske strukturen og den rettslige statusen til dagens helseforetak. Endring vil kunne lede til at mye energi på nytt vil konsentreres om interne prosesser knyttet opp i organiseringsdiskusjoner, og tilpasning til nye makt- og styringsstrukturer. Hvis helseforetakene ikke lenger skal være egne rettssubjekter, er det mye mer enn en justering av modellen.

De regionale helseforetakene har de senere årene har beveget seg i retning av konsernlignende styringsmodeller i styringen av helseforetakene. Det kan også hevdes at det er en fordel at direktørene i dagens helseforetak kan bli en del av regionkonsernsjefens ledergruppe, i stedet for å måtte gå veien gjennom styret.

Selv om dette kan være relevante argumenter, mener administrerende direktør at sentraliseringskraften i endringsforslaget ikke må undervurderes. Den ansvarsavgrensningen som ble etablert i 2002 ved å skille mellom sørge-for-ansvaret og det operative ansvaret for driften, bør også opprettholdes. En sammenblanding av sørge-for-ansvaret og det operative driftsansvaret er i strid med reformens bærende idé. Helsesektoren og spesialisthelsetjenesten er sektorer hvor det alltid vil være sterke og kryssende interesser. Uansett organisasjonsmodell vil disse interessene brynes mot hverandre. Et tydelig ansvarsskille mellom regionale helseforetak som virkemiddel for å iverksette politikken, og helseforetakene som virkemiddel for den operative driften, er et svært viktig skille i rendyrkingen av ansvar.

En risiko ved modellen er at den vil lede til at operative beslutninger, som enkelte oppfatter som kontroversielle eller uønsket, trykkes oppover i styrings- og lederlinjen. I dag er styret i helseforetakene et naturlig stoppunkt for slike sentraliserende prosesser, da regionale helseforetak må anvende eier- eller oppdragsteknikker for å gripe inn. Likeledes vil en sentralisering kunne føre til at legitimiteten i lokaldemokratiet og hos brukerorganisasjoner svekkes. For mange sentraliserte beslutninger har vært noen av hovedpunktene i kritikken mot dagens modell.

Organisering av eiendomsforvaltningen

Utvalget har også vurdert hvordan eierskapet til og forvaltningen av bygg kan organiseres på best mulig og effektiv måte. De viktigste problemstillingene er knyttet til i hvilken grad ansvaret for eiendomsforvaltningen bør samles og sentraliseres, og eventuelt etablering av husleieordning.

Etter kartlegging og fremstilling av ulike analyser er utvalget enig om at det er behov for forbedringer innenfor følgende:

- Å forbedre den bygningsmessige og tekniske standarden på en del sykehusbygg
- Mer behovstilpassende arealer og lokaler
- Bedre mekanismer for arealeffektivisering
- Ytterligere standardisering, samordning og læring
- Økt fokus på gevinstrealisering i utbyggingsprosjekter

Det er ulike oppfatninger av hvordan eiendomsforvaltningen bør innrettes framover, og om hensynet til verdibevarende vedlikehold og arealeffektivisering tilsier endringer. Flertallet mener det bør være selvstendige beslutningsorganer på regionnivået, men et mindretall mener det bør etableres et nasjonalt eiendomsforvaltningsselskap. Flertallet mener også at det bør etableres ordning med kostandsdekkende husleie, etablering av egne eiendomsforvaltningsenheter på regionnivå, og overføring av eierskap til bygg til regionale helseforetak. Begrunnelsen er at det bør etableres et tydeligere skille mellom bruker, forvalter og eier. Flertallet mener videre at

Sykehusbygg HF bør videreutvikles, slik det er varslet i Nasjonal helse- og sykehusplan, med sikte på helhetlig ansvar for bygging og drift av sykehusbygg.

Administrerende direktør er skeptisk til å endre eierskap og forvaltning av bygg fra dagens modell hvor det enkelte helseforetaket har ansvaret, til en regional- eller nasjonal eierskaps- og forvaltningsmodell. Når det gjelder eierskap til bygg og eiendom, er det tett knyttet til HFets ansvar i dag. Det førende prinsipp er at det bør være et fornuftig forhold mellom ansvaret for ressursinnsatsen og de resultater som skapes. Vi mener derfor at konsekvensen må være at også dette ansvaret må ha desentralisering som en hovedpremiss.

Ved å flytte ansvaret fra HFene, gjennom en ny juridisk selskapskonstruksjonen til et sentralisert nivå, vil dagens incitamentstruktur endres. Det er et viktig incitament at arbeidet ledelsen og styret gjør i samarbeid med de ansatte og deres tillitsvalgte bl.a. ved effektiviseringsarbeid, kan føres tilbake til f.eks. investeringer. Jo større sammenheng det er mellom de aktørene som skaper resultatene og hvordan gevinstene realiseres, jo større motivasjon får de aktørene som samarbeider lokalt. Hvis ansvaret for anvendelsen av de verdiene som ligger i eiendommene sentraliseres og erstattes med et husleieregime, kan dette begrense interessen for utviklingen av ressursbruk lokalt. Det er heller ikke slik at det mangler virkemidler i dagens styringslinje for å pålegge krav om at HFene gjør ønskede avsetninger i sine regnskaper for vedlikehold. Dersom argumentet for sentralisering er at eier er bekymret for avsetninger til vedlikehold, kan dette med letthet gjennomføres innenfor dagens modell.

Bruk av private aktører

Det offentlige er og vil også i fremtiden være hovedleverandør av helsetjenester. I rapporten foreslås det ingen store endringer utover at det bør stilles krav om at helseforetakene skal utarbeide kriterier for når kjøp fra private er aktuelt og krav om at større beslutninger om valg mellom egenregi og kjøp av tjenester skal begrunnes. Hensikten er å legge til grunn at valget mellom privat eller offentlig regi for konkrete tjenester skal avhenge av hva som bidrar best til å dekke pasientens behov. Utvalget mener også at det som en større del av styringsdialogen bør synliggjøres hvordan bruk av private løsninger inngår i kapasitetsvurderingene.

Administrerende direktør mener at det bør bli klarere definert hva private aktører skal brukes til og hvordan de skal brukes i et mer strategisk og langsiktig perspektiv. Ved kjøp av tjenester fra private aktører er det i dag i hovedsak slik at det er historisk nivå på kjøp, manglende kapasitet i egne virksomheter og ventetidsstatus som er førende for hva private blir brukt til. En rekke andre moment burde også vært vurdert når det skal tas stilling til bruken av private aktører. Slike moment kan for eksempel være:

- Ønske om å øke mangfoldet i tjenestetilbudet
- Tilgjengelighet og geografisk spredning av tilbudet
- Bruk av private aktører kan gi økt mulighet for innovasjon i tjenestene
- Bruk av private aktører kan gi mer kostnadseffektive tjenester
- Bruk av private aktører kan legge til rette for nødvendig grad av konkurranse og mulighet for benchmarking på en slik måte at det skaper engasjement i utviklinga av helsetjenestene både faglig og administrativt

Tradisjonelt har det vært slik at det er de minst infrastrukturtunge tjenestene og «lettere» oppgaver som blir satt ut til private. I et 2030-bilde bør RHFene ta stilling til en strategi der det mer grunnleggende bør gås inn i spørsmålet om konkurranseutsetting, og der det tas stilling til om RHFene skal fortsette med denne type konkurranseutsetting eller velge område på en annen måte som for eksempel å konkurranseutsette:

- Hele forløp
- «Områder»
- Hele institusjoner
- Hele sykehus

IKT

Utviklingen av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i spesialisthelsetjenesten går raskt, og IKT er nå en viktig kjernefunksjon i sykehusene. Alle de regionale helseforetakene har egne regionale IKT-tjenesteleverandører som sørger for anskaffelse, drift og videreutvikling av IKT-systemer. Mål og strategier for disse tjenesteleverandørene er i stor grad sammenfallende, men det er ulikheter i hvordan de er organisert og hvor langt de har kommet i utviklingen.

De regionale helseforetakene har tradisjonelt fokusert på egne tiltak, og det er gitt få nasjonale styringssignaler på IKT-området. Det pågår i dag omfattende regionale prosesser for å standardisere arbeidsprosesser og teknologi. Noen mindre felles prosjekter er igangsatt i regi av Nasjonal IKT HF. Alle regionale helseforetak har en omfattende portefølje av utviklingsprosjekter fram mot 2018/2020. Dette er prosjekter med stor kompleksitet som involverer mange aktører og de innebærer store økonomiske løft. Til tross for felles statlig eierstyring så har det vært lav til middels realisering av nasjonale IKT-mål i helsesektoren.

Utvalget mener det er behov for bedre nasjonal samordning av det strategiske IKT-arbeidet. For å sikre samarbeid og utvikling i tråd med de nasjonale målene for IKT-området, bør det etter utvalgets vurdering gjøres en samlet gjennomgang av roller og oppgaver for de ulike aktørene. Samtidig legger utvalget vekt på at det er viktig å sikre gjennomføring av de igangsatte regionale utviklingsprosjektene.

Administrerende direktør er enig i at det bør gjøres en gjennomgang av oppgaver, roller og ansvar innenfor IKT-området. Premissen for dette arbeidet må være at ansvaret ikke kan legges til ett nivå, uten at konsekvensene av ansvaret er tydelig definert. Innenfor helsetjenesten totalt sett, er det et mål at det etableres en «motorvei», hvor systemløsningene fra ulike deler av helsesektoren kan «henge» sine løsninger på, slik at nødvendig informasjon er tilgjengelig der pasienten er, og for de helseaktørene som trenger det. Det er i sammenkoplingspunktene utfordringene er størst. Hvilke krav som skal stilles til den nasjonale infrastrukturen og hvilke krav som må stilles til de systemene som skal kople sine utallige applikasjoner på denne infrastrukturen, må sikres på et nasjonalt nivå.

Forslag til høringsuttalelse:

Vi viser til brev datert 5. desember 2016 der Sykehuset i Vestfold inviteres til å avgi høringsuttalelse til NOU 2016: 25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten. Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?*

Styret i Sykehuset i Vestfold behandlet saken i styremøte 28. februar 2017.

Styret ved Sykehuset i Vestfold mener det er en svakhet ved Kvinnslandutvalgets mandat og utredning at ikke den nåværende organiseringen og styringen av spesialisthelsetjenesten er ett av alternativene for organisering og styring av spesialisthelsetjenesten og innretting av statens eierskap framover.

På generelt grunnlag vil styret i Sykehuset i Vestfold påpeke at utviklingen av fremragende og likeverdige helsetjenester for millioner av pasienter og levert av mer enn hundre tusen dyktige medarbeidere, i størst grad avhenger av de prosessene som skjer nedenfra (pasienter/brukere/fagfolk) og opp (ledelse, styre og eiere) og ikke omvendt. Styring og organisering i spesialisthelsetjenesten må ha som mål å sikre likeverdige helsetjenester for alle – dvs. «styre i stort», og så fasilitere verdiskapingen som skjer i hvert møte mellom pasienter og personale.

1. Helseforetakene bør videreføres som selvstendige rettssubjekter

Det var en betydelig endring av organisering og styring av spesialisthelsetjenesten da helseforetaksloven ble gjennomført fra 1. januar 2002. Foretaksreformen ga sykehusledelsen autoritet til å gjennomføre oppdragene, basert på myndighet og legitimitet.

Intensjonene i foretaksreformen bør uansett organisering og styring av spesialisthelsetjenesten legges til grunn også i tiden framover:

1. Bidra til økt politisk styring
2. Myndiggjøring av ledelsen av sykehus
3. Redusere spill mellom nivåene
4. Sikre helhetlig ansvar for investeringer og drift.

I Kvinnslandutvalgets mandat er det sentralt at helseforetaksmodellen skal videreføres, dvs. at det fortsatt skal være helseforetak som er selvstendige rettssubjekter med styrer. Styret i Sykehuset i Vestfold støtter dette, men mener sentrale suksessfaktorer for å videreutvikle spesialisthelsetjenesten som del av pasientenes helsetjeneste, er knyttet til at det operative nivået, dvs. helseforetakene, er selvstendige rettssubjekter med selvstendige styrer.

For å sikre innfrielse av de politiske målene og verdiene i spesialisthelsetjenesten, må tjenesten organiseres og styres slik at alle aktørene – pasienter/brukere, medarbeidere/profesjonene, samarbeidspartnere som andre helseforetak, kommunene og private aktører i helsetjenesten – engasjeres i utviklings- og endringsarbeid. Det innebærer åpne prosesser og medvirkning basert på nærhet og involvering av dem som utfører tjenestene. Det er avgjørende for at driftsmessige, faglige og økonomiske beslutninger skal ha legitimitet.

Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene blir svært viktig i årene som kommer, og utfordringene for å opprettholde og videreutvikle det universelle helsetilbudet er så formidable, at samarbeid på helt nye måter – for den saks skyld samorganisering – er hovedutfordringen. Det er en av forutsetningene for å få til samhandling at lokal virksomhetsledelse har myndighet til å utvikle tjenestetilbudet. Det

er fare for at en sentralisert organisasjons- og styringsstruktur vil svekke mulighetene til å få til god samhandling lokalt.

Det vil svekke sykehusledelsens legitimitet og autoritet dersom helseforetakene som egne rettssubjekt og de lokale styrene avvikles. Det vil bli større avstand mellom dem som tar de formelle beslutningene og de som utfører tjenestene.

De lokale styrene er sentrale redskaper for nasjonale og regionale myndigheter i gjennomføringen av målene for spesialisthelsetjenesten.

2. Regional og nasjonal koordinering/samordning

Styret i Sykehuset i Vestfold mener det regionaliserte helsevesenet samlet sett bidrar til et godt helsetilbud til befolkningen. Regionsykehusene og de regionale helseforetakene (RHF-ene) er de vesentlige aktørene. Styret i Sykehuset i Vestfold kan ikke se at ulike forslag til nasjonale modeller er noe bedre enn dagens modell. SiV-styret mener likevel at et nasjonalt helseforetak er det realistiske alternativet til dagens regionale helseforetak.

SiV-styret tror at større organisatoriske omlegginger i spesialisthelsetjenesten vil svekke styringen, endre fokus og svekke mulighetene til å gjennomføre de betydelige endringene spesialisthelsetjenesten står overfor.

Styret i Sykehuset i Vestfold er enige i Kvinnslandutvalgets flertall om at avvikling av regionale helseforetak ikke er ønskelig eller nødvendig for å gjennomføre samfunnsoppdraget og nasjonale planer.

SiV-styret mener det er viktig å videreføre prinsippet om ett regionsykehus i hver region, og fraråder endringer i antall helseregioner.

SiV-styret mener det er formålstjenlig at det foretas en gjennomgang av utfordringer knyttet til at de regionale helseforetakene både har eierrollen for store deler av spesialisthelsetjenesten, og har sørge-for-ansvaret og bestillerrollen. Det er fare for at dynamisk utvikling av de samlede helsetjenester - med både samarbeidet med primærhelsetjenesten og utvikling av samarbeidet med private aktører – ikke får forløst potensial med alle disse rollene for RHF-ene.

Det er på en del områder behov for både nasjonal og regional samordning og koordinering. Likevel vil styret i Sykehuset i Vestfold understreke at det er viktig at helseforetaksledelsen gis autoritet og virkemidler for å gjennomføre samfunnsoppdraget/Oppdrag og bestilling. Dette inkluderer også investeringer i bygg og utstyr.

Eiendomsforvaltning.

Styret i Sykehuset i Vestfold mener det er nødvendig med grundigere vurderinger før det konkluderes hva som er effektene av endringer i eiendomsforvaltningen.

Tønsberg 28.02.17

Styret i Sykehuset i Vestfold HF

Saksframlegg til styret

Møtedato: 28.02.17

Sak nr: 011/2017

Sakstype: Orienteringssak

Saksbehandler: Per G. Weydahl og Sven-Erik Andersen

Konsernrevisjon «Pasienter får helsehjelp innen fastsatt tid» - Handlingsplan

Trykt vedlegg: Handlingsplan

Hensikten med saken:

Styret behandlet i møte 15.09.16 sak nr. 38/2016 - Rapport fra Konsernrevisjonen fra revisjon «Pasienter får helsehjelp innen fastsatt tid» og fattet følgende enstemmige vedtak:

1. *Styret bekrefter mottak av Rapport 7/2016 «Pasienter får helsehjelp innen fastsatt tid. Sykehuset i Vestfold HF».*
2. *Adm. direktør bes legge fram sak for styret med handlingsplan knyttet til funn i revisjonen senest i styremøtet 22. des. 2016.*

I hht. ovennevnte vedtak legges nå handlingsplan knyttet til revisjonen noe forsinket fram for styret til orientering.

Forslag til vedtak:

Styret tar den fremlagte handlingsplan knyttet til konsernrevisjonens Rapport 7/2016 «Pasienter får helsehjelp innen fastsatt tid» til orientering.

Tønsberg, 28.02.17

Stein Kinserdal
Adm. direktør

Faktagrunnlag:

Revisjonen ble gjennomført i perioden mars – mai 2016 og var rettet inn mot 4 poliklinikker, fordelt på Klinikk for psykisk helse og rusbehandling (KPR), Kirurgisk klinikk og Medisinsk klinikk.

Revisjonen viste at det er gjennomført flere tiltak i SiV HF for å imøtekomme lovendringene fra 1. nov. 2015 på de undersøkte områdene. Samtidig viste revisjonen enkelte svakheter og mangler, både på overordnet nivå og i de utvalgte poliklinikkene, hvor det enten bør eller må iverksettes tiltak for å etterleve lovens mål og krav. Observerte svakheter og mangler gjelder i mindre grad innenfor psykisk helse og rusbehandling.

Etter konsernrevisjonens vurdering, kunne samlede funn i revisjonen medføre at pasienter ikke får helsehjelp til fastsatt tid, eller at pasient og henvisende instans ikke mottar riktig og fullstendig informasjon.

Det nå utarbeidet en handlingsplan med tiltak både på overordnet nivå og på klinikknivå i sykehuset for å sikre forbedring på de området konsernrevisjonens rapport peker på. Handlingsplanen følger vedlagt og det vises til denne.

Adm. direktørs vurderinger:

Adm. direktør har tillit til at den fremlagte handlingsplan vil bidra til nødvendige forbedringer for å sikre at pasienter opplever forutsigbarhet og får helsehjelp innen den tid som er fastsatt.

Problemstilling 1 - Prioritering

Anbefalinger	Målsetting	Tiltak	Ansvar	Kommentar	
1	Helseforetaket gjennomfører obligatorisk opplæring i bruk av prioriteringsveilederne	Sikre at alle vurderingsansvarlige og behandlere i helseforetaket, blir kjent med de reviderte prioriteringsveilederne	Etterspørre status på gjennomføring	PGW	Står i motsetning til føringene fra "Glemt av sykehuset" som anbefalte to til tre vurderingsansvarlige leger for å sikre enhetlig praktisering av prioriteringsveilederen. Prioriterer å sikre at vurderingsansvarlige er kjent med veilederne
2	Helseforetaket tydeliggjør at fristdatoen som settes i DIPS er den fristen som settes ut fra medisinskfaglige vurderinger. I den sammenheng bør helseforetaket se på bruken av tentativ dato.	Unngå at tildeling fastsettes ut i fra feil dato og at pasienter ikke får startet helsehjelpen innen riktig tid.	Føringene for å registrere fristdato og tentativ dato i de tilfellene hvor pasientene vurderes å ha behov for helsehjelp raskere enn anbefalt frist i prioriteringsveilederen, klargjøres. Overordnet prosedyre endres.	TGR	
3	Helseforetaket gir føringer for å dokumentere begrunnelsene for rettighetsvurderingene, herunder eventuelle avvik fra prioriteringsveilederen, samt dokumentere hvilken prioriteringsveileder som er lagt til grunn ved sammensatt problematikk.	Gjøre det sporbart hvilken informasjon som er vektlagt i rettighetsvurderingen, eventuelt hvilken prioriteringsveileder som er lagt til grunn (i tilfelle flere er aktuelle)			Det vurderes som lite hensiktsmessig å pålegge leger ytterligere registrering av ustrukturert informasjon - ustrukturerte data; må inn å gjøre "tekstanalyse" av journal hver gang man skal forsikre deg om bruken av veilederne.
4	Helseforetaket følger opp bruken av prioriteringsveilederne	Redusere risikoen for at man ikke prioriterer i hht nasjonale veiledere	Følges opp gjennom samtale / intervju / internrevisjon - tiltak vurderes	PGW	Se punktet over
5	Helseforetaket utarbeider føringer for å etablere normerte tidsintervall for hele pasientforløpet (fra start til avslutning) knyttet til utredning, behandling og kontroll. Det etableres tiltak for å følge opp at føringene etterleves.	Sikre enhetlig praksis for de ulike pasientforløpene etter at fristen er innfridd (god fremdrift i helsehjelpen, hindre variasjon og uhensiktsmessig venting)	Gjennom pasientforløpsarbeidet utarbeides overordnede føringer for normerte tidsintervall gjennom forløpet. Alt forløpsarbeid inneholder monitorering.	GMA	Arbeidet skjer i regi av Progam for pasientforløp

Problemstilling 2 – Oppmøtetidspunkt for helsehjelp gjennom pasientforløpet

Anbefalinger	Målsetting	Tiltak	Ansvar	Kommentar	
6	Helseforetaket sikrer at alle pasienter får oppmøtetidspunkt i første brev, eventuelt tentativ uke for pasienter med juridisk frist lengre enn 4 måneder. Dette fordrer blant annet at det er tilgang til timebøkene til spesifikk fagkompetanse.	Større forutsigbarhet for pasientene		Klinikk-sjefer	Følges gjennom ordinær rapportering på lederavtale og til HSØ
7	Helseforetaket utarbeider føringer for når pasienter med frist over fire måneder og som får tentativ uke i første brev, skal få konkret oppmøtetidspunkt.	Større forutsigbarhet for pasientene	Legges inn i prosedyren (mottak og håndtering av henvisning) når denne revideres	TGR	
8	Helseforetaket utarbeider føringer for å gi oppmøtetidspunkt (time i hånden) til pasienter som har startet helsehjelpen. Det bør vurderes om disse pasientene skal følge de samme kravene til tildeling som for nyhenviste pasienter (under eller over 4 måneder).	Større forutsigbarhet for pasientene	Gjennom pasientforløpsarbeidet utarbeides overordnede føringer for normerte tidsintervall gjennom forløpet. Alt forløpsarbeid inneholder monitorering.	GMA	Sees i første omgang i sammenheng med pasientforløpsarbeidet (1.5). Ambisjonen er at på noe sikt skal alle pasienter, uavhengig av hvor de er forløpet, få tildelt oppmøtetidspunkt (time i hånden).

Problemstilling 3 – Helfo pasientformidling

Anbefalinger	Målsetting	Tiltak	Ansvar	Kommentar	
9	Det må gis informasjon om oppmøtetidspunkt for pasientene som takker nei til alternativt tilbud. Oppmøtetidspunkt må ta utgangspunkt i hvor pasienten er på ventelisten.	Større forutsigbarhet for pasientene	Legges inn i prosedyren (mottak og håndtering av henvisning) når denne revideres.	TGR	I de tilfeller pasient takker nei til tilbud fra Pasientservice, og setter Ventetid sluttdato, må vi sørge for at pasient får beskjed om når vi da kan ta vedkommende inn (time i hånden tankegang)

Det må iverksettes tiltak for at rutinene for videreformidling av pasienter (herunder bruk av Helfo pasientformidling) tydeliggjøres, etterleves og følges opp.

Større forutsigbarhet for pasientene

Tydeliggjøre prosedyren og klargjøring av at man TGR forventer lojal etterleving av prosedyren

Klinikkene har selv pekt ut de personene som er delegert myndighet til å ta kontakt med Pasientservicekontoret i forhold til truende fristbrudd og HELFO-kontakt. Da bør de også følge opp at dette skjer.

Saksframlegg til styret

Møtedato: 28.02.2017

Sak nr: 012/2017

Sakstype: Orienteringssak

Administrerende direktørs orientering

Hensikten med saken:

Adm. direktør orienterer styret om følgende temaer:

1. Virksomhetsoverdragelse Sykehusinnkjøp HF:

Sykehusinnkjøp HF ble stiftet 17.12.2015, etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i foretaksmøte januar 2015. Foretaket skal understøtte spesialisthelsetjenestens behov, og være helseforetakenes strategiske verktøy for å sikre nødvendig realisering av kvalitative, økonomiske og samfunnsmessige gevinster på innkjøpsområdet.

Foretaket skal ha et strategisk og operativt innkjøpsansvar innenfor alle innkjøpskategorier. Ved å samle alle innkjøpsressursene i et foretak og spesialisere aktivitetene i tråd med vedtatt kategoristyringsprinsipper, skal helseforetakene sikres tilgang til god innkjøpskompetanse uavhengig av anskaffelsens art.

I foretaksmøte 25. januar 2016, fikk Sykehusinnkjøp HF sitt oppdragsdokument fra eierne, dvs. de fire regionale helseforetakene. Første del av oppdraget slår fast at Sykehusinnkjøp HF skal etablere et prosjekt med bl.a. følgende formål:

Forberede, klargjøre og virksomhetsoverdragelse relevante ressurser fra regionenes og helseforetakenes innkjøpsfunksjoner til Sykehusinnkjøp HF.

Det regionale prosjektet i Helse Sør-Øst leverte i desember 2016 et forslag til Direktørmøtet i Helse Sør-Øst for en funksjonsdeling av oppgaver mellom helseforetakene og Sykehusinnkjøp. Ut fra denne funksjonsdelingen, som Direktørmøtet sa seg enig i, er det på alle helseforetak gjort en vurdering av hvilke oppgaver, og dermed medarbeidere som flyttes fra helseforetaket til Sykehusinnkjøp.

Ved virksomhetsoverdragelse har medarbeidere som får overdratt sine oppgaver, rett til å være med over til ny arbeidsgiver. Arbeidsforholdet videreføres og arbeidstakerne opprettholder rettigheter og plikter. De fleste som jobber med anskaffelser har flere roller og deltar i ulike aktiviteter. For mange vil status være at deler av aktivitetene skal

overføres til Sykehusinnkjøp HF mens øvrige aktiviteter også i framtiden skal håndteres lokalt/regionalt. Eksempel på dette er implementering internt på inngåtte avtaler.

I vurderingen av hvilke ressurser som skal følge oppgavene over til Sykehusinnkjøp HF, har det vært viktig å se at det er riktig forhold mellom oppgaver og ressurser som overføres.

Som følge av dette er det er to ansatte som overføres fra SiV HF til Sykehusinnkjøp HF.

Proessen med overdragelse av oppgaver og ressurser skjer i tråd med arbeidsmiljølovens §16.

Forholdet mellom avgivende og mottakende virksomhet blir regulert i en samarbeidsavtale.

Det har blitt gjennomført jevnlig informasjonsmøter med tillitsvalgte og verneombud. Virksomhetsoverdragelse av ansatte i Sykehuset i Vestfold HF er drøftet med Sykehusinnkjøp, HR og tillitsvalgte 13.01.2017.

Partene er enige i at virksomhetsoverdragelse av ansatte fra Sykehuset i Vestfold kan gjennomføres innen 1.mai 2017.

2. Status Tønsbergprosjektet (orienteres muntlig i møtet)

Forslag til vedtak:

Adm. direktørs redegjørelse tas til orientering.

Tønsberg, 28.02.2017

Stein Kinserdal
administrerende direktør

Saksframlegg til styret

Møtedato: 28.02.2017

Sak nr: 013/2017

Sakstype: Orienteringssak

Styrets årsplan 2017 - Oppdatert

Trykte vedlegg: Ingen

Hensikten med saken:

Møteplan 2017 for styret ved SiV HF ble vedtatt i styremøte 20.10.16 (sak 54-2016).

Med utgangspunkt i møteplanen, legges her fram årsplan for styret for 2017 til orientering.

Oversikten rommer de viktigste kjente sakene i løpet året, knyttet til ordinært oppsatte møter. Det vil bli lagt fram oppdatering av årsplanen i hvert styremøte. Ytterligere saker vil således tilkomme etter hvert, herunder løpende orienteringer om status i Tønsbergprosjektet.

Forslag til vedtak:

Styret tar oppdatert årsplan for 2017 til orientering.

Tønsberg, 28.02.2017

Stein Kinserdal
administrerende direktør

Møteplan styret ved SiV 2017 - Foreløpig meldte saker

30.mar (14-18)	Årsregnskap og styrets beretning 2016 Oppdrag og bestilling fra HSØ 2017 Rapportering pr. febr. 2017 Styrets årsplan 2017 - Oppdatert Adm. direktørs orientering
04.mai (14 – 18)	Rapportering pr. april 2017 Status vedr. arbeidet med årsbudsjett 2018 Økonomisk langtidsplan 2018 - 2021 Styrets årsplan 2017 - Oppdatert Adm. direktørs orientering
15.jun (14-18)	Ledelsens gjennomgang 1. tertial Rapportering pr. mai 2017 Styrets årsplan 2017 - Oppdatert Adm. direktørs orientering
14.sep (14-18)	Rapportering pr. aug. 2017 Styrets årsplan 2017 - Oppdatert Adm. direktørs orientering
11.okt (14-18)	Rapportering pr. sep. 2017 Status i arbeidet med budsjett 2018 Styrets årsplan 2017 – Oppdatert Adm. direktørs orientering Møteplan for 2018 Administrerende direktørs lønns-og arbeidsvilkår (lukket møte)
16.nov (14-18)	Rapportering pr. okt. 2017 Ledelsens gjennomgang 2. tertial Status budsjettprosess 2018 Styrets årsplan 2017 - Oppdatert Adm. direktørs orientering Evaluering av styrets arbeid (lukket møte)
21. des. (08-12)	Rapportering pr. nov. 2017 Budsjett 2018 Styrets årsplan 2018 Adm. direktørs orientering

