

**Til:** Styret ved Vestre Viken

**Dato utsendt:** 24. januar

**Vår ref.** Styresekretær

**Møtetype:** Styremøte  
**Møtedato:** **31. januar**  
**Møtetid:** kl. 10.00 – 15.00  
**Møtested:** Digitalt / Teams

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

Publikum og media som ønsker å være til stede i møtet, må melde fra om dette til styresekretær innen søndag 30. januar ([hilde.enget@vestreviken.no](mailto:hilde.enget@vestreviken.no)).

**Ved forfall vennligst gi beskjed til:**

Styresekretær: Hilde Enget  
Telefon: 48166624  
E-post:  
[hilde.enget@vestreviken.no](mailto:hilde.enget@vestreviken.no)

Med vennlig hilsen  
*For styreleder Siri Hatlen*

Hilde Enget

Saksnr.	Tid (tentativt) Type sak	SAKER TIL BEHANDLING
<b>1/2022</b>	10.00 5 min	<b>Godkjenning av innkalling og saksliste</b> Vedlegg: Innkalling og saksliste til styremøte 31. januar
<b>2/2022</b>	10.05 5 min	<b>Godkjenning av møteprotokoll 20. desember 2021</b> Vedlegg: 1. Foreløpig protokoll 20. desember 2021 2. Foreløpig protokoll 20. desember 2021- <i>sak 117 unntatt offentlighet B protokoll</i>
<b>3/2022</b>	10.10 20 min	<b>Driftsorientering fra administrerende direktør</b>
<b>4/2022</b>	10.30 120 min	<b>Virksomhetsrapportering pr 3. tertial 2021</b> Vedlegg: 1. Virksomhetsrapport pr. 3. tertial 2021 2. Rapportering gevinstplan pr. 3. tertial 2021 3. VVHF IKT Tertialrapport pr. 3. tertial 2021 4. Vurdering risiko relatert til oppdrag og bestilling 2022 5. Vurdering av risiko relatert til langsiktig utvikling av foretaket Referat fra styreutvalg 20. januar 2022
<b>Pause</b>	12.30 30 min	<b>Lunsj 12.30 – 12.45</b>
<b>5/2022</b>	12.45 30 min	<b>Avhending av eiendommer ved Drammen sykehus. Salgs- og kontraktstrategi</b> <i>Unntatt offentlighet – offentlighetsloven § 23 første ledd</i>
<b>6/2022</b>	13.15 90 min	<b>Andre orienteringer</b> Klinikk for intern service (KIS) Status nytt sykehus Drammen - notat
<b>7/2022</b>	14.45 5 min	<b>Referatsaker</b> 1. Brukerutvalg 25. januar – ettersendes 2. Ungdomsrådet 26. januar – ettersendes 3. Styrets årsplan 2022
<b>8/2022</b>	14.50 10 min	<b>Eventuelt</b>

Dato: 24. januar 2022  
Saksbehandler: Hilde Enget

## Saksfremlegg

### Godkjenning av innkalling og saksliste

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	1/2022	31. 01.22

### Forslag til vedtak

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Drammen, 24. januar 2022

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: 1. Innkalling og saksliste til styremøte 31. januar 2022.

Dato: 24. januar 2022  
Saksbehandler: Hilde Enget

## Saksfremlegg

### Godkjenning av møteprotokoll 20. desember 2021

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	2/2022	31.01.22

### Forslag til vedtak

Møteprotokoller fra styremøtet 20. desember 2021 godkjennes.

Drammen, 24. januar 2022

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

### Vedlegg:

1. Foreløpig protokoll 20. desember 2021
2. Foreløpig protokoll 20. desember 2021 – sak 117 unntatt offentlighet B protokoll

Saksbehandler: Hilde Enget

Direkte telefon: 48 16 66 24

## Møteprotokoll for styret i Vestre Viken

**Møtested:** Digitalt / Teams**Dato:** 20. desember 2021**Tidspunkt:** Kl. 10.00 -14.45

---

**Følgende medlemmer deltok:**

Navn	Funksjon
Siri Hatlen	Styreleder
Margrethe Snekkerbakken	Nestleder
Robert Bjerknes	Styremedlem
Ane Rongen Breivega	Styremedlem
Hans Kristian Glesne	Styremedlem
Bovild Tjønn	Styremedlem
Morten Stødle	Styremedlem
Gry Lillås Christoffersen	Styremedlem
Tom Roger Heggelund Frost	Styremedlem
John Egil Kvamsøe	Styremedlem
Toril Anneli Kiuru Morken	Styremedlem

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

---

**Følgende fra administrasjon og ledelse møtte:**

Navn	Funksjon
Lisbeth Sommervoll	Administrerende direktør
Halfdan Aass	Direktør medisin
Mette Lise Lindblad	Direktør økonomi
Eli Årnot	Direktør kompetanse
Henning Aarset	Direktør kommunikasjon og samfunnskontakt
Cecilie Løken	Direktør teknologi
Rune Abrahamsen	Prosjektleder NSD
Hilde Enget	Administrasjonssjef / styresekretær

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

Protokollfører: Hilde Enget

### **Sak 110/2021 Godkjenning av innkalling og saksliste**

**Styrets enstemmige**

**Vedtak:**

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

### **Sak 111/2021 Godkjenning av styreprotokoll 29. november 2021**

**Styrets enstemmige**

**Vedtak:**

Møteprotokoller fra styremøtet 29. november 2021 godkjennes.

### **Sak 112/2021 Driftsorientering fra administrerende direktør**

**Oppsummering innhold:**

Inger Meland Buene erstattet Britt Eidsvoll som klinikkdirektør ved Drammen sykehus fra 1. desember. VVHF opplever stor økning blant barn og unge med psykiske lidelser, og det er spesielt mange henvisninger innen spiseforstyrrelser. Koronasituasjonen medfører besøksrestriksjoner ved sykehusene og sykehusvertene er midlertidig tatt ut av tjeneste. Antall planlagte operasjoner er redusert. Ansatte kan nå få tatt PCR-test for korona ved sykehusene. De fleste ansatte har fått 3. dose. Til tross for krevende tider, skjer det utviklingsarbeid i helseforetaket. Et forskningsprosjekt viser at spesialutdannede sykepleiere ved Drammen sykehus stiller diagnoser og behandle mindre ortopediske skader. Det er opprettet intermedier enhet på Drammen sykehus ved å omdisponere leger og sykepleiere. Flere tiltak iverksettes for å takke dyktige ansatte for god innsats i disse dager. Pr. 20 desember er det 46 innlagte pasienter med covid i VVHF, derav mottar 15 av intensivbehandling.

**Kommentarer i møtet:**

Styret takker for en god presentasjon og ber administrerende direktør videreformidle en stor takk til alle ansatte for den flotte innsatsen de gjør for å opprettholde gode tjenester i en krevende tid.

**Styrets enstemmige**

**Vedtak:**

Driftsorienteringen tas til orientering.

## **Sak 113/2021 Virksomhetsrapportering for Vestre Viken pr. 30. november 2021**

### **Oppsummering innhold:**

Det rapporteres et resultat akkumulert pr. november på 4,2 MNOK lavere enn budsjett. Tilleggsbevilgningene tilknyttet pandemien har blitt fortløpende inntektsført for å dekke mindreinntekter og merkostnader, og ikke-øremerkede midler er pr. november inntektsført i sin helhet. Prognosen er derfor ytterligere forverret som følge av pandemiens store innvirkning på driften. Årets resultat forventes å ende om lag 54 MNOK lavere enn budsjett. Siden det negative avviket inkluderer merforbruk vedlikehold på 47 MNOK, som møtes av lavere investeringer, er det negative avviket ikke så stort som det fremstår. Oppbygging av likviditet i samsvar med plan for økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplan NSD blir følgelig ikke vesentlig svekket i 2021.

### **Kommentarer i møtet:**

Saken ble kommentert i forbindelse med budsjettbehandlingen.

### **Styrets enstemmige**

#### **Vedtak:**

Styret tar virksomhetsrapport pr. 30. november 2021 til orientering.

## **Sak 114/2021 Revidert Utviklingsplan 2035 - høringsutkast**

Presentasjon til behandling av saken av helsefaglig sjef Elisabeth Kaasa og samhandlingssjef Christine Furuholmen.

### **Oppsummering innhold:**

Det foreliggende høringsutkastet er resultat av en god prosess med bred involvering. Planen legger et godt grunnlag for den videre utvikling av Vestre Viken. En høring vil gi ytterligere innspill til planen.

### **Kommentarer i møtet:**

Styret takker for en god presentasjon og et godt høringsutkast. Det er en beskrivende plan som tar inn over seg de viktigste satsningsområdene for fremtidens helsetjeneste og styret bemerker at det er viktig at det tas høyde for trender innen psykisk helse. Planen gir sammenheng og konsistens og det ble trukket frem at kritisk kompetanse og digitalisering er sentrale områder og at omtalen av bærekraft er god og balansert. Det er stor grad av sammenheng mellom de kortsiktige- og langsiktige målene. Satsningen på rett bruk av kompetanse og fleksibilitet blir et viktig utgangspunkt for å oppnå målsettingene. Bred medvirkning gir et godt utgangspunkt for samhandling fremover med kommunene, og gode prosesser med medvirkning bidrar til eierskap om retning. Styret ber om at mangfold i pasientpopulasjonen og blant ansatte også bør reflekteres i illustrasjoner og bilder i det videre arbeidet.

### **Styrets enstemmige**

**Vedtak:**

Styret slutter seg til høringsutkastet til *Utviklingsplan 2035* for Vestre Viken, og til at dette sendes på høring til berørte parter før endelig plan behandles i styremøte 25. april 2022.

**Sak 115/2021 Budsjett og mål for 2022**

Innledende presentasjon til behandling av saken ved direktør økonomi.

**Oppsummering innhold:**

Utkast til virksomhetsplan 2022 vil justeres om Oppdrag og bestillingsdokumentet for 2022 medfører vesentlige endringer. Likeledes til virksomhetsplanen oppdateres med Utviklingsplanen for de forhold som skal planlegges allerede i 2022. Virksomhetsplan og budsjett danner grunnlag for driftsavtalene med klinikkene for 2022.

Budsjett 2022 oppleves som meget stramt. Årene 2020 og 2021 har vært ekstraordinære, og koronapandemien har medført en stor belastning på ansatte og ledere i Vestre Viken. Dette har også resultert i at planlagte forbedringstiltak er blitt forsinket og foretaket går inn i 2022 på et høyere kostnadsnivå enn forutsetningene i økonomisk langtidsplan. Budsjettet har en uløst utfordring på om lag 70 MNOK. Dette møtes i første omgang av en foreløpig reduksjon av investeringene i 2022 med et tilsvarende beløp. Dette er ikke bærekraftig på sikt og foretaket vil derfor intensivere sitt arbeid med mulige tiltaksplaner.

Det er fortsatt stor usikkerhet knyttet til pandemiens effekter på økonomien i 2022, men det er gitt signaler om at regjeringen vil sørge for ekstra bevilgninger om det blir nødvendig. Budsjett 2022 er fremlagt med den forutsetning at pandemien ikke vil ha noen effekt på økonomi eller planlagt aktivitet. Dette er i tråd med retningslinjer gitt av Helse Sør-Øst RHF. Styret bes derfor ta forbehold om pandemiens konsekvenser i sitt vedtak, og at eventuelle nye tiltak iverksettes når disse forholdene er klarlagt.

**Kommentarer i møtet:**

Styret takker for presentasjonen og et godt saksfremlegg, og opplever at administrasjonen har fulgt opp temaer som styret har vært opptatt av i tidligere møter. Styret opplever at det er krevende å vedta et budsjett som ikke hensyntar de økonomiske konsekvenser av en pågående pandemi. Det forventes at pandemien vil ha vesentlig innvirkning på de økonomiske resultatene ved oppstarten av 2022, som foreløpig er ikke finansiert og heller ikke tatt høyde for i budsjettet. Styret legger til grunn at administrerende direktør følger opp dette forholdet med Helse Sør-Øst RHF.

Styret bemerker også at det å skulle skyve investeringer foran seg er uheldig og gir kun en kortsiktig gevinst, men det er vanskelig å se alternativer. Styret ønsker at vedtakspunktene gjenspeiler disse utfordringene. Styret ber om informasjon rundt gevinster knyttet til sikker pasientflyt i et fremtidig styremøte.

**Styrets enstemmige****Vedtak:**



1. Styret slutter seg til de mål og prioriteringer for budsjett 2022 som fremkommer i administrerende direktørs saksfremstilling. Budsjettet vedtas med totale inntekter på 11198 MNOK, hvorav 6641 MNOK er basisrammetildeling fra HSØ. Styret vedtar budsjettet med et resultat på 280 MNOK. Resultatet skal sikre fremtidige investeringer i tråd med økonomisk langtidsplan.
2. Det fremlagte forslag til budsjett for 2022 vedtas, med forbehold om at de økonomiske konsekvensene av den pågående koronapandemien kan resultere i vesentlig endringer i rammeforutsetningene for budsjettåret. Styret forutsetter at helseforetaket tildeles økonomisk kompensasjon for eventuelle konsekvenser av pandemien. Eventuelle justeringer av resultatmål og investeringsplaner må vurderes gjennom året.
3. Budsjett og mål for 2022 angir foretakets mål og økonomiske rammer for virksomheten det kommende år. Det er styrets forutsetning at budsjettet innenfor de samlede økonomiske rammer, skal bidra til god måloppnåelse i forhold til eiers krav og helseforetakets egne mål, herunder bidra til god kvalitet og pasientsikkerhet.
4. Prioriterte mål 2022 er:
  - Iverksette konkrete tiltak for sikker pasientflyt, herunder sikre at beste praksis i Vestre Viken er innarbeidet for alle relevante fagområder.
  - Iverksette konkrete tiltak for å sikre tilgang på nødvendig kompetanse for å utføre god pasientbehandling.
  - Utarbeide en plan for styrking av intensivkapasiteten.
  - Iverksette konkrete tiltak for riktig fordeling av arbeidsoppgaver for å redusere belastningen på sårbare funksjoner.
  - Bedre ressursutnyttelse og samordning, herunder samhandling med kommunene.
  - Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Psykisk helsevern for barn og unge skal spesielt prioriteres.
  - Sikre brukermedvirkning i pasientforløpene.
  - Utarbeide handlingsplan for oppnåelse av miljøkrav.
  - Koordinere arealutviklingen med strategi for utvikling av virksomheten.
  - Videreføre arbeidet med å styrke informasjonssikkerhet og personvern.

Målene for 2022 justeres når Oppdrag og bestilling for 2022 mottas, samt tilpasses de endringer som eventuelt følger av revidert Utviklingsplan 2035.

5. Styret vedtar en øvre investeringsramme på 309 MNOK. Investeringer finansieres med 287 MNOK i egne midler, og 22 MNOK med finansiell leasing. Investeringsmidler overført fra 2021 kommer i tillegg. Styret forutsetter at foretaket avventer effektivering av investeringsplanene tilsvarende uløst utfordring i budsjettet inntil det er etablert sikre tiltak som bidrar til oppnåelse av budsjettet resultat. Styret erkjenner at den fremtidige økonomiske bærekraft svekkes ved utsatte investeringer. Administrerende direktør bes om å

fremlegge en konsekvensutredning med alternative tiltak i forbindelse med styrets behandling av økonomisk langtidsplan 2023 – 2026.

6. Det forutsettes at omstillingsarbeid skjer i samarbeid med og i dialog med de ansattes organisasjoner og vernetjenesten. De 12 prinsipper for medvirkning skal legges til grunn for samarbeid og dialog. Likeledes legges de 13 prinsipper for brukermedvirkning til grunn for dialog med brukerne og deres organisasjoner.
7. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å foreta mindre budsjettkorrigeringer gjennom året, blant annet som følge av endrede DRG-veker, nye bevilgninger eller føringer fra eier, styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF, tekniske justeringer som følge av feilbudsjetteringer, med videre.

#### **Protokolltilførsel fra ansattrepresentantene:**

Vi foretakstillitsvalgte er sterkt bekymret for følgene av årets budsjett.

- Dersom Vestre Viken midt i en pågående pandemi ikke får covid-midler er det risiko for at vi ikke kan tilby alle pasientene nødvendig behandling. Vi ber derfor administrerende direktør om å anmode Helse Sør-Øst om covid- midler for å dekke ekstrautgifter som følger av pandemien.
- Vi ber om et tydelig signal om økning av intensivkapasiteten ved finansiering av nye intensivplasser, slik OUS planlegger å gjøre.
- Vi finner det ikke akseptabelt å redusere investeringer i BRK. BRK må ikke forsinkes.
- Vi ber om en raskere økning av forskningsmidler. Det er nødvendig for å utvikle pasientbehandlingen.
- Prioriteringsregelen måles også dette året i økt aktivitet og reduksjon i ventetider og ikke i kostnader. Vi ber om at Prioriteringsregelen for Psykisk Helse og Rus følges og at administrerende direktør ber HSØ klargjøre hvordan regelen er å forstå.
- Arealeffektivisering i PHR kan, hvis hensikten er økonomiske innsparinger, potensielt gå ut over rammene for god pasientbehandling og de ansattes arbeidsmiljø. Innspill fra fagmiljøene må prioriteres i videre arbeid med arealeffektivisering.

#### **Sak 116/2021 Eiendomsplan Psykisk helse og Rus (PHR) del 1 – ramme for videre eiendomsutvikling**

Presentasjon til behandling av saken av klinikkoverlege Sondre Sperle Engebretsen, direktør medisin Halfdan Aass og klinikkdirektør intern service Narve Furnes.

#### **Oppsummering innhold:**

Saken viser at det er behov for endringer av bygningsmassen for å møte det fremtidige behandlingsbehovet, og for å få til løsninger som er bedre funksjonelt egnet for kjernevirksomheten. Virksomhetsplanen til klinikken må ligge til grunn for videre utvikling av eiendomsmassen. Denne eiendomsplanen vil, sammen med planene for nytt sykehus i Drammen, sikre en fremtidsrettet bygningsmasse for klinikkens virksomhet. Neste fase for eiendomsplanen vil være å sammenstille en konkret arealplan med tidsplan for

gjennomføring, og utarbeide økonomiske analyser. De økonomiske analysene vil synliggjøre handlingsrommet for videre utvikling av eiendomsmassen.

**Kommentarer i møtet:**

Styret takker for en grundig og faktabasert saksfremstilling og gode presentasjoner. Det understrekes at arealbehovet som er beskrevet i saken viser et teoretisk behov dersom man skulle bygge et nybygg for den samlede virksomheten. I det videre arbeidet skal dette grunnlaget bli tilpasset nye lokale forhold med dagens drift på flere steder og mulighetene innenfor de faktiske byggene som er tilgjengelige. Det planlegges for lokaler med god funksjonalitet og fleksibilitet tilpasset nåværende, men også fremtidige behov.

Brukerutvalget uttrykker at de setter pris på å bli involvert i det videre arbeidet. Styret ønsker å følge arbeidet i del 2 gjennom orienteringer i styremøter.

**Styrets enstemmige****Vedtak:**

Styret slutter seg til Eiendomsplan psykisk helse og rus (PHR) del 1, som ramme for videre eiendomsutvikling.

**Protokolltilførsel fra ansattrepresentantene:**

Styrets ansattrepresentanter er godt fornøyd med styrets diskusjon og avklaring av at ordet «ramme» som ordlyd i vedtakets utforming ikke er å forstå som en låst forutsetning av fremtidig arealbehov for klinikk PHR. På bakgrunn av denne felles forståelsen støtter ansattrepresentantene forslag til vedtak som utformet.»

**Sak 117/2021 Avhending av eiendommer ved Drammen sykehus – orientering om salgs- og kontraktstrategi**

Styret vedtok å lukke møtet for behandling av sak 117/2021 (Offentlighetsloven § 23 første ledd). Egen protokoll fra behandlingen.

**Sak 118/2021 Rammeverk for planlegging av forberedelse til drift og Samlet Plan NSD****Oppsummering innhold:**

Rapporten *Rammeverk for planlegging av forberedelse til drift og Samlet Plan* er utarbeidet i fellesskap mellom Vestre Viken HF og Helse Sør-Øst RHF sin prosjektorganisasjon (PNSD) og er behandlet i begge organisasjoner. Dokumentet danner et godt grunnlag for et felles rammeverk for alle aktører som er involvert i arbeidet med ferdigstilling av nytt sykehus. Dette vil sikre en trygg overgang mellom utbygging og en robust igangsettelse og drift av nytt sykehus. Rammeverket legges til grunn for videre planlegging, og inngår som styringsverktøy for ferdigstilling av nytt sykehus.

**Kommentarer i møtet:**

Vedtaket endres fra styret godkjenner rammeverket til at styret tar planen til etterretning, da det vurderes som best dekkende for saken.

**Styrets enstemmige****Vedtak:**

1. Styret tar «Rammeverk for planlegging av forberedelser til drift og Samlet plan» til etterretning.
2. Styret ber om at planen suppleres i løpet av første tertial 2022 med en egen plan for ferdigstillelse av eksterne tiltak som i henhold til reguleringsbestemmelsene er nødvendige for ibruktakelse av sykehuset.
3. Styret ber om at planen suppleres med IKT-plan NSD, som beskriver leveranse og tilpasning av IKT-systemer som er nødvendige for ibruktakelse av det nye sykehuset.
4. Styret ber Vestre Viken HF om å legge planen til grunn for videre arbeid med detaljplanlegging av de enkelte aktiviteter som omfattes av helseforetakets ansvar iht. fremlagte dokument og plan.
5. Rapportering av fremdrift i henhold til samlet plan, skal inngå som del av månedlig statusrapportering til styret.
6. Avvik i forhold til planlagt fremdrift, håndteres i beslutningsmøte for iverksettelse av nødvendige tiltak for å komme tilbake på plan.

**Sak 119/2021 Reevaluering NSD – erfaringer fra nytt sykehus i Østfold****Oppsummering innhold:**

Oppfølging av evalueringsrapportene fra nytt østfoldsykehus, følges opp i arbeidet i Mottaksprosjektet. Administrerende direktør vil bidra til at prosjektorganisasjonen følger opp tilrådingene videre i arbeidet med nytt sykehus, at det legges ekstra vekt på gode og effektive driftsløsninger og at det stilles krav til LCC-beregninger i bygg og utstyrsanskaffelsene. Ny status vil bli lagt frem for styret om et år.

**Kommentarer i møtet:**

Ingen kommentarer.

**Styrets enstemmige****Vedtak:**

1. Styret tar saken til orientering.
2. Styret vil få en oppfølgende evaluering av hvordan læringspunktene fra nytt østfoldsykehus ivaretas videre i mottaksprosjektet om et år.

**Sak 120/2021 Reevaluering NSD – erfaringer etter korona****Oppsummering innhold:**

Oppfølgingen av de enkelte områdene er under arbeid, men det er innenfor de fleste områdene for tidlig å konkludere. Prosjektorganisasjonen fortsetter å følge opp tilrådingene i rapporten i det videre arbeidet med nytt sykehus.

**Kommentarer i møtet:**

Ingen kommentarer.

**Styrets enstemmige**

**Vedtak:**

1. Styret tar saken til orientering.
2. Styret ber administrerende direktør bidra til å sikre at prosjektorganisasjonen følger opp tilråkningene videre og at større avvik fra dette rapporteres til styret.

**Sak 121/2021 Styrets årsplan**

**Kommentarer i møtet:**

Styret ber om at årsplanen tar høyde for planlagte digitale møter. Evaluering av styremøtene tas opp i styremøtet 31. januar 2022.

**Styrets enstemmige**

**Vedtak:**

Styrets årsplan for 2022 tas til orientering.

**Sak 122/2021 Referatsaker**

Ingen kommentarer i møtet.

**Sak 123/2021 Eventuelt**

Ingen saker.

**Drammen 20. desember 2021**

Siri Hatlen  
styreleder

Margrethe Snekkerbakken  
nestleder

Bovild Tjønn

Morten Stødle

Tom Roger Heggelund Frost

John Egil Kvamsøe

Robert Bjerknes

Ane Rongen Breivega

Hans-Kristian Glesne

Toril Anneli Kiuru Morken

Gry Lillås Christoffersen

Dato: 24.01.2022

Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

## Saksfremlegg

### Virksomhetsrapportering for Vestre Viken pr. 3. tertial 2021

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	4/2022	31.01.2022

### Forslag til vedtak

1. Styret tar virksomhetsrapport og risikovurdering pr. 3. tertial 2021 til etterretning.

Drammen 24. januar 2022

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

## Bakgrunn

Administrerende direktør legger fram rapportering pr. 3. tertial i tråd med styrets årshjul. Rapporteringen pr. tertial omfatter en rekke flere indikatorer enn de som rapporteres månedlig. Ved årsavslutningen er det flere områder som normalt omfattes av tertialrapporteringen, som dekkes av årlig melding og ved behandling av årsregnskapet og styrets beretning. Tertialrapporten for 3. tertial omhandler derfor først og fremst de områder som ikke anses dekket i årlig melding og årsberetningen. Det gis en overordnet fremstilling av status for året 2021 for økonomi, aktivitet, bemanning og kvalitetsindikatorer.

Det er fra rapportering på 3. tertial 2021 lagt opp til at risikovurderingen blir en del av tertialrapporteringen. Dette for å skape større sammenheng mellom oppnådde resultater, forventet utvikling, vurdert risiko og planlagte tiltak. Risikovurderingene er oppdatert ved inngangen til året 2022. Oppdrag og bestilling er ennå ikke mottatt, men det forventes ingen vesentlige endringer i styringsmålene. Risikoen vedrørende oppnåelse av budsjett og OBD vurderes tertialvis. Denne viser risiko slik ledelsen i foretaket vurderer den ved inngangen til neste tertial, og omhandler den løpende drift. Det er i tillegg foretatt en vurdering av risiko vedrørende virksomhetens utvikling på lengre sikt, samt oppnåelse av økonomisk bærekraft til å håndtere nødvendige investeringer og overtakelse og egenfinansiering av nytt sykehus i Drammen. Med økonomisk bærekraft menes i denne sammenheng foretakets evne til å sikre finansiering av nødvendige investeringer og betjene den gjelden som pådras i forbindelse med overtakelse av det nye sykehuset i Drammen gjennom årlige resultatoppnåelser.

## Saksutredning

### Økonomi, aktivitet og bemanning

Årsavslutningen pågår i foretaket. En første lukking av desember måned viser et foreløpig resultat 2021 på 131 MNOK mot et budsjett på 244 MNOK. Det presiseres at det fortsatt kan komme endringer, selv om vesentlige endringer ikke er ventet.

Foreløpig resultat viser en endring fra tidligere rapportert prognose som var på 190 MNOK. Korrigeret for vedlikehold over drift, er foreløpig resultat på 183 MNOK mot 237 MNOK i tidligere prognose. Dette innebærer en forverring i desember på 54 MNOK. De viktigste årsakene er først og fremst pandemiens fortsatte store innvirkning på foretakets virksomhet. Den påvirker planlagt aktivitet, og sykefraværet er betydelig, herunder følgene av pålegg om karantene. Året har vært preget av pandemien, og det har vært utfordringer med å få tak i tilstrekkelig personell. Dette har medført at ferie og permisjoner ikke er avviklet som forutsatt, og dermed økte avsetninger i forbindelse med årsavslutningen. Det vises til vedlegg 1 for nærmere redegjørelser for det økonomiske resultat for 2021.

Det er utfordringer i den underliggende drift. Budsjettfremstillingen for styret i desember viste at foretaket går inn i 2022 med en uløst utfordring. Dette har medført en foreløpig beslutning om å avvente en del investeringer. Resultatet for 2021 medfører ytterligere svekket investeringsevne for det kommende året. Den økonomiske situasjonen oppleves fortsatt uavklart. Det er gitt tydeligere signaler om at helseforetakene vil tilføres midler i 2022.

Månedsverk ligger vesentlig over budsjett. Rapporterte koronaårsverk utgjør ikke lenger hoveddelen av dette. Det er imidlertid fortsatt slik at måling av hva som vedrører pandemien, og hva som er ordinær drift, går over i hverandre.

Aktiviteten er fortsatt preget av pandemien, og foretaket har vært i gul beredskap det meste av desember. Innenfor barne- og ungdomspsykiatri har aktiviteten vært høy gjennom hele 2021, og det har vært utfordringer med å ha tilstrekkelig bemanning til å løse oppgavene.



### Kvalitet

Ventetiden innfor somatikk er 55 dager i 2021, nær målet på 54 dager. Ventetiden er redusert med 3 dager sammenliknet med 2020. Pasientene er blitt prioritert etter alvorlighetsgrad slik at ventetidene skal være forsvarlige. Innenfor psykisk helse og rus er ventetiden over målkravet på samlet for alle fagområder 38 dager. Der endte foretaket opp med en samlet ventetid på 42 dager i 2021. Det er spesielt aktivitetspågangen innen barne- og ungdomspsykiatri, samt utfordringer med å skaffe tilstrekkelig bemanning som er årsak til at målet ikke er nådd i 2021.

Pakkeforløp for kreft er pr. 3.tertial på 69 %, like under målkravet på 70 %. I desember måned lå indikatoren på 70%. Det har vært en god forbedring gjennom siste halvdel av 2021.

Andel overholdte pasientavtaler er 89 % pr. 3. tertial, som er under målet på 94 %. Det er først og fremst pandemiens innvirkning på aktiviteten som er årsak.

### HR

#### *Sykefravær*

Det var gjennomsnittlig 8 % sykefravær i 2021 og hele 9,5 % i november måned. Karantenebestemmelser og høy smitte i samfunnet de siste månedene i 2021 har forverret situasjonen. Det må forventes et fortsatt høyt sykefravær også i desember og januar.

#### *AML-brudd*

Pr. desember var det AML-brudd tilsvarende 3 % av alle vakter i foretaket, en økning fra 2,4 % i 2020. Bemanningssituasjonen med høyt sykefravær og lavere tilgang på utenlandske vikarer er hovedårsaken. Foretakets satsning på aktivitetsstyrt ressursplanlegging og tiltak som gir bedre arbeidsfordeling mellom personellgruppene, er de viktigste tiltakene som forventes å bedre situasjonen.

#### *Deltid*

Høy grad av tilstedeværelse er viktig for pasientsikkerhet, kvalitet, de ansattes kompetanse og arbeidsmiljø. Det er også viktig at det er samsvar mellom aktivitet og bemanning. Modell for aktivitetsstyrt ressursplanlegging (ARP) er under innføring, samt implementering av metodikk for helhetlig planlegging. I denne forbindelse er det igangsatt arbeid med å opprette et foretaksomfattende Bemanningssenter, etablere stillinger for ressursplanleggere, pilotere arbeidsplaner med langvakter, og et utviklingsarbeid for å få gode og tilgjengelige styringsdata.

HAMU og klinikkenes AMU følger opp arbeidet med heltidskultur, og følger opp tiltakene som ble besluttet i 2018. Det er kartlagt hvorfor det arbeides deltid, og tematikken er sammensatt. HAMU ønsker at det skal være økt oppmerksomhet på turnusarbeidere og særskilt tiltak knyttet til helgearbeidsutfordringer. Arbeidet må ses i sammenheng med ARP (aktivitetsstyrt ressursplanlegging).

### Eksterne tilsyn

En rekke eksterne instanser fører tilsyn med ulike deler av foretakets virksomhet. Det har vært gjennomført få tilsyn under pandemien. I 2021 gjennomførte Statsforvalteren Oslo og Viken digitalt egenvurderingstilsyn i barn- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) og konkrete tiltak er iverksatt.

På HMS området er det gjennomført seks tilsyn. Luftfartstilsynet gjennomførte tilsyn på Ål helikopterplass i 2021, og midlertidig godkjenning av fortsatt drift er gitt i påvente av ny asfaltering av helikopterplassen.

Luftfartstilsynet har også hatt tilsyn knyttet til fysisk arbeidsmiljø på helikopterbasen. Dette er tilsyn for Norsk Luftambulansesom har ansvaret, men Luftambulansetjenesten HF som leier og

Vestre Viken som utleier blir også involvert i tiltakene. Det er gjort en del midlertidige tiltak, og det arbeides med en plan for endelige tiltak.

### Utsiktede hendelser

Antall utsiktede hendelser som førte til, eller kunne ha ført til, betydelig skade er på omtrent samme nivå som tidligere. Som tidligere er de fleste varsler som er sendt til Statens Helsetilsyn grunnet i pasienter som tar sitt eget liv.

Meldekulturen vurderes som god, og det arbeides systematisk med meldekultur og å styrke saksbehandlingen av hendelser. Det gjennomføres hendelsesanalyser på alvorlige hendelser. Team Pasientsikkerhet gjennomgår ukentlig håndtering av alvorlige hendelser, og ser særskilt på hendelser som omfatter både HMS og pasientsikkerhet. Verktøyet «Snakk om forbedring» setter også pasientsikkerhet og HMS i sammenheng, og understøtter en åpenhetskultur. For å fremme læring etter hendelser har foretaket tatt i bruk læringsnotater som både kan distribueres internt og til foretak utenfor Vestre Viken.

### Revisjoner

Det er ikke gjennomført foretaksomfattende revisjoner i 2021. Det pågår en fagrevisjon med tema "Kirurgisk behandling og oppfølging av pasienter med tykktarmkreft" som ferdigstilles vår 2022. Klinikken har selv ansvar for å planlegge og gjennomføre revisjoner i egen klinikk.

### Informasjonssikkerhet og personvern

Styret ble i styremøte 27. september 2021 orientert om en sikkerhetsundersøkelse rettet mot ledere og ansatte, med særlig fokus på bruk av mobiltelefoner og e-post. På bakgrunn av funnene er det utarbeidet en tiltaksplan som følges opp, Det planlegges en oppfølgende undersøkelse for å måle effekt av tiltakene.

Bruk av skytjenester fra tredjeland – særlig USA og deling/lagring av personopplysninger, har gitt alle helseforetak utfordringer. Direktoratet for eHelse har på bakgrunn av situasjonen besluttet at Helseanalyseplattformen (HAP) ikke kan legges i amerikansk skyløsning, noe som forsinker arbeidet med tilgjengeliggjøring og analyse av data i HAP. Det pågår arbeid for å avklare handlingsrommet for foretakene i HSØ. For Vestre Viken kan det bety at enkelte tjenester kan måtte legges ned en periode.

Trusselbildet viser en stor økning av sikkerhetshendelser i desember, hvor norske selskaper ble utsatt for digitale utpressere. Sårbarhet Log4j, som ble oppdaget i desember fikk konsekvenser for Vestre Viken og regionen for øvrig. Det var aldri tale om et angrep rettet mot Vestre Viken via sårbarheten, men tjenester som SecureMail (e-post på mobile enheter), måtte stenges ned for å forebygge angrep, og inntil tiltak var etablert.

### Rapportering på gevinstplan og foretakets prosjekt- og programportefølje

Det vises til vedlagte rapport for rapportering på status i arbeidet med gevinstrealisering NSD og økonomisk bærekraft i Vestre Viken, vedlegg 2. Modellen for rapportering følger fastsatt struktur og gir en kort oppsummering av status og kommende milepæler for respektive gevinstområde. Det er først og fremst innenfor ARP-programmet at det nå varsles en økt risiko for resultatoppgåelse i samsvar med plan. Dette programmet er under revitalisering, og styret har spesielt bedt om grundigere gjennomgang av prosjektet. Som følge av sykefravær og endringer i prosjektgruppen vil en slik gjennomgang måtte utsettes til et senere styremøte. Styreutvalget vil ha en særskilt gjennomgang i forkant av styrets behandling.

Planlagte gevinster i 2021 er ikke oppnådd. Budsjett 2021 forutsetter 61,8 MNOK i realiserte gevinster. Vurderingen pr. 3. tertial er at 28,9 MNOK realiseres i 2021. Dette er en forverring fra vurderingen pr. 2. tertial. En større andel vedrører gevinster som er trukket i ramme fra klinikkene og forutsatt realisert der. Siden de økonomiske resultatene for 2021 ikke oppnås,

Post: Vestre Viken HF, Postboks 800, 3004 Drammen | Telefon: 03525 | Org. Nr: 894.166.762 | [postmottak@vestreviken.no](mailto:postmottak@vestreviken.no)

Vår bank: Danske Bank | Kontonummer: 8601 72 17986. | IBAN: NO93 8601 7217 986. | SWIFT: DABANO22

vurderes ikke lengre disse gevinstene som realisert. Samlet for årene 2020 og 2021 realiseres i overkant av halvparten av planlagt gevinst.

Foretakets porteføljestyre avholder nå regelmessig møter, og prosjektkontoret sammenstiller og gjennomgår status i de prosjektene foretakets har vurdert som kritiske. Porteføljen omfatter prosjekter som griper inn i store deler av virksomheten, og som vil være kritiske for den videre utviklingen. I første omgang er det vurdert at foretaksledelsen må ha regelmessig oppfølging av følgende prosjekter/programmer:

1. BRK
2. Avhending Drammen sykehus Bragernes
3. Organisering Blakstad 2021
4. Videosamtale med AMK
5. ARP
6. Digital Hjemmeoppfølging
7. STIM Mottaksprogram

Statusoversikt pr. 31.12.2021:

Portefølje: VVHF - Prosjektportefølje			KOST (og ressurser)	TID	OMFANG	RISIKO	GEVINST
Navn	Leder	Fase					
VV - STIM Mottaksprogram	Sauthon, Morten	Gjennomføre	🟡	🟢	🟢	🟡	🟢
VVHF - ARP	Evensen, Lena	Gjennomføre	🟡	🔴	🟢	🔴	🔴
VVHF - Avhending Drammen sykehus Bragernes	Bo Vegard Bording Grøtvedt	Planlegge	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
VVHF - BRK	Lybeck, Tom Darre	Gjennomføre	🟢	🟡	🟢	🟡	🟡
VVHF - Helselogistikk Innføring VVHF	Ilebekk, Ingvild	Planlegge	🟡	🟡	🟡	🟡	🟢
VVHF - IKT - Program for digital hjemmeoppfølging» (PDHO)	Leinaas, Amund	Gjennomføre	🟢	🟡	🟢	🟡	🟡
VVHF - Organisering Blakstad 2021	Lærum, Kristin Tafjord	Lukket	🔹	🔹	🔹	🔹	🔹
VVHF - Videosamtale med AMK	Lindland, Lise-Mette	Avslutte	🔹	🔹	🔹	🔹	🔹

🟢 Som planlagt  
 🟡 Mindre avvik  
 🔴 Større avvik  
 🔹 Informasjon mangler

Program ARP er omtalt overfor som en del av gevinstplanen og er utdypet nærmere i vedlegg 2. Når det gjelder BRK, er det noe forsinkelser i fremdrift i tillegg til en uoversiktlig prissituasjon som medfører avvik. Programmet har også et potensiale for forbedret rapportering på gevinst, og fastsette tydeligere målbilde for gevinsteiere som følge av de effekter programmet kan gi. Innføring av helselogistikk vurderes å være det mest komplekse programmet i foretaket. Det er fortsatt uavklarte forhold mellom det regionale prosjektet og den lokale innføringen. I tillegg vil innføring kreve mye av organisasjonen som kan utfordre ressurs-situasjonen. Programmet blir fulgt tett opp at styringsgruppen og prosjekteier er representert i det regionale prosjektet. I forhold til innføring av digital hjemmeoppfølging er det først og fremst eierskap til gevinstrealisering og kapasitet til gjennomføring som utgjør risikoen. Programmet vil i større grad overføres til linjen, og sentrale prosjektr ressurer vil støtte og veilede ved behov.

Organisering Blakstad og prosjekt videosamtale AMK foreslås nå å tas ut av porteføljen da prosjektfasen er slutført og videre arbeid skjer i linjen.

Nye prosjekter vurderes fortløpende og andre faser ut. Prosjektene favner hele virksomheten og kommer i tillegg til oppfølgingen av gevinstplanen.

### IKT tertialrapport

På IKT-området er det oppnådd flere viktige milepæler i tredje tertial. Det vises til vedlegg 3. Hele foretaket har nå tatt i bruk elektronisk kurve og medikasjon, og ny løsning for internettveiledet behandling, eMestring, er tatt i bruk innen psykisk helsevern og rus. Det er et stort antall prosjekter i Vestre Viken og i regionen som berører IKT. Flere av disse vil kreve betydelig innsats fremover. Ved utgangen av 3. tertial er det identifisert totalt 68 enkeltprosjekter. Foretaket har plukket ut de viktigste prosjektene som skal følges opp av porteføljestyret på foretaksnivå.

Vestre Viken har jobbet systematisk med å oppnå gode strukturer og oversikter på IKT-området de siste årene. Antall IKT-systemer er redusert som følge av applikasjonssanering, og det vil jobbes videre med henblikk på å sanere ytterligere applikasjoner.

Risiko for IKT-området inngår i foretakets overordnede risikovurderinger. I tredje tertial har det tilkommet nye momenter til risikovurderingene. Mangel på tilgjengelige investeringsmidler kan medføre forsinkede leveranser eller at ønsket funksjonalitet ikke blir levert. Global utstyrsmangel på IKT-utstyr kan medføre forsinkelser i leveranser og prosjekter, og sikkerhetsmessige avklaringer ifm. bruk av amerikanske skyleverandører gir også risiko for forsinkelser. Det vises til omtale av informasjonssikkerhet og personvern overfor. Mange risikoreduserende tiltak vil videreføres fra 2022, og i tillegg vurderes et nytt tiltak som går ut på å bruke Bærum sykehus som IKT læringsarena for NSD.

### Risikovurdering pr. 3. tertial 2021

Risikovurderingen viser områder der det er et spesielt behov for å følge utviklingen tettere enn det som kan gjøres gjennom ordinær rapportering og monitorering. Vurderingen er knyttet opp til styringsmålene for foretaket. Planlagte og pågående tiltak bidrar til å ta risikoen ned.

En detaljert beskrivelse av vurderingen av definerte risikoområder følger som vedlegg 4 og 5. Vurderingen er foretatt av foretaksledelsen og gir uttrykk for det risikobildet foretaket ser fremfor seg, både for oppfyllelse av oppdrag og bestilling for 2022 (vedlegg 4) og for foretakets utvikling på lengre sikt, frem til innflytting i NSD, samt for oppnåelse av økonomisk bærekraft for foretaket samlet (vedlegg 5).

### *Vurdering av risiko for oppdrag og bestilling for 2022*

Ved inngangen til 2022 er det identifisert ni risikoområder. Vurderingen beskrives nærmere i vedlegg 4, der også aktivitetene for å ta ned risiko er omtalt med status for fremdrift i arbeidet. Koronapandemien er en vesentlig faktor i vurderingen av risikoen relatert til behandlingskapasitet, bemanningssituasjonen, arbeidsmiljø og økonomi. Risikoen knyttet til tilstrekkelig kompetansetilgang er forhøyet siden forrige rapportering. Det samme gjelder den økonomiske situasjonen. Det vises i den sammenheng til omtale av foreløpig resultat overfor, samt styrets behandling av budsjett for 2022.

Utover disse forhold er det fortsatt IKT-området og informasjonssikkerhet og personvern som vurderes å ha høy risiko. Dette skyldes kompleksiteten i området, og ikke minst kapasitet hos Sykehuspartner til å levere i henhold til kundeplanen og etablere sikre løsninger. I tillegg kommer trusselbildet og forholdet til amerikanske skytjenester omtalt overfor.

Flere av tiltakene er videreført fra 2021 og har forsinket fremdrift. Det er også planlagt nye tiltak. Samlet sett er risikoen for å oppfylle oppdraget for 2022 økt siden forrige rapportering. Økonomisk kompensasjon knyttet til pandemien er ventet, men foreløpig uavklart. Ellers er ressurs situasjonen det området som vil ha størst oppmerksomhet i tiltaksarbeidet i 2022. Dette omfatter revitalisering av ARP-programmet og konkrete aktiviteter som sikrer riktig oppgavefordeling. I den sammenheng vil det også være aktiviteter som retter seg sikre pasientforløp etter modell fra Danmark.

### *Vurdering av risiko relatert til langsiktig utvikling av foretaket frem til innflytting i NSD og oppnåelse av økonomisk bærekraft for foretaket samlet*

Det er vurdert fem risikoområder som anses å ha stor betydning for å sikre at foretaket utvikler seg i riktig retning, og etablerer en trygg økonomi som gir evne til å håndtere investeringsbehovene frem i tid, egenfinansiering av nytt sykehus og nedbetaling av gjelden etter overtakelsen av NSD.

Vurderingen beskrives nærmere i vedlegg 5, der også aktivitetene for å ta ned risiko er omtalt med status for fremdrift i arbeidet. Det er ingen endring i vurderingene siden 2. tertial 2022.

Tilgang på nødvendig kompetanse vurderes å ha høy risiko på lengre sikt. Det er ventet mangel på sykepleiere, og det vurderes at for få etterutdannes til spesialisering. I tillegg har Vestre Viken flere områder der alderssammensetningen medfører risiko for stort frafall av kompetanse som kan treffe virksomheten brått, om ikke dette planlegges og tilrettelegges på lang sikt. Flere tiltak er under arbeid og vil bli utviklet videre.

Den økonomiske situasjonen er usikker fordi foretakets resultat for 2021 svekker fremtidig investeringsevne. Den uløste økonomiske utfordringen i budsjettet øker utfordringen. Det vil i 2022 iverksettes større krav til fastsetting av målbylde for økonomiske gevinster og gevinsteiere i alle prosjekt. Dette har vært mangelfullt tidligere.

IKT-området er en vesentlig risikofaktor på lang sikt, ikke minst i forhold til etablering av planlagt ny teknologi i tilknytning til nytt sykehus i Drammen. Styret følger planen for IKT fase 1 tett i forbindelse med rapportering til prosjektstyret for NSD. Dette er også sentrale tema i styreutvalget.

Mottaksprosjektet for NSD og organisasjonsutviklingen som må skje frem mot innflytting, er også vurdert å ha høy risiko, men sannsynligheten for at hendelsen inntreffer vurderes som liten. Dette bygger på at mottaksprosjektet er godt i gang med endringsarbeidet. Det er fortsatt stor variasjon i hvor langt de ulike virksomhetsområdene har kommet i forberedelsene. Forsinket fremdrift vil kunne få store negative konsekvenser etter innflytting, både med hensyn til kapasitet og økonomi. Styret følger også disse aktivitetene tett i det etablerte styreutvalget.

Det er forsinkelser i fremdrift for enkelte av de planlagte tiltakene for å ta ned risikoen, men foreløpig ikke av slik art at dette påvirker samlet vurdering av risikoen.

### **Administrerende direktørs vurderinger**

Den økonomiske situasjonen i 2021 har vært preget av koronapandemien. Dette fortsetter inn i 2022. De negative konsekvenser av pandemien har vært dekket av koronabevilgninger frem til november, men resultatet i desember måned ble langt dårligere enn forutsatt i prognosen. Foretaket leverer et økonomisk resultat om lag 60 MNOK dårligere enn budsjett, og dette svekker foretakets fremtidige investeringsevne. Omfattende omstillinger kreves i de tre årene som gjenstår før det nye sykehuset står klart.

Arbeidet med gevinstplanen er forsinket som følge av pandemien. Det er så langt realisert vel halvparten av målsatte gevinster for årene 2020 og 2021. Kravene til måloppnåelse er ikke endret, og effekter vil måtte realiseres over et kortere tidsrom enn forutsatt.

Utviklingen i ventetider for somatikken har gått riktig vei til tross for pandemien i 2021, og det samme gjelder pakkeforløp for kreft. Den store pågangen av pasienter innen psykisk helsevern og rus har medført at ventetidene ikke er på målsatt nivå for dette virksomhetsområdet.

Arbeidet med heltidskultur fortsetter, og må sees i sammenheng med ARP.

Informasjonssikkerhet og personvern er nå regelmessig på agendaen i ledermøtene, og det er iverksatt et opplæringsprogram for lederne innenfor digitalisering.

Nye IKT-systemer som gir bedre pasientbehandling, er tatt i bruk.

Risikostyring er et viktig virkemiddel for styret og ledelsen for tidlig å avdekke faresignaler som vil påvirke de langsiktige planene, men også den løpende drift. Det er særlig risiko knyttet til den økonomiske situasjonen, tilgang på nødvendig kompetanse, fremdrift på IKT-området og informasjonssikkerhet.

Modellen for virksomhetsstyring skal utvikles videre. Foretaket har etablert et porteføljestyre som skal følge opp de prosjekter som vurderes som kritiske for den fremtidige utviklingen. Dette vil sikre at ledelsen løpende blir oppmerksomme på nye risikoområder og eventuelle forsinkelser i fremdrift, og gjøre foretaket i stand til å iverksette tiltak i tide.

Administrerende direktør anbefaler at styret tar virksomhetsrapporten pr. 3. tertial og risikovurderingen til etterretning.

- Vedlegg:
1. Virksomhetsrapportering pr. 3. tertial 2021
  2. Rapportering gevinstplan NSD og økonomisk bærekraft VVHF pr. 3. tertial 2021
  3. IKT – statusrapport 3. tertial 2021
  4. Vurdering av risiko for oppdrag og bestilling for 2022
  5. Vurdering av risiko relatert til langsiktig utvikling av foretaket



## Vedlegg 1

### Virksomhetsrapportering for Vestre Viken HF pr. 3. tertial 2021

#### Innhold

1.	Måltavle pr. 31.12.2021 .....	2
2.	Økonomi og aktivitet.....	4
2.1.	Foreløpig årsresultat.....	4
2.2.	Økonomiske konsekvenser av koronapandemien pr. 3.tertial 2021 .....	6
2.3.	Innsatsstyrt finansiering somatisk aktivitet .....	7
2.4.	Aktivitet psykisk helse og rus .....	8
2.5.	Telefon- og videokonsultasjoner .....	9
2.6.	Prioriteringsregelen.....	10
3.	Kvalitets- og styringsindikatorer .....	11
3.1.	Ventetid somatikk .....	11
3.2.	Ventetid psykisk helse og rus.....	12
3.3.	Andel pasientavtaler overholdt .....	12
3.4.	Pakkeforløp for kreft.....	13
4.	Medarbeidere.....	13
4.1.	Brutto månedsverk .....	13
4.2.	Deltid .....	14
3.3	Sykefravær .....	16
3.4	Brudd på arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven (AML) .....	17
5.	Eksterne tilsyn .....	17
6.	Utsiktete hendelser og avvik og varsler til Statens Helsetilsyn.....	18
7.	Revisjoner .....	18
8.	Informasjonssikkerhet og personvern.....	19

## 1. Måltavle pr. 31.12.2021









Måltavlen som presenteres nedenfor er basert på foreløpig lukking av desember-regnskap. Det er først og fremst tall for økonomi som kan endres før endelig lukking. Tall for denne måned er desember 2021.

*Måltavle pr. 31.12.2021 – økonomi og aktivitet*

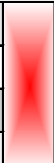

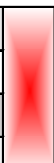



Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år		
1	<b>ØKONOMI</b> Driftsresultat i KR. (1.000)	Virkelig	-88 534	[Red]	130 938	[Red]
		Mål	20 333		244 000	
		Avvik	-108 867		-113 062	
		I fjor	2 181		272 939	
2	<b>AKTIVITET Somatikk</b> ISF-poeng døgnet, dag og poliklinikk "sørge for" ANTALL	Virkelig	8 867	[Red]	109 233	[Red]
		Mål	9 721		118 957	
		Avvik	-854		-9 724	
		I fjor	8 587		105 223	
3	<b>AKTIVITET Voksenpsykiatri og rusbehandling</b> Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	12 853	[Red]	172 305	[Yellow]
		Mål	13 273		175 678	
		Avvik	-420		-3 373	
		I fjor	13 466		167 124	
4	<b>AKTIVITET Barne- og ungdomspsykiatri</b> Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	6 302	[Yellow]	90 117	[Green]
		Mål	6 396		87 150	
		Avvik	-94		2 967	
		I fjor	6 601		84 324	



*Måltavle pr. 31.12.2021 – kvalitet*

Vestre Viken HF		Denne måned			Hittil i år	
5	<b>KVALITET</b> Telefon- og videokonsultasjoner ANDEL	Virkelig	14,3 %		13,1 %	
		Mål	15,0 %		15,0 %	
		Avvik	-0,7 %		-1,9 %	
		I fjor	0,0 %		0,0 %	
6	<b>KVALITET</b> Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter totalt - somatikk	Virkelig	54		55	
		Mål	54		54	
		Avvik	0		1	
		I fjor	54		59	
7	<b>KVALITET</b> Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter - PHR DAGER	Virkelig	40		42	
		Mål	38		38	
		Avvik	2		4	
		I fjor	37		40	
8	<b>KVALITET</b> Pakkeforløp kreft innen avtalt tid ANDEL	Virkelig	70 %		69 %	
		Mål	70 %		70 %	
		Avvik	0 %		-1 %	
		I fjor	76 %		72 %	

*Måltavle pr. 31.12.2021 – medarbeidere*

Vestre Viken HF		Denne måned			Hittil i år	
9	<b>HR</b> Brutto månedsverk ANTALL (neste måned)	Virkelig	7 863		7 795	
		Mål	7 597		7 705	
		Avvik	266		90	
		I fjor	0		7 637	
10	<b>HR</b> Sykefravær i PROSENT (etterskuddsvis)	Virkelig	9,5 %		8,0 %	
		Mål	7,1 %		7,0 %	
		Avvik	2,4 %		1,0 %	
		I fjor	8,6 %		8,1 %	
11	<b>HR</b> AML brudd ANDEL	Virkelig	3,2 %		3,0 %	
		Mål	0,0 %		0,0 %	
		Avvik	3,2 %		3,0 %	
		I fjor	2,3 %		2,4 %	

Brutto månedsverk denne måned viser neste måned (dvs. januar 2022), men sykefravær viser foregående måned (dvs. november 2021).

## 2. Økonomi og aktivitet

### 2.1. Foreløpig årsresultat

Årsavslutningen pågår i foretaket, og en første lukking av desember måned viser et foreløpig resultat 2021 på 131 MNOK mot et budsjett på 244 MNOK. Det presiseres at det fortsatt kan komme endringer, selv om vesentlige endringer ikke er ventet.

Foreløpig resultat viser en endring fra tidligere rapportert prognose som var på 190 MNOK. Korrigert for vedlikehold over drift, er foreløpig resultat på 183 MNOK mot 237 i tidligere prognose. Dette innebærer en forverring i desember på 54 MNOK, og et resultat for 2021 som gir et negativt avvik på 61 MNOK mot budsjett.

#### Resultatoppstilling pr. desember 2021 – foreløpig regnskap

pr desember 2021	Regnskap denne perioden				Regnskap hittil i år				Regnskap hittil i fjor	
	Budsjett denne perioden	Avvik denne perioden	Avviks %	Budsjett hittil i år	Avvik hittil i år	Avviks %	% endring i år ift i fjor			
Basisramme inkl. KBF	577 959	563 712	14 246	3 %	6 491 610	6 359 160	132 450	2,1 %	6 190 451	5 %
ISF inntekter	245 796	252 533	- 6 736	-3 %	2 957 900	3 127 710	- 169 810	-5 %	2 763 437	7 %
Gjestepasientinntekter	11 756	12 226	- 470	-4 %	156 036	159 562	- 3 526	-2 %	134 253	16 %
Andre pasientrelaterte inntekter	69 206	42 070	27 135	65 %	591 569	524 386	67 183	13 %	445 861	33 %
Øvrige driftsinntekter	47 181	40 575	6 606	16 %	855 631	465 644	389 987	84 %	560 191	53 %
Gevinst ved avgang av anleggsmidler	142		142		145		145		10 133	
<b>SUM Inntekter</b>	<b>952 040</b>	<b>911 117</b>	<b>40 923</b>	<b>4 %</b>	<b>11 052 892</b>	<b>10 636 462</b>	<b>416 429</b>	<b>4 %</b>	<b>10 104 327</b>	<b>9 %</b>
Varekostnader	146 771	127 716	- 19 055	-15 %	1 520 616	1 426 652	- 93 964	-7 %	1 325 801	15 %
Gjestepasientkost. og kjøp av tjenester	87 861	68 595	- 19 266	-28 %	900 611	855 956	- 44 655	-5 %	773 385	16 %
Innleid arbeidskraft	7 814	1 807	- 6 008	-333 %	63 118	26 667	- 36 451	-137 %	38 752	63 %
Lønnskostnader	642 049	561 126	- 80 924	-14 %	6 843 083	6 510 853	- 332 229	-5 %	6 189 676	11 %
Avskrivninger og nedskrivninger	26 343	26 765	422	2 %	301 174	311 191	10 017	3 %	292 316	3 %
Andre driftskostnader	128 954	104 291	- 24 663	-24 %	1 289 837	1 254 593	- 35 244	-3 %	1 207 781	7 %
<b>SUM Driftskostnader</b>	<b>1 039 793</b>	<b>890 300</b>	<b>- 149 493</b>	<b>-17 %</b>	<b>10 918 439</b>	<b>10 385 913</b>	<b>- 532 526</b>	<b>-5 %</b>	<b>9 827 710</b>	<b>11 %</b>
Netto finanskostnader	525	484	- 41	-8 %	3 771	6 549	2 778	42 %	3 679	
<b>Resultatet</b>	<b>- 88 534</b>	<b>20 333</b>	<b>- 108 867</b>	<b>-535 %</b>	<b>130 938</b>	<b>244 000</b>	<b>- 113 062</b>	<b>-46 %</b>	<b>272 939</b>	<b>-52 %</b>

Totalresultat pr. desember viser et overskudd på 130,9 MNOK, som er 113,1 MNOK bak budsjett. Resultatet inkluderer inntektsføring av bevilgede koronamidler og basisbevilgning knyttet til pensjonsøkning.

- Økte pensjonskostnader utgjør 87,4 MNOK, basisbevilgning knyttet til økning utgjør 99,8 MNOK.
- Byggvedlikehold er 51,7 MNOK over budsjett. Tilgjengelige investeringsmidler reduseres tilsvarende.
- Pasientrelaterte inntekter er 106,1 MNOK bak budsjett
- Lønnskostnader eks. pensjon er 244,8 MNOK over budsjett
- Innleid arbeidskraft er 36,5 MNOK høyere enn budsjett
- Varekostnader er 94 MNOK over budsjett
- Gjestepasientkostnader er 44,7 MNOK over budsjett, hovedsakelig knyttet til Modum bad, lab kostnader fra OUS (koronatesting) og fritt behandlingsvalg.
- Det inntektsført 474 MNOK i covid-midler for å utligne reduserte inntekter og økte kostnader, og som avskrivningstilskudd.

Desember har et underskudd på -91,8 MNOK, som er 108,9 MNOK bak budsjett.

- Byggvedlikehold er 8,7 MNOK mer enn budsjett
- Pasientrelaterte inntekter er 19,9 MNOK over budsjett, og inkluderer effektene av endelig ISF-avregning for 2020 på +13 MNOK og foreløpig ISF-avregning for 2021 på -5 MNOK.

- Lønnskostnader (eks pensjon) og innleie er til sammen 81,7 MNOK høyere enn budsjett. Lønn inkluderer avsetninger på 38,3 MNOK. Mye av overforbruk skyldes pandemien og er kodet som koronakostnad.
- Varekostnader er 19,1 MNOK over budsjett, hovedsakelig som følge av merforbruk på medikamenter, smittevernsutstyr og koronatesting.
- Gjestepasientkostnader er 18,5 MNOK mer enn budsjett, og fritt behandlingsvalg er 0,8 MNOK over budsjett.
- Andre driftskostnader er 24,7 MNOK mer enn budsjett. Av overforbruk skyldes 6,7 MNOK høye priser og forbruk på energi området, og 8,7 MNOK byggingvedlikehold over drift.

De viktigste årsakene til resultatutviklingen i desember er følgende:

- Fortsatt inntektstap som følge av gul beredskap treffer klinikkene. Resultat pr. desember viser et negativt avvik mot budsjett på pasientrelaterte inntekter på 173 MNOK eks. testing på covid storvolum lab (som viser et positivt avvik mot budsjett på 92 MNOK). I tråd med gjeldene retningslinjer fra HSØ blir hele dette avviket rapportert som koronaeffekt.

ISF-inntekter i desember måned er 7 MNOK, inklusiv avsetninger knyttet til ISF-avregninger for 2020 og 2021, som er ført i desember, og gir en resultatforbedring på til sammen 8 MNOK. ISF-inntekter knyttet til pasientbehandling i desember er derfor 15 MNOK bak budsjett. Avvik rapporteres som koronaeffekt.

- Høye gjestepasientkostnader og kjøp av eksterne helsetjenester, spesielt knyttet til lab kostnader og somatisk pasientbehandling. Det er et negativt avvik mot budsjett på 19,2 MNOK i desember måned, som utgjør om lag 40 % av negativt avvik for året på dette område. Dette kan også indikere etterfakturering for året.
- Fortsatt høye lønnskostnader som følge av høyt fravær. Lønnsområdet eks. pensjon og innleie viser et negativt avvik mot budsjett på 245 MNOK. Lønnsavvik i desember måned er på 76 MNOK, inklusive lønnsavsetninger i forbindelse med årsoppgjør. Gul beredskap og høyt sykefravær er hovedårsaken til overforbruk i desember. I desember er totalt 47 MNOK kodet som koronakostnad (inkl. andel avsetninger).
- Høye avsetninger i forbindelse med årsoppgjør knyttet til lønnsområdet

NOK tusen	31.12.2020	31.12.2021	Økning 2021	Kostnadsøkning
				ift avsetning pr 31.12.2020
Variabel lønn endring	92 007	114 554	22 547	13 104
Ferieforpliktelse	45 162	50 893	5 731	6
Utdanningspermisjoner	58 613	61 207	2 595	-3 400
<b>Sum lønnsavsetninger</b>	<b>195 782</b>	<b>226 655</b>	<b>30 873</b>	<b>9 711</b>

Det kun i forbindelse med årsavslutningen at det foretas avsetninger knyttet til disse lønnsområdene. I løpet av året bruker VVHF et kontantprinsipp ved regnskapsføring av lønnskostnader. Det betyr at kostnader i regnskapet gjennom året stemmer med lønnskjøringer (utbetalt lønn) hver måned. Det eneste unntak til dette er estimert lønnsoppgjør, som avsettes fortløpende. Periodisering av budsjettet tar høyde for denne praksis. Normalt er det alltid et etterslep og dette utjevner seg fra måned til måned. Når det er vesentlige endringer i etterslepet i forhold tidligere år blir denne modellen en

utfordring. Slik er det ved avslutning av regnskapsåret 2021. Forpliktelsen pr. 31.12.2021 har økt med 30,9 MNOK i forhold til 31.12.2020, og kostnadsavsetningen er 9,7 MNOK mer enn tilsvarende avsetning foretatt i desember i fjor. Normalt er det kun mindre justeringer fra år til år knyttet til lønnsoppgjøret (økt lønnsnivå) og hvordan helligdager i desember faller i forhold til januar lønnsutbetaling.

Variable lønnsavsetninger øker med 22,5 MNOK. Avsetning foretas basert på lønnskjøring i januar, og februar lønnskjøring i fjor (timer opptjent i 2020 som ble utbetalt i februar 2021 legges til grunn for estimatet, og vil oppdateres med faktisk tall fra februar 2022 lønnskjøring når den foreligger). Avsetning for variabel lønn pr. 31.12.2021 ga en kostnad på 9,4 MNOK. Det betyr at årets avsetning er 13,1 MNOK høyere enn tilsvarende avsetning i fjor. Fordi det er en økning i desember lønn som utbetales i januar lønn, vil det gi et negativt avvik mot budsjett i januar og februar 2022. Den store økningen i variabel lønn skyldes i stor grad pandemien og høyt sykefravær. En vesentlig del av disse kostnader er kodet med korona. I tillegg kommer høyere kompensasjonsordninger for mertid.

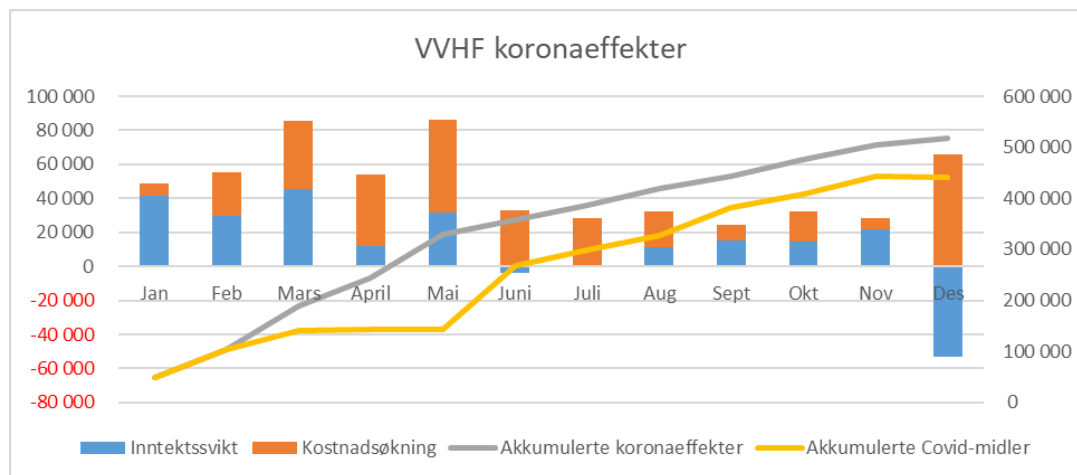
Antall feriedager som overføres til 2022 øker også i forhold til i fjor. Dette kommer på toppen av økning i overførte dager pr 31.12.2020, og gir en stor vekst i ferieforpliktelsen over de siste to år. Flere har fått utsatt sin ferie som følge av pandemien i 2020 og 2021, og mye av økningen er kodet som koronakostand. Det er et mål å redusere antall dager som overføres, både for å redusere ferieforpliktelsen og for å sikre at de ansatte får avvirket ferie.

Økning i utdanningspermisjoner skyldes at det i liten grad ble tatt ut permisjoner i 2021 som følge av pandemien (reduisert uttak).

Foretaket avventer nye bevilgninger vedrørende pandemien, men det vil gjelde 2022. Det lavere resultat i 2021 vil påvirke fremtidig investeringsevne.

## 2.2. Økonomiske konsekvenser av koronapandemien pr. 3.tertial 2021

Hittil i år er det beregnet 517,3 MNOK i negative koronaeffekter (tapte inntekter + økte kostnader). Bevilgede covid-midler er inntektsført med 474 MNOK og utligner deler av det negative resultatavviket i regnskapet (ikke øremerkede midler). Den positive utvikling på inntekter i desember skyldes økte polikliniske inntekter for storvolum-lab.



Covid-midler	Total bevilgning	Inntektsført hittil i år	Rest
<b>Ikke øremerkede covid-midler</b>			
Midler avsatt pr 31.12.2020	58,2	58,2	0,0
Bevilgede midler i budsjett 2021	82,7	82,7	0,0
RNB kompensasjon for tapte inntekter	164,1	164,1	0,0
HSØ tildeling	147,8	147,8	0,0
<b>Sum ikke øremerkede midler</b>	<b>452,7</b>	<b>452,7</b>	<b>0,0</b>
Investeringstilskudd	44,0	3,5	40,5
Øremerkede midler bevilget i 2021	51,5	17,8	33,7
<b>SUM covid-midler</b>	<b>548,2</b>	<b>474,0</b>	<b>74,2</b>

VVHF er bevilget 548,2 MNOK knyttet til pandemien. Hittil i år er 474 MNOK inntektsført, herav 2,7 MNOK i desember-resultat. Resterende midler vil benyttes til øremerket formål. Ikke øremerkede midler bevilget i løpet av året (RNB og HSØ tildelinger) er foreløpig ført i fellesøkonomi og skal fordeles klinikkene etter at desember-resultater foreligger.

Øremerkede midler inntektsføres i takt med kostnadspådraget midlene er øremerket til. 74,2 MNOK overføres til kommende år.

### 2.3. Innsatsstyrt finansiering somatisk aktivitet

pr. desember	Denne måned	Avvik mot budsjett	% avvik	Hittil i år	Avvik mot budsjett	% avvik	Hittil i fjor	% ift i fjor
DRG poeng dag og døgn "sørge for"	7 001	-967	-12,1 %	86 328	-9 726	-10,1 %	83 242	3,7 %
DRG poeng poliklinikk "sørge for"	1 866	113	6,4 %	22 905	2	0,0 %	21 981	4,2 %
<b>SUM DRG-poeng "sørge for" døgn, dag og poliklinikk</b>	<b>8 867</b>	<b>-854</b>	<b>-8,8 %</b>	<b>109 233</b>	<b>-9 724</b>	<b>-8,2 %</b>	<b>105 223</b>	<b>3,8 %</b>
<b>DRG poeng H-resepter</b>	<b>627</b>	<b>151</b>	<b>31,6 %</b>	<b>8 800</b>	<b>2 105</b>	<b>31,4 %</b>	<b>8 584</b>	<b>2,5 %</b>
<b>Utført i eget foretak</b>	<b>8 912</b>	<b>-856</b>	<b>-8,8 %</b>	<b>109 721</b>	<b>-9 827</b>	<b>-8,2 %</b>	<b>105 619</b>	<b>3,9 %</b>
Gjennomsnittlig liggetid	3,5	-0,2	-6,1 %	3,3	0,0	0,0 %	3,3	0,0 %
Antall utskrevne pasienter døgn	5 207	-790	-13,2 %	65 146	-7 230	-10,0 %	63 858	2,0 %
Antall liggedøgn - døgnbehandling	17 995	-1 952	-9,8 %	214 325	-25 746	-10,7 %	213 612	0,3 %
Antall dagopphold	2 524	-380	-13,1 %	33 254	-2 730	-7,6 %	32 618	1,9 %
Antall polikliniske konsultasjoner	35 255	1 053	3,1 %	450 527	-1 184	-0,3 %	408 650	10,2 %

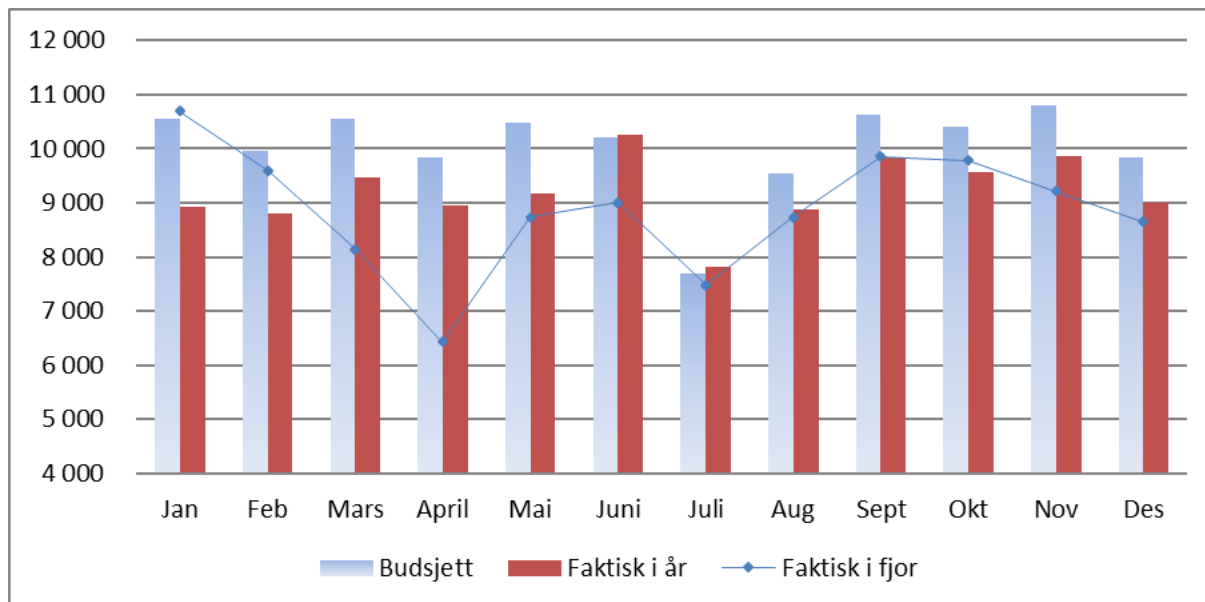
Samlet aktivitet pr. desember i antall "sørge-for" ISF-poeng er 9724 poeng lavere enn budsjett.

Det har vært lavere aktivitet i 2021 som følge av koronapandemien. Planlagte utredninger og behandlinger har blitt utsatt der dette ikke har vært forbundet med prognosetap for pasienten. I tillegg har mange pasienter selv avlyst/utsatt behandlinger. Det har også vært reduksjon i øyeblikkelig hjelp.

Det iverksatt tiltak for å øke dag- og poliklinisk aktivitet for å redusere ventetider og antall ventende når situasjonen har tillatt det. Klinikkene er bedt om å angi estimert etterslep ved

inngangen til 2022 og etablere planer for innhenting. Det skal også vurderes behov for bistand der det anses nødvendig.

#### Antall DRG-poeng somatikk



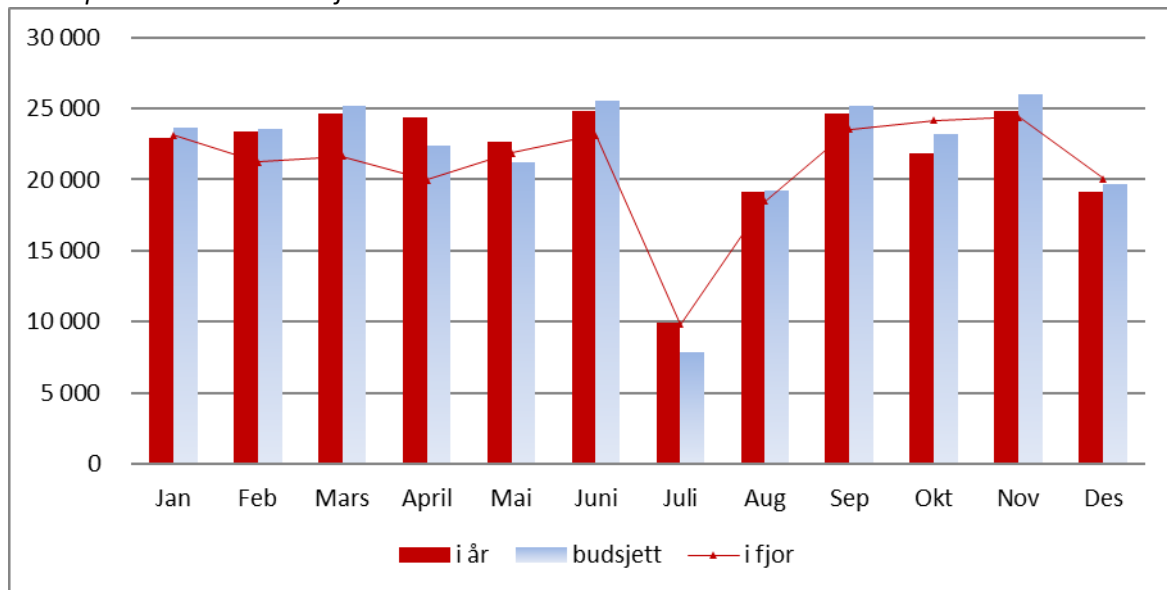
Budsjett for 2021 la til grunn et normalt år uten pandemi. Aktivitet målt i antall pasientbehandlinger er samlet sett 2,0 % bak plan hittil i år.

#### 2.4. Aktivitet psykisk helse og rus

pr. desember	Denne måned			Hittil i år			Hittil i fjor	
	Antall	Avvik mot budsjett	% avvik	Antall	Avvik mot budsjett	% avvik	Antall	% ift i fjor
Antall utskrevne pasienter døgntotalt	334	-8	-2,5 %	3 909	67	1,7 %	3 901	0,2 %
Antall liggedøgn samlet totalt	6 432	25	0,4 %	79 641	4 198	5,6 %	77 586	2,6 %
Antall polikliniske konsultasjoner VOP og TSB	12 853	-420	-3,2 %	172 305	-3 373	-1,9 %	167 124	3,1 %
Antall polikliniske konsultasjoner BUP	6 302	-94	-1,5 %	90 117	2 967	3,4 %	84 324	6,9 %
Antall DRG-poeng, poliklinikk eget HF	4 545	102	2,3 %	58 364	-1 350	-2,3 %	52 147	11,9 %

Aktivitet innenfor PHR er over plan når det gjelder liggedøgn. Dette gjelder særlig innen BUP. Dette sees i sammenheng med en vesentlig økning i antall øyeblikkelig hjelp-innleggelser og innleggelser av pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser, som antas å ha en sammenheng med pandemien. Det har vært et vedvarende overbelegg ved Seksjon for akutt og spiseforstyrrelser siden desember 2020. Dette medførte vanskelige driftsforhold som ble utbedret gjennom interne omplasseringer som har gitt bedret kapasitet og ikke minst plass. Samtidig er det en utfordring med kapasiteten i barne- og ungdomspsykiatrien samlet sett, noe som medfører at avdelingen kommer sent i kontakt med pasienten, pasienters symptomer forsterkes, og behandlingen forlenges. Behandlingseffekt reduseres også av at så mange sosiale arenaer for barn og unge har vært stengt ned.

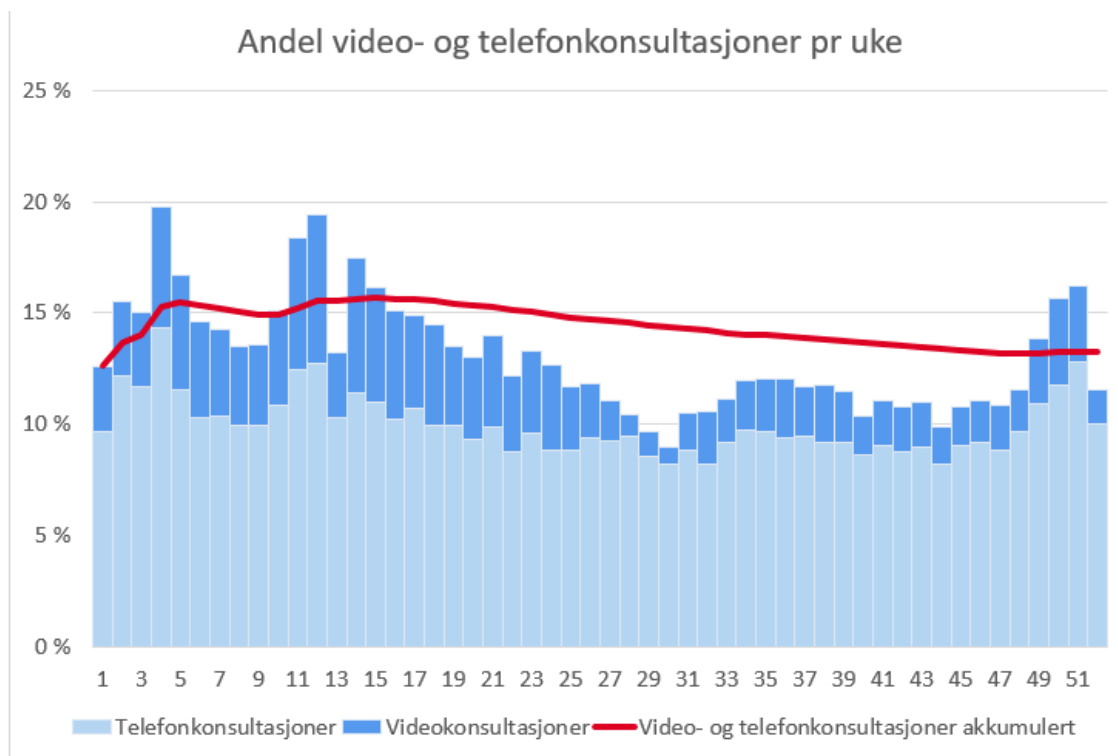
Antall polikliniske konsultasjoner PHR totalt



Poliklinisk aktivitet er pr. desember over budsjett innen BUP. Det er etablert kveldspoliklinikker i BUPA for å ta unna for den økte henvisningsmengden, i tillegg er det lyst ut flere stillinger for behandlere. Det er bevilget ekstra midler til BUPA fra HSØ, samt statlige midler. Større deler av dette er overført til neste år da planlagte tiltak ikke får effekt før i 2022. Innen VOP/TSB har poliklinisk aktivitet ligget bak budsjett. Det negative avviket som har vært, er hovedsakelig koronarelatert.

## 2.5. Telefon- og videokonsultasjoner

Bruk av telefon- og videokonsultasjoner økte i forbindelse med pandemien, men har falt noe de seneste månedene. Figuren nedenfor viser månedlig utvikling i digitale konsultasjoner pr 3. tertial. Pr 3.tertial er 13,1 % av alle polikliniske konsultasjoner utført som telefon- eller videokonsultasjon. I desember måned er andelen på 14,3%. Bruk av telefon- og videokonsultasjoner ligger følgelig ikke langt bak styringsmålet på 15 %.



Vestre Viken har etablert program for digital hjemmeoppfølging som blant annet støtter klinikkene i innføring av videokonsultasjoner. Gruppen har bl.a. arbeidet med følgende tiltak:

- Systematisk opplæring og støtte/rådgiving ved innføring av videokonsultasjoner i somatiske klinikker
- Administrasjon av virtuelle møterom i Norsk Helsenett og koordinering av utstysrbehov
- Utarbeidelse av informasjonsmateriell til intranett og internett
- Utarbeidelse av veileder for registrering av videokonsultasjoner i DIPS
- Etablering av kontaktnett i klinikkene og superbrukernettverk

Utover dette arbeider program for digital hjemmeoppfølging med innføring av egenregistrering (f.eks. pasienten registrerer status for sin epilepsi eller kroniske tarmbetennelse) og bruk av sensortechnologi (f.eks. fjernavlesning av data fra pustehjelpsapparater (CPAP/BiPAP) som pasienter bruker hjemme). Program for digital hjemmeoppfølging har som hovedoppgave å lage strukturer for digital hjemmeoppfølging. Foretaket er tilført stimuleringsmidler fra HSØ som brukes til dette.

## 2.6. Prioriteringsregelen

Det er et overordnet krav om høyere vekst i aktivitet og kostnader innen psykisk helsevern og rusbehandling (TSB) enn innen somatikk.



### Utvikling hittil i år i forhold til samme periode i fjor

pr desember	Hittil i år	Hittil i fjor	Faktisk endring fra i fjor
<b>Polikliniske konsultasjoner</b>			
<b>Somatikk</b>	<b>450 527</b>	<b>438 707</b>	<b>2,7 %</b>
VOP	134 471	130 036	3,4 %
BUP	90 117	84 324	6,9 %
TSB	37 834	37 088	2,0 %
<b>SUM PHR</b>	<b>262 422</b>	<b>251 448</b>	<b>4,4 %</b>
<b>Ventetid</b>			
<b>Somatikk</b>	<b>55</b>	<b>59</b>	<b>-6 %</b>
VOP	41	40	2 %
BUP	50	45	13 %
TSB	33	32	6 %
<b>SUM PHR</b>	<b>42</b>	<b>40</b>	<b>5 %</b>

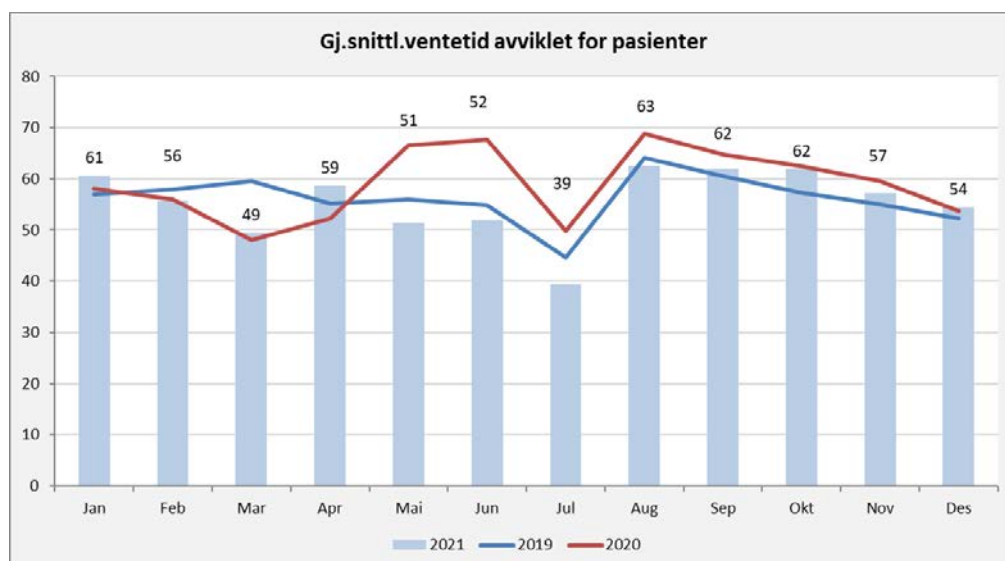
I 2020 opplevde somatisk virksomhet et vesentlig fall i poliklinisk aktivitet, mens psykisk helse opprettholdt aktiviteten gjennom pandemien, blant annet som følge av utstrakt bruk av telefon- og videokonsultasjoner. Som det fremgår av tabellen overfor oppnås prioriteringsregelen med unntak av TSB. Som tidligere omtalt går fordelingen mellom VOP og TSB noe i hverandre.

En sammenstilling av kostnadsutviklingen for de respektive tjenestoområdene vil fremkomme i årlig melding.

## 3. Kvalitets- og styringsindikatorer

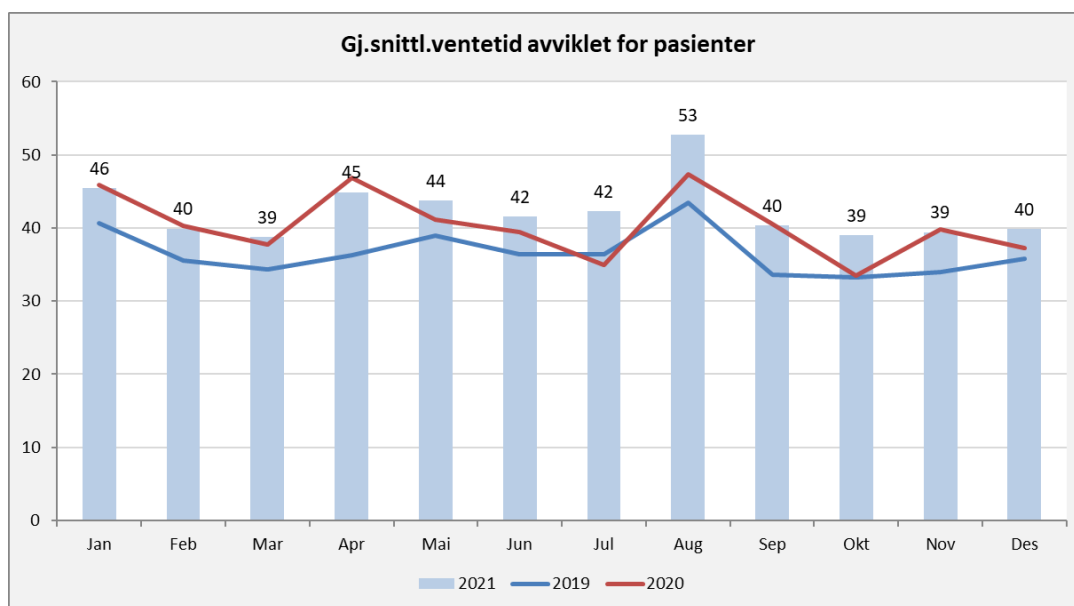
### 3.1. Ventetid somatikk

Ventetiden for avvirket helsehjelp innen somatikk var 54 dager i desember og akkumulert 55 dager samlet for 2021, mot et måltall på 54 dager. Pandemien har således ikke medført noen forverring på dette området.



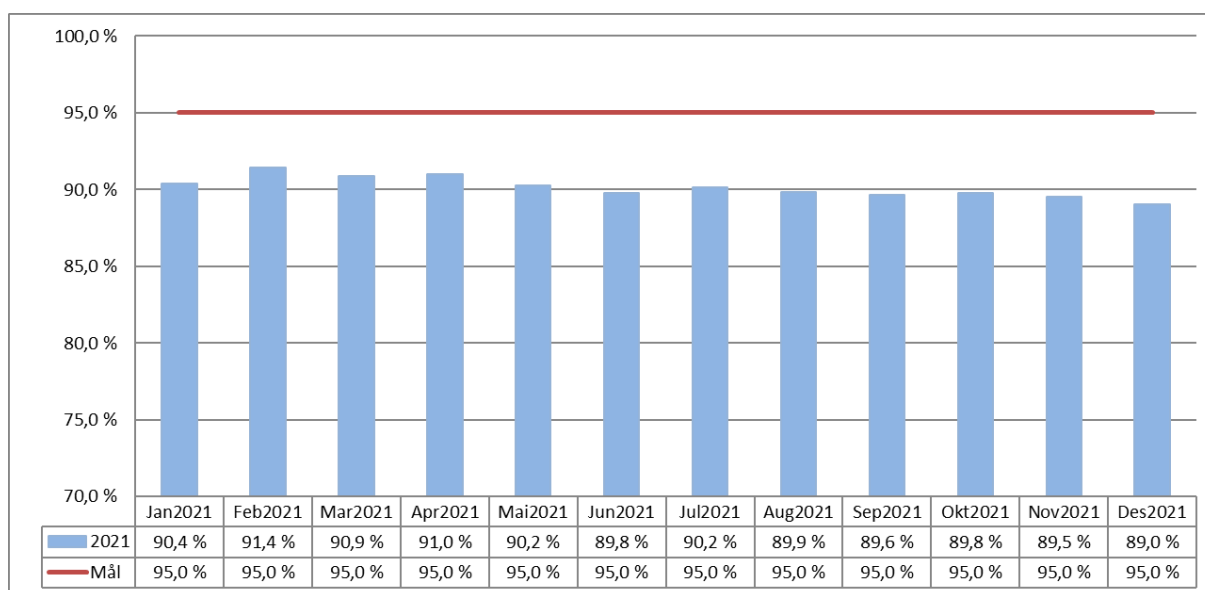
### 3.2. Ventetid psykisk helse og rus

Innen PHR er ventetiden i desember på 40 dager og samlet for året 42 dager mot et måltall på 38 dager. Det har vært en forbedring i 3. tertial. Bemanningen innen barne- og ungdomspsykiatrien er styrket og det er iverksatt kveldspoliklinikk både innen BUP og VOP for å øke aktivitet. Stimuleringsmidler som mottas fra HSØ brukes målrettet i dette arbeidet.



### 3.3. Andel pasientavtaler overholdt

Andel overholdte pasientavtaler er 89 % pr. 3. tertial 2021, noe under målet på 95 %. Koronasituasjonen har ført til at timeavtaler har blitt forsinket. Det er rutiner som skal sikre at forsinkelser er medisinsk forsvarlige.



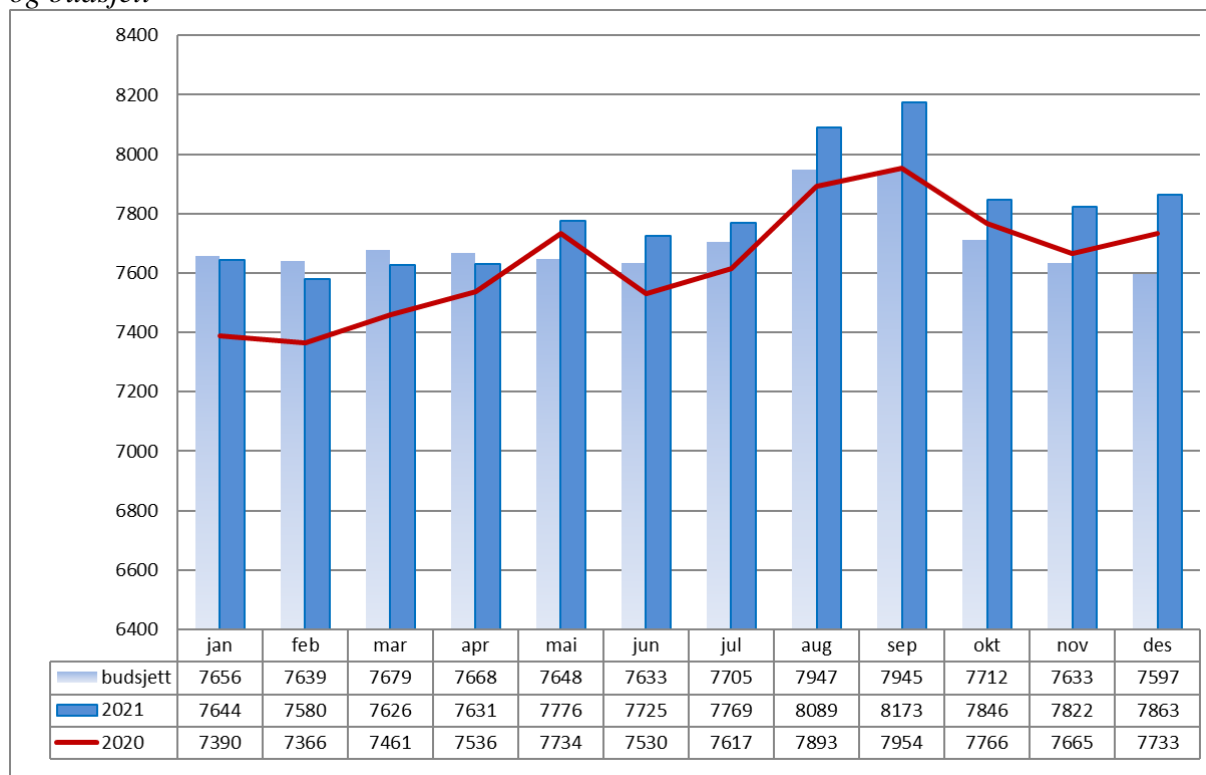
### 3.4. Pakkeforløp for kreft

Målet er at 70 % skal få behandling innenfor standard forløpstid. I desember var andelen 70 %, og samlet for året 2021 oppnås 69 %. Det har vært en god utvikling 3. tertial. Behandling av kreftpasienter er en prioritert oppgave også under pandemien. Området følges tett opp på de ulike fagområdene, og tiltak iverksettes for de forløpene som ikke oppnår målsettingen (lunge- og prostatakreft). Det er etablert et samarbeid med OUS for å forbedre forløp hvor OUS er en samarbeidspart.

## 4. Medarbeidere

### 4.1. Brutto månedsverk

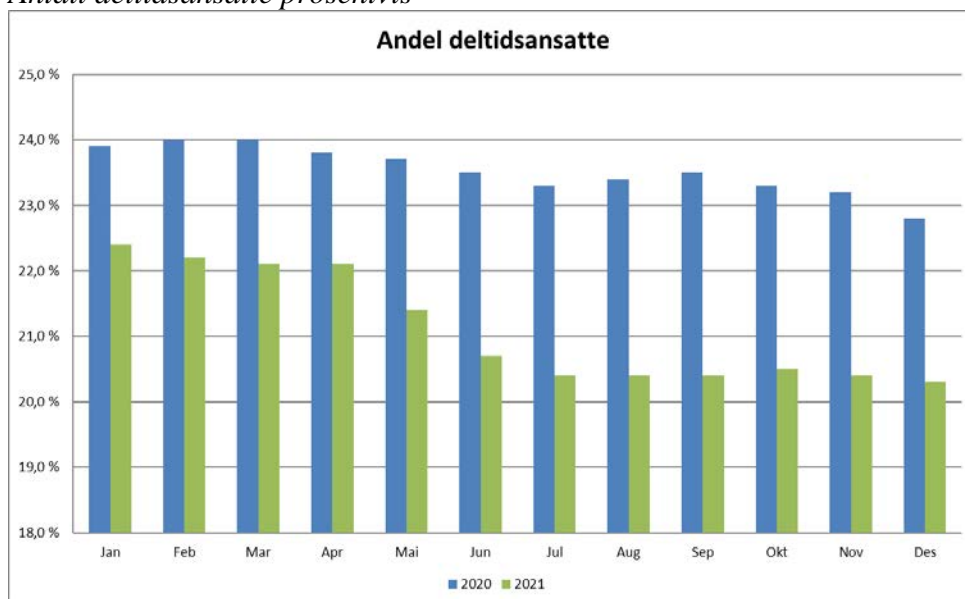
Utvikling i totale brutto månedsverk (faste og variable månedsverk), sammenlignet med i fjor og budsjett



Det vises til omtale av lønnskostnadene under foreløpig resultat overfor. I januar 2022 er det et avvik på 49 månedsverk. Situasjonen med høyt sykefravær og mye overtid har resultert i betydelige overskridelser gjennom hele 2021.

## 4.2. Deltid

### Antall deltidsansatte prosentvis



Indikatoren viser andel deltid blant ansatte som foretaket har en forpliktende fast arbeidsavtale med. Andel deltidsansatte beregnes ut fra antall ansatte som har en fast deltidsstilling, dividert på antall faste stillinger totalt. Indikatoren er justert for deltid som er forårsaket av at arbeidstaker ikke ønsker eller ikke kan jobbe i en høyere stillingsprosent. Dersom en ansatt registrerer i Personalportalen at vedkommende har ønsket deltid<sup>1</sup>, vil de ikke inkluderes som deltidsansatt. Denne indikatoren er viktig i forhold til å finne hvilket potensiale som foretaket har, for å redusere deltid. Dersom det ikke justeres for ønsket deltid, er deltidsandelen 30 %. For turnuspersonell er deltidsandelen 38% (ikke justert for ønsket deltid).

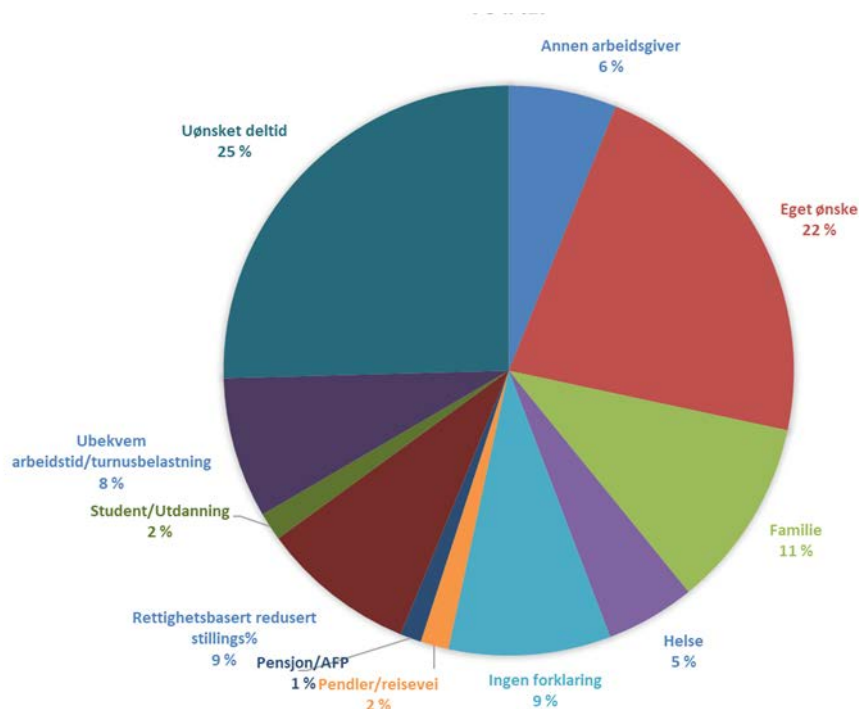
Vestre Viken har heltidskultur som et satsningsområde. Det er vedtatt at stillinger som hovedregel skal utlyses som 100 %, så fremt det er ledig, og at det må søkes dispensasjon for å kunne fravike fra dette. Det er videre nødvendig med restriktiv håndtering av permisjon fra stilling. Høy grad av tilstedeværelse er viktig for pasientsikkerhet, kvalitet, de ansattes kompetanse og arbeidsmiljø. Det er også viktig at det er samsvar mellom aktivitet og bemanning.

Det arbeides nå med innføring av aktivitetsstyrt ressursplanlegging (ARP) og implementering av metodikk for helhetlig planlegging. I denne forbindelse er det igangsatt arbeid med å opprette et foretaksomfattende Bemanningssenter, etablere stillinger for ressursplanleggere, pilotere arbeidsplaner med langvakter, og et utviklingsarbeid for å få gode og tilgjengelige styringsdata.

Det er nylig gjort en ny innsats for å kartlegge hvorfor mange som jobber deltid, og få en oversikt over de som ønsker økt stillingsstørrelse. Kartleggingen viser at 25 % har uønsket deltid. Av de med ønsket deltid sier 22 % at dette er av eget ønske. Resultatene viser at en del har helseutfordringer eller omsorg for familie. Videre sier 8 % at de jobber deltid på grunn av

<sup>1</sup> Alle deltidsansatte skal registrere hvorvidt deres deltid er ønsket eller uønsket. Denne meldingen går til den respektive leder, og registreres i vedkommende sin mappe i personalportalen. Dette gir den enkelte leder oversikt over hvilke medarbeidere som ønsker å utvide stillingen sin, og leder skal bruke dette i arbeidet med å redusere andelen deltid blant sine medarbeidere. De ansatte må selv sørge for at denne informasjonen holdes oppdatert i Personalportalen.

ubekvem arbeidstid og turnusbelastning. Diagrammet viser at årsaken til deltid er sammensatt, og Vestre Vikens ansatte har ulike behov.

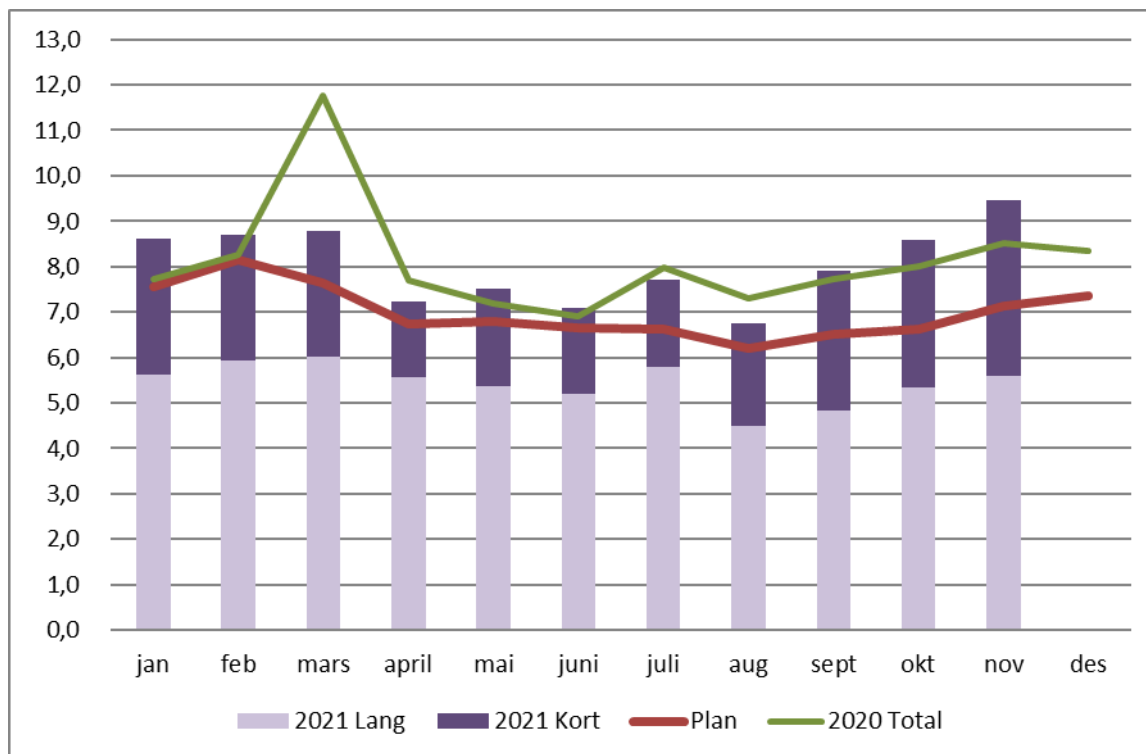


*Kilde: registreringer i personalportalen juli 2021*

De somatiske klinikkene melder at det jobbes kontinuerlig med å redusere deltid. Alle klinikker kan vise til en nedgang. Ved ledighet av stilling eller vikariat tilstrebes det å øke stillingsbrøk til de med uønsket deltid. Det jobbes konkret med å tilby delte stillinger mellom poliklinikk og sengeposter. Det er gjort forsøk på å omgjøre vikarmidler til faste stillinger. Enkelte klinikker rapporterer utfordringer knyttet til en høy andel heltid, da dette medfører økte AML-brudd. Det oppstår AML-brudd svært raskt når en heltidsansatt jobber en ekstravakt. Heltidskultur følges opp i HAMU og klinikkens AMU.

Det er viktig å påpeke at det er interne variasjoner i foretaket, og at enkelte klinikker har en høy andel heltid. I Prehospitale tjenester er deltidsandelen så lav som 5 %, men i enkelte av de somatiske klinikkene er deltidsandelen over 30 %.

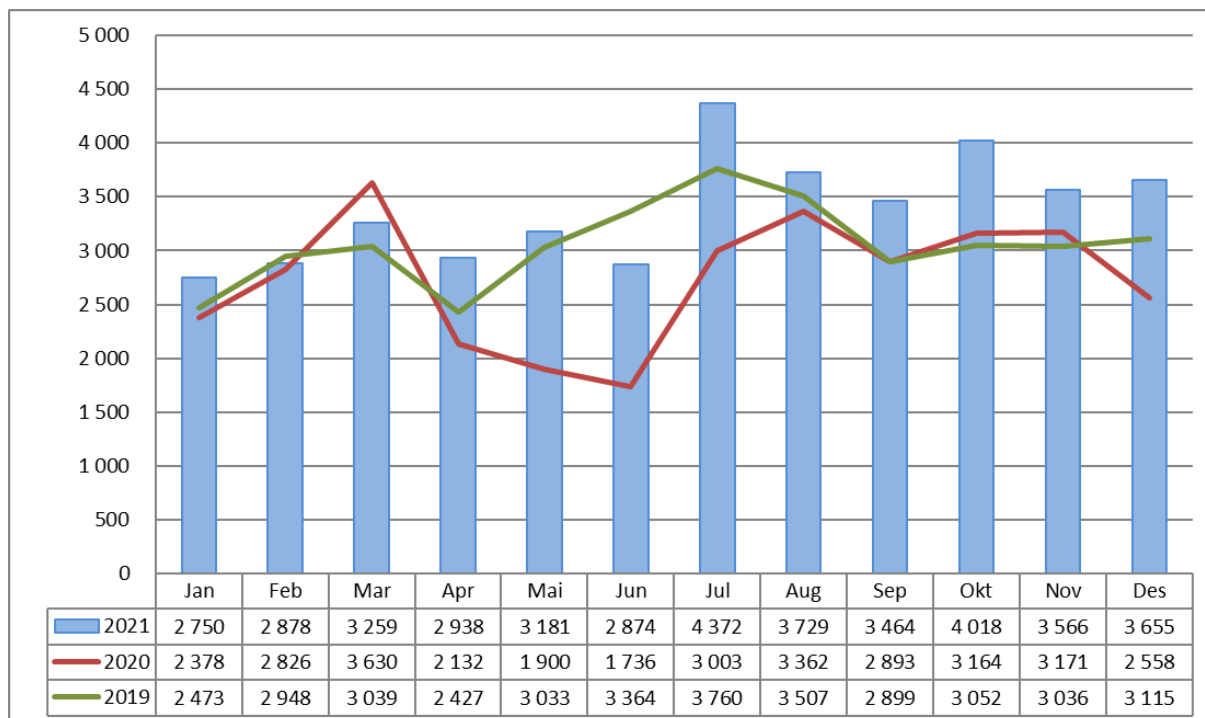
### 3.3 Sykefravær



Sykefraværspersent for Vestre Viken akkumulert pr. november 2021 er på 8 %. I november måned er fraværandselen på hele 9,5 %. Stort omfang av smitte og krav til karantene påvirker fraværet.

Vestre Viken fortsetter et godt samarbeid med NAV Arbeidslivssenter, og klinikkene har inngått samarbeidsavtaler med arbeidslivssenteret. Formålet med avtalene er å sikre lokal forankring i den enkelte klinikk/avdeling og en tydelig rolleavklaring i samarbeidet for å nå IA avtalens mål om redusert sykefravær. Med økte muligheter til nå å kunne samle ansatte i grupper, følger også bedre forutsetninger for å eksempelvis videre arbeid med metodikken «Der skoen trykker» i IA bransjeprogram for sykehus.

### 3.4 Brudd på arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven (AML)



AML-bruddene i 2021 har de siste månedene lagt over både 2019 og 2020. I 2020 var det en stor økning i mars forårsaket av koronasituasjonen.

I desember utgjorde andel brudd 3,2 % og akkumulert for året 2021 3 %.

Det har vært meldt om utfordringer med å dekke opp vakter både gjennom sommeren og i forbindelse med juleferien. Når det er krevende å finne vikarer, medfører det at enkelte medarbeidere jobber mye ekstra, noe som skaper følgebrudd (en vakt kan bryte flere bestemmelser i arbeidsmiljøloven).

## 5. Eksterne tilsyn

En rekke eksterne instanser fører tilsyn med ulike deler av foretakets virksomhet. Det har vært gjennomført få tilsyn under pandemien. Det er ikke gjennomført eksterne tilsyn i 3. tertial 2021 på helselovgivning.

På HMS området er det gjennomført seks tilsyn, ett av Drammen Brannvesen (avvikene er lukket), ett av Ringerikskraftnett ved Geilo ambulansestasjon (ingen avvik). Videre er det gjennomført fire tilsyn av Elvia (eiendomsforvaltning avklarer håndtering og lukking av avvikene).

I 2021 gjennomførte Statsforvalteren Oslo og Viken tilsynet «Digitalt egenrevisningstilsyn i barn- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA)». Etter tilsynet har klinikken utarbeidet en handlingsplan med forbedringsområder og konkrete tiltak er iverksatt. Det er gitt tilbakemelding til Statsforvalteren i januar 2022, og det er ventet at tilsynet lukkes.

Luftfartstilsynet gjennomførte tilsynet på Ål helikopterplass i 2021. Det førte til 7 avvik. 6 avvik er nå lukket. En midlertidig godkjenning av fortsatt drift er gitt i påvente av at det siste avviket, ny asfaltering av helikopterplassen, blir utført sommeren 2022.

Luftfartstilsynet har også hatt tilsyn knyttet til fysisk arbeidsmiljø på helikopterbasen. Dette er tilsyn for Norsk Luftambulansetjeneste som har ansvaret, men Luftambulansetjenesten HF som leier og Vestre Viken som utleier blir også involvert i tiltakene. Det er gjort en del midlertidige tiltak, og det arbeides videre med endelige tiltak.

Det er varslet tre nye tilsyn for første halvdel 2022. Konsernrevisjonen skal se på uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester. Arbeidstilsynet har varslet tilsyn på ambulansestasjoner og Drammen Brannvesen har varslet tilsyn ved Drammen Sykehus i januar.

## **6. Utsiktete hendelser og avvik og varsler til Statens Helsetilsyn**

Antall utsiktete hendelser som førte til eller kunne ha ført til betydelig skade er på omtrent samme nivå som tidligere. Meldekulturen vurderes som god, men det er områder og hendelser som fortsatt ikke meldes. Foretaket arbeider med å styrke saksbehandlingen.

Formålet er at erfaringer fra utsiktete hendelser i større grad bidrar til forbedring og forebygging av nye hendelser. Team pasientsikkerhet jobber tett sammen med HMS avdelingen for å se på sammenheng av pasientskader og HMS-avvik.

Alvorlige hendelser skal gjennomgås i klinikkenes kvalitetsutvalg og eller pasientsikkerhetsutvalg. Foretaket har et system for å gjennomføre hendelsesanalyser ved alvorlige hendelser.

Det er etablert et system for å utarbeide anonymiserte læringsnotater som både kan distribueres internt og til foretak utenfor Vestre Viken. Hensikten er å fremme læring på tvers av avdelinger og organisasjoner.

Av varslene som foretaket har sendt Statens Helsetilsyn som følge av uventet dødsfall er fortsatt flertallet grunnet selvmord hos pasienter.

## **7. Revisjoner**

Det er ikke gjennomført foretaksomfattende revisjoner i 2021. Fra 2022 vil det ikke utarbeides en revisjonsplan, men revisjoner på foretaksnivå skal gjennomføres på oppdrag av administrerende direktør og skal være mer basert på foretakets risikobilde.

I 2022 skal det gjennomføres to foretaksrevisjoner. En fagrevisjon (clinical audit) som undersøker behandlingen av pasienter med tykktarmkreft, og en systemrevisjon på hjertepoliklinikkene i Vestre Viken.



## 8. Informasjonssikkerhet og personvern

Styret ble i styremøte 27. september 2021 orientert om en sikkerhetsundersøkelse rettet mot ledere og ansatte, med særlig fokus på bruk av mobiltelefoner og e-post. Undersøkelsens funn og forslag til tiltak, ble presentert foretaksledelsen 26. oktober 2021.

Undersøkelsen avdekket at det er mangelfull kjennskap til ledelsessystemet for informasjonssikkerhet både hos ledere og ansatte. I en del tilfeller brukes mobiltelefoner for å dokumentere pasientbehandling der det er nødvendig, i mangel av andre verktøy for kommunikasjon. I noen tilfeller brukes også e-post. Det påpekes også av og til svikt knyttet til bruk av sosiale medier. En del avvik meldes ikke i avvikssystemet.

Det er utarbeidet tiltak for forbedring som vil bli fulgt opp. Det planlegges også en ny tilsvarende undersøkelse for å måle effekt av tiltakene

### *Bruk av skytjenester fra tredjeland – særlig USA*

Deling av personopplysninger med USA, herunder i amerikansk skyløsning i EU/EØS, har gitt helseforetaket utfordringer. Dette har blitt særlig aktuelt etter Shreems II-dommen sommeren 2020. I etterkant av denne dommen har det blitt gjort et kontinuerlig arbeid for å avklare handlingsrommet, også i Vestre Viken. Det siste som har skjedd er at Direktoratet for eHelse nylig har besluttet at Helseanalyseplattformen (HAP) ikke kan legges i amerikansk skyløsning, noe som forsinker arbeidet med tilgjengeliggjøring og analyse av data i HAP.

Risiko for helseforetaket er knyttet til usikkerheten og handlingsrommet for bruken av amerikanske skytjenester, samt ibruktakelse før nødvendige avklaringer ligger til grunn.

### *Trusselbildet*

Det har vært en stor økning av sikkerhetshendelser i desember, hvor norske selskaper ble utsatt for digitale utpressere og som rammet produksjonen. Sårbarhet Log4j som ble oppdaget i desember er vurdert av Nasjonal Sikkerhetsmyndighet til å være i den alvorligste kategorien. Sårbarheten fikk konsekvenser for Vestre Viken og regionen for øvrig. Det var aldri tale om et angrep rettet mot Vestre Viken via sårbarheten, men tjenester som SecureMail (e-post på mobile enheter), måtte stenges ned for å forebygge angrep og inntil tiltak var etablert. Arbeidet ble godt håndtert av teknologidirektøren og hennes stab i Vestre Viken og Sykehuspartner.

### *Ledelsessystemet for informasjonssikkerhet og personvern*

Det er gjennom 3. tertial fortsatt arbeidet med revidering av regionens felles ledelsessystem for informasjonssikkerhet, som et ledd i Riksrevisjonens anbefaling at de regionale helseforetakene må ta et større ansvar for å samordne informasjonssikkerhetsarbeidet, blant annet ved å foreta nødvendige avklaringer om ansvar, roller og oppgaver.

### *Oversikt over saksbehandling på området informasjonssikkerhet og personvern*

Det er i 3. tertial gjort 14 lokale risiko- og sårbarhetsvurderinger, og foretaket har deltatt i 34 regionale slike vurderinger. Det er gjort 10 personvernkonsekvensutredninger (DPIA) og 37 forskningssaker/intern kvalitetssikring.

Det er registrert 7 avvikssaker knyttet til informasjonssikkerhet og personvern, samt 3 saker meldt til Datatilsynet. De to alvorligste sakene:

### Personvernbrudd

I en helseforskningsstudie ved ett av sykehusene er det overført personopplysninger/biologisk materiale til analyse i USA uten et rettslig overføringsgrunnlag. Det ble heller ikke utarbeidet databehandleravtale eller forskningsavtale for øvrig. Saken er til vurdering hos Datatilsynet.

### Informasjonssikkerhetsbrudd

Ved ett av sykehusene ble det i forbindelse med rapportering av positive koronasvar, sendt en ukryptert fil med pasientinformasjon til smittesporingsteam og kommuneoverlege. Filen ble sendt til korrekte mottakere, men skulle vært kryptert. Den fikk ingen negative konsekvenser for berørte pasienter. Hendelsen skyldtes en menneskelig feil.

## Vedlegg 2

### Virksomhetsrapportering for Vestre Viken HF pr. 3. tertial 2021

#### Rapportering økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplan NSD

#### Innhold

Rapportering gevinstrealisering NSD økonomisk bærekraft i Vestre Viken .....	2
1. Spesifikke gevinster knyttet til NSD .....	5
2. Aktivitetsstyrt bemanning og ressursplanlegging (ARP) .....	8
3. Omstilling PHR .....	9
4. Spesifikke gevinster knyttet til definerte områder.....	10
5. Reduksjon av utilsiktede hendelser, beste praksis og bedre utnyttelse av samlet kapasitet .....	14

## Rapportering gevinstrealisering NSD økonomisk bærekraft i Vestre Viken

Det vises til styresak 20/2020 Gevinstrealisering NSD og økonomisk bærekraft i Vestre Viken og sak 26/2020 Rapportering gevinstplan. Planen for gevinstrealisering og økonomisk bærekraft angir konkrete beløp som forventes realisert i perioden frem til innflytting i nytt sykehus i Drammen og i perioden frem til 2030. Som følge av koronapandemien er flere av tiltakene forsinket, og det ble i ØLP 2022 – 2025 lagt inn en senere realisering av gevinster. Flere av aktivitetene vil ikke planlegges i detalj før tidspunkt for gevinstuttaket er nærmere i tid. Det er derfor lagt opp til at foretaket i de tertialvise virksomhetsrapportene først og fremst angir status på de tiltak som skal ha økonomisk effekt i de nærmeste 12 – 16 månedene, samt tiltak som må iverksettes i denne perioden for å gi effekt i kommende år.

Det er definert seks områder som de viktigste å følge mht. fremdrift i gevinstrealiseringen. Området innføring av Aktivitetsstyrt ressursplanlegging (ARP) har fra den opprinnelige gevinstplanen omfattet flere elementer, der omstilling PHR også omhandler tiltak som ikke handler om ARP. Dette er nå skilt ut som en egen rapportering.

Kort oppsummering av status pr. 3. tertial 2021:

1. Spesifikke gevinster knyttet til NSD:  
Det er planlagt gevinster før og etter innflytting. Prosjektene følges i mottaksprosjektet i tråd med fremdriftsplanen for prosjektet. Det var budsjettert med realisering av gevinster for KMD og kontortjenesten ved DS allerede fra 2021. Det er foreløpig ikke konkretisert gevinstuttak knyttet til ny teknologi eller effektiviseringstiltak i KMD. KMD oppnår budsjettert resultat for 2021 og vurderes å ha realisert gevinst som er trukket over basisrammen for 2021. For Drammen Sykehus er situasjonen helt annerledes og gevinst knyttet til kontortjenesten er ikke realisert. Det er etablert et tjenesteinnovasjonsprosjekt for kontortjenesten ved Drammen sykehus finansiert fra Stimulab med oppstart i januar 2022. Prosjektet er i rute. Det er foreløpig ikke estimert gevinster som realiseres i 2022, men målet i hht. gevinstplanen er på 3 MNOK.
2. Innføring av Aktivitetsstyrt ressursplanlegging (ARP)  
Det er forsinket oppstart i somatikk grunnet korona, mens det realiseres gevinster innen PHR. Den store aktivitetspågangen innen PHR medfører at gevinstrealiseringen ikke synliggjøres ved redusert bemanning, men det kan dokumenteres en økt produktivitet. Prosjektet er under replanlegging og er derfor mangelfullt rapportert pr. 3. tertial 2021.
3. Omstilling PHR  
Dette omfatter innføring av FACT. Innføringen er i rute og gevinst er realisert i samsvar med plan for 2021. Det vurderes å være noe økt risiko i 2022.
4. Spesifikke gevinster knyttet til innføring av ny teknologi.  
Det henvises til egen rapportering for IKT området vedlegg 3 til denne styresaken. Det skal konkretiseres gevinster til innføring av ny teknologi. Dette skal inkluderes i rapporteringen når gevinster er identifisert og det er dedikerte gevinsteiere til realiseringen. Dette er et prioritert område for 2022.
5. Spesifikke gevinster knyttet til de konkrete områdene:
  - a. Medikamentkostnader og innkjøpskostnader  
Realisering av gevinster på innkjøpsområdet er noe forsinket som følge av Sykehusinnkjøp og pandemiens påvirkning på aktivitetene. Ved flere av anskaffelsene er det flere leverandører som kan kvalifiseres og valg av andre prioritets leverandør gir ikke like stor gevinst. Dette vil følges tettere opp i fremtiden slik at ledelsen tar aktive valg. Medikamentkostnader er godt i rute. Fastsatte rutiner for Apoteket mht. utlevering av medikament bidrar til måloppnåelse.

- b. Rehabiliteringskostnader  
Rammetrekk rehab er redusert med 2,4 MNOK i 2021 og reduseres med 3,2 MNOK i 2022. Det dokumenteres fortsatt reduksjon av henvisninger, og det forventes ytterligere reduksjoner de kommende årene. Det er spesielt forventninger til at satsingen på forebyggende medisin og utvidet tilbud til livstilsproblematikk vil positivt påvirke disse kostnadene på sikt. Inntektsmodellen medfører forsinket gevinstrealisering.
- c. Gjestepasientkostnader  
Gjestepasientkostnader realiserer lavere gevinster enn forutsatt. Det forventes reduserte kostnader som en følge av utvidelser av tilbud innen CT koronar, PET CT, og livstilsopoliklinikken ved BS. Forventet endringer fra regjeringen mht fritt behandlingsvalg kan medføre kostnadsreduksjoner i kommende år.
6. Reduksjon av utilsiktede hendelser, beste praksis og bedre utnyttelse av samlet kapasitet  
Området er ikke prosjektert, men flere aktiviteter er iverksatt mellom klinikkene og i klinikkene. Det er ved denne rapporteringen fremlagt en oversikt over reduksjon i liggedøgn som relateres til pasientskade.
7. Akuttforløpene  
Knyttet til NSD og utviklingsplanen. Planlegging pågår.

Tabellen nedenfor viser statusrapporteringen ved utgangen av 3. tertial 2021.

Gevinstområde	Vurdering pr. 3. tertial 2021						Vurdering pr. 2. tertial 2021	
	Samlet status	Tid/ Fremdrift	Kostnad/ Ressurser	Kvalitet	Risiko	Gevinst	Samlet status	Risiko
Klinikk Drammen sykehus - mottaksprosjekt	😊	😊			😊	😊	😊	😊
Klinikk for Intern service - mottaksprosjekt	😊	😊			😊	😊	😊	😊
Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	😊	😊			😊	😊	😊	😊
Administrasjon og merkantil tjeneste - DS	😊	😊			😊	😊	😊	😊
Omstilling PHR (FACT)	😊	😊	😊		😊	😊	😊	😊
Innføring ARP VVHF, inkl. PHR	😞	😞	😊	😊	😞	😞	😊	😊
Innkjøpsområdet	😊	😊	😊	😊	😊	😞	😊	😊
Medikamentkostnader	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Rehabiliteringskostnader - kjøp fra private	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Gjestepasientkostnader	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😞
Bedre utnyttelse av samlet kapasitet	Under arbeid							
Beste praksis - reduksjon av utilsiktede hendelser	😊	😊	😊	😊	😊	😊		
Akuttforløpene	Under arbeid							

### Gevinstplan 2020 – 2030

Tabellen nedenfor viser samlet forventet gevinst i henhold til gevinstplanen (styresak 20/2020) faktisk realisert 2020, faktisk realisert i 2021, og prognose for 2022.

Planlagte gevinster i 2021 er ikke oppnådd. Budsjett 2021 forutsetter 61,8 MNOK i realiserede gevinster. Vurderingen pr. 3. tertial er at 28,9 MNOK realiseres i 2021. Dette inkluderer 2,3 MNOK som er trukket i ramme for klinikkene og forutsettes realisert gjennom tiltak i klinikkene. Som følge av at koronapandemien sterkt innvirker på klinikkens økonomiske resultat, er det vanskelig å måle om effekter faktisk oppnås. Det er også begrenset hvilke tiltak i klinikkene som

er lyktes realisert i 2021 som følge av pandemiens påvirkning på løpende drift. Andel realisert gjennom tiltak i klinikk er derfor vesentlig nedjustert ved rapportering pr. 3. tertial 2021. Ved rapportering pr. 2. tertial var det antatt samlet realisering av 48,6 MNOK i 2021, der 16 MNOK var gevinster som var trukket i ramme i klinikkene. Dokumentert realisering (dvs. utover rene rammetrekk på klinikk) er 26,6 MNOK ved rapportering pr. 31.12.2021, mot 32,6 MNOK i årsprognose ved rapportering pr. 2. tertial 2021. Det er først og fremst ARP som står for denne negative endringer og dette skyldes til dels manglende rapportering, men også forsinket fremdrift.

Gevinstområde	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Klinikk Drammen sykehus - mottaksprosjekt											11,5 MNOK
Klinikk for Intern service - mottaksprosjekt											11,5
Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)		1,1	1,1								22,7
Administrasjon og merkantil tjeneste DS		0	3				34,8 MNOK				31,8
PHR - tiltak tilknyttet NSD	0	0	0,8			48 MNOK					22,247
Omstilling PHR prosjektuavhengig NSD		9,6	3,4								33,0
Innføring ARP PHR, prosjektuavhengig NSD	5,5	5,6	0,8				44,2 MNOK				11,1
Innføring ARP VVHF, eksklusiv PHR	0	0	0				80,4 MNOK				80,4
Innkjøpsområdet	3,3	2,52	4,618	1,725							
Medikamentkostnader	20	5	10								
Rehabiliteringskostnader - kjøp fra private		2,4	3,2			29,4					
Gjestepasientkostnader		1,5	1,8	16,7							
Bedre utnyttelse av samlet kapasitet	1,25		1,25	7,5							
Beste praksis - reduksjon av utilsiktede hendelser	1,456	1,208	1,25	6,086							
<b>Sum</b>	<b>31,5</b>	<b>28,9</b>	<b>31,3</b>								<b>287,4</b>

Samlet oversikt over realisererte gevinster pr. 31.12.2021:

Gevinstområde	Realisert		Realisert		Avvik akkumulert
	2020	Mål 2020	2021	Mål 2021	
Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)			1,1	1,1	0,0
Administrasjon og merkantil tjeneste			-	2,4	2,4
PHR - tiltak tilknyttet NSD		3,0		6,0	9,0
Omstilling PHR prosjektuavhengig NSD		-	9,6	10,0	0,4
Innføring ARP PHR, prosjektuavhengig NSD	5,5	19,0	5,6		7,9
Innføring ARP VVHF, eksklusiv PHR	-	3,0	-	4,2	7,2
Innkjøpsområdet	3,3	3,2	2,5	4,4	1,7
Medikamentkostnader	23,8	15,0	5,0	10,0	-3,8
Rehabiliteringskostnader - kjøp fra private		-	2,4	5,0	2,6
Gjestepasientkostnader		-	1,5	5,0	3,5
Bedre utnyttelse av samlet kapasitet		5,0		5,0	10,0
Beste praksis - reduksjon av utilsiktede hendelser	1,5	5,0	1,2	5,0	7,3
<b>Sum</b>	<b>34,0</b>	<b>53,2</b>	<b>28,9</b>	<b>58,0</b>	<b>48,3</b>

Foretaket oppnådde budsjettresultat i 2020 selv om gevinster ikke ble realisert i samsvar med gevinstplanen. For 2021 vil foretaket ikke oppnå resultatmålet og drar med seg et høyere underliggende kostnadsnivå enn det som er forutsatt i økonomisk langtidsplan.

Det er gjort et anslag på at gevinster planlagt for 2022 realiseres med vel 31 MNOK, mot et budsjett på 41 MNOK. Budsjettet er 14 MNOK lavere enn opprinnelig plan. Gevinstmålene for 2022 er i stor grad trukket i ramme fra klinikkene (unntak for det som kun treffer fellesøkonomien). Usikkerhet i

forhold til realisering av budsjetterte gevinster på 41 MNOK kommer dermed til uttrykk i den uløste utfordringene som ligger i budsjett for 2022.

Forsinket uttak av gevinster i årene 2020 – 2022 innebærer at foretaket har et høyere kostnadsnivå enn forutsatt og dermed også risiko for at EBITDA ikke oppnås i samsvar med beregningen av økonomisk bærekraft som lå til grunn for vedtak om bygging av nytt sykehus i Drammen.

### 1. Spesifikke gevinster knyttet til NSD

Prosjektavhengige gevinster knyttet til bygging og innflytting i nytt sykehus vil iht. gevinstplanen i hovedsak gi effekt fra klinisk ibruktakelse i 2025. Kun innenfor Klinikk medisinsk diagnostikk (KMD) og kontortjenesten ved Drammen sykehus er det definert gevinster fra og med 2021.

#### Drammen sykehus

Dato 11.01.2022	Prosjektnavn Gevinstplan DS	Prosjekteier Klinikkdirektør DS	Prosjektleder	Utarbeidet av VV-NSD	Clarity prosjekt ID IA	Øko prosjekt ID IA	Mandat godkjent dato
Samlet status 	Tid/Fremdrift 	Kostnad/Ressurser	Kvalitet	Risiko 	Gevinst 		
<b>Status</b> Gevinstmålene i klinikken er basert på merproduktivitet som inntreffer etter innflytting i nytt sykehus. Gevinstene er beregnet på grunnlag av gjennomført aktivitet opp mot virkelig bemanning. Det er utarbeidet egen gevinstmodell for å måle produktivitet og aktivitet opp mot forutsetninger lagt til grunn for nytt sykehus.							
<b>Milepæler siden forrige statusrapport</b> Ferdigstilt foreløpig fremdriftsplan for delprosjekter i DS og registrert de i Clarity. Oppstart av delprosjekt akuttmottak.				<b>Milepæler frem til neste statusrapport</b> Godkjent mandat for Operasjon og Intensiv. Ferdigstille og godkjent rapport for Sterilforsyning			
<b>Budsjettoversikt (Prosjektgjennomføring)</b> Budsjettert gevinst i perioden frem til 2030 utgjør 11,5 MNOK.			<b>Risiko</b> Det vil etter all sannsynlighet gjennomføres større eller mindre organisasjonsendringer og medisinsk faglig utvikling i perioden.		<b>Tiltak</b> Kontinuelig oppfølging av pågående delprosjekter og overordnet fremdriftsplan.		
<b>Tidslinje/Plan</b>							
Aktivitet						Start	Slutt
Godkjent mandat delprosjekt Operasjon							01.03.2022
Godkjent mandat delprosjekt Intensiv							01.03.2022
Ferdigstille rapport Sterilforsyning							01.03.2022

## Interne servicetjenester

Dato 19.01.2022	Prosjektnavn Gevinstplan KIS	Prosjekteier Klinikkdirektør KIS	Prosjektleder	Utarbeidet av VV-NSD	Clarity prosjekt ID IA	Øko prosjekt ID IA	Mandat godkjent dato
Samlet status 	Tid/Fremdrift 	Kostnad/Ressurser	Kvalitet	Risiko 	Gevinst 		

**Status**  
Gevinstmålene er basert på forventet effektivisering ift. samlokalisering og redusert drift- og vedlikeholdskostnader av bygningsmassen. Det er dermed ikke forventet gevinst før etter innflytting i NSD. Ny bygningsstruktur og teknologiske løsninger vil gi mer rasjonell drift.

<b>Milepæler siden forrige statusrapport</b> Godkjent mandat og startet opp delprosjekt Eiendom. Utarbeidet mandat for delprosjekt Logistikk.	<b>Milepæler frem til neste statusrapport</b> Ferdigstille delprosjekt Matforsyning - Sentralkjøkken. Godkjent mandat og oppstart for for delprosjekt Logistikk, Renhold og Matforsyning - avdelingskjøkken.
--	---

<b>Budsjettoversikt (Prosjektgjennomføring)</b> Budsjettert gevinst i perioden frem til 2030 utgjør 14,3 MNOK. MTA er trukket ut ift. Gevinstplanen.	<b>Risiko</b> Det er per i dag ikke besluttet drifts- og vedlikeholdsavtaler i de enkelte entrepriser, noe som vil påvirke fremtidige driftskonsepter.	<b>Tiltak</b> Kontinuerlig oppfølging av pågående delprosjekter og overordnet fremdriftsplan.
--	---	--

Tidslinje/Plan	Start	Slutt
Aktivitet		
Godkjent mandat for delprosjekt Logistikk	01.09.2021	18.01.2022
Godkjent mandat for delprosjekt Renhold	22.09.2021	01.03.2021
Godkjent mandat for delprosjekt Matforsyning - Avdelingskjøkken	01.02.2021	01.03.2022
Ferdigstille delprosjekt Matforsyning - Sentralkjøkken		01.03.2022

**Kommentar**  
Delprosjekt Matforsyning - Sentralkjøkken er forsinket på tid og det er usikkerhet rundt fremtidig bemanningsbehov ift. tidligerer vurdering i forprosjektet.

## Klinikk Medisinsk diagnostikk

Dato 11.01.2022	Prosjektnavn Gevinstoppfølging KMD	Prosjekteier Klinikkdirektør KMD	Prosjektleder	Utarbeidet av VV-NSD	Clarity prosjekt ID	Øko prosjekt ID	Mandat godkjent dato
Samlet status 	Tid/Fremdrift 	Kostnad/Ressurser	Kvalitet	Risiko 	Gevinst 		

**Status**  
Gevinstmålene i klinikken er basert på merproduktivitet som inntreffer både før og etter innflytting i nytt sykehus. Gevinstene er beregnet på grunnlag av gjennomført aktivitet opp mot virkelig bemanning. Det er utarbeidet egen gevinstmodell for å måle produktivitet og aktivitet opp mot forutsetninger lagt til grunn for nytt sykehus. Gevinstmodell må bearbeides, basert på organisatoriske endringer i klinikken.

Det er lagt til grunn en betydelig teknologisk utvikling innen automatiserte intelligente diagnostiseringsverktøy innenfor medisinsk diagnostikk, med stor avhengighet mot valg av utstyr og IKT-løsninger i nytt bygg. Dette følges opp gjennom etablerte anskaffelsesprosesser for utstyr, bygg og IKT.

<b>Milepæler siden forrige statusrapport</b> Ferdigstilt fremdriftsplan for delprosjekter innen den enkelte avdeling, Patologi, Laboratoriemedisin og Bilde. Registrert kartlagte delprosjekter i Clarity.	<b>Milepæler frem til neste statusrapport</b> Omarbeide gevinstmodell. Oppstart delprosjekt Felles prøvemottak. Utarbeide og godkjenne mandater for laboratoriemedisin. Utarbeide og godkjenne mandat for delprosjekt Intervensjon.
---	---

<b>Budsjettoversikt</b> Budsjettert gevinst 2021: 1,1 MNOK, samlet i perioden frem til 2030 utgjør 25 MNOK. Planlagt gevinst i 2021 er trukket i basisramme for KMD og forventes realisert innenfor dette budsjettet.	<b>Risiko</b> Det er først og fremst koronapandemien som medfører risiko for realisering.	<b>Tiltak</b> Ingen nye tiltak planlagt.
---	--	---

Tidslinje/Plan	Start	Slutt
Aktivitet		
Oppstart delprosjekt felles prøvemottak	01.02.2022	01.07.2022
Utarbeide og godkjenne mandater laboratoriemedisin		01.03.2022
Utarbeide og godkjenne mandat delprosjekt Intervensjon		01.03.2022

**Kommentar**  
LVMS innføres for Patologi i VVHF i 2022. Usikkerhet rundt nasjonale og regionale prosjekter for digital patologi vil påvirke gevinster innen dette området.



## Kontortjenesten

Det rapporteres her på prosjektet Fremtidens kontortjeneste. Dette er et nytt tiltak som er iverksatt som følge av forsinkelser med innføring Helselogistikk og derav forsinket realisering av gevinster slik de opprinnelig var planlagt i gevinstrealiseringsplanen. Status forventet gevinst avviker dermed fra samlerapporteringen på gevinstplanen i oppstillingene overfor.

Dato 19.01.2022	Prosjektnavn Fremtidens kontortjeneste	Prosjekteier Rune A. Abrahamsen	Prosjektleder Ann-Kristin B. Haugen	Utarbeidet av VV-NSD	Clarity prosjekt ID IA	Øko prosjekt ID IA	Mandat godkjent dato
Samlet status 	Tid/Fremdrift 	Kostnad/Ressurser	Kvalitet	Risiko 	Gevinst 		

<p><b>Status</b></p> <p>For nytt sykehus (NSD) er det lagt til grunn innføring av helselogistikk, med blant annet at pasienten selv skal foreta innsjekk, utsjekk og betaling vha. terminaler eller egen smarttelefon. Antall resepsjoner, med tilhørende bemanning, er redusert ift. dette i nytt bygg.</p> <p>Innføring av helselogistikk er utsatt ift. tidligere forventninger og realisering av beregnede gevinster er derfor forsinket og vil ikke kunne realiseres i inneværende år. Som kompensere tiltak og forberedelse til innføring av helselogistikk, er det under etablering et prosjekt for redesign av medisinsk kontortjeneste. Det er innvilget prosjektmidler fra Stimulab for å gjennomføre et tjenesteinovasjonprosjektet i 2022.</p>
--

<p><b>Milepæler siden forrige statusrapport</b></p> <p>Prosjektleder er ansatt og det er undertegnet kontrakt med PwC som tjenesteleverandør. Prosjektgruppen er etablert. Utarbeidet mandat og fremdriftplan for prosjektgjennomføringen i 2022.</p>	<p><b>Milepæler frem til neste statusrapport</b></p> <p>Godkjenning av mandat. Oppstart og gjennomføring av fase 1. Utarbeide modell for å måle utviklingen innenfor kontortjenesten. (Etablerer nullpunkt)</p>
---	---

<p><b>Budsjettoversikt</b></p> <p>Budsjettet gevinst 2021: 2,4 MNOK, samlet i prosjektperioden frem til 2029: 34,8 MNOK. Forventes ingen gevinstrealisering i 2021.</p>	<p><b>Risiko</b></p> <p>Risikoen vurderes å være høy mht. realisering innenfor Drammen Sykehus i 2021, men på sikt vil innføring av helselogistikk og redesign av kontortjenesten bidra til mulig realisering.</p>	<p><b>Tiltak</b></p>
---	--	----------------------

Tidslinje/Plan		
Aktivitet	Start	Slutt
Godkjenne mandat NSD Styringsgruppe		18.01.2022
Kick-off med prosjektgruppen	19.01.2022	19.01.2022
Oppstart delprosjekt	19.01.2022	31.12.2022

<p><b>Kommentar</b></p> <p>Forventet gevinst i 2021 er trukket i basisramme for klinikk Drammen Sykehus og inngår dermed i samlet plan for budsjettoppnåelse for klinikken, uten at det er konkrete tiltak knyttet til kontortjenesten i klinikken.</p>
---

## 2. Aktivitetsstyrt bemanning og ressursplanlegging (ARP)

Som følge av sykefravær på prosjektledelse og pågående reetablering av prosjektet er det mangelfull rapportering på status effektoppnåelse for ARP. Ved rapportering pr. 2. tertial kunne det fremvises en betydelig forbedret produktivitet innen PHR, i tillegg til redusert bruk av tilkallingsvikarer og overtidsbruk ved DPS'ene, og til dels også ARA. For BUPA har ressurs situasjonen og den høye aktiviteten medført fortsatt høyt behov for innleie og overtidsbruk. Rapporteringen omfatter realiserte gevinster pr. 2. tertial 2021 og er dermed lavere enn prognosen som da ble avgitt.

ARP programmet er ikke i tråd med fremdriftsplan. En re-planlegging av programmets videre arbeid pågår. Modellen for ARP er implementert gjennomgående i PHR, mens oppstart innen somatikk er forsinket. Programeier besluttet før jul 2021 å endre programorganisasjon for å utnytte kompetanse på best mulig måte. Programmet skal videreføres i 2022 med særlig fokus på implementering i somatisk virksomhet i VVHF. Programorganisasjonen har vært redusert gjennom desember og januar som følge av sykefravær. I tillegg er rekruttering av leder til bemanningssenteret pågått senhøstes 2021 og tilsatt leder er hentet fra programmet. Dette resulterer i noe redusert kapasitet i en overgangsperiode. Foretaksledelsen har besluttet å prioritere implementering av ARP metodikk på føde/barsel og AIO ved alle sykehus i 2022. I tillegg er det ønskelig at modellen benyttes for planlegging av sommerferieavviklingen for alle somatiske sykehus. Erfaringer fra gjennomføring i PHR og relevante organisasjonsutviklingsprosesser brukes i denne prosessen.






I det videre arbeidet med innføringsprosjekter for ARP vil det fastsettes tydelige indikatorer som kan danne grunnlag for måling og oppfølging, både på kvalitative og kvantitative mål. Dette er foreløpig ikke systematisert for PHR og vil derfor følges opp i 2022 slik at foretaket løpende kan overvåke effekter. Utvikling av et planleggingsverktøy poliklinikk (Medisin Drammen) er i tråd med fremdriftsplan og klargjøres i disse dager for testing. Styringsdata for ARP døgntil behandling er klar for å tas i bruk, og det planlegges å etablere en arbeidsgruppe som kan jobbe systematisk sammen med alle klinikker, uavhengig av konkrete ARP prosjekt, for å ta rapporten i bruk i bemanningsplanleggingen. Det er som nevnt over rekruttert leder til bemanningssenteret og arbeidet med å få dette i full drift pågår.

Programmets aktiviteter i 2022 er i ferd med å re-planlegges. Sluttdato for programmet er p.t. ikke definert. En oppdatert milepælsplan forventes fremlagt i forbindelse med rapportering for februar.

Programmet har ikke realisert gevinster innen somatikk p.t. Etterslep fra 2020/2021 utgjør 5,7 MNOK og krav for 2022 utgjør 6,15 MNOK. I tillegg til dette kommer gevinster på 11 MNOK i 2022 som skal hentes inn gjennom oppbygging av Bemanningssenter og ressursplanleggere, og er en forutsetning for denne oppbyggingen. For psykiatri er det vanskelig å måle effektene som følge av den store veksten i aktivitet. Krav til gevinstrealisering ARP for 2022 utgjør 1,6 MNOK innen PHR. Dette forutsetter at gevinstplan 2020/ 2021 er realisert.

I det videre arbeid i programmet skal det etableres konkrete indikatorer som fastsetter nullpunkt når implementeringsarbeidet starter og sikrer effektiv måling av resultatoppnåelse. Det vil videre påses at innføringsprosjektene fastsetter konkrete effektmål, kvalitative og kvantitative, samt at det utpekes gevinsteiere som blir ansvarlig for oppnåelse av effekt og rapportering på effekt. Det presiseres at effektmål ikke alene er økonomiske resultater. Det er de kvalitative gevinstene som må være drivende. De økonomiske gevinstene forventes å være en konsekvens av god organisering og planlegging.

### 3. Omstilling PHR

Dato 18.01.2022	Prosjektnavn Gevinstoppf FACT	Prosjekteier Kirsten Hørthe	Prosjektleder Mona Grindrud	Utarbeidet av Robert Haug	Clarity prosjekt ID	Øko prosjekt ID	Mandat godkjent dato
Samlet status 	Tid/Fremdrift 	Kostnad/Ressurser 	Kvalitet	Risiko 	Gevinst 		
<b>Status</b> Det ble budsjettetert med 6,625 MNOK i økt tilskudd/aktivitetsbaserte inntekter gjennom at det skulle søkes om midler til opprettelse av nye FACT-team. Videre ble det budsjettetert med en reduksjon i tilskudd for eksisterende team med 3 MNOK (nedtrapping i tilskudd). PHR fikk noe lavere tilskudd enn søknadsbeløp, men har hatt betydelig aktivitetsvekst ifht budsjett. Reduserte tilskudd på eksisterende team er omdannet i tilsvarende reduserte kostnader ved DPS'ene som samlet sett har et resultat i balanse i 2021. Status pr 3. tertial: Gevinst 9,625 MNOK i tråd med budsjett. Aktivitet 35% over budsjett (opp fra 30% pr 2. tertial).							
<b>Milepæler siden forrige statusrapport</b> 2 styringsgruppemøter avholdt i 3. tertial. Mål om å opprettholde aktivitetsnivå pr 2. tertial ut året, dvs 30% over budsjett. Endte på 35% over budsjett for 2021 som helhet.				<b>Milepæler frem til neste statusrapport</b> Søke om tilskuddsmidler for 2022. Videreutvikling av samarbeidsavtaler.			
<b>Budsjettoversikt</b> Budsjettetert gevinst for 2021: 9,625 MNOK. Faktisk gevinst pr 3. tertial: 9,625 MNOK i tråd med budsjett. Budsjettetert gevinst for 2022; 3,405 MNOK			<b>Risiko</b> Lav til medium. Noe risiko knyttet til rekruttering av spesialister		<b>Tiltak</b> Etablering av nytt FACT-team ved DDPS (det samme team som fikk avslag på søknaden i 2021). Etablering av 6 nye FACT Ung-team i BUPA.		

#### 4. Spesifikke gevinster knyttet til definerte områder

Området omfatter medikamentkostnader, rehabiliteringskostnader, gjestepasientkostnader, andre innkjøpskostnader og kostnader intern logistikk.

##### Medikamentkostnader

Dato	Prosjektnavn	Prosjekteier	Prosjektleder	Utarbeidet av	Clarity prosjekt ID	Øko prosjekt ID	Mandat godkjent dato
13.01.2022	Medikament-kostnader	Halfdan Aass	Gruppe høykostmedisin	Halfdan Aass	IA	IA	IA
Samlet status	Tid/Fremdrift	Kostnad/Ressurser	Kvalitet	Risiko	Gevinst		

**Status**  
 Utviklingen på medikamentområdet er tilfredsstillende. Sykehusinnkjøp utarbeider regelmessige rapporter om forbruk av medikamenter som har innkjøpsavtaler. Sammen med utviklede rapporter basert på data fra Helfo, har foretaket godt grunnlag for oppfølging. Arbeidet er over i en driftsfase. Det er inngått avtale med apotekene om at de fra 2021 skal foreta såkalt generisk bytte av en del medikamenter. Det betyr at apoteket skal velge billigste avtalepreparat når like preparater (samme virkestoff) varierer i pris. Utsteder kan reservere mot slikt bytte. Avtalen reduserer arbeidet med å bytte ut resepter, og vil gi raskere overgang til billigste preparat ved nye LIS-avtaler for de legemidlene dette gjelder. Fra 2. halvår 2021 gjelder dette også biotilsvarende legemidler. Det krever imidlertid at preparatene kommer på den såkalte "byttelisten" til Legemiddelverket. Denne prosessen tar tid, og det er derfor ennå ikke sett effekter av dette. Det er også noen andre begrensninger som gjør bytte av resepter nødvendig.

<p><b>Milepæler siden forrige statusrapport</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Forbruksdata viser at Innføring av generisk bytte i apotek fra januar 2021 stort sett er fulgt opp fra apotekenes side, Det medfører raskere overgang til rimeligste preparat for de legemidlene dette gjelder.</li> <li>Det er åpnet for bytte i apotek også av biotilsvarende legemidler fra høsten 2021. Dette har ikke hatt effekt ennå, men forventer at dette vil gi effekter utover i 2022.</li> <li>Reviderte avtaler er gjennomgått og distribuert og følges opp for å sikre gjennomføring.</li> <li>HSØ har startet et arbeid med oppfølging av avtalespesialistene.</li> <li>Godt internt rapporteringsverktøy er etablert.</li> </ol>	<p><b>Milepæler frem til neste statusrapport</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Følge opp nye avtaler gjennom fag- og lederlinje. Ny avtale med virkning fra 01.02.22 innen TNF-hemmere gir prisreduksjon på legemiddelet etanercept . Ny avtale innen behandling av myelomatose fra 01.03.22 vil gi betydelig prisreduksjon på legemiddelet lenolidamid. Forbruket av medikamentet, og også kombinasjonsbehandling med andre dyre medikamenter kan øke da blir mer kostnadseffektive som følge av dette, men samlet forventes en betydelig besparelse.</li> <li>Følge forbruksdata på inngåtte avtaler, og der det er behov for endringer, ta det opp med de aktuelle.</li> <li>Helse Sør-Øst vil følge opp med nytt møte med avtalespesialister innen hudsykdommer. J12</li> </ol>
--	--

<p><b>Budsjettoversikt</b></p> <p>Budsjettert gevinst totalt i perioden er 35 MNOK. Budsjettert gevinst på 5 MNOK i 2021 er innfridd, det er oppnådd besparelser på de medikamentene hvor forventet. Akkumulert gevinst til nå er 25 MNOK. Budsjettert gevinst på 10 MNOK for 2022 forventes mer enn innfridd ved to nye avtaler, dermed forventes total gevinst i gevinstplan oppnådd. Kostnadene Inngår i H-reseptregnskapet, som imidlertid er sammensatt. Totalregnskapet for H-resepter viser også god gevinst hensyntatt økte inntekter på grunn av økt volum.</p>	<p><b>Risiko</b></p> <p>Gevinster er avhengig av at LIS-avtaler gir prisreduksjoner. Medikamenter forskrives også av spesialister ved andre helseforetak og avtalespesialister, krever avtalelojalitet fra deres side. Eventuelt bytte mellom legemidler som ikke er generiske eller biotilsvarende krever vurdering av behandlingen av den enkelte pasienten og om bytte er mulig. Nye medikamenter kan gi mer kostbar behandling.</p>	<p><b>Tiltak</b></p> <p>Tett oppfølging av nye avtaler for å sikre gevinst. Oppfølging av den enkelte avdeling/forskriver ved behov.</p>
--	---	--

**Kommentar**  
 Legemiddelområdet er sammensatt. Innen legemiddelområdet gir nye innkjøpsavtaler muligheter for kostnadsreduksjoner, noen ganger betydelige ved utløp av patenter. Samtidig kan godkjenning av nye medikamenter medføre kostnadsøkninger. Finansiering av stadig flere medikamenter har også blitt overført fra "blåreseptordningen" til helseforetakene. Betydelige prisreduksjoner vil etter noen tid påvirke den innsatsstyrte finansieringen. I gevinst-planen ligger kostnadsreduksjoner knyttet til legemidler brukt utenfor sykehus. Arbeidet med høykostmedisin omfatter også legemidler brukt i sykehus med gevinster i klinikkene, disse er ikke tatt inn i gevinstplanen, men bidrar til klinikkens økonomiske resultat.

## Rehabilitering

Dato 13.01.2022	Prosjektnavn Riktig bruk av rehabiliteringsressurser	Prosjekteier Halfdan Aass	Prosjektleder Mai Bente Myrvold og Christine Furuholmen	Utarbeidet av Halfdan Aass	Clarity prosjekt ID IA	Øko prosjekt ID IA	Mandat godkjent d 12.03.2019 (handlingsplan)
Samlet status 	Tid/Fremdrift 	Kostnad/Ressurser 	Kvalitet 	Risiko 	Gevinst 		
<b>Status</b> Gevinst realiseres gjennom redusert rammetrekk for bruk av private rehabiliteringsinstitusjoner i inntektsmodellen i Helse Sør-Øst. Denne baseres på gjennomsnitt av de siste 3 års forbruk. På grunn av de spesielle forholdene med pandemi i 2020 besluttet Helse Sør-Øst å bruke aktiviteten i 2019 som antatt aktivitet for 2020 og 2021. Dette medfører et års forsinkelse på realiserte tiltak i 2020. Forventer å realisere omlag 1/3 av målsatt gevinst for perioden 2021 - 2022. Effekter av tiltak i 2021 vil først få effekt i 2023.							
<b>Milepæler siden forrige statusrapport</b> 1. Forbruksdata for annet tertial 2021 for henvisninger fra eget foretak foreligger først nå, årsdata forventes snarlig. Antall pasienter henvist til spesialisert rehabilitering ved private institusjoner er økt noe sammenliknet med 2020, men da var rehabiliteringsinstitusjonene lenge stengt pga. pandemien. De må derfor sammenliknes med 2019, og det er da en betydelig nedgang. 2. Seksjon for forebyggende medisin kommet i god drift for pasienter med sykkelig overvekt. Pasientene får tilbud i eget foretak, og færre blir henvist til spesialisert rehabilitering. Det er sett reduksjon i 2. tertial 2021, og foreløpige data for tredje tertial viser ytterligere reduksjon. 3. Samarbeidsprosjekt mellom Drammen sykehus og Drammen kommune om alternativt pasientforløp for pasienter med skjelett/muskellidelser i ferd med å avslutte planleggingsfase, pilot starter i mars 2022.				<b>Milepæler frem til neste statusrapport</b> 1. Følge opp dialog med HSØ om standardisering av oppholdslengde og forlengelse av opphold ved privat rehabilitering og bruk av arbeidsrettet døgner rehabilitering. På grunn av pandemien har dette blitt utsatt. 2. Samarbeidsprosjekt med Drammen kommune om pasienter med skjelett/muskelpager starter pilot i mars 2022. 3. Gjennomgå forbruksdata for 2021 i foretaksledelsen for oppfølging av henvisninger fra foretaket, slik at riktig henvisningspraksis følges.			
<b>Budsjettoversikt</b> Foretakene i HSØ får rammetrekk i inntektsmodell ut fra historisk gjennomsnittlig forbruk av privat rehabilitering siste 3 år. Gevinst 2021: Oppnådd 2,4 MNOK, budsjett 5 MNOK. Gevinst 2022: Oppnår 3,2 MNOK, budsjett 4 MNOK (budsjettet er justert ned i 22 og vil økes kommende år). På grunn av pandemien, har HSØ ikke benyttet forbrukstall for 2020 i beregningene, men satt 2020 lik 2019. Reduksjon av forbruket i 2020 har derfor ikke påvirket rammetrekket. Totalt budsjettert gevinst 2021-2024 35 MNOK Gevinst forventes oppnådd, men forsinket.			<b>Risiko</b> Forsinket fremdrift på grunn av koronapandemien. Bruk av rehabiliteringsinstitusjonene styres ikke bare av VV, men er avhengig av fastlegers henvisningspraksis og rammebetingelsene fra HSØ.		<b>Tiltak</b> 1. Tverrfaglig tilbud i VV for pasienter med sykkelig overvekt reduserer behovet for døgner rehabilitering for denne pasientgruppen. 2. Oppfølging av forbruksdata for riktig bruk. 3. Utvikle foretakets tilbud til pasienter med skjelett/muskellidelser i samarbeid med kommunene. 4. Helse og arbeidspoliklinikker i foretaket fra 2018 bør i økende grad redusere behovet for rehabilitering for pasienter med skjelett/muskellidelser. 5. Dialog med HSØ om styring av henvisninger til tilbudene og lengde av opphold.		
<b>Tidslinje/Plan</b> 1. Dialog med HSØ om fastsettelse av standard oppholdslengde på rehabiliteringsopphold og forlengelse av opphold. 2. Samordne tilbudet ved foretakets "arbeid og helse"-poliklinikker med fastlegenes henvisning til arbeidsrettet rehabilitering. Krever samarbeid med fastleger, kommuner og HSØ. Har startet et samarbeid med Drammen kommune. 3. Tertialvis oppfølging av forbruksdata med oppfølging av identifiserte tiltak.						<b>Start</b> 01.03.2022 01.05.2021 løpende	<b>Slutt</b> 31.12.2022 31.12.2022
<b>Kommentar</b> Formålet med arbeidet er riktig bruk av rehabiliteringsressurser sett i sammenheng med andre tilbud, slik at pasientene får et samlet godt behandlingstilbud. Koronapandemien har forsinket arbeidet. Gevinsten er forsinket, men forventes oppnådd. Dette vil samlet gi et kvalitativt godt tilbud til pasientene med bruk av noe mindre økonomiske ressurser på privat rehabilitering.							

## Gjestepasientkostnader

Dato 13.01.2022	Prosjektnavn Reduksjon i gjestepasientkostnader	Prosjekteier Halfdan Aass	Prosjektleder Halfdan Aass	Utarbeidet av Halfdan Aass	Clarity prosjekt ID IA	Øko prosjekt ID IA	Mandat godkjent dato 03.09.2019
Samlet status 	Tid/Fremdrift 	Kostnad/Ressurser 	Kvalitet 	Risiko 	Gevinst 		
<b>Status</b> Status for de identifiserte tiltakene: 1. PETH-analyser ble etablert som tilbud i VV i slutten av mars 2021, er nå i ordnær drift. Oppfølging avsluttes. 2. Etablering av molekylær patologi er forsinket, validering av metoder er gjort høsten 2021, gjenstår fortsatt noe metodesikring før i klinisk drift, som forventes iverksatt om noen uker. 3. Utvidelse av CT koronar og etablering av CT TAVI ved avd. for bildediagnostikk går etter plan. Økning i aktivitet fra september 2021. 4. Senter for forebygging med bl. a. mer helhetlig tilbud til pasienter med sykelig overvekt er godt i gang. Forventet effekt primært på forbruk av privat spesialisert rehabilitering, men kan også gi et mindre bidrag til reduksjon i gjestepasientkostnader. Nå i ordinært drift. 5. PET-CT-tilbudet er økt fra 2 til 3 dager pr. uke fra uke 36. Oppstart forsinket i forhold til opprinnelig plan pga. pandemien. Antall PET-undersøkelser i eget foretak er økt fra 228 i oppstartsåret 2020 til 675 i 2021. Antall undersøkelser utført som gjestepasientundersøkelser er imidlertid kun redusert med 126 fra 2019 (kostnad 1,4 MNOK), som uttrykk for at indikasjoner for PET er utvidet. Det vil ta tid før det er positiv økonomisk effekt av tiltaket.							
<b>Milepæler siden forrige statusrapport</b> Se statusrapport over.				<b>Milepæler frem til neste statusrapport</b> 1. Følge opp de tiltakene som fortsatt er under oppbygging. 2. Reduksjon av etterslep etter pandemien kan redusere behovet for fritt behandlingsvalg.			
<b>Budsjettoversikt</b> Budsjettet 5 MNOK i 2021, og 5 MNOK i 2022. Samlet i perioden 21 - 24 20 MNOK. Oppnådd gevinst 1,5 MNOK i 2021. Beregnet gevinst 2022 1,8 MNOK. Således betydelig lavere enn budsjett. Beregnet totaleffekt av tiltakene er 6 MNOK i perioden inklusive opptrapping av PET-virksomheten. Potensiale for ytterligere gevinster, men er utfordrende da gjestepasienter er spredt på mange områder. Regjeringen vil avvike godkjenningsordningen Fritt behandlingsvalg fra 2023, det gir mulighet for å behandle disse pasientene i eget foretak.			<b>Risiko</b> Utfordrende å identifisere pasientgrupper som kan "hentes hjem". Det er også forutsetning for økonomisk gevinst at foretaket kan behandle selv til lavere kostnad. Arbeidet er forsinket pga. koronapandemien. Etterslep på behandlinger pga. pandemien. Fastleger og spesialister henviser til andre enn VV.		<b>Tiltak</b> Ytterligere analyser av utvikling på gjestepasientområdet for å identifisere flere pasientgrupper. Videre dialog med fastleger. Regjeringen vil avvike godkjenningsordningen Fritt behandlingsvalg fra 2023, tiltak oppfølging slik at pasientene i denne ordningen fra vårt opptaksområde blir behandlet i foretaket. Det gir potensialet for å oppnå den budsjetterte gevinsten, og gjør at risiko vurderes som mindre enn tidligere.		
<b>Tidslinje/Plan</b> Analyse av utvikling på gjestepasientområdet for å identifisere flere pasientgrupper. Dialog med fastleger.						<b>Start</b> pågående	<b>Slutt</b>
<b>Kommentar</b> Det har vist seg vanskelig å finne tiltak innen gjestepasientområdet som gir reduserte kostnader utover de som er identifisert over. Gevinst i 2021 er forsinket pga. koronapandemien. Så langt er det identifisert tiltak for perioden på kun om lag 25 %. Risiko for gevinstrealisering er således høy. Rapporteres likevel på gul, da det fortsatt er tid til å arbeide videre med tiltak. Det er behov for å replanlegge videre arbeid, da effekten av arbeid til nå synes å være tatt ut. Det er ikke spesielle pasientgrupper osm peker seg ut, da gjestepasienter sprer seg ut over alle områder. Regjeringens bebudede avvikling av fritt behandlingsvalgordningen fra 2023, gir mulighet for at pasientene i vårt opptaksområde i denne ordningen kan bli behandlet i foretaket							






## Innkjøpsområdet

Dato	Prosjektnavn	Prosjekteier	Prosjektleder	Utarbeidet av	Clarity prosjekt ID	Øko prosjekt ID	Mandat godkjent da
21.01.2022	Innkjøp	Mette Lise Lindblad	Cathrine M. Fuhre	Cathrine M. Fuhre	IA	IA	IA
Samlet status	Tid/Fremdrift	Kostnad/Ressurser	Kvalitet	Risiko	Gevinst		
Status							
<p>Total gevinst akkumulert for innkjøp i 2021 er 2.517 MNOK mot forventer 4.368 MNOK. Flere anskaffelser er fremdeles forsinket grunnet covid-19 og implementeringen av noen nye avtaler er dermed forskjøvet fra 3.tertial 21 til 1.tertial 22. Videre er det en global økning i råvarepriser samt transportkostnader. Forventet gevinst på noen områder er derfor lavere enn estimert i bussiness case. Noen avdelinger velger også 2. prioritet leverandører innenfor kirurgi, og forventet gevinst oppnås ikke. Innkjøpsavdelingen følger opp ihht. plan 2022.</p>							
Milepæler siden forrige statusrapport				Milepæler frem til neste statusrapport per 1.tertial			
<p>Implementert nye kontrakter i samsvar med plan som ga gevinster på vel 3 MNOK i 2020 og ytterligere 2,7 MNOK i 2021. Valg av 2. prioritets leverandør har gitt redusert gevinst på 234 tnok.</p> <p>Kvalitetsindikatorer Kvalitet på lokale avtaler: 41,2 % mot mål på 50%. Det har vært en god forbedring i 2021. Kjøp på avtale: 72 % Kjøp i system: 60 %, (nedgang på to klinikker grunnet bokføring av corona kostnader fra HSØ og faktura fra Sykehuspartner)</p>				<p>Mål 2022: Kjøp på avtale økes fra 72 % til 81 % Kjøp i system økes fra 60 % til 74 % Øke kvaliteten på lokale avtaler fra 41,2 % til 50 %</p> <p>Implementering av følgende kontrakter: KIR: Urologi, hemostaseprodukter, brokknnett og fiksasjon, albueproteser, suturer, suturmaskiner og laparoskopiske produkter, gips, ortoser og krykker. MFV: Operasjonshansker, sårbehandlingsprodukter, kanylebøtter og risikoavfallsbehandlere, hygieneprodukter desinfeksjon MTU: Digitale blodtryksapparat, hemodialyseapparat LAB: Mikrotomkniver BHM: Bærbart sug</p> <p>Bygg: Storkjøkkenutstyr, renholdsprodukter, mat og drikke (grosistavtalen), lyskilder og lysarmatur. PRE: Bekledning ambulanspersonell</p>			
Budsjettoversikt			Risiko		Tiltak		
<p>Realisert 2021 utgjør 2,52 MNOK mot et budsjett på 4,4. Akkumulert realisert gevinst for årene 20 og 21 utgjør 5,8 MNOK mot budsjett samlet på 7,5 MNOK. Mål for 2022 er 4.618 i 2022, som innebærer at 1,7 MNOK flyttes til 2023. Det vil settes nye mål for gevinst også etter 2023.</p>			<p>Koronapandemien har hindret oppstart av anskaffelser i Sykehusinnkjøp HF og forsinket fortsatt implementering og effekt av gevinster.</p> <p>Høyere råvarepriser og transportkostnader globalt.</p> <p>Avdelinger i VVHF velger 2.prioritet leverandører og forventet gevinst oppnås ikke.</p>		<p>Sørge for effektiv implementering av nye avtaler i foretaket når de foreligger.</p> <p>Kontinuerlig arbeid med nye business case og løpende oppdatering av gevinstplan når casene er avklarte og prosess for kontraktsimplementering kan starte.</p> <p>Sortimentsstyringsprosjektet. Plan for innkjøp 2022 og oppfølging med klinikkene om valg av 1. prioritets leverandør.</p>		

## 5. Reduksjon av utilsiktede hendelser, beste praksis og bedre utnyttelse av samlet kapasitet

Det er ikke etablert prosjekter i foretaket for iverksettelse av endringer som skal medføre reduksjon av utilsiktede hendelser, innføring av beste praksis og bedre utnyttelse av samlet kapasitet i foretaket. Samtidig pågår en rekke tiltak i samarbeid mellom klinikkene og innad i de respektive klinikkene.

### Utilsiktede hendelser

Dato 14.01.2022	Tittel Reduksjon av utilsiktede hendelser	Eier Ulrich Spreng	Utarbeidet av US	Clarity prosjekt ID	Øko prosjekt ID	Mandat godkjent dato
Samlet status 	Tid/Fremdrift 	Kostnad/Ressurser 	Kvalitet 	Gevinst 		
<b>Status</b> Prinsippet er at team pasientsikkerhet identifiserer områder hvor pasientsikkerhet er godt nok. Det utarbeides læringsnotater og team kontinuerlig forbedring understøtter forbedringsarbeid i klinikkene.						
<b>Milepæler siden forrige statusrapport</b> Første læringsnotater er utarbeidet - ref ledermøte 11.1.22						
<b>Budsjettoversikt</b> "Sparte" ekstra sengeøgn = 1.284 TNOK; "Sparte" ekstra in			<b>Risiko</b> Nåværende underrapportering kan fø		<b>Tiltak</b> 1. Forbedret rapportering 2. Ny nullpunkt 3. Ny sammenligning	

Team pasientsikkerhet identifiserer områder hvor vi har pasientskader. Det utarbeides læringsnotater og team kontinuerlig forbedring understøtter klinikkene i gjennomføre tiltak for å redusere antall pasientskader.

Alle utilsiktede hendelser som fører til pasientskade skal registreres i Synergi.

Saksbehandler skal registrere om den utilsiktede hendelse har ført til ekstraliggedøgn – og om ja til hvor mange ekstra liggedøgn.

Det tas ut oversikt over antall liggedøgn som er registrert i Synergi og dette sammenlignes med historiske tall.

- En ekstra liggedøgn på sengepost regnes med 6000 TNOK
- En ekstra liggedøgn på intensiv regnes med 20000 TNOK



Ekstra liggedøgn	3. tertial 2019			3. tertial 2020			3. tertial 2021		
	Antall registreringer	Antall døgn	Kostnad	Antall registreringer	Antall døgn	Kostnad	Antall registreringer	Antall døgn	Kostnad
Antall døgn sengepost									
1 døgn	10	10	60.000	16	16	96.000	5	5	30.000
2 døgn	15	30	180.000	8	16	96.000	5	10	60.000
3 døgn	10	30	180.000	4	12	72.000	5	15	90.000
4 døgn	6	24	144.000	1	4	24.000	0	0	0
5 døgn	1	5	30.000	1	5	30.000	0	0	0
>5 døgn	42	210	1.260.000	28	140	840.000	13	65	390.000
<b>Totalt</b>	<b>84</b>	<b>309</b>	<b>1 854 000</b>	<b>58</b>	<b>193</b>	<b>1 158 000</b>	<b>28</b>	<b>95</b>	<b>570 000</b>

Antall døgn intensiv	3. tertial 2019			3. tertial 2020			3. tertial 2021		
	Antall registreringer	Antall døgn	Kostnad	Antall registreringer	Antall døgn	Kostnad	Antall registreringer	Antall døgn	Kostnad
1 døgn	18	18	360.000	7	7	140.000	4	4	80.000
2 døgn	2	4	80.000	3	6	120.000	1	1	20.000
3 døgn	2	6	120.000	2	6	120.000	2	6	120.000
4 døgn	3	12	240.000	2	8	160.000	0	0	0
5 døgn	4	20	400.000	1	5	100.000	0	0	0
>5 døgn	6	30	600.000	4	20	400.000	2	10	200.000
<b>Totalt</b>	<b>35</b>	<b>90</b>	<b>1 800 000</b>	<b>19</b>	<b>52</b>	<b>1 040 000</b>	<b>9</b>	<b>21</b>	<b>420 000</b>

<b>SUM</b>	<b>kr 3 654 000</b>	<b>kr 2 198 000</b>	<b>kr 990 000</b>
------------	---------------------	---------------------	-------------------

Differansen mellom 3. tertial 2021 og 3. tertial 2019 utgjør besparelser på kr. 2 664 000.

Dette er en teoretisk verdi. Gevinsten oppstår i klinikken som har færre liggedøgn grunnet færre pasientskader. Dette kommer til uttrykk gjennom:

- Reduserte kostnader overtid, innleie
- Reduserte kostnader fastlønn (forutsatt at effekten varer over tid)
- Reduserte kostnader utstyr
- Reduserte kostnader areal

Det er viktig med følgende forbehold:

- Det rapporteres ikke alle utilsiktede hendelser med pasientskade
- Det rapporteres ikke alltid ekstra liggedøgn grunnet utilsiktede hendelser med pasientskade

Foretaket arbeider med å forbedre registreringspraksis – og det vil kunne føre at flere pasientskader registreres enn før (uten at det nødvendigvis er flere pasienter som får en skade). Etter registreringspraksis er forbedret bør det gjennomføres en ny nullpunktsmåling – og deretter følge utviklingen.

# IKT Tertialrapport

## 3. tertial 2021

**GODKJENT AV:**

<b>Navn</b>	<b>Stilling</b>	<b>Dato</b>	<b>Versjon</b>
Lisbeth Sommervoll	Adm. direktør	24.01.2022	1.0

## INNHOLD

<b>1</b>	<b>BAKGRUNN OG INNLEDNING .....</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>HOVEDTREKK PÅ IKT-OMRÅDET I VESTRE VIKEN .....</b>	<b>2</b>
<b>3</b>	<b>VIKTIGE IKT-PROSJEKTER .....</b>	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>GEVINSTREALISERING .....</b>	<b>FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.</b>
<b>5</b>	<b>RISIKOVURDERING .....</b>	<b>11</b>

### 1 Bakgrunn og innledning

Statusrapport for IKT i Vestre Viken pr. 3. tertial 2021 skal gi en samlet oppsummering av status på IKT-området i foretaket, inkludert IKT-prosjekter som spesielt innretter seg mot Nytt Sykehus i Drammen (NSD). Rapporten følger som vedlegg til tertialrapporten for virksomheten.

Rapporten følger samme struktur og detaljeringsnivå som ved forrige rapportering.

Som underlag for rapportering, er det innhentet overordnede vurderinger og status på IKT-prosjekter, IKT-systemer og IKT-ressurser fra klinikker og staber i Vestre Viken. Status på IKT-systemer er også innhentet fra Sykehuspartner.

Utkast til tertialrapport er gjennomgått i foretaksledelsen 18. januar 2022.

### 2 Hovedtrekk på IKT-området i Vestre Viken

#### *IKT driftssituasjon*

Det har i 3. kvartal vært flere driftsavbrudd på IKT-området, og i desember 2021 gikk Sykehuspartner i GUL beredskap grunnet trusselsituasjonen for IKT. Sårbarheter i grunnleggende IKT-systemer medførte blant annet at epost på mobil var stengt i en periode. Andre driftsavbrudd skyldes tregheter i IKT infrastrukturen og utfordringer med eldre datalinjer og telefonanlegg. Det forventes at de planlagte oppgraderingene av IKT-infrastrukturen gjennom STIM-programmet vil redusere risikoen for denne type driftsavbrudd.

#### *IKT-systemer i bruk*

IKT-systemene er kategorisert i virksomhetsområder som reflekterer Vestre Vikens linjeorganisasjon. Det er god dialog med de ulike virksomhetsområdene som ivaretar systemeierrollen for systemene, og fra 2022 vil systemeiers ansvar tydeliggjøres gjennom driftsavtalene og oppdaterte rutiner for internkontroll.

Manglende datakvalitet i tjenestekatalogen fra Sykehuspartners har komplisert arbeidet med å få gode oversikter. Pr 3. tertial er det gjennomført en kvalitetssikring av systemoversikten og det er mottatt innspill fra klinikker, staber og fra Sykehuspartner. I dialog med Sykehuspartner vurderes det om Vestre Vikens systemoversikt skal endre detaljeringsnivå fra neste rapportering, i tråd med Sykehuspartners interne oversikter.

Ved utgangen av 3. tertial har Vestre Viken totalt 331 IKT-systemer i bruk. Systemene er jevnt fordelt mellom virksomhetsområdene, og litt over halvparten er lokale systemer, jf tabellen på neste side.

Virksomhetsområder	Lokalt system	Nasjonalt system	Regionalt system	Totalsum	Endring fra 2. tertial	
					+	-
10 Drammen sykehus	17		1	18		
20 Bærum sykehus	3			3		-2
30 Ringerike Sykehus	2			2		-1
40 Kongsberg sykehus	1			1		
50 Intern Service	20		9	29		-1
60 Psykisk helsevern og rus	33			33	+15	
70 Prehospitale tjenester	13	1	5	19		-2
80 Medisinsk diagnostikk	31		7	38		-1
91a Fag - foretaksnivå	25	6	19	50		
91b Fag - forskning, kvalitet og støtte	12	1	8	21	+1	-4
92 Kompetanse	2		15	17		-2
93 Økonomi	3		7	10		-2
94 Teknologi	5		69	74		-22
95 Kommunikasjon	3	1	8	12	+1	
96 Foretakssekretariat	2		2	4		
<b>Totalsum</b>	<b>172</b>	<b>9</b>	<b>150</b>	<b>331</b>	<b>17</b>	<b>-37</b>

Siden forrige tertial er 37 systemer fjernet fra systemoversikten som følge av applikasjonssanering og 17 er lagt til, hvorav 2 nye tjenester (Ledidi – registerverktøy for forskning og Webro – programvare for styring av informasjonsskjermer) og 15 kliniske kartleggingsverktøy innen psykisk helsevern og rus som manglet fra oversiktene.

Arbeidet med å kartlegge og utarbeide sikkerhetsdokumentasjon (løsningsdesign og ROS-analyser) for eldre systemer har fortsatt, og pr 3. tertial er situasjonen vesentlig forbedret fra begynnelsen av 2021. Av 331 systemer er det kun 26 systemer som mangler dokumentasjon, og 57 systemer med behov for mindre justeringer. For flere av systemene er ROS-analyser bestilt fra Sykehuspartner, og andre systemer er planlagt erstattet av nye løsninger. For de sistnevnte vil utarbeidelse av dokumentasjon ikke prioriteres, siden ressurser på ROS- og løsningsdesignområdet er en knapphetsfaktor.

I 3. tertial er det gjennomført 2 «sprinter» for å vurdere sanering av 68 applikasjoner. Av disse er det besluttet at 57 kan saneres, og de fleste av disse hadde ikke vært i bruk over lengre tid. Helse Sør-Øst vil ta initiativ til å etablere fagnettverk for å vurdere muligheten for standardisering innad i foretaksgruppen av applikasjoner innen spesifikke fagområder.

#### *IKT-prosjekter*

Ved utgangen av 3. tertial er det identifisert totalt 68 enkeltprosjekter innen IKT-området. 36 av disse er regionale prosjekter eid av Helse Sør-Øst RHF eller Sykehuspartner. Følgende aktivitet og milepæler kan nevnes spesielt fra 3. tertial:

- **Elektronisk kurve og medikasjon:** Elektronisk kurve og medikasjon (Metavision) ble innført i klinikk for psykisk helsevern og rus i september 2021. Løsningen er dermed innført i hele foretaket, med totalt over 5000 brukere, og prosjektet er avsluttet.
- **eMestring:** Veiledet internettbehandling innen psykisk helsevern og rus, eMestring, ble tatt i bruk høsten 2021 etter et regionalt prosjekt ledet av Sykehuset i Vestfold. Løsningen tilbys for depresjon, sosial angst og panikkangst.

- Regional prosessplattform: Styret i Helse Sør-Øst godkjente i desember 2021 oppstart av første fase i anskaffelse av en regional prosessplattform som skal gjøre det enklere for helseforetakene å utvikle og tilpasse kliniske arbeidsprosesser. Løsningen skal først tas i bruk innen digital hjemmeoppfølging, og Sykehuset i Vestfold og Vestre Viken er de første helseforetakene på løsningen. Første test vil omfatte digital hjemmeoppfølging av pasientgruppen KOLS.
- Multimediearkiv: I oktober 2021 ble det besluttet at regionalt multimediearkiv, levert av Sectra, skal benyttes for lagring av multimediefiler fra medisinsk teknisk utstyr i NNSD. Planleggingsfasen for implementering av multimediearkiv i Helse Sør-Øst pågår, og det er i budsjettprosessen for 2022 lagt opp til en ressursmessig styrking for å ivareta dette området som er nytt for Vestre Viken.
- EPJ modernisering (elektronisk pasientjournal): Det jobbes med en ny plan for en stegvis overgang til ny journalløsning (DIPS Arena). Det legges opp til at innføringen starter i OUS i 2022, og Vestre Viken har meldt et ønske om å bli prioritert for å kunne ta i bruk ny løsning i god tid før innflytting i NSD.
- Teams: Foretaket har høsten 2021 startet pilotering av Teams i sentrale staber og hos nøkkelpersoner i klinikkene. Opplæring og videre bredding planlegges i 2022.

Rapportering fra prosjektene viser at det er et betydelig antall prosjekter som vil berøre foretaket i tiden fremover. Prosjekter som antas å ville kreve vesentlig ressursinnsats og/eller lokale investeringsmidler fra Vestre Viken er ny nasjonal IKT-løsning for AMK, ny ambulansjournal, EPJ modernisering, oppgradering av radiologisystem (RIS/PACS), ny laboratedataløsning for patologi (LVMS), helselogistikk og modernisering av datanett.

Andre prosjekter som vil ha viktige leveranser og milepæler i neste tertial, er blant annet overgang til nytt intranett, kunstig intelligens for bildediagnostikk, implementering av statistisk logganalyse og etablering av ny tjeneste for doseovervåking basert på regional løsning fra Sectra.

### *IKT-ressurser og -kompetanse*

Vestre Viken rapporterer årlig til Direktoratet for eHelse, via Helse Sør-Øst, på antall IKT-ressurser i foretaket. Tolkningen av hva som skal regnes som «IKT-ressurser» har vært uklar, og Vestre Viken har bedt om at Helse Sør-Øst tar initiativ til en gjennomgang av underlaget for innrapporteringen, slik at tallene blir sammenlignbare mellom foretakene. Vestre Viken har inntil videre lagt til grunn at dette gjelder ressurser som har IKT som en primæroppgave. Deltakelse i IKT-prosjekter eller bruk av IKT er ikke medregnet. Etter denne beregningsmetodikken har Vestre Viken ved utgangen av 2021 totalt 54 IKT-ressurser, hvorav 39 i sentral stab og 15 i klinikkene.

Høsten 2021 har foretaksledelsen gjennomført tre digitaliseringsseminarer i regi av UiO. I 2022 vil tiltak for å øke digital kompetanse hos ansatte og ledere bli prioritert, og inngå i foretakets satsing på kritisk kompetanse.

Høsten 2021 ble organisatoriske endringer i stab teknologi besluttet. Endringene berører både IKT- og MTU-området, og hensikten er å skape en mer robust og fremtidsrettet organisasjon. Dialog med Sykehuspartner om kundeplan, leveranser og eskaleringer blir samlet i én avdeling, og ansvar for tjenesteinnovasjon knyttet til digital hjemmeoppfølging flyttes til Forsknings- og innovasjonsavdeling i stab Medisin og Helsefag.

### 3 Viktige IKT-prosjekter

Vestre Viken har definert de viktige prosjekter/programmer som porteføljestyret skal følge opp på foretaksnivå. Fire av disse gjelder IKT-området (helselogistikk, AMK video, Digital hjemmeoppfølging og STIM-programmet). Overordnet status fremgår av figuren under:

Portefølje: VVHF - Prosjektportefølje			KOST (og ressurser)	TID	OMFANG	RISIKO	GELVINST
Navn	Leder	Fase					
VV - STIM Mottaksprogram	Sauthon, Morten	Gjennomføre	⬇️	⬆️	⬆️	⬆️	⬆️
VVHF - ARP	Evensen, Lena	Gjennomføre	⬆️	⬆️	⬆️	⬆️	⬆️
VVHF - Avhending Drammen sykehus Bragernes	Bo Vegard Bording Grøtvedt	Planlegge	⬆️	⬆️	⬆️	⬆️	⬆️
VVHF - BRK	Lybeck, Tom Darre	Gjennomføre	⬆️	⬆️	⬆️	⬆️	⬆️
VVHF - Helselogistikk Innføring VVHF	Ilebekk, Ingvild	Planlegge	⬆️	⬆️	⬆️	⬆️	⬆️
VVHF - IKT - Program for digital hjemmeoppfølging» (PDHO)	Leinaas, Amund	Gjennomføre	⬆️	⬆️	⬆️	⬆️	⬆️
VVHF - Organisering Blakstad 2021	Lærum, Kristin Tafjord	Lukket	⬆️	⬆️	⬆️	⬆️	⬆️
VVHF - Videosamtale med AMK	Lindland, Lise-Mette	Avslutte	⬆️	⬆️	⬆️	⬆️	⬆️

#### Helselogistikk

I 3. tertial 2021 er Vestre Vikens mottaksprosjekt godt i gang, og en dedikert prosjektleder kom på plass fra 1. september. Det er noen forsinkelser i det regionale prosjektet, som medfører utsatt oppstart pilotering ved Drammen sykehus med ca. én måned, frem til oktober 2022. Prosjektet har startet planleggingen av videre bredding av helselogistikk etter piloten.

Helselogistikkprosjektet er komplisert og har mange avhengigheter, både organisatoriske og tekniske. Det er fortsatt uklart for Vestre Viken hvordan og når helselogistikkfunksjonalitet som er viktig for NSD, blir levert. Saken ble løftet til NSD IKT beslutningsmøte i oktober, og Vestre Viken ba i slutten av november formelt om en avklaring i prosjektets styringslinje.

#### AMK video

Løsningen har vært i bruk siden april 2021 med gode resultater. Høsten 2021 ble løsningen utvidet til å inkludere tilgang til video for tilreisende lege. Videoløsningen ble formelt godkjent i desember 2021 etter gjennomført akseptansetest. Det arbeides med å etablere en permanent drift- og forvaltning av løsningen på nasjonalt nivå i regi av HDO (Helsetjenestens driftsorganisasjon), som er følgevirksomhet i innovasjonspartnerskapet.

#### Digital hjemmeoppfølging

Programmet har pr 3. tertial åtte pågående prosjekter i klinikkene:

- To i planleggingsfasen (KOLS fase II og digital sårbehandling fase III)
- To i utviklingsfasen (atrieflimmer og hjemmedialyse)
- Fire i implementeringsfasen (digitalt anestesitilsyn, hofterotese, inflammatorisk tarmsykdom DS og digital sårbehandling fase II)

Åtte prosjekter er slutført der nye forløp er etablert og satt i drift

Det planlegges endringer i programstrukturen for å sikre et tydeligere eierskap og lederforankring i klinikkene.

#### STIM-programmet

STIM-programmet er et regionalt program som styres og ledes av Sykehuspartner. Status på overordnet nivå rapporteres til styret i Sykehuspartner. Tertialrapport for STIM-programmet pr. 3. tertial foreligger foreløpig ikke, tertialrapport pr 2. tertial ble styrebehandlet i oktober 2021<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> <https://sykehuspartner.no/arrangementer/styremote-14-oktober-2021-2021-10-14>

Vestre Viken følger med på programmet, og tar imot leveranser enten som linjeaktiviteter eller gjennom etablerte mottaksprosjekter.

Vestre Viken følger spesielt med på følgende STIM-prosjekter pr 3. tertial 2021:

Oppfølging i VVHF	Fase	Navn på STIM-prosjekt
Mottaksprosjekt	Gjennomføring	Regional telekomplattform
Mottaksprosjekt	Gjennomføring	Windows 10
Mottaksprosjekt	Under etablering	Trådløst nett
Mottaksprosjekt	Under etablering	Modernisering av nett
Linjeaktivitet	Gjennomføring	5G innendørs mobildekning
Linjeaktivitet	Gjennomføring	Kryptert stamnett

#### NSD mottaksprosjekt og viktige IKT-prosjekter for NSD

NSD mottaksprosjekt er ikke inkludert i porteføljen på foretaksnivå, og følges opp av styringsgruppen for mottaksprosjektet. Følgende delprosjekter berører IKT-området spesielt

- Fremtidens kontortjeneste – under oppstart
- Sporing og lokalisering – rapport skal behandles i januar 2022
- Sporingssystem for sterilsentral – rapport skal behandles i januar 2022

Det er identifisert 18 IKT prosjektområder som er viktige for NSD. Tabellene under viser status meldt fra prosjektene og overordnet status for risiko for NSD, sett fra Vestre Vikens perspektiv. Prosjektene er delt i funksjonelle leveranser og infrastrukturprosjekter.

#### Funksjonelle leveranser:

	<u>Status</u> Grønn: lav risiko Gul: middels risiko Rød: høy risiko			<u>Status prosjekt og vurdering NSD</u>
	Prosjekt status pr. des.21	NSD vurdering T2-2021	NSD vurdering T3-2021	
<b>FUNKSJONELLE LEVERANSER</b>				
RHF - Regional EPJ modernisering	GRØNN	N/A	GUL	Prosjektet er ferdig med konseptfasen og er nå i planleggingsfasen.  VV-NSD vurderer status EPJ modernisering som gul, på bakgrunn av prosjektets omfang, kompleksitet og stramme tidsramme for gjennomføring før frys IKT for NSD.
Regional løsning for helselogistikk	GUL	GUL	GUL	Prosjektets status er endret fra GRØNN til GUL. Det regionale prosjektet rapporterer forsinkelser i fremdrift. Det jobbes med å kartlegge og iverksette tiltak for å redusere forsinkelsen.  Med bakgrunn i prosjektets statusendring vurderer VV-NSD status som gul, og VV-NSD er bekymret for videre forsinkelser.
Sporingsystem for steriltforsyning NSD	GRØNN	GRØNN	GRØNN	Rapport er utarbeidet og behandles i styringsgruppen for mottaksprosjektet jan.2022
Sporing og lokalisering (GS1) NSD	GRØNN	GRØNN	GRØNN	Prosjektet har utarbeidet rapport og behandles i prosjektstyringsgruppen jan.2022.

MTU/BTU-oppkoblinger / integrasjoner	GRØNN	GUL	N/A	RHF – MTU/IKT samhandlingsmodell er besluttet.  RHF - Regionale standarder for integrasjon av medisinsk-teknisk utstyr (konsept) har lagt frem anbefaling om BP2 Q3-2021 og prosjektet er ferdigstilt.  Nytt prosjekt etablert, RHF - Regional standard for integrasjon av medisinteknisk utstyr. Erstattes av rapportering for nytt prosjekt. .
RHF - Regional standard for integrasjon av medisinsk-teknisk utstyr	GUL	GUL	GUL	Etablert prosjekt basert på konseptutredning, RHF - Regionale standarder for integrasjon av medisinsk-teknisk utstyr (konsept).  Prosjektet har fire arbeidsstrømmer: 1: Plan for MTU/IKT på kort sikt, kravspesifikasjon oppdateres, og prosjektet er i dialog med øvrige prosjekter som er i anskaffelse (Digital patologi, EKG, Smertepumper, Multimonitor mm) 2: Anskaffelse av gateway 3: Standardisere på 11073 SDC på lang sikt 4: Anskaffelse EEG.  VV-NSD vurderer prosjektets status som gul, på bakgrunn av prosjektets omfang, kompleksitet og stramme tidsramme for gjennomføring før frys IKT for NSD.
VVHF - Adgangskontroll	GRØNN	GRØNN	GRØNN	Adgangskontroll Kongsberg pågår. Løsningsdesign og ROS er under utarbeidelse av SP.
RHF – Standard for lukket legemiddelsøyfe (Legemiddelkjeden)	GRØNN	GRØNN	GRØNN	Prosjektet arbeider som planlagt med planlegging av piloter, simulering av arbeidsprosesser og utvikling av rammeverk for innføringsmetodikk
RHF – Regionalt kostdatasystem (Konsept) (AIVO kjøkkenløsning)	N/A	GUL		Prosjektet har fått beslutning om faseovergang til planleggingsfasen og alle leveranser er gjennomført som planlagt.  Nytt prosjekt basert på konseptutredningen starter jan. 2022.
RHF – Regionalt kostdatasystem (AIVO kjøkkenløsning)	N/A	N/A	GUL	Nytt regionalt prosjekt basert på konseptutredningen starter jan. 2022.  VV-NSD vurderer prosjektets status som gul, på bakgrunn av prosjektets omfang, kompleksitet og stramme tidsramme for gjennomføring før frys IKT for NSD.



Infrastrukturprosjekter:

	Status Grønn: lav risiko Gul: middels risiko Rød: høy risiko			Status prosjekt og vurdering NSD
	Prosjekt status pr. des.21	NSD vurdering T2-2021	NSD vurdering T3-2021	
<b>INFRASTRUKTUR-PROSJEKTER</b>				
Datanettverk (SP-STIM Nettverk – Modernisering av nett.)	GUL	GUL	GUL	<p>Prosjektet rapporterer status som gul, grunnet risiko-bildet, spesielt med hensyn på lange leveransetider på utstyr.</p> <p>VV-NSD vurderer status modernisering av nettverk som gul, på bakgrunn av prosjektets omfang, kompleksitet, finansieringsbehov og stramme tidsramme for gjennomføring før frys IKT for NSD.</p>
Telefoni (IP & mobil/5G) (SP-STIM 5G innendørs mobildekning.  SP-STIM Regional telekom-plattform)	GRØNN	GUL	GRØNN	<p>Prosjektet SP-STIM 5G innendørs mobildekning har fått godkjent BP3 og er nå i gjennomføringsfasen.</p> <p>Prosjekt SP-STIM regional telekom-plattform følger fremdriftsplan.</p>
Felles regional plattform, inkl. migrering (SP-STIM Felles plattform trinn 1 RAM SP-STIM Felles plattform trinn 2 hybrid skyplattform SP-STIM Tjenestemigrering)	GUL	GUL	GUL	<p>Prosjektet SP-STIM Felles plattform trinn 1 RAM, har fått godkjent en endringsanmodning på å videreføre leveransene ut februar 2022. En BP4 beslutning er utsatt til medio februar 2022.</p> <p>Prosjektet SP-STIM Felles plattform trinn 2 hybrid skyplattform, har fått godkjent en BP3.1 og overgang til første fase i gjennomføringen. Konseptstudierapporten for Målbilde og veikart for Leveranseplattformen ble godkjent av styringsgruppen og programleder.</p> <p>Prosjekt SP-STIM Tjenestemigrering rapporterer gult pga. utfordringer for prosjektet ift. lange ledetider og høy kompleksitet.</p> <p>VV-NSD vurderer status som gul, på bakgrunn av prosjektens status, omfang, kompleksitet og stramme tidsramme for gjennomføring før frys IKT for NSD.</p>
Regional testplattform (SP-STIM Modernisering - Regional testplattform)	RØD	GUL	GUL	<p>Prosjektet rapporterer rød status grunnet forsinkelse i tid og avhengighet til modernisert plattform. Endringsanmodning (justert omfang og faseplan) er utarbeidet og er klar for godkjenning.</p> <p>VV-NSD vurderer status som gul for NSD, på bakgrunn av prosjektet planlegges ferdigstilt Q1-2023, ca. 8 mnd. før frist for endring av IKT systemer før innflytting. Prosjektet holdes under oppsyn med tanke på frist for implementering.</p>
obilitet (SP-STIM Mobilitet)	GUL	GRØNN	GRØNN	<p>Prosjektet er i henhold til overordnet plan. Har forsinkelser innenfor leveranseområdet Mobil autentisering med SSO.</p>

SP-STIM Alarm- og meldingstjenester	GRØNN	GUL	GRØNN	Prosjekt STIM Alarm- og meldingstjeneste blir avsluttet. Nytt prosjekt, STIM Helseloggistikk, blir etablert og vil overta planer og leveranser for helseloggistikk fase 4. Forslaget ble godkjent i STIM programstyret 29. november 2021, og i LG1 07. desember 2021.
SP-STIM Helseloggistikk	N/A	N/A	N/A	Nytt prosjekt som erstatter SP-STIM Alarm og Meldingstjenester under etablering jan. 2022. Prosjektet skal levere helseloggistikk funksjonalitet utover det som blir levert av det regionale prosjektet.
Entydig strekkoding (GS1)	GRØNN	GRØNN	GRØNN	Prosjektet har valgt leverandører og inngått avtale. Systematic AS vil levere systemene Hendelsesbasert sporing og lokasjonsregister, mens Lyngsøe Systems AS vil levere RFID datafangst.
Multimediearkiv (RHF - Strategi og standard for bruk av multimedia)	GRØNN	GUL	GUL	Konseptutredning multimediearkiv er ferdigstilt og prosjektet er nå i planfasen.  VV-NSD vurderer status som gul, og det blir viktig fremover å følge tett opp de regionale planene for multimediearkiv.
Regional data- og analyseplattform (RHF - Regional data- og analyseplattform)	GUL	GRØNN	GRØNN	Styringsgruppen har vedtatt å utsette forberedelser og gjennomføring av anskaffelse av sky-tjeneste. Prosjektet fortsetter arbeidet med å innarbeide nye datakilder og sluttbrukerleveranser.  Frem mot neste tertial vil det gjøres en ny vurdering om prosjektet har betydning for NSD.
Digitalisering av bygg (BIM) (RHF - Digitalisering av eiendomsforvaltningen i Helse Sør-Øst)	GRØNN	GUL	GUL	Prosjektplaner er revidert og vil se på hvordan Helse Sør-Øst skal forholde seg til den pågående planprosessen i Sykehusbygg HF.  VV-NSD vurderer status som gul, på grunn av tidslinjen opp mot frys IKT for NSD.

## 4 Gevinstrealisering

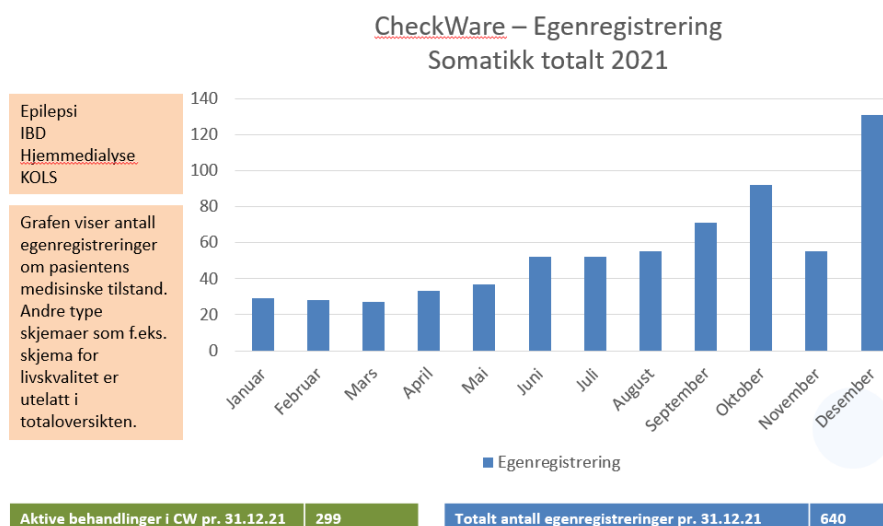
Struktur for systematisk oppfølging av gevinstuttak fra innføring av IKT-systemer er under arbeid, og vil bli et prioritert utviklingsområde i 2022. Helse Sør-Øst har utarbeidet et regionalt rammeverk for gevinstkartlegging og -oppfølging, og leder for Vestre Viken prosjektkontor er utpekt som Vestre Vikens representant i det regionale nettverket for gevinstkoordinatorer.

Hvert tertial gis status på gevinstområdet innen utvalgte prosjekter og fagområder. Innen program for digital hjemmeoppfølging arbeides det med å standardisere prosesser for implementering av teknologi og nye arbeidsprosesser og gjennom det utforme veiledere/ maler for implementering og gevinstrealisering. Det er utarbeidet kvikk-guide for video og egenregistrering, og disse vil testes ut i prosjekter ved Bærum sykehus.

I løpet av 2021 er digital hjemmeoppfølging tatt i bruk for nye pasientgrupper. Tabellen under viser status ved utgangen av 3. tertial 2021:

Teknologi	Fagområdet eller klinikk	Dato i drift	Omfang i bruk				Gevinstmålinger		
			Tertial 1 2021	Tertial 2 2021	Tertial 3 2021	Trend	Målinger gjennomføres?	Positiv effekt for pasient?	Positiv effekt for tjenesten?
Egenreg.	Nev. avd. Drammen SH – Epilepsi	Des. 2019	112 Pasienter	123 Pasienter	134 Pasienter	↗	Ja, pr. tertial	Foreløpig ikke dokumentert	Ja
Egenreg.	Med. avd. Bærum SH – Inflammatorisk tarmsykdom	Jan. 2021	31 Pasienter	82 Pasienter	129 Pasienter	↗	Nei, ikke etablert	Foreløpig ikke dokumentert	Foreløpig ikke dokumentert
Egenreg.	Med. avd. Drammen SH – Nyre	Mai 2021	N/A	13 Pasienter	14 pasienter	→	Nei, ikke etablert	Foreløpig ikke dokumentert	Foreløpig ikke dokumentert
Data-overføring	ØNH Drammen SH - AirView	Mai 2021	N/A	300 Pasienter	560 pasienter	↗	Nei, ikke etablert	Foreløpig ikke dokumentert	Foreløpig ikke dokumentert
Video	Kir. avd. Kongsberg SH – digital sårteneste	Juni 2021	N/A	30 Pasienter	30 pasienter	→	Nei, ikke etablert	Foreløpig ikke dokumentert	Foreløpig ikke dokumentert
Egenreg.	Fødeavd. Drammen SH - risikogravide	Sept. 2021	N/A	N/A	Foreløpig ikke inkludert i drift		Nei, ikke etablert	Foreløpig ikke dokumentert	Foreløpig ikke dokumentert
Egenreg.	Med. avd. Drammen SH – Inflammatorisk tarmsykdom	Des. 2021	N/A	N/A	16 pasienter		Nei, ikke etablert	Foreløpig ikke dokumentert	Foreløpig ikke dokumentert
Egenreg. og målinger	Med. avd. Drammen SH – Lunge/ KOLS	Okt. 2021	N/A	N/A	5 pasienter		Nei, ikke etablert	Foreløpig ikke dokumentert	Foreløpig ikke dokumentert

Figuren under viser utviklingen pr måned for nye pasientgrupper innen somatikk, i bruk av løsning for egenregistrering (Checkware):



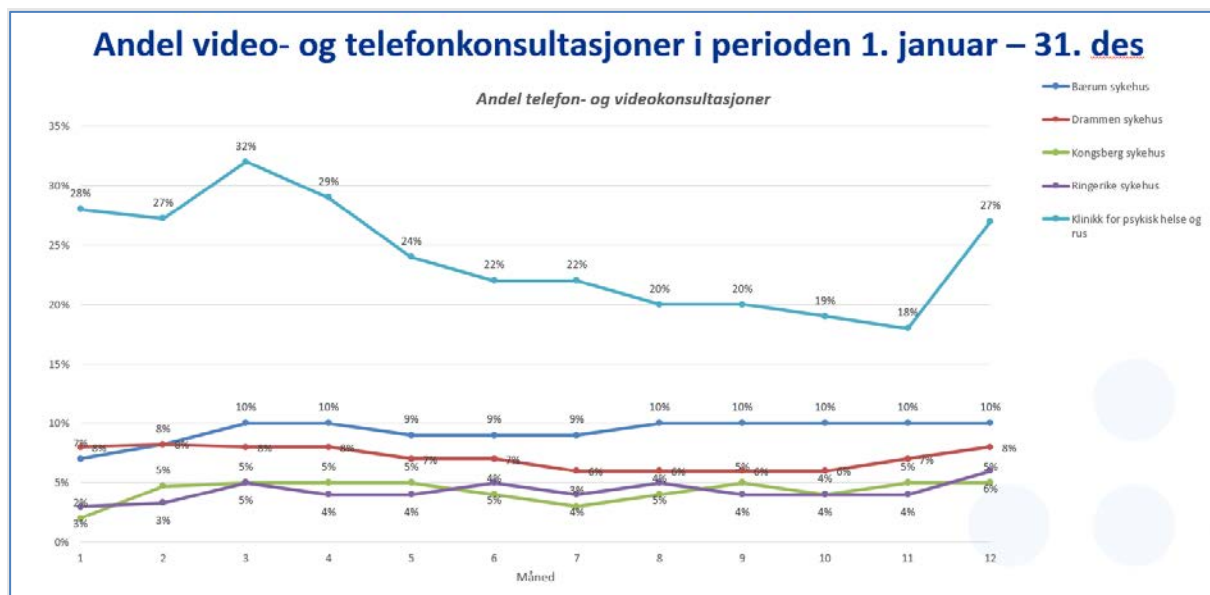
Reduksjon i antall besvarelser i november 2021 skyldes at det ble gjennomført endringen i løsningen for pasientgruppen IBD (inflammatorisk tarmsykdom).

Tabellen under viser totalt antall respondenter (unike personer som har levert svar) og antall besvarelser for både somatikk og psykisk helsevern og rus:

År 2021	
Antall primærrespondenter (pasienter)	6385
Antall komparenter (foresatte/lærere)	4387
Besvarte kartlegginger	24439
Skjemaportal** (unge uten BankId)	417

Utviklingen i andel video- og telefonkonsultasjoner har ikke økt i 2021, jf figuren under. Det planlegges endringer til program for digital hjemmeoppfølging for å sikre et tydeligere eierskap og lederforankring i klinikkene. I budsjett for 2022 er det avsatt midler til å sikre støtte

tjenesteinnovasjon innen digital hjemmeoppfølging også etter at sysselsettingsmidlene tildelt fra Helse Sør-Øst i 2020 er brukt opp.



## 5 Risikovurdering

Risiko for IKT-området er et av flere hovedområder som følges opp tertialvis på foretaksnivå. Samlet sett, etter tiltak, vurderes risikoen på IKT-området å være på nivå MODERAT.

### *IKT-risiko for inneværende år (kort sikt)*

Risikoen for IKT driftsavbrudd og forsinkede/manglende leveranser vurderes på overordnet nivå å være moderat og på samme nivå som ved utgangen av 2. tertial. Flere driftshendelser i 3. tertial skyldes dels IKT infrastrukturproblemer og ustabile systemer som epost på mobil, og dels gjennomføring av sikkerhetstiltak som følge av trusselsituasjonen globalt. Risikoen for manglende leveranser er redusert etter at tiltak for økt leveranseevne i Sykehuspartner begynner å få effekt, eksempelvis innen MTU-området hvor Vestre Viken har tatt initiativ til innleie av ekstra ressurser. Det er fortsatt utfordringer med leveransekapasitet tilknyttet utarbeidelse av risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS).

### *IKT-risiko for økonomisk bærekraft og NSD (lengre sikt)*

Til tross for god fremdrift på prioriterte prosjekter og god dialog med toppledelsen i Sykehuspartner angående ressursbehov, oppleves det å være økt risiko knyttet til de samlede IKT-leveransene frem mot innflytting i NSD, fordi kompleksiteten er stor og mange prosjekter er fortsatt på konsept- eller planleggingsstadiet. De viktigste risikoområdene vurderes å være:

- Ressurser i Sykehuspartner
- Avhengigheter mellom IKT-prosjekter og -løsninger
- Tilgjengelige investeringsmidler
- Bruk av amerikanske skyleverandører, jf Schrems II og stans i Helseanalyseplattformen
- Global utstyrsmangel på IKT-komponenter

Tilgjengelige investeringsmidler har ikke tidligere vært flagget som et risikoområde fra Vestre Viken, fordi hovedvekten av investeringer innen IKT-området gjelder løsninger hvor Vestre Viken prinsipielt ikke skal dekke investeringsutgifter (regionale løsninger og IKT infrastruktur).

I tredje tertial har imidlertid tilgjengelige investeringsmidler blitt en utfordring i flere konkrete saker, blant annet knyttet til helselogistikk og radiologi.

#### *Risikoreduserende tiltak*

Følgende prioriterte risikoreduserende tiltak vil videreføres fra 2021:

- Styrke kompetansen på IKT arkitektur gjennom innleie fra Sykehuspartner og etablering av lokale prosesser for arkitektur
- Synliggjøre fremtidige IKT-kostnader i ØLP
- Implementere IKT/MTU samhandlingsmodell
- Delta i prioriterte regionale prosjekter
  - Helselogistikk
  - Multimedia og samhandling
  - Sporing- og lokaliseringsprosjektene
  - STIM-programmet (prioriterte prosjekter)
- Gjennomføre STIM-prosjektene «modernisering av nett» og «regional telekomplattform»
- Iverksette tiltak for økt kompetanse på digitalisering hos ledere og ansatte

Som et nytt risikoreduserende tiltak, vurderer Vestre Viken å etablere et prosjekt hvor Bærum sykehus blir en IKT læringsarena for å redusere risiko for NSD. Prosjektet vil gi mulighet til å kartlegge avhengigheter mellom IKT-infrastruktur, fagapplikasjoner, kliniske arbeidsprosesser og IKT driftsprosesser, og å teste deler av den planlagte funksjonaliteten for NSD på en lignende lokasjon i praksis.

## Vedlegg 4

# Vurdering av risiko relatert til oppdrag og bestilling for 2022

**Risikoområde 1: Manglende behandlingsskapitet fører til lange ventetider, fristbrudd, og til at pasientavtaler ikke oppfylles, med konsekvens for behandlingsskvalitet og/eller pasientsikkerheten.**

*Årsak til at hendelsen kan inntreffe*

Covid-19 situasjonen er viktigste årsak til at området er vurdert å ha moderat risiko. Dette omfatter både pågang av pasienter som er smittet, samt redusert behandlingsskapitet som følge av smitteverntiltak, og fravær av helsepersonell grunnet isolasjon eller karantene. Etter å ha vært i beredskap fra mars 2020 gikk VVHF ut av beredskap før sommeren 2021. I midten av august 2021 startet den 4. koronabølgen i Norge, og denne bølgen er høy, men også langvarig. Et stort antall personer smittes med koronavirus daglig, spesielt etter omikron virusvarianten har kommet. Høy vaksinasjonsgrad, spesielt hos eldre personer, har medført at andelen av personer som blir alvorlig syke grunnet koronavirus, og som trenger sykehusinnleggelse, samlet sett er lavere enn i bølgen som var månedene mars og april 2021. Belastningen på intensivseksjonene i Vestre Viken har vært betydelig og har medført at en stor andel av den elektive operasjonsaktiviteten måtte utsettes i desember 2021. Det forventes flere innleggelser fremover, spesielt på sengepostene. Det forventes også en høyere andel ansatte som er sykmeldt grunnet covid-19 og fravær grunnet karantene. Innenfor psykisk helsevern er pasientpågangen fortsatt høy sammenlignet med 2019. Spesielt for barn og unge. For alle fagområder er ventetiden noe lengre enn målet. De somatiske klinikkene har et etterslep både innenfor døgnekirurgi (plastikkirurgi, overvektskirurgi og ortopedi) og innenfor polikliniske behandlinger (øye, ønh, hjertemedisin).

*Forebyggende tiltak*

Aktivitetsutviklingen følges på ukesbasis. Det gjøres fortløpende risikovurdering av ventelistene med prioritering av pasienter utfra behov. Pasienter med fare for prognosetap blir prioritert (f.eks. behandling av kreftsykdommer). Barn og unge blir også prioritert. Samarbeid med avtalespesialister fungerer bra og kapasitet hos private avtaleparter brukes ved behov.

*Konsekvens av risikoen*

Forsinket behandling for pasientene kan påvirke pasientens sykdomsforløp på en negativ måte. Manglende kapasitet til behandling kan medføre økte gjestepasientkostnader. Svekket omdømme.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens		Inngangsrisiko
• Etter 3. tertial 2020	3	3		Moderat
• Pr. 1. tertial 2021	4	3		Betydelig
• Pr. 2. tertial 2021	4	3		Betydelig
• Pr. 3. tertial 2021	4	3		Betydelig
Prioriterte risikoreducerende tiltak			Status tiltak	Forventet full effekt
Intensivere program for digital hjemmeoppfølging, og dermed øke tilgjengelighet og kapasitet ved bruk av digitale konsultasjoner.				31.12.2022
Økt bemanning innenfor psykisk helsevern for barn og unge				31.12.2022
Planlagt økt behandlingsskapitet i budsjett 2022				31.12.2022
Innen somatikk er man i gang med å utarbeide planer for økt operasjonsaktivitet. Dette innebærer både lengre operasjonstid i ukedagene og ekstraordinær drift.				31.01.2022
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens		Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	3	3		Moderat

**Risikoområde 2: Oppnår ikke mål for pakkeforløp for kreftpasienter.**
*Årsak til at hendelsen kan inntreffe*

Foretaket har hatt en god utvikling på dette området i 2021. Resultatet for desember er 70% og samlet for 2021 er resultatet 69 %.

*Forebyggende tiltak*

Klinikker skal til enhver tid ha dedikerte personer som fyller rollen som forløpskoordinator. Systematisk arbeid med pakkeforløp med forbedringsteam innenfor lungekreft, brystkreft og prostatakreft. I 2022 skal det gis økt oppmerksomhet også mot pakkeforløp lymfom og kreft i bukspyttkjertel.

Godt samarbeid med Oslo universitetssykehus HF rundt pakkeforløp hvor pasientene diagnostiseres/behandles både i VVHF og OUS HF.

Kapasiteten innenfor patologi har blitt styrket og ventetid til PET-undersøkelse er redusert etter at helseforetaket har fått tilgang til egen PET.

*Konsekvens av risikoen*

Forsinket behandling kan påvirke sykdomsforløpet for pasienten. Dette kan påvirke behandlingsresultatet. Utover dette vil dette kunne føre til et negativt omdømme.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens		Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	2	3		Moderat
• Pr. 1. tertial 2021	3	3		Moderat
• Pr. 2. tertial 2021	1	3		Liten
• Pr. 3. tertial 2021	1	3		Liten
Prioriterte risikoreduserende/-stabiliserende tiltak			Status tiltak	Forventet full effekt
Ytterligere oppfølging og forløpsgjennomganger.				31.3.2022
Modulbasert opplæring i forbedringsmetodikk til forløpskoordinatorer og forløpseiere				31.3.2022
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens		Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	1	3		Liten



**Risikoområde 3: Uønsket variasjon i pasientbehandlingen.**
*Årsak til at hendelsen kan inntreffe*

Manglende samarbeid mellom klinikker og avdelinger. Manglende stabilitet i bemanning og bruk av ekstern innleie. Sårbare fagmiljøer.

*Forebyggende tiltak*

Systematisk bruk av tilgjengelige data (kvalitetsregistre, avvik, tilsyn, klager etc.) anvendes til forbedring.

Forbedret ferieplanlegging, blant annet ved krav om at 2/3 av de ansatte skal være til stede under sommerferieavviklingen der det er påkrevet.

Analysar av forbruksrater, ulike benchmarkanalyser og oppfølging av uforklart variasjon.

*Konsekvens av risikoen*

Variierende forbruksrater og resultater av behandlingen ved foretakets klinikker, samt variierende komplikasjonsrater. Ulik arbeidsbelastning og unødvendig merbelastning på fast personell.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens		Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	2	3		Moderat
• Pr. 1. tertial 2021	2	3		Moderat
• Pr. 2. tertial 2021	2	3		Moderat
• Pr. 3. tertial 2021	2	3		Moderat
Prioriterte risikoreducerende tiltak			Status tiltak	Forventet full effekt
Etablering av fagnettverk i helseforetaket				31.3.2022
Innføring av ARP for å sikre rett bemanning til rett tid og redusere innleie				31.6.2022
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens		Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	2	3		Moderat

**Risikoområde 4: Manglende tilgang på kompetanse**
*Årsak til at hendelsen kan inntreffe*

Flere avdelinger har utfordringer med tilstrekkelig bemanning med rett kompetanse, spesielt knyttet til helg og i forbindelse med ferieavvikling. Som følge av covid-19 er det fortsatt en utfordring med ansatte som må i isolasjon eller karantene, samt lavere terskel for fravær enn normalt for å hindre smitte. Det er i tillegg kraftig økning i smitte generelt, noe som vil medføre økt fravær hos ansatte. Usikkerhet rundt smittesituasjonen kan medføre kritisk mangel på intensivkapasitet. Tilgang på personell fra utlandet er sterkt redusert.

Stor pågang føder utfordrer kapasiteten innen føde/barsel. Det samme gjelder innen psykisk helse og rus. Det oppleves at det er rift om kompetansen innen flere fagområder mellom helseforetakene, samt økt konkurranse også med kommunehelsetjeneste og private helseaktører.

*Forebyggende tiltak*

Samarbeid på tvers av avdelinger og klinikker. Oppbygging av Bemanningscenter og aktiv bruk av ARP. Kontinuerlig rekruttering av nødvendig personell, herunder aktiv rekruttering av sommervikarer 2022. Klinikkerne prioriterer til enhver tid å sikre nødvendig personell. Retningslinje for ekstraordinær kompensasjon for kveldspoliklinikk, som virkemiddel for å redusere ventelister oppstått som følge av covid-19. Avtale om ekstraordinær kompensasjon for arbeid utover oppsatt plan som følge av covid-19, og i forbindelse med og avvikling av sommerferien 2022 for å sikre nødvendig kompetanse.

Gjennomført covid-19 vaksinerings av ansatte (dose 3) og influensavaksinerings, vil redusere fravær. Påvirke enda flere ansatte til å ta vaksine. Vaksinasjon av befolkningen vil redusere antall som trenger sykehusinnleggelse. Løpende vurdering av tiltak tilknyttet pandemien i beredskapsledelsen.

Styrket budsjett 2022 for utdanning av blant annet intensivsykepleiere.

*Konsekvens av risikoen*

Manglende kompetanse til stede i avdelingene til pasientbehandling. Utilsiktede pasienthendelser, utilfredsstillende arbeidsmiljø, brudd på arbeidstidsbestemmelsene, økte kostnader til innleie og variabel lønn.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens		Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	3	2		Moderat
• Pr. 1. tertial 2021	3	2		Moderat
• Pr. 2. tertial 2021	3	2		Moderat
• Pr. 3. tertial 2021	4	3		Betydelig
Prioriterte risikoreduserende tiltak			Status tiltak	Forventet full effekt
ARP: Det skal rekrutteres ressursplanleggere for å gi bistand med ressursplanlegging til klinikken. Leder for foretaksovergrepene ansatt fra 01.01.2022. Implementeringsprosess pågår.				31.12.2023
Etablere partssammensatt arbeidsgruppe og igangsette arbeidet med oppfølging av rapporten fra HOD om endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning samt følge opp protokollen fra forhandlinger mellom Vestre Viken og DNJ 2021.				31.12.2022
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens		Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	3	3		Moderat

**Risikoområde 5: Hendelser med vold og trusler som følge av manglende sikkerhet i sykehusene.**
*Årsak til at hendelsen kan inntreffe*

Manglende kunnskap om hvor, eller hvilke områder, som er sårbare, og manglende gjennomføring av risikoanalyser og vurderinger.

Manglende kompetanse og få ressurser innen enkelte av HMS-områdene, eksempelvis innenfor sikringsrisikoanalyser.

Etablerte systemer og metodikk for å følge opp arbeidsmiljø benyttes ikke som forutsatt.

Tiltak forbundet med skallsikring er for begrenset.

Forsterket adgangskontroll og besøksrestriksjoner ved sykehusene i forbindelse med covid-19 er avvirket fra oktober 2021.

*Forebyggende tiltak*

Midler avsatt i budsjett 2020 til sikringstiltak er videreført i budsjett for 2021. Det gjennomføres tilpasset opplæring.

Snakk om Forbedring er tatt i bruk for å se pasientsikkerhet og helse, miljø og sikkerhet i sammenheng. Forbedringsundersøkelsen og HMS-vernerunde gjennomføres årlig.

Handlingsplaner utarbeides i Synergi, og tiltak gjennomføres og følges opp i alle enheter (vernerunder, personalmøter, dialogmøter med tillitsvalgte/vernetjeneste, AMU/HAMU mv.) samt i administrerende direktørs oppfølgingsmøter med klinikkene.

*Konsekvens av risikoen*

Ansatte og pasienter kan komme til skade. Uønsket turnover, og tap av kritisk kompetanse.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens		Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	3	3		Moderat
• Pr. 1. tertial 2021	3	3		Moderat
• Pr. 2. tertial 2021	3	3		Moderat
• Pr. 3. tertial 2021	3	3		Moderat
Prioriterte risikoreduserende tiltak			Status tiltak	Forventet full effekt
Systematisk oppfølging av tiltak i handlingsplanene etter sikringsrisikoanalysene. Målrettet opplæring tilpasset klinikken/avdelingen.				31.12.2022
Gjennomføre opplæring i risikostyring/vurdering.				31.12.2022
Komplettere sikringsrisikoanalysene med PHT (ambulansetjenesten er under avslutning) og PHR. HSS påbegynte arbeidet med sikringsrisikoanalysen i oktober 21.				31.12.2022.
Etablere og igangsette felles BRK/NSD prosjekt for adgangskontroll og kameraovervåking i Vestre Viken. Pilotering av løsning ved Kongsberg sykehus. Milepælsplan utarbeidet høsten 2021.				31.12.2022
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens		Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	2	3		Moderat

**Risikoområde 6: Utilfredsstillende psykososialt arbeidsmiljø**
*Årsak til at hendelsen kan inntreffe*

Etablerte systemer og metodikk for å følge opp psykososialt arbeidsmiljø benyttes ikke i tilstrekkelig grad. Manglende åpenhetskultur, reelle problemer tas ikke tak i.  
Ikke tilstrekkelig kultur og holdning for å teste ut nye måter å jobbe på, eksempelvis andre arbeidstids- og turnusordninger, kompetansesammensetning, oppgavedeling og bruk av nye teknologiske muligheter.  
Ikke tilstrekkelig involvering i omstillingsprosesser. Manglende forankring av endringsbehov.  
Beslutninger kommuniseres ikke tydelig til alle involverte.  
Ikke tilstrekkelige forventningsavklaringer.  
Ikke tilstrekkelig leder kapasitet, bl.a. grunnet store personalgrupper og ekstra utfordringer grunnet covid-19.

Covid-19 medfører ulik arbeidsbelastning og utrygghet i arbeidssituasjonen for medarbeiderne. Bruk av hjemmekontor er en risiko for noen medarbeidere.

*Forebyggende tiltak*

Årlig gjennomføring og oppfølging av Forbedringsundersøkelsen etter modellen Snakk om Forbedring. Helhetlig system for lederopplæring og lederutviklingsprogram.  
Tilpasset opplæring innen sykefraværsoppfølging, arbeidstidsplanlegging og turnusoppsett mv. for ledere og medarbeidere.  
Aktiv lederstøtte og bistand i omstillingsprosesser, personalsaker, personalmøter mv.  
Etablert Team pasientsikkerhet for å se på og analysere sammenhengen mellom HMS og pasientsikkerhet. Tiltak er etablert i samsvar med handlingsplanen for å redusere AML-brudd.  
Etablert nye prosedyrer for varsling i foretaket og innført tiltak for å styrke varslingsordningen i foretaket.

*Konsekvens av risikoen*

Tap av kompetanse, uønsket turnover. Redusert kvalitet i pasientbehandlingen. Dårlig omdømme. Vanskelig å rekruttere nye medarbeidere. Endringsprosesser blir vanskelig å gjennomføre. Økte variable lønnskostnader og økte innleiekostnader.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens		Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	2	4		Moderat
• Pr. 1. tertial 2021	2	4		Moderat
• Pr. 2. tertial 2021	2	4		Moderat
• Pr. 3. tertial 2021	2	4		Moderat
Prioriterte risikoreducerende tiltak			Status tiltak	Forventet full effekt
Gjennomføre analyser som sammenstiller aktivitet og bemanning (ARP) som faktagrunnlag for tiltak.				31.12.2022
Systematisk ledergruppeutvikling				31.12.2022
Skjerpede krav til tiltak for oppfølging av Forbedringsundersøkelsen, herunder HMS-handlingsplaner og tiltak i de årlige driftsavtalene med klinikkene.				31.12.2022
Krav til at samtlige medarbeidere gjennomfører e-læringskurs i etiske retningslinjer i VVHF.				31.03.2022
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens		Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	1	4		Liten

**Risikoområde 7: Oppnår ikke økonomisk resultatkrav i 2022**
*Årsak til at hendelsen kan inntreffe*

Koronapandemien har fortsatt inn i 2022 og medfører fortsatt inntektssvikt og merforbruk på lønn som følge av høyt sykefravær. De tilskudd som er mottatt i 2021 dekker de merkostnader og inntektstap som er oppstått i 2021 og innebærer at foretaket oppnår tilnærmet forventet resultat i 2021. Budsjett 2022 er utarbeidet uten koronaeffekter og ble vedtatt av styret med en gjenværende utløst utfordring på 70 MNOK, som foretaket løser likviditetsmessig med å utsette planlagte investeringer. Den pågående pandemien påvirker økonomien betraktelig også i 2022 og foreløpig er det uavklart hvordan dette vil finansieres. Det er imidlertid tydelige signaler fra regjeringen om at det vil tilføres helseforetakene kompensasjoner også i 2022. Den underliggende risikoen mht uløst utfordring, styringsfart og det faktum at tiltaksarbeidet i klinikkene forsinkes av pandemien medfører at det ved inngangen til 2022 må signaleres betydelig risiko for at resultatkravet ikke oppnås.

Andre forhold som påvirker økonomisk risiko er høye strømkostnader, tilgang på varer og høye fraktkostnader, fortsatt høy vekst innen BHM, pasientreiser og ambulansetransport, samt ekstra lønnskompensasjon og lønnspress fra enkelte faggrupper som følge av mangelfull tilgang på nødvendig kompetanse.

*Forebyggende tiltak*

Budsjett 2022 har tatt høyde for det høyere nivået på energi og en fortsatt vekst innen pasienttransport og ambulansetjenesten.

Driftsavtaler med klinikkene og faste oppfølgingsmøter der nye tiltak behandles bidrar til løpende kontroll med den økonomiske utvikling og igangsettelse av nye tiltak når nødvendig. Dagens pågående pandemi medfører imidlertid at dette arbeidet ikke prioriteres i tilstrekkelig grad for å sikre resultatoppnåelse.

*Konsekvens av risikoen*

Manglende resultatoppnåelse påvirker foretakets fremtidige investeringsevne. Det vil også kunne påvirke finansiering av andre ønskede tiltak, eksempelvis vedlikehold, styrket kompetansetilførsel og økte midler til forskning.

Prisøkning på materialer kan medføre at BRK prosjektet må iverksette tiltak som gir mindre effekter enn forutsatt.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens		Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	3	3		Moderat
• Pr. 1. tertial 2021	4	3		Betydelig
• Pr. 2. tertial 2021	1	3		Liten
• Pr. 3. tertial 2021	4	3		Betydelig
Prioriterte risikoreduserende tiltak			Status tiltak	Forventet full effekt
Forventet økt tildeling covid-19 midler 2022 fra HSØ				30.06.2022
Bemanningsstyring og styrt nedtrapping av merårsverk etablert som følge av covid-19				30.06.2022
Implementering av ARP i alle klinikker				31.12.2023
Opptrapping aktivitet				30.06.2022
Arbeidsdeling som sikrer bedre oppgavefordeling i tråd med kompetansetilgangen (se risikopkt. 4 overfor)				31.12.2021
Løpende vurdering av prioriteringer i BRK planen				31.12.2022
Oppfølgingsplan gevinstrealisering				31.12.2022
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens		Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	3	3		

**Risikoområde 8: IKT driftsavbrudd og forsinkede/ manglende IKT-leveranser**
*Årsak til at hendelsen kan inntreffe*

Driftsproblemer pga. sårbar IKT-infrastruktur. Fortsatt utfordringer med å få leveranser fra Sykehuspartner som møter foretakenes behov, selv om situasjonen har bedret seg i tredje kvartal på noen områder, eksempelvis MTU-oppkoblinger. Global mangel på IKT-komponenter medfører forsinkelser, bl.a. for etablering av videorom, og utfordringer med bruk av amerikanske skyleverandører gir risiko for etablering av nye tjenester.

*Forebyggende tiltak*

Tett oppfølging av Sykehuspartner (driftsstatus, leveranser og kundeplan). Etablert IKT systemoversikt med status på dokumentasjon pr. system og retningslinjer for systemeiere. Tett dialog med Sykehuspartner og HSØ angående prinsipielle og overordnede utfordringer som ligger utenfor Vestre Vikens kontroll.

*Konsekvens av risikoen*

IKT driftsproblemer kan påvirke pasientsikkerhet, medarbeidertilfredshet og økonomi. Manglende sikkerhetsdokumentasjon kan medføre at tjenester må stenges. Manglende IKT-leveranser påvirker driften negativt, hindrer omstillinger, innovasjon og gevinstrealisering.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens		Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	3	4		Betydelig
• Pr. 1. tertial 2021	3	3		Moderat
• Pr. 2. tertial 2021	3	3		Moderat
• Pr. 3. tertial 2021	3	3		Moderat
Prioriterte risikoreducerende tiltak			Status tiltak	Forventet full effekt
Samarbeide med Sykehuspartner i rekrutteringsprosess, eksempelvis etablere hospiteringsordninger for nyutdannede				31.12.2022
Implementere oppdaterte rutiner og gjennomført sjekkliste for hovedsystemer innen systemforvaltning				30.06.2022
Gjennomgå IKT beredskaps- og varslingsrutiner, og ta i bruk HelseCIM				31.12.2022
Ta i bruk og operasjonalisere rutiner for regional protokoll over behandlingsaktiviteter				31.12.2022
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens		Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	2	3		Moderat



**Risikoområde 9: Informasjonssikkerhet og personvern**
*Årsak til at hendelsen kan inntreffe*

Ansattes kompetanse og kunnskap om sikkerhet og personvern følger ikke teknologisk utvikling, herunder trusler adressert til ansatte. Utarbeidelse av informasjonsmateriale/eLæring forsinket som årsak av ressursituasjon (noe sykefravær og økt aktivitet for regional ros).

Innføring av teknologiske løsninger som ikke tilfredsstillende rettslige og regionale krav til sikkerhet, innebygget personvern, bruk av 3. parts land. Utfordringer knyttet til amerikanske skytjenester særlig aktuelt. Økt kompleksitet i teknologiske løsninger og tjenester øker også kompleksiteten for oversikt over informasjonssikkerhetsrisiko, herunder trusselbildet, sårbarheter, tiltak og hendelser. Utfordringer knyttet til amerikanske skytjenester (eks. Azure, Amazon) er særlig aktuelt. Dette vil potensielt ha negativ effekt for foretaket og kunne føre til at fagsystemer og registre ikke lenger kan benyttes som forutsatt og i verste fall avvikes, som medfører driftsstans. Det antas at nevnte problemstillinger også vil være relevante for nytt sykehus Drammen, samt i utviklings- og innovasjonsløp.

*Forebyggende tiltak*

Sikkerhetsleder og personvernombud deltar i prosjekter med høy teknologisk og juridisk kompleksitet, innenfor rammene av tilgjengelige ressurser. Deltakelse i regionalt nettverk for informasjonssikkerhet. ROS og DPIA for alle nye systemer. Modernisering av infrastrukturen, herunder sikkerhetsmekanismer, pågår i regi av Sykehuspartners program STIM, følges opp av Teknologi. Spørreundersøkelser ut til ledere og ansatte for økt fokus knyttet til informasjonssikkerhet. Synergi oppdatert med egen kategori for informasjonssikkerhet og personvern. Seminar for ledere i digitalisering avholdt. Faste rapporteringer om status informasjonssikkerhet og personvern til foretaksledelsen og styret er etablert.

*Konsekvens av risikoen*

Sensitive data på avveie. Omdømmetap. Bøter. Forsinkede leveranser og driftsstans.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• Pr. 1. tertial 2021	3	3	Moderat
• Pr. 2. tertial 2021	3	3	Moderat
• Pr. 3. tertial 2021	3	4	Betydelig
Prioriterte risikoreducerende tiltak	Status tiltak	Forventet full effekt	
Utarbeide/oppdatere informasjonsmateriale og eLæring		31.03.2022	
Kontinuerlig informasjon og tips ut til ansatte om bevissthet knyttet til informasjonssikkerhet og personvern.		31.12.2022	
Informasjonssikkerhet og personvern tema ved opplæring av nyansatte (Fremdeles kun 5 av 8 klinikker har innført tema på nyansattdager.)		31.03.2022	
Nettside oppdateres (avhengighet til ny leveranse for intranett)		31.03.2022	
Det må arbeides med å avklare handlingsrommet for bruk av amerikanske skytjenester sammen med samarbeidende helseforetak, offentlige myndigheter og evt. tilsynsmyndigheter.		31.12.2022	
Ha tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å sikre personvern og informasjonssikkerhet i prosjekter, utviklings- og innovasjonsløp, samt anskaffelser av tjenester/fagsystemer via skytjenester, ved kursing og øke bemanning innenfor evt. kommende budsjettvedtak.		31.12.2023	
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	2	4	Moderat

## Vedlegg 5

# Vurdering av risiko relatert til langsiktig utvikling av foretaket frem til innflytting i NSD og oppnåelse av økonomisk bærekraft for foretaket samlet



**Risikoområde 1: Manglende tilgang på kompetanse (utdanning og rekruttering)**
*Årsak til at hendelsen kan inntreffe*

For få gjennomgår spesialistutdanning for sykepleiere sett opp mot fremtidig behov. Dette gjelder også jordmødre. Det utdannes for få helsearbeidere med nødvendig kompetanse. For få praksisplasser for elever, lærlinger og studenter i foretaket, og/eller for svak oppfølging av disse gruppene. Forsinket gjennomføring av læringsmål og nødvendig rotasjon spesialistutdanningen for leger. Manglende oversikt over dagens kompetansebeholdning sett opp mot fremtidig behov. På lengre sikt fare for konkurranse om kompetansen foretak og helseinstitusjoner imellom. Dette kan være til hinder for god samhandling mellom institusjonene, påvirke samhandlingen internt i foretaket og være lønnsdrivende.

*Forebyggende tiltak*

Avsatt ekstra budsjettmidler til utdanningsstillinger for sykepleiere, intensiv prioriteres særskilt. Opprettet utdanningsstillinger for jordmødre (6 stillinger som besettes i 2022). Økt antall lærlingeplasser for helsefagarbeidere. Dedikerte ressurser i sentral stab til å følge opp helsefagarbeiderlærlingene. Økte midler i budsjett 2021 til flere LIS 1-leger. Videreføres i budsjett 2022. Utdanningsavdelingen er styrket med en legestilling til koordinering av utdanning for leger i spesialisering. I arbeidet med utviklingsplan 2035 er kritisk kompetanse ett av ni områder som skal gjennomgå nærmere. Benytte digitale kanaler/ sosiale medier aktivt i rekruttering. Kompetanseportalen implementeres for alle yrkesgrupper Iverksette arbeid med strategisk rekruttering av ledere på nivå 3 og 4.

*Konsekvens av risikoen*

Tap av fremtidig arbeidskraft til andre institusjoner, herunder private, samt svekket omdømme og derav svekket rekrutteringskraft. Dette vil også kunne påvirke evnen til å oppfylle ansvaret for utdanning som påligger helseforetakene. Manglende kompetanse til stede i avdelingene til pasientbehandling. Utisiktede pasienthendelser, utilfredsstillende arbeidsmiljø, økte kostnader til innleie og variabel lønn.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	4	3	Betydelig
• Pr. 1. tertial 2021	4	3	Betydelig
• Pr. 2. tertial 2021	4	3	Betydelig
• Pr. 3. tertial 2021	4	3	Betydelig
Prioriterte risikoreduserende tiltak	Status tiltak	Forventet full effekt	
Sette måltall for praksisplasser og lærlingeplasser i foretaket		31.03.2022	
Etablere flere praksisplasser for AIO-studenter og andre faggrupper som er vanskelig å rekruttere		31.03.2022	
Etablere flere LIS 1-stillinger, ytterligere tildelt fra HSØ i 2022		31.03.2022	
Etablere studentstillinger og øke antall trainee-stillinger		31.03.2022	
Etablere flere lærlingeplasser for helsefagarbeiderlærlinger		31.03.2022	
Etablering av robuste fagmiljøer som består av minst 3 legespesialister		30.06.2022	
Opprette utdanningsstillinger for jordmødre fra 2022.		31.12.2022	
Systematisk arbeid med oppgavedelingen mellom yrkesgrupper, prioritere de mest prekære gruppene		01.03.2022	
Etablere et system for styringsdata som gir grunnlag for tettere oppfølging av kritisk kompetanse.		01.03.2022	
Teste ut mer alternative og mer effektive måter å veilede praksisstudenter, herunder etablere intern veilederutdanning		31.03.2022	

Målrettet tilbud om utdanningsstillinger til eksakte spesialiteter med bakgrunn i analyser av fremtidig behov, ref. styringsdata.				31.03.2022
Vurdering av restrisiko	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>		<i>Restrisiko</i>
• etter gjennomførte tiltak	3	3		Moderat

**Risikoområde 2: Oppnår ikke økonomisk bærekraft**
*Årsak til at hendelsen kan inntreffe*

Et budsjett for 2022 med en uløst utfordring på omkring 70 MNOK medfører betydelig risiko mht. investeringsevnen fremover. Dagens situasjon med pågående pandemi forventes kompensert i all hovedsak gjennom nye tildelinger i 2022. Pandemien har imidlertid satt foretaket tilbake i forhold til fremdrift i arbeidet med realisering av de planer som ligger til grunn for økonomisk bærekraft i Vestre Viken HF. Bemanningssituasjonen har medført lønnspress og dyre lønnskompensasjonsordninger for å sikre tilstrekkelig kompetanse til enhver tid.

Nytt sykehus i Drammen medfører betydelige krav til effektivisering for å kunne håndtere krav til egenfinansiering og nedbetaling av gjeld etter innflytting. Foretaket har også omfattende planer for utbedring av øvrig bygningsmasse. Økte materialpriser innebærer en risiko for at foretaket ikke kan gjennomføre alle planlagte investeringer innenfor avsatt ramme. Realisering av gevinstplanen er en forutsetning for å lykkes. Manglende eierskap og effektivisering av tiltakene i gevinstrealiseringsplan NSD og handlingsplanen for å sikre økonomisk bærekraft i VVHF.

Overskridelser i økonomisk ramme for nytt sykehus i Drammen.

*Forebyggende tiltak*

Tett oppfølging av gevinstrealisering i ledelsen og styret. Etablert prosjektkontor i 2021. Prioritering av investeringer innen IKT og MTU overensstemmende med krav til medflytting til NSD. En høyere salgssum enn ØLP forutsetningene for planlagt realisering av bygg kan kompensere for lavere resultatoppnåelse.

*Konsekvens av risikoen*

Manglende resultatoppnåelse påvirker foretakets investeringsevne. Det vil også kunne påvirke finansiering av andre ønskede tiltak, eksempelvis vedlikehold, styrket kompetansetilførsel og økte midler til forskning.

Manglende investeringsevne kommende år, herunder BRK, MTU og IKT. Planlagt vedlikehold blir ikke gjennomført.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens		Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	3	3		Moderat
• Pr. 1. tertial 2021	4	3		Betydelig
• Pr. 2. tertial 2021	3	3		Moderat
• Pr. 3. tertial 2021	3	3		Moderat
Prioriterte risikoreduserende tiltak			Status tiltak	Forventet full effekt
Forventet økt kompensasjon av effekter av pandemien til HF-ene i 2022				30.06.2022
Porteføljestyling av gevinstrealiseringsplan NSD og plan for økonomisk bærekraft i VVHF				31.12.2022
Avhendingsplan DS og Blakstad, samt realisere salg av annen bygningsmasse				31.12.2024
Dialog med Drammen kommune om finansiering av infrastruktur og rekkefølgekrav.				uavklart
Eventuelle budsjettoverskridelser i byggeprosjektet for NSD følges opp med prosjektstyret mht konsekvens og kompenserende tiltak.				31.12.2024
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens		Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	2	3		Moderat

**Risikoområde 3: Forsinkede/ manglende IKT-leveranser**
*Årsak til at hendelsen kan inntreffe*

Risiko for manglende eller forsinkede IKT-leveranser pga. lav leveransekapasitet hos Sykehuspartner fortsatt stor. I løpet av tredje tertial har det blitt tydelig at mangel på tilgjengelige investeringsmidler også utgjør en vesentlig risiko. Vestre Viken har dialog med Helse Sør-Øst angående behov for funksjonalitet i helselogistikk-løsningen utover det som er tilgjengelig i pilotfasen og behov for videreutvikling av Philips RIS/PACS. Global mangel på IKT-komponenter og utfordringer knyttet til bruk av amerikanske skyleverandører kan også påvirke fremdriften i IKT-prosjektene.

*Forebyggende tiltak*

Mange av tiltakene fra 2021 vil videreføres i 2022. Et nytt risikoreduserende tiltak er å etablere et prosjekt hvor Bærum sykehus blir en IKT læringsarena for NSD. Prosjektet vil gi mulighet til å kartlegge avhengigheter mellom IKT-infrastruktur, fagapplikasjoner, kliniske arbeidsprosesser og IKT driftsprosesser, og å teste deler av den planlagte funksjonaliteten for NSD på en lignende lokasjon i praksis.

*Konsekvens av risikoen*

Manglende IKT-leveranser påvirker driften negativt, hindrer omstillinger, innovasjon og gevinstrealisering. Forsinkelser i fremdrift av regionale prosjekter påvirker gevinstrealiseringsplanen for NSD. Manglende finansieringen av IKT-prosjekter medfører risiko for implementering i tide til innflytting i NSD, noe som vil kunne gi suboptimale løsninger, manglende gevinstrealisering og økte tidspunkter på et senere tidspunkt for å endre løsningene etter innflytting.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens		Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	3	4		Betydelig
• Pr. 1. tertial 2021	3	3		Moderat
• Pr. 2. tertial 2021	3	3		Moderat
• Pr. 3. tertial 2021	3	3		Moderat
Prioriterte risikoreduserende tiltak			Status tiltak	Forventet full effekt
Styrke kompetansen på IKT arkitektur gjennom innleie fra Sykehuspartner og etablering av lokale prosesser for arkitektur				31.12.2022
Synliggjøre fremtidige IKT-kostnader i ØLP				30.04.2022
Implementere IKT/MTU samhandlingsmodell				31.12.2022
Delta i prioriterte regionale prosjekter Prioritere følgende: Helselogistikk Multimedia og samhandling Sporing- og lokaliseringprosjektene STIM-programmet (programnivå)				31.12.2023
Gjennomføre STIM-prosjektene «modernisering av nett» og «regional telekomplattform»				30.06.2023
Iverksette tiltak for økt kompetanse på digitalisering hos ledere og ansatte				31.12.2022
Bruke Bærum sykehus som IKT læringsarena for å redusere risiko for byggeprosjektet NSD				31.12.2023
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens		Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	2	3		Moderat

**Risikoområde 4: Liten kapasitet til å drive omstillingsarbeid**
*Årsak til at hendelsen kan inntreffe*

Ledelsens kapasitet til å drive og følge opp endringer konkurrerer med løpende driftsansvar. Pandemiens fortsettelse inn i 2022 medfører forsinkelser i omstillingsarbeid og krever mye av lederne.

Det oppleves manglende evalueringer i ettertid for å avklare om endringen har hatt forventet effekt.

*Forebyggende tiltak*

Årlige driftsavtaler med klinikkene. Månedlige oppfølgingsmøter. Etablert prosjektkontor og porteføljestyre for oppfølging av kritiske prosjekt og program.

*Konsekvens av risikoen*

Svikt i gjennomføringen av planlagte tiltak. Konsekvens for pasientsikkerhet, arbeidsmiljø og økonomi.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens		Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	3	3		Moderat
• Pr. 1 tertial 2021	3	3		Moderat
• Pr. 2. tertial 2021	3	3		Moderat
• Pr. 3. tertial 2021	3	3		Moderat
Prioriterte risikoreduserende tiltak:			Status tiltak	Forventet full effekt
• Implementering av resultatsikring og risikostyring, der aktiviteter som har størst risikoreduserende effekt prioriteres.				31.12.2022
• Etablere rutine for rutinemessig evaluering av omstillingsprosjekt.				31.12.2022
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens		Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	2	3		Moderat

**Risikoområde 5: Organisasjonen er ikke tilstrekkelig forberedt til innflytting i nytt sykehus i Drammen**
*Årsak til at hendelsen kan inntreffe*

Manglende kartlegging av nødvendige endringer i arbeidsprosesser innen både kliniske funksjoner, utstyr og støttefunksjoner og gjennomføring av tilhørende delprosjekter.

Manglende lederfokus/støtte for gjennomføring av delprosjekter.

Manglende ressurser og prosjektkompetanse i driftsorganisasjonen for gjennomføring av nødvendige delprosjekter.

Manglende støtte fra stab ovenfor klinikkene for gjennomføring av delprosjekter.

Forsinkelser i kritiske IKT-leveranser.

*Forebyggende tiltak*

Etablert eget mottaksprosjekt, som sammen med berørte klinikker, skal sikre tilpasning av driften til nytt bygg, klargjøre de ansatte for nytt sykehus og sikre god overgang fra prosjekt til drift. Prosjektet har egen styringsgruppe og med månedlig rapportering/oppfølging til adm.dir.

Etablert arenaer for medvirkning og forankring i hele foretaket blant ledere på alle nivåer, ansatte, tillitsvalgte, vernetjeneste og brukere.

Tett oppfølging av IKT-plan.

I samarbeid med driftsorganisasjonen, etablere detaljerte planer over alle delprosjekter med angivelse av ansvar og tidsplan. Delprosjekter registres og følges opp i prosjektstyringsverktøyet Clarity og gjennomføres iht. etablerte prosedyrer og verktøy.

I samarbeid med byggeprosjektet (PNSD) etablere detaljerte fremdriftsplaner for ibruktakelse og innflytting i nytt bygg.

*Konsekvens av risikoen*

Helseforetaket greier ikke å realisere kvalitative og økonomiske gevinster i nytt sykehus i Drammen som forutsatt.

Innflytting i nytt sykehus medfører økte driftskostnader og manglende oppnåelse av effektive pasientforløp.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens		Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	3	4		Betydelig
• Pr. 1. tertial 2021	2	4		Moderat
• Pr. 2. tertial 2021	2	4		Moderat
• Pr. 3. tertial 2021	2	4		Moderat
Prioriterte risikoreduserende/-stabiliserende tiltak			Status tiltak	Forventet full effekt
Sikre at linjeledelsen tar ansvar for å iverksette og følge opp tiltak på den enkelte avdeling og seksjon, slik at planlagte gevinster realiseres og helhetlige og trygge pasientforløp etableres.				31.12.2024
Medvirkning og forankring hos Vestre Viken HF blant ansatte, tillitsvalgte, vernetjeneste og brukere				31.12.2024
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens		Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	2	4		Moderat

## Møtereferat

	<b>Styreutvalg 20. januar 2022 – kl. 09.00 – 10.45</b> Digitalt møte/Teams
Møteleder	Siri Hatlen
Deltakere fra styret	Robert Bjerknes Tom Frost
Deltakere fra administrasjonen	Lisbeth Sommervoll Halfdan Aass Rune A. Abrahamsen Mette Lindblad Cecilie Løken Hilde Enget

Sak	Sak
1.	<b>Referat fra møte i styreutvalget 29.11.21</b> Referatet ble lagt frem i styremøtet den 29.11.21. Referatet godkjennes.
2.	<p><b>Virksomhetsrapportering pr 3. tertial 2021</b></p> <p>Ved gjennomgang av presentasjon i møtet drøftet styreutvalget bla. utfordringer knyttet til gevinstmålinger, særlig gevinstmål som trekkes i ramme på klinikkene uten at foretaket har samlet oppfølging som i prosjekt. Hvordan det jobbes konkret opp mot klinikkene og hvordan klinikkene jobber på tvers, pekes på som sentrale suksessmomenter for å oppnå beste praksis. Gevinstrealiseringsarbeidet vil gis stor oppmerksomhet i 2022, og etablering av prosjektkontor vil bidra til bedre struktur, gjennomføring og oppfølging av gevinstområdene. Styreutvalget vil følge opp dette temaet i sine møter og ønsker en særlig gjennomgang av gevinstområdene som så langt kun er håndtert ved rammetrekk på klinikk. Det bør også diskuteres modell for oppfølging av gevinst på medikamentområdet.</p> <p>Styret har tidligere bedt om et dypdykk på ARP programmet. Dette er utsatt som følge av sykefravær på sentrale prosjektmedarbeidere. Det er ønskelig at ARP programmet i første omgang gjennomgås i styreutvalgsmøtet.</p> <p>Det var også noe diskusjon om risikovurdering på Drammen sykehus, da dette området vurderes å ha forholdsvis høy risiko mht resultatoppnåelse. Det konkluderes med at benevningen i større grad må hensepeile til hva prosjektet egentlig omfatter.</p> <p>Foreløpig resultat 2021 viser en forverring ihht tidligere prognose. Gul beredskap med betydelig fravær og fortsatt inntektstap er viktige årsaker. Det er imidlertid også en økt avsetning knyttet til uavviklet ferie og variabel lønn og det må ses på mulighet til å bedre prognostiseringen på disse områdene tidligere på høsten. Hvordan vi anvender tilgjengelige data i planleggingen og hvordan lederne driver økonomistyring følges opp videre fra administrasjonens side. Styreutvalget gir positive tilbakemeldinger på hvordan risikovurderingene er inndelt med kort- og langsiktig perspektiv og bruk av smilefjes/trafikklys. Styreutvalget ber administrasjonen vurdere justering av risiko mht bemanning og informasjonssikkerhet. Det er ønskelig at risikovurderingen i tertialrapporteringen knyttes til eget vedtakspunkt.</p>

3	<p><b>IKT- rapportering per 3. tertial 2021</b>          Styret takker for god redegjørelse og opplever at hele området har fått en god struktur på rapporteringen. Det bemerkes at det er positivt at VVHF er aktive mht å fase ut systemer. Det bes om at regional prosessplattform og digital hjemmeoppfølging blir tema på et fremtidig styremøte. Helselogistikk trekkes frem som et utfordrende IKT-prosjekt, der særlig fremdrift og tilgjengelige investeringsmidler er gjenstand for diskusjon opp mot HSØ og Sykehuspartner. Tema vil følges opp i neste styreutvalgsmøte.</p>
3.	<p><b>Status NSD</b>          Opplever et godt og beskrivende statusnotat. Et innspill ble gitt knyttet til å beskrive hvordan vi løser gjennomføring av prosjektarbeid i krevende tider.</p>
4.	<p><b>Eventuelt</b>          Ingen saker.</p>
<p>Neste styreutvalgsmøte: 9. mai</p>	



Dato: 24. januar 2022  
Saksbehandler: Rune A. Abrahamsen

## NOTAT

**Til:** Styret Vestre Viken HF  
**Fra:** Lisbeth Sommervoll, Administrerende direktør

### **Status Mottaksprosjektet nytt sykehus i Drammen (VV-NSD)**

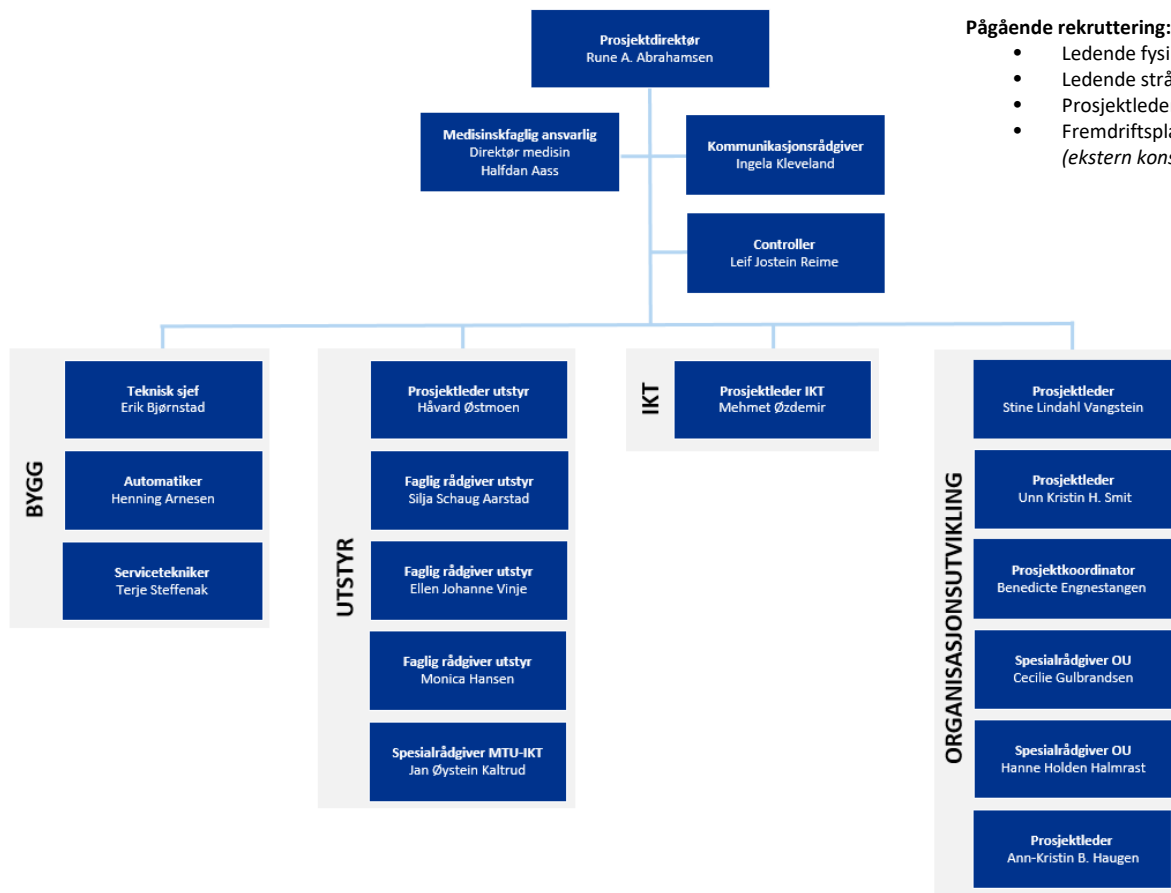
Alle stillinger i Vestre Vikens prosjektorganisasjonen, VV-NSD, er besatt iht. plan for 2021. Siste rekruttering gjelder *Spesialrådgiver IKT – MTU*, med tiltredelse 15. februar 2022.

I budsjett 2022 er det lagt til grunn en ytterligere opptrapping av aktiviteter og styrking av bemanningen. Det januar satt i gang rekruttering av 1 stilling som *Prosjektleder klargjøring for drift*, med planlagt tiltredelse mars/april 2022. Under arbeidet med *Samlet Plan*, er det fremkommet et ytterligere behov for en styrking av prosjektets ressurser for å utarbeide detaljert plan over alle aktiviteter som tillegges Vestre Viken. Ut over angitte prosjektleder, er det derfor behov for en stilling som *Fremdriftsplanlegger detaljplan*. Iht. forventet oppgaver og aktivitet, er det estimert et behov tilsvarende 70 % stilling.

Videre arbeid med *Samlet Plan* og detaljering av aktiviteter, vil skje i tett samarbeid med prosjektorganisasjonen PNSD og deres videre planlegging av ferdigstilling og overlevering av nytt sykehus. Det er derfor ønskelig med en felles ressurs for PNSD og VV-NSD for å effektivt etablere et felles planverk. Det er estimert at dette kan gjennomføres med totalt en 100 % stilling, som leies inn som felles ekstern ressurs.

I forbindelse med planlegging og oppstart av stråleterapi som ny funksjon i Vestre Viken, er det satt i gang rekruttering av *Ledende fysiker* og *Ledende stråleterapeut* med snarlig tiltredelse. Begge stillinger vil bidra i mottaksprosjektet mht. utstyrsanskaffelser og tilhørende IKT-løsninger ved å være helseforetakets faglige ressurser. Videre vil de starte arbeidet med å utarbeide prosedyrer og arbeidsrutiner for å utføre strålebehandling i nytt sykehus. Arbeidet skjer i tett samarbeid med prosjektorganisasjonen i Helse Sør-Øst RHF og eksterne rådgivere.

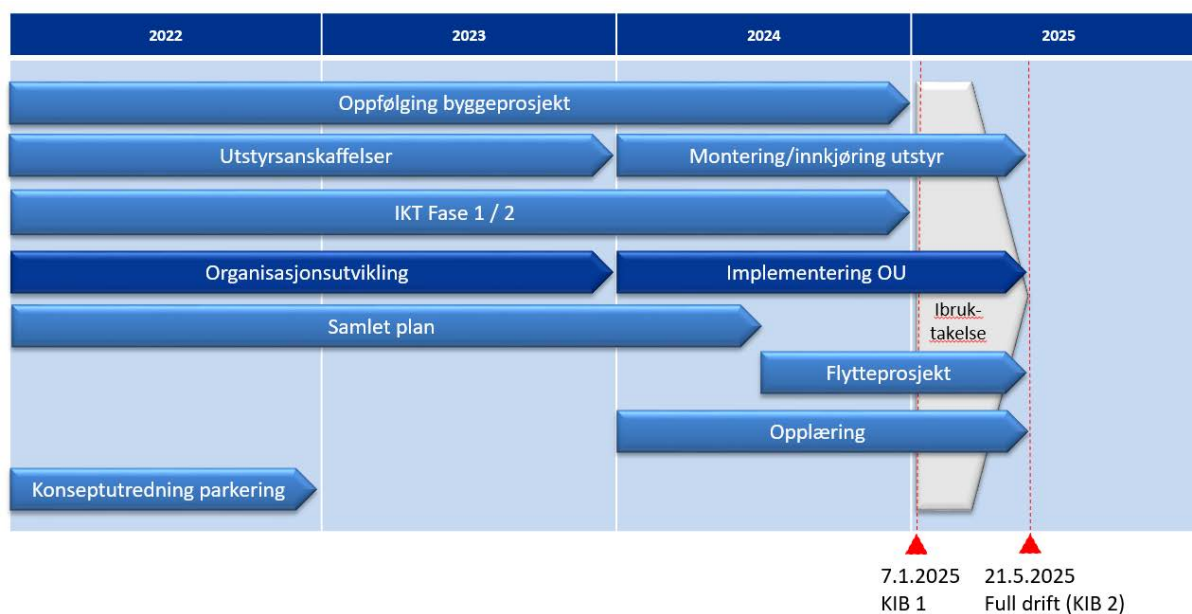
Prosjektorganisasjonen er per januar 2022 organisert som vist i figur.



**Pågående rekruttering:**

- Ledende fysiker
- Ledende stråleterapeut
- Prosjektleder klargjøring for drift
- Fremdriftsplanlegger detaljplan (ekstern konsulent)

Overordnet følger Mottaksprosjektets omfang og fremdrift som vist i figur.



Under angis kortfattet status innen de enkelte områdene.

### **Bygg- og teknisk infrastruktur**

Gruppen Bygg følger opp pågående entrepriser og pågående byggearbeider på byggeplass. Et fokusområde kommende periode, vil være oppfølging av totalentreprisen for PHR gjennom pågående samhandlingsperiode. Fra helseforetakets side er det spesielt fokus på oppfølging av tidligere utarbeidet robusthetsmatrisen og at alle forhold i denne legges til grunn i videre arbeid.

### **Utstyrsanskaffelser**

Ansvar for utstyrsanskaffelser er delt mellom PNSD og VVHF. VV-NSD koordinerer medvirkningsarbeidet fra driftsorganisasjonen i VVHF.

Anskaffelsesarbeidet går generelt etter planen, men noen mindre avvik på fremdrift som forventes å hentes inn i løpet av vinteren/våren. Det oppnås god forankring og engasjement fra driftsorganisasjonen, men enkelte synes det er krevende å sette av tilstrekkelig tid i en tid med stort sykefravær og høy belastning i sykehusets avdelinger.

Status anskaffelser i prosess pr januar 2022:

Fase	Antall
Forberedelse	9
Kravspesifikasjon	8
Evaluering/innstilling	3
<b>SUM</b>	<b>20</b>

Grappa er inne i en hektisk fase med flere komplekse anskaffelser, bla. analysehall, automatisert bakteriologi, sterilsentral og pasientovervåking. Disse er i en avgjørende fase hvor det må tas viktige vurderinger og beslutninger opp mot målbildet for fremtidige løsninger.

Hittil i anskaffelsesfasen er det avdekket enkelte mangler og avvik som må endres for å kunne ta utstyr og bygg i bruk, eller for å oppfylle lovbestemte HMS krav. Søknad om endring og justering følger avtalte former. Enkelte saker er mer komplekse og utfordrende, eksempelvis er flyt og arbeidsprosesser ikke i tilstrekkelig grad lagt til grunn ved utforming av sterilsentral. Denne type utfordringer kan potensielt hindre fremdrift og vil kreve ekstra ressurser for å få løftet til riktig nivå for beslutning.

Det meste av møteaktivitetene og dialogene i grappa må gjøres digitalt. Dette er ikke optimalt og medfører risiko for fremdriften.

Koordinert med utstyrsanskaffelsene, er det tett samarbeid med OU-gruppen for å sikre kartlegging og planlegging av delprosjekter hvor utarbeidelse av arbeidsprosesser er nødvendige som underlag til kravspesifikasjon for anskaffelsesprosessene.

### **IKT**

Området IKT omfatter flere egne utredninger og deltakelse i delprosjekter. Egne utredninger omfatter i dag input til ferdigstilling av neste revisjon av IKT-plan NSD, utredning av audio-/videoutstyr på møterom, plenums sal, beredskaps rom o.l. og kartlegging av behovene i Helselogsitikk i nytt sykehus.

Videre deltar IKT i en rekke delprosjekter, som Sporing og lokalisering, Sterilsentral og Legemiddelforsyning, se Organisasjonsutvikling for detaljer og status.

## Organisasjonsutvikling

Alle delprosjekter, under gjennomføring eller planlegging, registreres fortløpende i prosjektoppfølgingsverktøyet Clarity. I samarbeid med Prosjektkontoret i VVHF, er det utarbeidet felles mal og struktur for registrering og rapportering av det enkelte delprosjekt

Per januar er følgende delprosjekter under gjennomføring:

Delprosjekt	Startdato	Slutt dato	Kommentar	2021		2022												2023								
				H1	H2	Q1			Q2			Q3			Q4			Q1		Q2		Q3		Q4		
				Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Juli	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Juli	Aug	Sep	Okt	Nov
Pågående delprosjekter	VVHF - NSD - Akuttmottak og observasjonspost	15.06.2021	10.10.2022																							
	VVHF - NSD - Eiendom	17.08.2021	31.12.2022																							
	VVHF - NSD - Fremtidens kontortjeneste	22.11.2021	31.01.2023																							
	VVHF - NSD - Legemiddelkjeden	04.06.2021	30.06.2022																							
	VVHF - NSD - Logistikk	09.12.2021	31.10.2022																							
	VVHF - NSD - Matforsyning - Sentralkjøkken	01.02.2021	26.10.2021																							
	VVHF - NSD - Sterilforsyning	06.04.2021	15.04.2022																							
	VVHF - NSD - Pasientovervåking og telemetri	01.01.2021	08.12.2021																							
	VVHF - NSD - Øye	01.12.2020	01.12.2021																							
	VVHF - NSD - Sporing og lokalisering	01.01.2021	08.12.2021																							

Status per delprosjekt er vist i figur:

### Portefølje: VVHF - NSD - Pågående prosjekter ekskludert arbeidsgrupper

Navn	Eier	Leder	Fase	RESURSER	TID	OMF	RISK	GEVINST
VVHF - NSD - Akuttmottak og observasjonspost	Buene, Inger Meland	Hochnowski, Krzysztof	Gjennomføre	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
VVHF - NSD - Eiendom	Furnes, Narve H.	Bjørnstad, Erik	Gjennomføre	🟢	🟢	🟢	🟡	🟢
VVHF - NSD - Legemiddelkjeden	Abrahamsen, Rune Aksel	Kjøge, Bente Norunn Løkken	Gjennomføre	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
VVHF - NSD - Matforsyning - Sentralkjøkken	Furnes, Narve H.	Bråthen, Jane Ø.	Gjennomføre	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
VVHF - NSD - Pasientovervåking og telemetri	Abrahamsen, Rune Aksel	Vinje, Ellen Johanne Langfeldt	Gjennomføre	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
VVHF - NSD - Sporing og lokalisering	Abrahamsen, Rune Aksel	Øzdemir, Mehmet	Gjennomføre	🟢	🟡	🟢	🟢	🟢
VVHF - NSD - Sterilforsyning	Buene, Inger Meland	Lillebø, Sølvi Kristin	Gjennomføre	🟢	🟡	🟡	🟡	🟢
VVHF - NSD - Øye	Buene, Inger Meland	Bjørneboe, Anders	Gjennomføre	🟢	🔴	🟢	🟢	🟢

🟢 Sam planlagt 🟡 Mindre avvik 🔴 Større avvik ⓘ Informasjon mangler

Per januar er følgende delprosjekter under planlegging/oppstart:

Delprosjekt	Startdato	Slutt dato	Kommentar	2021		2022												2023								
				H1	H2	Q1			Q2			Q3			Q4			Q1		Q2		Q3		Q4		
				Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Juli	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Juli	Aug	Sep	Okt	Nov
Delprosjekter under planlegging	VVHF - NSD - Ansattservice	01.04.2023	30.09.2023																							
	VVHF - NSD - Forskning	#/T	#/T																							
	VVHF - NSD - BDS	01.07.2022	31.12.2023																							
	VVHF - NSD - Nukleær	01.01.2023	31.12.2023																							
	VVHF - NSD - Matforsyning - Kantine/kiokk	01.03.2022	30.06.2022																							
	VVHF - NSD - Matforsyning - Avdelingskjøkken	01.03.2022	30.06.2022																							
	VVHF - NSD - Laboratoriemedisin - Biokjemi og analysehall	01.03.2022	31.12.2022																							
	VVHF - NSD - Laboratoriemedisin - Blodbank	01.03.2022	31.12.2022																							
	VVHF - NSD - Laboratoriemedisin - Mikrobiologi	01.03.2022	31.12.2022																							
	VVHF - NSD - Drift og organisering av stråleterapi	01.04.2022	01.07.2023																							
	VVHF - NSD - Kreftbehandling	01.01.2023	04.07.2023																							
	VVHF - NSD - Operasjon	01.03.2022	31.12.2022																							
	VVHF - NSD - Portertjeneste	01.09.2023	31.12.2023																							
	VVHF - NSD - Poliklinikk og dagbehandling	01.08.2022	01.03.2023																							
	VVHF - NSD - Patologi	01.01.2023	30.06.2023																							
	VVHF - NSD - PHR	01.08.2022	30.06.2023																							
	VVHF - NSD - Organisering og drift av barneområdet og ultralyd	01.04.2022	31.12.2023																							
	VVHF - NSD - Organisering og drift av CT og konvensjonell røntgen	01.07.2023	31.12.2023																							
	VVHF - NSD - Organisering og drift av kontorfunksjoner bilde	01.01.2022	31.12.2023																							
	VVHF - NSD - Organisering og drift av leger tilknyttet bilde	01.10.2022	31.12.2023																							
	VVHF - NSD - Organisering og drift av MR	01.04.2023	31.12.2023																							
	VVHF - NSD - Nyfødt intensiv/pædi/barsel	01.03.2022	31.12.2022																							
	VVHF - NSD - Organisering og drift av døgnområder	01.03.2022	01.03.2023																							
VVHF - NSD - Intervensjon	01.02.2022	30.09.2022																								
VVHF - NSD - Felles prøvemottak	19.01.2022	30.06.2022																								
VVHF - NSD - Intensiv	01.05.2022	31.10.2022																								
VVHF - NSD - Renhold	01.03.2022	01.09.2022																								

Det er tett dialog og samarbeid mellom VV-NSD og den enkelte klinikk for å kontinuerlig utarbeide detaljerte planer for oppstart av ytterligere delprosjekter og oppfølging av pågående delprosjekter.

Erfaringene så langt for VV-NSD, er at gjennomføring av delprosjekter er krevende i dagens smittesituasjon. Dette skyldes at prosjektdeltakere har hovedoppgave i daglig drift og at mange

dessuten har liten eller ingen erfaring med prosjektarbeid. For å sikre videre arbeid og fremdrift, vil VV-NSD intensivere arbeidet med å støtte det enkelte delprosjekt med ytterligere støtteressurser. 1. januar 2022 ble prosjektorganisasjonen styrket med en prosjektleder og ytterligere en ressurs vil begynne 15. mars 2022.

**Protokoll Brukerutvalget 25. januar 2021**

<b>Møte:</b>	<b>Brukerutvalget Vestre Viken HF</b>
<b>Møtedato:</b>	25.01.2022
<b>Tidspunkt:</b>	Kl. 12:00 – 18:00
<b>Sted:</b>	Teams
<b>Møteleder:</b>	Rune Kløvtveit
<b>Deltakere:</b>	<p><b>Fra Brukerutvalget:</b>            Elisabeth Schwencke, Grethe Synnøve Karlsen, Mark Miller, Rune Kløvtveit, Gudrun Breistøl, David C. Hemmingsen, Jan Helge Tuv, Cecilie Braathen</p> <p><b>Fra Administrasjonen:</b>            Elisabeth Kaasa og Kurt Kleppe Josefsen (koordinator)</p> <p><b>Innledere:</b>            Ulrich Spreng (sak 6/22)            Narve Furnes (sak 14/22)</p>

<b>Sak nr.</b>	<b>Sak/merknad</b>
1/22	<p><b>Godkjenning av innkalling og saksliste</b></p> <p><b>Vedtak:</b>            Godkjent</p>
2/22	<p><b>Godkjenning av protokoll brukerutvalgets møte 14.12.2021</b></p> <p><b>Vedtak:</b>            Godkjent</p>
3/22	<p><b>Referat arbeidsutvalgets møte 11.01.2022</b></p> <p><b>Vedtak:</b>            Tas til orientering</p>
4/22	<p><b>Saker til orientering, innkommet post</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Protokoll fra BU HSØ 14.-15.12.21</li> <li>• Protokoll fra BU HSØ 18.-19.01.22</li> <li>• Endring retningslinjer godtgjøring brukerutvalg</li> <li>• Grunnleggende miljøbehandling</li> </ul> <p><b>Vedtak:</b>            Sakene tas til orientering.</p>

5/22	<p><b>Erfaringsutveksling</b></p> <p>Medlemmer i BU har vært på følgende møter i perioden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NDS - Fremtidens kontortjeneste, kickoffmøte</li> <li>• KIS – Ledersamling, tema; miljømål</li> <li>• KIS – Lederwebinarer</li> <li>• DS – Strategisamling</li> <li>• DS – Team brukermedvirkning</li> <li>• DS – Ledermøte</li> <li>• BS - Beredskapsmøter og samarbeidsmøter</li> <li>• BS - Arealplan for Bærum sykehus</li> <li>• BS - Diabetes sårtjeneste - tjenesteutvikling</li> <li>• BS – Ledermøtesamling</li> <li>• PHT – Ledermøte</li> <li>• Forskningsutvalget</li> <li>• LSU - Hallingdal</li> <li>• RS Ledermøte</li> <li>• Foretaksmøte HSØ</li> <li>• Styremøte</li> <li>• PHT - Ledermøte</li> <li>• PHT - KKV</li> <li>• AU møte</li> <li>• VV - Beredskapsmøter</li> <li>• NDS - Styringsgruppe – mottaksprosjektet</li> </ul>
6/22	<p><b>Dialog/orienteringer fra administrerende direktør/fagdirektør:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oppdatering covid-19; status i sykehusene, utsettelse i behandling, plan for innhenting av etterslep. Kommunikasjon og varsling av pasienter som har fått avlyst time / utsatt behandling</li> <li>• Aktuelle styresaker</li> </ul> <p><b>Vedtak:</b> Presentasjonen/diskusjonen tas til orientering. Presentasjon følger protokoll.</p>
7/22	<p><b>PHR eiendomsplan</b></p> <p>Presentasjon av del 1 av eiendomsplanen og dialog om Brukerutvalgets rolle i del 2. Ved klinikkdirektør Narve Furnes.</p> <p>Presentasjonen følger protokoll.</p> <p>Prosjektet inviterer et medlem inn i styringsgruppen, og prosjekteier ønsker dialog med brukerutvalget om hvordan brukerutvalget best kan medvirke i fase II i prosjektet. En mulig tilknytning til arbeidet kan være at brukerutvalget kan fungere som en referansegruppe for arbeidsgruppene. Formen avklares med prosjekteier.</p> <p><b>Vedtak:</b></p>

	<p>Brukerutvalget ser at eiendomsplanen er viktig for pasienter og befolkningen og ønsker å bidra inn i del 2 av eiendomsplanen. Rune Kløvtveit går inn i styringsgruppen i prosjektet. Brukerutvalget ønsker å vurdere videre medvirkning i samarbeid med prosjekteier når mandatet foreligger.</p>
8/22	<p><b>Konferanser, invitasjoner og deltagelser</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Invitasjon fra BUPA til å delta på workshop om «Handle sammen for barnet»</li> </ul> <p><b>Vedtak:</b> Elisabeth Schwencke deltar på workshopen. Brukerutvalget ønsker i tillegg mer informasjon om prosjektet fra BUPA.</p>
9/22	<p><b>Årlig melding</b></p> <p>Oppfølging av vedtak fra forrige møte: <i>Årlig melding tas opp på BU's møte 25. januar og sluttbehandles i AU 8. februar. Følgende går inn i arbeidsgruppen; Rune Kløvtveit, Mark Miller og Cecilie Braathen.</i></p> <p>Foreløpig innspill gjennomgått med kommentarer og innspill i møtet.</p> <p><b>Vedtak:</b> Innspill fra BU's medlemmer sendes Rune innen 1. februar. Arbeidsutvalget gis fullmakt til å ferdigstille innspill/kommentarer til årlig melding og oversende disse til Vestre Viken. BU orienteres om endelig dokument i møtet 22.2.</p>
10/22	<p><b>Høring - utviklingsplan 2035</b></p> <p>Oppfølging av beslutning fra forrige møte: <i>Utviklingsplan tas opp i januararmøtet og sluttbehandles i februararmøtet. Gudrun Breistøl, David C. Hemmingsen og Jan Helge Tuv er arbeidsgruppe for høringen. Innledning til saken ved Elisabeth.</i></p> <p><b>Vedtak:</b> Utkast til hørings svar sendes fra Gudrun, Jan Helge og David til AU før 11.2. Saken sluttbehandles i brukerutvalget 22.2</p>
11/22	<p><b>Brukerutvalgets mål</b></p> <p>Oppfølging av evaluering – justering av mål? Mål for 2021 gjennomgått med kommentarer. Gudrun, David og Cecilie forbereder ny sak til februararmøtet for eventuell justering av mål.</p> <p><b>Vedtak:</b> Følges opp på februararmøtet</p>
12/22	<p><b>Aktivitetsoversikt</b></p> <p>Gjennomgang av monsterarket</p> <p><b>Vedtak:</b> Alle gjennomgår sine oppnevninger og melder detaljer til koordinator.</p>



13/22	<b>Kommende møter</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styrets årsplan</li> <li>• Brukerutvalgets års og møteplan</li> </ul>						
14/22	<b>Oppnevninger Prosjekt, råd, utvalg</b> <table border="1" data-bbox="368 427 1310 624" style="margin-top: 10px;"> <tr> <td colspan="2" data-bbox="368 427 1310 465"><b>Oppnevninger</b></td> </tr> <tr> <td data-bbox="368 465 778 546">           Skilting NSD           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dynamisk skilting</li> </ul> </td> <td data-bbox="778 465 1310 546">Cecilie Braathen</td> </tr> <tr> <td data-bbox="368 546 778 624">           Styringsgruppe Eiendomsplan PHR del 2         </td> <td data-bbox="778 546 1310 624">Rune Kløvtveit</td> </tr> </table> <p data-bbox="368 669 1310 819"><b>Vedtak:</b> BU henstiller til Blindeforbundet om at de også deltar i arbeidet med dynamisk skilting på NDS Cecilie Braathen - representerer BU i arbeidsgruppen.</p>	<b>Oppnevninger</b>		Skilting NSD <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dynamisk skilting</li> </ul>	Cecilie Braathen	Styringsgruppe Eiendomsplan PHR del 2	Rune Kløvtveit
<b>Oppnevninger</b>							
Skilting NSD <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dynamisk skilting</li> </ul>	Cecilie Braathen						
Styringsgruppe Eiendomsplan PHR del 2	Rune Kløvtveit						
15/22	<b>Eventuelt</b> <p data-bbox="368 943 1401 976">Heidi Hansen trekker seg fra sitt verv i BU.</p>						

## Referat

<b>Møte:</b>	<b>Ungdomsrådet i Vestre Viken</b>
<b>Møtedato:</b>	26.01.22
<b>Tidspunkt:</b>	17:00-19:00
<b>Sted:</b>	
<b>Inviterte:</b>	<p><b>Fra Ungdomsrådet:</b> Andreas Rollheim Melby, Ayse Iclal, Hanan Murad, Silje Crosby,. Celine Nystrøm</p> <p><b>Fra administrasjonen:</b> Kurt Kleppe Josefsen, Axel Simonsen</p> <p><b>Permisjon:</b> Sebastian Evensen,</p> <p><b>Forfall:</b> Malin Olsen, Kaja Borgersen</p>

## Saksliste:

Agenda		Ansvar
<b>Saker</b>		
1	<p><b>Godkjenning av referat</b> UR møte 15.12.21</p> <p><b>Vedtak:</b> Godkjent</p>	Kurt
2	<p><b>Innkommet post/status</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brukerutvalgets protokoll 14.11.21</li> <li>• Forslag til nye retningslinjer for Ungdomsrådene i HSØ. Kom gjerne med innspill i forkant av møtet</li> </ul> <p><b>Kommentarer:</b> UR mener at de nye retningslinjene er bra og stiller seg bak de. Det er erfaringsmessig tidvis vært problem med rekruttering til ungdomsrådet og det kan være mer hensiktsmessig at det funksjonsperioden er retningsgivende og ikke så rigid. Ved opptak i perioden vil maks fungeringstid være mindre enn 6 år. Videre vil kravet om at medlem i ungdomsråd ikke kan være ansatt i samme helseforetak være et problem for blant annet ungdom som er</p>	Kurt

	<p>sykepleierstudenter og deres mulighet til blant annet å ta vakter. Nå under korona har sykepleierstudenter blitt brukt i en viss utstrekning.</p> <p><b>Vedtak:</b> Tas til orientering med kommentarene.</p>	
3	<p><b>FACT ung</b></p> <p><b>Diskusjon:</b> Det er ønskelig at UR bidrar inn i prosjektet FACT Ung. Som utgangspunkt inviteres prosjektet inn i møtene til UR og kommunikasjon imellom møter skjer i stor grad gjennom mail. Også mulig å invitere med i konkrete møter.</p> <p>UR velger Hanan som kontaktperson for prosjektet. Ellers planlegges det med en statusoppdatering en gang i halvåret med hele rådet. Øvrige møter settes opp når nødvendig.</p> <p><b>Vedtak:</b> Presentasjonen tas til orientering Hanan blir BUPA sin kontaktperson i rådet. Hun tar utgangspunkt i prosjektplanene og lager utkast til tilbakemelding til BUPA som hun sender til resten av UR. Frist 7. februar</p>	BUPA
4	<p><b>Team brukermedvirkning</b></p> <p>Pr i dag er metodikk og handlingsplan noe uavklart. UR ønsker imidlertid å være med i prosessen. Ayse deltar på møtene og holder de øvrige medlemmene orientert gjennom FB gruppen og møtene.</p> <p><b>Vedtak:</b> Ayse holder UR orientert om fremdrift og planer.</p>	Ayse
5	<p><b>Utviklingsplan 2035</b></p> <p>Ungdomsrådet ønsker å gi et høringsinnspill til fremlagt Utviklingsplan.</p> <p><b>Vedtak:</b> Ayse leder diskusjon på FB gruppen og samler opp innspill til høring og tar det opp på neste møte i UR.</p>	Kurt
6	<p><b>Prioriterte oppgaver (handlingsplan)</b></p> <p>Jfr vedtak på desembermøtet</p> <p><b>Diskusjon:</b> Det er ønskelig at tema det blir mer fokus på tema ungdomshelse. Blant annet kan det tas inn i introduksjonskurs men det er også behov for mer kunnskap på de fleste voksenavdelinger i forhold til</p>	Kurt

	<p>å møte ungdom.</p> <p>Det er i gang arbeid med å revidere retningslinjer og sjekklister. UR vil gjerne med i dette arbeidet.</p> <p>Hvordan er status for ungdomshelse på andre sykehus i HSØ og kanskje spesielt på AHUS/OUS? Hvordan kan vi få kunnskap om ungdom på voksenavdelingen.</p> <p>Alle sjekker ut pasientundersøkelser før neste møte. Jeg sender lenke. Spørreundersøkelsen som vi snakket om ligger på: <a href="https://survey.euro.confermit.com/wix/1/p553434944711.aspx">https://survey.euro.confermit.com/wix/1/p553434944711.aspx</a>. Det er ønskelig å skille pasienter på alder for å få frem ungdom sine erfaringer.</p> <p><b>Vedtak:</b> Det jobbes videre med handlingsplan på neste møte i UR. UR ønsker å være med i revideringen av retningslinjer og sjekklister. Kurt tar kontakt med fagavdeling.</p>	
7	<p><b>Endring av mandat</b></p> <p>Det er behov for endringer i mandat og spesielt fungeringstid for leder og nestleder. I vårt mandat er det fungeringstid på ett år. Det er ønskelig at dette endres til to år.</p> <p>Ellers jobber HSØ med retningslinjer for ungdomsrådene. Dette vil ha innvirkning på vårt mandat. Fungeringstid for leder og nestleder er i tråd med forslaget fra HSØ.</p> <p><b>Vedtak:</b> Det er ønskelig at leder og nestleder velges for to år av gangen.</p>	Kurt
8	<p><b>Valg av leder/nestleder</b></p> <p><b>Vedtak:</b> På grunn av få deltakere på møtet må dette skje i februarmøtet.</p>	Ayse
9	<p><b>Møteplan 2022</b></p> <p>To av møtene blir på tirsdager sammen med Brukerutvalget, men hvilke er pr. i dag ikke kjent.</p> <p>Foreløpig forslag</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>24. februar (fysisk ønskelig)</b></li> <li>• 26. mars</li> <li>• 27. april</li> <li>• 25. mai</li> <li>• 15. juni</li> <li>• 31. august</li> </ul>	Kurt

	<ul style="list-style-type: none"><li>• 21. september</li><li>• 26. oktober</li><li>• 14. desember</li></ul> <p>Vedtak:</p>	
10	<b>Årsrapport 2021</b>  <b>Vedtak:</b> Diskusjonen tas til orientering og utkast til årsrapport tas opp på februar møtet.	
	<b>Eventuelt</b>  <b>Samling FFO</b> Det er ønskelig at samlingen arrangeres på vårparten så snart den kan iverksettes. En aktuell helg er den som starter med 22. april.	

**Årsplan for styret 2022**
*Ajourført pr januar 2022*

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
<b>Styreutvalg 20. januar</b>			
<b>Mandag 31. januar Digitalt / Teams</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Virksomhetsrapportering pr 3. tertial 2021, inkludert risikovurdering, gevinstplan og IKT.</li> </ul>	<b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klinikk for intern service (KIS)</li> <li>Nytt sykehus Drammen</li> <li>Foreløpig årsresultat 2021</li> </ul> <b>Referatsaker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Brukerutvalg 25. januar</li> <li>Styrets årsplan pr januar</li> </ul>	
<b>16. februar – foretaksmøte i regi av HSØ</b>			Oppdrag og bestilling (OBD) 2022
<b>Mandag 28. februar Digitalt / Teams</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Årlig melding 2021</li> <li>Foretaksprotokoller 2021 – inkl. OBD 2022</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Virksomhetsrapport pr. 31. januar 2022</li> </ul> <b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>PHR</li> <li>Nytt sykehus Drammen</li> </ul> <b>Referatsaker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 10. februar</li> <li>SKU 1. februar</li> <li>HAMU 8. februar</li> <li>Brukerutvalg 22. februar</li> <li>Årsrapport 2021 for varslingsutvalget</li> </ul>	

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Styrets årsplan</li> </ul>	
<b>Mandag</b> <b>28. mars</b> <b>Fysisk - Brakerøya</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Årsberetning/årsregnskap 2021</li> <li>• Ledelsens gjennomgang VVHF 2021</li> <li>• Styrende dokumenter for Vestre Viken</li> <li>• Instruks for styret i Vestre Viken</li> <li>• Instruks for AD i Vestre Viken</li> <li>• Ethiske retningslinjer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhetsrapport pr. 28. februar 2022</li> </ul> <b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PHT</li> <li>• Nytt sykehus Drammen</li> <li>• ØLP 2023 -2026</li> <li>• Pasientombudenes årsmelding 2021</li> </ul> <b>Referatsaker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 10. mars</li> <li>• Brukerutvalg 22. mars</li> <li>• Styrets årsplan</li> </ul>	<b>Eget møte mellom styret og revisor.</b>
<b>25. april</b> <b>Fysisk - Drammen</b> <b>G 32</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ØLP 2023 -2026</li> <li>• Revidert utviklingsplan 2035</li> <li>• Temasak Kompetanse og bemanning</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhetsrapport pr 31. mars</li> </ul> <b>Andre orienteringer</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klinikk for medisinsk diagnostikk (KMD)</li> <li>• Nytt sykehus Drammen</li> </ul> <b>Referatsaker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SKU referat 12. april</li> <li>• HAMU 5. april</li> <li>• Brukerutvalg referat 19. april</li> <li>• Styrets årsplan pr april</li> </ul>	
<b>Styreutvalg</b> <b>9. mai</b>			

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
<b>Mandag</b> <b>30. mai</b> <b>Digitalt / Teams</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tertialrapport 1. tertial 2022</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Virksomhetsrapport pr 30. april inkl. ARP-prosjektet.</li> </ul> <p><b>Andre orienteringer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sikre pasientforløp - gevinster</li> <li>Nytt sykehus Drammen</li> </ul> <p><b>Referatsaker</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Årsrapport 2021 VVHF - endelig</li> <li>HAMU – 10. mai</li> <li>Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 27.-28. april</li> <li>SKU 3. mai</li> <li>Brukerutvalg 24. mai</li> <li>Styrets årsplan pr mai</li> </ul>	Forskning i VVHF
<b>Mandag</b> <b>20. juni</b> <b>Fysisk møte -</b> <b>Bærum sykehus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet</li> <li>Styrets møteplan 2023</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Virksomhetsrapport pr. 31. mai 2022</li> </ul> <p><b>Andre orienteringer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bærum sykehus</li> <li>Nytt sykehus Drammen</li> </ul> <p><b>Referatsaker</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>HAMU 7. juni</li> <li>Brukerutvalg 14. juni</li> <li>SKU 14. juni</li> <li>Styrets årsplan pr juni</li> </ul>	Styreseminar i etterkant av styremøte
<b>Mandag</b> <b>29. august</b> <b>Digitalt / Teams</b>	Medarbeiderundersøkelsen ForBedring i VVHF	<ul style="list-style-type: none"> <li>Virksomhetsrapport pr. 31. juli</li> </ul> <p><b>Andre orienteringer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nytt sykehus Drammen</li> </ul> <p><b>Referatsaker</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 23. juni og 25. august</li> </ul>	Forskning i VVHF



Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brukerutvalg 23. august</li> <li>• Styrets årsplan</li> </ul>	
<b>Styreutvalg 12. september</b>			
<b>Mandag 26. september</b> <b>Fysisk – Ringerike sykehus</b>  <b>Styreseminar 27. september</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tertialrapport 2. tertial 2022</li> <li>• Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2023</li> <li>• Lønnsjustering administrerende direktør 2022</li> </ul>	<b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ringerike sykehus</li> <li>• Nytt sykehus Drammen</li> </ul> <b>Referatsaker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 22. september</li> <li>• HAMU 13. september</li> <li>• SKU 6. september</li> <li>• Brukerutvalg 20. september</li> <li>• Styrets årsplan</li> </ul>	<b>Styreseminar:</b> Styreevaluering
<b>Mandag 31. oktober</b> <b>Digitalt / Teams</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhetsrapport pr 30. september 2022</li> <li>• BRK-prosjektet</li> </ul> <b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Drammen sykehus</li> <li>• Nytt sykehus Drammen</li> <li>• Budsjett 2023</li> </ul> <b>Referatsaker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styreprotokoll fra HSØ 20. oktober</li> <li>• SKU 4. oktober</li> <li>• Brukerutvalg 25. oktober</li> <li>• Styrets årsplan</li> </ul>	Dialogmøte med Brukerutvalget
<b>Mandag 28. november</b> <b>Fysisk – Kongsberg</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet</li> <li>• Styrets årsplan 2023</li> <li>• Temasak Kompetanse og bemanning</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhetsrapport pr. 31. oktober 2021</li> </ul> <b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nytt sykehus Drammen</li> </ul>	

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Budsjett 2023</li> <li>Kongsberg sykehus</li> </ul> <b>Referatsaker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Styreprotokoll fra styremøte i HSØ16.-17. november</li> <li>HAMU 1. november</li> <li>SKU 8. november</li> <li>Brukerutvalg 22. november</li> <li>Styrets årsplan</li> </ul>	
<b>Styreutvalg 5. desember</b>			
<b>Mandag 19. desember Fysisk- Drammen G32</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Budsjett og mål 2023</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Virksomhetsrapport pr. 30. november 2022</li> </ul> <b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nytt sykehus Drammen</li> </ul> <b>Referatsaker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 15. desember</li> <li>HAMU 13. desember</li> <li>SKU 6. desember</li> <li>Brukerutvalg 13. desember</li> <li>Styrets årsplan</li> </ul>	

**Merk:**

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

**2023:**