

Agenda

10.00 - 10.45 **Tematime - Kvalitetsforbedringsprosjekt Dagkirurgisk avdeling**

45 min

Tarja Valtanen

10.45 - 10.50 **Konstituering av møtet**

5 min

Per Martin Knutsen

- Registering av medlemmer
 - Godkjenning av agenda
 - Registrering av saker til eventuelt
-

10.50 - 11.50 **Sak 34-2021**

60 min

Virksomhets- og kvalitetsrapport

Sak 34-2021.1

Virksomhetsrapport pr. oktober 2021


Orientering *Eli Julseth Birkhaug*

Formål:

Å informere om kvalitet, aktivitet, personalsituasjonen og økonomi pr. oktober i Betanien sykehus AS.

Forslag til vedtak:

1. Styret tar virksomhetsrapport pr. oktober til orientering.

 Sak 34.1 Virksomhetsrapport pr. oktober - saksfremstilling.pdf (2 sider)

 Sak 34.1 Virksomhetsrapport pr. oktober - Vedlegg 1 - Virksomhetsrapport pr. oktober 2021.pdf (21 sider)

Sak 34-2021.2

Kvalitetsrapport 3. kvartal

Orientering *Eli Julseth Birkhaug*


Formål:


Å informere styret om arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet i Betanien sykehus, samt rapportere på avviks-, tilsyns- og klagesaker for perioden januar-september 2021.

Forslag til vedtak:

1. Styret tar informasjon til orientering.
2. Styret støtter opp om fokusområdene sykehuset har valgt for 2022.

 Sak 34.2 Kvalitetsrapport 3. kvartal 2021 - Saksfremstilling.pdf (1 sider)

 Sak 34.2 Kvalitetsrapport 3. kvartal 2021 - Vedlegg 1 - Kvalitetsrapportering til og med september 2021.pdf (7 sider)

 Sak 34.2 Kvalitetsrapport 3. kvartal 2021 - Vedlegg 2 - Presentasjon kvalitetsrapport 3. kvartal 2021.pdf (18 sider)

11.50 - 12.35 **Lunsj**

45 min

Lunsj serveres kl. 11.30

12.35 - 12.55
20 min

Sak 35-2021

Integrasjon psykisk helse og spesialisert rusbehandling

Orientering *Silje Benedicte Vignæs*

Formål:

Å orientere om integrasjon psykisk helse og spesialisert rusbehandling.

Forslag til vedtak:

1. Styret tar informasjonen til orientering.

12.55 - 13.15
20 min

Sak 36-2021

Strategiske føringer for 2022

Orientering *Eli Julseth Birkhaug*

Formål:

I årshjul fra Helse Vest RHF er det satt opp møte knyttet til bestillingen i januar 2022. Frist for skriftlig innspill var 31.10.21.

Forslag til vedtak:

1. Styret tar informasjonen til orientering.

 Sak 36 Strategiske føringer 2022 - Saksfremstilling.pdf (1 sider)

 Sak 36 Strategiske føringer 2022 - Vedlegg 1 - Bestillingsnotat.pdf (3 sider)

 Sak 36 Strategiske føringer 2022 - Vedlegg 1 - Notat fra møte med Helse Bergen 26.10.21.pdf (1 sider)

13.15 - 14.00
45 min

Sak 37-2021

Budsjett 2022

Beslutning *Jostein Tarlebø*


Formål:

Formålet er å fastsette budsjetttrammene for Betanien sykehus AS for driftsåret 2022 og vise at budsjettet er bærekraftig og realistisk sett opp mot resultatkravet. Budsjettet skal legge grunnlaget for prioriteringene knyttet til pasientbehandling, brukertilbud, kvalitet, pasientsikkerhet og ansattforhold, samt økonomisk bærekraft. Budsjettet må dermed behandles som et viktig strategisk dokument som skal sikre utviklingen i Betanien sykehus.

Forslag til vedtak:

1. Styret i Betanien sykehus viser til føringer og krav som til enhver tid foreligger vedrørende prioritering av pasientbehandling, kvalitet og pasientsikkerhet, gitt fra Helse Vest RHF og Stiftelsen Betanien Bergen. Styret er tilfreds med at disse føringene er lagt til grunn for budsjettet for 2022.
2. Styret vedtar et overskuddskrav på 4,609 millioner kroner før finans for Betanien sykehus AS.
3. Direktør skal informere styret dersom eventuelle salgsgevinster realiseres, eller andre ekstraordinære poster oppstår, slik at styret kan vurdere om resultatkravet skal endres.
4. Styret forutsetter at det legges sterk vekt på tiltaksgjennomføring og oppfølging. Dette skal skje i gode prosesser der pasient, ansatt og økonomi står i sentrum.
5. Styret vedtar den foreløpige investeringsplanen. Eventuelle enkeltinvesteringer på over 2 millioner kroner legges fram som egen sak for styret.
6. Direktør gis fullmakt til å gjøre mindre endringer i budsjettet, og informere styret om eventuelle endringer.

 Sak 37 Budsjett 2022 - Saksfremstilling.pdf (2 sider)

 Sak 37 Budsjett 2022 - Vedlegg 1 - Budsjettdokument 2022.pdf (10 sider)

 Sak 37 Budsjett 2022 - Vedlegg 2 - Protokoll fra drøftingsmøte IDF 22.11.2021.pdf (1 sider)

14.00 - 14.10
10 min

Pause

14.10 - 14.30
20 min

Sak 38-2021

Revisjon fullmaktsmatrise





Beslutning *Jostein Tarlebø*

Formål:

Å vedta endringer i gjeldende fullmaktdokument/fullmaktreglement for Betanien sykehus AS.

Forslag til vedtak:

1. Styret i Betanien sykehus vedtar de fremlagte reviderte fullmaktmatisene.
2. Styret ber om at fullmaktdokument for Betanien sykehus AS oppdateres med de reviderte fullmaktmatisene

-  Sak 38 Revisjon fullmaktsmatrise - Saksfremstilling.pdf (2 sider)
-  Sak 38 Revisjon fullmaktsmatrise - Vedlegg 1 - Revidert fullmaktsmatrise.pdf (22 sider)
-  Sak 38 Revisjon fullmaktsmatrise - Vedlegg 2 - Styresak 15.4-2020.pdf (3 sider)
-  Sak 38 Revisjon fullmaktsmatrise - Vedlegg 3 - Fullmaktsdokument Betanien sykehus AS.pdf (20 sider)

14.30 - 14.50
20 min

Sak 39-2021

Plan interne revisjoner 2022-2023

Orientering *Eli Julseth Birkhaug*

Formål:

Formålet er å informere styret om status knyttet til planlegging av interne revisjoner for 2022 og 2023.

Forslag til vedtak:

1. Styret vedtar foreslått revisjonsplan for interne revisjoner i 2022 og 2023, og ber om tilbakemelding ved vesentlige endringsbehov.

-  Sak 39 Plan interne revisjoner 2022-2023 - Saksfremstilling.pdf (2 sider)

14.50 - 15.05
15 min

Sak 40-2021

Orientering fra sykehusdirektør

Orientering *Eli Julseth Birkhaug*

Formål:

Å orientere om saker sykehusdirektør jobber med.

Forslag til vedtak:

1. Styret tar informasjonen til orientering.

15.05 - 15.15
10 min

Sak 41-2021

Fastsettelse av lønn til sykehusdirektør

Beslutning *Per Martin Knutsen*

Formål:

Å fastsette ny lønn til sykehusdirektør i Betanien sykehus AS.

Forslag til vedtak:

1. Styret vedtar at lønn til sykehusdirektør i 2022 settes til x.xxx.xxx kroner.
2. Styret vedtar å videreføre øvrige vedtar vilkår som tidligere.

-  Sak 41 Fastsettelse av lønn til sykehusdirektør.pdf (1 sider)

15.15 - 15.25
10 min

Gjennomgang av protokoll



Betanien sykehus

Sak 34.1-2021 – Virksomhetsrapport pr. oktober

Formål:

Å informere om kvalitet, aktivitet, personalsituasjonen og økonomi pr. oktober i Betanien sykehus AS.

Sakssammendrag:

God eier- og virksomhetsstyring, med oppfølging av pasientrettet aktivitet og kvalitet, ivaretagelse og utvikling av ansatte og økonomi, skal skje gjennom virksomhetsrapporter som bygger på følgende overordnede målsettinger:

- Målrettet, hensiktsmessig og effektiv drift
- Pålitelig intern og ekstern rapportering
- Overholdelse av gjeldende lover, regler og interne retningslinjer

Virksomhetsrapportering skal gi nyttig og relevant informasjon, og grunnlag for drøftinger og beslutninger for styre og ledelse.

Risiko:

Virksomhetsrapporteringen skal reflektere pasientrettet aktivitet og kvalitet, samt ivaretagelse og utvikling av ansatte og økonomi, i den grad gjenværende risiko for at virksomheten ikke skal nå sine målsettinger, anses som akseptable.

Medbestemmelse:

Saken er av interesse for alle deler av organisasjonen, både ansatte og ledere.

Verdier:

Virksomhetsrapportering skal understøtte verdiene; **omsorg, helhetssyn, åpenhet, kreativitet, og kvalitetsbevisst.**

Miljøperspektiv:

Vedtaksforslaget har ingen negativ påvirkning på det ytre miljø.

Forslag til vedtak:

1. Styret tar virksomhetsrapport pr. oktober til orientering.

Vedlegg:

1. Virksomhetsrapport pr. oktober 2021

Saksbehandler: Jostein Tarlebø, økonomisjef

Ansvarlig: Eli Julseth Birkhaug, direktør

Virksomhetsrapport

Betanien sykehus AS

Pr. oktober 2021

Kvalitet, aktivitet, økonomi, personal



Innhold

1	Sykehusdirektør sin vurdering.....	3
2	Pasientbehandling.....	3
2.1	Inntak av pasienter.....	3
2.2	Ventetider.....	3
2.2.1	Ventetider enhet for psykisk helse.....	3
2.2.2	Ventetider enhet for somatisk helse.....	4
2.3	Fristbrudd.....	5
2.3.1	Fristbrud enhet for psykisk helse.....	5
2.3.2	Fristbrudd enhet for somatisk helse.....	6
2.4	Behandlingsaktivitet.....	6
2.4.1	Behandlingsaktivitet enhet for psykisk helse.....	6
2.4.2	Behandlingsaktivitet enhet for somatisk helse.....	9
2.5	Oppfølging og samhandling.....	12
2.5.1	Epikrisetid enhet for psykisk helse.....	12
2.5.2	Epikrisetid enhet for somatisk helse.....	13
2.6	Behandlingsresultat og kvalitetsmål.....	13
3	Personell.....	14
3.1	Bemanning.....	14
3.2	Overtid.....	15
3.3	Fravær.....	17
4	Økonomi.....	19
4.1	Regnskap og budsjett.....	19
4.2	Uforutsette og ekstraordinære hendelser.....	21
4.3	Utsikter resten av året.....	21

1 Sykehusdirektør sin vurdering

Det gjøres en god jobb ut mot pasientene og vi har tilnærmet lik eller økt aktivitet i de fleste avdelinger. Gjennom hele året har det vært fokus på kvalitetsindikatorerne og da spesielt, vurderingstid, ventetid og epikrisetid. Man har satt inn tiltak der krav ikke er nådd. Der det er satt inn tiltak, blir det viktig å evaluere disse for å se om de har hatt ønsket effekt og om denne er varig. Det kan se ut som om tiltakene for eksempel har hatt effekt i BUP der man både har fått redusert avslagsprosent og ventetid siste månedene.

Vi har arbeidet og arbeider fortsatt med å styrke oss for å bli mindre sårbare ved sykefravær og når ansatte slutter. ROS-analyser legges til grunn for dette arbeidet.

Sykefraværet har økt siden sommeren og pr. oktober ser det ikke ut til at vi når målet om en 10 % reduksjon i sykefravær pr. avdeling sammenlignet med 2020. Akkumulert sykefravær pr. oktober er 7,97 %, noe som er en reduksjon på 0,47 sammenlignet med samme periode i 2020.

Det er gjort noen justeringer i budsjettet på grunn av økt husleiekostnad, utgifter til konsernstab og nye stillinger etablert i 2021. Vi har hatt høyere kostnader til drift enn budsjettet, men også høyere inntekter, noe som gjør at vi ligger an til å nå resultatkrav på 5,2 millioner kroner.

2 Pasientbehandling

2.1 Inntak av pasienter

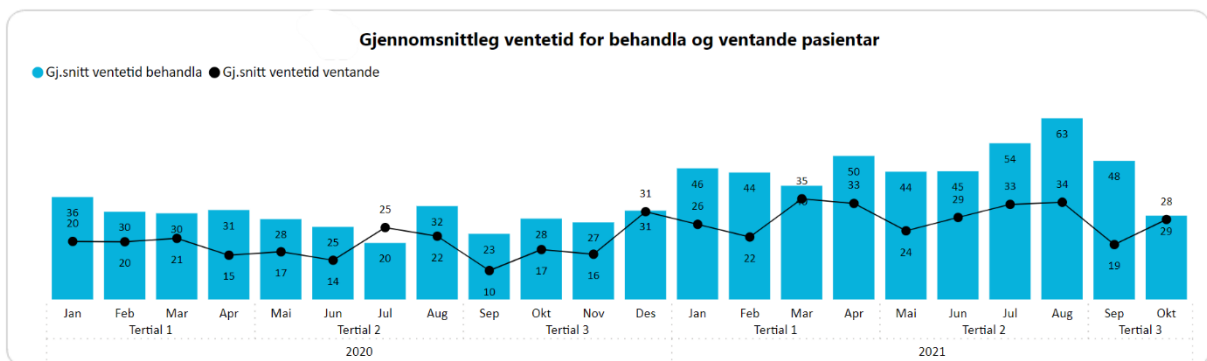
Innen enhet for psykisk helse har antall henvisninger til BUP gjennom hele året ligget høyere enn tidligere år. Allmennpsykiatrisk poliklinikk har hatt reduksjon i antall henvisninger, mens psykoepoliklinikk/FACT-team har hatt en økt pågang. De siste månedene har vi hatt over 50 pasienter på tvang uten døgnopphold.

Innen enhet for somatisk helse har det vært en økning av henvisninger til dagkirurgisk avdeling (DKA), mest innenfor gynekologi. Ventelistene innenfor øvrig kirurgi er nesten avviklet og vi har vært i dialog med Helse Bergen for å få nye pasienter.

2.2 Ventetider

2.2.1 Ventetider enhet for psykisk helse

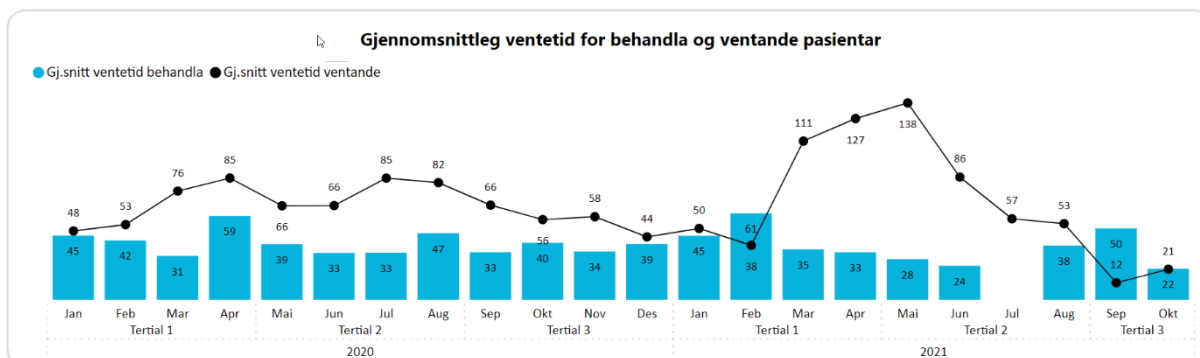
Enhet for psykisk helse, barn og unge (BUP) – ventetid



Figur 1: Ventetid barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (Kilde: Rapportsenter Helse Vest RHF)

Tiltak med vurderingssamtaler har redusert ventetiden som var høy grunnet den økte henvisningsmengden.

Enhet for psykisk helse, voksne (VOP) – ventetid

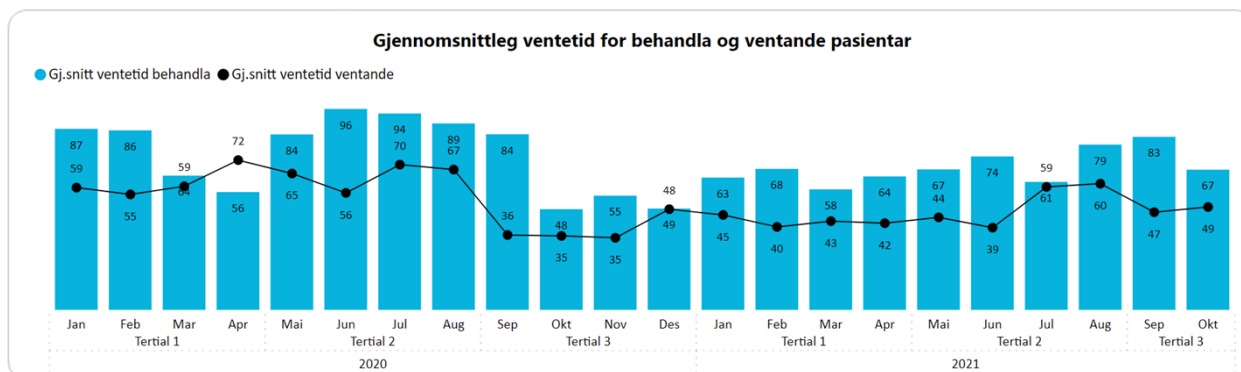


Figur 2: Ventetid voksenpsykiatriske poliklinikker (Kilde: Rapportcenter Helse Vest RHF)

VOP ligger i gjennomsnitt på ventetid innen krav på 40 dager i våre rapporter basert på tall fra DIPS. Det er nå avklart at feil i antall ventende knytter seg til at tentative kontakter (mars-august) er blitt stående og ventetid slutt-dato er ikke satt inn selv om sakene er startet opp via timebok på ny kontakt. Det jobbes nå med sikring av rutiner for å unngå dette og er i gang med ryddearbeid som vises fra juli. Tallene her vil også regulere seg etter hvert som pasienter blir tatt inn i behandling.

2.2.2 Ventetider enhet for somatisk helse

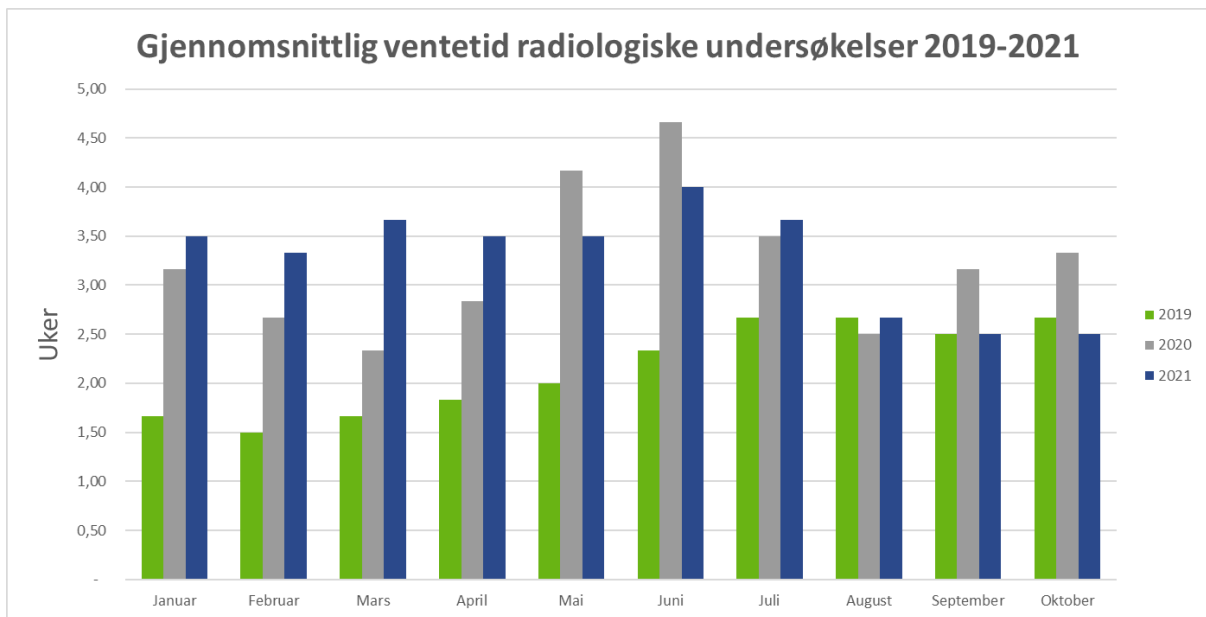
Dagkirurgisk avdeling – ventetid



Figur 3: Ventetid dagkirurgisk avdeling (Kilde: Rapportcenter Helse Vest RHF)

Ventetider for oktober er redusert sammenlignet med foregående måneder, men er fortsatt over krav fra Helse Vest på 53 dager. Vi har pågang med henvisninger og høy aktivitet, men er sårbare ved fravær hos kirurger. Vi har i høst initiert faste ukentlige møter mellom leder for DKA og avdeling kontortjeneste med formål om å sikre at riktig pasient mottar behandling innen frist. Dette tiltaket ser ut til å ha hatt noe effekt i oktober. Det er fokus på ventetid for å gi pasienter tilbud innenfor krav til ventetid.

Radiologisk avdeling - ventetid



Figur 4: Ventetid radiologisk avdeling (Kilde: Rapportering fra radiologisk avdeling)

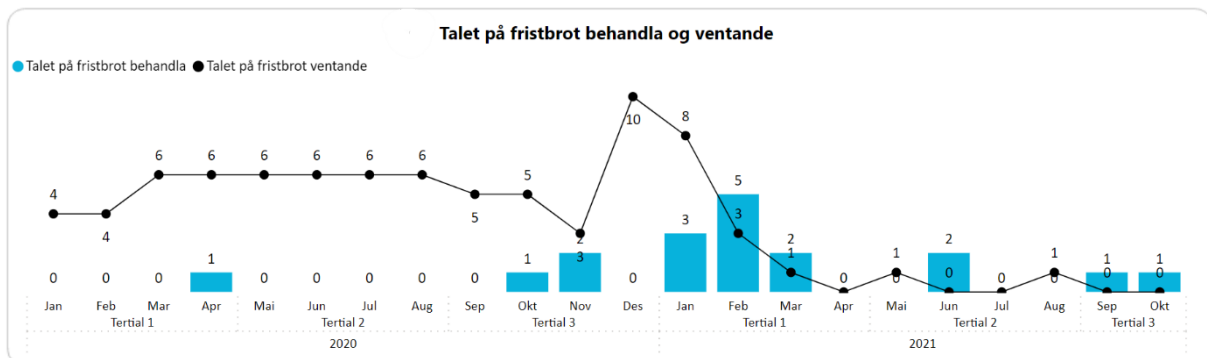
Både konvensjonell røntgen, CT og ultralyd har lav ventetid. Totalt sett har avdelingen akseptabel ventetid, men vi ser at ventetid på MR er høy. Vi har satt inn bemanning for å ta unna MR-undersøkelser enkelte lørdager fremover.

Laboratorium – ventetid

Ingen ventetid.

2.3 Fristbrudd

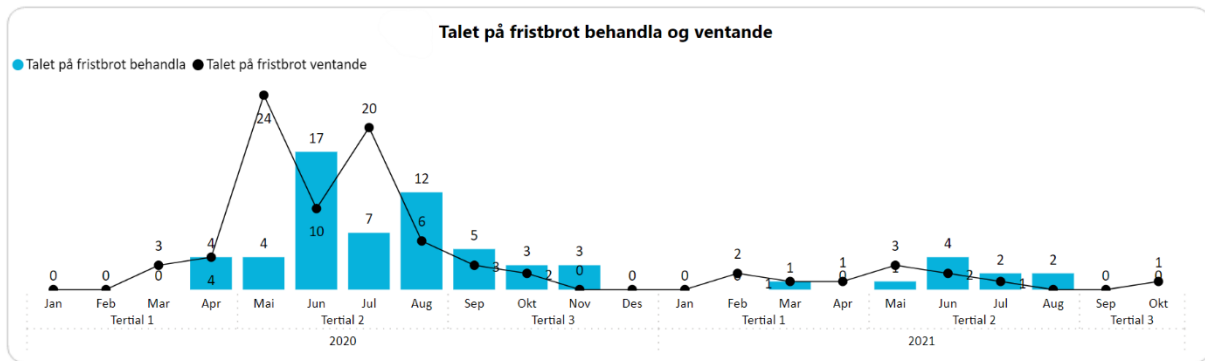
2.3.1 Fristbrud enhet for psykisk helse



Figur 5: Fristbrudd enhet for psykisk helse (Kilde: Rapportsenter Helse Vest RHF)

Fristbrudd september og oktober er ikke reelt, men en rutinefeil knyttet til koding av “ventetid-sluttdato” ved oppstart av saker. Rutinefeil fra avdeling kontortjeneste og tallene er allerede rettet opp.

2.3.2 Fristbrudd enhet for somatisk helse



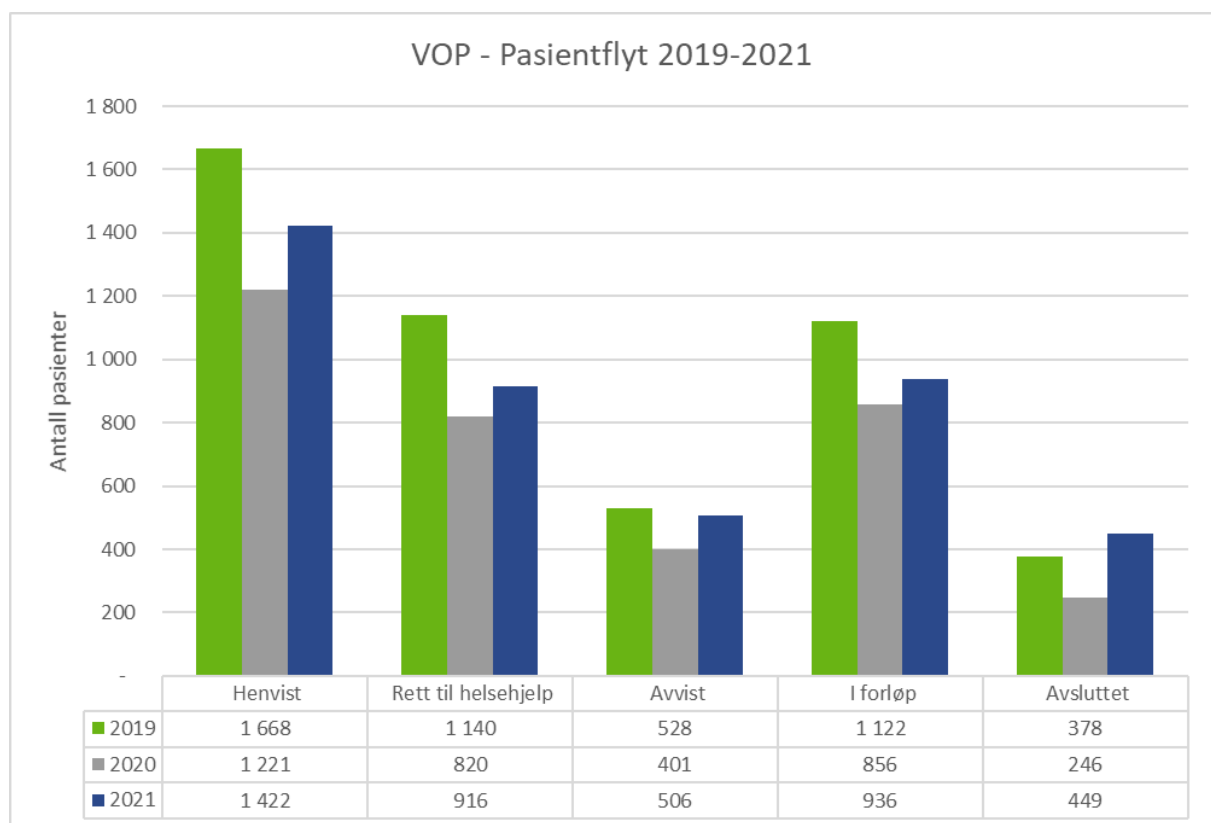
Figur 6: Fristbrudd enhet for somatisk helse (Kilde: Rapportser Helse Vest RHF)

Med høyt trykk på antall nyhenviste har vi stort fokus på at riktig pasient blir kalt inn til behandling. I oktober fikk vi ett fristbrudd som følge av akuttfravær hvor vi ikke klarte å finne ny tid for pasient innen frist. Vi vil ha stort fokus på å unngå fristbrudd.

2.4 Behandlingsaktivitet

2.4.1 Behandlingsaktivitet enhet for psykisk helse

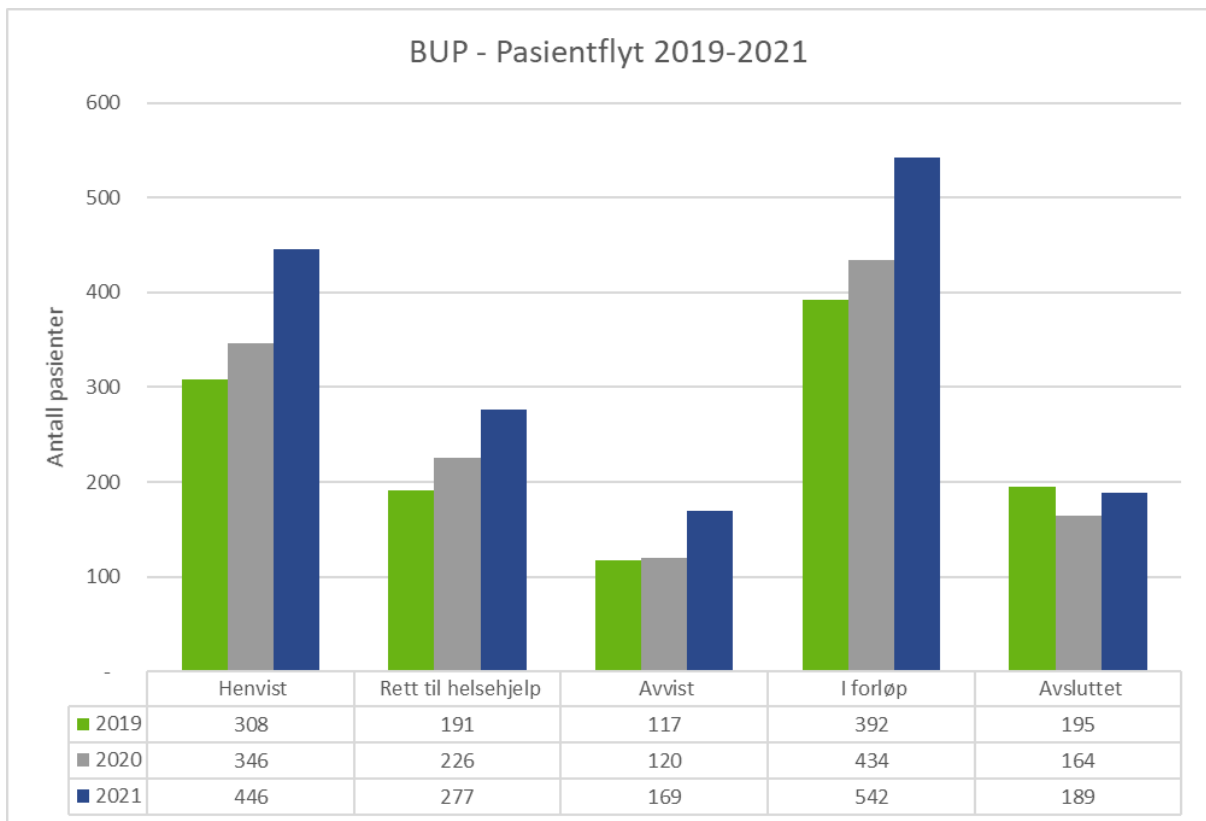
Pasientflyt VOP



Figur 7: Pasientflyt VOP (Aktivitetsrapport Betanien sykehus)

Vi får flere pasienter henvist og flere får rett til helsehjelp sammenlignet med 2020. Sammenligner vi med 2019 er det noe færre pasienter som blir henvist. Vi avslutter flere saker enn foregående år. Avvisningsprosent er fortsatt høy, men på nivå med andre DPS gjennomsnitt hittil i år 36 %

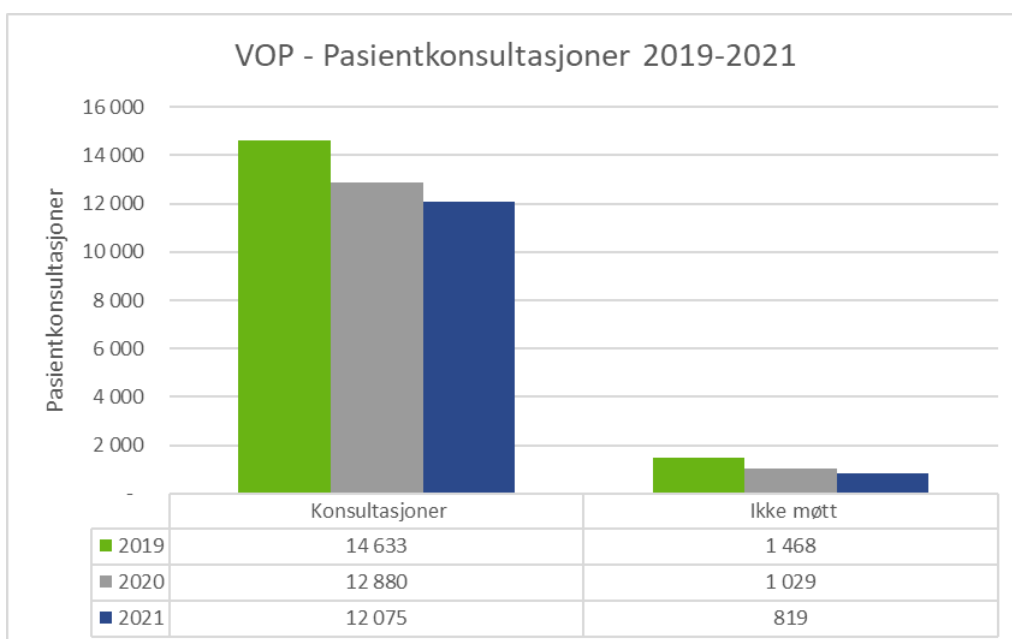
Pasientflyt BUP



Figur 8: Pasientflyt BUP (Aktivitetsrapport Betanien sykehus)

BUP har fortsatt høy henvisningsmengde, 40-50 %, fra oktober 2020. Noe nedgang i sommer, men økt igjen i høst. De har ulike tiltak i gang knyttet til dette. De har totalt gitt flere rett til behandling, avvist flere og har flere pasienter i forløp sammenlignet med tidligere år. Etter tiltak er ventetid og avvisningsprosent redusert. Det er ikke store endringer med henhold til avslutning av saker.

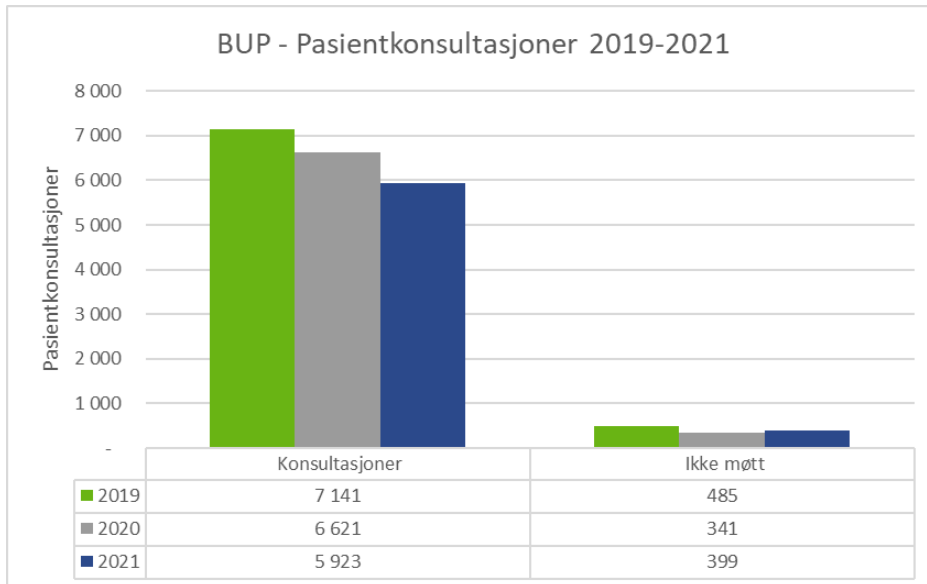
Pasientkonsultasjoner VOP



Figur 9: Pasientkonsultasjoner VOP (Aktivitetsrapport Betanien sykehus)

Det er en svak reduksjon i antall pasientkonsultasjoner sammenlignet med 2020, større reduksjon sammenlignet med samme periode i 2019. Det har vært en reduksjon i henvisninger samme periode. Noe av reduksjonen skyldes sykefravær i allmennpsykiatrisk poliklinikk.

Pasientkonsultasjoner BUP



Figur 10: Pasientkonsultasjoner BUP (Aktivitetsrapport Betanien sykehus)

Flere henvisninger og saker i omløp gir økt mengde administrasjon knyttet til inntak og flyt.

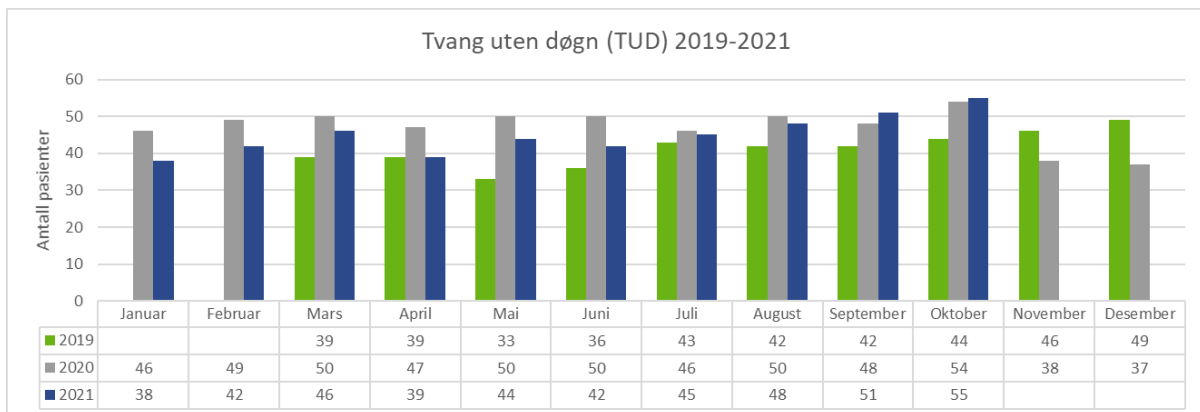
DRG-optjening



Figur 11: DRG Enhet for psykisk helse (Kilde: Rapportcenter Helse Vest RHF)

Gjenspeiler aktivitet.

Tvang uten døgn (TUD)

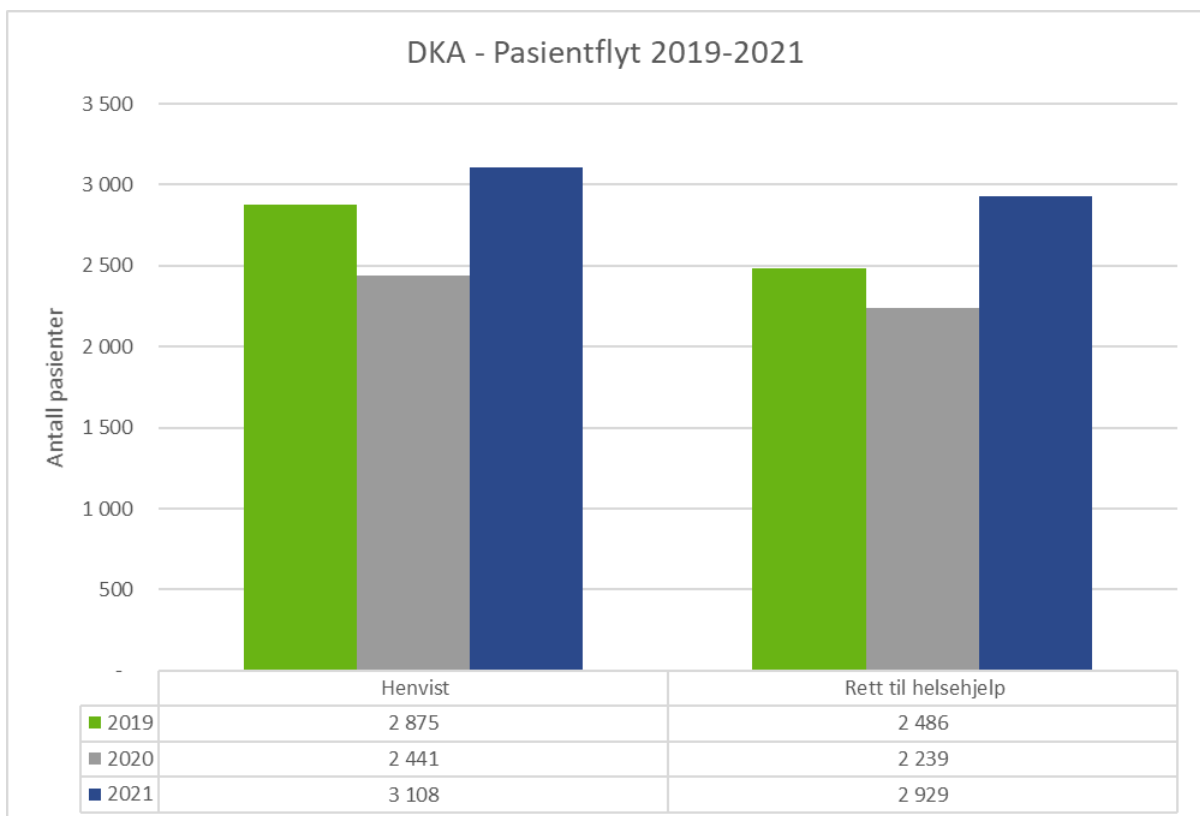


Figur 12: Tvang uten døgn (Aktivitetsrapport Betanien sykehus)

Det har vært en økning i antall TUD-pasienter fra i sommer. Ligger pr. oktober på 55 pasienter. Få pasienter får medhold i klage på tvangsmedisinering. Det er økt mengde administrasjon knyttet til TUD og behov for og prosess på å samle TUD i egen enhet.

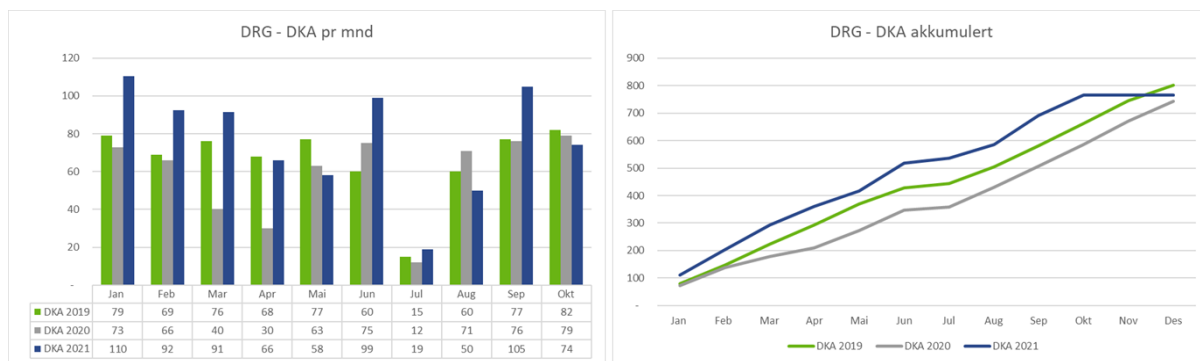
2.4.2 Behandlingsaktivitet enhet for somatisk helse

Driftsdata dagkirurgisk avdeling



Figur 13: Pasientflyt DKA (Aktivitetsrapport Betanien sykehus)

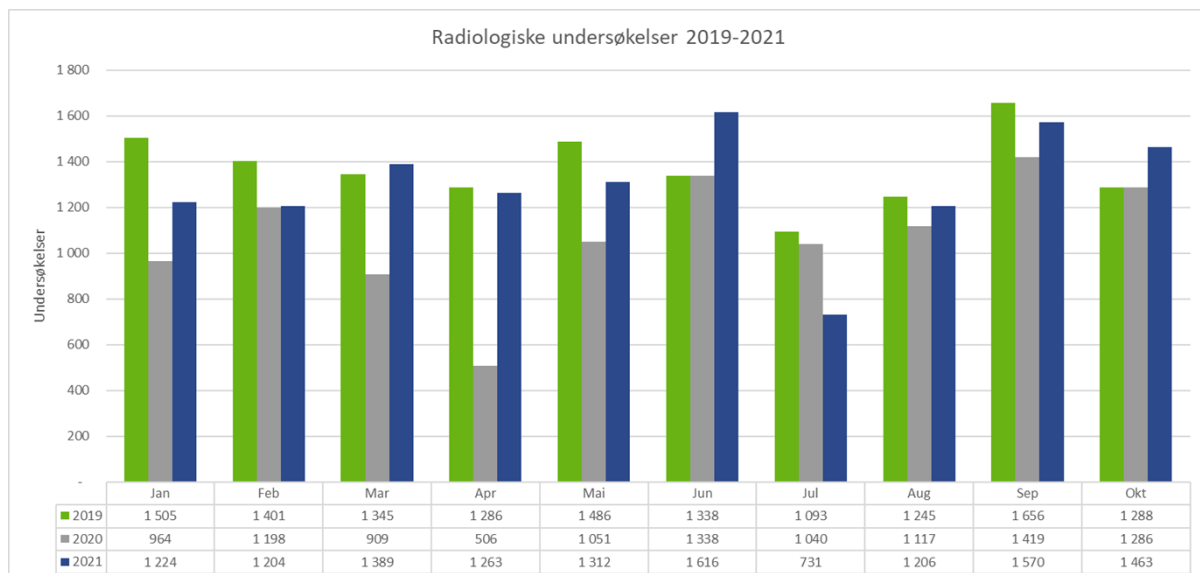
Antall henviste til DKA har økt sammenlignet med 2019 og 2020, flere har fått rett til helsehjelp. Spesielt innen gynekologi er det høy tilstrømming. Innenfor gastrokirurgi har vi hatt i underkant av ønsket henvisningsmengde, og vi har derfor opprettet dialog med Helse Bergen for å tilegne oss flere pasienter.



Figur 14: DRG DKA (Kilde: Rapportcenter Helse Vest RHF)

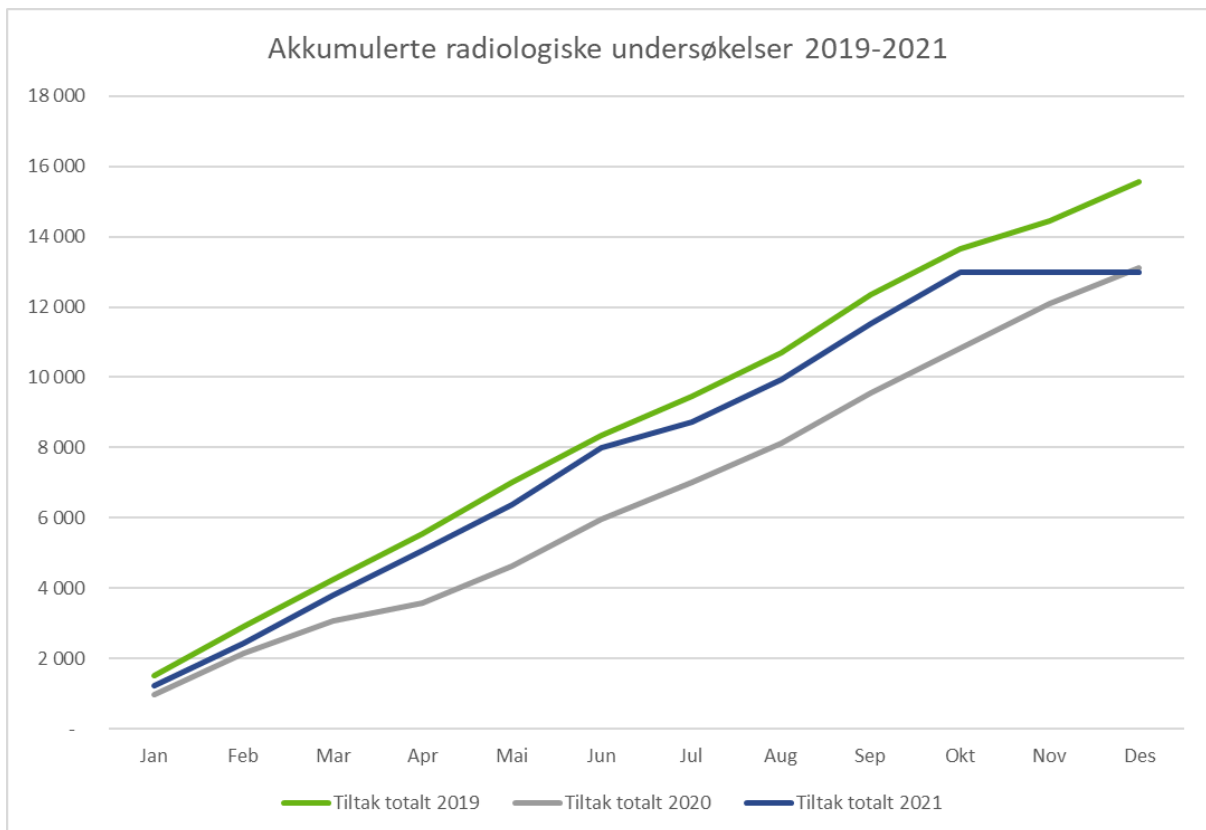
Etter en høy DRG-produksjon i september ser vi en liten nedgang i oktober. Vi er likevel kommet opp i 764 DRG så langt i år. Dette gjør at vi ligger i god rute til å klare årets bestilling på 850 DRG. Trolig vil vi ende på ca. 900 DRG produsert i 2021.

Driftsdata radiologisk avdeling



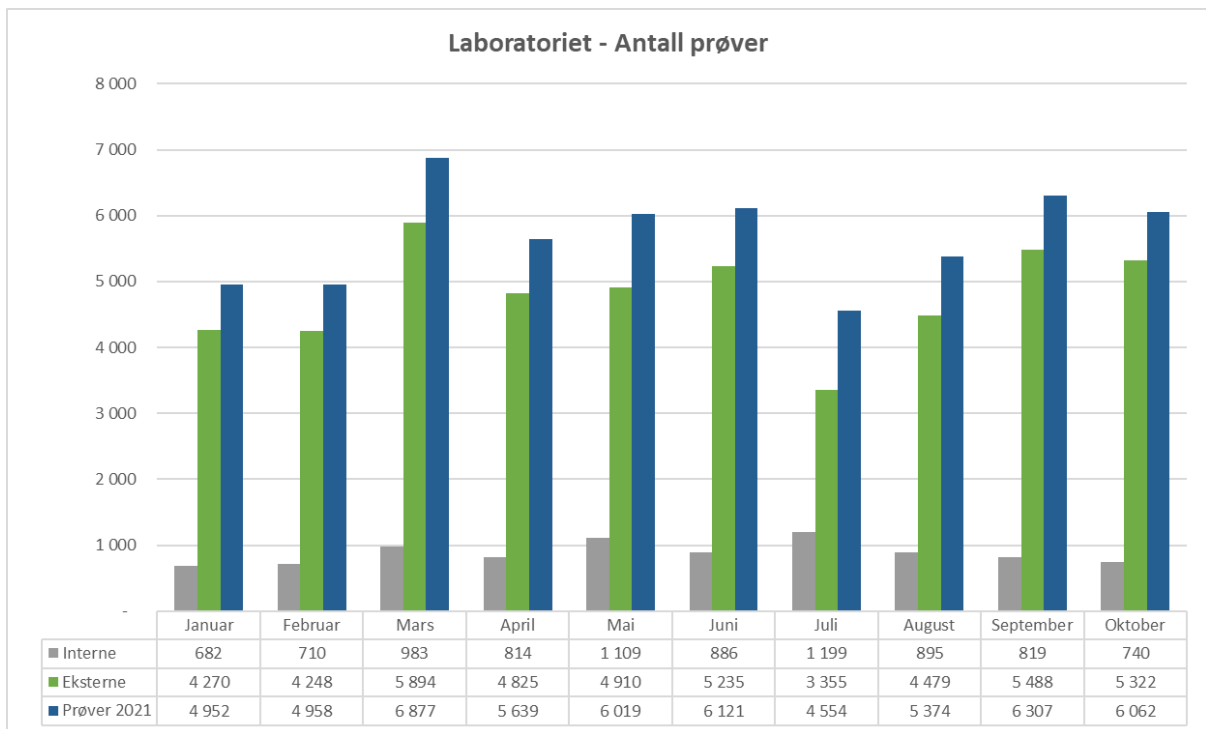
Figur 15: Radiologiske undersøkelser (Kilde: Rapportering fra radiologisk avdeling)

Oktober endte som årets så langt tredje beste produksjonsmåned. Vi ligger noe bak årets bestilling på 17.000 undersøkelser, og vi vil trolig ende et stykke under. Vi har god tilgang på radiologer, og ser derfor på tiltak for å få gjennomført flere undersøkelser som kan beskrives.



Figur 16: Akkumulerte radiologiske undersøkelser (Kilde: Rapportering fra Laboratoriet)

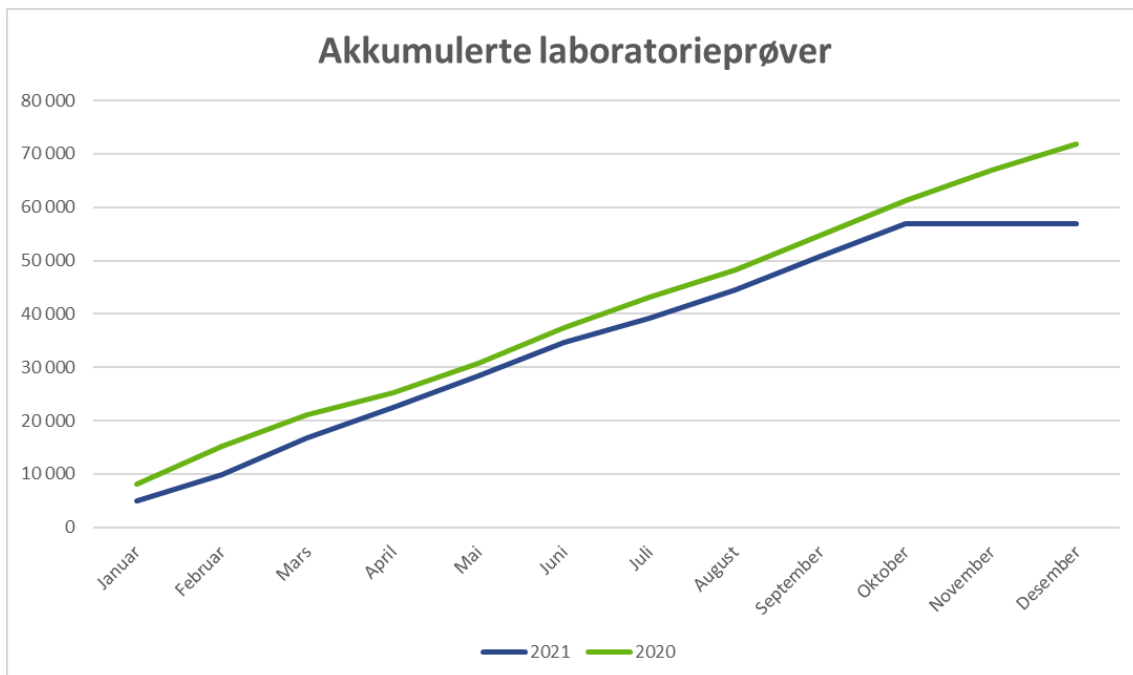
Driftsdata laboratoriet



Figur 17: Laboratorieprøver interne/eksterne (Kilde: Rapportering fra Laboratoriet)

Antall analyser ligger på et stabilt lavt nivå. I tillegg til analysene i oversikten utfører vi prøver på vegne av Helse Bergen. Disse prøvene blir levert på Haukeland universitetssykehus (HUS) og vi får

derfor ikke utslag for prøvene i statistikken. I tillegg startet vi med hjemmeprøvetaking 1. september. Også disse prøvene blir levert for analyse på HUS. Etter oppstart av hjemmeprøvetaking har vi stort sett hatt 2-3 hjemmebesøk pr uke.

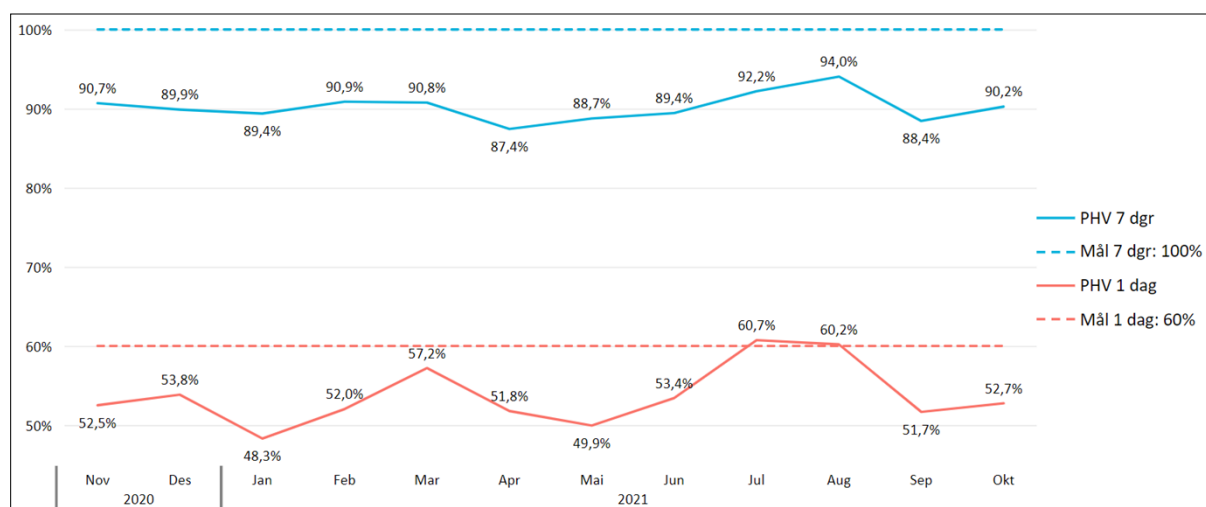


Figur 18: Akkumulerte laboratorieprøver ift fjorår (Kilde: Rapportering fra Laboratoriet)

Laboratoriet har et lavt antall analyser i forhold til bestilling fra Helse Vest. Vi benytter PKO til å reklamere for tilbudet ved Betanien hos fastlegene. I tillegg håper vi at nyoppstartet hjemmeprøvetaking skal bidra til å sikre oss flere analyser på sikt. I påvente av at vi får opp antall analyser benytter vi ressursene våre til å ta blodprøver for Helse Bergen. Dette er tjenester som bidrar godt økonomisk i regnskapet.

2.5 Oppfølging og samhandling

2.5.1 Epikrisetid enhet for psykisk helse



Figur 19: Epikrisetid enhet for psykisk helse (Kilde: Rapportsenter Helse Vest RHF)

Vedrørende epikrise innen 7 døgn:

Det er jobbet med rutiner som skulle ivareta dette. Her kommer utfordringer knyttet til organisasjon/REC koder inn og forstyrrer tallene, særlig knyttet til Psykosepoliklinikk/FACT-team som får feile tall som virker inn på totalen.

Vedrørende epikrise innen 1 døgn:

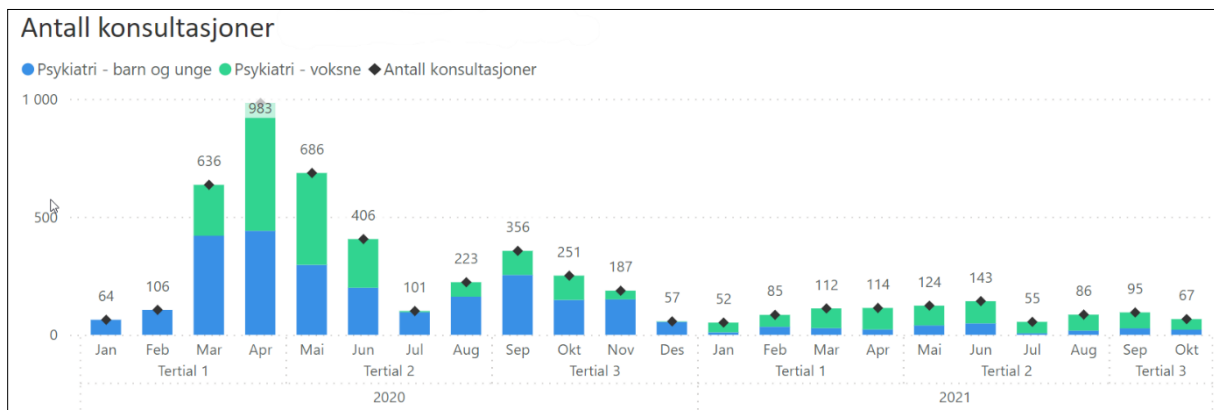
Våre tall fra DIPS viser at vi er innenfor epikrisekravene. Det er igangsatt avklaringsmøter med Helse Vest vedrørende ev organisatoriske forhold som kan gi feil og noe kan skyldes ulik dato for uttak av tall som justeres hele tiden.

2.5.2 Epikrisetid enhet for somatisk helse

Ikke aktuelt da vi ikke opererer med epikriser. På dagkirurgisk avdeling skrives det operasjonsbeskrivelser på alle opererte eller polikliniske notat på alle polikliniske pasienter. Innenfor radiologien skriver legene beskrivelser av alle røntgenbilder, men altså ikke epikriser.

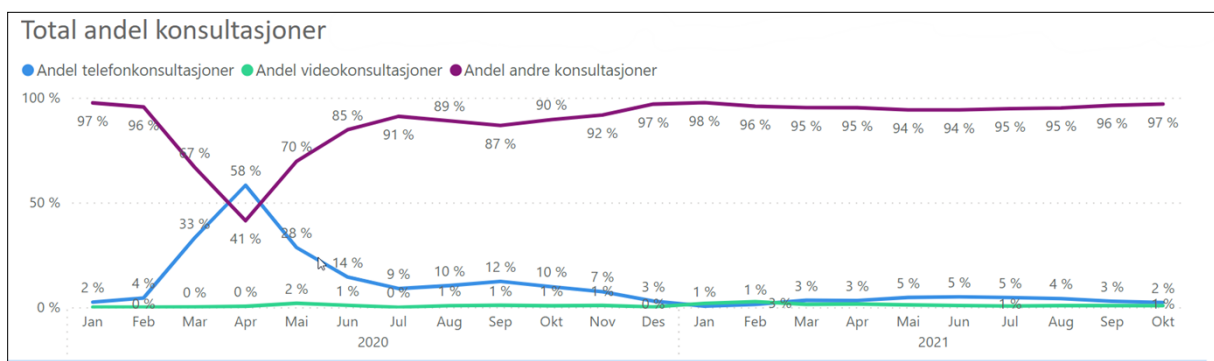
2.6 Behandlingsresultat og kvalitetsmål

Telefon- og videokonsultasjon



Figur 20: Antall konsultasjoner telefon/video (Kilde: Rapportcenter Helse Vest RHF)

Vi ligger p.t. for lavt på bruk av videokonsultasjoner. Pasienter har ønsket fysisk oppmøte i stor grad ved nedtrapping av covid-tiltak. Det har vært jobbet med økt kompetanse knyttet til egnet og differensiert bruk av digitale verktøy og skal jobbes videre med utvikling av digitale tilbud.



Figur 21: Andel konsultasjoner telefon/video (Kilde: Rapportcenter Helse Vest RHF)

3 Personell

3.1 Bemanning

Samlet for sykehuset er bemanningen gjennom året svært stabil. Den er også stabil sammenlignet med de to tidligere år. For 2021 ligger den totale årsverksbemanningen på ca. 200.

I ferieavviklingsperioden øker forbruket noe i forbindelse med inntak av ferievikarer. Noe av økningen i denne perioden henger også sammen med noe høyere sykefravær i denne perioden.

Oversikt over årsverksforbruk hittil i år samlet og for de ulike avdelingene er som følger:

Avdeling	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober
Adm.	15,03	15,38	15,38	14,58	14,58	14,78	15,04	13,35	14,04	14,04
Psykatri adm.	12,20	12,20	12,20	11,80	12,80	12,80	12,80	14,80	14,40	13,40
Psykoepoliklinikk	9,70	11,34	11,30	11,30	11,82	12,00	12,04	11,74	11,94	10,93
Allemenpsykitrisk poliklinikk	31,50	30,50	30,50	31,50	30,50	30,50	30,50	30,50	29,30	28,30
Psykoese døgntbehandling	26,94	21,43	22,37	22,22	23,22	28,34	30,34	31,18	24,33	23,45
Allemenpsykiatrisk døgntbehandling	30,01	30,01	30,51	30,01	31,01	30,88	29,88	28,70	30,06	28,44
Enhet for psykisk helse	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
BUP	24,10	24,20	23,40	23,40	20,25	21,70	22,70	24,70	24,90	23,00
Prosj. Unge overgripere	0,00	0,00	0,90	1,20	0,90	1,20	1,20	0,30	0,30	0,90
Unge overgripere (v27)	1,50	1,50	2,60	2,20	2,60	2,20	2,50	1,50	1,00	2,00
Dagkirurgisk avdeling	18,28	18,98	19,30	18,78	17,63	16,83	16,78	20,78	23,08	23,28
Laboratoriet	4,63	4,63	4,63	4,63	4,63	4,63	4,63	4,63	4,63	4,63
Røntgenavdeling	15,10	16,10	16,10	16,10	15,60	15,40	15,40	15,40	15,40	14,80
Somatikk adm.	8,70	8,80	9,10	8,80	8,40	9,50	9,50	9,00	9,00	9,00
Enhet for somatikk	1,00	1,00	1,00	1,80	1,80	1,00	1,80	1,80	1,00	1,00
Totalt faste + midl.	199,69	197,06	200,29	199,32	196,74	202,76	206,11	209,38	204,37	198,16

Enhet for psykisk helse

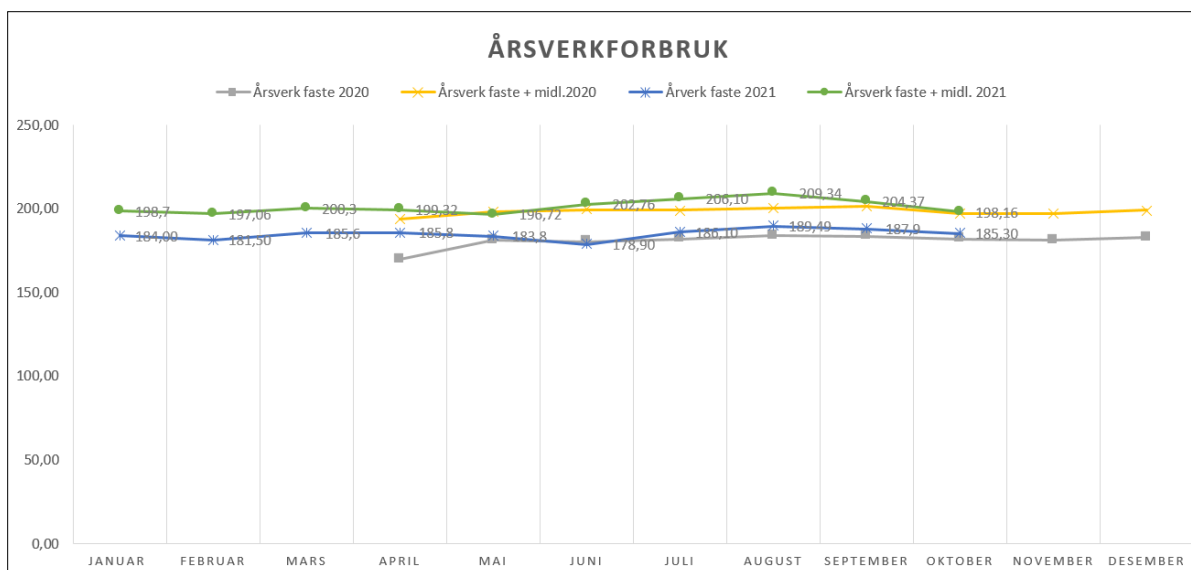
Som styret tidligere har vedtatt styrkes enhet for psykisk helse med tre behandlerstillinger. Disse stillingene er enten besatt eller i prosess for ansettelse. Avdeling kontortjeneste har også inntil videre blitt styrket noe. Ved senere ledighet, skal sistnevnte tas ned igjen. I allmenpsykiatrisk poliklinikk har tre behandlere sagt opp med oppsigelsestid ved nyttår, og det pågår for tiden nyansettelser i stillingene.

Enhet for somatisk helse

I enhet for somatisk helse er endringene hovedsakelig knyttet rekruttering av flere leger og sykepleiere på dagkirurgisk avdeling. Endringen henger sammen med den planlagte økte aktiviteten i avdelingen.

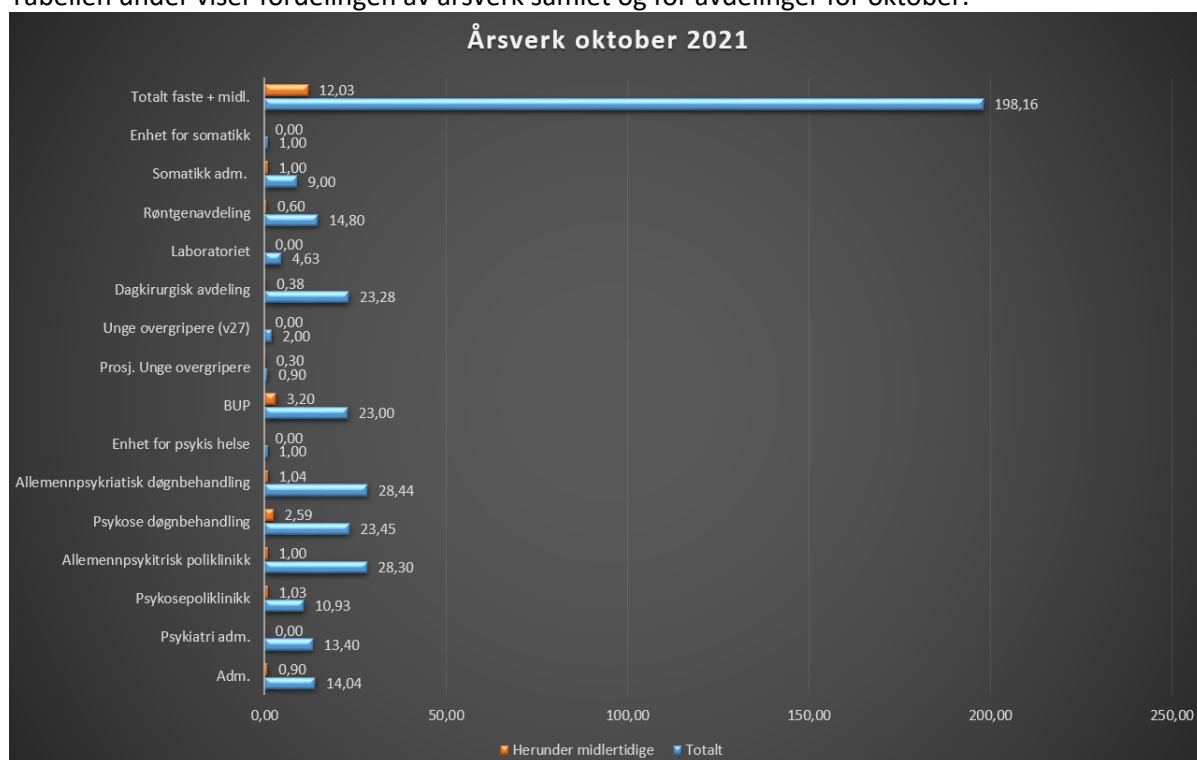
Stab

I stab har det ikke vært store bemanningsmessige endringer gjennom året. Variasjonene gjennom året er i hovedsak knyttet til bemanning på renhold. Her er det gjort en mindre endring knyttet til at timebasert ressursbruk, vil bli erstattet med fast ansatte renholdere. Stillingen som fag- og forskningsleder er utlyst på ny, og vil ved rekruttering innebære en økning i bemanningen.



Figur 22: Årsverk (Kilde: Gat)

Tabellen under viser fordelingen av årsverk samlet og for avdelinger for oktober.

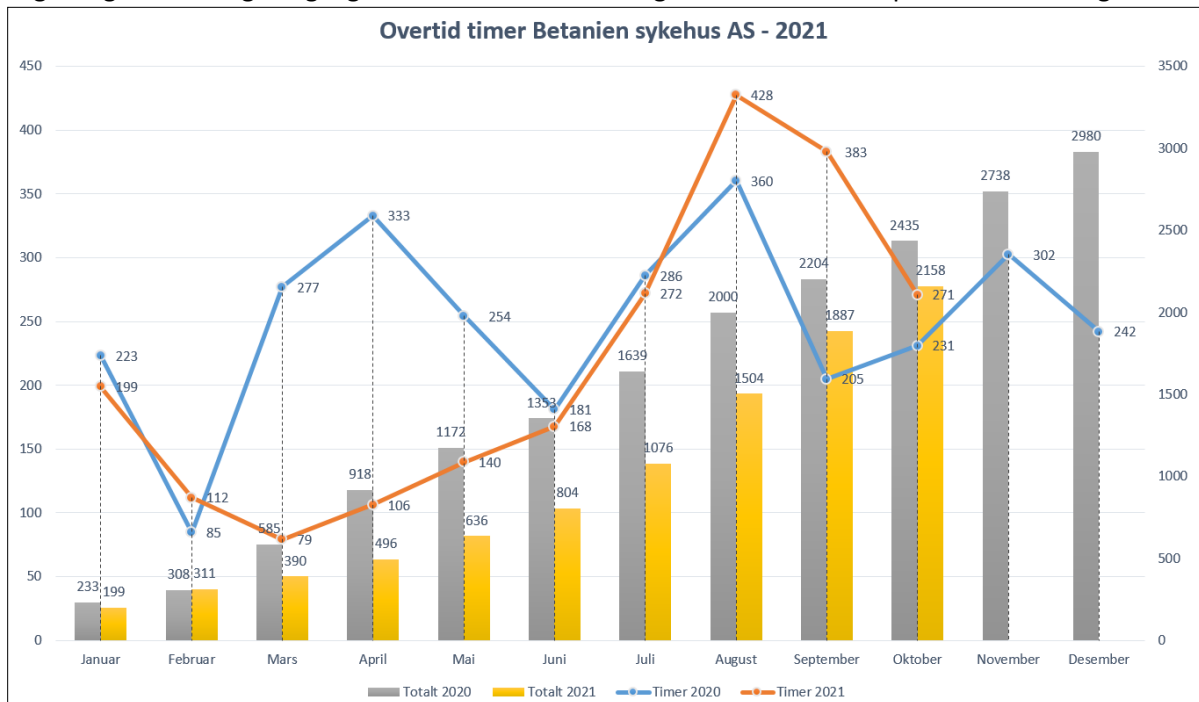


Figur 23: Bemanning pr avdeling (Kilde: Gat)

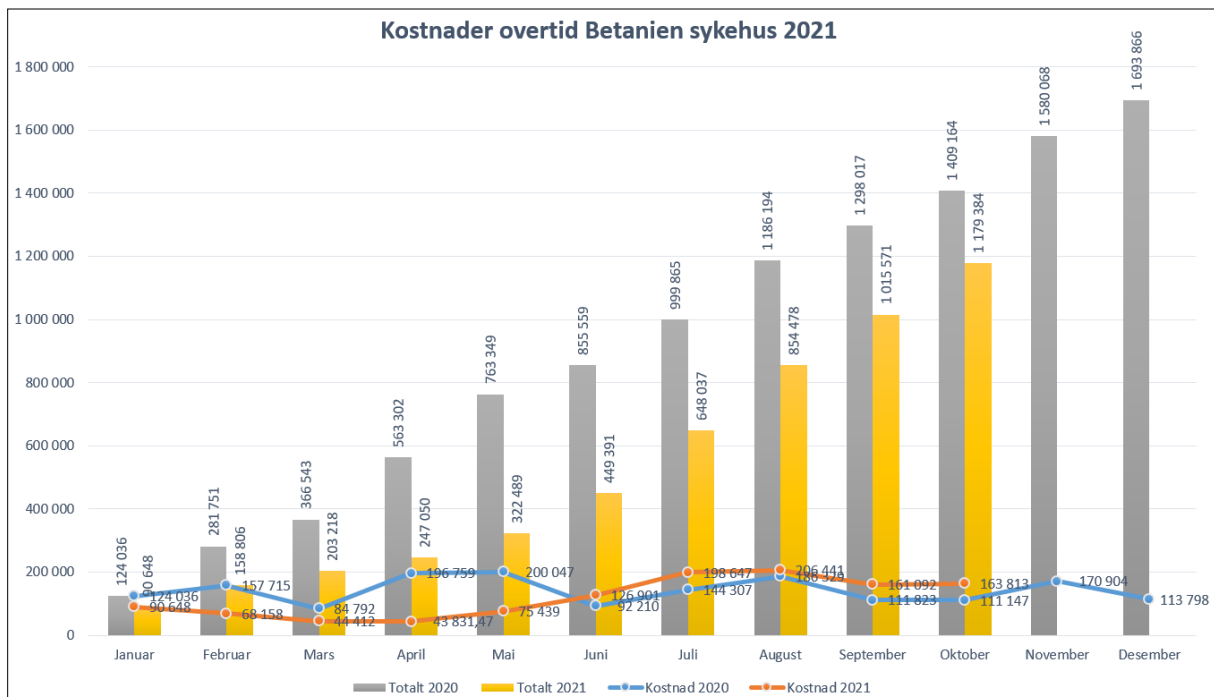
3.2 Overtid

Det totale overtidsforbruket i 2021 ligger lavere enn i 2020. Det høye overtidforbruket i 2020, kan i hovedsak tilskrives Covid-19. Overtidforbruket øker alltid i ferieavviklingsperioden. For sengepostene henger dette sammen med sårbarheten ved sykefravær under ferieavviklingen. Ved fravær må det dekkes opp med fagpersonell, og det må innkalles ansatte som utløser overtid. For sengepostene har dette medført 48 AML-brudd i juli (av totalt 53), og 39 AML brudd i august (av totalt 44). AML-bruddene er i hovedsak knyttet til samlet tid pr. dag, søndager på rad og ukentlig arbeidsfri. Ellers i løpet av året ligger AML-bruddene på et snitt 12-14 i måneden.

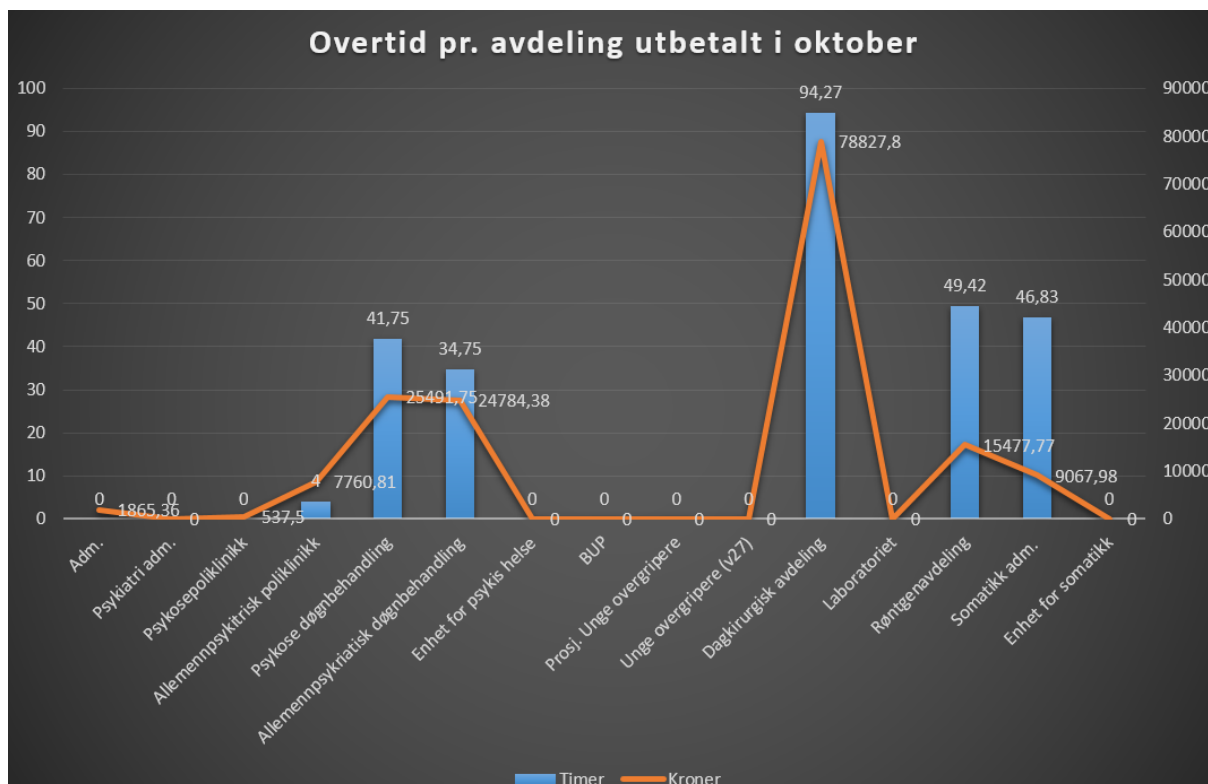
Som det kommenteres under «Fravær», ble en del ansatte syke i ferien. Dette gjaldt særlig dagkirurgisk avdeling. Følgelig ser kan det ses en økning i overtidforbruket på denne avdelingen.



Figur 24: Overtidstimer (Kilde: Gat)



Figur 25: Overtidskostnader (Kilde: Gat)



Figur 26: Overtid pr avdeling (Kilde: Gat)

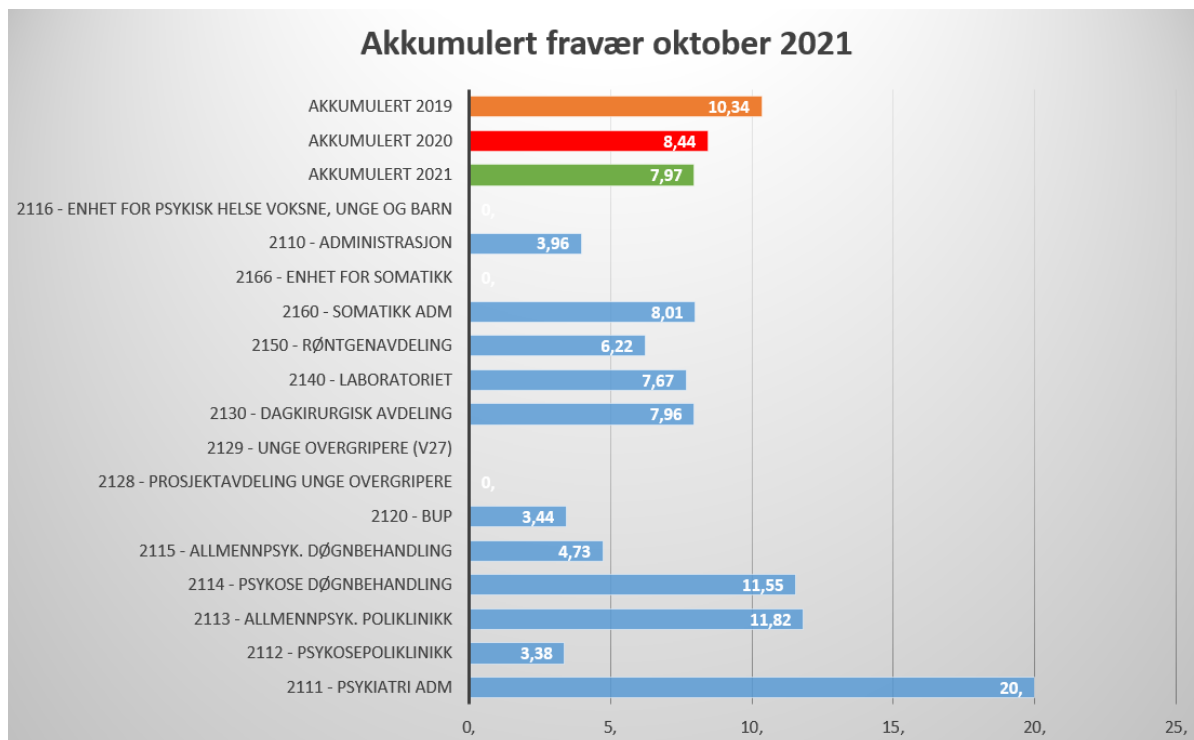
3.3 Fravær

Sykehuset satte seg mål om å redusere fraværet i 2021 med 10 % i hver enkelt avdeling. Med et akkumulert fravær på 7,97 %, foreligger det så langt en samlet reduksjon på 5,6 % for sykehuset. Dersom Covid-19 fraværet trekkes fra blir reduksjonen 6,2 %. På et overordnet nivå ser det således ikke ut som at målet innfris.

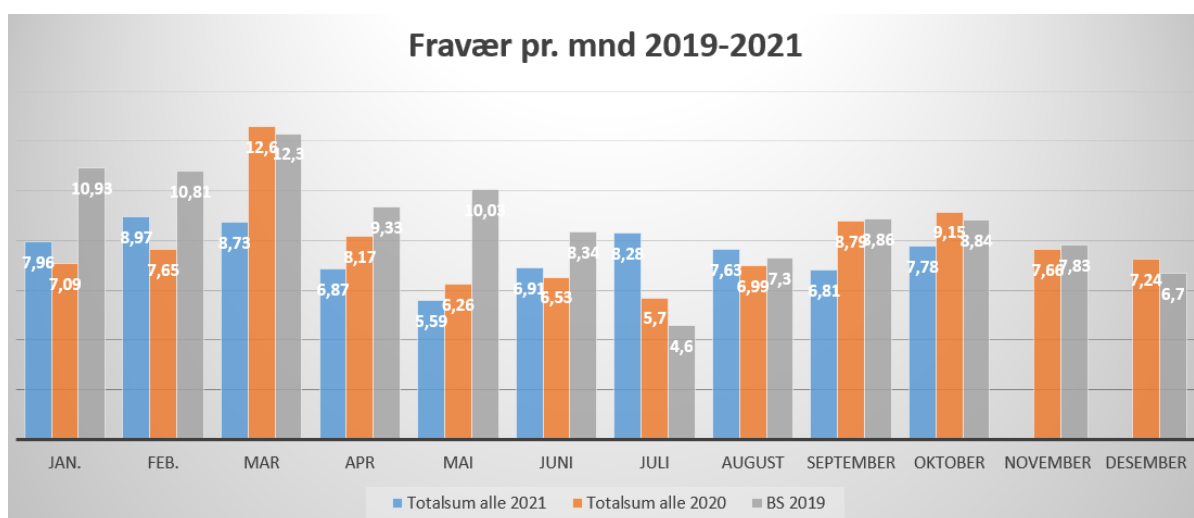
Endringer i fravær pr. avdeling sammenlignet med fjoråret er som følger:

Avdeling	2020	2021	Diff.	Endring
2111 - Psykiatri adm	16,86 %	20,00 %	3,14 %	18,62 %
2112 - Psykosepoliklinikk	6,23 %	3,38 %	-2,85 %	-45,75 %
2113 - Allmennpsyk. poliklinikk	9,82 %	11,82 %	2,00 %	20,37 %
2114 - Psykose døgntilbeding	10,97 %	11,55 %	0,58 %	5,29 %
2115 - Allmennpsyk. døgntilbeding	6,31 %	4,73 %	-1,58 %	-25,04 %
2120 - BUP	4,30 %	3,44 %	-0,86 %	-20,00 %
2128 - Prosjektavdeling Unge overgripere	4,77 %	0,00 %	-4,77 %	-100,00 %
2129 - Unge overgripere (V27)	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
2130 - Dagkirurgisk avdeling	11,62 %	7,96 %	-3,66 %	-31,50 %
2140 - Laboratoriet	4,25 %	7,67 %	3,42 %	80,47 %
2150 - Røntgenavdeling	5,89 %	6,22 %	0,33 %	5,60 %
2160 - Somatikk adm	19,08 %	8,01 %	-11,07 %	-58,02 %
2166 - Enhet for somatikk	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
2110 - Administrasjon	5,75 %	3,96 %	-1,79 %	-31,13 %
2116 - Enhet for psykisk helse voksne, unge og barn	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
Samlet pr. oktober	8,44 %	7,97 %	-0,47 %	-5,57 %

Som det fremgår av ovennevnte ser det ut til at 7 av 15 avdelinger innen året kan oppnå målet om reduksjon av fraværet på mer enn 10 %. I tillegg har tre avdelinger ikke registrert noe fravær i verken i 2020 eller 2021. De øvrige 6 avdelingene har hatt en økning i fraværet sammenlignet med i fjor.



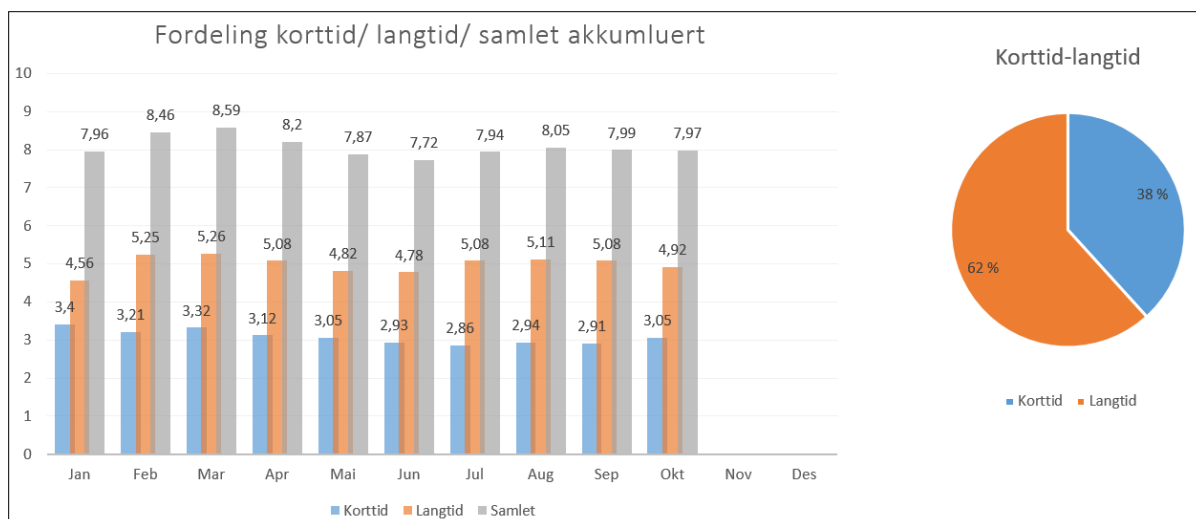
Figur 27: Akkumulert fravær pr avdeling (Kilde: Gat)



Figur 28: Trend fravær pr. måned (Kilde: Gat)

Som det fremgår av ovenstående oversikt har fraværet i inneværende år holdt seg relativt stabilt mellom 7,5 % og 9 %, og at det samlet ligger noe lavere enn for samme tid i fjor.

Spesielt av året er det høye fraværet i ferieavviklingsperioden. Normalt går fraværet i dette tidsrom ned, da langtidssykemeldte ofte tar ut ferie og slik at makstid forskyves i tid. I år var det flere ansatte som ble syk i selve ferien. Tidligere har vi opplevd en markant nedgang i dette tidsrommet, noe som har gitt et bedre akkumulert grunnlag inn i høstmånedene. Dette har ikke vært tilfelle i år. Nedgangen i fraværet i september og oktober retter likevel noe på dette.



Figur 29: Fravær kort/lang tid (Kilde: Gat)

Etter Covid-19 oppstod i 2020, opplevde vi en økning i korttidsfraværet sammenlignet med andelen langtidsfravær. Dette har i 2021 gradvis blitt utjevnet slik at korttidsfraværet nå er mer likt fordelingen vi hadde før Covid-19. Samlet sett utgjør ikke Covid-19 fraværet en stor andel av korttidsfraværet. Hittil i år er det registrert 154 fraværs dagsverk knyttet Covid-19. Samme tall for oktober i 2020 var 578.

Når det gjelder tiltak for å redusere fraværet har det i høst blitt gjennomført et kurs i samarbeid med NAVs arbeidslivssenter hvor ledere, tillitsvalgte og verneombud har deltatt. Målene for kurset har vært at nevnte grupper skulle få et felles kunnskapsgrunnlag knyttet til rettigheter og plikter knyttet til sykefravær, og hvordan forebygge samt redusere dette. I tillegg ble det rettet oppmerksomhet på hvordan trepartssamarbeidet kan bidra til å styrke dette arbeidet.

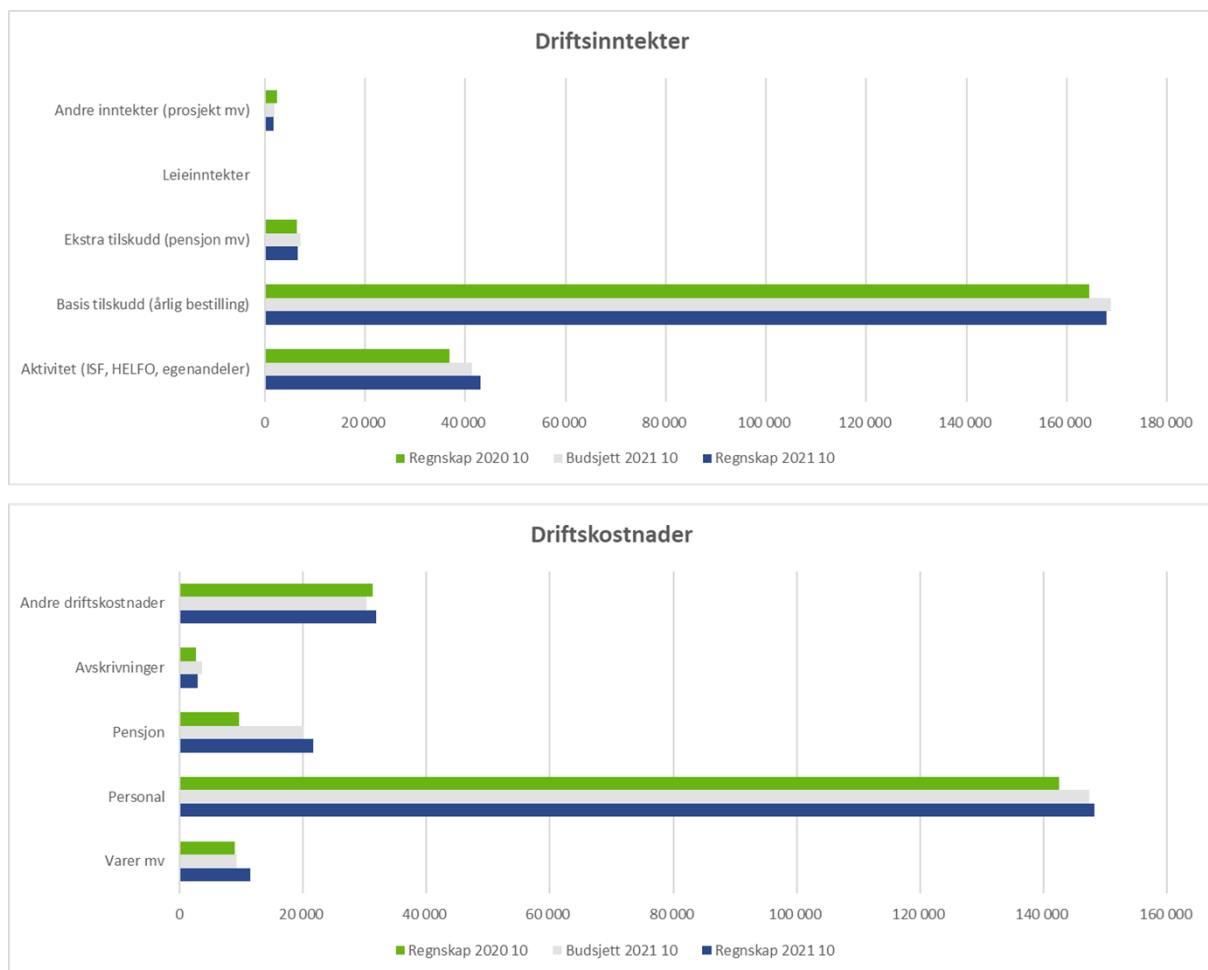
Det planlegges videre samarbeid med NAVs arbeidslivssenter for å fortsatt bistå de avdelingene som sliter med høyest fravær.

4 Økonomi

4.1 Regnskap og budsjett

Betanien sykehus AS - 2021	Mot budsjett			Mot forrige år			Hele året	
	Regnskap 2021 10	Budsjett 2021 10	Avvik	Regnskap 2021 10	Regnskap 2020 10	Avvik	Årsbudsjett 2021	Årsregnskap 2020
RESULTAT I 1 000 R								
Inntekter								
Aktivitet (ISF, HELFO, egenandeler)	43 125	41 364	1 761	43 125	36 908	6 217	49 691	44 932
Basis tilskudd (årlig bestilling)	167 956	168 756	-800	167 956	164 502	3 454	202 508	197 402
Ekstra tilskudd (pensjon mv)	6 548	7 160	-612	6 548	6 347	201	7 972	11 903
Leieinntekter	20	33	-13	20	0	20	40	40
Andre inntekter (prosjekt mv)	1 751	1 967	-216	1 751	2 416	-665	2 360	5 189
Sum inntekter	219 400	219 280	120	219 400	210 173	9 227	262 571	259 466
Kostnader								
Varer mv	11 415	9 216	2 199	11 415	8 963	2 452	11 059	11 810
Personal	148 208	147 342	866	148 208	142 475	5 733	180 247	174 199
Pensjon	21 646	20 173	1 473	21 646	9 699	11 947	24 277	14 382
Avskrivninger	2 948	3 677	-729	2 948	2 733	215	4 413	3 383
Andre driftskostnader	31 829	30 334	1 495	31 829	31 265	564	36 401	40 295
Sum kostnader	216 046	210 742	5 304	216 046	195 135	20 911	256 397	244 069
Driftsresultat	3 354	8 538	-5 184	3 354	15 038	-11 684	6 174	15 397

Figur 30: Økonomi tabell (Kilde: Uni Micro)



Figur 31: Driftsinntekter/driftskostnader (Kilde: Uni Micro).

Inntekter

Vi har pr. oktober aktivitetsbaserte inntekter på 43,1 millioner kroner, noe som er 1,8 millioner kroner høyere enn budsjettet. Ca. 1 million kroner av dette stammer fra dagkirurgisk avdeling.

Avviket på basistilskudd skyldes at det i budsjettet ikke var tatt høyde for en 0,5 % effektiviseringsforventning i bestillingen fra oppdragsgiver.

På posten ekstra tilskudd er det også et negativt avvik i forhold til budsjett, dette vil utlignes i november da vi vil fakturere oppdragsgiver for bestilling av ekstra konsultasjoner på BUP og VOP.

Kostnader

På kostnadssiden har vi brukt 2,2 millioner kroner mer enn budsjettet på posten Varer. Dette stammer i stor grad fra innkjøp av utstyr til DKA hvor det etter ombygging blir flere operasjonssaler.

Kjøp av offentlige og private helsetjenester ligger også under posten Varer, og også her er det brukt godt over budsjett.

Lønnskostnadene treffer ganske så bra i forhold til budsjett med et avvik på rundt 0,6 %.

Pensjonskostnader er avregnet i forhold til siste estimater og ligger litt høyere enn budsjettet.

Avskrivninger er lavere enn budsjettet, noe som skyldes at disse er budsjettet jevnt utover hele året, mens avskrivningskostnader for ombygging av DKA først vil slå inn når byggeprosjektet er ferdigstilt. Forsinkelser i byggeprosjektet gjør at avskrivninger her ikke starter før til neste år.

Posten Andre driftskostnader har et merforbruk i forhold til budsjett på 1,5 millioner kroner. Dette stammer i stor grad fra økte IKT-kostnader, både innkjøp og driftskostnader. SLA-avtalen med Helse Vest IKT har økt kraftig fra tidligere år, samt at det er foretatt en oppgradering av AV-utstyr på en rekke møterom.

4.2 Uforutsette og ekstraordinære hendelser

Covid-19

Fraværskode	Sum dagsverk
116 Syk med sykemelding, KORONA	31
206 Sykt barn/barnepasser syk, KORONA	16
208 Stengt barnehage/ skole, KORONA.	4
504 Hjemmekarantene Koronavirus	67
505 Hjemmekarantene Koronavirus	36
515 Korona, kommet fra utlandet	0
516 Korona, testet før start jobb	0
Sum	154

Fraværskode	Sum tilfeller
116 Syk med sykemelding, KORONA	11
206 Sykt barn/barnepasser syk, KORONA	9
208 Stengt barnehage/ skole, KORONA.	5
504 Hjemmekarantene Koronavirus	54
505 Hjemmekarantene Koronavirus	37
515 Korona, kommet fra utlandet	0
516 Korona, testet før start jobb	4
Sum	120

Figur 32: Covid-19 relatert fravær (Kilde: GAT)

4.3 Utsikter resten av året

Totalt sett ligger sykehuset nå bak vårt budsjetterte resultat og det har blitt noe svakere de siste par månedene.

De vesentligste forholdene som har medvirket til en negativ utvikling i forhold til budsjett siste måneden er:

- Det er foretatt en avregning av pensjonskostnader der disse er justert opp (ca. 2 millioner kroner)
- Årets lønnsoppgjør er blitt dyrere enn budsjettet (ca. 1 million kroner)

Helse Vest RHF har bestilt 850 ekstra konsultasjoner fra BUP og VOP som ikke er dekket inn i basistilskuddet, disse vil derfor bli fakturert ekstra. Pr. oktober har vi ikke fakturert noen av disse konsultasjonene og inntektene fra dem vil derfor komme på årets to siste måneder, de vil da bli et positivt avvik i forhold til budsjett for disse månedene.

Sak 34.1-2021 – Kvalitetsrapport 3. kvartal 2021

Formål:

Å informere styret om arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet i Betanien sykehus, samt rapportere på avviks-, tilsyns- og klagesaker for perioden januar-september 2021. Rapporten må sees i sammenheng med Virksomhetsrapporten.

Bakgrunn:

Et av hovedmålene i bestilling 2021 er bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Ved å lage en struktur og gode arenaer for oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet vil vi kunne bruke de verktøy vi har for å sikre at vi forbedrer oss der det er nødvendig. Verktøyene vi bruker er ikke nyttig dersom vi ikke gir god nok opplæring til ledere og øvrige ansatte. Arbeidet med kvalitetsforbedring må foregå på avdelingsnivå, og være godt forankret i toppledelsen ved sykehuset. Det er planlagt opplegg for veiledning/støtte i arbeid med forbedringsprosjekt.

Sykehuset vil i 2022 ha fokus på:

1. Meldekultur
2. Vold og trusler
3. Legemiddelhåndtering
4. Pandemi Covid-19a

Medbestemmelse:

Det er av alles interesse å bli informert om og delta i kvalitetsarbeid. Nærværsgupper i avdelingen er leders hjelp til å drive forbedringsarbeid. Alle ansatte har et ansvar og må delta i arbeidet med kvalitetsforbedring.

Verdier:

Bygger opp om Stiftelsen Betanien og Betanien sykehus sine verdier.

Forslag til vedtak:

1. Styret tar informasjon til orientering.
2. Styret støtter opp om fokusområdene sykehuset har valgt for 2022.

Vedlegg:

1. Kvalitetsrapportering, avvik, tilsyn, klagesaker og revisjoner til og med september 2021
2. Presentasjon kvalitetsrapport 3. kvartal 2021

Saksbehandler: Nina M. Heggøy kvalitetsrådgiver og Eli Julseth Birkhaug, direktør

Ansvarlig: Eli Julseth Birkhaug, direktør

Kvalitetsrapport 3. kvartal 2021



Innhold

Nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen	3
Kvalitet og pasientsikkerhet	3
Struktur og rammer for kvalitetsarbeid	3
Fokusområder i 2021	3
Enhet for somatisk helse	4
Tilsyn og klager Statsforvalteren i Vestland pr. september 21	4
Radiologisk av deling og laboratorieavdeling:	4
Dagkirurgisk avdeling:	4
Tiltak:	4
Enhet for psykisk helse	4
Tilsyn og klager Statsforvalteren i Vestland pr. september 2021	4
Tiltak:	4
NPE-saker	4
Tiltak:	4
Alvorlige hendelser	4
Tiltak:	4
Andre tilsyn/revisjoner	5
Tiltak:	5
Avvik og avvikshåndtering	5
Kommentar:	5
Tiltak:	5
Oversikt over hendelser :	6
Pasienthendelser	6
HMS-hendelser	6
Driftshendelser, informasjonssikkerhet og personvern, og grønn stiftelse	6
Oppsummering avvik	6
Smittevern	6
Legemiddelhåndtering	7
Samhandling	7
Sykehusdirektørs oppsummering	7

Nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen

Betanien sykehus jobber systematisk med å oppfylle krav i *Forskrift for ledelse- og kvalitetsforbedring*. Denne rapporten må sees i sammenheng med virksomhetsrapport for Betanien sykehus AS.

Kvalitet og pasientsikkerhet

Bestillingen fra Helse Vest inneholder utallige nøkkelindikatorer for sykehusets arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Det har vært sykehusets mål å sette lederne i stand til å jobbe med strukturert kvalitetsforbedring gjennom å først gi teoretisk kunnskap og videre å opplæring i bruk av metodikken. Ledere i sykehuset har fått opplæring i forskrift for *ledelse og kvalitetsforbedring*. Sommeren 2021 gjennomførte vi siste samling i teoretisk og praktisk bruk av forskrift og verktøy, der lederne har gjennomført eget forbedringsprosjekt. Innspill i evaluering etter siste kurs ble brukt i planlegging av oppfølgingsstøtte i videre arbeid med nye forbedringsprosjekt.

Praktisk kunnskap skaper ingen kvalitetsforbedring i seg selv. Lederne i sykehuset vil gjennom arbeid med kvalitetsforbedringsprosjekt måtte anvende teori i praksis. Lederne vil måtte vise til resultat av forbedringsarbeidet.

Struktur og rammer for kvalitetsarbeid

- **Systematisk opplæring i bruk av kvalitets- og avvikssystem Netpower**
- **Lederopplæring:** Kvalitetsforbedring, tilbud om veiledning i forbedringsarbeid. Plan for felles lederopplæring i Stiftelsen Betanien
- **Forbedringsundersøkelse og handlingsplan:** Nærværsgupper
- **Helse-, miljø og sikkerhet (HMS) og vernerunde:** Forbedringsundersøkelse og handlingsplaner
- **Kvalitet og pasientsikkerhetsutvalg (KPU):** Enhet for somatisk helse og enhet for psykisk helse. Gjennomgang av alle klagesaker og tilsynssaker. Møtet er også brukt til refleksjon rundt vanskelige saker.
- **Læringsmøter etter alvorlige hendelser:** Gjennomgang med de som har stått i saken, i tillegg til andre ansatte. Dele erfaring på tvers av avdelingene og med DPS ledernetverk. Læringsmøter på tvers av foretak og etater.
- **Pasientsikkerhetsvisitt:** gjennomføres annethvert år i hver avdeling. Ledes av sykehusdirektør. Følger oppsett fra pasientsikkerhetsprogram.
- **Ledermøter:** tematisere vanskelige saker.
- **Personal- og driftsmøte:** gjennomgang av avvik og forbedringsområder.
- **Risiko og sårbarhetsanalyse (ROS):** analyse av trussel og voldsproblematikk (lovpålagt).
- **Internrevisjon:** 4 planlagte pr. år
- **Krav om at ledere gjennomfører kvalitetsforbedringsprosjekt innen sommeren 2022.**
- **Rapport** på faktisk forbedring.
- Oppfølging av **kvalitetsindikatorer**.

Fokusområder i 2021

- Meldekultur
- Vold og trusler
- Legemidler
- Pandemi Covid-19

Enhet for somatisk helse

Tilsyn og klager Statsforvalteren i Vestland pr. september 21.

Radiologisk avdeling og laboratorieavdeling:

- Ingen klager, NPE saker eller alvorlige hendelser pr. september 2021

Dagkirurgisk avdeling:

- En alvorlig hendelse der det er opprettet tilsyn, to NPE saker og en klage.

Tiltak:

- Systematisk og grundig analyse av hendelser
- Involvere ansatte i tilsyn
- Gjennomgang av rapport med ledere og ansatte
- Forbedre rutiner/prosedyrer
- Gjennomgang i kvalitet og pasientsikkerhetsutvalg (KPU)
- Fokus i personal og driftsmøter og læring på tvers

Enhet for psykisk helse

Tilsyn og klager Statsforvalteren i Vestland pr. september 2021

Det har vært en klagesak i BUP og ti saker i DPS der seks omhandler klage på tvangsmedisinering. I en klagesaker vedrørende tvangsmedisinering har pasienten fått medhold. Det er opprettet tilsyn i en av sakene.

Tiltak:

- Klager gjennomgås og følges opp i avdelingen klagen mottas. Er saken aktuell for andre, tas den opp i læringsmøter på avdelingen og i DPS ledernetverk (Helse Bergen og de private ideelle)
- Presentasjon i KPU
- Oppfølging pasientsikkerhetsvisitt med forbedringsprosjekt

NPE-saker

Pr. september er tre saker oversendt fra NPE til enhet for psykisk helse. To saker omhandler behandling mottatt hos oss. I en sak ber NPE om informasjon om pasient behandlet i et annet sykehus.

Tiltak:

- Grundig analyse ved uønskede hendelser. Forebygging, fokus på avvik og håndtering av disse.

Alvorlige hendelser

Pr. september 2021 er det:

- ingen alvorlige hendelser i enhet for psykisk helse
- En alvorlig hendelse i enhet for somatisk helse. Tilsynssak er opprettet.

Tiltak:

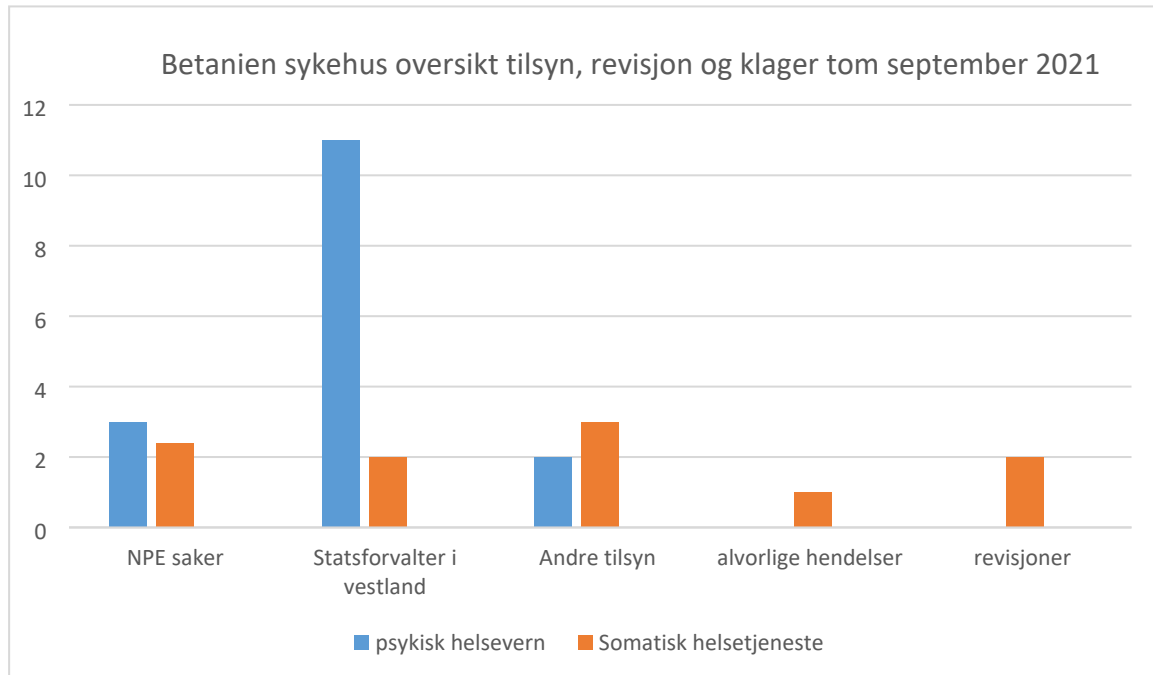
Gjennomgang i avdeling med de involverte. Debriefing og oppfølging i avdeling etter hendelsen. Flere oppfølgingsmøter i forbindelse med tilsynssak. Læringsmøte for ansatte. Presentasjon i KPU.

Andre tilsyn/revisjoner

- Statsforvalteren i Vestland: Landsomfattende tilsyn BUP, selvrapportering. Frist: medio august
- Bergen Brannvesen: Tilsyn brann 3 bygg. Frist: 06.06.21
- Statsforvalteren i Vestland: Tilsyn saksbehandling i saker om tvangsmedisinering. Frist: 15.05.21

Tiltak:

- Involvere ansatte i tilsyn
- Gjennomgang rapport med ledere og ansatte
- Forbedring av rutiner der det er et behov



Avvik og avvikshåndtering

I perioden januar-september 2021 er det registrert totalt 230 hendelser i avvikssystemet Netpower. 63 hendelser (avvik og forbedringsforslag) er registrert i 3. kvartal. Ni av de 63 er registrert med høy alvorlighetsgrad/risiko, hvorav seks er pasienthendelser, to HMS og en driftshendelse.

Kommentar:

De fleste avvik registreres med lav til middels risiko og et mindretall er fortsatt under behandling. Registrerte avvik med høy risiko følges med tiltak og oppgaver.

Tiltak:

- Gjennomgang av avvik i ledermøter
- Gjennomgang av avvik avdelingsvis
- Læring på tvers
- Forbedringsprosjekt

Oversikt over hendelser :

Antall registrerte hendelser totalt fordelt på kategorier/år	2018 Januar - desember	2019 Januar - desember	2020 Januar - desember	2021 1.kvartal	2021 2. kvartal	2021 3. kvartal	2021 4. kvartal
Totalt (SBB)BS	(939)139	(714) 230	(618) 157	64	103	63	
Pasient hendelser	96	108	75	21	42	24	
HMS hendelser	10	80	48	16	28	16	
Drift hendelser	28	32	34	13	20	13	
Informasjonssikkerhet og personvern				7	5	3	
Miljø hendelser	5	10	4	0	4	2	
Forbedringsforslag				7	4	5	

Pasienthendelser

Totalt 24 hendelser i 3. kvartal. To er registrert med høy alvorlighetsgrad. Ni er registrert i enhet for somatisk helse og 15 i enhet for psykisk helse.

HMS-hendelser

Totalt 16 hendelser i 3. kvartal. To saker er registrert med høy alvorlighetsgrad. En sak er registrert i enhet for somatisk helse og 15 i enhet for psykisk helse.

Driftshendelser, informasjonssikkerhet og personvern, og grønn stiftelse

Totalt 18 hendelser i 3. kvartal. To saker er registrert med høy alvorlighetsgrad. Fire saker registrert i stab/støtte, tre saker i enhet for somatisk helse og 11 saker i enhet for psykisk helse.

Oppsummering avvik

I denne perioden er det registrert totalt 63 avvik og forbedringsforslag i Betanien sykehus.

- Stab/støtte (5)
- Enhet for somatisk helse (13)
- Enhet for psykisk helse (44)
- Høy alvorlighetsgrad (7)

- Flest registrerte hendelser på avdeling allmennpsykiatri, avdeling psykose og allmennpsykiatrisk poliklinikk.
- Minst registrerte hendelser på radiologisk avdeling og i enhet for psykisk helse.
- Ingen registrerte hendelser på laboratoriet.
- Flest registrerte hendelser på kategori driftshendelser og legemiddelhåndtering.
- Minst registrerte hendelser på kategori ulykker og skader og pasientadferd.
- Syv hendelser er registrert med høy alvorlighetsgrad på miljø, informasjonssikkerhet, drift, HMS og pasienthendelser.
- 25 hendelser er fortsatt under behandling.
- Fem forbedringsforslag knyttet til journalføring, miljø og garderobefasiliteter. Tre av disse er fortsatt under behandling.

Smittevern

Alle ansatte i sykehus enten de er fast ansatt eller i vikariat har fått tilbud om vaksine mot Covid-19. Vaksinerings er utført hos bedriftshelsetjenesten i Helse Bergen eller i regi av kommunehelsetjenesten

(fastleger eller vaksinstasjon). Vi regner med at prosentandelen vaksinerte er høy, men kjenner ikke det eksakte tallet. Pr. september var det kun to ansatte i sykehuset som var registrert smittet av covid-19.

Vi tilbyr influensavaksine til alle ansatte og interessen har vært større enn tidligere år.

Legemiddelhåndtering

Vi har hatt legemiddelrevisjon høsten 2021, og som følge at dette satt i gang er forbedringsprosjekt.

Samhandling

- Arena for diskusjon, refleksjon og læring er etablert (KPU, læringsmøter, pasientsikkerhetsvisitter mm)
- Opplæring på tvers

Sykehusdirektørs oppsummering

Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring ligger til grunn for alt arbeid vi gjør i sykehuset. Plikten til å planlegge, utføre og evaluere skal etterleves i praksis. Opplæring i metodikken gir lederne et godt grunnlag og en forankring av det arbeidet som gjøres ut i driften og nærmest pasientene. Det vil derfor bli gitt støtte og veiledning i kvalitet og forbedringsarbeid i 2021 og 2022. Vi jobber med å få en tydeligere sammenheng mellom kvalitetsarbeid og arbeid med å oppfylle krav i bestilling. Der vi ikke når mål, må vi vise til tiltak som skal lede til forbedring. Dersom man ikke lykkes i første omgang må man analysere situasjonen grundig for å finne årsakssammenheng som igjen må være grunnlag i forbedringsarbeidet. I alt forbedringsarbeid må vi se på resultat og spørre om tiltakene skapt forbedring.

Meldekultur og avvikshåndtering er viktig for å synliggjøre de områdene vi skal forbedre oss. Vi må ha fokus på å melde de rette avvikene, og sette inn tiltak der det er nødvendig. Systemet vårt gir oss mulighet til å melde forbedringsforslag, noe jeg ønsker vi kan ta hyppigere i bruk.

En null-visjon med hensyn til pasientskader er noe vi skal strekke oss etter. Der vi allikevel gjør feil, må vi ha struktur og vilje til å gå inn i problemstillingene for å se hvor vi kan gjøre forbedringer. Vi må stille kritiske spørsmål til oss selv og analysere hendelsene for å kunne vite hva vi skal forbedre.

Pandemien har lært oss mye om kvalitet og forbedringsarbeid. Denne erfaringen må vi bruke i det videre arbeidet.

Betanien sykehus kvalitetsrapportering

3. Kvartal

01.07.21–30.09.2021



Kvalitetsrapportering – årlig oversikt

Antall registrerte hendelser totalt fordelt på kategorier/år	2018 Januar - desember	2019 Januar - desember	2020 Januar - desember	2021 1.kvartal	2021 2. kvartal	2021 3. kvartal	2021 4. kvartal
Totalt (SBB)BS	(939)139	(714) 230	(618) 157	64	103	63	
Pasient hendelser	96	108	75	21	42	24	
HMS hendelser	10	80	48	16	28	16	
Drift hendelser	28	32	34	13	20	13	
Informasjonssikkerhet og personvern				7	5	3	
Miljø hendelser	5	10	4	0	4	2	
Forbedringsforslag				7	4	5	

Pasienthendelser (24)



24 registrerte hendelser i perioden

Høy alvorlighetsgrad (2)

2 pasienthendelser er registrert med høy alvorlighetsgrad.

- **Fall og uhell**, en hendelse på allmennpsykiatrisk poliklinikk er behandlet og lukket.
- **Pasientadferd**, en hendelse på avdeling psykose er behandlet og lukket.

Enhet for somatisk helse (9)

- **Behandling og pleie**, 3 hendelser i underkategori blødning og komplikasjoner på dagkirurgisk avdeling. En hendelse er ikke tildelt og to er under behandling.
- **Diagnostikk/utredning**, 2 hendelser på radiologisk avdeling, hvorav en er fortsatt under behandling.
- **Dokumentasjon/informasjon**, 2 hendelser i avdeling kontortjeneste er fortsatt under behandling
- **Pasientadministrasjon**, 2 hendelser, en i avdeling kontortjeneste og en i enhet for somatisk helse. Hendelse i avdeling kontortjeneste er fortsatt under behandling.

Enhet for psykisk helse (15)

- **Behandling og pleie**, 2 hendelser er registrert på avdeling allmennpsykiatri og allmennpsykiatrisk poliklinikk. Hendelse på allmennpsykiatrisk poliklinikk er fortsatt under behandling.
- **Dokumentasjon/informasjon**, 2 hendelser i underkategori journalnotat hvorav en fortsatt er under behandling på allmennpsykiatrisk poliklinikk.
- **Fall og uhell**, 1 hendelse på allmennpsykiatrisk poliklinikk er behandlet og lukket.
- **Legemidler**, 9 hendelser i underkategorier ordinerings, utdeling og tilberedning er registrert i avdeling psykose, avdeling allmennpsykiatri og psykosepoliklinikk/FACT-team hvorav to hendelser på avdeling psykose er fortsatt under behandling.
- **Pasientadferd**, 1 hendelse i underkategori overdose, rus og selvmedisinering på avdeling psykose er behandlet og lukket.
- Ingen pasienthendelser rapportert på BUP i perioden.

Pasienthendelser antall fordelt på alvorlighetsgrad

Kategori - Alvorlighetsgrad - Antall

Filtrert på: Kategori:

Legemiddelhåndtering, Fall og uhell, Pasientatferd, Behandling og pleie, Dokumentasjon/informasjon, Pasientadministrasjon, Medisinsktknisk og annet utstyr, Diagnostikk/utredning

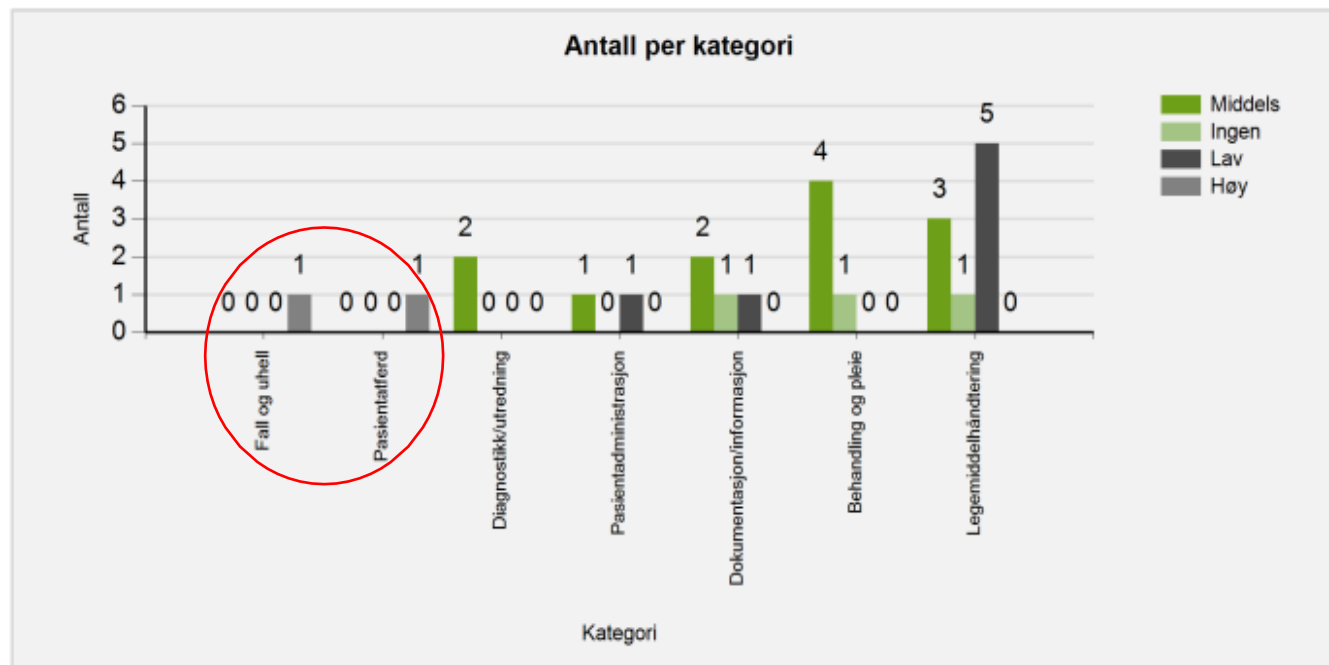
Type: Pasienthendelse

Registrerende enhet: Betanien sykehus

Fra: 01.07.2021

Til: 30.09.2021

Kategori	Alvorlighetsgrad	Antall
Behandling og pleie	Ingen	1
	Middels	4
Dokumentasjon/informasjon	Ingen	1
	Lav	1
	Middels	2
Legemiddelhåndtering	Ingen	1
	Lav	5
	Middels	3
Pasientadministrasjon	Lav	1
	Middels	1
Diagnostikk/utredning	Middels	2
Fall og uhell	Høy	1
Pasientatferd	Høy	1
Totalt		24



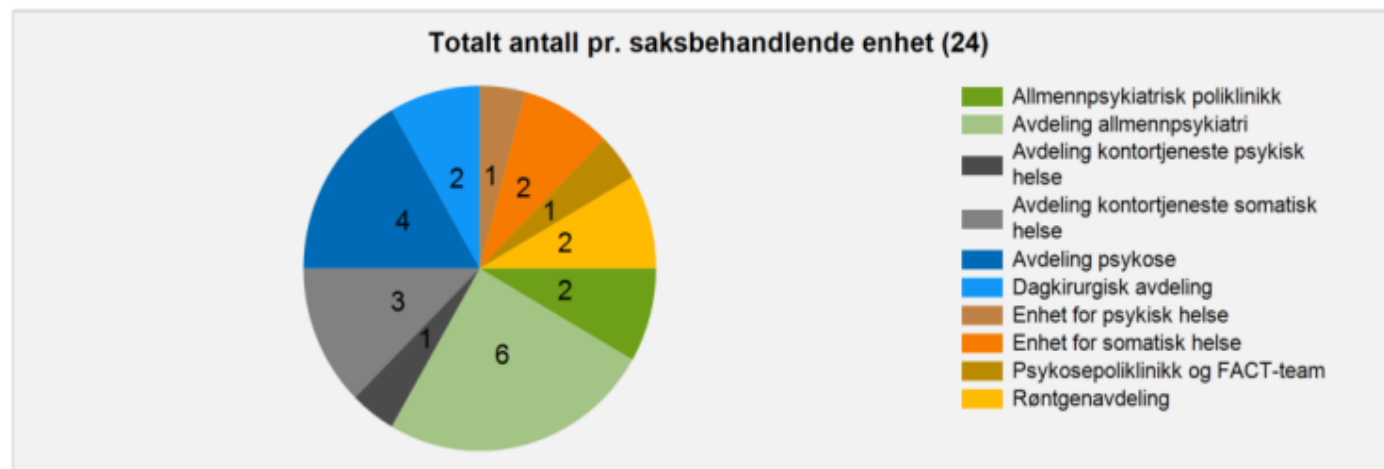
Pasienthendelser antall fordelt på enheter og kategorier

Kategori - Antall pr. saksbehandlende enhet

Filtrert på: Kategori:

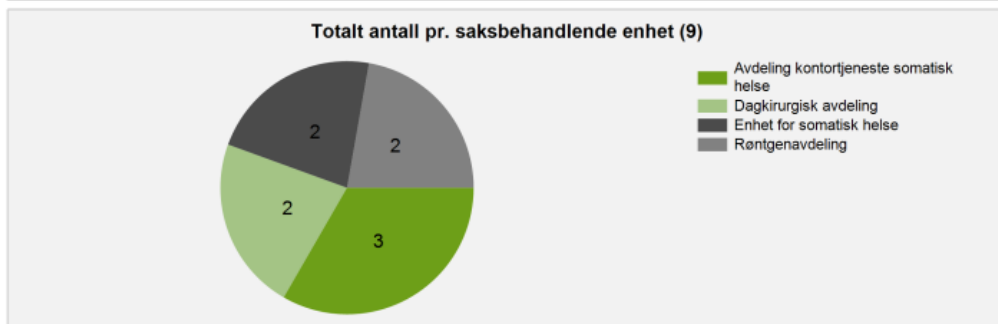
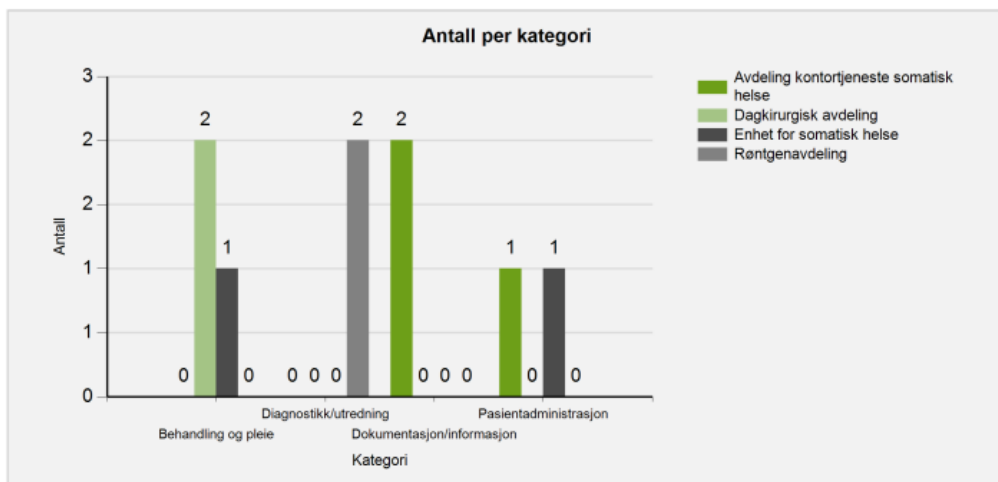
, Legemiddelhåndtering, Fall og uhell, Pasientatferd, Behandling og pleie, Dokumentasjon/informasjon, Pasientadministrasjon, Medisinskteknisk og annet utstyr, Diagnostikk/utredning
 Type: Pasienthendelse
 Registrerende enhet: Betanien sykehus
 Fra: 01.07.2021
 Til: 30.09.2021

Kategori	Saksbehandlende enhet	Antall
Behandling og pleie	Avdeling allmennpsykiatri	1
	Allmennpsykiatrisk poliklinikk	1
	Enhet for somatisk helse	1
	Dagkirurgisk avdeling	2
Diagnostikk/utredning	Røntgenavdeling	2
Dokumentasjon/informasjon	Avdeling kontortjeneste psykisk helse	1
	Avdeling kontortjeneste somatisk helse	2
	Allmennpsykiatrisk poliklinikk	1
Fall og uhell	Enhet for psykisk helse	1
Legemiddelhåndtering	Psykosepoliklinikk og FACT-team	1
	Avdeling allmennpsykiatri	5
	Avdeling psykose	3
Pasientadministrasjon	Avdeling kontortjeneste somatisk helse	1
	Enhet for somatisk helse	1
Pasientatferd	Avdeling psykose	1
Totalt		24

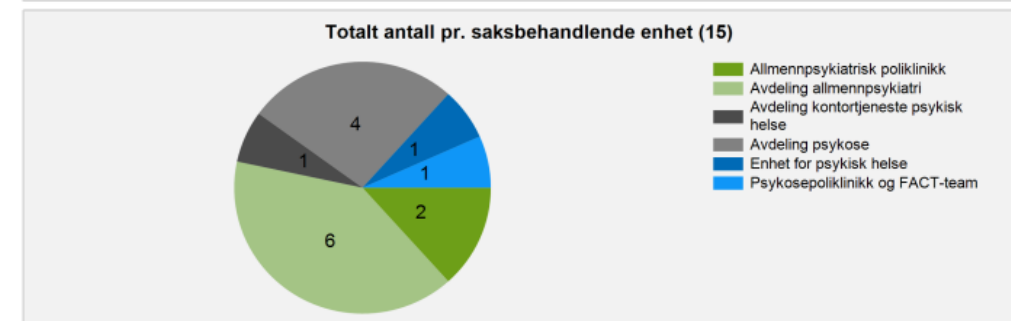
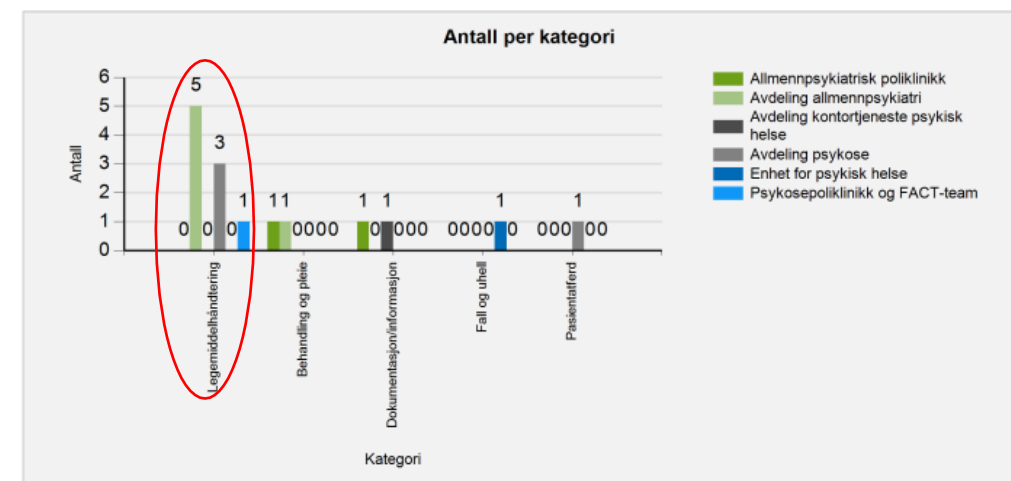


Pasienthendelser antall fordelt på avdelinger og kategorier

Enhet somatisk helse antall (9)



Enhet psykisk helse antall (15)



HMS (16)

16 registrerte hendelser i perioden

Høy alvorlighetsgrad (2)

- To hendelser er registrert med høy alvorlighetsgrad på avdeling psykose.

Enhet somatisk helse (1)

- **Ulykker og skader**, 1 hendelse på dagkirurgisk avdeling er behandlet og lukket

Enhet psykisk helse (15)

- **Vold og trusler**, 3 registrert hendelser. 2 med høy alvorlighetsgrad på avdeling psykose som er behandlet og lukket. 1 hendelse om truende pasientadferd på avdeling allmennpsykiatri er fortsatt under behandling.
- **Psykososialt arbeidsmiljø**, 3 hendelser vedrørende diskriminering i avdeling allmennpsykiatri er behandlet og lukket.
- **Fysisk arbeidsmiljø**, 4 hendelser vedrørende ventilasjon, fysiske forhold i BUP. Alle hendelsene er under behandling.
- **Organisatorisk arbeidsmiljø**, 5 hendelser omhandler legemiddelhåndtering og bemanning på avdeling psykose og avdeling allmennpsykiatri. En hendelse er fortsatt under behandling på avdeling psykose.

Kategori - Alvorlighetsgrad - Antall

Filtrert på: Kategori:

, Vold og trusler, Ulykker og skader, Brannvern, Psykososialt arbeidsmiljø, Fysisk arbeidsmiljø, inkludert smittevern, Organisasjon, Organisatorisk arbeidsmiljø, Bivirkning vaksine

Type: Helse, miljø, sikkerhet (HMS) - ansatt

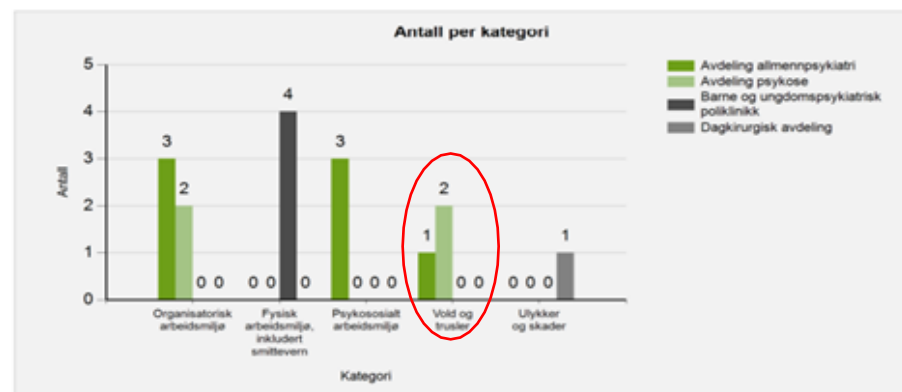
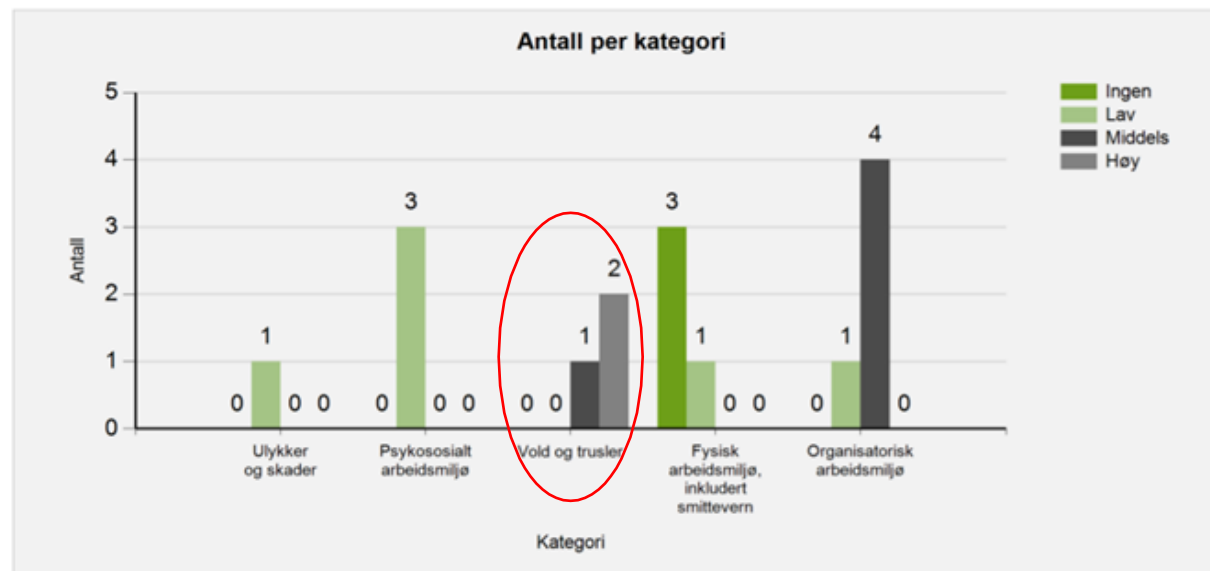
Saksbehandlende enhet: Betanien sykehus

Registrerende enhet: Betanien sykehus

Fra: 01.07.2021

Til: 30.09.2021

Kategori	Alvorlighetsgrad	Antall
Fysisk arbeidsmiljø, inkludert smittevern	Ingen	3
	Lav	1
Organisasjon, Organisatorisk arbeidsmiljø	Lav	1
	Middels	4
	Høy	4
Psykososialt arbeidsmiljø	Lav	3
Ulykker og skader	Lav	1
Vold og trusler	Middels	1
	Høy	2
Totalt		16



Driftshendelser (13)

13 registrerte hendelser i perioden

Høy alvorlighetsgrad (1)

- En hendelse er registrerte med høy alvorlighetsgrad på avdeling psykose.

Stab/støtte (2)

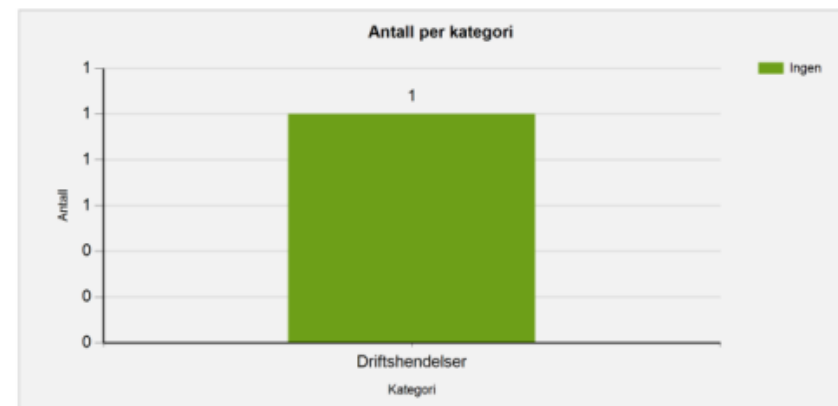
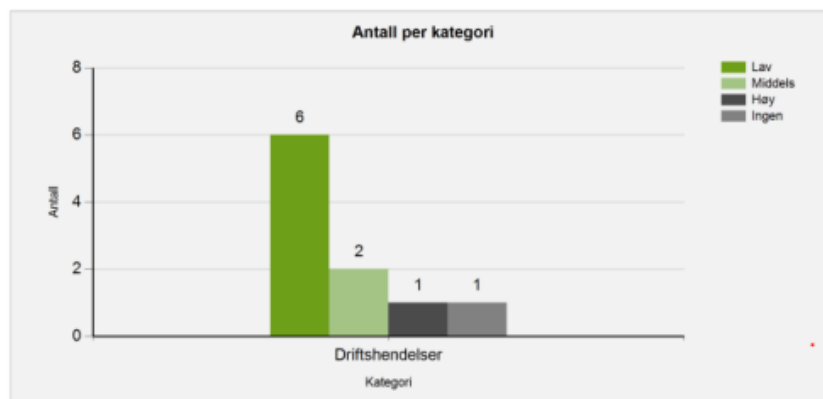
- To hendelser er registrert i stab/støtte

Enhet somatisk helse (1)

- En registrerte hendelser på dagkirurgisk avdeling vedrørende ulykke. Hendelsen er fortsatt under behandling

Enhet psykisk helse (10)

- En hendelse med høy alvorlighetsgrad med underkategori administrasjon på avdeling psykose
- 9 registrert hendelser hendelser vedrører administrasjon, bygg og kjøretøy



Informasjonssikkerhet og Personvern (3)



3 registrerte hendelser i perioden

Høy alvorlighetsgrad (1)

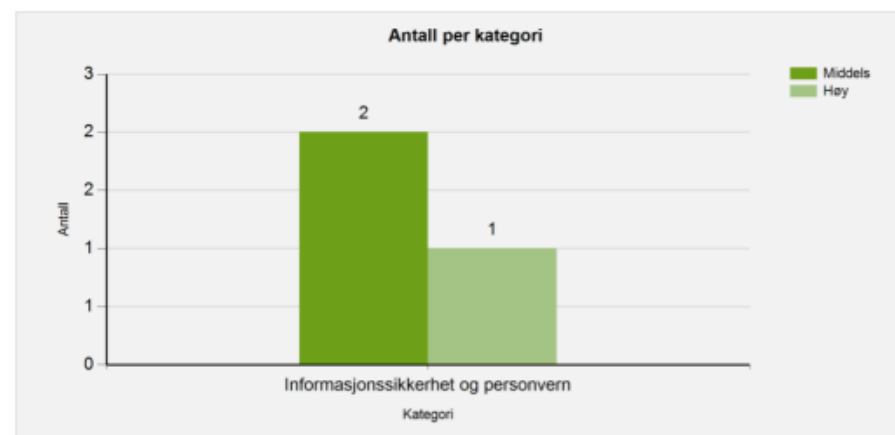
- En registrert med høy alvorlighetsgrad i enhet psykisk helse.

Enhet somatisk helse (2)

- To hendelser registrert. En i avdeling kontortjeneste og en på dagkirurgisk avdeling. Hendelsen i kontortjenesten er fortsatt under behandling.

Enhet psykisk helse (1)

- En hendelse registrert i avdeling kontortjeneste vedrørende elektronisk pasientjournal.



Miljøavvik (2)

2 registrerte hendelser på ytre miljø i perioden

Høy alvorlighetsgrad (0)

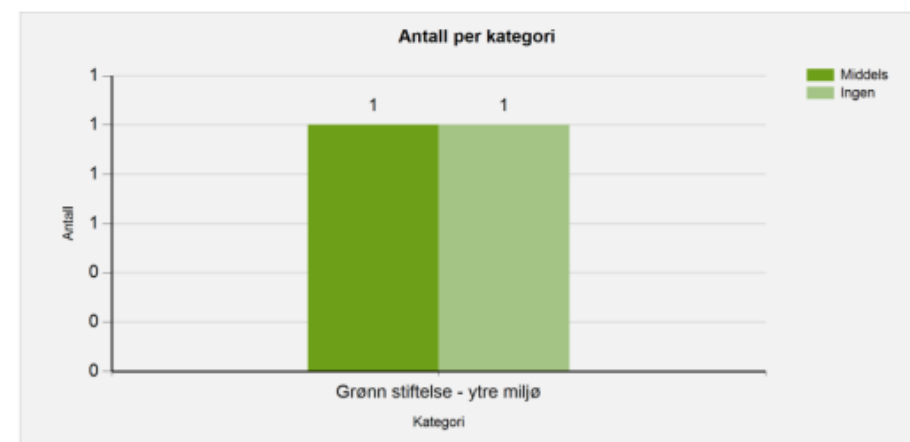
- Ingen registrert med høy alvorlighetsgrad

Stab/støtte (2)

- To hendelser er registrert i stab/støtte og en hendelse er fortsatt under behandling

Enhet somatisk helse (0)

Enhet psykisk helse (0)



Oppsummering



I denne perioden er det registrert totalt 63 hendelser i Betanien sykehus .

Stab/støtte (5)

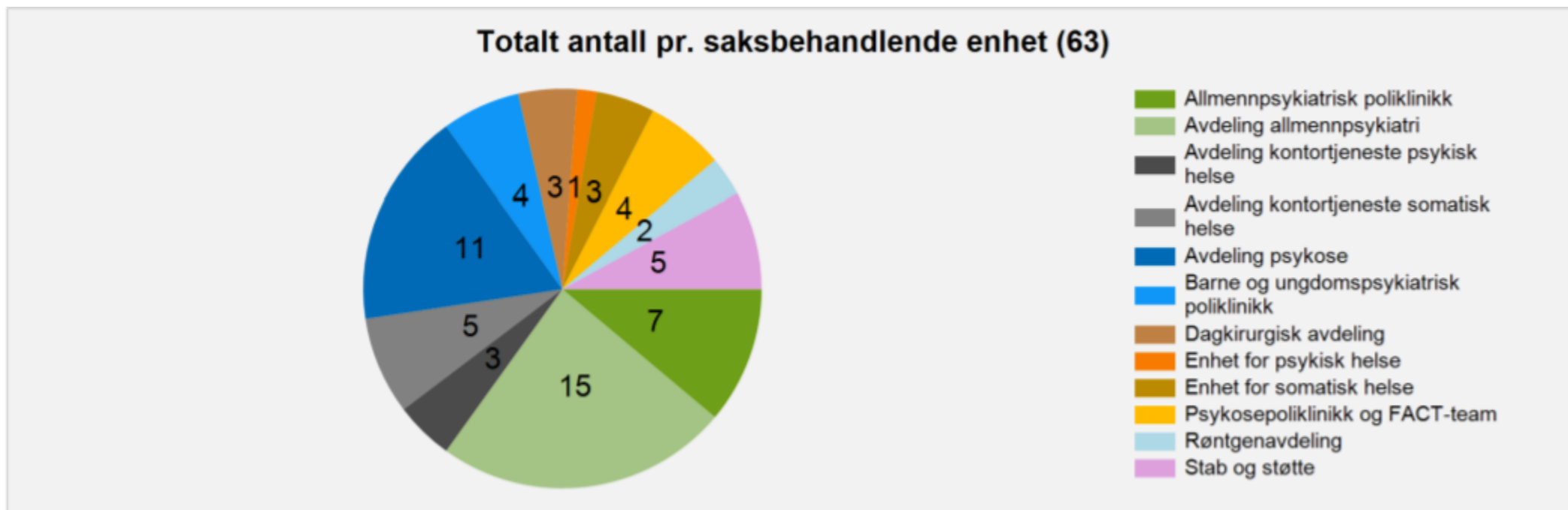
Enhet somatisk helse (13)

Enhet psykisk helse (44)

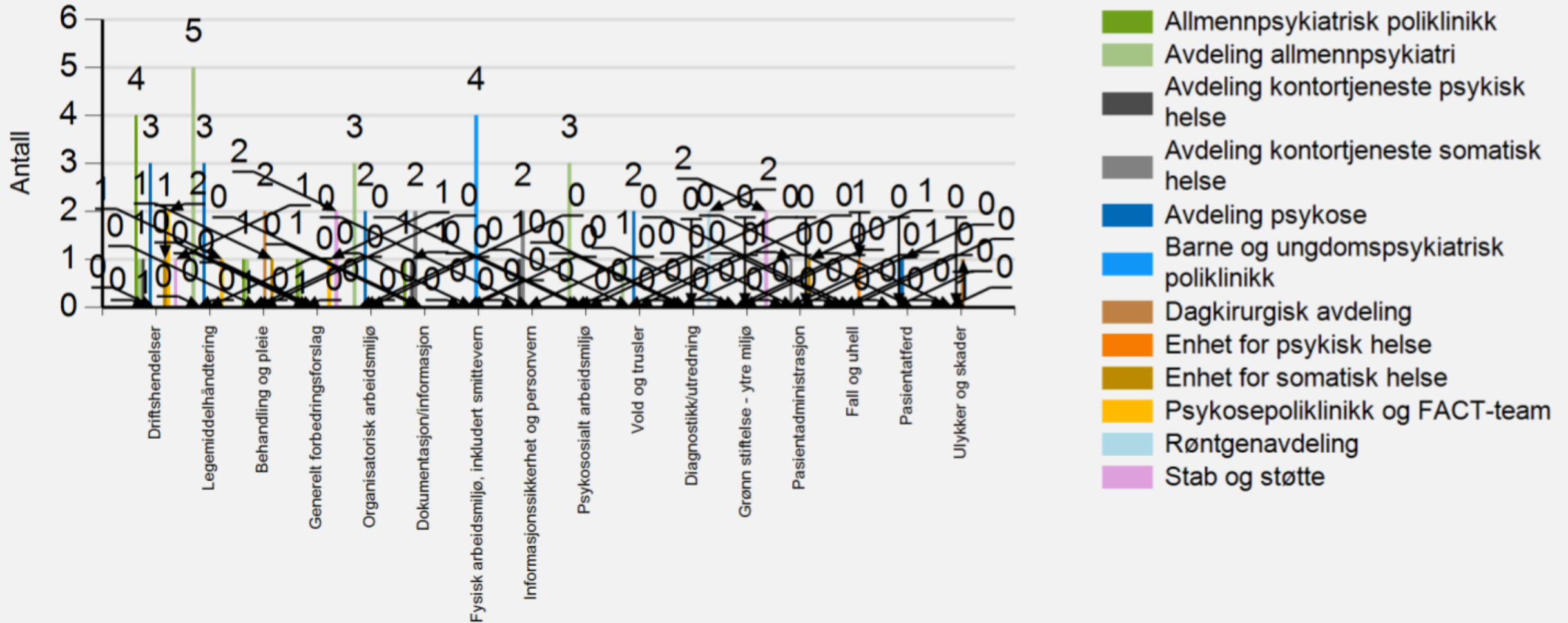
Høy alvorlighetsgrad (7)

- Flest registrert hendelser på avdeling allmennpsykiatri, avdeling psykose og allmennpsykiatrisk poliklinikk
- Minst registrerte hendelser på radiologisk avdeling og i enhet for psykisk helse.
- Ingen registrerte hendelser på laboratoriet.
- Flest registrerte hendelse på kategori driftshendelser og legemiddelhåndtering.
- Minst registrerte hendelser på kategori ulykker og skader og pasientadferd.
- 7 hendelser er registrert med høy alvorlighetsgrad på miljø, informasjonssikkerhet, drift, HMS og pasienthendelser.
- 25 hendelser er fortsatt under behandling.
- 5 forbedringsforslag knyttet til journalføring, miljø og graderobefasiliteter. 2 av disse er fortsatt under behandling.

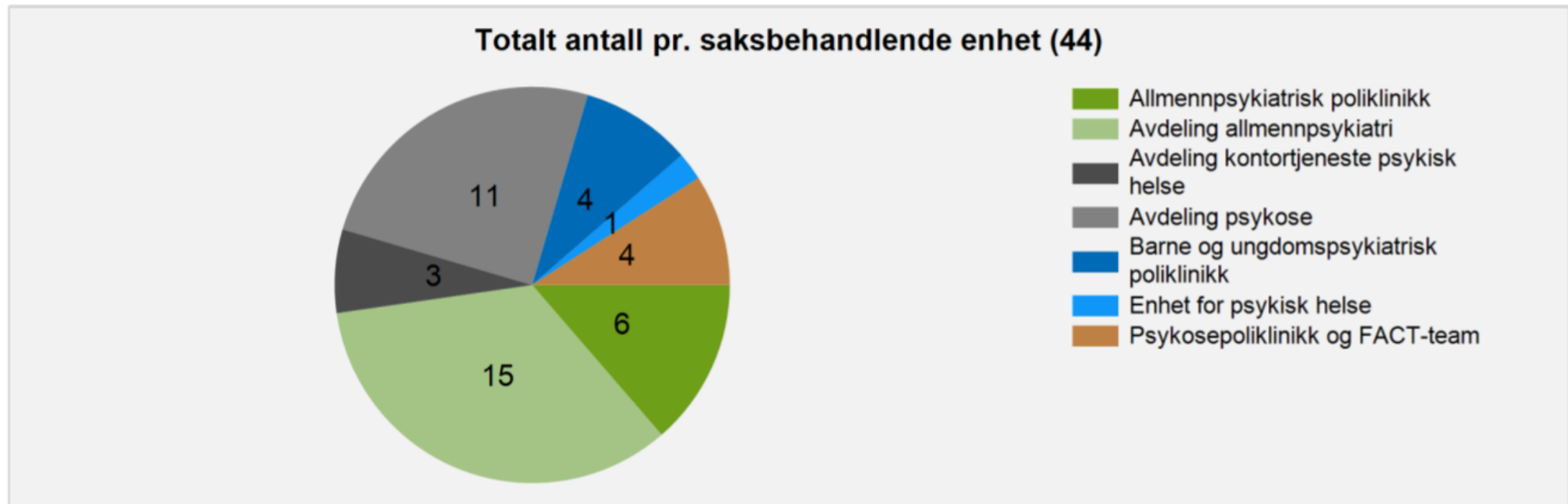
Betanien sykehus



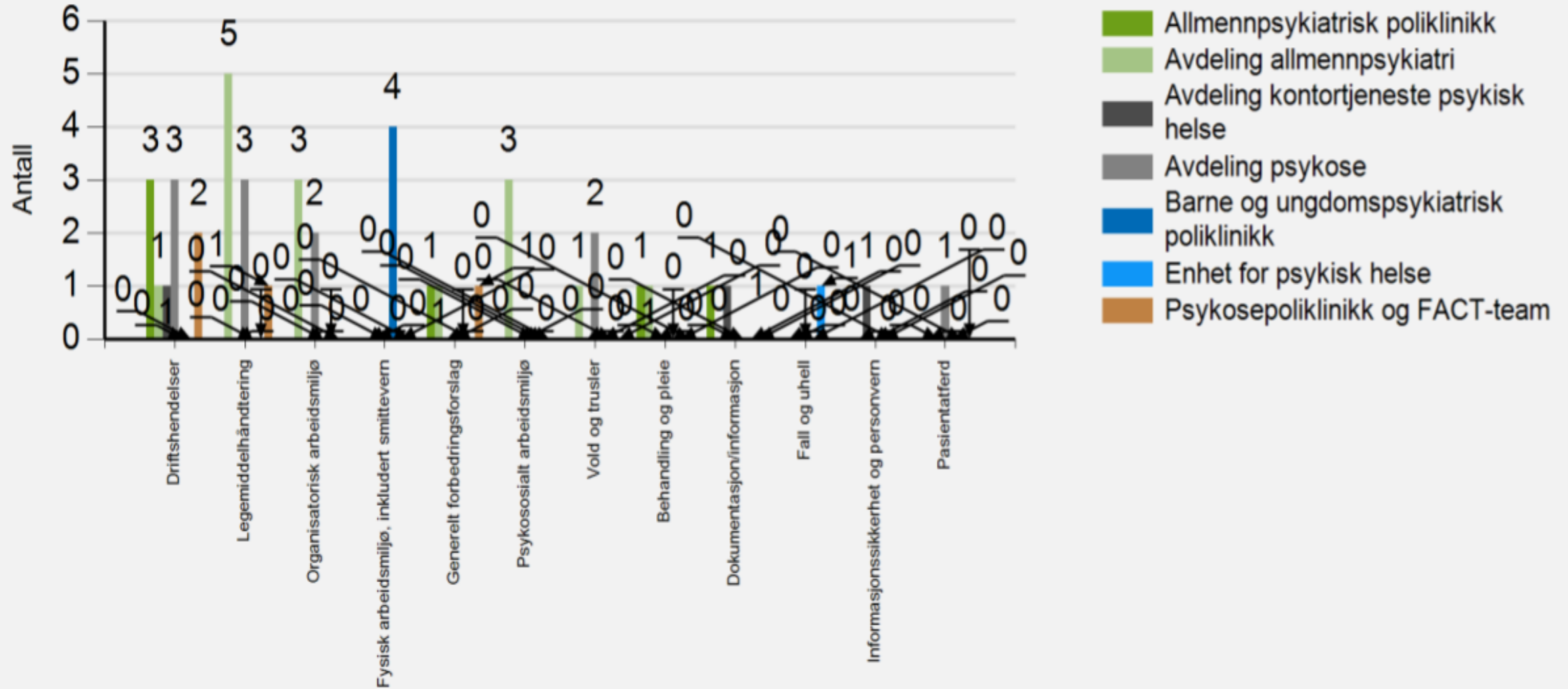
Antall per kategori



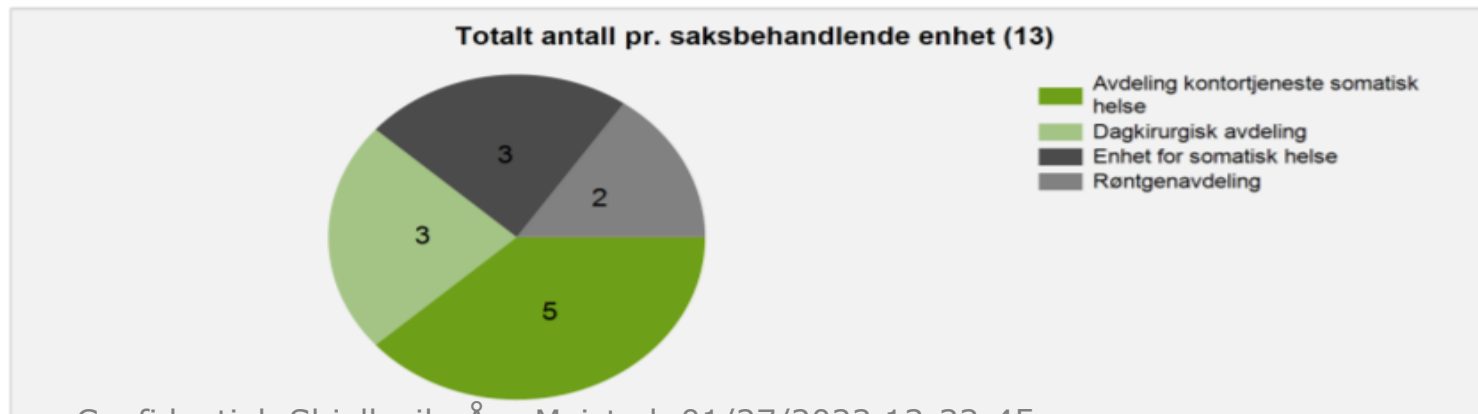
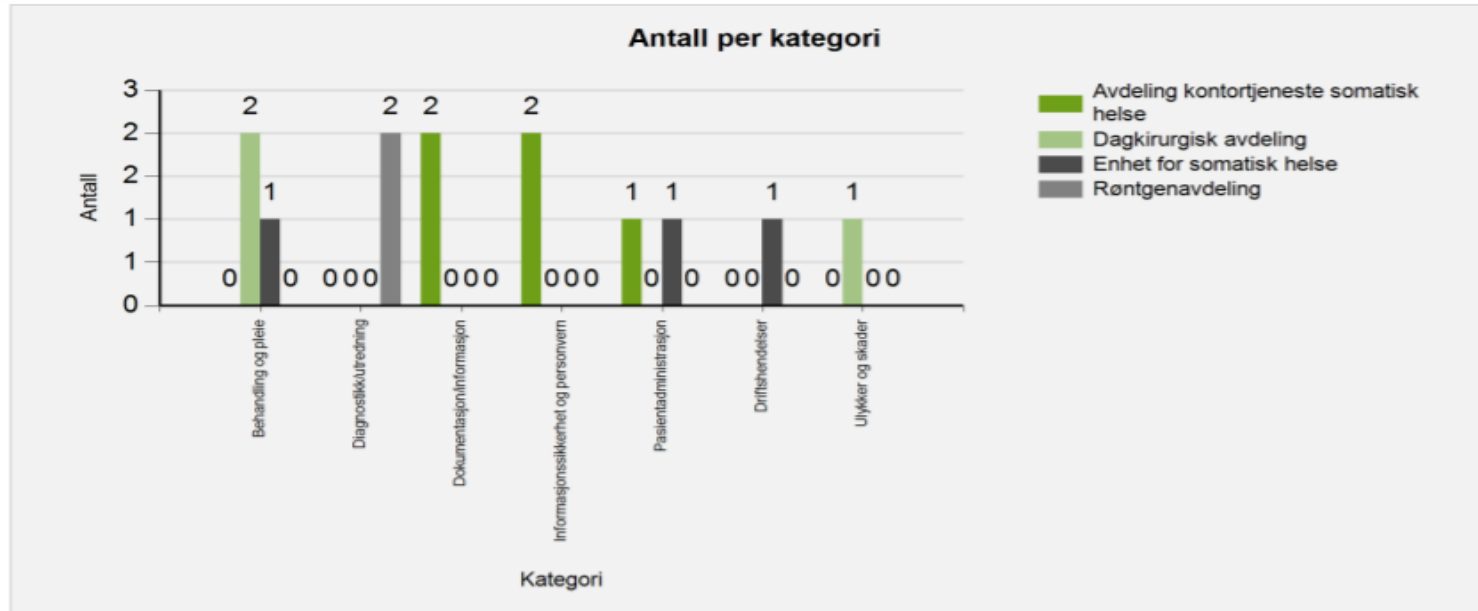
Enhet for psykisk helse



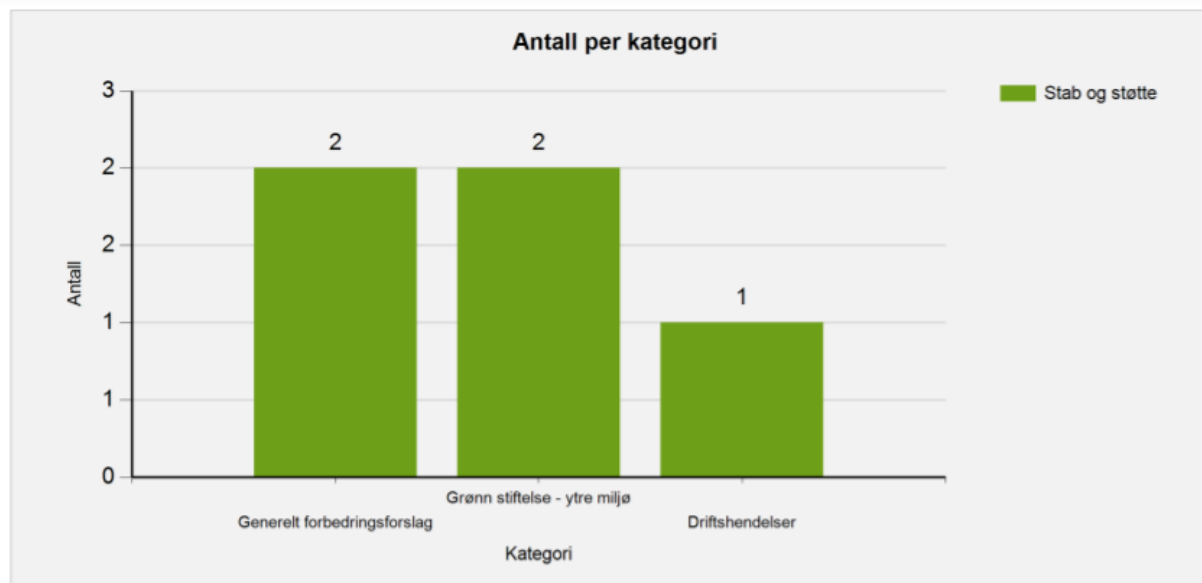
Antall per kategori



Enhet for somatisk helse (13)



Stab/støtte (5)



Sak 36-2021 Strategiske føringer for 2022

Formål:

I årshjul fra Helse Vest RHF er det satt opp møte knyttet til bestillingen i januar 2022. Frist for skriftlig innspill var 31.10.21.

Bakgrunn:

I Bestilling 2021 ber Helse Vest RHF, Betanien sykehus AS om å innrette sin virksomhet mot tre overordnede felles nasjonale styringsmål. Disse hovedområdene har vært gjenstand for særskilt oppfølging i 2021, og er som følger:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
2. Kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjeneten
3. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Vi valgte i samråd med styret å styrke enhet for psykisk helse med 3 stillinger i 2021. Det er behov for ytterligere styrking av enkelte områder i tråd med anbefalinger blant annet fra styringsgruppen i prosjektet Integrasjon psykisk helse og spesialisert rusbehandling. Dette må gjøres enten ved:

1. Omdisponering av tjenester og ressurser
2. Få tilført ekstra midler fra Helse Vest RHF
3. Redusere resultatkrav tilsvarende styrking
4. En kombinasjon av 1 og 3

Verdier:

Bestillingen fra Helse Vest understøtter de grunnleggende verdiene **omsorg, helhetssyn, åpenhet, kreativitet, og kvalitetsbevisst** i alt det vi gjør, gjennom de prioriterte områdene. Målene setter arbeidet inn i et helhetlig perspektiv, og gjennom å levere på de ulike områdene etterlever vi og forsterker våre verdier. Bestillingsnotat skal gjenspeile de behov vi har for styrkning og være til hjelp i de prioriteringer som blir gjort.

Medbestemmelse:

Bestillingsnotat har vært behandlet i enhetsledergruppene, ledergruppen BS og presentert for tillitsvalgte i forbindelse med drøfting av budsjett 2022.

Forslag til vedtak:

1. Styret tar informasjonen til orientering.

Vedlegg:

1. Bestillingsnotat 2022
2. Notat fra møte med Helse Bergen 26.10.21

Saksbehandler: Eli Julseth Birkhaug, direktør

Ansvarlig: Eli Julseth Birkhaug, direktør

Helse Vest RHF

Bestillingsnotat 2022 fra Betanien sykehus AS (BS)

Fyllingsdalen 20.10.2021.

Viser til årsplan fra Helse Vest og pkt. 15.3 i bestilling 2021 der Helse Vest RHF ber Betanien sykehus om å sende spesielle ønsker eller innspill til bestilling for 2022, særlig der disse innebærer et behov for økonomisk styrking, skriftlig innen oktober 2021. Helse Vest RHF ber videre om at eventuelle ønsker om endring eller styrking i 2022 på forhånd skal være diskutert med det lokale helseforetaket.

Først kort oppsummering drift og satsningsområder Betanien sykehus AS for 2021:

Betanien sykehus AS jobber fortsatt med implementering av ny eierform og organisering. Styret i Betanien sykehus AS har så langt avholdt 4 møter i 2021. Ledergruppen i BS møtes ukentlig og har en god fremdrift mht prosjekter som er satt i gang i 2021. Organisering i hhv somatisk enhet og enhet for psykisk helsevern er implementert med struktur / rammer. Det gjenstår fortsatt noe arbeid ut i linjen.

Under følger eksempler på noe av det arbeidet som har pågått i 2021;

- I september 2020 ga styre sin tilslutning til planer om ombygging og utvidelse av lokaler for dagkirurgisk avdeling. Utbedringen gir oss mer tidsriktige lokaler, bedre organiserte tjenester og dermed bedre «flyt» som vi mener vil øke kvalitet på tjenestene vi leverer. Vi kan som et resultat av ombygging/ utvidelse øke aktivitet innenfor dagkirurgisk virksomhet. Byggprosjekt startet mars 2021 og avsluttes etter plan i uke 51. Vi har hatt en økning i antall henvisninger i 2021 sammenlignet med 2020, og tilnærmet normal drift. Dette har i en overgangsfase gitt noe økt ventetid. Det er satt av en ramme på 20 mill til forbedringsprosjektet.
- Vi har med styrets støtte valgt å styrke psykisk helsevern med 3 behandlerstillinger (BUP, psykosepoliklinikk/ FACT og allmenn døgnavdeling). I tillegg styrker vi fagmiljøet med å ansette fag- og forskningsleder som skal jobbe tett ut mot drift.
- Alle ledere i sykehuset har gjennomført intern opplæring kvalitetsforbedringsmetodikk, og vi følger opp med veiledning og støtte i gjennomføring av kvalitetsprosjekt.
- BUP har fått et ekstra fokus gjennom året pga økt antall henvisninger sammenlignet med tidligere år. Det pga redusert kapasitet sengepostene psykisk helsevern barn og unge, Helse Bergen har vi flere alvorlige saker å følge opp. Dette gjelder barn og ungdommer som tidligere ville vært henvist til planlagt innleggelse.
- Laboratorium har etablert tilbud om hjemme prøvetaking i samarbeid med HUS. Virkning fra medio september 2021

- Beredskapsarbeid har pågått frem til sommeren 2021 med oppfølgingsmøte ved gjenåpning. Smittevernsansvarlig sykepleier følger opp med undervisning i smittevern, vaksiner (Influenza) og info ut i linjen.
- Implementering av MOT portefølje har for det meste fulgt plan, men det er av ulike årsaker noe forsinkelse i leveransen. Det som gjenstår er personal- og kompetanseportal.
- ForBedringsundersøkelsen ble gjennomført for 2. gang mars 2021. Sikkerhetsklima 85,71
- Kvalitets- og avvikssystemet Netpower har fungert etter intensjon og det jobbes med å forbedre avvikskultur.
- Stiftelsen Betanien har påbegynt et prosjekt mht utvikling av eiendom og tomt i Fyllingsdalen. Stiftelsen vil prioritere å legge til rette for god drift i underliggende virksomheter.
- Helse Vest RHF kjøper ekstra tjenester fra Betanien (polikliniske konsultasjoner) BUP og VOP i 2021/ 2022 tilsvarende 950 konsultasjoner.

Innspill til bestilling 2022

Enhet for psykisk helsevern (DPS og BUP)

Antall pasienter med tvang uten døgnopphold (TUD) har økt gjennom de siste 3 år med ca 40 %, og ligger nå stabilt på rundt 55-60 pasienter. Dette er klart høyere enn de andre DPSene og avspeiler demografiske forhold og populasjonen i Betanien sitt opptaksområde. FACT/Psykosepoliklinikk har ikke spesialistressurser nok til å ivareta disse. TUD (tvang uten døgn) pasientene er derfor fulgt opp av spesialister både i VOP og på sengepost. Dette er fragmentert og lite hensiktsmessig for samkjørt oppfølging av denne krevende brukergruppen. **Betanien FACT** ønsker å utvide inklusjonskriteriene i tråd med anbefalingen fra styringsgruppen i prosjekt integrasjon psykisk helse og spesialisert rusbehandling. Totalt vil pasientmengden kunne øke fra 130 til 200 som konsekvens av dette, og det vil det være behov for 5-6 nye stillinger.

De to **døgnavdelingene** i Betanien har hatt samme bemanning i de siste 15 år. Kravene til avdelingen, og særlig gjennom Akuttforløpet, har imidlertid endret seg markant. Dette særlig siste 5 år da allmenn døgnavdeling nærmest har blitt en «sub-akutt» post med en ny brukergruppe med mer alvorlig problematikk og større turnover. Vi valgte å styrke tjenesten i allmenn avdeling i 2021 med en behandlerstilling. Vi ønsker å styrke psykose avdeling med LIS stilling (rotasjon) for å kunne bidra til økt utdanning av psykiatere i regionen.

Betanien BUP har en god og stabil behandlergruppe med høy andel spesialister. Vi er i god dialog med Helse Bergen PBU og har de samme utfordringene mht ettervirkning pandemi. Det har siden oktober 2021 vært en økning i antall henvisninger sammenlignet med tidligere år (ca 50%). I tillegg har vi tyngre problemstillinger og flere saker i forløp, som gjør at ventetiden øker. Vi ønsker å styrke poliklinikken for å redusere ventetid og for å kunne øke antall vurderingssamtaler som kan gi en tidlig avklaring av barnets- / ungdommens behov.

OPPSUMMERING MED ØKNING TILSKUDDSBEHOV PHV FOR 2022 i prioritert rekkefølge:

1. Styrke BUP
2. Styrke behandlerstillinger i psykosepoliklinikk / FACT

3. Styrke med 1 LIS stilling DPS dvs øking fra 3 til 4 LIS stillinger
4. Styrke V27 for å ivareta regional koordineringsansvar for fagnettverk knyttet til barn og unge som utøver seksuell skadelig adferd overfor andre barn og unge (SSA)
5. Prosjektmidler for å gjennomføre forprosjekt for å kartlegge «barn og unge som utover vold i familien» Bruker kompetansen i V27 i dette arbeidet.

Økt ramme psykisk helsevern

Kr.

Kr: 4.5 mill

Betanien sykehus somatisk enhet (dagkirurgisk avdeling, radiologisk avdeling og lab)

Dagkirurgen (DKS) ligger an til å nå mål mht antall DRG på 850 i 2021, til tross for utbygging/ ombygging. Alle legene er nå ansatt i faste stillinger. Vi har styrket tjenesten i tråd med kapasitet på operasjonsstuene og i poliklinikken. Vi er i dialog med KK, HUS for å få en formell samarbeidsavtale. Vi ønsker å ta del i pakkeforløpsarbeid, enten hele forløp, eller deler av forløp. Vi har kort vei mellom legespesialist, radiologiske tjenester og laboratorium. Det er og en mulighet med samhandling med psykisk helsevern. Vi er i gang med å utrede mulighetene som kan ligge i dette.

Vi rigger oss for å øke drift for 2022. Dette vil vi være i dialog med HUS og HDS om. Dette forutsetter en økning av DRG/ økonomisk ramme

Radiologisk avdeling har stort henvisnings «trykk» på MR, og noe restkapasitet på CT. Dersom vi skal øke aktivitet innen MR må vi gjøre en grundigere analyse mht tilgang på MR maskin og personellbruk. En økning må være styrt av et reelt behov, og vurdering må gjøres i samarbeid med resten av radiologi miljøet i Bergen

Laboratorium har fra 1. september startet med hjemme prøvetaking i samarbeid med HUS. Gitt den aktiviteten vi har og ser for oss i 2022 har vi nok ressurser til å utføre denne oppgaven.

OPPSUMMERING MED ØKNING TILSKUDDSBEHOV SOMATIKK:

- **Dagkirurgisk avdeling kan øke aktivitet med ca 20 % innenfor operative inngrep og polikliniske aktivitet.**

Oppsummering tilskudd 2022

- **Styrking av psykisk helsevern med kr 4,5 mill**
- **Styrking av somatikk tilsvarende en økning på inntil 20 %**

Eli Julseth Birkhaug
Direktør

Betanien sykehus AS

Notat møte med Helse Bergen knyttet til pkt 15.3 i bestilling til Betanien sykehus AS fra Helse Vest RHF

I tråd med årsplan fra Helse Vest og pkt. 15.3 i bestilling 2021 der Helse Vest RHF ber om at Betanien Sykehus, i 2022, diskuterer våre eventuelle ønsker om endring eller styrking med det lokale helseforetaket (Helse Bergen). Møtet ble gjennomført 26. oktober 2021.

Tilstede fra Helse Bergen (HB) var Eivind Hansen, Randi Louise Møgster, Clara Gram Hansen, Aslak Aslaksen, Susanne Albrechtsen og Geir Lien

Tilstede fra Betanien Sykehus (SH) var Eli Julseth Birkhaug, Silje Benedikte Vignæs, Pål Inge Sæbø og Dag Løvik Thomassen.

Innspill/kommentarer fra Helse Bergen knyttet til innspill fra enhet for psykisk helse

- HB har forståelse for prioritering av BUP-feltet og dette er i tråd med foretakets egne prioriteringer
- Tilpasninger av FACT-team i tråd med anbefalinger fra arbeids- og styringsgruppe i «faglig integrasjon psykisk helsevern og rusmedisin» støttes

Innspill/kommentarer fra Helse Bergen knyttet til innspill enhet for somatisk helse

- Eventuell økning i dagkirurgisk aktivitet er positivt for pasientpopulasjon i den grad det gir kortere ventetid
- I samhandling må HB og BS være bevisst på at vi ikke skaper ytterligere konkurranse om behandlerressurser på området gynekologi da dette ikke vil medvirke til økt totalkapasitet
- HB anbefaler BS å vurdere eventuell kapasitetsøkning på områder der ventetider og kapasitet i foretaket er utfordret, eksempelvis plastikkirurgi.
- HB ønsker å formalisere samarbeid med BS for ytterligere å utvikle samarbeid til pasientens beste.

Slik notert: Dag Løvik Thomassen

Sak 37-2021 – Budsjett 2022

Formål:

Formålet er å fastsette budsjetttrammene for Betanien sykehus AS for driftsåret 2022 og vise at budsjettet er bærekraftig og realistisk sett opp mot resultatkravet. Budsjettet skal legge grunnlaget for prioriteringene knyttet til pasientbehandling, brukertilbud, kvalitet, pasientsikkerhet og ansattforhold, samt økonomisk bærekraft. Budsjettet må dermed behandles som et viktig strategisk dokument som skal sikre utviklingen i Betanien sykehus.

Sakssammendrag:

Statsbudsjettet for 2022 legger premisser for aktivitets- og kvalitetsnivået for det kommende budsjettår. Helse Vest RHF, som oppdragsgiver til Betanien sykehus AS, effektuerer dette gjennom bestillingen og føringer for budsjettåret 2022. Dette innebærer at tjenestetilbud/aktivitet endres dersom Helse Vest RHF endrer sine prioriteringer, sitt behov for kapasitet og/eller at de økonomiske rammene tilsier behov for endringer. Disse føringene skal så langt som mulig samsvare med vår egen strategi. Det er ønskelig at det fokuseres på områder med lange ventetider, fristbrudd, økt behov i nedslagsfeltet, samtidig som veksten skjer i tråd med gjennomføring av fagplaner. Kvalitets- og effektiviseringsarbeid vil være viktig for å ivareta den økonomiske bærekraften videre. Betanien sykehus AS vil i 2022 derfor fortsatt ha fokus på kvalitets- og forbedringsarbeid, samt jobbe videre med å implementere hensikt med og effekter av organisasjonsprosjektet.

Hovedsignalene fra Helse Vest RHF er at det må forventes strammere rammebetingelser i årene fremover, samtidig som effektiviserings- og kvalitetskravene vil ha stadig økende oppmerksomhet. Det er helt nødvendig at alle virksomheter, funksjoner og ledelse på alle nivå følger opp omstilling og kontinuerlig forbedringsarbeid.

Budsjettprosessen er kommunisert internt gjennom budsjettmøter, IDF-møter og styremøter i 2021.

De vesentligste endringer på resultatregnskapet fra 2021 til 2022 som påvirker budsjettet kan oppsummeres slik:

- Nye behandlerstillinger på BUP, FACT-team og avdeling allmennpsykiatri
- Nyopprettet stilling som leder for forskning og fagutvikling
- Styrket avdeling kontortjeneste, enhet for psykisk helse
- Dagkirurgisk avdeling
 - Oppbemanning til drift av to operasjonsstuer
 - Døgnbemanning deler av uken
 - Sagt opp avtale med Betanien rehabilitering og sykehjem om leie av sengeplasser
 - Økte ISF-inntekter på bakgrunn av økt operasjonskapasitet
 - Avskrivingskostnader for ombygging av avdelingen
- Avtale om refusjon av FACT-midler fra Bergen kommune avsluttes
- Økte kostnader på SLA-avtale med Helse Vest IKT
- Avsluttet nasjonalt prosjekt SSA der Betanien har hatt prosjektledelse og sekretariat

Medbestemmelse:

Saken er drøftet med organisasjonene i IDF-møte i Betanien sykehus AS 22.11.2021, se vedlagte protokoll fra møtet.

Verdier:

Gjennom budsjettarbeidet er det lagt opp til at rammene forvaltes på en slik måte at Betanien sykehus skal kunne etterleve de verdier det jobbes ut ifra, herunder ha rammer for å gi **omsorg** for pasienter og ansatte, samtidig som dette skal ivareta **helhetssynet på mennesket**. Gjennom **åpenhet** i budsjettprosessen og involvering håper vi på å gi rom for **kreativitet** i arbeidet med å jobbe på nye og smartere måter i 2022, samtidig som budsjettet ivaretar fokuset på **kvalitetsarbeid** videre framover.

Forslag til vedtak:

1. Styret i Betanien sykehus viser til føringer og krav som til enhver tid foreligger vedrørende prioritering av pasientbehandling, kvalitet og pasientsikkerhet, gitt fra Helse Vest RHF og Stiftelsen Betanien Bergen. Styret er tilfreds med at disse føringene er lagt til grunn for budsjettet for 2022.
2. Styret vedtar et overskuddskrav på 4,609 millioner kroner før finans for Betanien sykehus AS.
3. Direktør skal informere styret dersom eventuelle salgsgevinster realiseres, eller andre ekstraordinære poster oppstår, slik at styret kan vurdere om resultatkravet skal endres.
4. Styret forutsetter at det legges sterk vekt på tiltaksgjennomføring og oppfølging. Dette skal skje i gode prosesser der pasient, ansatt og økonomi står i sentrum.
5. Styret vedtar den foreløpige investeringsplanen. Eventuelle enkeltinvesteringer på over 2 millioner kroner legges fram som egen sak for styret.
6. Direktør gis fullmakt til å gjøre mindre endringer i budsjettet, og informere styret om eventuelle endringer.

Vedlegg:

1. Budsjettdokument 2022
2. Protokoll fra drøftingsmøte IDF 22.11.2021

Saksbehandler: Jostein Tarlebø, økonomisjef
Ansvarlig: Eli Julseth Birkhaug, sykehusdirektør

Betanien sykehus AS

BUDSJETT 2022



BETANIEN
SYKEHUS

Innhold

1. Formål	3
1.1. Bakgrunn	3
1.2. Medbestemmelse	3
1.3. Helse Vest RHF – premisser	3
1.3.1. Satsingsområder	4
1.3.2. Prioriteringer og andre endringer i rammen fra Helse Vest RHF	4
1.4. Aktivitet og kvalitet	4
1.5. Risikovurdering – levering i henhold til krav i bestilling 2022	4
1.6. Fokusområder sykehusdrift 2022	5
2. Driftsbudsjett	5
2.1. Resultat/prognose 2021	5
2.2. Budsjettutvikling 2022	6
2.2.1. Driftsinntekter	6
2.2.2. Driftskostnader	7
2.2.3. Forutsetninger	7
2.3. Psykisk helsevern	8
2.4. Somatikk	8
2.5. Sykehusdirektørens stab	9
3. Investeringsbudsjett	9
3.1. Investeringsramme	9
3.2. Investeringsdisponering	9
4. Likviditetsbudsjett	10

1. Formål

Formålet med saken er å orientere og fastsette budsjetttrammene for Betanien sykehus AS (BS) for driftsåret 2022 og å vise at budsjettet er bærekraftig og realistisk sett opp mot resultatkravet.

Budsjettet skal legge grunnlaget for de faglige prioriteringene knyttet til pasientbehandling, brukertilbud, kvalitet, pasientsikkerhet og ansattforhold, samt bidra til økonomisk bærekraft og videreutvikling av sykehuset.

1.1. Bakgrunn

Betanien sykehus vil i 2022 fortsette å jobbe med etablering av ny organisering.

Med tydelig rolledeling og ansvarliggjøring av alle ledere og ansatte på ulike nivå, skal det legges til rette for kontinuerlig forbedringsarbeid, slik at vi sikrer nødvendig utvikling i 2022, og årene framover. Det gjøres mye godt arbeid og det leveres generelt sett godt på bestillingen vi får fra Helse Vest RHF (HV RHF). Dette er også bekreftet i oppfølgingsmøter med bestiller.

Bestillingen fra HV RHF forventes mottatt i januar. Det forventes ingen større endringer i forhold til bestillingen for 2021.

Statsbudsjett for 2022 legger premisser for aktivitets- og kvalitetsnivå samt økonomi, gjennom bestillinger og føringer fra oppdragsgiveren HV RHF. Dette innebærer at tjenestetilbud/aktivitet kan endres når prioriteringer, kapasitet og økonomi tilsier det, og det samsvarer med vår egen strategi. Planlagt aktivitetsvekst skal innrettes mot områder med lange ventetider, fristbrudd og gjennomføring av fagplaner. Pasientrettet aktivitet og kvalitetsarbeid vil være viktig for den økonomiske bærekraften, og her vil forbedringsarbeidet fortsette. Innføring av nye IKT-baserte løsninger og arbeidsprosesser utfordrer også måten vi organiserer og utfører vårt arbeid på. Teknologien utvikler seg fort og kostnadene på dette området øker. Effektiviseringsgevinster av IKT-satsninger viser seg ofte krevende å ta ut på kort sikt.

Hovedsignalene fra vår oppdragsgiver er at vi fortsatt leverer godt, samtidig som det er tydelig at det må leveres enda bedre og mer innenfor strammere rammebetingelser i årene fremover. I dette ligger det at effektiviserings- og kvalitetskravene vil fortsette å øke i tiden som kommer, og spesielt som følge av faglig og teknologisk utvikling. Det er helt nødvendig at sykehuset og ledere på alle nivå, følger opp omstilling og kontinuerlig forbedringsarbeid.

1.2. Medbestemmelse

Budsjettssituasjon og tiltaksbehov er informert om og drøftet i resultatenehetene/virksomhetene, så vel som i møter med vernetjeneste og tillitsvalgte.

Tillitsvalgte ble informert om budsjettprosessen for budsjett 2022, samt gitt en foreløpig status i arbeidet i IDF-møtet den 27.09.2021.

Budsjettforslag og rammene for budsjettet for 2022 ble drøftet med tillitsvalgte i IDF-møtet 22.11.2021. IDF hadde ingen merknader til det forelagte budsjettet, men kommenterte at det hadde vært ønskelig å motta sakspapirene noe tidligere.

1.3. Helse Vest RHF – premisser

Styret i HV RHF er vår kontraktspart og legger premissene for bestillingen innenfor det sørge for ansvar de har for spesialisthelsetjeneste i regionen. Sammen med andre private ideelle sykehus hadde vi et møte med HV RHF den 15.11.2021 for en gjennomgang av statsbudsjettet for 2022.

I statsbudsjettet er deflator (vektet lønns- og prisvekst) for 2022 satt til 2,7 %. HV RHF legger i tillegg inn en forventet effektivisering, slik at forventet økning i basistilskuddet som vi legger til grunn for budsjettet er på 2,56 %.

Bestillingsmøte med HV RHF planlegges avholdt i januar. Her vil vi blant annet informere om vårt resultatkrav for 2022.

1.3.1. Satsingsområder

Psykatri og rus skal fortsatt prioriteres høyere enn somatikk, etter den såkalte gyldne regel.

Poliklinisk behandling prioriteres framfor overnattinger/sengepostdrift. Dette gjelder både i somatikk og i psykiatri og rus.

1.3.2. Prioriteringer og andre endringer i rammen fra Helse Vest RHF

BS inngår som en del av sørge for ansvaret HV RHF har lagt til Helse Bergen HF (HB HF). Det betyr at BS skal utøve et sørge for ansvar sammen med HB HF. De økonomiske rammene for dette ansvaret er fordelt fra HV RHF og effektueres gjennom årlig bestilling.

Samarbeid og samhandling mellom HFet og de private ideelle sykehusene i regionen er viktig og vil forsterkes framover som følge av et samlet sørge for ansvar skal ivaretas. Dette kan medføre behov for både prioriteringer og omprioriteringer, noe som også vil kunne ha en budsjettmessig konsekvens. Foreløpig er ingenting konkretisert, men dialogen som pågår med toppledelsen i HB HF og øvrige private ideelle sykehus, er en bekreftelse på vårt felles ansvar for og felles finansiering av helsetjenestene. Selv om vår kontraktspartner er HV RHF, blir Bergensregionen sett under ett.

I bestillingen fra HV RHF for 2021 er det derfor også tatt inn et punkt om at eventuelle ønsker om endring eller styrking i 2022 på forhånd må være diskutert med det lokale helseforetak (HB HF) og at deres vurderinger må fremkomme i våre innspill. BS avholdt møte med HB HF frn 26.10.2021.

1.4. Aktivitet og kvalitet

Gjennom løpende virksomhetsrapportering fanges aktivitets- og kvalitetsnivå opp, slik at avvik kan følges opp og korrigeres. I budsjettsaken forutsettes det at HV RHF viderefører aktivitetsnivået i 2021 til 2022.

Det vises til virksomhetsrapportering pr. oktober 2021 der aktivitets- og kvalitetsdata framgår.

1.5. Risikovurdering – levering i henhold til krav i bestilling 2022

BS vil ha fokus på å avdekke hvilke deler av bestillingen som kan være mest krevende å levere på. Dette for at vi kan utarbeide og iverksette risikoreduserende tiltak som trykker at vi kommer i mål med leveransen.

Bestillingen for 2022 er ikke mottatt enda, men de antatt største risikofaktorene med konsekvens for sykehusets budsjett og leveranse knyttes til:

- Vi vil oppleve stramme budsjetttrammer fra HV RHF. Risikoen ligger i at BS ikke systematisk arbeider med reduksjon av kostnader i hele virksomheten.
- Styrking av enhet for somatisk helse må ikke gå på bekostning av aktiviteten innen enhet for psykisk helse da HV RHF fortsatt legger opp til større vekst innen psykisk helse sammenlignet med somatikk (den gyldne regel).
- Rekrutteringen av spesialister er spesielt utfordrende.

- Medisinsk teknisk utstyr. Mangel på medisinskteknisk kompetanse utgjør en risiko både økonomisk, men ikke minst for pasientsikkerheten. Det jobbes mot løsninger i samarbeid med HB HF.
- IKT – det pågår store IKT-program som vil påvirke oss, og som vi må delta i for å være en del av spesialisthelsetjenesten også i framtiden.
- Flere pågående prosjekter, blant annet knyttet til pasientjournal, krever både merkantile ressurser og behandlerressurser. Sårbar drift er en konsekvens av at det må avses ressurser i prosjekt.
- Forpliktelser knyttet opp mot overordnede samarbeidsprosjekter.
- Etterlevelse av kvalitetsindikatorer.
- Forhold knyttet til pågående pandemi og økt antall henvisninger.

1.6. Fokusområder sykehusdrift 2022

På bakgrunn av premissene fra HV RHF og prioriteringer gitt av styret, vil sykehusdirektør i 2022 ha et særskilt fokus på følgende områder i BS AS:

- Pasientrettet virksomhet
 - Pakkeforløp innen enhet for psykisk helse
 - Kvalitetsindikatorer
 - Etablere tydelige kvalitet- og pasientsikkerhetsprosjekter
- Ledelse – ansattperspektivet
 - Implementering og tydeliggjøring av forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten gjennom opplæring av ledere
 - Enhetene følger opp samhandlingen mot sine respektive fagområder i HB HF – avklare framtidig handlingsrom innen enhet for psykisk helse
 - Videreføre og systematisere arbeidet rettet mot nærvær og redusert fravær
- Økonomi
 - Økonomisk handlingsrom som sikrer framtidig utvikling og investeringer
 - Implementere nye IKT-løsninger
 - Effektivisere innkjøpsprosess og fakturaflyt, fra bestilling til betaling

2. Driftsbudsjett

2.1. Resultat/prognose 2021

Resultat pr. oktober 2021 for BS viser et driftsoverskudd på ca. 3,4 millioner kroner mot et årlig resultatkrav på 6,2 millioner kroner. Siste prognose for året tilsier at årets resultat vil ligge på i overkant av 5 millioner kroner.

Det vises for øvrig til virksomhetsrapport pr. oktober 2021 for ytterligere detaljer.

2.2. Budsjettutvikling 2022

Totalbudsjettet for BS fremkommer i tabellen nedenfor.

Betanien sykehus AS	Budsjett	Prognose	Budsjett	Endring
BUDSJETT I 1 000 KR	2021	2021	2022	2021-2022
Inntekter				
Aktivitet (ISF, HELFO, egenandeler)	49 691	51 750	54 933	5 242
Basis tilskudd (årlig bestilling)	210 480	209 405	214 050	3 570
Leieinntekter	40	24	-	40
Andre inntekter (prosjekt mv)	2 360	2 101	1 820	540
Sum inntekter	262 571	263 280	270 803	8 232
Kostnader				
Varer mv	11 059	13 698	10 914	145
Personal	176 773	176 158	185 814	9 041
Pensjon	27 756	27 666	30 223	2 467
Avskrivninger	4 413	3 538	5 204	791
Andre driftskostnader	36 401	38 194	34 039	2 362
Sum kostnader	256 402	259 254	266 194	9 792
Driftsresultat	6 169	4 026	4 609	1 560

2.2.1. Driftsinntekter

Basistilskudd

I basistilskuddet er det lagt til grunn en økning på 2,56 %, jf. punkt 1.3. Det er ikke lagt til grunn økning i basistilskuddet utover dette.

Men vi har i vårt budsjettbrev til HV RHF bedt om en styrking av basistilskuddet innen enhet for psykisk helse på 4,5 millioner kroner. Dette er begrunnet slik:

- Styrke behandlerstillinger i psykoepoliklinikk/FACT-team
- Styrke med 1 LIS-stilling DPS
- Styrke BUP med behandlerstilling
- Styrke V27 for å ivareta regionalt koordineringsansvar
- Styrke V27 med prosjektmidler for å gjennomføre forprosjekt for å kartlegge «barn og unge som utover vold i familien»

Vi har i budsjettet fortsatt lagt inn forventet ekstra pensjonstilskudd fra HV RHF på kr 6,3 mill.

Aktivitetsbaserte inntekter

For aktivitetsbaserte inntekter er det justert med en ISF-vekst på 1,6 %, i tråd med føringene fra HV RHF.

I tillegg er det for dagkirurgisk avdeling lagt inn en økning 3,58 millioner kroner i ISF-inntekter (økning på 150 DRG), dette på bakgrunn av ombygging av avdelingen med tilhørende økt kapasitet. Det er videre justert ISF-inntekter for BUP med 500.000 kroner på bakgrunn av ny behandlerstilling på avdelingen.

Under Andre inntekter har vi en reduksjon i budsjettet fra 2021 på 500.000 kroner for refusjoner fra Bergen kommune for FACT-team. Ordningen med refusjon for kompetansehevende tiltak opphører i 2022.

2.2.2. Driftskostnader

Lønnskostnader

Den desidert viktigste og mest kritiske ressursen i tilbudet til pasienter og brukere er de ansatte. Det er også den ressursen som er mest sårbar og utfordrende å tilpasse behovet. Ressursen utgjør nærmere 80 % av kostnadene.

Vi ser en betydelig økning i lønnskostnadene. Bakgrunnen for dette er blant annet:

- Styrket psykoepoliklinikk/FACT-team med 1 behandlerstilling
- Styrket avdeling allmennpsykiatri med 1 behandlerstilling
- Styrket BUP med 1 behandlerstilling
- Styrket avdeling kontortjeneste enhet for psykisk helse
- Oppbemannet dagkirurgisk avdeling til drift av to operasjonsstuer
- Delvis døgnbemanning på dagkirurgisk avdeling for å ivareta overliggende pasienter
- Leder for forskning og fagutvikling
- Av den totale økningen i lønnskostnader på 11,2 millioner kroner utgjør virkningen av årets lønnsoppgjør om lag halvparten av dette

Varekostnader

På posten varekostnader er det ingen store endringer fra årets budsjett. Mindre justeringer på de ulike kontoene utgjør totalt en minimal nedgang på denne posten.

Andre driftskostnader

Den største endringen på posten for andre driftskostnader er at dagkirurgisk avdeling har sagt opp avtalen med Betanien rehabilitering og sykehjem på leie av sengeplasser. Budsjettet er redusert med 3,3 millioner kroner på bakgrunn av dette. I denne sammenheng vises det også til punktet om lønnskostnader der vi tilsvarende ser en økning i lønnskostnader på bakgrunn av egen drift av sengeplasser.

Store endringer av husleiekostnader og konserntjenester til Stiftelsen Betanien Bergen ble det justert for i 2021-budsjettet i løpet av 2021, slik at vi ikke ser den store økningen på disse nå.

Driftsavtalen med Helse Vest IKT er blitt vesentlig dyrere de siste årene, og denne justeres opp med 1,1 millioner kroner til neste år. Helse Vest IKT drifter nå de fleste fag- og administrative systemer som benyttes ved BS. Driften av disse systemene samt prosjektbistand knyttet til MOT-programmet dekkes av denne avtalen.

Avskrivninger

Denne posten øker noe til neste år, først og fremst basert på en regnskapsmessig aktivering av ombyggingskostnadene på dagkirurgisk avdeling.

2.2.3. Forutsetninger

Det budsjetterte resultatet forutsetter at de påpekte risikoområdene blir håndtert på en god måte, samt at de økonomiske tiltak som er foreslått gjennomført blir gjennomført. Basert på historisk utvikling blir det viktig å styrke og utvikle den pasientrettede ressursbruken i fortsettelsen. Dette gjenspeiles i resultatkravet for BS for 2022.

I 2019-2021 har overgang til deler av MOT-porteføljen i Helse Vest IKT resultert i høyere IKT-kostnader enn ellers. Dette er en tilpasning til de eksterne krav som settes i spesialisthelsetjenesten knyttet til elektronisk samhandling og flyt. Utfordringen ligger nå i å ta ut effekter av dette i egne ressurser, pasientsikkerhet, samt effektivisering av arbeidsflyt. Disse effektene kan man ikke forvente å se i 2022 og budsjettet for IKT-drift økes med ca. 1,1 millioner kroner i 2022. Implementeringen av MOT-porteføljen vil slutføres i 2022.

I sykehuset blir det vesentlig å stabilisere kostnadsutviklingen og sikre at sykehusdriften setter i gang tiltak for å få et større handlingsrom for å møte kravene fra HV RHF. Dette må gjøres med tanke på økt aktivitets- og effektiviseringsgrad, nye oppgaver innenfor samme økonomiske rammer, og krav om kostbare teknologiske investeringer som må på plass for å sikre like helsetjenester til befolkningen i nedslagsfeltet.

For å nå målsettinger i 2022 må det jobbes aktivt med nærvær for å redusere sykefraværet. Det å jobbe systematisk for et helsefremmende arbeidsmiljø, både med tanke på areal og psykososialt, er vesentlig i forhold til å levere på pasientsikkerhet, aktivitet, kvalitet, og ikke minst økonomi. Dette arbeidet vil ha fokus via etablerte nærværgrupper i alle avdelingene.

Midler tilført driften fra HV RHF via tidligere års overskudd skal brukes til formålet. Det betyr at sykehusets resultat sikrer leveranser, samt utvikling innenfor området formålet er ment å dekke. Det må derfor arbeides strategisk i forhold til riktig bruk av midler for å komme pasientene til gode, både på kort og lengre sikt. Den positive historiske utviklingen må ikke skape rom for unødvendige kostnadspådrag og slark i organisasjonen. Ledelsen og styret i BS får ansvar for å følge opp effektiv og riktig bruk av ressurser, i tillegg til å påse at lover og regler blir fulgt, og at det etableres god intern kontroll og virksomhetsstyring i selskapet.

Rammebetingelsene knyttet til basistilskudd og ISF er avgjørende for framtidig drift og tilpasning til bestillingen fra HV RHF. For 2022 er deflatoren satt til 2,7 %, mens ISF-satsen øker med 1,6 %. Vi ser imidlertid at lønnsoppgjøret for 2021 overstiger deflatoren, noe som vil bli en utfordring all den tid lønnskostandene utgjør rundt 80 % av de totale kostnadene til sykehuset.

2.3. Enhet for psykisk helse

Fra 2020 ble enhet for psykisk helse samlet til en enhet der alle deler av sykehusets psykiatritilbud inngår. Kompetanse og sammensetning har endret seg noe i forhold til tidligere (flere spesialister fører til høyere lønnskostnader med samme antall medarbeidere). Etablerte tilbud kvalitetssikres, forbedres og videreføres inn i 2022.

I hovedsak videreføres nåværende drift og tilbud i 2021. Behandlerkapasiteten er noe økt i forhold til budsjettet for 2021 ved nye stillinger ved BUP, psykosepoliklinikk/FACT-team og avdeling allmennpsykiatri.

I 2019-2021 har allmennpsykisk poliklinikk og BUP deltatt i opplæringsprogram for 4-dagers behandling (tvangslidelser) i regi av HB HF. Opplæringsprogrammet går nå inn i en driftsfase der tilbudet implementeres i ordinær drift. Ressurser benyttes noe ulikt fra de foregående årene.

Ønske om å styrke tjenestene ytterligere, se punkt 2.2.1.

2.4. Enhet for somatisk helse

Fra 2020 ble enhet for somatisk helse en samlet enhet, der dagkirurgi, laboratorietjenester og radiologi inngår.

Dagkirurgisk avdeling (DKA) har foretatt en større ombygging i 2021 som nå er i avslutningsfasen. Hovedformålet med ombyggingen var å bedre kvalitet og pasientbehandling, men ombyggingen gir også avdelingen større kapasitet enn tidligere og det er derfor tatt høyde for noe høyere aktivitet. Men høyere aktivitet krever også mer menneskelige ressurser, slik at lønnsbudsjettet for DKA økes betydelig fra 2021. Samarbeidsmøter med HB HF på kirurgisk side er etablert og samarbeidet styrkes.

Laboratoriet og radiologisk avdeling viderefører samme aktivitet som i 2021. Tettere samarbeid med fagmiljøene på Haukeland Universitetssjukehus er etablert og avtaler er etablert. Laboratoriet har også startet med hjemmeprøvetaking i løpet av høsten 2021.

2.5. Sykehusdirektørens stab

Det er opprettet en ny stilling med ansvar for forskning og fagutvikling. Denne stillingen er utlyst og vil forhåpentligvis bli besatt innen kort tid.

3. Investeringsbudsjett

3.1. Investeringsramme

Innmeldte investeringsbehov fra BS framgår av tabellen under. Her er tatt med innmeldte behov av investeringer som vil kunne aktiveres i balansen.

Noen av prosjektene er ikke-gjennomførte prosjekter fra tidligere år som er overført.

Investeringsbudsjett 2022		
Investeringsbehov	2022	2023 =>
Psykisk helsevern		
<i>Psykose poliklinikk</i>		
Kontorplasser	200 000	
<i>Psykose døgn</i>		
Senger	300 000	
Sum psykisk helsevern	500 000	-
Somatikk		
<i>Dagkirurgisk avdeling</i>		
Gjenstående utstyr ifm ombygging	500 000	
<i>Kontortjeneste SOM</i>		
Terminaler innsjekk og betaling	200 000	200 000
<i>Laboratoriet</i>		
Utskiftning instrument		1 000 000
Hematologi		500 000
Sum somatikk	700 000	1 700 000
Felles		
IKT	600 000	
Ramme - til disposisjon for andre tiltak	1 200 000	
Sum felles	1 800 000	-
Sum investeringsbehov	3 000 000	1 700 000

3.2. Investeringsdisponering

Det er i 2022 ikke meldt inn noen store investeringsprosjekter.

En del mindre behov er imidlertid meldt inn og det vil søkes nærmere avklaringer utover i 2022 av behov og prioritering blant de innmeldte behovene. Det vil bli gjort løpende vurderinger og prioriteringer.

Det vil alltid være behov for prioritering av kost/nytte ved gjennomføring av nødvendige og ønskelige vedlikeholdsinvesteringer, oppgraderinger og nyinvesteringer. Innmeldte investeringsbehov vil derfor vurderes og prioriteres i forhold til behov, krav og økonomi.

Avskrivninger på BS har hensyntatt kostnadsdekning for aktiverbare investeringer. I tillegg er vedlikeholdskostnader og andre kostnader tilpasset innmeldte investeringsbehov i vesentlig grad.

4. Likviditetsbudsjett

Forventet positiv kontantstrøm fra driften i 2022 er på 6,3 millioner kroner, basert på budsjettforutsetningene.

I 2021 var det en stor negativ utvikling på likviditeten på bakgrunn av store investeringer på ombygging av DKA samt veldig høye pensjonsutbetalinger. I 2022 vil ombyggingen av DKA være slutført samt at prognosene for pensjonsutbetalinger ligger betydelig lavere enn i 2021. Utviklingen av likviditeten ser derfor bedre ut til neste år.

Tidligere års positive kontantstrømmer fra den operative driften gir oss en god handlefrihet til å håndtere en negativ likviditetsutvikling som i 2021. Men det betyr ikke at midler skal brukes til investeringer og vedlikehold dersom det ikke kan vises til en positiv effekt på inntjening, eller det er nødvendig ut fra hensyn til pasienter eller ansatte.

List of Signatures

Page 1/1



Protokoll_IDF BS_221121.pdf

Name	Method	Signed at
Arefjord, Silje Norvoll Sletten	BANKID_MOBILE	2021-11-30 11:41 GMT+01
Almeland, Anne Mette Borg	BANKID_MOBILE	2021-11-29 15:15 GMT+01
Andersen, Andreas Heltne	BANKID_MOBILE	2021-11-29 10:48 GMT+01
Vang, Erik	BANKID_MOBILE	2021-11-29 10:27 GMT+01
BIRKHAUG, ELI JULSETH	BANKID_MOBILE	2021-11-29 10:14 GMT+01
Hjelle, Vibeke Veland	BANKID_MOBILE	2021-11-30 10:22 GMT+01
Skarnagel, Fredrikke Helle	BANKID_MOBILE	2021-11-30 10:00 GMT+01



This file is sealed with a digital signature. The seal is a guarantee for the authenticity of the document.

External reference: 00D532365D28482BBD5F803143798305

Confidential, Skjellevik, Åse Meistad, 01/27/2022 13:33:45

IDF BS

man. 22 november 2021, 11.30 - 13.00

Teams

Deltakere

IDF-medlemmer

Eli Julseth Birkhaug, Jostein Tarlebø, Anne Mette Borg Almeland, Andreas Andersen, Erik Vang, Silje Norvoll Sletten Arefjord, Fredrikke Helle Skarnagel, Vibeke Hjellev

Fraværende: Kristin Fosheim

Møteprotokoll

52. Budsjett 2022

Eli Julseth Birkhaug

Informere om bestillings-notat sendt til Helse Vest og drøfte budsjettforslag for 2022

52.1.

Bestillings-notat sendt til Helse Vest

Orientering

Eli Julseth Birkhaug

Sykehusdirektør informerte om bestillings-notat som er sendt Helse Vest. Notatet beskriver sykehuset planer knyttet til satsingsområder og økt aktivitet i 2022. Hvorvidt Helse Vest imøtekommer forslagene i notatet, vil først bli avklart når bestilling foreligger januar/ februar. Noen av områdene for økt aktivitet er allerede vedtatt gjennomført. Dersom det ikke tildeles ekstra midler fra Helse Vest, må disse dekkes innenfor den rammen som tildeles.

De tillitsvalgte stilte avklarende spørsmål som ble besvart av arbeidsgiver.

Notatet ble tatt til orientering av de tillitsvalgte.

 Betanien sykehus bestillingsnotat 2022 –HUS (1).docx

52.1.1. Budsjett 2022

Drøfte budsjett for 2022

Diskusjon

Jostein Tarlebø

De tillitsvalgte kommenterte at sakspapirene ble sendt så sent at det ble dårlig tid til å sette seg inn i dem.

Økonomisjef kommenterte at bakgrunnen for dette var at det årlige budsjettmøtet med Helse Vest ikke ble gjennomført før 15. november, og at det dermed ikke var mulig å ferdigstille dokumentene tidligere.

Økonomisjef gjennomgikk tidslinjen for budsjettarbeidet, samt budsjettforslag for 2022. Det ble tatt forbehold om at budsjettet kan justeres når bestilling endelig foreligger i januar/ februar 2022. Områdene som ble kommentert var hovedsaklig de hvor det foreslås endringer sammenlignet med årets budsjett. Se vedlagt presentasjon.

De tillitsvalgte stilte spørsmål, som arbeidsgiver besvarte med utfyllende informasjon.

De tillitsvalgte hadde ingen merknader til budsjettforslaget. De tillitsvalgte ønsker å holdes orientert om endringer som måtte følge av endelig bestilling fra Helse Vest.

 2021.11.22 IDF-møte.pptx



This file is sealed with a digital signature.
The seal is a guarantee for the authenticity
of the document.
Document ID:
00D532365D28482BBD5F803143798305

Sak 38-2021 – Revisjon fullmaktsmatrise

Formål:

Å vedta endringer i gjeldende fullmaktdokument/fullmaktreglement for Betanien sykehus AS.

Sakssammendrag:

Det vises til sak 15.4-2020 der styret ble informert om fullmaktdokument for Betanien sykehus AS. I vedtaket ba styret om en årlig fremleggelse av et revidert fullmaktdokument tilpasset myndighetsutøvelse for måloppnåelse nytt år.

Det ble ikke foretatt en revidering av dokumentet i 2020.

Fullmaktdokumentet består av totalt syv kapitler, hvor av fullmaktmatrisene står i kapittel 7. Denne saken omhandler revisjon av matrisene for områdene personal, økonomi og innkjøp/anskaffelser. Under er noen av de endringer som er foreslått beskrevet:

Fullmakter personalområdet

- Fjernet nivå 4
- Enkelte presiseringer/omskrivninger av fullmaktens innhold og omfang/begrensninger
- Noen endringer på hvilket nivå som har fullmakten
- Slått sammen enkelte punkter
- Nytt punkt vedrørende forhandling på særskilt grunnlag

Fullmakter økonomiområdet

- Fjernet nivå 4
- Fjernet punkter vedrørende salg og pantsetting av fast eiendom
- Noen endringer presiseringer av hvem som er nivå 2
- Endringer fra økonomidirektør SBB til økonomisjef Betanien sykehus

Fullmakter innkjøp/anskaffelser

- Presisering av nivå 4 som bestiller
- Forenklet matrisen kraftig
- Begrensninger/omfang legges på beløp og ikke type anskaffelse

Medbestemmelse:

Saken er av interesse for alle deler av organisasjonen, både ansatte og ledere. Men er ikke drøftingspliktig med tillitsvalgte. Innspill til revidering av fullmaktmatrisene er mottatt av alle ledere i sykehuset.

Verdier:

Gjennom arbeid med fullmakter vil organisasjonen kunne vurdere om at det til enhver tid jobbes i tråd med verdiene; omsorg, helhetssyn, åpenhet, kreativitet, og kvalitetsbevisst i alt vi gjør.

Forslag til vedtak:

1. Styret i Betanien sykehus vedtar de fremlagte reviderte fullmaktmatrisene.
2. Styret ber om at fullmaktdokument for Betanien sykehus AS oppdateres med de reviderte fullmaktmatrisene

Vedlegg:

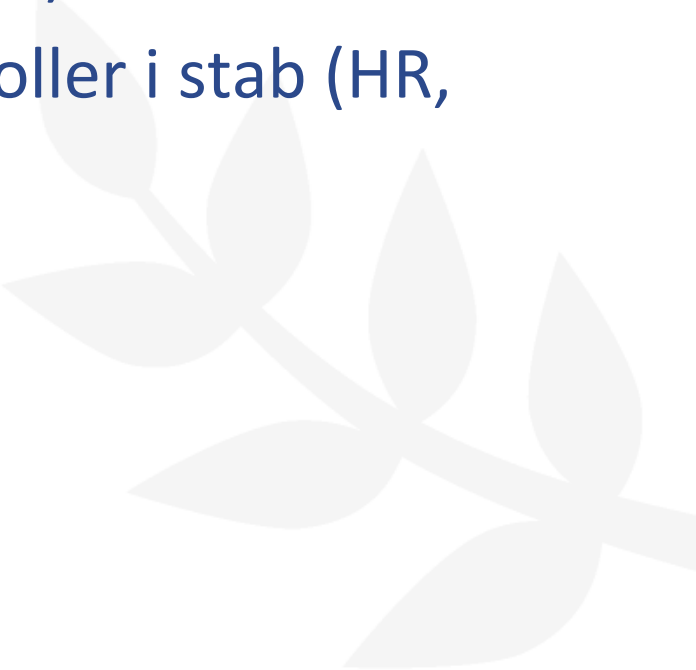
1. Reviderte fullmaktsmatriser
2. Styresak 15.4-2020 – Fullmakter i Betanien sykehus AS etter omorganisering av Stiftelsen Betanien Bergen.
3. Fullmaktdokument Betanien sykehus AS

Saksbehandler: Jostein Tarlebø, økonomisjef
Ansvarlig: Eli Julseth Birkhaug, sykehusdirektør

Fullmaktmatriser

Revidert november 2021

Personalområdet - Roller

- Nivå 0: Styret
 - Nivå 1: Daglig leder (sykehusdirektør)
 - Nivå 2: Enhetsledere og definerte roller i stab (HR, økonomi)
 - Nivå 3: Avdelingsledere
- 

Personalområdet

Nr	Fullmaktstype	Fullmaktens innhold	Omfang/ begrensninger	Laveste nivå
1	Fullmakt til å beslutte utlysning av stilling og tilsetning i stilling	Fullmakten omfatter opprettelse av ny stilling, utlysning av ubesatt stilling, fast eller midlertidig og tilsetning i stilling.	a) Lønnplassering utover tariffavtale og/eller lokal lønnspolitikk	Nivå 1
			b) Nye stillinger	Nivå 2
			c) Erstatningsstillinger	Nivå 3
2	Signering av arbeidsavtale		Avklart iht punkt 1 a)	Nivå 3
3	Innkalle tilkallingshjelp	Tilkallingshjelp/timebaserte oppdrag er ekstrapersonell som tilkalles for å dekke midlertidige og akutte vakanssituasjoner.		Nivå 3

Personalområdet

Nr	Fullmaktstype	Fullmaktens innhold	Omfang/ begrensninger	Laveste nivå
4	Personalansvar, inkludert å kunne godkjenne lønns- og personalrelaterte kostnader	Fullmakten omfatter, men er ikke begrenset til, å fastsette arbeidsplaner/turnus og ferielister, pålegge overtid, innvilge avtalefestede permisjoner, permisjoner uten lønn, godkjenne kurs og tilleggs-/etterutdanning innenfor budsjettåret, godkjenning av variabel lønnsliste for utbetaling slik som time-/overtidslister og reise-/bilgodtgjørelse.	Permisjon uten lønn inntil 1 måned. Lederes permisjon godkjennes av nærmeste overordnet.	Nivå 3
			Kostnader til kurs inntil kr 40 000. Lederes deltakelse på kurs godkjennes av nærmeste overordnet.	Nivå 3
			Permisjon uten lønn utover 1 måned	Nivå 2
			Kostander til kurs utover kr 40 000	Nivå 2
5	Godkjenne bierverv	Fullmakt til å godkjenne bierverv.	Habilitet og roller må tas hensyn til. Avslag kan løftes et nivå.	Nivå 2

Personalområdet

Nr	Fullmaktstype	Fullmaktens innhold	Omfang/ begrensninger	Laveste nivå
6	Godkjenne individuelle arbeidstidsordninger.	Fullmakt til, innenfor gjeldende regelverk og AML, å godkjenne individuelle arbeidstidsordninger i samsvar med stillingsprosent.	Saker av prinsipiell betydning skal drøftes med nivå 1 og HR	Nivå 3
7	Bortfall av egenmelding	Myndighet til å inndra mulighet til å bruke egenmelding	Formalkrav, prosessregler i samsvar med veiledning fra HR	Nivå 3
8	Advarsel	Fullmakt til å gi advarsel, skriftlig og muntlig	Formalkrav, prosessregler i samsvar med veiledning fra HR	Nivå 3
9	Suspendere ansatte	Fullmakt til å beslutte at ansatte skal suspenderes	Formalkrav, prosessregler i samsvar med veiledning fra HR	Nivå 1
10	Vedta oppsigelse/avskjed	Fullmakt til å si opp ansatte	Formalkrav, prosessregler i samsvar med veiledning fra HR	Nivå 1

Personalområdet

Nr	Fullmaktstype	Fullmaktens innhold	Omfang/ begrensninger	Laveste nivå
11	Godkjenne sluttpakke ved oppsigelse	Fullmakt til å godkjenne sluttpakke i forbindelse med at ansatte slutter	Formalkrav, prosessregler i samsvar med veiledning fra HR	Nivå 1
12	Godkjenne pensjonsordninger	Fullmakt til å innvilge spesielle pensjonsordninger for ansatte i forbindelse med avslutning av arbeidsforhold	Forberedes av HR	Nivå 1
13	Arbeidstidsordninger	Arbeidstidsordninger og avtaler som krever forhandling mellom partene som angår mer enn en avdeling og som krever avtale/forhandlinger mellom partene.	Forberedes av HR	Nivå 1
14	Inngåelse av lokale særavtaler	Lokale særavtaler for alle ansatte, og/eller enkeltvise organisasjoner/grupper av ansatte	Forberedes av HR	Nivå 1

Personalområdet

Nr	Fullmaktstype	Fullmaktens innhold	Omfang/ begrensninger	Laveste nivå
15	Lokale lønnsforhandlinger	Sentralt avtalt pott fra sentrale forhandlinger, eller ansatte i organisasjoner som i sin helhet får fastsatt lønn lokalt.	Forhandlingsutvalg (HR/ økonomi)	Nivå 1
16	Forhandlinger på særskilt grunnlag	Forhandlinger for enkelt arbeidstakere knyttet til å: <ul style="list-style-type: none"> • Beholde kvalifiserte arbeidstakere • Betydelige organisatoriske endringer • Betydelige endringer i arbeids- og ansvarsområde • Endringer i kompetanse 	Lønnsutvalg (sykehusdirektør) Forberedes av HR	Nivå 1

Personal – Ferie og permisjoner

Tema	Fullmaktsmatrise for permisjoner delegert fra direktør - vedtak og avgjørelser kan avgjøres også av nivå over fullmakt i det daglige	Nivå	Nærmeste overordnede
Ferie	Søknader som skal til nærmeste overordnede skal sendes elektronisk. Øvrige søknader sendes skriftlig til nærmeste overordnede		<input checked="" type="checkbox"/>
Eksamen	Eksamensfri gis for eksamen og inntil to lesedager, eventuelt deleksamen der arbeidstakere ikke tidligere har avlagt slik eksamen ved følgende skoler: grunnskole, videregående skole, høyskole og universitet. Det er en forutsetning at lesedagene avvikles umiddelbart før eksamen og at faget kan ha betydning for virksomheten. Ved eksamen etter helg eller helligdag gis det til vanlig ikke fri til lesedager. Unntatt er de som har turnusarbeid og som har tjeneste på dager før eksamen. Lønnet permisjon til eksamensdager med lesedager kan maksimalt gis for 10 arbeidsdager pr. år. Fri ut over dette må gis uten lønn.		<input checked="" type="checkbox"/>

Personal – Ferie og permisjoner

Tema	Fullmaktsmatrise for permisjoner delegert fra direktør - vedtak og avgjørelser kan avgjøres også av nivå over fullmakt i det daglige	Nivå	Nærmeste overordnede	
Velferds- permisjoner (med lønn)	Søknader som skal til nærmeste overordnede skal sendes elektronisk. Øvrige søknader sendes skriftlig til nærmeste overordnede			
	Undersøkelse og behandling hos leger, tannleger, fysioterapeut, psykolog og andre private gjøremål må så langt som mulig legges til fritiden. Arbeidstaker som er gravid har rett til fri fra arbeid med lønn i forbindelse med svangerskapskontroll dersom slike undersøkelser ikke med rimelighet kan finne sted utenfor arbeidstiden.			<input checked="" type="checkbox"/>
	Ved alvorlig sykdom i nærmeste familie (ektefelle, samboer, foreldre, besteforeldre, barn, søsken eller andre som står arbeidstakeren nær) kan det gis permisjon i inntil 5 dager. Rett til permisjon når barn eller barnepasser er syk, jfr. AML, TA og trygdelovgivningens bestemmelser, gjelder i tillegg til denne bestemmelsen.	3		<input checked="" type="checkbox"/>
Barnehage og grunnskole: Dersom begge foreldrene er i arbeid kan følgende permisjoner gis: <ul style="list-style-type: none"> for første tilvenning av barn i barnehage: inntil 3 dager for oppstart av grunnskole: 1 dag for oppstart i skolefritidsordning når slik dag faller på annen dag enn oppstart av grunnskolen: 1 dag 			<input checked="" type="checkbox"/>	

Personal – Ferie og permisjoner

Tema	Fullmaktsmatrise for permisjoner delegert fra direktør - vedtak og avgjørelser kan avgjøres også av nivå over fullmakt i det daglige	Nivå	Nærmeste overordnede
Velferds- permisjoner (med lønn)	Søknader som skal til nærmeste overordnede skal sendes elektronisk. Øvrige søknader sendes skriftlig til nærmeste overordnede		
	For eget bryllup/sølvbryllup/50-årsdag kan det gis permisjon i 1 dag dersom dagen er lagt til dag med ordinært arbeid/vakt.		<input checked="" type="checkbox"/>
	For husbygging og istandsetting av husvære kan det etter søknad gis inntil 2 dager. Det er en forutsetning at arbeidstaker selv utfører/deltar i husbygging/istandsetting. Permisjon kan vanligvis gis bare 1 gang.		<input checked="" type="checkbox"/>
	Det kan etter søknad gis permisjon for flytting med 1 dag. Det er en forutsetning at arbeidstaker er fast ansatt. Permisjonen gis etter stillingsstørrelse. Permisjon med lønn gis ikke dersom arbeidstaker har sagt opp sin stilling. Permisjon kan vanligvis gis bare 1 gang i løpet av en 5 års periode.		<input checked="" type="checkbox"/>
	Det kan etter søknad innvilges permisjon for feiring av religiøse og nasjonale høytidsdager som ikke er offisielle etter norsk kalender med 1 dag.		<input checked="" type="checkbox"/>
Til særlige velferdsformål kan det, etter søknad og en konkret vurdering, gis permisjon med lønn i inntil 2 dager.		<input checked="" type="checkbox"/>	

Personal – Ferie og permisjoner

Tema	Fullmaktsmatrise for permisjoner delegert fra direktør - vedtak og avgjørelser kan avgjøres også av nivå over fullmakt i det daglige Søknader som skal til nærmeste overordnede skal sendes elektronisk. Øvrige søknader sendes skriftlig til nærmeste overordnede	Nivå	Nærmeste overordnede
Barn på skole (ulønnet permisjon)	Når arbeidstaker har barn i førskolealder eller i grunnskolen kan det gis permisjon uten lønn i inntil 1 år.	2	
Ektefelle /samboer arbeid annet bosted	Dersom ektefelle/samboer tar på seg midlertidige tjenesteoppdrag eller utdanning som medfører flytting, kan det gis permisjon uten lønn i inntil 1 år. Dersom han/hun blir pålagt slik tjeneste, kan permisjon uten lønn gis for inntil 2 år.	2	
Vektige velferdsgrunner	Ved tungtveiende helsemessige, sosiale eller andre vektige velferdsgrunner kan det, etter en konkret vurdering, gis permisjon uten lønn i inntil 1 år.	2	

Personal – Ferie og permisjoner

Tema	Fullmaktsmatrise for permisjoner delegert fra direktør - vedtak og avgjørelser kan avgjøres også av nivå over fullmakt i det daglige	Nivå	Nærmeste overordnede
	Søknader som skal til nærmeste overordnede skal sendes elektronisk. Øvrige søknader sendes skriftlig til nærmeste overordnede		
Pleie av pårørende	Arbeidstaker som pleier nære pårørende i hjemmet i livets slutfase har rett til permisjon uten lønn i 20 dager for pleie av den enkelte pårørende.	2	
Permisjon til annen stilling	Ved tilsetning i stilling/engasjement hos annen arbeidsgiver, kan arbeidstakere som har arbeidet i virksomheten i minst 3 år, gis permisjon uten lønn i inntil 1 år, når arbeidet har faglig verdi for vedkommendes arbeid i virksomheten.	2	
Tillitsverv i arbeidstaker organisasjon - utenfor egen virksomhet	Tillitsvalgte har rett til fri fra ordinært arbeid for å utføre sine oppgaver, jfr. HA. Funksjonen som tillitsvalgt må avvikles slik at det volder minst mulig ulempe for det ordinære arbeid i virksomheten. Fraværet skal så vidt mulig avtales på forhånd med nærmeste overordnede. For deltakelse i lokale, fylkesvise og sentrale forhandlinger, der virksomheten/VIRKE er forhandlingsmotpart, blir det gitt permisjon med lønn. Valgte medlemmer av vedtektsfestede sentral, distrikts- og fylkesorgan får permisjon i inntil 12 arbeidsdager pr. år, jfr. HA.	2	


Personal – Ferie og permisjoner

Tema	Fullmaktsmatrise for permisjoner delegert fra direktør - vedtak og avgjørelser kan avgjøres også av nivå over fullmakt i det daglige	Nivå	Nærmeste over-ordnede
	Søknader som skal til nærmeste overordnede skal sendes elektronisk. Øvrige søknader sendes skriftlig til nærmeste overordnede		
Kurs for tillitsvalgte i virksomheten	Ved deltakelse i kurs for tillitsvalgte kan det gis permisjon med lønn dersom kurset er relevant for arbeidstakerens funksjon som tillitsvalgt i forhold til arbeidsgiver. Tidspunktet for avvikling av kursene må vurderes etter de driftsmessige forhold. Rett til permisjon etter dette punkt er begrenset til 12 arbeidsdager pr. år.		<input checked="" type="checkbox"/>
Øvrige permisjoner	Felles for nedenstående: Dersom vedkommende mottar lønn fra annen virksomhet, så går denne til fradrag i lønn fra oss.		
Overlege-permisjon og spesialist-permisjon psykologer	Overleger og psykologspesialister har krav på utdanningspermisjon med lønn i minimum 4 måneder pr. 5 års periode. Tidspunktet for permisjon drøftes med den enkelte overlege/psykologspesialist og det forutsettes at det legges frem et utdanningsprogram. Tidspunktet for permisjonen fastsettes deretter av arbeidsgiver. Permisjonen kan også tas ut oftere og da i kortere perioden, f.eks. tre uker pr. år. Dersom vedkommende mottar lønn fra annen virksomhet i permisjonstiden, så går denne til fradrag i lønn fra oss.	2	

Personal – Ferie og permisjoner

Tema	Fullmaktsmatrise for permisjoner delegert fra direktør - vedtak og avgjørelser kan avgjøres også av nivå over fullmakt i det daglige Søknader som skal til nærmeste overordnede skal sendes elektronisk. Øvrige søknader sendes skriftlig til nærmeste overordnede	Nivå	Nærmeste over-ordnede
Utdannings- permisjon	Det kan innvilges permisjon med eller uten lønn/stipend for kompetanseutvikling og forskning. Søker er pliktig til å opplyse om vedkommende mottar økonomisk støtte fra annet hold til samme kompetanseutviklings- eller forskningstiltak. Ved vurdering skal det legges vekt på behovet for aktuell kompetanse, budsjettsituasjonen og personalsituasjonen. Dersom vedkommende mottar lønn fra annen virksomhet i permisjonstiden, så går denne til fradrag i lønn fra oss.	2	

Økonomiområdet - Roller

- Nivå 0: Styret
 - Nivå 1: Daglig leder (sykehusdirektør)
 - Nivå 2: Enhetsledere og definerte roller i stab (økonomisjef, økonomirådgiver og HR)
 - Nivå 3: Avdelingsledere
- 

Økonomi – Vesentlige transaksjoner

Fullmaktstype	Fullmaktens innhold	Laveste nivå	Beløp/verdi	Merknad
Ny virksomhet innenfor eksisterende virksomhet	Beslutte oppstart salg varer/tjenester	Nivå 1	1 000 000	
Innlevere tilbud ved salg	Innlevere tilbud ved konkurranse/anbud	Nivå 1 Nivå 2	3 000 000 500 000	
Salg og utrangering av inventar, utstyr mv. og immaterielle eiendeler	Beslutte og sette pris ved salg.	Nivå 1 Nivå 2	500 000 100 000	Nivå 2: Enhetsleder eller økonomisjef
Salg av tjenester (kompetanse)	F.eks. helsetjenester, konsulent, foredrag mv.	Nivå 1 Nivå 2	500 000 100 000	Nivå 2: Enhetsleder eller økonomisjef
Låneopptak	Låneopptak må godkjennes av styret når det er av strategisk art eller > 10 mill	Nivå 0 Nivå 1	> 10 000 000 < 10 000 000	Utføres av økonomisjef
Kontraktsinngåelse ad leie og utleie av lokaler/arealer	Fullmakt til å signere kontrakter vedr. leie og utleie av lokaler/arealer.	Nivå 0 Nivå 1	> 500 000 < 500 000	Gjelder utenom konsernet Årlig beløp

Økonomi – Andre forhold

Fullmaktstype	Fullmaktens innhold	Laveste nivå	Beløp / verdi	Merknad
Oppdrag/prosjekt	Godkjenne oppstart FoU- eller utviklingsprosjekt, f.eks. oppdragsforskning	Nivå 1 Nivå 2		Nivå: 2: Enhetsleder Innenfor budsjетtrammer Nivå 2: Utover budsjетtrammer nivå 1
Godkjenne regnskap øremerkede midler	Undertegne særregnskap for bruk av øremerkede midler mottatt fra utenforstående	Nivå 1 Nivå 2 Nivå 3	Alle Egen enhet Egen avdeling	
Vedta budsjett	Fastsette detaljert budsjett ut fra styrets budsjettvedtak	Nivå 1		
Disponere budsjett	Benytte budsjettmidler innenfor eget ansvarsområde	Alle med eget budsjett		
Omdisponere budsjett	Endre budsjett disponering i henhold til retningslinjer	Alle med eget budsjett		
Pensjon	Fullmakt til å attestere på pensjonspremier og reguleringspremier	Nivå 1: Anvise Nivå 2: Attestere		Nivå 2 = Økonomisjef

Økonomi – Andre forhold

Fullmaktstype	Fullmaktens innhold	Laveste nivå	Beløp / verdi	Merknad
Strøm/energi	Fullmakt til å attestere på strøm- og andre energifakturaer	Nivå 1 Nivå 2 Nivå 3		Anvises ett nivå høyere
Husleie	Fullmakt til å attestere fellesfakturaer ad leie av lokaler/arealer i henhold til kontrakt	Nivå 1 Nivå 2 Nivå 3		Anvises ett nivå høyere
Erstatningsutbetaling til pasient	Godkjenne erstatningsutbetaling til pasient. Jfr. NPE-rutine.	Nivå 0 Nivå 1	> 100 000 < 100 000	
Erstatningsutbetaling til ansatt	Godkjenne erstatningsutbetaling til ansatt. Omfatter personskade, eiendeler og arbeidsrettslig	Nivå 1 Nivå 2	> 50 000 < 50 000	Se egen rutine personalområdet Nivå 2: Enhetsleder, HR-direktør eller økonomisjef
Erstatningsutbetaling til tredjemann	Godkjenne erstatningsutbetaling til tredjemann. Omfatter personskade og eiendeler.	Nivå 1 Nivå 2	> 50 000 < 50 000	Forutsetter at det er gjort konsultasjoner og juridiske vurderinger. Nivå 2: Enehtsleder, HR-direktør eller økonomisjef
Forsikringspremier og avgifter	Fullmakt til å attestere etter at forsikringsansvarlig har kontrollert og godkjent.	Nivå 1: Anvise Nivå 2: Attestere		Nivå 2 = Økonomisjef

Confidential, Skjellevik, Åse Meistad, 01/27/2022 13:33:45


Økonomi – Bank, likviditet, bokføring

Fullmaktstype	Fullmaktens innhold	Laveste nivå	Beløp / verdi	Merknad
Fullmaktstype	Fullmaktens innhold	Laveste nivå	Beløp / verdi	Merknad
Opprette, endre eller slette bankkonti	Hos bankforbindelsen	Nivå 2		Økonomisjef
Utbetalingsfullmakt på bankkonti	Godkjenne hvem som skal ha utbetalings- fullmakt på bankkonti	Nivå 2		Økonomisjef
Avskrive fordringer	Godkjenne tapsføring etter purring og/eller konkret vurdering	Nivå 1 Nivå 2	50 000 10 000	
Morarenter og inkassogebyr	Fullmakt til å anvisefakturaer vedr. forsinkelses-renter og inkassogebyr	Nivå 2		Nivå 2: Enhetsleder eller økonomisjef
Lån og lånerenter	Fullmakt til å godkjenne utbetaling av avdrag og renter på lån	Nivå 2		Økonomisjef
Utbetalingsfullmakt bank	Fullmakt til å foreta utbetaling fra bank, der to signerer samtidig.	Nivå 2		Nivå 2: Økonomisjef og økonomirådgivere

Økonomi – Bank, likviditet, bokføring

Fullmaktstype	Fullmaktens innhold	Laveste nivå	Beløp / verdi	Merknad
Fullmaktstype	Fullmaktens innhold	Laveste nivå	Beløp / verdi	Merknad
Bokføre	Tilgang til å oppdatere regnskapet, samt kunde- og leverandørreskontro	Nivå 2		Nivå 2: Økonomisjef og økonomirådgivere
Oppdatere leverandørregister	Tilgang til å opprette, endre og slette leverandører i økonomisystemet	Nivå 2		Nivå 2: Økonomisjef og økonomirådgivere
Oppdatere lønnsystem	Tilgang til å opprette, endre og slette ansatte i lønnsystemet	Nivå 2		Nivå 2: Økonomirådgivere

Innkjøp/anskaffelser - Roller

- Nivå 0: Styret
 - Nivå 1: Daglig leder (sykehusdirektør)
 - Nivå 2: Enhetsledere
 - Nivå 3: Avdelingsledere
 - Nivå 4: Bestillere
- 

Innkjøp/anskaffelser

Type forpliktende beslutning	Bestille/kontrollere (laveste nivå)	Godkjenne (laveste nivå)	Beløp
Inngåelse av rammeavtaler		Nivå 1	
Anskaffelse av varer, forbruksmateriell og tjenester	Nivå 4	Nivå 3	300 000
	Nivå 3	Nivå 2	500 000
	Nivå 2	Nivå 1	Innenfor vedtatte budsjett

Sak 15.4-2020 – Fullmakter i Betanien sykehus AS etter omorganisering av Stiftelsen Betanien Bergen

Formål:

Å informere og involvere styret i Betanien sykehus AS om fullmakter og delegasjon av fullmakter etter omorganisering av Stiftelsen Betanien Bergen.

Bakgrunn:

Stiftelsen Betanien Bergen har gjennomført et organisasjonsprosjekt som har medført endrede og nye roller med tilhørende ansvar og myndighet. Den største endringen er etableringen av Betanien sykehus AS. Fullmakter må tilpasses ny organisasjonsstruktur, med nye roller med tilhørende ansvar og myndighet, både i Stiftelsen Betanien Bergen og Betanien sykehus AS.

Sammendrag:

Arbeid siden forrige styremøte:

Det vises til styresak 7-2020 den 13.02.2020 om revisjon og tilpasning av fullmakter til ny organisasjon. Etter styremøtet er det gjort tilpasninger i fullmaktsdokument- og matriser med utgangspunkt i to offentlige helseforetak. Den overordnede styring, rolledeling og fullmaktstruktur i konsernets to juridiske enheter er behandlet i styret i Stiftelsen Betanien Bergen den 24.03.2020. Det er laget ett fullmaktsdokument for Stiftelsen Betanien Bergen og ett for Betanien sykehus AS. Styret i Betanien sykehus AS må behandle fullmaktsdokumentet for Betanien sykehus AS. Vedlagte fullmaktsdokument vil være rammeverket og basis for videre delegasjon av fullmakter i linjen.

Vedlagt følger også fullmaktsskjema for delegering av fullmakter hvor den som får delegert fullmakter også ved sin signatur forplikter seg til å sette seg inn i og forstå bestemmelser knyttet til utstedelse og utøvelse av fullmakt.

Det er behov for ytterligere tydeliggjøring, forenkling og operasjonalisering av fullmakter som delegeres til den enkelte leder. Dette gjelder både beløp og art av avgjørelser vedkommende er bemyndiget til. I fullmakten til den enkelte leder må det ligge både begrensninger og handlingsrom. Vedlagte skjema skal ivareta noe av dette.

Veien videre:

Arbeidet med å tydeliggjøre, forenkle og operasjonalisere fullmaktene overfor den enkelte leder er påbegynt. Dette gjøres ut fra en risikobasert tilnærming, der vi søker etter risikoområder som er størst knyttet til delegering av fullmakter. Det gjelder både størrelsen på og typen økonomiske forpliktelser som kan inngås på de ulike leder- og fagnivåene. Det ligger både økonomiske, etiske og omdømmemessige forhold i dette. Et av de største risikoområdene er knyttet til innkjøp og ansettelser som utføres av ledere i driftsavdelingene, hvor majoriteten av innkjøp og ansettelser skjer. Det er derfor viktig at fullmakter gjøres så tydelige, enkle og tilgjengelige som mulig, i dette viktige leddet, og at det gis god og informativ lederstøtte til disse i sin fullmakts- og myndighetsutøvelse.

I det videre arbeidet vil vi også søke å samordne dokument, samt linke, overføre og utdype noen av bestemmelser fra fullmaktsdokument til håndbøker og prosedyrer innenfor ledelse, personal, innkjøp og økonomi.

Sjekkliste/FAQ:

Fullmakter og praktiseringen av fullmakter er en viktig del av lederstrukturen og ledelse helt ut til avdelingsledernivåene i sykehuset. Det er viktig at fullmakter er delegert på en tydelig og enkel måte helt ut til ytterste lederledd. Fullmaktene bør være så avklarte og fullstendige som mulig, og det bør gå klart fram hva som ligger i fullmaktene og ikke. En hjelp for ledere i så måte er at det utarbeides sjekklister og FAQ-svar (frequently asked questions) for å trygge alle ledere og ledernivå i deres myndighetsutøvelse. Dette må også henge sammen med rammeverk fullmakter/fullmaktsdokument, tildelte fullmakter samt prosedyrer/håndbøker på området.

Oppsummering:

For Stiftelsen Betanien Bergen og Betanien sykehus AS er det viktig at fullmaktsdelegasjonen er på styrets premisser i de to juridiske enhetene og ivaretar hensiktsmessig rolledeling mellom eieransvar og driftsansvar på en måte som ivaretar eierstyring og virksomhetsstyring på en god og effektiv måte innenfor de lover og regler som gjelder.

God virksomhetsstyring må skje gjennom delegering av fullmakter på en konsistent, transparent og tydelig måte. Dette er et arbeid som henger sammen med det sett av regler og retningslinjer som gjelder både overordnet og spesifikt innenfor de ulike fag- og driftsområder, både eksternt og internt, og som skal forvaltes og utvikles videre. Arbeidet med tydeliggjøring av fullmakter i organisasjonen vil skje med utgangspunktet i det overordnede fullmaktsrammeverket, og tas videre ut til øvrige ledere.

Det er naturlig at det foran hvert nytt årsskifte foretas en revisjon og tilpasning av fullmakter tilpasset nytt driftsår. Det legges opp til at fullmakter tas opp igjen i egen sak i styremøtet i november/desember med oppdatert fullmaktsdokument- og matrise tilpasset nytt år. Myndighet til mindre vesentlige ajourføringer, endringer og redigeringer i dagens fullmaktsdokument- og matrise i forhold til tilpasning til og ivaretagelse av daglig drift, anbefales derfor avgitt til sykehusdirektør.

Risiko:

Tydelige og hensiktsmessige fullmakter er avgjørende for god intern kontroll både for styrende organ, samt den overordnede og operative virksomhetsstyringen. Etterlevelse og vedlikehold av fullmakter er et risikoområde som må sikres gjennom god forankring, struktur, oppfølging, styring og kontroll.

Medbestemmelse:

Saken er av interesse for alle deler av organisasjonen, både ansatte og ledere.

Verdier:

Gjennom arbeid med fullmakter vil organisasjonen kunne vurdere om at det til enhver tid jobbes i tråd med verdiene; **omsorg, helhetssyn, åpenhet, kreativitet, og kvalitetsbevisst** i alt vi gjør.

Miljøperspektiv:

Vedtaksforslaget har ingen negativ påvirkning på det ytre miljø.

Forslag til vedtak:

1. Styret tar informasjon om fullmakter til etterretning, og ber om at fullmakter delegeres på en hensiktsmessig og effektiv måte videre i linjen i 2020.
2. Styret ber om at det senhøstes årlig, i forbindelse med fastsettelse av planer og budsjett for nytt år, legges fram revidert fullmaktsdokument tilpasset myndighetsutøvelse for måloppnåelse nytt år.

Vedlegg:

1. Fullmaktsdokument Betanien sykehus AS
2. Skjema for delegasjon av fullmakt

Saksbehandler: Ketil Ragnhildstveit, økonomidirektør

Ansvarlig: Per Martin Knutsen, administrerende direktør Stiftelsen Betanien Bergen/styreleder Betanien sykehus

FULLMAKTSREGLEMENT BETANIEN SYKEHUS AS (BS AS) FRA 2020

Innhold

1	Innledning	1
2	Fullmaktsnivåene	2
3	Etikk og habilitet	3
4	Konsekvenser ved brudd på fullmaktene	4
5	Fullmaktsområder.....	4
5.1	Overordnede fullmakter	4
5.2	Økonomiske fullmakter	4
5.3	Innkjøps-/anskaffelsesfullmakter og investeringsfullmakt	5
5.3.1	Investeringsfullmakter	5
5.3.2	Byggeinvesteringer	6
5.4	Personalfullmakter (HR-området).....	6
6	Definisjoner, begrep og presiseringer.....	7
7	Fullmaktsmatrise	8
7.1	Generelle fullmakter – overordnet nivå	9
7.2	Fullmaktsmatrise overordnede juridiske	9
7.3	Fullmaktsmatrise innkjøp / anskaffelser	11
7.3.1	Presiseringer rundt kontrollansvar anskaffelser / innkjøp og fakturagodkjenning.....	13
7.4	Fullmaktsmatrise økonomi	15
7.5	Fullmaktsmatrise personal (HR-området).....	18

1 Innledning

Sykehusdirektør (SD) innehar samtlige fullmakter knyttet til den daglige ledelse og drift av Betanien sykehus AS (BS AS) i h.h.t instruks for SD. Det er SD sin rett og plikt til å sørge for at den interne fullmaktstrukturen er innenfor de rammer som følger av styreinstruks, instruks for SD, vedtekter samt relevant lovverk og retningslinjer.

Endringer i fullmaktmatrisen vedtas av SD, eller styret der ansvaret er lagt til styret. Fullmaktmatrisen er SD sin instruks for ledelse i BS AS gjennom fullmaktsdelegering.

SD er eier av dokumentet og koordinerer arbeidet med vedlikehold og oppdatering. Det operative ansvaret for fullmaktene ligger på hvert område i stab, støtte og drift. De ulike fagfelt og driftsområder har ansvar for gjennomføring, veiledning, revisjon og vedlikehold av fullmaktene for sine områder.

Økonomifunksjonen ajourfører fullmaktregisteret basert på fullmaktsskjema fra organisasjonen. Skjemaene registreres i et fullmaktsregister der det til enhver tid er mulig å gjenfinne hvem som hadde en bestemt fullmakt når. Den som delegerer en fullmakt kan alltid trekke den tilbake.

Fullmaktene tar utgangspunkt i relevant lov- og regelverk som regulerer BS AS sine roller som sykehus, forskning-/ utdanningsinstitusjon, arbeidsgiver, privat sykehus under offentlig myndighetsorgan sitt «sørge for ansvar», forretningspart og datterselskap av Stiftelsen Betanien Bergen (SBB). I tillegg er sykehusets virksomhet regulert av vedtekter, instruks for styret og direktør, samt avtale med og bestillingsdokument fra Helse Vest RHF.

Fullmaktene som fremgår av dette dokumentet gjelder det administrative nivået, primært rettet mot forhold som har en økonomisk betydning for selskapet. Fullmaktene skiller mellom:

- **Overordnede fullmakter**
- **Økonomiske fullmakter**
- **Innkjøps-/anskaffelsesfullmakter og investeringsfullmakt**
- **Personalfullmakter**

Disse områdene omfattes derfor ikke av dette dokumentet (ikke uttømmende liste):

- Styrets eksklusive fullmakter
- Helsefag og helseadministrasjon
- Utdanning
- Informasjonshåndtering, herunder forhold til presse/media
- Tilgang til it-systemer

Fullmaktshaver skal utøve sin fullmakt med formål å sikre at BS AS ivaretar sine plikter etter spesialisthelsetjenesteloven og andre lover, og eventuelt annen aktivitet på en helhetlig og forsvarlig måte.

Ansatte med fullmakter forplikter seg til å sette seg inn i disse og anvende de i overensstemmelse med fullmaktsmatrisen. Vedkommende er ansvarlig for at beslutninger og drift gjennomføres innenfor gjeldende lov og avtaleverk, vedtak, planer/budsjett, reglement innenfor økonomi, personal, innkjøp og øvrige retningslinjer. Som fullmaktsinnehaver er man forpliktet til å sikre seg nødvendig kunnskap om ovennevnte, gjennom tilgjengelige prosedyrer, veiledninger, sjekklister og håndbøker i kvalitetssystemet, samt gyldige vedtak.

2 Fullmaktsnivåene

Styret er øverste organ i BS AS med det alminnelige ansvar for forvaltning av sykehuset. Styret innehar samtlige fullmakter i selskapet, såfremt ikke annet er nevnt i styrende dokumenter som sykehusets vedtekter, lovverk og krav i bestillingsdokument fra oppdragsgiver.

Overfor styret er SD bindeleddet til sykehusets daglige ledelse, og har et direkte ansvar for at det er organisert slik at det fungerer hensiktsmessig og effektivt. Herunder at sykehuset har en formålstjenlig og helhetlig fullmaktstruktur. Fullmaktene er gitt individuelt gjennom undertegnelse av fullmaktsskjema.

Figur 1 Følgende nivå er gjeldende i Betanien sykehus AS:

Nivå 0	Styret i Betanien sykehus AS (BS AS)
Nivå 1	Sykehusdirektør (SD)
Nivå 2	Enhetsledere
Nivå 3	Avdelingsledere
Nivå 4	Teamledere og andre som ikke er ledere (f.eks. bestillere)

Fullmaktene følger resultat-/budsjettansvarsområde og tar utgangspunkt i gjeldende ansvars- og organisasjonsstruktur i selskapet. Dette betyr at fullmaktene primært knyttes til hvilket ledernivå man befinner

seg på i organisasjonen. Ingen kan fatte beslutninger som innvirker på andre områder enn de en selv har ansvaret for. SD har som daglig leder det øverste ansvaret, men den daglige ledelsen i BS AS er den samlede innsatsen fra alle ledere.

SD står fritt til å tilbakekalle og gi instruksjoner om utøvelsen både generelt og i enkeltsaker, og til å omgjøre beslutninger i linjen. Fullmaktene kan delegeres videre nedover i linjen som vist i figur 1, når det er nødvendig, forsvarlig og det støtter en effektiv myndighetsutøvelse i BS AS. Den som har delegert fullmakt til en annen, beholder full instruksjonsrett og har et selvstendig ansvar for at fullmakten utøves i tråd med både delegasjon og fullmaktsmatrisen.

I praksis vil det kunne være behov for at ass. avdelingsleder, teamleder eller annen person gis fullmakt til f.eks å rekvirere varer og/eller attestere faktura. Da blir denne personen bemyndiget en fullmakt, som betyr at man kan utføre oppgaver på en annens vegne.

Stabs- og støtteroller (S-roller)

Nivå 4 er sykehusets laveste ledernivå og kan kun unntaksvis anvendes der det foreligger et reelt og særskilt begrunnet behov for det. Som hovedregel så skal derfor nivå 3 benyttes som det laveste ledernivået i konsernet. Ledernivåene reserveres kun for de ansatte som har et helhetlig lederansvar, herunder både personal-, økonomi-, og fagansvar.

Unntak fra regelen om å følge organisasjonskartet er gjort for følgende funksjoner(stab/støtte), som kan være organisert inn på ulike nivå. S står for stabs- eller støtterolle, nummeret bak er kun kronologisk og handler ikke om hvilket nivå S er organisert inn på. Inngåtte kompetanseoppdragsavtaler i konsernet regulerer samarbeid og bruk av felles ressurser på tvers av enhetene i konsernet:

- **S1 Økonomidirektør SBB**
- **S2 Økonomisjef BS AS, økonomirådgivere BS AS og BRS**
- **S3 Driftssjef SBB, husøkonom BRS**
- **S4 HR-direktør BS AS, personalrådgiver BRS**

I tillegg er det, innenfor de begrensninger som gjelder for de ulike ledernivåer og som fremgår av fullmaktsdokumentet, anledning til å delegere fullmakter til assisterende ledere der dette er nødvendig for å sikre en effektiv og hensiktsmessig arbeidsflyt. Før slik delegering av myndighet skjer, må det vurderes hvorvidt behovet kan løses gjennom en fast stedfortrederfunksjon.

3 Etikk og habilitet

- For å sikre habilitet og redusere muligheten for mislighold skal alle transaksjoner relatert til en ansatt/dennes familie eller nærstående, alltid attesteres av vedkommendes overordnede.
- Delegerte fullmakter er knyttet til det enkelte budsjettår.
- Den enkelte fullmaktshaver har et klart ansvar for å forsikre seg om at man ikke går utover gitte fullmakter. En fullmaktshaver som er i tvil skal avklare med sin overordnede.
- Fullmaktshaver skal handle til beste for BS AS uten motiver om egen eller andres private vinning
- Ansatte har et selvstendig ansvar for å registrere bierverv i personalportalen og skal ikke påta seg bierverv som kan påvirke/så tvil om arbeidstakerens lojalitet eller habilitet.

Det vises for øvrig også til konsernets etiske retningslinjer i Stiftelsen Betanien Bergen.

4 Konsekvenser ved brudd på fullmaktene

Fullmaktene er forpliktende. Overholdelse følges opp både via systemkontroll og gjennom manuelle kontroller/revisjoner. Overtredelse av fullmakt vil kunne få personalmessige og/eller arbeidsrettslige følger. Den som går utover sine fullmakter vil urettmessig kunne forplikte BS AS utad, på tvers av ledelsens ønsker og sykehusets policy. En slik avtale vil kunne medføre erstatningsansvar for BS AS. Den som uaktsomt har medvirket til dette, vil kunne bli stilt økonomisk til ansvar (om avtalen heves eller avtalen medfører forpliktelser av uheldig art for BS AS).

Ansatte som mistenker/avdekker brudd på en fullmakt skal melde fra til leder på nivået over mulig overtredelse og til økonomisjef eller økonomirådgiver. Disse vurderer videre saksgang herunder hvem som skal informeres. Dette er i praksis HR og/eller SD.

Ved alvorlige brudd der reaksjon kan forventes, tas dette opp med vedkommende. Hvilken reaksjonsform som skal gis, avhenger av alvorligheten av bruddet. Før dette bringes opp med vedkommende skal HR alltid kontaktes.

5 Fullmaktsområder

Fullmakter i dette dokumentet er delt inn i områdene:

- Overordnede fullmakter
- Økonomiske fullmakter
- Innkjøps-/anskaffelsesfullmakter og investeringsfullmakt
- Personalfullmakter

5.1 Overordnede fullmakter

SD i BS AS har fullmakt til å opptre på vegne av sykehuset i saker som hører til driften. Denne omfatter også rett til å opptre på vegne av sykehuset i sivile og strafferettslige prosesser med unntak for saker av uvanlig art eller stor betydning for sykehuset. SD er i tillegg til dette prokurist for sykehuset.

I saker av uvanlig art eller stor betydning skal styret i BS AS saksbehandle, f.eks.:

- Behov for opptak av lån og pantsettelse
- Saker hvor styret skal treffe vedtak
- Avhending av eiendeler med verdi av enkeltobjekt, eller samlet, utover 1 mill. kroner
- Investeringer i h.t. konsernbestemmelser i Stiftelsen Betanien Bergen

Delegering av fullmakt

SD kan delegeres sin fullmakt til det nivå som har best forutsetning for å løse oppgaven. Slik delegering og videre delegering må til enhver tid være innenfor rammene av gjeldende regelverk og sykehusets instruksjoner.

5.2 Økonomiske fullmakter

SD i BS AS har fullmakt til å fastsette detaljert årsbudsjett ut fra styrets budsjettvedtak / resultatkrav, mens det å disponere budsjettet er lagt til de med budsjett disponeringsfullmakt (BDF), jfr fullmakts skjema, fullmaktsregister og matrise. Fullmakt til å omdisponere budsjettet er lagt til enhetsledere psykisk helsevern

og somatikk, med avgrensning til overførsel mellom kontogruppene 4 – Varekostnader, 5 - Lønn og andre personalkostnader, 6 og 7 – Andre driftskostnader, som skal godkjennes av SD eller økonomisjef.

Leiekontrakter klassifiseres som operasjonelle eller finansielle avhengig av om det er leverandøren eller BS AS som bærer risikoen. Alle leiekontrakter skal derfor vurderes for klassifisering før kontraktsinngåelse av økonomisjef i BS AS. Finansielle leieavtaler med kontraktsverdi over kr 100.000 skal godkjennes av styret i BS AS.

Avtale om leie av lokaler/fast eiendom/areal skal signeres av SD.

Det er viktig at BS AS har et profesjonelt og ryddig forhold til stiftelser og legater, og at gaver blir benyttet til sitt formål og blir gjenstand for en forsvarlig vurdering i forhold til etiske problemstillinger, BS AS sitt formål og strategier, og virksomheten for øvrig. Gaver av vesentlig størrelse og som kan ha innvirkning på BS AS eller eier SBB sine vedtatte strategier eller prioriteringer, skal forelegges styret før gaven kan aksepteres. Det gjelder også om gaven genererer vesentlige kostnader ut over budsjettåret. Andre gaver som det knyttes bindinger til skal vurderes av SD eller enhetsledere.

BS AS sin håndtering av forholdet til gaver, stiftelser, legater og fond, skal alltid vurderes i sammenheng med Stiftelsen Betanien Bergen sine konsernbestemmelser.

5.3 Innkjøps-/anskaffelsesfullmakter og investeringsfullmakt

Innkjøp av varer og tjenester skal følge bestemmelsene beskrevet nedenfor. Det er særskilte retningslinjer og fullmakter for investeringer. Det presiseres at fullmaktene bare gjelder innkjøp som berører BS AS. Dersom det er innkjøp som gjelder alle eller flere enheter i SBB-konsernet, er det SBB som har fullmakt. Generelt gjelder følgende:

- Det skal i størst mulig grad foretas innkjøp gjennom det etablerte innkjøpssamarbeidet som finnes i sykehussektoren i Norge, eksempelvis Sykehusinnkjøp HF, Virke eller KNIF, og på de premisser som settes for samarbeidet.
- Ethvert innkjøp skal være relevant og nødvendig for driften. Det skal kontrolleres at det er dekning for kostnaden i tildelt budsjett og at den er økonomisk forsvarlig.

Fullmakt til å starte en innkjøpsprosess ligger i tillegg til SD/stab også hos enhetsledere og avdelingsledere. Det skal vektlegges tverrfaglig samarbeid i innkjøpsprosesser, om mulig også med SBB.

Fullmakt til å godkjenne hvem som kan gjøre bestilling til enhet eller avdeling kan som laveste myndighetsnivå ligge på avdelingsledernivå.

Foruten styret er det ledergruppen og/eller SD som tar beslutning om hvilke investeringer som skal prioriteres.

5.3.1 Investeringsfullmakter

Investeringsrammen for BS AS vedtas av styret.

For at en anskaffelse skal kunne defineres som en investering må to hovedkriterier være oppfylt:

- Anskaffelseskost over kr. 100.000 (inkludert frakt, toll, montering, ex mva.). Anskaffelseskost inkluderer ikke opplæring og serviceavtaler.
- Investeringen har en forventet levetid på mer enn 3 år.

Ved ethvert behov for investeringer skal eget behovsskjema for investeringer fylles ut.

Alle behov kartlegges i forbindelse med disponering av investeringsrammer. Det er ledergruppen og/eller SD i sykehuset som tar beslutning om hvilke investeringer som skal prioriteres, før disponering av investeringsrammen endelig vedtas av styret.

Det er særskilte krav til styrets godkjenning og godkjenning av styret i SBB i henhold til konsernbestemmelser i SBB knyttet til investeringer.

Disse konsernbestemmelsene fastsetter fullmakter og krav til behandling og dokumentasjon av investeringsbeslutninger. Konsernbestemmelsene omfatter alle former for investeringer, og beslutninger om leie som alternativ til egen investering.

5.3.2 Byggeinvesteringer

Utbyggingsprosjekt eiendom vil skje i samarbeid med og i regi av eier SBB, som eier av alle tomter og eiendommer det drives sykehusdrift i.

Inngåtte leieavtaler lokaler mellom BS AS som leietaker og SBB som utleier gir føringer for ansvar og myndighet knyttet til vedlikehold/oppgradering/investering i eiendom og bygg.

Fullmaktsdelegasjon i store utbyggingsprosjekt gjelder som følger:

Nivå 0	Styret i Betanien sykehus AS (BS AS)
Nivå 1	Sykehusdirektør (SD)
Nivå 2	Enhetsledere
Nivå 3	Prosjektansvarlig
Nivå 4	Prosjekt-/byggeleder

Nivå 3 og 4 kan bestå av ressurser i SBB og/eller eksterne ressurser.

5.4 Personalfullmakter (HR-området)

Ledernes fullmakter innenfor HR-området er omfattende og viktige for en god, effektiv ledelse og styring av BS AS. Med arbeidsgiveransvaret utøver lederne også arbeidsgivers styringsrett. Arbeidsgivers styringsrett innebærer at lederne organiserer driften, leder de ansatte, fordeler oppgaver og kontrollerer arbeidet.

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

Det presiseres at det er leders ansvar at lønn er i samsvar med skriftlige avtaler og godkjente arbeidsplaner, samt timelister. Leder har ikke anledning til personlige tolkninger av regelverket i egen enhet, men må rette seg etter de til enhver tid gjeldende retningslinjer.

I saker som gjelder muntlig og skriftlige advarsler er det konsultasjonsplikt med HR. Ved beslutninger om oppsigelser, avskjed og suspensjon ligger avgjørelsen hos SD etter gjennomført konsultasjon med HR.

Det vises forøvrig til retningslinjer i Personalthåndboken og Lønnspolitiske retningslinjer i kvalitetssystemet.

Overtredelse av fullmakter vil kunne få personalmessige og/eller arbeidsrettslige følger.

6 Definisjoner, begrep og presiseringer

Fullmakt

Myndighet gitt til en person (fullmektig) til å handle på vegne av og forplikte BS AS. Legitimasjon utad vil kunne være større enn retten internt. Det betyr at dersom fullmektigen går ut over sin rett, vil BS AS kunne være forpliktet. Saken følges da opp som et internt anliggende mellom fullmaktsgiver (den som delegerer) og fullmektig (den som får tildelt myndighet).

Fullmaktsmatrise

Oversikt som viser hvilke oppgaver som kan gjøres på hvilket nivå i organisasjonen.

Fullmaktsregister

Register med oversikt over alle fullmakter tildelt gjennom fullmaktsskjema.

Delegasjon

Overdragelse av myndighet. Fullmaktsgiver beholder samtidig selv myndigheten/det overordnede ansvaret og har instruksjonsrett om hvordan denne skal utøves av fullmektig. Delegasjon kan trekkes tilbake. All delegasjon i BS AS skal være begrunnet, forsvarlig og dokumenterbar

Videredelegasjon

Retten en fullmektig har til å delegerer myndighet videre. Videredelegasjon fritar ikke for ansvar.

Bemyndigelse

Bemyndigelse innebærer at du kan godkjenne utgifter på andre sine vegne innenfor vedtatte budsjetttrammer, innenfor gjeldende lover og regler på avtalte avdeling eller prosjekt. Eksempel kan være ass. avdelingsleder.

Signaturrett

Styreleder og SD i Betanien sykehus AS har rett til å tegne foretaket (firmategningsrett). Styremøte i BS AS bestemmer hvem som har signaturrett i foretaket. Signaturrekten kan ikke delegeres videre. Den skal være registrert i Foretaksregisteret.

Prokura

Begrenset signaturrett. Den som har en prokura fullmakt (prokuristen) kan ikke selge eller pantsette fast eiendom eller opptre på foretakets vegne i søksmål, uten at det er et styrevedtak på prokuristens navn. Prokura kan ikke delegeres videre.

Budsjettdisponeringsfullmakt (BDF)

Den som har ansvar for budsjett innenfor gitt område, vil tilsvarende ha budsjettdisponeringsfullmakt for dette området. Den som har budsjettdisponeringsfullmakten, bør også ha de fullmaktene som påvirker evnen til å overholde budsjettet. Det bør derfor være sammenfall mellom budsjettdisponeringsfullmakten, anvisnings- og bestillerfullmakter og (eventuelt) personalansvar.

Kontroll/Attestasjon/Rekvirent/Bestiller

En fullmakt til å bestille varer og tjenester, og godkjenne mottak av varer og tjenester.

Godkjenner/Anvisning

Å godkjenne/anvise vil si å godkjenne at en kostnad e.l. kan utbetales. Anviser utfører kontroll av at kostnaden er økonomisk forsvarlig, har dekning innenfor budsjett og er relevant for virksomheten. I tillegg kontrollerer anviser at fakturaen er korrekt kontert og godkjent.

Etikk og habilitet

Det forutsettes at fullmektigen forholder seg til konsernets etiske retningslinjer og krav til habilitet. Enhver som deltar i saksbehandling for sykehuset er selv pliktig å vurdere sin habilitet. Krav om vurdering av habilitet kan også reises av andre. I de tilfeller en leder er inhabil vil også andre underlagt lederens instruksjonsmyndighet også regnes som inhabil. Hvis direktør er inhabil skal saken behandles av styret.

Handlinger som er egnet til å skape mistanke om habilitetskonflikt likestilles med faktisk regelbrudd.

For å sikre habilitet skal transaksjoner relatert til en ansatt anvises av vedkommendes overordnede. Dette gjelder f.eks., reisekostnader, kurs, timelister, ferieuttak og andre registreringer i personalsystem, slikt som GAT og Personalportalen, m.v.

Hvis man direkte eller indirekte vil kunne ha en privat fordel ved det man anskaffer på virksomheten sine vegner, skal overordnet uansett orienteres og anvise.

Konsernet søker å tilrettelegge for at ansatte ikke skal komme i lojalitetskonflikt i forhold til sitt ansettelsesforhold. Det presiseres at det er leders ansvar at lønn er i samsvar med skriftlige avtaler, overenskomster og godkjente arbeidsplaner. Leder har ikke anledning til personlige tolkninger av regelverket i egen enhet/avdeling, men må rette seg etter gjeldende retningslinjer i konsernet.

Mislighet

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

7 Fullmaktsmatrise

Det presiseres at alle fullmakter i fullmaktsmatrisen nedenfor forutsetter budsjettdekning, og at transaksjonen er forenlig med sykehusets vedtatte strategi og aktuelle lov- og avtaleverk.

7.1 Generelle fullmakter – overordnet nivå

Nivå	Benevnelse	Avdelinger/prosjekt	Beløpsgrense ex mva	Rapporterer til
0	Styret BS AS	Alle	Innenfor vedtatt budsjett	Styret SBB (gen.fors.)
1	Direktør BS AS	Alle	Innenfor vedtatt budsjett	Nivå 0: Styret BS AS
2	Enhetsledere BS AS	Egne	400 000	Nivå 1: SD BS AS
3	Avdelingsleder	Egne	200 000	Nivå 2: Enhetsledere BS AS
4	Teamleder eller annen med tilsvarende ansvar	Egne	100 000	Nivå 3: Avdelingsleder BS AS

For bygg og investeringer:

Prosjektstørrelse	2-10 mill. kr	10-50 mill. kr	Over 50 mill. kr
Juridisk eierskap (må avklares med SBB i forkant)	SBB / BS AS	SBB / BS AS	SBB / BS AS
Beslutningskompetanse oppstart / videreføring til neste fase	Idefase	Linje	Styret
	Konseptfase	AD / SD	Styret
	Forprosjektfase	Styret	Styret
	Gjennomføring	Styret	Styret

7.2 Fullmaktsmatrise overordnede juridiske

Fullmaktstype	Fullmaktens innhold	Omfang/begrensninger	Laveste nivå
Signatur	Fullmakt til å opptre på og underskrive på vegne av foretaket i forretningsforhold		Nivå 0
BS AS sine fullmakter er hjemlet i vedtekter, lovhjemler og styrets instruks til SD	Fullmakt til å opptre på vegne av foretaket i alt som hører til driften av det.	Saker av uvanlig art eller stor betydning omfattes ikke av fullmakten.	Nivå 1
Inngå avtaler, oppdrag og bestilling med det regionale helseforetaket	Fullmakt til å inngå avtaler, oppdrag og bestilling mellom Betanien sykehus AS og Helse Vest RHF		Nivå 1
Inngå <u>vesentlige</u> avtaler, som inngår i den daglige ledelsen, av økonomisk art, utenom innkjøps- og anskaffelsesområdet	Kan være av prinsipiell, politisk karakter/angå SBB og BS AS sitt omdømme. F.eks. avtaler om samarbeid, strategi, oppgavefordeling mellom flere, flerårige avtaler, mv.	Styret skal orienteres om alle vesentlige saker.	Nivå 1

Inngå forlik, både rettslig og utenomrettslig	Fullmakt til å inngå rettslige og utenomrettslig forlik med økonomisk konsekvens.	Styret skal orienteres om alle vesentlige saker	Nivå 1
Ta ut stevning/anke	Fullmakt til å ta ut stevning på BS AS sine vegne og eventuell anke. Saker av uvanlig art eller stor betydning krever særskilt fullmakt fra styret.	Styret skal informeres om alle stevninger av prinsipiell, omdømmemessig eller annen vesentlig karakter	Nivå 0 Nivå 1 i arbeidsrettssaker
Politianmelde straffbare forhold	Fullmakt til å anmelde straffbare forhold mot BS AS eller ansatte i BS AS	En sak bør forberedes i berørt avdeling. Styret skal informeres om vesentlige saker. Saker av uvanlig art eller stor betydning krever særskilt fullmakt fra styret	Nivå 1
Begjære påtale	Fullmakt til å begjære påtale på vegne av BS AS. Saker av uvanlig art eller stor betydning krever særskilt fullmakt fra styret	Begjære påtale i vesentlige saker. Styret skal informeres om alle påtalebegjæringer av vesentlig karakter.	Nivå 1
Forlik	Fullmakt til å inngå forlik i saker av økonomisk og annen karakter. Fullmakter gjelder både rettslige og utenomrettslige forlik	Vesentlige saker. Styret skal orienteres. Saker av uvanlig art eller stor betydning krever særskilt fullmakt fra styret	Nivå 0 Nivå 1 i arbeidsrettssaker
Godkjenne utbetaling av erstatning i og utenfor et kontraktsforhold	Erstatningsbeløp over kr 100 000 skal alltid godkjennes av SD. Fullmakt til å godkjenne utbetaling i samsvar med kontraktsforpliktelser under kr 100 000 Fullmakt til å godkjenne utbetaling av erstatning under kr 100 000, uten at dette har utgangspunkt i kontrakt	Styret skal orienteres om alle vesentlige saker Saker av uvanlig art eller stor betydning krever særskilt fullmakt fra styret	Nivå 1 Nivå 2 /nivå 1 Nivå 2 / nivå 1
Prokura	Fullmakt til å opptre på og å underskrive på vegne av virksomheten i forretningsforhold	Prokuraretten må delegeres fra sykehusets styre. Fullmakten må være registrert med navn i Enhetsregisteret	Nivå 1
Partsrepresentant	Opptre som part/lovlig stedfortreder i en rettslig prosess	Saker av uvanlig art eller stor betydning krever særskilt fullmakt fra styret	Nivå 0 Nivå 1 i arbeidsrettsaker. Nivå 0 kan delegere i enkeltsaker

7.3 Fullmaktsmatrise innkjøp / anskaffelser

SD ved BS AS er gjennom sitt resultat- og budsjettansvar ansvarlig for innhold i fullmakter og fullmaktsmatrise anskaffelser/innkjøp ved BS AS, og å sørge for at den ordinære driften har tilgang til de varer og tjenester som er nødvendig for sykehusdriften.

Generelt:

Type forpliktende beslutning	Bestilling (laveste nivå)	Attestasjon (laveste nivå)	Anvisning (laveste nivå)	Merknad
Inngåelse av rammeavtaler			SD (nivå 1)	Kan delegeres
Anskaffelse av varer, forbruksmateriell og tjenester som er avrop mot rammeavtale på	Teamleder (nivå 4)	Teamleder	Avd.leder (nivå 3)	Kan delegeres S2 og S3
Anskaffelse av varer, forbruks-materiell og tjenester som det ikke er rammeavtale på	Avd.leder (nivå 3) Fullmakt kan delegeres til navngitt person	Avd.leder	Enhetsleder (nivå 2)	Kan delegeres S2 og S3
Andre anskaffelser til ordinær drift	Avd.leder (nivå 3) Fullmakt kan delegeres til navngitt person	Avd.leder	Avd.leder	Kan delegeres S2 og S3
Anskaffelser utover ordinær drift, prosjekt, investeringer	Avd.leder, etter klarering	Avd.leder	Enhetsleder	Kan delegeres
Andre anskaffelser av uvanlig art	Klareres	Enhetsleder	SD	

Fullmaktstyper:

Fullmaktstype	Fullmaktens innhold	Omfang / begrensninger	Laveste myndighets-nivå
Starte en anskaffelsesprosess <u>under</u> 100 000 nok ex. mva.	Fullmakt til å beslutte at man skal starte en anskaffelsesprosess. Omfatter oppstart av anskaffelsesprosess både med sikte på å etablere rammeavtale og ved enkeltstående kjøp til en maksimal verdi av 100 000 nok ex. mva.	Innenfor budsjettammer og budsjettåret gjelder generell fullmakt Andre enheter kontaktes for evt samordning Utover budsjettåret	Enhetsleder/ avdelingsleder SD
Starte en anskaffelsesprosess <u>over</u> 100 000 nok ex. mva.	Fullmakt til å beslutte at man skal starte en anskaffelsesprosess. Omfatter oppstart av anskaffelsesprosess både med sikte på å etablere rammeavtale og ved enkeltstående kjøp til en verdi over 100 000 nok ex. mva	Alle anskaffelses-prosesser tilknyttet investering skal baseres på et investeringsvedtak. Anskaffelsesprosesser tilknyttet rammeavtaler. Investeringer utover budsjettåret/vedtatt investeringsramme.	SD/Enhetsleder Økonomi/nivå 4 SD

Starte en havarianskaffelse under 100 000 nok ex. mva.	Fullmakt til å gjennomføre en hasteanskaffelse ved havari.	Enhetsleder har mulighet til å delegere ansvar til avdelingsleder. Ved økonomisk belastning på avdelingene	Enhetsleder Avdelingsleder
Starte en havarianskaffelse over 100 000 nok ex. mva.	Fullmakt til å gjennomføre en hasteanskaffelse ved havari.	Havarianskaffelser skal godkjennes av enhetsleder før gjennomføring av anskaffelse.	Enhetsleder
Gjennomføring av anskaffelsesprosesser	Ansvar for gjennomføring, forhandlinger og beslutninger tilknyttet anskaffelser iht. lov og forskrift om offentlige anskaffelser.	Fullmaktsinnehaver har myndighet til å delegere ansvaret til Sykehusinnkjøp	SD Enhetsledere
Gjennomføring av anskaffelsesprosesser	Ansvar for gjennomføring, forhandlinger og beslutninger tilknyttet anskaffelser iht. lov og forskrift om offentlige anskaffelser.	Fullmaktsinnehaver har myndighet til å delegere ansvaret til Sykehusinnkjøp	SD Enhetsledere
Inngå (signere) ramme/kjøpsavtaler	Inngå rammeavtaler innen kjøp av varer og tjenester iht. LOA/FOA. Avtaler skal i hovedsak utarbeides av Sykehusinnkjøp og signeres av relevant leder.	P.t. ikke aktuelt, men deltakelse i rammeavtaler under Sykehusinnkjøp forplikter oss å følge avtalebetingelser	Enhetsledere SD
Anskaffelsesprotokoll	Signere anskaffelsesprotokoll ved inngåelse av rammeavtaler og kjøpsavtaler.		Enhetsledere SD
Anmode om og godkjenne bestillinger på rammeavtale/ kjøpsavtale	Foreta bestilling og godkjenning av varer og tjenester der det foreligger rammeavtale med leverandør for levering av aktuelle varer eller tjenester. Inkluderer også innleie av arbeidskraft og kjøp i f.m. godkjente investeringsprosjekter	Under innkjøps må det være rolledeling mellom rekvirent og godkjenner	Avdelingsleder eller den som bemyndiges
Anmode om og godkjenne bestillinger utenom ramme/ kjøpsavtale	Foreta bestilling og godkjenning av varer og tjenester når det ikke foreligger ramme/ kjøpsavtale med leverandør. Inkluderer også innleie av arbeidskraft og kjøp i f.m. godkjente investeringsprosjekter.	Alle ledere har en undersøkelsesplikt i forkant av en bestilling for å unngå juridisk og økonomisk risiko.	Avdelingsleder eller den som bemyndiges
Godkjenne varemottak	Fullmakt til å signere for kontroll av mottatte varer er i henhold til følgeseddel		Avdelingsleder eller den som bemyndiges
Kontrollere / Attestere faktura	Fullmakt til å signere for utført kontroll av at varen eller tjenesten er mottatt med riktig kvantum og kvalitet, med de priser og betingelser som er avtalt. Det skal også kontrolleres at det foreligger originalbilag og korrekt kontering.		Avdelingsleder eller den som bemyndiges
Godkjenne / Anvise faktura	Fullmakt til å godkjenne at en kostnad skal utbetales. Ved anvisning skal det kontrolleres at det er dekning for kostnaden i budsjettet, er relevant for virksomheten og er økonomisk forsvarlig. Det skal videre kontrolleres at kostnaden er godkjent av bemyndiget person og korrekt kontert.		SD, enhetsledere, avd. leder, den som delegeres til/ bemyndiges

7.3.1 Presiseringer rundt kontrollansvar anskaffelser / innkjøp og fakturagodkjenning

Anskaffelser/innkjøp foretas av SD eller den SD delegerer fullmakt til. Alle som foretar anskaffelser/innkjøp skal ha fullmakt, med de rettigheter og forpliktelser som følger av det. Fullmakt følger normalt organisasjonskartet som til enhver tid gjelder, med tilhørende resultat- og budsjettansvar. En fullmakt kan også gis i form av konkrete rammer eller konkret beskrivelse, for eksempel en nærmere beskrivelse av innhold, mengde og pris/kostnad for en anskaffelse. Anskaffelser innenfor budsjett til den daglige drift foretas av den som er gitt fullmakt i kraft av sin stilling eller særskilt fullmakt. Anskaffelser utover ordinær drift eller budsjett samordnes og klareres med nærmeste leder. Anskaffelser som er av en slik art eller omfang at det kreves spesiell aktsomhet, koordinering eller planlegging, skal vurderes særskilt. I tvilsituasjoner skal nærmeste overordnede leder konsulteres for veiledning eller avklaring. I størst mulig grad skal anskaffelser/innkjøpsnivå planlegges og estimeres i forbindelse med plan-/budsjettprosess.

Anskaffelser skal foretas i henhold til gode standarder som gjelder i samfunnet til enhver tid. Herunder nevnes spesielt viktigheten av vurderinger som går på etikk, faglighet og at anskaffelsesprosessen ivaretas og gjennomføres på en profesjonell måte i henhold til etablerte interne og eksterne standarder. Spesielt viktig er det at de som har fullmakt til å foreta anskaffelser foretar en kost/nytte vurdering før anskaffelse, vurderer om andre alternativ løser behovet på en tilfredsstillende måte, og bruker interne og eventuelle eksterne ressurser som kan veilede.

Alle disposisjoner/transaksjoner som medfører en økonomisk forpliktelse for BS AS, skal **godkjennes/anvises** av en som har resultat- og budsjettansvar. **Alle utgifter skal være kontrollert/attestert og godkjent/anvist før utbetaling kan finne sted.** Alle bestillinger skal gjennomføres av en med bestillingsrett, nedfelt i rolle eller fullmakt.

Anvisning innebærer at utgiften godkjennes for utbetaling. Den som **godkjenner** skal påse og har ansvar for at:

- kontrollen/attestasjonen er utført korrekt
- det er en økonomisk forsvarlig disposisjon
- disposisjonen understøtter målsettingene med anskaffelsen

Den som **kontrollerer/attesterer** skal påse og har ansvar for at:

- regnskapsbilaget (faktura mv.) er et originalbilag
- regnskapsbilaget (fakturaen) vedkommer virksomheten og er riktig merket med fakturaadresse, mottaker og referanseperson
- feilfakturering og/eller feil merking av faktura skal umiddelbart tas opp med leverandør og korrigeres av leverandør
- kjøpet er i overensstemmelse med pakksedler, avtaler/tilbud
- kjøpet er mottatt og kontrollert
- det er tydelig hva fakturaen/bilaget gjelder, også for utenforstående
- påfører om nødvendig kommentarer på fakturaen/bilaget i felt for Bilagstekst i Basware
- kontering og beløp er riktig, herunder hovedbokskonto, avdeling og eventuelt prosjekt
- korrekt m.v.a-kode er påført konteringen

Attestasjonskontrollen skal utføres av annen person enn den som godkjenner.

Den som kontrollerer kan ikke attestere godtgjørelser eller andre utbetalinger til seg selv.

Den som **bestiller** og har bestillingsrett i h.t. fullmakt skal påse og har ansvar for at:

- myndighet til å bestille foreligger
- bestillingen er i henhold til behov og spesifikasjoner
- bestillingen er i henhold til internt og eksternt innkjøpsregelverk

Anskaffelser/innkjøp skal foretas hos leverandører vi har forpliktende avtaler med, enten gjennom samarbeid med oppdragsgivere eller med basis i avtaler vi har inngått selv. Det skal ikke inngås nye leverandøravtaler uten at dette er godkjent av SD i BS AS. Det er en målsetting å ha færrest mulig tilfeldige leverandører på tvers av hele virksomheten. Det vises til egne prosedyrer for anskaffelser/innkjøp i kvalitetssystemet. Fullmakter følger det til enhver tid gjeldende organisasjonskart for BS AS. Fullmakter er delegert videre innenfor de ulike virksomheter og avdelinger slik det framgår av fullmaktsmatriser og budsjettdelegeringsfullmakter. Delegering av fullmakter og stedfortreder innenfor virksomhetene er de ulike resultat- og budsjettansvarlige sitt ansvar, men skal meddeles prosedyreansvarlig for ajourhold av fullmaktsoversikt. Eget fullmaktsskjema med signatur skal oversendes økonomirådgivere for oppfølging og arkiv. Det vises til avsnitt 6 Definisjoner, begrep og presiseringer.

7.4 Fullmaktsmatrise økonomi

Vesentlige transaksjoner og forpliktelser:

Fullmaktstype	Fullmaktens innhold	Beløp/verdi	Laveste nivå	Merknad
Ny virksomhet innenfor eksister. virksomhet	Beslutte oppstart salg varer/tjenester	1.000.000	Nivå 1	Etter klarering med nivå 0
Innlevere tilbud ved salg av tjenester	Fullmakt til å innlevere tilbud der sykehuset konkurrerer om å være leverandør.	> 1.000.000 < 1.000.000	Nivå 1 Nivå 2	Klareres med nivå 0
Salg og utrangering av inventar, utstyr mv.	Beslutte og sette pris ved salg.	> 500.000 < 100.000	Nivå 1 Nivå 2	Markedspris. Kfr med SBB
Salg av tjenester (kompetanse)	F.eks. kantine, vaskeri, konsulent, foredrag mv.	> 500.000 < 100.000	Nivå 1 Nivå 2	
Salg av fast eiendom	Styret vedtar, og gir fullmakt til styreleder i BS AS (AD i SBB)		Nivå 0 Nivå 1	Styresak
Låneopptak	Låneopptak må godkjennes av styret når det er av strategisk art eller > 20 mill. kr.	> 10 " < 10 "	Nivå 0 Nivå 1	Gjennomføres av S1 (øk.dir SBB)
Avtale ad leie og utleie av lokaler, utstyr	Fullmakt til å signere kontrakter vedr. leie og utleie av lokaler/arealer, samt på utstyr.	> 1.000.000 < 1.000.000	Nivå 0: Nivå 1:	Årlig beløp
Pantsetting fast eiendom	Styret fatter vedtak, og delegerer fullmakt		Nivå 0	Gjennomføres av nivå 0 og S1

Andre vesentlige økonomiske forhold:

Fullmaktstype	Fullmaktens innhold	Beløp / verdi	Laveste nivå	Merknad
Oppdrag/prosjekt	Godkjenne oppstart FoU- eller utviklingsprosjekt, f.eks. oppdragsforskning		Nivå 1 Nivå 2	Laveste nivå: 2
Godkjenne regnskap for øremerkede midler	Undertegne særregnskap for bruk av øremerkede midler mottatt fra utenforstående	Alle Eget område	Nivå 1: Nivå 2:	Laveste nivå: 2 Kan delegeres til S2 (økonomisj./rådg.)
Vedta budsjett	Fastsette detaljert budsjett ut fra styrets budsjettvedtak		Nivå 1	

Disponere budsjett	Fullmakt til å benytte budsjett-midler innenfor eget ansvars-område og vedtatt budsjett		Alle budsjettansvarlige	Innenfor BS AS sine retningslinjer, lov og avtaleverk
Omdisponere budsjett	Fullmakt til å endre vedtatt budsjett innenfor gitt ansvarsområde (herunder omdisponering mellom kontogrupper 4-7)		Nivå 3 SD/økonomisjef for omdisp. kontogrupper	
Motta gaver (penger, donasjoner mv)	Fullmakt til å motta gaver som ikke har omsetningsverdi og som åpenbart ikke har til hensikt å påvirke tjeneste-utøvelsen. Andre gaver må vurderes opp mot helsepersonelloven og inngåtte avtaler. (Jf. etiske retningslinjer og andre SBB-retningslinjer)		Gaver som genererer vesentlige kostnader utover budsjettåret og/eller som det knyttes vesentlige bindinger til, skal vurderes av nivå 1 Gaver som er av vesentlig størrelse og som kan ha innvirkning på strategien i BS AS skal vurderes av nivå 0 i BS AS	Etiske retningslinjer
Disponere fellesøkonomiske ansvarssted	Eksempel: gjestepasientkostnader, kostbare legemidler, IKT-kostnader, pensjon, ISF, avskrivninger, vedlikehold		S2 Økonomi S3	S2 Økonomi S3
Pensjon	Fullmakt til å attestere på pensjonspremier og reguleringspremier		Nivå 1	Kan delegeres til S2 Økonomi
Strøm/energi	Fullmakt til å attestere på strøm- og andre energifakturaer		Nivå 3	Kan delegeres til S3 Driftssjef SBB
Husleie	Fullmakt til å attestere fellesfakturaer ad leie av lokaler/arealer i henhold til kontrakt		Nivå 2	Kan delegeres til S2
Vedlikehold	Vedlikehold lokaler og uteområder	< 100.000	Nivå 2	Kan delegeres til S3
Erstatningsutbetaling til pasient	Godkjenne erstatningsutbetaling til pasient. Jfr. NPE-rutine.	> 100.000 < 100.000	Nivå 1 Nivå 2	
Erstatningsutbetaling til ansatt	Godkjenne erstatningsutbetaling til ansatt. Omfatter personskade, eiendeler og arbeidsrettslig	> 100.000 < 100.000	Nivå 1 Nivå 2	Se egen rutine personalområdet
Erstatningsutbetaling til tredjemann	Godkjenne erstatnings-utbetaling til tredjemann. Omfatter personskade og eiendeler.	> 100.000 < 100.000	Nivå 1 Nivå 2	Forutsetter at det er gjort juridiske vurd./konsultasj.
Forsikringspremier og avgifter	Fullmakt til å attestere etter at forsikringsansvarlig har kontrollert og godkjent		Nivå 1 Nivå 2 S2 (øk.sjef BS AS), S4 (HR-dir. BS AS)	Når faktura ikke er splittet pr virksomhet.

Bank, likviditet, tapsføringer, bokføring:

Fullmaktstype	Fullmaktens innhold	Beløp / verdi	Laveste nivå	Merknad
Opprette, endre eller slette bankkonti	Fullmakt til å opprette, endre eller slette bankkonti hos bankforbindelse		S2 er forslagsstiller	S1 i SBB og S2 i BS AS
Avgjøre hvem som skal ha utbetalingsfullmakt på bankkonti	Fullmakt til å avgjøre hvem som skal utbetalingsfullmakt på bankkonti		S2 er forslagsstiller	S1 i SBB og S2 i BS AS
Avskrive fordringer	Tapsføring etter purring og/eller konkret vurdering	> 50.000 < 50.000	Nivå 1 Nivå 2	Kan først gjøres etter at ordinære purre- og inkassorutiner er fulgt.
Morarenter og inkassogebyr	Fullmakt til å attestere fakturaer vedr. forsinkelsesrenter og inkassogebyr		Nivå 3	
Lån og lånerenter	Fullmakt til å godkjenne utbetaling av avdrag og renter på lån		S2	S1 i SBB og S2 i BS AS
Utbetalingsfullmakt bank	Fullmakt til å foreta utbetaling fra bank, der to signerer samtidig.		S1 og S2	Skal ikke kombineres med tilgang til å bokføre og oppdater leverandørregisteret
Bokføre	Tilgang til å oppdatere regnskapet, samt kunde- og leverandørreskontro		S1 og S2	Skal ikke kombineres med utbetalingsfullmakt i bank og tilgang til å oppdatere leverandørregistret
Oppdatere leverandørregister	Tilgang til å opprette, endre og slette leverandører i økonomisystemet (systemtilgang)		S1 og S2	Skal ikke kombineres med utbetalingsfullmakt bank og bokføringstilgang
Oppdatere lønssystem	Tilgang til å opprette, endre og slette ansatte i lønssystemet		S2 og S4	Økonomirådgivere og personlrådgivere

7.5 Fullmaktsmatrise personal (HR-området)

Fullmakter gjelder innenfor vedtatt personalreglement og lønnspolitikk.

Fullmaktstype	Fullmaktens innhold	Omfang/ begrensninger	Laveste nivå	Merknad
Beslutte å opprette ny stilling, herunder faste, midlertidige, engasjement, inkludert lønns plassering	Fullmakt til å beslutte at det skal opprettes ny stilling og eventuelt fastsette krav til stillingen, og til å fastsette lønn i samsvar med foretakets lønnspolitikk for den nye stillingen.	Lønn fastsettes før utlysning i henhold til gjeldende lønnspolitikk. Må vedtas i ledermøtesak/D Lønns plassering utover tariffavtale og/eller lokal lønnspolitikk skal godkjennes av nivå 1.	Nivå 1	
Beslutte å besette eksisterende stilling, inkludert lønns plassering	Fullmakt til å beslutte at ubesatt stilling skal lyses ut for fast ansettelse. Lønn fastsettes før utlysning i h.t. lønnspolitikk.	På forhånd skal det vurderes om arbeidsoppgavene kan dekkes av andre	Nivå 1 eller 2	
Beslutte hvem som skal ansettes inkludert endelig lønns plassering	Fullmakt til å beslutte hvem som skal ansettes og fastsetting av lønns plassering for den som ansettes, i samsvar med lønnspolitikk.		Nivå 3 (nærmeste leder)	
Beslutte å ta inn vikar, inkludert lønns plassering	Fullmakt til å beslutte at det skal tas inn vikar i stilling og til å fastsette lønnsramme/-spenn for vikariatet i samsvar med foretakets lønnspolitikk.	Innleie gjøres i henhold til gjeldende rammeavtale og tariffen.	Nivå 3 (nærmeste leder)	
Innkalle tilkallingshjelp	Tilkallingshjelp er ansatte som tar enkeltvakter uten forhåndsdefinert tid eller mengde.		Utnevnes av den som har budsjett disponeringsfullmakt (BDF)	
Innleie av personell	Fullmakter til å gjennomføre bestillinger knyttet til innleie av personell		Nivå 3	
Personalansvar, inkludert å kunne godkjenne lønns- og personalrelaterte kostnader	Fullmakt til å ivareta personalansvar av ansatte. Fullmakten omfatter, men er ikke begrenset til, å fastsette og godkjenne arbeidsplaner og ferielister, pålegge overtid og godkjenne kurs.		Nivå 3	
Pålegge overtid og/eller forskyvning av vakter, når leder ikke er tilstede	Fullmakt til å pålegge overtid og beslutte forskyvning av vakter, når leder ikke er tilstede. Som hovedregel skal beslutning om forskyvning av vakter tas av leder. Fullmakten kan imidlertid delegeres til ansvarshavende på vakt utenfor ordinær arbeidstid.		Utnevnes av som har BDF	
Variable lønnsutbetalinger i GAT, reiseregninger og div utlegg i	Fullmakt til å godkjenne at timelister, (ekstra- og overtid), reiseregninger og diverse utlegg er iht. arbeidet tid, gjeldende avtaler, reglement og retningslinjer for alle typer utbetalinger over lønn.		Utnevnes av den som har BDF	

Personalportalen.	Fullmakt til å godkjenne og overføre for utbetaling. GAT krever at variabel lønn godkjennes av to fullmektiger før overføring. Refusjon av utlegg som leveres på papirskjema må attesteres av leder.			
Godkjenne bierverv	Fullmakt til å godkjenne bierverv. Habilitet og roller må hensyntas, og det må vurderes i det enkelte tilfellet hvorvidt det kreves en godkjenning nivå 2 eller nivå 1. Ansatte har selv ansvar for å registrere meldepliktige bierverv i Personalportalen.	Ved tvil eller uenighet kan saken forelegges SBB og BS AS sitt rådgivende biervervsutvalg for vurdering	Nivå 2 Avslag skal løftes et nivå.	
Vedta og endre administrative foretaksordninger om arbeidstid og felles betalingssatser på personalområdet	Fullmakt til å etablere og videreføre administrative foretaksordninger om arbeidstid som utløser kostnader for foretaket, f.eks. sommerordninger, ekstra helgearbeid og satser for poliklinikk	Utredes av S-funksjoner	Nivå 2	
Godkjenne individuelle avtaler i henhold til administrativt fastsatte ordninger	Fullmakt til inngåelse av individuelle avtaler om forskjøvet arbeidstid mot kompensasjon, for eksempel annenhver helg-kompensasjon	Utredes av S4	Nivå 3	
Permisjoner	Fullmakt til å innvilge permisjon med og uten lønn til ulike formål.	Nærmeste leder med personalansvar har myndighet til å innvilge permisjoner i tråd med SBB-konsernet sin Personalhåndbok. Utdanningspermisjon som gis helt eller delvis med lønn, skal avgjøres av nivå 2. Søknader om permisjon med lønn med bakgrunn i permisjonsformål som ikke er omhandlet i Personalhåndboken, avgjøres av nivå 2.	Nivå 3 Nivå 2 Nivå 2	
Lønnsendring mellom lønnsoppgjør	Fullmakt til å innvilge uregulerte lønnsendringer innenfor foretakets lønnspolitikk.	I samråd med nivå 3	Nivå 2	
Lønnsforhandlinger	Fullmakt til å signere forhandlingsprotokoller på vegne av BS AS	S4 HR + pluss annen fra arbeidsgiver	S4 HR	
Bortfall av egenmelding	Myndighet til å inndra mulighet til å bruke egenmelding	I samråd med S4	Nivå 3	
Advarsel	Fullmakt til å gi advarsel	I samråd med S4	Nivå 3 (nærmeste leder)	
Suspendere ansatte	Fullmakt til å beslutte at ansatte skal suspenderes fra alle stillinger	Saken forberedes av S4. Nivå 1 og 2 kan videredelegere fullmakt til S4. Nivå		

		1 skal konsulteres i saker av uvanlig art eller stor betydning		
Vedta oppsigelse/avskjed	Fullmakt til å si opp og avskjedige ansatte	Saken forberedes av S4. Nivå 1 og 2 kan videredelegere fullmakt til S4. Nivå 1 skal konsulteres i saker av uvanlig art eller stor betydning		
Godkjenne sluttpakke ved oppsigelse	Fullmakt til å godkjenne sluttpakke i forbindelse med at ansatte slutter	Forberedes av S4	Nivå 1	
Vedta omplassering av ansatte	Fullmakt til å beslutte omplassering av ansatte. Konsultasjonsplikt med HR.	Innenfor avdeling og etter arbeidstakers eget ønske Mellom avdelinger eller enheter, eller innen avdeling mot arbeidstakers ønske	Nivå 3 Nivå 2 eller nivå 1	
Endring av stillingsinnhold	Fullmakt til å vedta endring av arbeidsoppgaver innenfor arbeidsgivers styringsrett.		Nivå 3 (nærmeste leder)	Nivå 3 (nærmeste leder)
Omgjøring av stilling	Fullmakt til å beslutte omgjøring av eksisterende stilling. Omfatter både inndragning av stilling og endring av eksisterende stilling. F.eks fra sykepleier til spesialsykepleier	Dersom stillingen er besatt, må evt. endringsoppsigelse besluttes på nivå 1	Nivå 1, kan delegeres til nivå 2	Nivå 1, kan delegeres til nivå 2
Beslutte organisasjonsendringer		Ledernivå, Informasjon og drøfting	Nivå 1	Nivå 1

Sak 39-2021 – Plan interne revisjoner 2022-2023

Formål:

Formålet er å informere styret om status knyttet til planlegging av interne revisjoner for 2022 og 2023.

Bakgrunn:

I tillegg til årlig revisjon av legemiddelhåndtering i egen regi, ble det ble i 2021 utført interne revisjoner fra Stiftelsen Betanien Bergen knyttet til

- styringssystem for miljø i henhold til ISO 14001
- styringssystem for ledelse og kvalitetsforbedring i henhold til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-7.

I og med at Betanien sykehus AS driver sykehusdrift innenfor sørge for ansvaret til Helse Vest RHF, er det naturlig å vurdere om temaer som er planlagt utført av internrevisjonen i Helse Vest, også er relevante og utføre i Betanien sykehus.

I planen for Helse Vest for 2021-2022 er følgende tema ført opp:

Nokre tema blir tatt ut av planen, andre blir prioriterte inn. Forslaget er at følgende prosjekt inngår i planen for dei kommande to åra:

- **Implementering av arbeidsprosessar ved innføring av IKT-verktøy**
- **Brukarmedverknad i føretaka**
- **Læring på tvers etter uønskete hendingar**
- **Uønskt variasjon i pasientforløp, psykisk helsevern for barn og unge**
- **Tryggare legemiddelbehandling med utgangspunkt i registrerte alvorlege feil og hendingar**
- **Bruk av avtalespesialistar**

Følgjande prosjekt er i arbeid og kjem truleg til avslutning i første halvdel av perioden:

- **Bruk av tvang i psykisk helsevern**
- **Økonomistyring i byggeprosjekt**
- **Administrasjon av pasientar på venteliste**

Sammendrag:

Utfra en vurdering av tema som tidligere er lagt fram for styret er det tema som er tatt ut av planen eller ikke startet. Det legges fra sykehusdirektør sin side opp til følgende interne revisjoner for 2022 og 2023.

- Miljørevisjon etter ISO 14001
- Barneansvarlig personell (jf. blant annet Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 a)
- Læring på tvers etter uønskede hendelser
- Uønsket variasjon i pasientforløp, psykisk helsevern for barn og unge
- Tryggere legemiddelbehandling med utgangspunkt i registrerte alvorlige feil og hendelser

I tillegg kommer årlig revisjon knyttet til legemiddelhåndtering og revisjoner som initieres av Stiftelsen Betanien Bergen.

Risiko:

En risikobasert tilnærming for interne revisjoner tilsier at identifikasjon av risiko- og fokusområder som er relevante og vesentlige, kan medføre behov for at revisjonsplan for 2022 og 2023 endres.

Medbestemmelse:

Saken er av interesse for alle deler av organisasjonen både ansatte og ledere.

Verdier:

Gjennom arbeid med interne revisjoner vil styret, ledelse og andre deler av organisasjonen kunne vurdere om utviklingen i sykehuset og de tiltak det til enhver tid jobbes med er i tråd med verdiene; omsorg, helhetssyn, åpenhet, kreativitet, og kvalitetsbevissthet i alt vi gjør.

Forslag til vedtak:

1. Styret vedtar foreslått revisjonsplan for interne revisjoner i 2022 og 2023, og ber om tilbakemelding ved vesentlige endringsbehov.

Saksbehandler: Eli Julseth Birkhaug, sykehusdirektør Betanien sykehus

Ansvarlig: Eli Julseth Birkhaug, sykehusdirektør Betanien sykehus

Styresak 41-2021 Fastsettelse av lønn til sykehusdirektør

Formål:

Å fastsette ny lønn til sykehusdirektør i Betanien sykehus AS.

Bakgrunn:

I henhold til sykehusdirektørs arbeidsavtale skal hennes lønns- og arbeidsbetingelser i likhet med øvrige ledere og medarbeidere være gjenstand for årlig gjennomgang og vurdering.

Lønnsoppgjøret for 2021 er nå sluttført. Lokale lønnsforhandlinger og lønn til medlemmene i sykehusets ledergruppe er avklart. Alle ledergruppemedlemmene har fått samme tillegg – kr. 32.600. Dette utgjør en prosentvis økning på mellom 3,11-3,74%, avhengig av lønn før regulering. Tiltaket bidrar til en forsiktig utjevning av forskjeller mellom de ulike lederne.

Styreleders vurdering:

Vil bli gjennomgått muntlig i styremøte.

Sykehusets direktørs lønn er før årets lønnsoppgjør 1.491.200 kroner.

Ny lønn ut fra styrets diskusjon økes med XX og ny lønn med virkningsdato fra XX.XX:XXXX, vil utgjøre kr. X.XXX.XXX

Medbestemmelse

Saken er ikke drøftingspliktig.

Verdier

I fastsettelse av sykehusdirektørs lønn er det viktig at man har et **helhetssyn** med tanke både på medarbeidere og pasienter.

Miljøperspektivet:

Nøkternhet i lønsspørsmål bidrar også positivt til miljøet.

Forslag til vedtak:

1. Styret vedtar at lønn til sykehusdirektør i 2022 settes til x.xxx.xxx kroner.
2. Styret vedtar å videreføre øvrige vedtar vilkår som tidligere.

Saksbehandler: Per Martin Knutsen, styreleder

Ansvarlig: Per Martin Knutsen, styreleder