

Til: Styret ved Vestre Viken HF
Dato utsendt: 18. september
Vår ref. Styresekretær

Møtetype: Styremøte
Møtedato: 25. september 2023
Møtetid: Kl. 10.00 – 13.30.

Møtested: Bærum sykehus (møterom Styreverrommet)

PROGRAM **Behandling av styresaker**

Publikum og media som ønsker å være til stede i møtet, bes melde fra om dette til styresekretær innen søndag 24. september (hilde.enget@vestreviken.no).

Ved forfall vennligst gi beskjed til:

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

Med vennlig hilsen
For styreleder Siri Hatlen

Hilde Enget

Saksnr.	Tid (tentativt) Type sak	SAKER TIL BEHANDLING
	Ordinært styremøte	
86/2023	10.00 5 min	Godkjenning av innkalling og saksliste Vedlegg: Innkalling og saksliste til styremøte 25. september
87/2023	10.05 5 min	Godkjenning av møteprotokoller 28. og 30. august 2023 Vedlegg: 1. Foreløpig protokoll 28. august 2023 2. Foreløpig protokoll 30. August 2023
88/2023	10.10 50 min	Driftsorientering fra administrerende direktør Styret vil også få en orientering om KI-prosjektet på Bærum sykehus
89/2023	11.00 30 min	Virksomhetsrapportering pr 2. tertial 2023 for VVHF Vedlegg: 1. Virksomhetsrapport pr. 2. tertial 2023 2. Handlingsplan for bærekraftig utvikling (Bærekraftsplan) - ettersendes 3. Risikovurdering Bærekraftsplan 4. Statusrapport - Bærekraftsplan 5. IKT NSD tertialrapport
	11.30 30 min	Lunsj
90/2023	12.00 50 min	Eiendomsplan PHR Del 2 Vedlegg: Eiendomsplan PHR Del 2 Lokalsykehusfunksjoner <i>(unntatt offentlighet jr. Offentlighetsloven § 23 første ledd)</i>
91/2023	12.50 10 min	Innspill til revisjonsplan 2024 for konsernrevisjonen i HSØ Vedlegg: Innspill til revisjonsplan 2024 for konsernrevisjonen i HSØ
92/2023	13.00 10 min	Status nytt sykehus Drammen
93/2023	13.10 0 min	Referatsaker 1. Referat HAMU 5. september 2. Referat SKU 29. august 3. Referat Brukerutvalg 19. September - ettersendes 4. Styrets årsplan per september, inkl. pendingliste
94/2023	13.10 15 min	Lønnsoppgjør 2023 for administrerende direktør
95/2023	13.25 5 min	Eventuelt
	13.30	Møteslutt

Møteprotokoll for styret i Vestre Viken

Møtested: Grønland 32, Drammen

Dato: 28. august 2023

Tidspunkt: Kl. 17.00 – 21.00

Følgende medlemmer deltok:

Navn	Funksjon
Siri Hatlen	Styreleder
Hans Tore Frydnes	Nestleder
Kari Fjelldal	Styremedlem
Robert Bjerknes	Styremedlem
Hans Kristian Glesne	Styremedlem
Bovild Tjønn	Styremedlem - forfall
Gry Lillås Christoffersen	Styremedlem
Tom Roger Heggelund Frost	Styremedlem
Maria Josefsen Gundersen	Styremedlem
Toril Anneli Kiuru Morken	Styremedlem

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

Følgende fra administrasjon og ledelse møtte:

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

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

Protokollfører: Hilde Enget

Sak 73/2023 Godkjenning av innkalling og saksliste**Styrets enstemmige****Vedtak:**

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 74/2023 Godkjenning av styreprotokoller fra 12. juni og 30. juni 2023**Styrets enstemmige****Vedtak:**

Møteprotokoller fra styremøtet 12. juni og 30. juni 2023 godkjennes.

Sak 75/2023 Driftsorientering fra administrerende direktør**Oppsummering av innhold**

Administrerende direktør informerte om deltakelse på Arendalsuka 2023, der VVHF også sto for flere arrangementer. VVHF deltok også på Kongsberg Agenda. Helse Sør-Øst annonserte i juni en strategisk satsing på kunstig intelligens (KI) og VVHF får nå ansvaret for å lede et nettverk for de helseforetak som vil ta dette i bruk. Det er knyttet satsningsmidler til dette arbeidet. VVHF har laget en animasjonsfilm om faste, der formålet er færre avlyste operasjoner. Det er også laget en animasjonsfilm som skal gi bedre informasjon til DPS-pasienter. Med bakgrunn i faglige argumenter er barnepoliklinikken ved Bærum sykehus tilbakeført Drammen sykehus fra 1. august 2023. Sengepost medisin 3 ved Drammen sykehus har startet pilot helselogistikk. Nye regler fra EU har løst tidligere utfordringer ved bruk av amerikansk sky. Oppstart DIPS Arena er nå utsatt til første kvartal 2024, grunnet forsinkelser i en teknisk leveranse. Helseminister Ingvild Kjerkol og leder for Norsk Sykepleierforbund Lill Sverresdatter Larsen, besøkte Drammen sykehus i juni der de fikk en innføring i "Wibe"-metoden. Vestre Viken satte inn store ressurser for å sikre forsvarlig helsehjelp i Hallingdal under "Hans". Natt til styremøte 28. August gikk vi på ny i beredskap grunnet mye vann i våre områder. Det er utarbeidet ny utdanningsplan i psykiatri og teams er etablert som ny samhandlingsplattform i LIS-utdanningen. Kampanjen "#legermåleve" har medført økt bevissthet rundt utdanningsforløpet til leger. VVHF deltok i paneldebatt under «Krafttak for helseinnovasjon i Drammen» sammen med Drammen kommune, Drammen helsepark og HelseHub.

Kommentarer i møtet

Styret takker for presentasjonen. Styreleder kommenterer dagens positive medieoppslag om at Vestre Viken nå har tatt i bruk KI ved Bærum sykehus. Styret fremhever at nyheten om at VVHF er førende innen KI er svært positivt. Styret registrerer at det er ulike syn i saken om flytting av barnepoliklinikken fra Bærum sykehus til Drammen sykehus.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Driftsorienteringen fra administrerende direktør tas til orientering.

Sak 76/2023 Virksomhetsrapportering per 31. juli 2023 for VVHF**Oppsummering av innhold**

Resultatet for juli er 3,7 MNOK bedre enn budsjett. Hittil i år er resultatet på 72,4 MNOK, 31,4 MNOK lavere enn budsjett. Korrigert for merkostnader vedlikehold over drift utgjør avviket 19,4 MNOK.

Aktiviteten i juli er samlet sett over plan og har tatt seg opp innen somatikk. For psykiatri er aktiviteten fortsatt høy, og vesentlig over plantall spesielt innen barn og unge. Sykefraværet er lavere, men fortsatt noe over det som er normalt om sommeren. Ferieavvikling, utfordringer med rekruttering og forsinkede effekter av tiltak medfører kostnader til innleie og overtid. Brutto bemanning fortsetter å ligge over budsjett, men avvik mot budsjett er noe lavere i august enn i juli.

Kommentarer i møtet

Styret takker for presentasjonen. Det uttrykkes bekymring for at helseforetaket i dag har 300 brutto månedsverk over budsjett, samtidig er det positivt at resultatet for juli viser et forbedret resultat og at det kan se ut som at iverksatte tiltak gir effekter. Årsaken til det store merforbruket må fortsatt utforskes. Et viktig tiltak er å planlegge ferie bedre fordelt over hele året. Styret fremhever at tiltak innen innleie har gitt resultater, og opplever at administrasjonen legger frem saksfremlegg som bærer preg av faktaopplysninger og analyse av situasjonen. Det oppleves positivt at resultater per klinikk vises frem, slik at de kan følge utviklingen. Styret opplever det som positivt at resultater fra andre helseforetak tas med inn som sammenlikningsgrunnlag. På spørsmål fra styret om utviklingen av avvisningsprosenten i BUP, opplyses det om at det arbeides med dialogbasert inntak i samarbeid med kommunene.

Styrets enstemmige

Vedtak:

1. Styret tar virksomhetsrapport pr. 31. juli 2023 til orientering.

Sak 77 /2023 Økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplan NSD – revidert plan

Oppsummering innhold:

Realisering av gevinster fra den opprinnelige planen fra 2019 er ikke i samsvar med forutsetningen. Den økonomiske utviklingen tilsier at opprinnelig plan ikke lenger er tilstrekkelig. Det er behov for en driftsforbedring tilsvarende 400 – 500 MNOK.

Pandemien og følgeeffektene av denne er en vesentlig årsak til situasjonen. Den store prisstigningen som har tilkommet i perioden er til dels kompensert gjennom tilleggsbevilgninger over revidert nasjonalbudsjett 2023.

Kommentarer i møtet:

Styret kommenterer at det er spennende å høre om erfaringene knyttet til 12,5 timers vakter i sommer og ser frem til å bli oppdatert om utviklingen videre. Styret opplever at gevinstplanen er konkret og at den bærer preg av involvering av klinikkene. Planen er omfattende, med mange gode og fremtidsrettede tiltak. Kapitlet om digital transformasjon trekkes frem som et spesielt spennende kapittel. Det er krevende å øke aktiviteten og ta ned bemanningen, slik at her er det en risiko. Det er derfor viktig at disse er identifisert og at de ansatte er med i prosessene. Enkelte styremedlemmer uttrykker skepsis til realismen i planen og etterlyser større involvering av de tillitsvalgte i prosessen.

Styret ber om at planer for gevinstrealisering knyttet til nytt sykehus Drammen bearbeides slik at det blir en mer helhetlig plan. Det er også ønskelig å få fremlagt risikovurdering av planen.

Samlet fremstår planen som konkret, ambisiøs, foroverlent og fremtidsrettet. Styret har tillit til at Vestre Viken skal lykkes, og understreker at det er helt nødvendig for å sikre bærekraft for

foretaket. Styret ser samtidig at det vil kreve stor innsats både av ledelse og ansatte og ser frem til å følge resultatene fremover.

Styrets vedtak (5 mot 4 stemmer):

1. Styret tar plan for økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplan NSD til etterretning, og ber om at dokumentet oversendes Helse Sør-Øst RHF.
2. Planen legges til grunn for foretakets økonomiske langtidsplan 2024 – 2027 og kommende års budsjetter.
3. Administrerende direktør bes om å rapportere på fremdrift i iverksettelse av tiltak, slik det er skissert i saksfremlegget.

Vedtaket ble fattet mot 4 stemmer fra ansattrepresentantene i styret. De gav følgende stemmeforklaring:

«Ansattrepresentantene ser viktigheten av et bærekraftig helseforetak og er i utgangspunktet enige i hovedgrepene og innsatsområdene omtalt i gevinstrealiseringsplanen. Videre er vi enige i at det er potensiale for effektivisering og økonomisk gevinst innenfor flere av områdene som er omtalt i saken.

Hovedbekymringen er de ulike konkrete tiltakene med tilhørende kronebeløp i gevinstrealiseringsplanen. Innholdet i planen er ikke forankret med de tillitsvalgte som representerer de ansatte på klinikk- og foretaksnivå. Vi er bekymret for at summene som styret er presentert er alt for optimistiske, samtidig som tiltakene vil ta lenger tid for å gi synlig effekt enn hva gevinstrealiseringsplanen legger opp til. Noen av tiltakene opplever vi er i motsetning til hverandre eller strider mot overordnede mål.

Konsekvensene ved å vedta en potensiell urealistisk gevinstrealiseringsplan mener vi kan føre til at uhensiktsmessige tiltak som går ut over kvalitet og sikkerhet for både pasienter og ansatte kan presse seg frem.

Ansattrepresentantene foreslår at det kommer frem av vedtaket at tallmaterialet i gevinstrealiseringsplanen må gjennomgå med tillitsvalgte på klinikk og foretaksnivå slik at behovet for de ulike tiltakene og gevinstrealiseringspotensialet i dem er sikret forankring hos partene og er gjennomførbare. Dette må gjennomføres før sending til HSØ».

Sak 78/ 2023 Økonomisk Langtidsplan (ØLP) 2024 – 2027

Oppsummering i møtet:

Økonomisk langtidsplan (ØLP) er første trinn i budsjettprosessen for 2024, og beskriver foretakets forventede rammer knyttet til kapasitet, aktivitet, driftsøkonomi og investeringer de neste fire årene. I denne saken redegjøres det for den overordnede økonomiske utviklingen for Vestre Viken HF (VVHF) i perioden 2024-27, basert på rammer gitt fra Helse Sør-Øst 21. juni 2023 (styresak 067-2023 Økonomisk Langtidsplan 2024-2027) og overordnede framskrivninger av foretakets rammebetingelser og økonomi.

Kommentarer i møtet:

Styret takker for godt saksdokument og en god presentasjon. Styret kommenterer at helseforetaket må arbeide med tiltak for å oppnå økonomisk balanse også etter åpning av nytt sykehus Drammen i 2025. Styret ønsker at erfaringer fra idriftsettelse av andre nye sykehus inkluderes i saken om NSD,

ref behandling av sak 77. Styret ønsker å få fremlagt en sak om stråleterapi NSD som beskriver status for medisinskteknisk utstyr, drift og bruk av kompetanse på et styremøte i løpet av høsten. Styret får bekreftet at forventede salgsinntekter av eiendommene Drammen sykehus og Blakstad sykehus er inkludert i økonomisk langtidsplan. På styrets spørsmål om BRK investeringsprogram informeres det om at det vil legges frem en egen sak om eiendomsutviklingen i Vestre Viken før styrets behandling av budsjett i desember.

Styrets vedtak (5 mot 4 stemmer):

1. Styret vedtar fremlagt økonomisk langtidsplan.
2. Styret vedtar følgende resultatmål i planperioden basert på de forutsetninger som er beskrevet i saksfremlegget:

MNOK	2024	2025	2026	2027
Resultatmål fra ordinær drift	272	264	-391	-328
Gevinst ved salg av eiendom		703		
Resultatmål ØLP 2024-2027	272	967	-391	-328

3. Styret vedtar følgende investeringsrammer for planperioden 2024-2027:

Investeringsrammer MNOK					Sum planperiode	ØLP 2023
	2024	2025	2026	2027		
SUM	532	461	446	431	1 870	1 870
<i>Herav finansiert med finansiell leasing</i>	26	26	26	26	104	91
<i>Herav bygg vedlikehold tatt over drift</i>	108	108	108	108	432	423
<i>Herav finansiert med egen likviditet</i>	398	327	312	297	1 334	1 356

Investeringsrammene er basert på resultatmål der konsekvens av økt styringsramme og høyere prisregulering av byggeprosjektet NSD er holdt utenfor. Jfr. vedtaks punkt 4 og 5.

4. Styret tar til etterretning at realisering av plan for økonomisk bærekraft i Vestre Viken HF og gevinstrealisering Nytt sykehus i Drammen, sak 77/2023, er en forutsetning for oppnåelse av resultatmålene og derav nivået på investeringer i planperioden. Styret legger til grunn månedlig rapportering på realisering av planen og forutsetter at nye tiltak utredes om resultater forsinkes eller uteblir.
5. Økonomisk langtidsplan vedtas med forutsetning om at foretaket innen utløpet av 2025 får inngått en avtale med Helse Sør-Øst RHF om finansiering av økt styringsramme for NSD. Uten tilleggsfinansiering er planen ikke bærekraftig, ref styrevedtak 27. februar 2023, sak 19ⁱ
6. Planforutsetninger ØLP 2024 - 2027 legges til grunn for det videre arbeidet med budsjett 2024.
7. Styret tar forbehold om eventuelle justeringer som måtte tilkomme etter behandlingen i Helse Sør Øst RHF.

Vedtaket ble fattet mot 4 stemmer fra ansattrepresentantene i styret. De gav følgende stemmeforklaring:

«På bakgrunn av vedlagt stemmeforklaring fra ansattrepresentantene i sak 77 Økonomisk bærekraft i Vestre Viken HF og gevinstrealisering Nytt Sykehus Drammen, stemmer ansattrepresentantene imot forslag til vedtak i sak 78 – Økonomisk langtidsplan 2024-2027 (ØLP).

ØLP legger til grunn innholdet i sak 77, og med samme begrunnelse i manglende medvirkning og forankring blant ansattes representanter på klinikk- og foretaksnivå, mener ansattrepresentantene at mye av det konkrete innholdet i økonomisk langtidsplan ikke er realistisk gjennomførbart. Det vil kunne få uheldige konsekvenser for pasientbehandling, ansattes arbeidsforhold og nødvendige investeringer for foretaket.

Ansattrepresentantene gjentar oppfordringen om å involvere ansattes representanter på så tidlig tidspunkt som mulig for å sikre forankring og medvirkning. Dette gjelder også ute i klinikkene. Det finnes gode eksempler på dette i eksempelvis klinikk PHR»

Sak 79/2023 Fullmakt til å belaste investeringsrammer for 2024

Oppsummering av innhold:

Investeringsrammer for det enkelte år vedtas av styret i forbindelse med behandling av budsjett. Som følge av at enkelte anskaffelsesprosesser er tidkrevende er det nødvendig å forplikte neste års budsjett før den formelle behandlingen skjer i styremøtet i desember 2023.

Kommentarer i møtet:

Ingen kommentarer.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret gir fullmakt til administrerende direktør om iverksettelse av investeringer som belaster budsjett 2024 med 50 MNOK til medisinsk teknisk utstyr (MTU) og 27 MNOK til eiendom.

Sak 80/2023 Bierverv i VVHF

Oppsummering av innhold:

Kravet om pliktig registrering har medført en økning i antall registreringer. Det er imidlertid fremdeles mange ansatte som ikke har registret hvorvidt de har bierverv eller ikke. Dette er en indikasjon på at prosedyren for behandling av bierverv, med tilhørende maler og veiledning, ikke er godt nok kjent for ansatte i helseforetaket. Påminnelse om registrering av bierverv vil heretter bli gjort hvert halvår. I tillegg vil det være gjenstand for rapportering i oppfølgingsmøter med de enkelte klinikker.

Kommentarer i møtet:

Ingen kommentarer.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret tar redegjørelsen om bierverv til etterretning, og ber Vestre Viken påse at prosedyren for bierverv, inkludert aktuelle retningslinjer, meldeplikt, lovgivning og gjeldende avtaler er godt kjent og etterleves av alle ansatte i helseforetaket.

Sak 81/2023 ForBedringsundersøkelsen i VVHF 2023

Oppsummering av innhold:

ForBedring er den nasjonale, samordnede medarbeider- og pasientsikkerhetsundersøkelsen som gjennomføres årlig i alle helseforetak i Norge. Spørreskjemaet sendes ut til alle ansatte som har 1% stilling eller mer og som mottar lønn, totalt 8159 medarbeidere. Undersøkelsen ble i 2023 gjennomført i perioden 1. februar til 28. februar. Rapportene med resultater var tilgjengelig for lederne fra og med medio mars 2023. Total svarprosent for Vestre Viken i år var 77%, mot fjorårets undersøkelse med 75%. I denne saken orienteres styret om de overordnede resultatene fra undersøkelsen og det lokale oppfølgingsarbeidet i lederlinjen.

Kommentarer i møtet:

Styret kommenterer at undersøkelsen gir gode skår totalt sett og at totalopplevelsen til ansatte uttrykker at de vil anbefale andre å jobbe i VVHF, er meget positivt. Det fremkommer at det er etablerte rutiner for oppfølging og administrerende direktør følger opp klinikkdirektørene der det fremkommer forbedringsområder på enheter på lavere nivå med lave skår, og spesielt der det har vært lavt også tidligere år.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret tar resultatene og videre oppfølging av ForBedringsundersøkelsen i VVHF 2023 til orientering.

Sak 82/2023 Status Nytt sykehus Drammen

Oppsummering av innhold:

Presentasjon i møtet.

Kommentarer i møtet:

Styret uttrykker bekymring knyttet til valutasvingningene i markedet og hvordan dette kan slå ut, særlig innen medisinsk teknisk utstyr. Det opplyses at anskaffelsesarbeidet i hovedsak følger oppsatt plan. Styret takker for presentasjonen og takker prosjektdirektør Rune Abrahamsen for mangeårig innsats for realisering av NSD. Mai Bente Myrvold ønskes velkommen som ny prosjektdirektør for NSD.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret tar status nytt sykehus Drammen til orientering.

Sak 83/2023 Robotgave til Ringerike sykehus

Oppsummering av innhold:

Venner av Ringerike sykehus har formidlet et ønske om å bidra med en pengegave til Vestre Viken HF for dekning av anskaffelseskostnader for en operasjonsrobot til Ringerike sykehus. Gaven tilbys på betingelse av at operasjonsroboten plasseres ved Ringerike sykehus, og ikke flyttes de nærmeste 10 år uten dialog med Ringerike sykehus' venner.

I september 2022 tok *Bestillerforum for nye metoder* initiativ til gjennomføring av metodevurderinger for bruken av robotkirurgi innenfor et utvalg av de vanligste inngrepene.

Samtidig har Helse Sør-Øst RHF satt midlertidig stopp for alle nyanskaffelser av operasjonsroboter i påvente av den pågående metodevurderingen. Metodevurderingene er forventet ferdigstilt mars 2024.

Kommentarer i møtet:

Under behandlingen av saken opplyser et styremedlem at flere sykehus har anskaffet robot i etterkant av gitte føringer fra HSØ.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Styret utsetter endelig vedtak for å undersøke nye opplysninger som fremkom i møtet. Styrebehandling av saken vil bli berammet gjennomført per epost snarest.

Sak 84/2023 Referatsaker

Ingen kommentarer.

Sak 85/2023 Eventuelt

Ingen saker.

Drammen 28. august 2023

Siri Hatlen
styreleder

Hans Tore Frydnes
nestleder

Robert Bjerknes

Kari Fjelldal

Hans-Kristian Glesne

Tom Roger H Frost

Toril A K Morken

Maria Josefsen Gundersen

Gry Lillås Christoffersen

ⁱ Vedtak fra styremøte i VVHF 27. februar sak 19:

1. Styret tar til etterretning at styret i Helse Sør-Øst har vedtatt å øke styringsrammen for NSD.
2. Styret er av den oppfatning at for å sikre Vestre Viken økonomisk forutsigbarhet og bærekraft må de mulige fremtidige likviditetsbelastningene som følger av vedtaket om å utvide styringsrammen for NSD håndteres gjennom andre, mer langsiktige og forpliktende ordninger enn de som så langt er skissert.
3. Styret ber om at administrerende direktør sammen med styrets leder og nestleder går i dialog med administrerende direktør i Helse Sør-Øst om en langsiktig løsning som sikrer forutsigbarhet for foretakets fremtidige økonomi. Styret ser det som avgjørende å avklare hvordan Helse Sør-Øst over tid vil sikre at foretaket kan opprettholde sin økonomiske bærekraft gitt de betydelige krav til effektivisering og omstilling som foretaket allerede er pålagt, og samtidig sikre at det kan tilbys forsvarlige, gode og likeverdige helsetjenester til befolkningen i foretakets opptaksområde. Styret ber om å bli løpende orientert om utviklingen i denne saken.

Møteprotokoll for styret i Vestre Viken

Dato: 30. august 2023

Følgende medlemmer deltok:

Navn	Funksjon
Siri Hatlen	Styreleder
Hans Tore Frydnes	Nestleder
Robert Bjerknes	Styremedlem
Kari Fjelldal	Styremedlem
Hans Kristian Glesne	Styremedlem
Bovild Tjønn	Styremedlem - forfall
Gry Lillås Christoffersen	Styremedlem
Tom Roger Heggelund Frost - forfall	Styremedlem
Maria Josefsen Gundersen	Styremedlem
Toril Anneli Kiuru Morken	Styremedlem

Styrebehandlingen ble gjennomført per epost 30. august 2023. Det ble bedt om styrets tilbakemelding innen utgangen av 1. september 2023. Tilbakemeldingene er arkivert i admincontrol.

Protokollfører: Hilde Enget

Sak 83/2023 Robotgave til Ringerike sykehus

Oppsummering innhold:

I forbindelse med styrebehandling av saken den 28. august 2023 opplyste et styremedlem at flere sykehus har anskaffet robot i etterkant av gitte føringer fra HSØ. Dette medførte til at behandling av styresaken ble utsatt i påvente av undersøkelse av nye opplysninger i saken. Styret ba om at saken ble fulgt opp gjennom styrebehandling per epost.

HSØ ble den 30. august 2023, i forbindelse med regulært oppfølgingsmøte, informert om at VVHF har som intensjon å takke ja til gaven fra Venner av Ringerike sykehus og Sparebankstiftelsen.

Styrets enstemmige

Vedtak:

1. Styret er takknemlig for engasjementet fra givere og venneforeninger. Styret godkjenner at Vestre Viken HF ved Ringerike sykehus takker ja til å motta robotgaven fra Venner av Ringerike sykehus.
2. Styret tar til etterretning at Vestre Viken HF arbeider med en detaljert plan for hvordan operasjonsroboten kan bidra til økt kapasitet og hensynta Vestre Vikens strategiske behov og økonomiske og driftsmessige rammer, samtidig som betingelsene knyttet til gaven blir ivaretatt.

Drammen 1. september 2023

Siri Hatlen
Styreleder

Robert Bjerknes

Hans Tore Frydnes
Nestleder

Hans Kristian Glesne

Kari Fjelldal

Tom Roger Frost

Toril Anneli Kiuru Morken

Maria Josefsen Gundersen

Gry Lilleås Christoffersen

Dato: 18. september 2023

Saksbehandler Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Virksomhetsrapportering for Vestre Viken pr. 2. tertial 2023

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	89/2023	25.09.2023

Forslag til vedtak

1. Styret tar virksomhetsrapport og risikovurdering pr. 2. tertial 2023 til etterretning.
2. Styret tar til etterretning Plan for bærekraftig utvikling av VVHF og ber om at planen oversendes Helse Sør-Øst RHF.

Drammen 18. september 2023

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Administrerende direktør legger fram rapportering pr. 2. tertial i tråd med årshjulet for virksomhetsstyring. Rapporteringen pr. tertial omfatter en rekke flere indikatorer enn de som rapporteres månedlig. I tillegg gis det en oppdatert vurdering på risiko for at målene for året oppnås. Statusrapport for IKT NSD er vedlagt.

Tertialrapporten medfølger en rapportering på realisering av tiltak som skal sikre en fremtidig bærekraftig økonomi i foretaket. Planen som ble utarbeidet som en del av beslutningen om bygging av nytt sykehus i Drammen og vedtatt av styret i april 2020 er revidert og behandlet 28. august 2023. Til denne saken følger en mer spisset versjon av planen og den er gitt navnet "Handlingsplan for bærekraftig utvikling". Dette følger som vedlegg 2. En risikovurdering av planen er påstartet og vil følges opp videre, jf. vedlegg 3. I tillegg gis det en statusrapport i vedlegg 4, og en slik rapport vil følge de kommende tertialrapportene, mens det vil gis månedlige statuser i forbindelse med virksomhetsrapporteringen.

Saksutredning

Vedlagte virksomhetsrapport gir en status på indikatorer som er lagt til grunn for måling av resultatoppnåelse for de målområdene som følger av virksomhetsplanen for 2023, vedlegg 1. Der resultat ikke oppnås vil det iverksettes korrigerende tiltak.

Styrke brukermedvirkning og brukerstyring

Både bruk av telefon- og videokonsultasjoner samt resultater innen digital hjemmeoppfølging ligger under måltall. For digital hjemmeoppfølging øker antallet forløp som implementeres og man har pr. august oppnådd mål for 2023 om dobling av antall forløp. Klinikken vil systematisk gjennomgå egne fagområder for å identifisere egnede forløp og sette konkrete mål. Nye planlagte tiltak medfører at risikoen for manglende resultatoppnåelse står uendret fra virksomhetsplanen.

Skape trygge og helhetlige pasientforløp

Ventetider er økt etter pandemien og foretaket har fortsatt ikke lyktes i å redusere disse. Det høye sykefraværet og avvikling av godkjenningsordningen for fritt behandlingsvalg er medvirkende årsak, særlig innenfor gastroenterologi og hjerteutredninger.

På grunn av en systemomlegging er det ikke levert NPR-data for 2023. Et strukturert opplegg for Pakkeforløp hjem er ferdigstilt. Dette er testet ut på noen piloter, og skal breddes til hele foretaket innen utløpet av 2023.

Andel overholdte pasientavtaler er 88 % pr. 2. tertial, som er under målet på 95 %. Det er nedsatt et ressursteam som skal bistå klinikken i prioriterte områder. Det er gjennomført en intern revisjon av driften ved hjertepoliklinikkene i de somatiske klinikken og det er en pågående revisjon innenfor øyeområdet på klinikk Drammen sykehus. Revisjonene peker på tiltak som kan bedre driften, for hjerte er flere av tiltakene pågående. Det er også gjort målrettede investeringer i utstyr for å øke kapasiteten innenfor dagens nivå for bemanning og areal.

Forekomst av HAI (sykehusinfeksjoner) har over tid holdt seg stabilt under nasjonalt målkrav på 3%. Siste måling var imidlertid noe høyere, noe som vi antar skyldes tilfeldig variasjon.

Det er en målsetting at alle klinikker innfører modell for sikre pasientforløp. Dette er en del av lederavtalene. Gjennom oppfølgingsmøter med klinikk redegjør klinikken for sine pågående tiltak. Sikre pasientforløp krever standardisering av sentrale arbeidsprosesser, og påvirker organiseringen av virksomheten. Dette er et av de viktigste områdene som beskrives i revidert plan for økonomisk bærekraft, jf. sak 77/2023.

Innenfor psykisk helsevern og rusbehandling er det fortsatt økning av antallet henviste pasienter. Ventetiden har økt med 4 dager sammenliknet med 2022 innen VOP. Ventetid innen TSB er uendret. Ventetiden for barn og unge er redusert med 5 dager i forhold til samme tidspunkt i 2022. Ventetid følges nøye, men risiko for pasientsikkerhet vurderes lav da ø-hjelp og pasienter med alvorlige tilstander tas raskt imot.

Økt aktivitet innenfor ambulansetransport har tidligere gitt driftsmessige utfordringer. Denne aktiviteten viser nå en avtagende tendens, til tross for økning av antallet henvendelser til AMK. Det kan derfor synes som om iverksatte tiltak er i ferd med å gi resultater. Det avventes ferdigstilling av pågående regional plan for organisering av prehospitale tjenester i vår region.

Innenfor medisinsk diagnostikk fortsetter økningen i forbruk (etterspørsel), og dette utfordrer kapasiteten som oppleves å være maksimalt utnyttet. Et av tiltakene er tettere oppfølging av variasjoner i forbruk av tjenesten og fokus på riktig bruk ("kloke valg"). Ny teknologi (kunstig intelligens) er et særlig aktuelt virkemiddel innenfor dette området. Innføring av kunstig intelligens ved bildetolkning er i oppstartsfasen og forventes å ha betydelig effekt på mellomlang sikt.

Risiko for at målene på dette området ikke oppnås er vurdert som betydelig før tiltak. Planlagte tiltak er under arbeid, og risikoen vurderes som moderat når disse får effekt. Behandling av pasienter prioriteres fortløpende i henhold til risiko for påvirkning av liv og helse.

Eksterne tilsyn

En rekke eksterne instanser fører tilsyn med ulike deler av virksomheten. Riksrevisjonen gjennomfører en undersøkelse om risikostyring i RHF'ene og HF'ene. Denne planlegges avsluttet høsten 2023. Konsernrevisjonens revisjon knyttet til styring av IKT-leveranser til nytt sykehus i Drammen pågår, og helselogsikkprosjektet er valgt som case.

Det er i 2. tertial 2023 gjennomført 7 stedlige eksterne tilsyn. Brannvesenet har gjennomført to tilsyn ved Kongsberg Sykehus og Kongsberg DPS. Arbeidstilsynet har gjennomført tilsyn ved medisinske sengeposter ved Kongsberg, Ringerike og Bærum sykehus. Det ble ved Kongsberg og Ringerike gitt pålegg som omhandlet risikovurderinger av vold og trusler, psykososialt arbeidsmiljø og manuelt arbeid. Rapport fra tilsyn ved Bærum er ikke mottatt ennå. Arbeid med å lukke påleggene er påbegynt. El-tilsynet har gjennomført to tilsyn i 2. tertial. Det ble gitt 6 pålegg, samtlige er lukket. Alle pålegg fra eksterne tilsyn i 1. tertial er lukket.

Styrke samhandling og nettverk

Arbeidet med etablering av FACT fortsetter i psykiatrien og FACT ung og FACT sikkerhet følger planen.

Det er etablert flere fagnettverk internt i foretaket og flere er planlagt for å kunne standardisere pasientforløp. I tillegg gjøres en særskilt gjennomgang av små fagmiljøer for å sikre en organisering som understøtter likeverdige tilbud til pasienter, uavhengig av bosted. I 2. tertial er det gjennomført overføring av barnepoliklinikktilbudet fra Bærum sykehus til Drammen sykehus og tilbudet innenfor endokrinologi ved Ringerike sykehus er overført til Bærum sykehus. Det vises for øvrig til revidert plan for økonomisk bærekraft i VVHF, jf. sak 77/ 2023. Risikoen på området er vurdert som moderat, begrunnet i en noe svak fremdrift.

Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi

Det er en god utvikling innen forsknings- og innovasjonsaktiviteter i foretaket. Innenfor teknologi er fremdriften på innføring av kunstig intelligens på bildeområdet i tråd med plan, og første algoritme er tatt i bruk med lovende resultater. Det utredes for tiden muligheter for å ta i bruk kunstig intelligens i forbindelse med turnusplanlegging. Ytterligere områder for

digitalisering og bruk av kunstig intelligens vil utforskes videre. Innføring av helselogistikk er noe bak plan, innføring av DIPS Arena er også noe bak plan. Dette kan øke risiko for samtidighetskonflikter og belastning på personellet i implementeringsfasen.

Sikkerhetsleder vurderer informasjonssikkerhetstilstanden i Vestre Viken HF som stabil og god. Det er ikke fremkommet nye risikoområder knyttet til informasjonssikkerhetsoverholdelsen. Det er likevel viktig å ha fokus på de trusler knyttet til innbrudd i IKT-infrastruktur, med formål om å tilegne seg informasjon om personlige forhold, samt informasjon om forskning og innovasjon, som helsesektoren er utsatt for. IKT-infrastrukturen er etablert med gode sikkerhetsmekanismer og er kontinuerlig overvåket av vår driftsleverandør. Risiko knyttet til bruk av amerikanske skyløsninger og/eller driftsleverandører, vurderes til å være redusert etter adekvansbeslutningen for EU-U.S. Data Privacy Framework. Det er likevel viktig å påse at amerikanske informasjonsløsninger eller leverandører er sertifisert etter rammeverket før inngåelse av avtaler.

Risikoen samlet sett vurderes som uendret siden forrige tertial. Risiko på informasjonssikkerhetsområdet, forskning og innovasjon vurderes som uendret. For teknologiområdet er risikoen uendret av følgende årsaker:

- Teknologistrategi 2023-2026 tydeliggjør prioriterte tiltak på teknologiområdet.
- Flere områder har god fremdrift med å ta i bruk teknologiske løsninger, spesielt innen digital hjemmeoppfølging, hvor foretaket har to komplementære leverandører med hver sin løsning som har ulike egenskaper (Checkware og Diffia/Nimble), og innen kunstig intelligens.
- Program VIDT har fremdrift på endringsledelse og digital modenhet. HSØ har et regionalt program for å heve ansattes digitale kompetanse.
- De regionale prosjektene DIPS Arena, Helselogistikk, LVMS og Digital patologi er for VVHF er blitt forsinket ytterligere fra 1.tertial
- Nye regler fra EU knyttet til bruk av amerikansk sky for område A i Helselogistikk bidrar til å redusere risiko i porteføljen.

Risiko på teknologiområdet er fortsatt høy når det gjelder kostnader, jf. kapittel 1.6, og risiko for NSD, jf. kapittel 2. Risikoen er økt for IKT investeringsbudsjettet, fordi foretaket selv må dekke kostnader som det tidligere har vært lagt til grunn at skulle dekkes av enten HSØ, Sykehuspartner eller PNSD. Dette gjelder spesielt systemene Philips RIS/PACS og sporingssystemet TDoc.

Sikre personell med rett kompetanse

Høyt sykefravær medfører økt belastning og slitasje på personellet som er på jobb. Det oppleves utfordrende å beholde og rekruttere medarbeidere. Pågående arbeid med sikre pasientforløp, aktivitetsstyrt ressursplanlegging, fleksible arbeidstidsordninger, oppgavedeling og organisering av arbeid i tverrfaglige team skal bidra til å bedre denne situasjonen. Nye måter å organisere ansvar og oppgaver skal hindre dobbeltarbeid, sikre rett kompetanse til rett tid og lette informasjonsflyten mellom samarbeidende personell. Målet er at dette skal føre til psykologisk trygghet, mestring og arbeidsglede (Joy in Work) for den enkelte i hverdagen, og derav bidra til et godt arbeidsmiljø og lavere fravær. Som en del av LIS-utdanningen er det utarbeidet en modell med gruppeveiledning for å styrke en åpenhetskultur som bidrar til psykologisk trygghet i arbeidsmiljøet. Målet er at motstandsdyktighet mot negativt stress øker ved at strategier for mestring også tas inn som del av læringsmål i utdanningen. Modellen er utarbeidet og testet ut i samarbeid med ressurspersoner fra Villa Sana ved Modum Bad og Legeforskningsinstituttet.

Torhild Wibe, avdelingssykepleier, har fått nasjonal oppmerksomhet og besøk av helseministeren for sitt systematiske og strategiske arbeid med oppgavedeling og

kompetanseutvikling. I denne sammenheng er det i samarbeid med tillitsvalgte og vernetjeneste utarbeidet en veileder knyttet til overordnet retningslinje for oppgavedeling, kalt "Wibe-modellen".

Vestre Viken har lansert podkasten «Lederpraten i Vestre Viken», der vi snakker med våre ledere om ledelse. Så langt er det lansert fire episoder med tematikk reduksjon av sykefravær, strategisk kompetanseutvikling, robust lederskap og arbeidsmiljøutvikling og å bygge gode team. Torhild Wibe er en av de som deler sine erfaringer i podkasten.

Det har forekommet noen flere voldshendelser innen psykiatri. Hendelsene gjennomgås, og tiltak iverksettes for å redusere risikoen for nye hendelser. Det pågår systematisk opplæring i forebygging av vold og trusler også innen somatiske enheter. Modellen for møte med aggresjonsproblematikk (MAP) som benyttes innen psykisk helsevern benyttes i tilpasset versjon ved somatiske enheter og i prehospitaltjenester.

Foretaket har hatt en god utvikling når det gjelder bruk av innleid personell, selv om det har vært en økning i forbindelse med ferieavviklingen. Den forsterkede kontrollen med innleie videreføres.

Gjentagende og hyppig fravær er en stor kostnadsdriver. Det er iverksatt systematisk oppfølging av dette gjennom et partssammensatt arbeid kalt "Tidlig og tett på". Programmet er rullet ut ved avdeling Blakstad og det jobbes nå med videre utrulling.

Tre piloter med langvakter i sommer er gjennomført og evaluert. Erfaring fra pilotene viser gode resultater, som opplevelse av styrket pasient- og ansattssikkerhet, mindre bruk av eksterne vikarbyrå og redusert sykefravær. Ansatte forteller om bedre flyt og kontinuitet gjennom arbeidshverdagen, og bedre fordeling av bemanningen gjennom døgnet. En av seksjonene i piloten, Medisinsk intensiv i Drammen, kunne vise til at før planlegging av 12,5 timers vakter hadde de 110 udekte vakter i 3-delt turnus. Etter re-planlegging med 12,5 timers vakter, med arbeid hver 3. helg, var den ingen udekte vakter i sommerturnusen.

Det er stor interesse for langvakter blant de ansatte, og det er et mål å kunne tilby dette til de som ønsker det. For ressursteamet er dette en prioritert oppgave å understøtte.

Sikre bærekraftig økonomi

Resultatet pr. August viser et overskudd på 59,4 MNOK, som er 59,2 MNOK bak budsjettet resultatmål. Herav utgjør 11 MNOK høyere vedlikehold over drift som møtes av tilsvarende lavere investeringer. Resultatet i august måned var svakere enn forutsatt i prognosen som har lagt stille siden rapporteringen på mai. I tillegg er det nå endelig avklart effekt av årets lønnsoppgjør som blir 20 MNOK høyere enn forutsatt i prognosen fra mai. Disse to forholdene medfører at foretaket har tatt ned forventet resultatoppgjør i prognose for året med 42 MNOK. Det vil i styremøtet gis en nærmere redegjørelse for prognosen for året. Det er spesielt effekter av årsoppgjørdisposisjoner som må beregnes. Aktivitetsutviklingen er et usikkerhetsmoment. I august er aktiviteten i somatikk noe bak plan, etter en god måned i juli. Innen psykiatri er aktiviteten vedvarende høy, men dette har mindre utslag på inntektssiden. Dette utfordrer imidlertid bemanningskostnader. Bemanningskostnadene ligger vesentlig over budsjett også i august. Flere klinikker er imidlertid i ferd med å vise forbedringer, men de største klinikkene trekker dessverre resultatene ned. Det legges nå mye kraft i tiltakene som ligger i bærekraftsplanen. Effekter av dette vil imidlertid først og fremst inntreffe i 2024.

Investeringer i 2023 er gjennomgående i samsvar med plan. EK tilskudd for pensjon er 10 MNOK høyere enn budsjett 2023, men dette forventes utlignet i 2024 og vil ikke medføre noen likviditetsmessig utfordring. Det er også investert i tomter i fbm. med NSD på vel 14 MNOK i 2023 som ikke var budsjettet. Også dette vil utlignes mot fremtidige investeringskostnader og

gir dermed ingen utfordringer på midler til investering. Prognosen for årets resultat er imidlertid en utfordring for investeringsnivået i 2024. Det vil i forbindelse med budsjettarbeidet for 2024 gjøres nærmere vurderinger av prioriterte investeringer i tillegg til at arbeidet med tiltak for å sikre bærekraftig økonomi videreføres.

Risikoen for at foretaket ikke når budsjettert økonomisk resultat er høy.

Klima – og miljømål

Tiltak for å redusere utslipp i tråd med overordnede mål for virksomheten pågår. Resultatene pr. 2. tertial er noe under plan for energiforbruket og resultatet for året avhenger av utetemperaturen gjennom vinteren. Øvrige tiltak er gjennomgående tilnærmet på mål. Flere nye tiltak planlegges og er igangsatt. Prioritering av investeringsmidler til miljørettede tiltak må vurderes i forbindelse med budsjett 2024.

Forberede organisasjonen på innflytting i NSD – prosjekt NSD

Mottaksprosjektet følger planen, og delrapporter for alle områdene blir ferdigstilt i løpet av 2023. Vurdering av gevinster krever at flere prosjekter må ses i sammenheng, og er foreløpig ikke helt på plass. Dette arbeidet vil videreføres i klinikkene som skal inn i NSD. Arbeidet vil koordineres med plan for en bærekraftig utvikling av VVHF da omstillinger til NSD også er relevante for andre klinikker, og vice versa. For NSD er det høy risiko knyttet til implementering av nye regionale IKT løsninger. Det er varslet forsinkelser i flere og dette strekker seg nå nærmere frysperioden. Se avsnittet nedenfor.

IKT tertialrapport NSD

Prosjektorganisasjonen for nytt sykehus i Drammen, VV-NSD, utarbeider tertialvis rapport for IKT-området som omfattes av eller påvirker byggeprosjektet. Denne inngår i VVHF sin samlede tertialvise statusrapport for IKT-området i Vestre Viken. Rapporten oversendes PNSD for videre oversendelse til Prosjektstyret for nytt sykehus.

Flere av prosjektene rapporteres som status gul og noen prosjekter har endret status til rød. Bakgrunnen for dette er prosjektenes kompleksitet, tidsplaner og VV-NSD sin økende bekymring for at viktige leveranser ikke rekker frist for endring av IKT-systemer før innflytting. Så langt det er mulig, blir Vestre Viken prioritert i viktige regionale prosjekter.

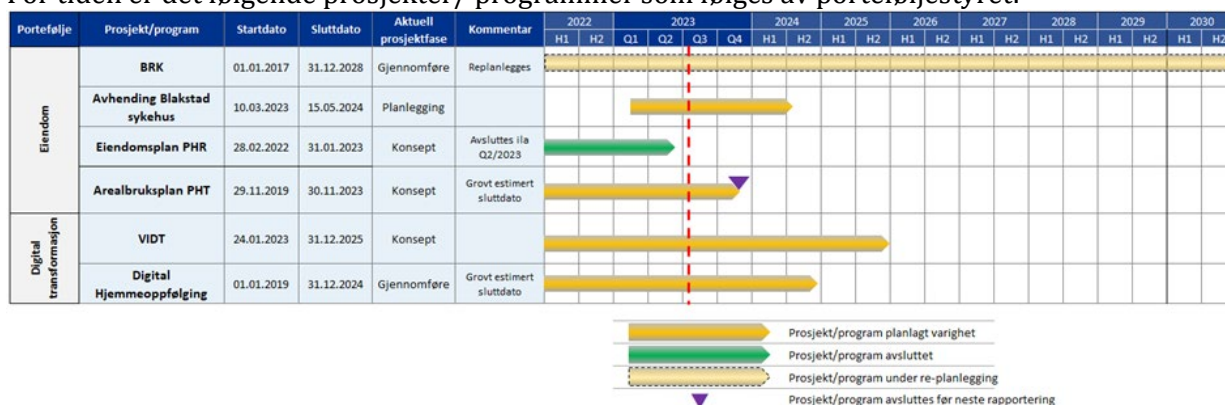
Det er nødvendig med kartlegging av økonomisk konsekvenser av forsinkelser i leveranser. Forsinkelsene øker økonomisk risiko for VV der installasjon og endringer er i fare for å bli skjøvet til etter innflytting.

Det jobbes løpende på tiltakssiden for å håndtere risikobildet, spesielt med avklaringer rundt kapasitet og kartlegging av avhengigheter.

Foretakets prosjekt- og programportefølje

Foretakets porteføljestyre avholder regelmessig møter, og prosjektkontoret sammenstiller og gjennomgår status i de prosjektene foretaket har vurdert som kritiske. Porteføljen omfatter prosjekter som griper inn i store deler av virksomheten, og som vil være kritiske for den videre utviklingen. Sammensetningen av porteføljen vurderes og oppdateres fortløpende. Prosjektene favner hele virksomheten og kommer i tillegg til oppfølgingen av gevinstplanen.

For tiden er det følgende prosjekter/ programmer som følges av porteføljestyret:



Prosjektet Eiendomsplan PHR ble avsluttet 31. mai 2023, og skal ekskluderes fra porteføljen. Prosjektet Arealbruksplan PHT skal ifølge planen avsluttes 30. november 2023.

Initiativenes bidrag til å nå foretakets overordnede mål.

Kolonnen «Total poengsum» illustrerer den totale poengverdien av effektene som hvert enkelt initiativ har på realiseringen av Vestre Vikens strategiske mål.

Strategisk mål	Total poengsum	Skala						
		Stor effekt ★ 2	Moderat effekt + 1	Ingen effekt ○ 0	Negativ effekt -1			
Styrke brukermedvirkning og brukerstyring	7	+	+	+	○	★	★	
Skape trygge og helhetlige pasientforløp	9	★	★	★	○	+	★	
Styrke samhandling og nettverk	8	+	+	★	○	+	★	
Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi	5	○	+	○	○	★	★	
Sikre personell med rett kompetanse	6	+	★	+	○	+	+	
Sikre bærekraftig økonomi*	10	★	★	★	★	+	+	
Bidra til realisering av Klima- og miljømål for spesialisthelsetjenesten 2022-2030**	8	+	+	★	+	★	+	

* Sikre bærekraftig økonomi er ikke definert som strategisk mål i den oppdaterte VVHF strategi 2025. Men en bærekraftig økonomi er en viktig forutsetning til at andre strategiske mål kan oppnås.

** Gjennom konkrete tiltak skal Vestre Viken søge for å nå målene som de regionale helseforetakene har gitt i felles Klima- og miljømål for spesialisthelsetjenesten 2022-2030.

Prosjekter og programmer i porteføljen bidrar mest til å realisere målene «Skape trygge og helhetlige pasientforløp» (9 poeng) og «Sikre bærekraftig økonomi» (10 poeng). Prosjektporteføljen har minst effekt på realisering av målene: «Sikre personell med rett kompetanse» (6 poeng) og «Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi» (5 poeng). Vurdering av Avhending Blakstad sykehus er basert på en tilsvarende vurdering av prosjektet Avhending Drammen sykehus.

Statusoversikt pr. 15.08.2023:

Matrisen under visualiserer status for de viktigste styringsparameterne.

Portefølje	Prosjekt/program	Område	Prosjektleder	Prosjektleder	Overordnet status	Kostnad / ressurser	Fremdrift	Omfang / kvalitet	Risiko	Gevinstpotensial
Eiendom	BRK	KIS	Lisbeth Sommervoll	Tom Darre Lybeck	✖ →	◆ →	✖ →	◆ →	⚠ ↑	✖ →
	Avhending Blakstad sykehus	KIS	Lisbeth Sommervoll	Solveig Klevstad	⚠ →	◆ →	◆ →	◆ →	⚠ →	◆ →
	Eiendomsplan PHR	KIS	Lisbeth Sommervoll	Tom Darre Lybeck	◆ →	◆ →	◆ →	◆ →	◆ →	◆ →
	Arealbruksplan PHT	KIS	Lisbeth Sommervoll	Tom Darre Lybeck	⚠ →	◆ →	✖ →	◆ →	◆ →	◆ →
Digital transformasjon	VIDT	Teknologi	Cecilie B. Løken	Robert Nystuen	✖ →	⚠ →	✖ →	⚠ →	✖ →	⚠ →
	Digital Hjemmeoppfølging	Fag	Anders Johan Debes	Kristine Kleivi Sahlberg	◆ →	◆ →	◆ →	◆ →	⚠ →	⚠ →

◆ Som planlagt
 ⚠ Mindre avvik
 ✖ Større avvik
 ◆ Informasjon mangler

→ Ingen endring
 ↑ Forbedring
 ↓ Forverring

BRK-programmet rapporterer **rød** overordnet status. Årsaken er vesentlig avvik i fremdrift og derav også gevinst. Reduserte økonomiske rammer, sammen med en utfordrende situasjon i byggevarerbransjen, både tilgang på arbeidskraft, deler og økte priser, medfører høy risiko for ytterligere forsinkelser, og utsatt eller redusert gevinstuttak. Programmet har oppdatert fremdriftsplanen basert på risikovurderingen av de resterende prosjektene. Den oppdaterte planen skal danne grunnlag for fremtidig rapportering.

På grunn av betydelige avvik i fremdrift, samt høy risikoeksponering, rapporterer **Vestre Vikens Digital Transformasjon** overordnet status **rød**. Innføring av LVMS som fagsystem for patologi er forsinket med om lag ett år. LVMS er re-planlagt med innføring sammen med Digital Patologi i mai 2024. Programmet rapporterer også forsinkelser i både DIPS Arena (forskjøvet oppstart fra 12. november 2023 til 10.2.2024) og Helselogistikk-prosjektet. Forsinkelsene kan føre til potensielle negative konsekvenser for NSD og for foretakets økonomi.

Programorganisasjonen i samarbeid med NSD Mottaksprosjektet skal utarbeide "Plan B", som kan iverksettes dersom risikoen inntreffer. I tillegg rapporteres det om risiko for at den forsinkede implementeringen av Helselogistikk og DIPS Arena kan føre til kapasitetsutfordringer knyttet til tilgang på de samme ressursene. Prosjekteiere skal forberede forslag til prioritering av ressurser og behandle dette i programstyret, porteføljestyret og foretaksledelsen.

Nye regler fra EU for bruk av amerikansk sky knyttet til Helselogistikk inn-/utsjekking har bidratt til at en betydelig usikkerhetsfaktor nå er eliminert.

Arealbruksplan PHT rapporterer **rød** status på fremdrift. Alle nødvendige analyser er imidlertid levert. Det forventes ikke ytterligere forsinkelser og rapporten skal være klar i slutten av november.

Handlingsplan for bærekraftig utvikling

Planen for en bærekraftig utvikling av foretaket er justert og forkortet etter styrets behandling i møtet 28. august 2023. Oppdatert versjon følger som vedlegg 2. Det legges derfor opp til nytt vedtak om planen. Siden styrets behandling i august er det i samarbeid med foretakstillitsvalgte og foretakshovedverneombud jobbet videre med tiltak for bedre samhandling og medvirkning. Det vil i møte med tillitsvalgte og vernetjeneste på foretaksnivå 21. september være en gjennomgang av de forhold som resulterte i at ansattvalgte representanter i styret ikke tilsluttet seg styrevedtaket. Mindre justeringer kan derfor komme etter dette, og vil bli presentert for styret i møtet.

Foretaksledelsen, FTV og FVT har påstartet arbeidet med å gjennomføre en helhetlig risikovurdering av planen, med tilhørende tiltak for å redusere risiko. Det vises til vedlegg 3 risikovurdering. Det er identifisert risikoer knyttet til ledelse og lederes kapasitet til å gjennomføre endringer og nødvendige tiltak. Roller, ansvar og forventninger må avklares mellom arbeidsgiver, organisasjonene og vernetjenesten. Tidsfaktor og ressurser nevnes som risikofaktorer som kan forsinke tiltaksarbeidet.

Det vil være nødvendig å få på plass struktur og systemer for endringsarbeidet, samt forankring i alle ledd. Systemet må sikre hele lederlinjen fra styret og helt ned til ledelse på nivå 4/5. Klinikkenes handlingsplaner må være i tråd med bærekraftplanen og systemer i VVHF, samt tidsplan for tematisk behandling i møter.

Det fremheves at det vil være en risiko for gjennomføringen av planen om det ikke sikres medvirkning i alle ledd fra øverste ledelse og helt ut i organisasjonen.

Hovedpunkter fra statusrapporten

Rapportering av er ment å gi styret en god statusoversikt inkludert risikoområdene. Rapporten, vedlegg 4, viser at foretaket har kommet i gang med tiltaksarbeidet på flere områder, men at det

er områder som identifiseres med høy risiko i forhold til gjennomføring. Dette vil gi økt oppmerksomhet i det videre arbeid.

Risikovurdering av virksomhetsplan 2023 pr. 2. tertial

Status i risikovurderingene – angitt risiko for at mål ikke oppnås etter planlagte tiltak:

Risikoområde	Vurdering i virksomhetsplan 2023	Vurdering pr. 1. tertial 2023	Vurdering pr. 2. tertial 2023	Kommentar
Styrke bruker-medvirkning og brukerstyring	Moderat	Moderat	Moderat	
Skape trygge og helhetlige pasientforløp	Moderat	Moderat	Moderat	Ventetider er høyere enn mål. Fortsatt stor pågang av pasienter innen psykiatrien
Styrke samhandling og nettverk	Moderat	Moderat	Moderat	
Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi	Moderat	Moderat	Moderat	Forsinkede IKT leveranser Komplekse systemer. Generelt høyt trusselbilde.
Sikre personell med rett kompetanse	Betydelig	Betydelig	Betydelig	Fortsatt høyt sykefravær, vanskelig tilgang på kvalifisert personell
Sikre bærekraftig økonomi	Moderat	Betydelig	Betydelig	Forsinkede og manglede effekter av planlagte tiltak, høyt sykefravær, manglende midler til investeringer.
Miljøkrav	Moderat	Moderat	Moderat	
Forberede organisasjonen på innflytting i NSD	Moderat	Moderat	Moderat	

Administrerende direktørs vurderinger

VVHF leverer helsetjenester av god kvalitet, selv om ventetiden har blitt noe lengre innenfor både somatikk og psykisk helsevern. Det økonomiske resultatet er ikke i tråd med plan, og det svekker den fremtidige investeringsevnen. På sikt er ikke det bærekraftig. Omfattende tiltak og omstilling er påkrevet, og dette arbeidet er systematisert gjennom Handlingsplan for bærekraftig utvikling.

Kontroll på arbeidsprosessene gjennom standardisering, og samtidig tilrettelegging for økt fleksibilitet i arbeidstidsordninger er viktige grep for å kunne organisere driften på en hensiktsmessig måte.

Administrerende direktør anbefaler at styret tar virksomhetsrapporten pr. 2. tertial til etterretning og vedtar oppdatert versjon av Handlingsplan for bærekraftig utvikling.

- Vedlegg:
1. Virksomhetsrapportering pr. 2. tertial 2023
 2. Handlingsplan for bærekraftig utvikling
 3. Risikovurdering bærekraftsplan
 4. Statusrapport - gjennomføring handlingsplan for bærekraftig utvikling
 5. IKT – statusrapport 2. tertial 2023

Vedlegg 1

Virksomhetsrapportering for Vestre Viken HF pr. 2. tertial 2023

Innholdsfortegnelse

1.	Mål 2023 med risikovurderinger.....	2
1.2	Skape trygge og helhetlig pasientforløp.....	7
1.3	Styrke samhandling og nettverk.....	18
1.4	Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi.....	21
1.5	Sikre personell med rett kompetanse.....	28
1.6	Sikre bærekraftig økonomi.....	37
1.6.1	Arealutvikling.....	47
1.7	Miljøtiltak.....	52
2	Forberede organisasjonen på innflytting i NSD.....	60

1. Mål 2023 med risikovurderinger

1.1 Styrke brukermedvirkning og brukerstyring

Helsetjenesten skal ta utgangspunkt i pasientenes behov, ressurser og preferanser. Pasientene skal oppleve likeverdighet i møte med helsepersonell, og respekt for den enkelte pasient skal være fundamentet i all behandling. Brukermedvirkning innebærer at pasienter og pårørende deltar i beslutninger om egen helse og behandling, samt utvikling av helsetjenestene på alle nivå. Det forutsetter blant annet tilstrekkelig informasjon på en måte pasienten forstår, og anledning til å medvirke i valg av behandlingsalternativer.

Alt for mange pasienter står i venteliste-kø. En av grunnene er at folk ikke møter til timen, eller ikke møter riktig forberedt. Dette fører til at timer blir stående ubenyttet. En annen grunn er at det er for kort planleggingshorisont som medfører at tentativ dato må settes. I tillegg brukes det fysiske konsultasjoner på sykehuset til pasienter som kunne vært behandlet eller fulgt opp hjemme.

Pasientens kunnskap og erfaring skal brukes i arbeidet med å utvikle og forbedre helsetjenestene. Å tilrettelegge for bruk av SMS ved innhenting av brukererfaringer gjennom brukerundersøkelser, er avgjørende for å øke mengden tilbakemeldinger.

Brukerstyring innebærer at pasienten selv styrer tjenesten eller tiltaket. Tjenesten skal være behovsstyrt, ikke kalenderstyrt. Blant annet gjennom bruk av teknologi og digital hjemmeoppfølging legges det til rette for brukerstyrt oppfølging.

Brukermedvirkning på systemnivå ivaretas gjennom Brukerutvalget og Ungdomsrådet. Brukermedvirkning forsøkes å ivaretas på alle aktuelle områder, også utover de rent medisinske områdene. Blant annet er det brukermedvirkning ved utforming av arealer.

VVHF		August	Hittil i år	Prognose
AKTIVITET - Telefon- og videokonsultasjoner - ANDEL	Resultat	12,1	11,4	12,0
	Plan	15,0	15,0	15,0
	Awik	-2,9	-3,6	-3,0
	I fjor	9,8	10,9	10,9

Mål	Indikator - status	Måleperiode	Vurdering	Tiltak
Minst 15 prosent av polikliniske pasienter skal følges opp via digitale konsultasjoner (telefoni og video)	Andel: 11,4%	Månedlig	Andelen ligger under nasjonale måltall og har ligget stabilt på rundt 11% i 2023.	<ul style="list-style-type: none"> - Tydeligere oppfølging og økt prioritet i lederlinjen. - Systematisk gjennomgang og prioritering av <u>egnede</u> pasientforløp - Det er utarbeidet informasjon til brukerne som bidrar til at de aktivt kan etterspørre video/telefoni, digitale løsninger, dette kaller vi Vestre Viken-kortet - Innføring av ny videoløsning Delta (join) sammen med DIPS Arena vil gjøre det enklere å sette opp videotimer.
Andel pasienter med digital skjemabasert oppfølging og monitorering skal økes	Antall per juli 2023: 1100 2022 totalt: 657	Tertialvis	Her er det en betydelig økning i andel, men fortsatt under regionale mål (1%).	<ul style="list-style-type: none"> - Utvikling av nye skjema for forløp internt - Systematisk gjennomgang og prioritering av <u>egnede</u> pasientforløp - Det er utarbeidet informasjon til brukerne som bidrar til at de aktivt kan etterspørre video/telefoni, digitale løsninger, dette kaller vi Vestre Viken-kortet - Økt systemstøtte (ressurser) til nye forløp - Fokus på skalering/bredning av etablerte forløp

Andel pasienter med gjennomført nettbasert behandlingsprogram skal økes	Antall per juli 2023: 52 nye pasienter	Tertialvis	Under regionale mål (1%), det jobbes ikke strukturert nok med å øke antall.	<ul style="list-style-type: none"> - Tettere oppfølging av egendefinerte måltall. - Motivere pasienter til e-mestring via samtale.
Andel nødsamtaler der video tas i bruk skal økes	Andel per august 2023: 6,9 %	Tertialvis	<p>Under mål om 10%. Årsak til lav prosent er sammensatt. Sommerferieavvikling med minimumsbemanning. I tillegg høyt sykefravær igjennom sommeren – 9,28%. Stor pågang av frequent callers. Som eksempel har vi mottatt 653 nødsamtaler fra en bruker hvorav en stor mengde av disse i sommer.</p> <p>Snitt videobruk hittil i år 9,1%. Minus ca. 2000 nødsamtaler fra frequent callers får vi 9,7% videobruk i snitt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Daglig fokus på området i lederlinjen ut mot AMK personell, morgen, lunsj og vaktslutt ettermiddag. Andel og bruk tas jevnlig opp på alle personalmøter. Vi gir pasientene informasjon som gjør de i stand til å etterspørre digitale løsninger.
Antall forløp med digital skjemabasert oppfølging og monitorering skal øke med minimum 50% i 2023	Antall forløp ved utgangen av 2022: 9, per august 2023: 18	Tertialvis	Målet for året er pr august oppnådd. Det er videre en god utvikling av antall forløp.	<ul style="list-style-type: none"> - Utvikle nye skjema for forløpene internt i foretaket - Øke støtte (ressurser) til nye forløp - Midlertidige ressurser på innovasjon for å bistå i nye forløp er ansatt

Risiko for ikke å oppnå målene

Årsaker til at hendelsen kan inntreffe:

- Får ikke tilgang til nye løsninger for digitalisert behandling.
- Klinikerne klarer ikke å ta i bruk digitale løsninger (raskt nok)
- Brukerne klarer ikke å ta i bruk digitale løsninger (digital utenforskap, mangel på informasjon)
- Manglende systematikk og kapasitet i klinikkene for å igangsette nye forløp
- Manglende lederforankring; ledere som ikke etterspør digitale konsultasjoner
- Manglende kapasitet hos informasjonssikkerhet og personvern for arbeid med nye løsninger

Forebyggende tiltak

- Program for digital hjemmeoppfølging
- Informative nettsider for Vestre Viken Virtuelle sykehus
- Kurs med pasient- og pårørendeopplæring i Vestre Viken er samlet på en felles nettside
- Vestre Viken har fått kompetanse til å selvstendig utarbeide digitale oppfølgingskjema (digital hjemmeoppfølging) for en av to leverandører.

Konsekvens av risikoen

Flere fysiske konsultasjoner gjennomføres der det kunne vært en digital konsultasjon og/eller at digitale konsultasjoner kommer i tillegg til tradisjonell oppfølging av pasienter. U hensiktsmessig bruk av ressursene i helsetjenesten. Unødvendig tidsbruk for pasienter.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• Ved inngangen til 2023	3	3	Moderat
• Vurdering per 1.tertial 2023	3	3	Moderat
• Vurdering per 2.tertial 2023	3	3	Moderat

Prioriterte risikoreducerende tiltak	Forventet full effekt	Status
Innføre digitale brukerundersøkelser via SMS-lenke	31.08.2024	Pågående arbeid, videre prosess venter på Sykehuspartner. Etter planen vil dette kunne tas i bruk medio 2024.
Utrede alternative muligheter for timeinnkalling, avbestilling og ny time	31.12.2023	Et tiltak for å korte ned ventelistekøene er at pasienter må være mer involvert og ta mer styring over egen helse. Det krever innsikt i eget forløp og et økt informasjonsbehov om diagnose og behandling. Prosjektet Digitale innbyggertjenester i Helse Sør-Øst har som målsetning å bidra til at flere møter til time, og at de som møter er korrekt forberedt. Prosjektet skal levere en innbyggertjeneste på helsenorge.no for visning av timeavtaler med informasjon og digital dialog mellom spesialisthelsetjeneste og pasient. Tjenesten planlegges være ferdigstilt og tilbys våre pasienter september 2024.
Etablering av Vestre Viken-kortet	31.12.23	Vestre Viken-kortet informerer pasientene om deres rettigheter og muligheten til å be om digitale behandlingsalternativer. På baksiden gir kortet samme informasjon til helsepersonellet om deres plikter.
Etablere og videreføre varierte kurs i god kommunikasjon, samvalg og kloke valg	31.12.2023	Kommunikasjonsverktøyet 4 gode vaner er etablert i Vestre Viken, tilbudet er tverrfaglig og innarbeider nå også samvalg i tråd med den anbefalte delstrategien for samvalg. Tilbudet er under stadig utvikling, og det skal tilbys kurs med ulik lengde for å sikre deltakelse fra flest mulig.
Systematisk gjennomgang og prioritering av egnede pasientløp for digitale konsultasjoner	31.12.2023	Pågående arbeid, det planlegges også ny "kampanje" for å kartlegge hvilke forløp som egner seg til de alternative oppfølgingsmodalitetene.
Nye tiltak		
Innføre ny videoløsning	31.03.2024	Videotjenesten Delta Join innføres med DIPS Arena. Dette vil gjøre det enklere for helsepersonell å gjennomføre videosamtaler.
To nye innovasjonsmedarbeidere er midlertidig ansatt for å bistå i utvikling av nye digitale forløp	01.10.2023	Ansettelse er gjennomført.

Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	2	3	Moderat

1.2 Skape trygge og helhetlig pasientforløp

Riktig og virkningsfull pasientbehandling er den viktigste oppgaven for Vestre Viken. Planlegging og samarbeid skal sikre sammenhengende helsetjenester for den enkelte pasient. Gode pasientforløp skal utvikles i samarbeid med pasienter og kommunehelsetjenesten.

Sårbare pasienter og pasientgrupper skal vies særskilt oppmerksomhet. Helsetjenestene skal være likeverdige. Sammen med brukere og kommunehelsetjenesten skal VVHF utvikle nye arbeidsformer og modeller. Ny teknologi skal bidra til utvikling av trygge og helhetlige pasientforløp. Forbedringsmodellen brukes i forbedringsarbeid.

VVHF		August		Hittil i år		Prognose	
KVALITET - Kreftbehandling: Pakkeforløp gjennomført innen definert forløpstid - ANDEL	Resultat	0		64		68	
	Plan	70		70		70	
	Avvik	-70		-6		-2	
	I fjor	62		67		68	
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avviklet Somatikk - DAGER	Resultat	83		71		68	
	Plan	64		64		64	
	Avvik	20		7		-4	
	I fjor	73		61		64	
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avviklet PHR - DAGER	Resultat	52		48		45	
	Plan	38		38		38	
	Avvik	14		10		-7	
	I fjor	55		46		44	
KVALITET - Overholdelse av pasientavtaler - ANDEL	Resultat	90		88		91	
	Plan	95		95		95	
	Avvik	-5		-7		-4	
	I fjor	88		89		88	
AKTIVITET - Avslag BUPA - ANDEL	Resultat	14,7		18,5		18,0	
	Plan	10,0		10,0		10,0	
	Avvik	-4,7		-8,5		-8,0	
	I fjor	19,3		22,7		23,8	

Mål	Indikator - status	Måleperiode	Vurdering	Tiltak
<i>Somatikk</i>				
Minimum 70% av pasienter med kreftdiagnose skal behandles i pakkeforløp	Andel: Pr. august: 67%	Månedlig	Det er fortsatt stor variasjon i enkelte av kreftforløpene. Mange av forløpene ligger rett under målet. Lungekreftforløpet har en stor forbedring og ligger rett under målet på 70%. Brystkreftpasientene utgjør en stor andel av våre kreftpasienter, her ligger VV i august på 60%. Dette skyldes i stor grad manglende operasjonskapasitet.	Samarbeid mellom KMD og klinikkene, pågående arbeid mellom VV og OUS. Tilgang til PET-skanner i VV har bidratt til forbedring i enkelte forløp.
Implementere pakkeforløp hjem for pasienter med kreft i løpet av 2023.		Det er ikke besluttet fra regionen hvilke indikatorer som skal benyttes til måling.	Vestre Viken er godt i gang med implementering av pakkeforløp hjem.	Det har vært etablert et læringsnettverk i VV hvor alle klinikkene har hatt mulighet til å delta.
Andel pasienter behandlet ved hjemmedialyse skal være 30%	Andel: Pr. august: 26%	Tertialvis	De fire somatiske klinikkene har opparbeidet hjemmedialysetilbud. Noe variasjon mellom klinikker, BS 15%, TD 27% og DS 35%. Noe av årsaken til manglende måloppnåelse er at pasientgruppen er i stadig endring pga. behandlings-/sykdomsforløp.	Det arbeides i somatiske klinikker for å øke andel i hjemmedialyse. Det er førstevalg og pasienter oppfordres til å velge dette. Medisinske vurderinger og pasientenes preferanser gjør at noen allikevel vil allokeres til hemodialyse.

Ventetid somatikk skal være lavere enn i 2022 (64 dager)	Gj.snittlig ventetid: Pr. august: 71 dager	Månedlig	Høyt sykefravær 2. tertial og avvikling av Fritt Behandlingsvalg gir økt ventetid. Bekymringsfull økning i ventetid, dette er et prioritert område for tiltak.	Drift og organisering poliklinikk for økt utnyttelsesgrad inngår blant tiltakene i revidert bærekraftplan. Støtte fra sentralt ressursteam.
Andel pasienter som mottar timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning skal være større enn 90%	Andel pr august: 86%	Månedlig	Forbedring 2. tert. fra 83,9%. Under mål. Vurderes som mindre avvik.	Kontinuerlig forbedringsarbeid
Andel korridorpatienter skal være lavere enn 1%	Andel: Pr. august: 1,5%	Månedlig	Forbedring i 2. tertial, men ikke på måloppnåelse ennå. Regnes som et mindre avvik.	Kontinuerlig forbedringsarbeid
Minimum 60% av alle pasienter med akutt hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet får denne innen 40 minutter etter innleggelse	Andel: Pr. august: 62%	Tertialvis	VV samlet sett har god måloppnåelse.	Det er iverksatt lokale tiltak og dette følges opp klinikk vis.
Andel planlagte timer poliklinikk 6 måneder frem skal økes.	Andel: Des.22: 65 % Aug.23: 65 %	Månedlig	Ingen forbedring 2. tert. Planlagte timer påvirker ventetid. Prioritert område for tiltak.	Drift og organisering av poliklinikk for økt utnyttelsesgrad inngår blant tiltakene i revidert gevinst – og bærekrafts plan. Sentralt ressursteam gir støtte til poliklinikkene.

<p>Alle inneliggende pasienter skal ha en plan</p>	<p>Andel:</p>	<p>Månedlig</p>	<p>Innført eller delvis innført i alle de somatiske avdelingene. Målinger gjennomføres manuelt. Det rapporteres om god måloppnåelse der det måles.</p>	<p>Det er etablert lokale tiltak, blant annet standardisert dokumentasjon i DIPS, med forløpsplan og beskrevne rutiner i eHåndbok (KS). Pasientens plan defineres i førstedagsnotat med tentativ utreisedato. For å kunne følge denne indikatoren må det iverksettes et arbeid med å definere metode og en plan for automatisert målinger med uttrekk fra DIPS for å forenkle målearbeidet.</p>
<p>Andel ikke møtt skal reduseres</p>	<p>Andel: 2022: 4,6 % Pr. aug. 23: 4,5 %</p>	<p>Tertialvis</p>	<p>Variasjon mellom fagområdene med høyest andel ikke møtt i PHR, men det er ikke uventet en høyere andel ikke møtt blant denne pasientgruppen.</p>	<p>Iverksette kartlegging av fagområder med høy andel ikke møtt med lokale/målrettede tiltak etter kartleggingen. Det jobbes med å spesifisere detaljer i SMS-påminnelsen som sendes til pasientene om timeavtalen. PHR må gjennomgå sine rutiner og vurdere nye tiltak.</p>

Minimum 95 % av alle pasientavtaler skal være overholdt til planlagt tid	Andel: Pr. august: 88%	Månedlig	Fortsatt ikke mål-oppnåelse. Øyesykdommer og hjertesykdommer utgjør den største andelen. En oppfølging av revisjonen viser til forbedring på flere områder. Gjennomgangen av øyeområdet viser at det er effektiv drift av avdelingen, men stor pågang av pasienter.	Det er iverksatt tiltak på hjertesykdommer etter revisjon i 2022. I øyeavdelingen er det nylig gjennomført et revisjonsarbeid og funn fra denne blir oppsummert og presentert i disse dager. Det er pågående ansettelse av en ny spesialist og innkjøpt ytterligere MTU for å øke den totale kapasiteten. Kveldspoliklinikk er videreført ut 2023.
Antall epikriser sendt innen samme dag skal være større enn 85 %	Andel: Pr. august: 77,6 %	Tertialvis	Forbedring i 2. tertial, men fortsatt under målet.	Følges opp i klinikkene.
Strukturert visitt skal innføres ved alle sengeposter	Andel: ikke målt Kan være aktuelt for intern revisjon?		Det jobbes systematisk med implementering av strukturert visitt gjennom forbedrings-arbeid på sengepostene.	Tiltak som er iverksatt er blant annet triagering for å styre rekkefølge på visitt, tidlig klarering for utreise, daglige teammøter med tverrfaglig dialog og avklaringer. Måleindikatoren krever et manuelt arbeid og er ikke egnet for monitorering utover den oppfølging som skjer direkte i linjen.
Andel reinnleggelser skal reduseres	Andel: 14%	Tertialvis	Andel reinnleggelser har gått ned i 2. tert. Fra 16% t. 14%.	Digital hjemmeoppfølging, og områder i sikre pasientforløp.

Utnyttelsen av operasjonsstuen skal økes	Andel: Ikke definert felles måleparametere	Tertialvis	Det jobbes med forbedringsarbeider på alle klinikkene, konkrete lokale tiltak og mål. Forventet full effekt først i 2024 når tiltakspakken er implementert.	Lokale tiltak er iverksatt i flere av klinikkene. Målinger knyttes til ulike tiltak. RS og BS har tiltak og målinger i Life QI.
Flere pasienter skal skrives ut før kl 13	Andel: 2022: 26% Pr. aug.23: 27 %	Tertialvis	Det jobbes systematisk med dette i alle klinikkene. Måloppnåelse varierer mellom 22% og 30%. Det er en forbedring flere steder og manglende måloppnåelse forklares i noen tilfeller med venting på helseekspress, ambulanse, pårørende som skal hente etc.	Tiltakene det jobbes med i sikre pasientforløp er: strukturert visitt, tverrfaglige teammøter og plan i førstedagsnotatet for tentativ utreise.
<i>Psykiatri</i>				
Minimum 80% av pasienter innen PHR skal behandles i pakkeforløp - Involvert i behandlingsplan	Andel: Pr. august: 53 %	Månedlig	Koding er mangelfull. Hdir arbeider med nye veiledere for pasientforløpene for alle fagområdene - Avventer videre arbeid til disse er ferdigstilt. Risiko vurderes som lav.	Forsterket opplæring planlegges ved innføring av DIPS Arena. Interne revisjoner viser at det foreligger flere behandlingsplaner enn de som er kodet.

<p>Ventetid PHR voksen og TSB skal ikke økes sammenliknet med 2022 (på sikt skal ventetid være lavere enn 40/30 dager)</p>	<p>Gj.snittlig ventetid VOP og TSB: Pr. august: 47 dager</p> <p>TSB: 39 dager VOP: 48 dager</p> <p>Ventetiden har økt med 4 dager sammenliknet med 2022 innen VOP. Ventetid innen TSB er uendret.</p>	<p>Månedlig</p>	<p>Markant økning i henvisninger både til BUPA og DPS-ene utfordrer nedgang i ventetid. Flere pasienter tas inn til utredning og avklaring.</p> <p>Ventetid følges nøye, men risiko for pasientsikkerhet vurderes lav da ø-hjelp og pasienter med alvorlige tilstander tas raskt imot.</p>	<p>Det er variasjon i ventetid mellom DPS-ene Det er iverksatt enkelte lokale tiltak.</p>
<p>Ventetid barn og unge PHR skal ikke økes sammenliknet med 2022 (på sikt skal ventetid være lavere enn 35 dager)</p>	<p>Gj.snittlig ventetid: Pr. august: 49 dager</p> <p>Ventetiden har gått ned med 5 dager fra samme tidspunkt i fjor.</p>	<p>Månedlig</p>	<p>Flere pasienter tas inn til utredning / avklaring Ventetid følges nøye, men risiko for pasientsikkerhet vurderes lav da ø-hjelp og pasienter med alvorlige tilstander tas raskt imot. Ø-hjelp pasienter uten ventetid. Gjennomsnittlig ventetid for spiseforstyrrelser og alvorlig psykisk lidelse er 7 dager.</p>	<p>Det ble etablert standard heldags utredning ved alle poliklinikkene høsten 2022.</p>
<p>Epikriser skal sendes med samme dag</p>	<p>Andel: Pr. august: 61,0%</p>	<p>Månedlig</p>	<p>Rekrutteringsvansker til spesialiststillinger i døgnsesjonene fører til forsinkelser.</p>	<p>Rekruttering til vakante behandlerstillinger vil øke andelen.</p>

Andel avslag psykiatri skal være under 10% for BUPA og under 11,4% for DPS	Andel avslag: Pr. august: BUPA: 18,5 % DPS:17,3 % I august er andel avslag i BUPA på 14,7%, positiv utvikling fra tidligere mnd.	Månedlig	Økningen i henvisninger medfører behov for endring i arbeidsprosesser for ytterligere å redusere avslag.	I DPS-ene er det etablert avklaringsteam dvs. flere tas inn til vurdering - det gjenstår og bredde til alle DPS. BUPA fortsetter felles inntak med kommunene. Planlagt kalibreringskonferanse i oktober.
Tvangsbruk i psykiatrien skal reduseres fra 2022 (antall unike pasienter med tvangsmiddelvedtak)	Antall pr. august: 145 - Blakstad (131 i 2022) 21 - BUPA (18 i 2022)	Tertialvis	Økt antall innleggelser hittil i år til Blakstad. Flere pasienter med alvorlig voldsproblematikk til Blakstad. Økt antall innleggelser i BUPA. Antall tvangsinnleggelser er få, og det må påregnes variasjon.	Opplæringsprogrammet i hvordan møte vold og aggresjonsproblematikk videreføres både i VOP og BUPA.
<i>Prehospitaltjenester</i>				
Responstider for ambulanser skal ikke forverres (fra 2022)	Tider er tilnærmet uendret fra 2022	Månedlig	Responstider i 2. tert. 2023 er tilsvarende responstider i 2022	Tiltak i ambulanseavdelingen har ikke ført til dårligere responstider
Pasientreiser Servicegrad (QOS) 80 % av alle innkommende samtaler 05515 skal besvares innen 90 sekunder	Andel per aug: 79.4%	Månedlig	Er nærme målet, til tross for høyt sykefravær	Rekruttering av vikarer er krevende, så har gått med 1 årsverk under plan hittil i år. Har iverksatt aktive tiltak for å redusere sykefravær
Andel nødsamtaler ved AMK sentralen besvart innen 10 sekunder skal være større enn 90 %	Andel per aug: 95.6 %	Månedlig	Godt innenfor lovkrav	Ingen ytterligere tiltak

<i>Medisinsk diagnostikk</i>				
Pakkeforløp kreft innen standard forløpstid skal være høyere enn 75%	Andel: Pr. august: 67 %	Månedlig	Bruk av KMD tjenester har økt betydelig år for år, uten at vi har satt inn ressurser i samme tempo. Kapasiteten er nå sprengt, spesielt på radiologsiden, men også tilgang til utstyr og radiografer. Dette medfører at det er flere og flere høyt prioritert undersøkelser som internt konkurrerer med hverandre. Dette gjør det vanskeligere å alltid holde seg til, for eksempel, pakkeforløpstider.	Tiltak er blanding av innmeldt ressursbehov i budsjettprosess kombinert med utviklingsarbeid som skal gjøre oss mer bærekraftig, dvs. å øke kapasitet uten at vi må øke ressursinnsatsen i samme tempo. Tiltak som KI, Nettverk organisert, felles lister, riktig bruk, osv. vil frigjøre ressurser til å absorbere økte aktivitetskrav.
Andel endelig svar bildediagnostikk innen neste dag Ø-hjelp og inneliggende skal være over 90%	Andel: Pr. august: 93%	Månedlig	Vi prioritere å sette ut polikliniske pasienter til private kommersielle med avtale for å prioritere inneliggende, men nå er alt som er aktuelt å sende ut av foretaket allerede satt ut og kapasiteten for inneliggende er sprengt. Vi derfor bruker mye kveldspoliklinikk, overtid og innleie for å håndtere dette.	Tiltak er blanding av innmeldt ressursbehov i budsjettprosess kombinert med utviklingsarbeid som skal gjøre oss mer bærekraftig, dvs. å øke kapasitet uten at vi må øke ressursinnsatsen i samme tempo. Tiltak som KI, Nettverk organisert, felles lister, riktig bruk, osv. vil frigjøre ressurser til å absorbere økte aktivitetskrav.

Andel endelig svar bildediagnostikk innen 5 virkedager polikliniske pasienter skal være over 95% (andel i %)*	Andel: Pr. august: 83 %	Månedlig	Vi sender det meste til private kommersielle med avtale nå, siden vi ikke har kapasitet til dette.	Kunstig intelligens Felles lister på tvers av lokasjoner Riktig bruk av bildediagnostikk, "kloke valg".
CITO pakkeforløp inkl. immunhistokjemi besvart innen 5 virkedager – skal være over 80%	Andel: Pr. august: 72 %	Månedlig	Pålagt deltakelse i en rekke prosjekter har medført at erfarent personal tas ut av ordinært diagnostisk arbeid. Dette har gitt lengre svartider. Det har vært vanskelig å rekruttere erstatning for personale som er tatt ut i prosjekter.	Bruk av innleie, bruk av overtid, omprioriteringer og nyansettelser.
Svartid Ø-hjelp CRP (median) skal være under 60 minutter	Minutter: 52	Månedlig	innenfor målet	Ingen ytterligere tiltak
<i>Overordnet</i>				
Forekomst (prevalens) av helsetjeneste-assosierte infeksjoner (HAI) skal være mindre enn tre prosent.	Andel: 4,2 %	Resultatet som vises, er for Q2. Data registreres ikke tertialvis, men kvartalsvis	For perioden 2018 Q1 – 2023 Q2 lå HAI i Vestre Viken på 2,9 %. Denne forekomsten var lavere enn i HSØ og landet for øvrig, og den var lavere enn målkravet. Siste måling lå imidlertid høyere enn forventet, vi antar at dette skyldes tilfeldig variasjon..	Kontinuerlig og systematisk arbeid med grunnleggende smittevern og infeksjonsforebygging. Ordningen med smittevernkontakter ved alle seksjoner.

Risiko for ikke å oppnå målene
<p><i>Årsaker til at hendelsen kan inntreffe:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lederkapasitet til å gjennomføre omstillinger. - Økt antall henvisninger innen PHR - Økt etterspørsel etter radiologitjenester - Bortfall av fritt behandlingsvalg. Manglende kapasitet i somatiske poliklinikker (hjerte, gastroenterologi og øye) - Manglende kapasitet til å skalere opp ved akutte behov og høysesong <p><i>Forebyggende tiltak</i></p> <p>Prioritering i budsjett 2023: livsstilspoliklinikk, transport av nyfødte, Life QI brukerlisenser, AMK legebemannning, vekst PHR, vekst KMD. Månedlig oppfølging av klinikker, avdelinger og seksjoner. Iverksettelse av plan for fremtidig bærekraft.</p> <p><i>Konsekvens av risikoen</i></p> <p>Økt ventetid for helsehjelp med økt sykkelighet for brukere. Uønsket variasjon. Økte kostnader for bemanning. Inntektssvikt som følge av redusert elektiv drift.</p>

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• Ved inngangen til 2023	4	3	betydelig
• Vurdering per 1.tertial 2023	4	3	betydelig
• Vurdering per 2.tertial 2023	4	3	betydelig

Prioriterte risikoreduserende tiltak	Forventet full effekt	Status
Utnytte ressurser, MTU og arealer bedre på poliklinikker i somatikk og PHR	31.12.2023	Drift og organisering poliklinikk inngår blant tiltakene i revidert bærekraftsplan. Sentralt ressursteam bistår.
Gjennomføre minst to fagrevisjoner på utvalgte områder.	2024	Det er definert to områder for gjennomføring med planlagt oppstart høst 2023 for den første og febr. 2024 for den andre.
Sikre pasientforløp implementert i hele foretaket	31.12.2023	Sikre pasientforløp har flere større tiltak inkludert. Høy risiko for at målet ikke er nådd innen utgangen av 2023.
Organisering av poliklinikker for å møte økt pågang etter avviklingen av fritt behandlingsvalg	31.12.2023	Innkjøpt nytt MTU (hjerterpoliklinikkene) samt oppfølging av funn og tiltak i revisjonsrapport. HSØ har økt volum for

		hjerterundersøkelser i somatikkanskaffelsen med 50% gjeldende ut 2023.
Øke intensivkapasitet, fleksibilitet: <ul style="list-style-type: none"> - Opplæringstiltak for å kvalifisere personell til å håndtere intensivpasienter, oppgavedeling. - Gjennomføre strukturelle grep for å øke fleksibilitet og kapasitet 	31.12.2023	Fullføre arbeidet med å øke intensivkapasiteten i henhold til oppdrag gitt fra HSØ RHF i 2023. Bygge på rapport levert HOD desember 2022 samt regional rapport fra våren 2023.
Implementere metodikk «kloke valg»	31.12.2024	Det er igangsatt et arbeid i LIS opplæring
Reduksjon innleie	31.12.2023	Ansvar klinikkene - pågår.
Etablere trygg transport av syke nyfødte og intensivpasienter	31.12.2023	Utredning gjennomført og det pågår etablering av døgnkontinuerlig, legebemannet transport. Antatt i funksjon årsskiftet 2023/2024.

Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	3	3	Moderat

1.3 Styrke samhandling og nettverk

Samhandling og samarbeid i nettverk er en forutsetning for å skape gode helsetjenester.

Samhandlingsarenaer og faglige møteplasser med kommunene skal videreutvikles i helsefellesskapet.

Vestre Viken skal kjennetegnes ved et sterkt fellesskap som samarbeider for å skape bedre helsetjenester for pasienten. Sykehusene skal utvikles i nettverk som legger til rette for klinisk samarbeid om pasienten og sikrer robuste og likeverdige helsetjenester til befolkningen i hele sykehusområdet.

Det skal etableres en felles lærende kultur der fagmiljøene deler kompetanse på tvers, for å fremme pasientsikkerhet og kontinuerlig forbedring.

Mål	Indikator	Måleperiode	Vurdering	Tiltak
Pasienter med samarbeidsmøter mellom spesialist- og primærhelsetjenesten innen psykisk helsevern og rusbehandling	Andel: 34 % Etter 1. tertial var andel 25 %	Tertialvis	Ved evaluering av de nasjonale pasientforløpene vil dette bli et av områdene klinikken vil arbeide videre med.	
Pasienter med teambasert oppfølging (for eksempel ACT-/FACT-team) Skal være høyere enn i 2022	Andel Pasienter i FACT team: DPS: 9,6 % BUPA: 3 % I 2022 var andel pasienter i FACT: DPS: 9,1 % BUPA: 1,5 %	Tertialvis	Inkludering av pasienter til FACT voksen og FACT ung følger oppsatt plan for opptrapping.	Jevnlig evaluering av måloppnåelse i etablerte styringsgrupper rundt hvert FACT-team.
Aktive fagnettverk i indremedisin, kirurgi, ortopedi, gynekologi og fødselshjelp, anestesi, intensiv og operasjon (AIO). Fagnettverkene skal bidra til beste praksis i VV, reduksjon av uønsket variasjon, god utnyttelse av kapasitet, robust faglig tilbud, god utdanning (LIS, annet helsepersonell), fagutvikling og samarbeid mellom fagmiljøene i VVHF.	Antall standardiserte pasientforløp i VV: tallgrunnlag for rapportering foreligger ikke	Tertialvis	Det er etablert fagnettverk innen gynekologi og fødselshjelp, ortopedi og hjertemedisin som fungerer bra.	Oppfølging og struktur i fagnettverkene koordineres i sentral stab.
Alle ansatte har gjennomført opplæring i bruk av TEAMS	Antall gjennomført e-læringskurs: 1821 påbegynt kurs 1459 bestått kurs Økt med 155 fra 1.tertial	Tertialvis	Manglende ibruktakelse av Teams som samarbeidsplattform i hele foretaket gjør det mer utfordrende å få til effektivt samarbeid innenfor ulike prosjekter, faggrupper, på tvers av klinikker etc.	Etablere nye kompetanseplaner tildelt på ansattnivå. Statistikk publisert for superbrukere for oppfølging i egen klinikk

Risiko for ikke å oppnå målene
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 i forbedringsarbeidet.

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

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

Etablert samarbeidsmøter mellom somatiske klinikkdirektører for videre utvikling av samhandlingen mellom klinikkene.

Konsekvens av risikoen

Varierte forbruksrater og resultater av behandlingen ved foretakets klinikker, samt varierende komplikasjonsrater. Ulik arbeidsbelastning og unødvendig merbelastning på fast personell. Økte kostnader.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• Ved inngangen til 2023	3	3	moderat
• Vurdering per 1.tertial 2023	3	3	moderat
• Vurdering per 2.tertial 2023	3	3	moderat

Prioriterte risikoreduserende tiltak	Forventet full effekt	Status
Nettverksgruppen for somatiske klinikker fremlegger forslag til plan for å sikre robuste fagmiljøer og hensiktsmessig vaktordninger samt fag- og funksjonsfordeling.	31.3.2023	Det er utarbeidet et mandat for arbeidet, ny fagdirektør er gått inn i gruppen. Barnepoliklinikken ved BS er tilbakeført til DS 01.08.23. Endokrinologien ved RS er overført til BS 01.09.23. Pågående arbeid omkring organisering av urologisk tilbud i Vestre Viken.
Forbedret ferieplanlegging, blant annet at sårbare fagmiljøer skal samordne ferie på tvers av lokasjoner.	2024	Påbegynnes tidlig høst 2023, med foreliggende ferieplan 01.12.23.
Helhetlig ambulansetjeneste i VVHF	2025	Avventer pågående regional utredning for organisering av prehospitaltjenester.

Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	2	3	moderat

1.4 Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi

Forskning, innovasjon og teknologi skal heve kvaliteten i helsetjenesten, være tett integrert i pasientbehandlingen, og en naturlig del av virksomheten. Pasientene skal ha tilgang til fremtidsrettet behandling gjennom deltakelse i kliniske studier. Alle pasienter skal vurderes for deltakelse i klinisk forskning.

Samarbeid med kommuner, utdanningsinstitusjoner og andre helse- og næringslivsaktører skal bidra til nye løsninger og behandlingsmetoder, høyere forsknings- og innovasjons-aktivitet, og bedre helsetjenester.

Teknologi skal bidra til utvikling av trygge og helhetlige pasientforløp og forbedring av diagnostikk og behandling. Digitalisering og digital hjemmeoppfølging skal bidra til økt brukerstyring og behandlingstilbud nær pasienten. Nytt sykehus i Drammen gir nye muligheter til tjenesteinnovasjon og nye digitale løsninger. Mottaksprosjektet i nytt sykehus er et virkemiddel for å utvikle helsetjenestene og nye arbeidsformer i hele Vestre Viken. De nye teknologiske løsningene skal bidra til raskere og mer tidseffektive prosesser for pasienter og ansatte. Vestre Viken skal ligge i front med digital samhandling med pasient, fastlege, kommune og andre helseaktører.

All behandling av sensitiv informasjon i foretaket skal foretas innenfor en akseptabel risiko som ivaretar informasjonssikkerhet og i samsvar med de krav som er gitt i lov og avtaler.

Sikkerhetsmål og nivå for akseptabel risiko for informasjonssikkerhet gjelder for all informasjonsbehandling av helse- og personopplysninger, herunder pseudonymiserte (avidentifiserte) personopplysninger. Sikkerhetsmål og nivå for akseptabel risiko for informasjonssikkerhet gjelder uavhengig av hvor opplysningene oppstår, og omfatter også informasjon i MTU og annet teknisk utstyr.

Mål	Indikator - status	Måleperiode	Vurdering	Tiltak
<i>Innovasjon</i>				
Antall innovasjoner som er registrert i Ideportalen skal økes. Antall innovasjonspoeng skal økes.	Antall: for 2022 var det 112 poeng	Årlig	Dette måles ved årsskifte 2023/2024.	

<i>Forskning</i>				
Øke antall kliniske behandlingsstudier med minst 15 prosent sammenliknet med 2022	Antall nye kliniske behandlingsstudier: 11 nye studier innmeldt så langt i 2023 (5 nye dette tertial) Antall behandlingsstudier totalt: ca 60	Tertialvis	I 2022 var det 48 kliniske behandlingsstudier som inkluderte pasienter. Med 11 nye innmeldte studier i 2023 er det en god økning.	Oppfølging av tiltaksplan for kliniske studier Midler til studiepersonell i klinikkene Tildelt 5 nye 20% postdoktorer for å jobbe med kliniske studier
Antall nye kontrakter for oppdragsforskning skal økes	Antall: 8 nye så langt i 2023 (4 nye dette tertial) Totalt 5 nye i 2022	Tertialvis	God økning.	Oppfølging av tiltaksplan for kliniske studier Fordeling av NorTrials midler for studiepersonell i klinikkene Tildelt 5 nye 20% postdoktorer for å jobbe med kliniske studier
Forskning på digital hjemmeoppfølging skal øke, minst tre nye prosjekter i 2023	Antall nye innmeldte forskningsprosjekter med digital hjemmeoppfølging: 2 Totalt 2 i 2022.	Tertialvis	Flere forskningsprosjekter med digital hjemmeoppfølging under planlegging. Økning som planlagt.	Fokus på digital hjemmeoppfølging i forskningsmiljøene Bistand fra FOI til forskningsprosjektene
<i>Digitalisering – ta i bruk teknologi</i>				
Ta i bruk kunstig intelligens innen bildediagnostikk	Antall algoritmer tatt i bruk: 1 applikasjon tatt i bruk	Tertialvis	Første applikasjon tatt i bruk 29.08.23 innen bildediagnostikk ved Bærum sykehus. Dette er i henhold til plan.	Hele VVHF skal ha applikasjonen i bruk innen 2023. VVHF mottatt midler fra HSØ for å støtte andre foretak i HSØ med bredding, nettverk og støttefunksjoner

Helselogistikk: Gjennomført pilot og etablert/igangsatt etablering av nødvendig funksjonalitet for NSD	Evalueringsrapport levert:	Årlig	Elektroniske tavler med begrenset funksjonalitet vært til test juni-august ved Drammen sykehus. Oppstart ibruktakelse for deler av løsningen er satt til oktober 2023. Det er fortsatt forsinkelser på område C som er sentral for helhetlig driftskonsept NSD.	Følges opp gjennom programstyre VIDT og porteføljestyret. Det vurderes igangsatt ytterligere forsterket tiltak og ledelsesoppfølging for risikostyring og -minimering.
DIPS Arena innføring	Evalueringsrapport levert:	Årlig	Oppstart er blitt forskjøvet fra 12.11.23 til 10.2.2024. Bakgrunnen for utsettelsen er teknologi og avhengigheter i det regionale leveranseprosjektet.	Oppfølging gjennom programstyre VIDT og porteføljestyret.
Digital patologi gjennomført steg 1 for implementering av digital skanner mot nytt arkiv	Evalueringsrapport levert:	Årlig	Som følge av status og risikovurdering i 1.tertial, er oppstart skjøvet fra mai 2023 til mai 2024. Prosjektet er avhengig av en vellykket overføring av leveransekapasitet fra Regionalt prosjekt til Sykehuspartner.	Oppfølging gjennom program VIDT og porteføljestyret.
Innføring av helhetlig nasjonal løsning for Kjernejournal dokumentdeling, et tiltak i målet om "En innbygger – en journal"	Antall dokumenter delt til/fra Vestre Viken	Tertialvis (fra og med 3. tertial)		Journal-dokumenter i spesialist-tjenesten kan nå deles i HSØ, Helse Vest og Nord. Våre fastleger kan også se dette. Senere avtalespesialister og kommune/legevakt

Redusere antall beredskapshendelser knyttet til svikt i IKT eller medisinsk teknisk utstyr sammenlignet med 2022	Antall beredskapshendelser hvor minst en klinikk har satt GRØNN beredskap pga svikt i kritiske systemer: 3	Tertialvis	Det er registrert tre hendelser pr 2. tertial som har medført økt beredskap. To av disse er relatert til ekstremværet "Hans"	Styrket beredskapsarbeidet med ressurs i stab teknologi. Videre innsats legges i operasjonalisering av nytt planverk for helseteknologi og gjennomføring av øvelser
Etablert gevinstrealisering for gjennomførte og pågående prosjekter innen STIM infrastrukturmodernisering	Antall gevinster for STIM programmet:	Årlig	Dette måles ved årsskifte 2023/2024.	Endret fra plan pr prosjekter til å lage en samlet gevinstplan for STIM programmet
Ferdigstilt flere prioriterte IKT-leveranser fra Sykehuspartner målt mot 2022	Antall ferdigstilt: 12	Månedlig	Pr 2. tertial 2023 er det levert 12 prioriterte leveranser, 5 flere enn i 2022 samme periode	Fortsette med forsterket oppfølging ovenfor Sykehuspartner og fokusere aktivitet mot prioriterte leveranser innen NSD
Alle IKT-hovedsystemer har utfylt IKT-sjekkliste i tråd med IKT-styringsystem	Andel av total: 18,4 %	Tertialvis	Økt fra 5,4 % til 18,4 % fylt ut og signert pr 2. tertial.	Forbedre rutiner og styrke oppfølging av arbeidet. Datagrunnlag skal evalueres med henblikk på å utelukke der det ikke er behov for sjekkliste
Redusere antall applikasjoner gjennom standardisering og sanering	421 applikasjoner pr 2. tertial 2023 0 applikasjoner meldt for sanering pr 2. tertial	Tertialvis		Innsats konsentreres mot NSD og fremtidig applikasjonsportefølje for VV total sett
<i>Informasjonssikkerhet</i>				
Informasjonssystemer som benyttes av helseforetaket, skal dokumenteres og sikkerhetsvurderes gjennom risiko- og sårbarhetsvurderinger. Det skal være avklart om informasjonssystemet vil kreve DPIA (personvernkonsekvensvurdering)	Antall: Lokale ROS: 15 Regionale ROS: 6 DPIA: 9	Tertialvis		

Status for informasjonssystemenes restanser knyttet til informasjonssikkerhet og personvern skal dokumenteres og innrapporteres.	Antall: Totaloversikt over restanser er p.t. ukjent, som årsak av mangel på restanseregister.	Tertialvis	Antallet sett opp mot gjennomførte ROS, vurderes til å være høyt basert på antall tilsluttede ROS med restanser.	Eksisterende tiltak videreføres
Alle avvik knyttet til hendelser som påvirker informasjonssikkerhet og personvern skal meldes i avvikssystem	Antall: 16	Tertialvis	Det oppleves at flere avvikssaker ikke registreres i Synergi	Kjøre en enkel kampanje for alle ansatte til å melde informasjonssikkerhet- og personvernsvik i Synergi.
Oppgradert operativsystem på PC-klienter innenfor windows10 fase2 og fase3	Andel: 99,9 % oppgradert	Tertialvis	Gjenstår kun få klienter på Windows 7. Disse følges opp med dediserte tiltak	Få antall restanser som det er etablert tiltak for og alle forventes løst i løpet av 2023

Risiko for ikke å oppnå målene***Årsak til at hendelsen kan inntreffe***Innovasjon/forskning:

Manglende investeringsmidler, manglende lederkapasitet, lav omstillingskapasitet. Manglende kapasitet i klinikkene til kliniske studier. Manglende kapasitet hos personvern og informasjonssikkerhet til forsknings- og innovasjonsprosjekter.

Digitalisering – Ta i bruk teknologi:

Lav digital kompetanse. Manglende bruk av rutiner i IKT-styringssystem eller bruk av nye systemer og funksjonalitet. Mange prosjekter og avhengigheter på tvers. De regionale prosjektene DIPS Arena, Helselogistikk og Digital patologi er for VVHF er blitt forsinket ytterligere fra 1.tertial. Kostnadmessig risiko, jf. kapittel 1.6, og risiko for NSD, jf. vedlegg 3, er økt som følge av endrede forutsetning om finansiering i hhv HSØ, PNSD, SP og foretaket. Når løsninger omdefineres til lokale fra regionale påfører det foretaket behov for investeringsmidler. Dette gjelder spesielt systemene Philips RIS/PACS og sporingssystemet TDoc.

Informasjonssikkerhet:

Systemeiere innehar ikke erfaring eller tilstrekkelig kompetanse for oppfølging og rapportering av restanser. Per tidspunkt følges restanser i svært liten grad opp av systemeier. Ytterligere forsinkelser knyttet til etablering av internt system for restanseoppfølging- og rapportering. Ledere og ansatte innehar ikke kunnskap om uønskede hendelser som påvirker informasjonssikkerhet og personvern, skal meldes som avvik.

Forebyggende tiltak

Innovasjon/forskning:

Økte midler til forskning, oppnådd innovasjonsmidler

Digitalisering – Ta i bruk teknologi:

Oppfølging av kritiske leveranser, prosjekt og program. Teknologistrategi 2023-2026 tydeliggjør prioriterte tiltak på teknologiområdet. Flere områder har god fremdrift mtp å ta i bruk teknologiske løsninger, spesielt mtp digital hjemmeoppfølging hvor foretaket nå har to komplementære leverandører med hver sin løsning som har ulike egenskaper (Checkware og Diffia/Nimble) og kunstig intelligens. Program VIDT har fremdrift med tanke på endringsledelse og digital modenhet. HSØ har et regionalt program for å heve ansattes digitale kompetanse.

Nye regler fra EU knyttet til bruk av amerikansk sky for område A i Helselogistikk bidrar til å redusere risiko i porteføljen.

Informasjonssikkerhet:

Fortsette utviklingen av register for restanseoppfølging- og rapportering. Systemeiere må påse kontroll over restanser og tiltak for egne systemer.

Involverer informasjonssikkerhet og personvern tidlig i nye tiltak.

Innsats rettet mot alle ansatte om at avvik knyttet til informasjonssikkerhet og personvern, skal meldes i Synergi.

Konsekvens av risikoen

Innovasjon/forskning: ingen vesentlig risiko. God økning på forskning og innovasjon. Ingen nye tiltak planlegges.

Digitalisering – Ta i bruk teknologi:

Forsinkelser i prosjekter/vedtatte investeringer resulterer i senere gevinstuttak, økt risiko for NSD. Manglende oppfyllelse krav definert i IKT-styringssystem og systemeiers ansvar for forvaltning og utvikling.

Informasjonssikkerhet:

Lovbrudd. Manglende oversikt og internkontroll. Sensitive data på avveie. Omdømmetap for helseforetaket. Foretaksbøter

Risiko på vurderingstidspunktet	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Inngangsrisiko</i>
• Ved inngangen til 2023	3	4	Betydelig
• Vurdering per 1.terital 2023	2	3	Moderat
• Vurdering per 2.terital 2023	2	3	Moderat

Prioriterte risikoreduserende tiltak	Forventet full effekt	Status
- Infrastruktur for kliniske studier i diagnostiske avdelinger	01.06.2023	God utvikling, raske avklaringer fra alle avdelinger.
- Etablere systemeierforum - Program Vestre Viken digital transformasjon (VIDT)	1.10.2023 31.12.2023	Aktivitetene har grunnet andre prioriteringer blitt utsatt til neste tertial Programmet er etablert. Det er gjennomført 3 programstyremøter ved utgangen av 2.tertial.
- Ferdigstille system for risiko- og restanserapportering	31.12.2024	Registeret vil bli ytterligere forsinket som årsak av utvikler har avsluttet sitt arbeidsforhold i Vestre Viken. Det arbeides med å finne en erstatter.
Påse etablering av DPIA når nødvendig	01.09.2023	DPIA inngår som aktivitet i etablert IKT-sjekkliste
Nytt tiltak: Iverksette enkel kampanje for alle ansatte til å melde informasjonssikkerhet- og personvernsvik i Synergi	31.12.2023	Iverksettes snarest gjennom informasjon på infoskjermer

Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	2	3	Moderat

1.5 Sikre personell med rett kompetanse

Pasientens behov skal være styrende for fremtidens kompetanseutvikling og kompetansesammensetning. Vestre Viken skal ta i bruk ny kunnskap og nye arbeidsmetoder som bidrar til sikker og virksom pasientbehandling. Ledere og medarbeidere skal ha kompetanse i kvalitets- og forbedringsarbeid. Arbeidstidsordninger og oppgavedeling skal tilpasses nye arbeidsformer. Vi må automatisere det vi kan og øke graden av digitalisering. Ansattes digitale kompetanse må økes slik at dette blir en naturlig og trygg måte å jobbe på. Det legges til rette for å ta i bruk regional kompetanseplan for å øke den digitale kompetansen i helseforetaket.

Vestre Viken skal være en faglig attraktiv arbeidsplass med tilbud om utviklingsmuligheter og faglige karriereveier for alle yrkesgrupper. Ansatte skal ha et fullt forsvarlig arbeidsmiljø. Et helsefremmende arbeidsmiljø gir bedre behandling og pasientsikkerhet. Psykologisk trygghet og et godt arbeidsmiljø er en av faktorene for å beholde kompetanse og lykkes med nødvendige omstillingsprosesser. Utdanning av helsepersonell for å dekke

fremtidens kompetansebehov skal skje i samarbeid med utdanningsinstitusjonene. Vestre Viken skal ha en ledelseskultur som er preget av åpenhet og forbedring.

VVHF		August		Hittil i år		Prognose
HR - Sykefravær totalt - PROSENT	Resultat	7,5		8,3		8,0
	Plan	7,1		8,0		8,0
	Avvik	-0,4		-0,3		0,0
	I fjor	7,2		9,0		8,9
HR - Brudd på arbeidstidsbestemmelsene - ANDEL	Resultat	2,7		2,7		1,0
	Plan	0,0		0,0		0,0
	Avvik	-2,7		-2,7		-1,0
	I fjor	2,9		2,9		2,9

Mål	Indikator - status	Måleperiode	Vurdering	Tiltak
Ansatte som har gjennomført e-Læringskurs i kontinuerlig forbedring skal økes	Antall per 31.12.2022: 6546 Antall per august 2023: 7115	Årlig	Tilfredsstillende økning i antall gjennomførte kurs. Det er viktig at ledere også gjennomfører opplæring i metodikken for kontinuerlig forbedring.	Tilpasset opplæring for ledere, tillitsvalgte og vernetjenesten er utarbeidet.
Andel helsefagarbeidere Øke andelen helsefagarbeidere av pleiestillinger i kliniske enheter (somatisk del)	Prosentandel: Pr. des. 22: 10,7 % Pr. aug. 23: 10,9 %	Årlig	Ansettelse av helsefagarbeidere er høyt prioritert både i klinikkene og i Bemanningssenteret. Bemanningssenteret har etablert trainee-stillinger for helsefagarbeider. Disse ble kunngjort våren 2023. Prosessen ble avsluttet uten ansettelse, grunnet behov for sterkere forankring i klinikk for før iverksettelse av dette tiltaket.	Bemanningssenteret har ansatt flere helsefagarbeidere og det er god tilgang på denne kompetansen. Andel helsefagarbeidere i faste stillinger i Bemanningssenteret er nå 40%.

<p><i>Oppgaver skal fordeles på yrkesgrupper på en hensiktsmessig måte</i></p> <p>Overføre oppgaver fra klinisk personell til Intern service</p> <p>Overføre oppgaver mellom yrkesgrupper</p>	<p>Fram til og med 2.tertial 2023 har logistikkjenester oppbemannet med 4,5 nye årsverk og overtatt oppgaver innenfor logistikk fra kjernevirksomhet.</p>	<p>Tertialvis</p> <p>Tertialvis</p>	<p>Revidert plan for logistikkjenester er ferdigstilt. Tiltak iverksettes etter plan i 2023.</p> <p>Ved innføring av nattportør mandag-torsdag f.o.m 1.10.2023 har DS 24/7 tjeneste, på lik linje med BS.</p> <p>Finansieringskilde 2023 er avsatt ramme på inntil 3 MNOK (pukkelkost.).</p> <p>Oppgavedeling er et viktig område som det jobbes mye med for å sikre rett kompetanse på rett plass.</p>	<p>Planlegge videre steg for oppgavedeling, jf. sak 77 Plan for økonomisk bærekraft VVHF og gevinstrealisering NSD.</p> <p>KIS har dialog med Sykehuspartner om mulighet for midlertidig løsning for ressursstyringsverktøy portørtjeneste RS.</p> <p>KIS innfører nattportør mandag – torsdag på DS f.o.m 01.10.2023 (1,07 årsverk)</p> <p>Overordnet retningslinje for oppgavedeling er utarbeidet. Wibe-modellen innføres som veileder for oppgavedeling og kompetanseutvikling i helseforetaket</p>
<p><i>Lærlinger og praksisplasser</i></p> <p>1. Øke antall lærlinger totalt</p>	<p>Antall: 66 pr 01.01.23</p> <p>I tillegg er 16 medarbeidere i prosess med å ta fagbrev på jobb</p> <p>Antall: 1000-1200</p>	<p>Årlig</p> <p>Årlig</p>	<p>Vurderes ved årets start. Lærlinger tas inn en gang i året.</p>	

2. Øke antall praksisplasser			Praksisstudenter tas inn gjennom hele året, og periodene varierer gjennom året.													
Aktivitet skal være styrende for ressursplanlegging- og disponering foretaket (ARP)	<p>Reduksjon av - Sykefravær: August 7,5 %, hiå: 8,3 %</p> <p>- Turnover:</p> <table border="1" data-bbox="609 1136 913 1305"> <thead> <tr> <th></th> <th>2022</th> <th>2023</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jan</td> <td>10,1%</td> <td>12,1%</td> </tr> <tr> <td>Apr</td> <td>10,4%</td> <td>11,9%</td> </tr> <tr> <td>Aug</td> <td>10,5%</td> <td>11,5%</td> </tr> </tbody> </table>		2022	2023	Jan	10,1%	12,1%	Apr	10,4%	11,9%	Aug	10,5%	11,5%	<p>Månedlig</p> <p>Tertialvis</p>	<p>Sykefraværet er 0,6 prosentpoeng lavere enn 2. tertial 2022. Sammenlignet med august 2019 er det ca 1% høyere: Aug 19: 6,2%, hiå (aug 19): 7,3%</p> <p>Det er særlig fokus på bransjeprogrammet "Tidlig og tett på", som startet opp i februar 2023. Blakstad er pilot, og kan dokumentere en nedgang i sykefravær fra 10,8% i 2022 mot 8,5% hittil i år.</p> <p>Klinikkene intensiverer sin innsats på sykefraværsoppfølging. På DS er det utarbeidet en ny intern rutine for oppfølging av sykefravær, som bygger på «Tidlig og tett på».</p> <p>Observasjon fra piloter med langvakter viser reduksjon i sykefravær.</p> <p>Turnover er for høy, selv om det er en fallende kurve fra januar. Så langt i år har det sluttet 242</p>	<p>Fortsette pilot med "Tidlig og tett på" i samarbeid med Spekter og NAV. Breddes ut i foretaket.</p> <p>Søke å utvide bruk av langvakter/fleksible vakter</p> <p>HSØ iverksetter et forprosjekt for onboarding av nyansatte. Det arbeides med implementering av felles sluttundersøkelse i helseforetakene i HSØ. Det er igangsatt tiltak særlig knyttet til å beholde nyutdannede arbeidstakere, herunder sykepleiere på sengepost.</p>
	2022	2023														
Jan	10,1%	12,1%														
Apr	10,4%	11,9%														
Aug	10,5%	11,5%														

	<p>- Variabel lønn (avvik MNOK): August: -6,4, hiå: -33,2</p> <p>- Innleie (avvik MNOK): August: -2,7, hiå: -9,7</p> <p>-AML brudd: August hiå: 2,7 %</p>	<p>Månedlig</p> <p>Månedlig</p>	<p>sykepleiere i foretaket, hvorav halvparten av disse har vært ansatt under 5 år. Kort tids ansettelse er tydeligst i denne gruppen. Turnover er størst blant de under 40 år (150 sykepleiere sluttet)</p> <p>Bruk av innleie er vesentlig redusert fra 2022, men ligger fortsatt over budsjett. Det er lite reduksjon i variabel lønn, men tatt i betraktning redusert innleie er det ikke forverret utvikling.</p> <p>Antall AML brudd er redusert med 0,6 prosentpoeng sammenlignet med 2. tertial 2022. 2. tertial 2023 har tilsvarende andel AML-brudd som årene før pandemi. Årsakene til AML-bruddene forklares med redusert tilgang på kvalifisert personell, sykefravær og vakante stillinger.</p>	<p>Jf. Sak 77/2023 revidert plan for økonomisk bærekraft og gevinstrealisering NSD.</p> <p>Mer helhetlig ferieplanlegging gjennom hele året. All ferie for 2024 skal være planlagt innen 1. desember 2023.</p> <p>Arbeidstidsplanlegging og avtaler om dispensasjoner med fagforeningene reduserer AML-brudd.</p>
HMS/Forbedring Handlingsplan skal utarbeides ved alle enheter i foretaket	Antall gjennomført: 262	Årlig	Rapporteres 2. tertial og ved årets slutt. Frist for utarbeidelse av	Følges opp ytterligere i OPM oktober 2023

			HMS/Forbedring Handlingsplan er 15.6.23	
Snakk om forbedring gjennomføres ved oppfølging av Forbedringsundersøkelsen	Antall gjennomført: (Manuell telling i 2023)	Årlig		Følges opp i OPM i oktober 2023
<i>Redusert andel deltidsansatte</i> Tiltak knyttet til helgearbeidsutfordringer, samt tilby utvidet stilling i Bemanningssenteret	Andel deltidsansatte: Pr. august: 23,7%	Årlig	Gjennomsnittlig andel i deltidsstilling siste 12 måneder er på 24,5 % (ikke korrigert for ønsket deltid). Andelen deltid er redusert for helsefagarbeidere. I 2019 var andel deltid for denne gruppen på 72%, så langt i år er den på 51,5%.	Andel deltidsansatte drøftes årlig (jf. Arbeidsmiljøloven) med tillitsvalgte og vernetjeneste. Tiltak knyttet til helg, nye arbeidstidsordninger (for eksempel langvakter) og krav om utvidet stilling jf. AML 14-9, viser gode resultater.
<i>AML brudd skal ikke forekomme</i>	Andel AML brudd: Pr. august: 2,7 %	Månedlig	Det var noe færre AML brudd i august sammenlignet med august i 2022. AML-bruddene forklares med redusert tilgang på kvalifisert personell, sykefravær og vakante stillinger.	Arbeidstidsplanlegging og avtale om dispensasjoner med fagforeninger er tiltak som reduserer AML-brudd.
Fravær knyttet til skader skal reduseres	Fraværsskadefrekvens T2: 2,3 Fraværsskadefrekvens i T1 2023: 5	Tertialvis	Nedgang i antall fraværsskader med årsak i fall og skliskader etter en periode i T1 med flere skader på is og glatt underlag. 6 fraværsskader er knyttet til vold og/eller trusler i PHR. Av disse er de fysiske skadene mindre alvorlige enn de registrerte i T1 i år og T3 i 2022.	Det er gjennomført hendelsesgjennomganger og iverksatt tiltak anbefalt etter gjennomgangene. Økning i opplæring og risikovurderinger av vold og trusler.

Risiko for ikke å oppnå målene

Årsak til at hendelsen kan inntreffe

Rift om kompetansen innen flere fagområder mellom helseforetakene, samt økt konkurranse også med kommunehelsetjeneste og private helseaktører. Antall søkere til stillinger innen flere yrkesgrupper er betydelig redusert. Fortsatt for høyt sykefravær og opplevd belastning er en risikofaktor med hensyn til å beholde og rekruttere personell. Dette merkes nå særlig innen føde-barselområdet.

HMS-risiko innen psykososialt arbeidsmiljø og vold og trusler kan medføre tap av kompetanse og bidra til utfordringer med å rekruttere.

Forebyggende tiltak

Prioritering i budsjett 2023: Utdanningsstillinger, Bemanningssenteret og pukkelkostnader ved innføring av ny oppgavedeling. Opplæring og trening i forebygging og håndtering av vold og trusler. Øke gjennomføring av risikovurderinger av vold og trusler for seksjoner ihht. Forskrift om utførelse av arbeid Kap. 23A. Overordnet handlingsplan for sikkerhet i sykehus videreføres.

Som del av LIS-utdanningen piloteres en modell for gruppeveiledning for å øke legers motstandsdyktighet mot negativt stress ved å styrke en åpenhetskultur som bidrar til psykologisk trygghet i arbeidsmiljøet. Legene får samtidig en verktøykasse med strategier for mestring i jobbhverdagen. Modellen for gruppeveiledning er utarbeidet og piloteres i samarbeid med ressurspersoner fra Villa Sana ved Modum Bad og Legeforskningsinstituttet.

Bemanningssenteret har etablert et bookingsystem. Det pågår en kartlegging av Bemanningssenterets tjenester, og hvordan Bemanningssenteret kan fungere enda mer effektivt mht. å dekke ledige vakter med foretakets egne fast ansatte, samt faste ansatte og vikarer tilknyttet Bemanningssenteret.

Samarbeid på tvers av avdelinger og klinikker. Bemanningssenteret deltar på kapasitetsmøter ved behov.

Tiltak knyttet til å redusere sykefravær, økt nærvær og styrket arbeidsglede. Vestre Viken, representert ved Blakstad sykehus, er pilot for Bransjeprogram sykehus sin metodikk «tidlig og tett på», som hadde oppstart januar 2023.

Tiltak for å redusere turnover, særlig knyttet til å beholde nyutdannede arbeidstakere, herunder sykepleiere på sengepost.

Lederstøtte til kompetanseplanlegging- og styring.

Aktivitet skal være styrende for ressursplanlegging og bemanning (ARP-modellen).

Systematisk arbeid med endret oppgavedeling mellom yrkesgrupper. Legge til rette for sikre pasientforløp med mer arbeid i tverrfaglige team (ressurser med komplementær kompetanse), oppgavedeling og mer fleksible arbeidstidsordninger tilpasset medarbeidere i ulike livsfaser.

HSØ iverksetter et forprosjekt for onboarding av nyansatte og kartlegging er i gang av Sykehuspartner.

Det arbeides med implementering av felles sluttundersøkelse for helseforetakene i HSØ. Forventet oppstart i januar 2024.

Det er igangsatt tiltak særlig knyttet til å beholde nyutdannede arbeidstakere, herunder sykepleiere på sengepost.

Sentralt ressursteam for å støtte ledere i planlegging og gjennomføring av nødvendige endringer og omstillingstiltak er etablert.

Nytt tidsbegrenset tiltak med Bwell pausekonsept besluttet i regi av Velferdsforeningen i Vestre Viken. Bwell pausekonsept er et verktøy som omfatter massasjestol med spesiallagde lydspor for mental trening med øvelser i aktiv hvile, stressmestring, mindfulness, selvledelse og musikk. Kan benyttes i sekvenser på 15 minutter. Konseptet er i bruk ved flere seksjoner ved 2 klinikker i dag.

Konsekvens av risikoen

Manglende kompetanse til stede i avdelingene til pasientbehandling. Utsiktede pasienthendelser, utilfredsstillende arbeidsmiljø, brudd på arbeidstidsbestemmelsene, økt turnover, økt sykefravær, økte kostnader til variabel lønn og bruk av innleie fra eksterne bemanningsbyrå.

Risiko på vurderingstidspunktet	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Inngangsrisiko</i>
• <i>Ved inngangen til 2023</i>	4	3	Betydelig
• <i>Vurdering per 1.tertial 2023</i>	4	3	Betydelig
• <i>Vurdering per 2.tertial 2023</i>	4	3	Betydelig

Prioriterte risikoreduserende tiltak	<i>Forventet full effekt</i>	<i>Status</i>
Iverksette tverrfaglig gruppe for strategisk kompetansestyring og forbedre styringsdata for oppfølging av kritisk kompetanse	31.12.2024	Påbegynt

Iverksette arbeid med systematisk oppgavedeling	31.12.2024	Påbegynt, dato for forventet full effekt er endret. Overordnet prosedyre for oppgavedeling i VVHF er utarbeidet og publisert. Arbeidet med veileder rundt oppgavedeling ("Wibe-modellen") er i slutfasen.
Forbedre systemer og strukturer for HMS i virksomhetsstyringen, og styrke lederes kompetanse innen forebyggende HMS-arbeid og arbeidsmiljø.	31.12.2024	Sjekkliste HMS-runden oppdatert. Bistand og opplæring til ledere og kvalitetsrådgivere innen risikovurderinger og forebyggende HMS-arbeid. Forbedring av HMS-tematikken i LGG og systematikk for klinikkene i rapportering og overordnet risikobilde og tilhørende tiltak.
Iverksette tiltak fra utredningen om jordmorsituasjonen fra den partssammensatte arbeidsgruppen.	31.12.2024	Påbegynt i form av at det er foretatt gjennomgang og prioritering av foreslåtte tiltak. Tiltaksarbeidet vil kreve mer tid enn planlagt, og dato for forventet effekt er derfor endret. Hele føde-barsel området må utredes nærmere mht. virkningsfulle tiltak.
Iverksette elektroniske sluttundersøkelse til alle som slutter i VV og følge opp resultatene med konkrete tiltak	30.06.2024	Påbegynnes januar 2024. Avhengig av implementering av elektronisk løsning fra Sykehuspartner, som for VVHF sin del er utsatt til iverksettelse i januar 2024, mot tidligere planlagt mai i 2023.
Iverksette tiltak for å sikre god on-boarding for nyansatte medarbeidere	31.12.2023	HSØ skal iverksette et forprosjekt for onboarding av nyansatte. Sykehuspartner er i gang med å kartlegge dagens prosesser og rutiner for pre/-onboarding ved helseforetakene for å se på mulighet for regional prosessforbedring av eksisterende system og/eller evt. anskaffelse av nye løsninger.
Iverksette mentorprogram for ledere	31.12.2024	Mentorprammet starter opp fra med første samling i oktober 2023. Arbeid med utvelgelse av mentorer og menteene er gjennomført.
Aktiv og målrettet bruk av digitale medier og sosiale plattformer ved rekruttering til ledige stillinger	31.12.2024	Det er inngått emn regional avtale med Clay om mulighet for målrettet annonsering/utlysning på sosiale medier.
Iverksette arbeid med systematisk kompetanseheving og kvalifisering av medarbeidere til nye oppgaver ifbm. oppgavedeling	31.12.2024	Påbegynt. Opplæringsmoduler tilgjengeliggjøres i Kompetanseportalen etter mal fra bl.a. Sykehuset Østfold.

Kartlegge hvilke behov unge arbeidstakere med kort erfaring har for å oppleve god støtte og et trygt og godt arbeidsmiljø	31.12.2023	Dette arbeidet er påbegynt ved en klinikk.
Nytt oppsett for opplæringstilbud innen vold og trusler i somatiske klinikker	30.06.2024	Pilotering er gjennomført. Plan for høst 2023/vinter 2024 er under utarbeidelse.
Pilot av 2-årig traineeprogram for helsefagarbeidere som har gjennomført lærlingeløp i VV	30.06.2025	Påbegynt. Ansettelsesprosess er igangsatt.
Felles internundervisning for LIS i alle fag på tvers av lokasjoner i VV	30.06.2024	Undervisningsmaterieell er utarbeidet for to fag. Første fellesundervisning ble gjennomført i august (kombinasjon av fysisk oppmøte og teams)
Mal for overordnet utdanningsplan for leger i spesialisering er utarbeidet og godkjent	30.06.2024	Foreløpig tatt i bruk noen av LIS-utdanningsløpene
Pilot gruppeveiledning for psykologisk trygghet utarbeidet i samarbeid med Villa Sana og Legeforskningsinstituttet	31.12.2024	Oppstart ved to klinikker i september 2023.
Helhetlig plan for ferieavvikling 2023 ved alle enheter	01.12.2023	Pågår arbeid med utarbeidelse av overordnede prinsipper, forankring og drøfting med tillitsvalgte/vernetjeneste.
Etablere og videreutvikle varierte kurs i god kommunikasjon, samvalg og kloke valg – 4 gode vaner	31.12.2023	4 gode vaner, tverrfaglig kommunikasjonsverktøy, videreutvikles og samvalg innarbeides i tråd med den anbefalte delstrategien for samvalg.

Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	4	3	Betydelig

1.6 Sikre bærekraftig økonomi

Økonomistyring

En drift der kostnadene er høyere enn inntektene er ikke bærekraftig på sikt og foretaket jobber med å tilpasse kostnadsnivået til forventede inntekter i 2023. Målet er at virksomheten i løpet av 2023 har lyktes i å oppnå samme eller bedre produktivitet enn den hadde i 2019, året før pandemien. Flere av klinikkene må bedre sin produktivitet også målt mot 2019. Ved utgangen av 2. tertial er målet ikke nådd. Foretaket har revidert plan for bærekraftig utvikling, jf. Styresak 77/ 2023 behandlet av styret i august.

Resultat per 2.tertial

pr august 2023								
	Regnskap denne perioden	Budsjett denne perioden	Avvik denne perioden	Avviks %	Regnskap hittil i år	Budsjett hittil i år	Avvik hittil i år	Avviks %
Basisramme inkl. RBF	590 123	588 612	1 510	0 %	5 313 254	5 301 166	12 087	0,2 %
ISF inntekter	228 430	227 587	843	0 %	1 859 124	1 848 880	10 245	1 %
Gjestepasientinntekter	13 734	14 920	- 1 186	-8 %	121 268	134 582	- 13 313	-10 %
Andre pasientrelaterte inntekter	44 497	46 200	- 1 703	-4 %	378 079	368 819	9 260	3 %
Øvrige driftsinntekter	34 902	39 144	- 4 243	-11 %	293 331	300 234	- 6 903	-2 %
Gevinst ved avgang av anleggsmidler	353		353		1 038		1 038	
SUM Inntekter	912 038	916 464	- 4 426	0 %	7 966 094	7 953 680	12 414	0 %
Varekostnader	131 653	126 847	- 4 806	-4 %	1 043 926	1 036 670	- 7 256	-1 %
Gjestepasientkost. og kjøp av tjenester	80 431	85 788	5 357	6 %	697 736	723 579	25 843	4 %
Innleid arbeidskraft	10 494	7 786	- 2 708	-35 %	41 066	31 411	- 9 654	-31 %
Lønnskostnader	564 481	535 200	- 29 280	-5 %	4 948 811	4 854 363	- 94 448	-2 %
Avskrivninger og nedskrivninger	26 446	28 120	1 674	6 %	214 205	222 081	7 876	4 %
Andre driftskostnader	104 822	113 137	8 314	7 %	924 322	930 419	6 096	1 %
Netto finanskostnader	6 726	4 752	- 1 974	-42 %	36 591	36 489	- 102	0 %
SUM Driftskostnader inkl. finans	925 053	901 630	- 23 423	-3 %	7 906 657	7 835 013	- 71 645	-1 %
Resultat totalt	- 13 015	14 834	- 27 849	-188 %	59 436	118 667	- 59 231	-50 %

Det ble i mai gjort en budsjettendring for året på 177 MNOK som følge av økt bevilgning, jmf. HSØ styresak 018-2023 Fordeling av økt bevilgning 2023. Dette er en videreføring av bevilgningen i nysalderingen av budsjett 2022 og er en varig bevilgning knyttet til prisveksten i 2022. Siden VVHF avla et budsjett med en uløst utfordring på 167 MNOK er det ikke forventet et økt resultat som følge av denne bevilgningen. Det er derfor lagt inn tilsvarende høyere kostnader i budsjett, og resultatkravet på 178 MNOK for året er ikke endret.

I revidert nasjonalbudsjett (Rnb) ble det i tillegg bevilget ca. 86 MNOK som kompensasjon for høyere prisvekst og lønnsoppgjør. Satsene for ISF både for somatikk og psykiatri ble også justert for lønn og pris. Det forventes ingen resultatforbedring av dette siden lønnsoppjøret har blitt dyrere enn RnB la til grunn.

Pensjonskostnader er for 2023 redusert som følge av ny pensjonsberegning med ca. 89 MNOK, 59 MNOK pr august. Basisramme er redusert med 69 MNOK for året som følge av dette, 46 MNOK pr august.

Resultatet pr. august viser et overskudd på 59,4 MNOK, som er 59,2 MNOK bak budsjettert resultatmål. Totale inntekter viser et positivt avvik på 12,4 MNOK hittil i år. Totale kostnader viser et negativt avvik på 71,6 MNOK. Inkludert i resultatet ligger 11 MNOK i høyere kostnader til vedlikehold over drift, som møtes av tilsvarende lavere investeringer.

Augustresultatet er lavere enn forventet ved forrige rapportering. Det var i juli positivt avvik på pasientrelaterte inntekter, mens det i august er negativt avvik. I tillegg er det større avvik på varekostnader og lønnskostnader i august. Pr. august er det ført 39 MNOK på merkostnader knyttet til årets lønnsoppgjør, av dette er 19 MNOK ført i august.

Lønnskostnader er samlet sett 94,4 MNOK over budsjett per august. Korrigert for lavere pensjonskostnader er det et negativt budsjettavvik på 154 MNOK. Det er et overforbruk på både fast og variabel lønn i klinikkene. Utviklingen på overtid og ekstrahjelp følges nøye opp. Det fremkommer et avvik på 9 MNOK i de foreløpige tallene for september og dette er noe over avviket i august. Høye lønnskostnader skyldes blant annet høyt sykefravær. I tillegg kommer ikke tilstrekkelig effekt eller forsinket effekt av planlagte tiltak og sommerferieavvikling. Sykefraværet er redusert de siste månedene og forventes å bedre situasjonen fremover.

Det er overforbruk på innleie som følge av rekrutteringsutfordringer og høyt fravær ved enkelte avdelinger. Innleie er på 9,7 MNOK over budsjett pr. august. Det er stram styring på innleie som gjør at kostnadene er redusert med 14,8 MNOK sammenlignet med samme periode i fjor. Det forventes reduksjon av innleiekostnader resten av året.

Det er høyere prisvekst enn budsjettert på varekostnader. Det er høyere kostnader på H-resepter samtidig som det er høyere inntekter. I tillegg er det høyere kostnader til laboratorierekvisita, andre medisinske forbruksvarer og mat. Det er høyere kostnader enn budsjett på kreftmedikamenter.

Det er lavere gjestepasientkostnader enn budsjettert hittil i år. Det er også lavere gjestepasientinntekter hittil i år. Kostnader knyttet til Fritt behandlingsvalg er lavere enn budsjettert i juli, og omtrent som budsjett hittil i år. Det har vært en reduksjon de siste månedene.

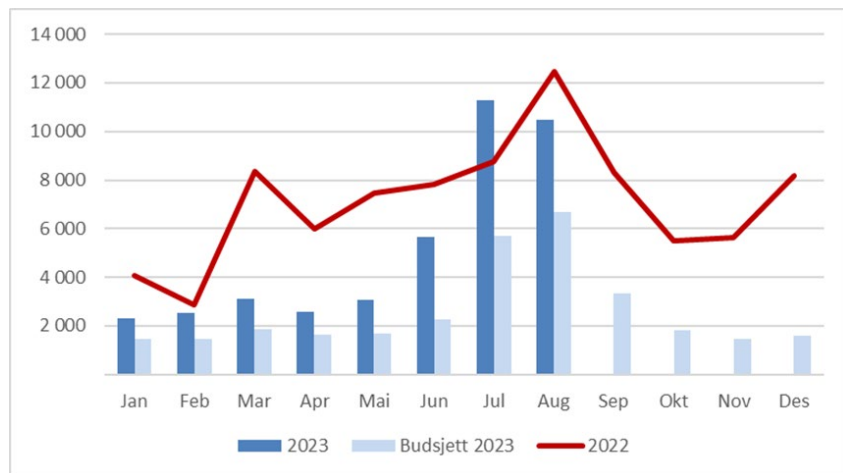
I august er andre driftskostnader lavere enn budsjett. Dette skyldes lavere kostnader til pasienttransport, energi og på grunn av budsjettjustering. Hittil i år er det økte kostnader til bygg vedlikehold over drift. Tjenestepriis fra Sykehuspartner er økt som følge av økt prisvekst. Det er noe lavere energikostnader på grunn av lavere pris enn budsjettert.

Overtid - utvikling pr. måned (tall for september er foreløpige)

Faktisk pr måned - Overtid og ekstrahjelp	sep.22	okt.22	nov.22	des.22	jan.23	feb.23	mar.23	apr.23	mai.23	jun.23	jul.23	aug.23	sep.23
10- Klinikk Drammen sykehus	11 039	8 960	7 575	8 433	9 390	5 965	8 087	7 659	7 587	5 630	7 378	10 071	11 197
20- Klinikk Bærum sykehus	9 045	7 617	5 959	6 285	6 445	4 894	6 166	5 685	5 619	4 886	5 876	7 247	7 803
30- Klinikk Ringerike sykehus	5 027	3 942	3 538	3 488	3 656	2 866	3 421	3 759	3 237	3 438	3 391	3 921	5 719
40- Klinikk Kongsberg sykehus	2 393	2 163	2 010	2 746	2 213	1 789	2 008	2 002	2 052	1 469	1 775	1 708	1 861
50- Klinikk for Intern service	847	577	589	379	545	553	556	508	612	499	701	650	817
60- Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	6 951	7 024	6 146	4 709	6 556	5 780	6 305	5 143	6 032	4 777	7 026	6 686	6 128
70- Klinikk for Prehospitale tjenester	2 749	1 811	1 610	1 314	1 493	1 228	1 052	1 367	1 475	1 126	1 655	1 852	2 405
80- Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	2 945	2 990	2 628	2 692	2 782	2 579	2 536	2 389	2 532	2 454	2 780	2 071	2 100
Staber	1 454	1 471	1 513	668	1 672	1 572	1 453	1 302	1 684	- 394	1 715	1 564	2 099
Totalsum	42 449	36 554	31 568	30 714	34 754	27 228	31 585	29 816	30 830	23 884	32 297	35 770	40 130

Innleie – utvikling pr. måned

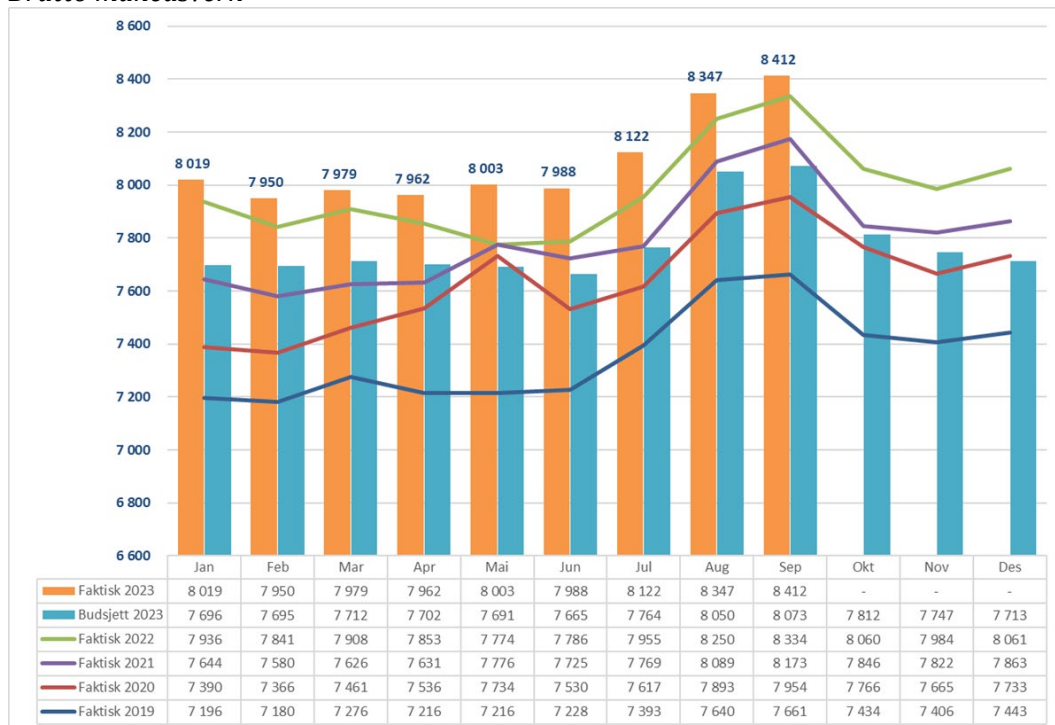
Radetiketter	sep.22	okt.22	nov.22	des.22	jan.23	feb.23	mar.23	apr.23	mai.23	jun.23	jul.23	aug.23
10 - Klinikk Drammen sykehus	2 483	440	554	1 073	488	653	589	334	900	1 428	2 100	3 946
20 - Klinikk Bærum sykehus	2 486	2 068	2 471	2 943	723	258	687	279	302	2 057	3 496	2 030
30 - Klinikk Ringerike sykehus	1 633	419	939	2 069	244	744	993	872	991	1 220	3 292	2 271
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	673	575	290	- 16	177	76	216	288	163	249	896	769
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	919	1 253	1 159	1 754	509	781	466	548	576	755	883	943
80 - Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	146	734	289	284	273		186	249	91		621	512
Staber og fellesøkonomi	- 48	- 11	- 85	90	- 89	29	- 29	27	28	- 42	- 8	23
Totalsum	8 292	5 478	5 616	8 196	2 326	2 542	3 108	2 597	3 051	5 667	11 281	10 494



Prognose

Prognosen er forverret med 42 MNOK fra forrige måned og viser et årsresultat på 75 MNOK, som er 103 MNOK bak budsjett. Når forventede merkostnader vedlikehold over drift på 25 MNOK holdes utenfor utgjør avviket 78 MNOK. De høyere vedlikeholdskostnadene møtes av tilsvarende lavere investeringer. Den foreløpige beregningen av effekten på årets lønnsoppgjør i juli la til grunn forutsetningene i revidert nasjonalbudsjett. De endelige oppgjørene ender over dette og gir en økt kostnad på 20 MNOK som dermed forverrer prognosen. Som følge av det svake augustresultatet, ca. 22 MNOK dårligere resultat enn forutsatt i juli-prognosen, er årsprognosen tatt ned ytterligere. Prognosen hensyntar økte bevilgninger i RNB. Det er tatt høyde for høyere tjenestepreis fra Sykehuspartner på 6,7 MNOK. Pensjonskostnader er redusert og basisramme redusert som følge av dette. Det er lagt inn økt ISF-sats. Prognosen forutsetter effekt av planlagte tiltak og inntekter noe lavere enn budsjett ut året som følge av lavere aktivitet innen somatikk. I tillegg forventes et noe lavere sykefravær enn det som har vært de første månedene i 2023. Det er risiko knyttet til prognosen. Dette omfatter aktivitetsnivå, sykefravær og realisering av tiltak i tråd med planene. Oppsider kan være bedre aktivitet, lavere gjestepasientkostnader og lavere kostnader til fritt behandlingsvalg.

Brutto månedsverk



Gjennomsnittlig brutto månedsverk pr. september er 8087, som tilsvarer 304 brutto månedsverk mer enn budsjett. Brutto månedsverk i september er 8412. Dette er 339 brutto månedsverk over budsjettert nivå. Det har vært høyt sykefravær i år, som gir flere årsverk. I tillegg innvirker den uløste utfordringen i budsjettallene som utgjør 157 årsverk i september. Prognosen for året viser 278 årsverk høyere enn budsjett.

Noen klinikker har fortsatt stort avvik på månedsverk. I august og september er det Drammen sykehus, Bærum sykehus og Psykisk helse og rus som har de største avvikene. Økningen Ringerike sykehus og Kongsberg sykehus har mindre avvik enn tidligere i år og Intern service har positivt avvik i august og september. Bærum sykehus, Prehospitaltjenester og Medisinsk diagnostikk har redusert månedsverk fra august til september. Det er en økning på månedsverk i stabene i september som skyldes nye utdanningsstillinger/studenter i høst.

Bemanning - avvik	januar	februar	mars	april	mai	juni	juli	august	september
10 - Klinikk Drammen sykehus	122,5	96,2	100,3	96,5	110,6	102,0	126,8	132,5	148,0
20 - Klinikk Bærum sykehus	58,6	45,4	50,0	58,9	64,5	78,6	84,6	78,0	62,9
30 - Klinikk Ringerike sykehus	8,6	1,1	- 4,7	0,6	6,2	14,1	7,1	- 7,9	1,3
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	19,2	19,7	15,0	15,9	17,7	16,6	20,1	- 0,2	4,4
50 - Klinikk for Intern service	15,0	9,9	13,1	13,3	17,0	9,6	3,0	- 5,4	- 5,3
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	94,7	84,7	94,4	82,0	91,3	92,8	96,9	61,3	90,7
70 - Klinikk for Prehospitale tjenester	7,7	9,5	12,1	4,1	9,4	8,4	2,5	12,6	- 0,8
80 - Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	10,3	7,6	3,1	10,6	7,9	11,5	24,7	25,7	13,9
Staber samlet	- 10,5	- 16,5	- 13,7	- 19,2	- 11,1	- 8,0	- 5,2	3,2	26,7
VVHF samlet	326,2	257,4	269,6	262,8	313,6	325,6	360,5	299,6	341,8

VVHF		August		Hittil i år		Prognose	
ØKONOMI - Driftsresultat - TNOK	Resultat	-13 015		59 436		75 000	
	Plan	14 834		118 667		178 000	
	Avvik	-27 849		-59 231		-103 000	
	I fjor	-39 456		5 123		120 827	
HR - Brutto Månedsværk - ANTALL (September)	Resultat	8 412		8 087		8 055	
	Plan	8 073		7 783		7 777	
	Avvik	-339		-304		-278	
	I fjor	8 334		7 960		7 979	
AKTIVITET - DRG-Poeng Somatikk - ANTALL	Resultat	9 701		79 519		121 611	
	Plan	10 005		81 396		124 152	
	Avvik	-304		-1 877		-2 541	
	I fjor	9 262		74 363		114 858	
AKTIVITET Voksenpsykiatri og rusbehandling - Polikliniske konsultasjoner - ANTALL	Resultat	13 797		109 654		168 848	
	Plan	13 871		107 740		167 902	
	Avvik	-74		1 914		946	
	I fjor	14 677		111 734		174 705	
AKTIVITET Barne- og ungdomspsykiatri - Polikliniske konsultasjoner - ANTALL	Resultat	7 738		62 494		93 340	
	Plan	6 326		53 988		84 834	
	Avvik	1 412		8 506		8 506	
	I fjor	7 031		57 986		93 993	

Mål	Indikator	Måleperiode	Vurdering	Tiltak
Økonomisk resultat	Avvik mot budsjett: Pr. august: -59,2 MNOK	Månedlig	Hovedutfordringen er kostnadsnivået. I tillegg er det svingninger i variable inntekter.	Klinikkene arbeider med å finne tiltak for å utnytte samlet kapasitet bedre og redusere kostnadene. Noen tiltak er iverksatt, og flere er under planlegging. Det vises til sak 77/2023 Revidert plan for
Delmål:				
- Reduksjon bruk av overtid	-58,1 MNOK		Bruk av innleie er vesentlig redusert sammenlignet med 2022, mens overtid/	
- Reduksjon bruk av innleie	-18,3 MNOK			

			ekstrahjelp ligger på tilnærmet samme nivå som i 2022. Det høyere sykefraværet etter pandemien er en viktig årsak. I august er sykefraværet 1,3%-poeng høyere enn i august 2019.	økonomisk bærekraft VVHF og gevinstrealisering NSD.
Aktivitet somatikk	Avvik mot budsjett: Pr. august: - 1877 DRG poeng	Månedlig	Døgn- og dagaktiviteten er bak plan pr. august, men viser mindre avvik de siste månedene. Antall poliklinikk-konsultasjoner er over plan pr. august og det forventes fortsatt god aktivitet.	Svingninger i ø-hjelp er uforutsigbart, men klinikkene skal etterstrebe tilpassing av bemanningen til aktiviteten fortløpende.
Aktivitet PHR	Avvik mot budsjett: Pr. august: +10420 polikliniske konsultasjoner	Månedlig	Pr. august er alle fagområder over budsjett.	
Antall brutto årsverk	Avvik mot budsjett: Pr. september: -304	Månedlig	Høyt sykefravær gir flere årsverk. Uløst utfordring i budsjettallene utgjør 157 årsverk i september.	Det vises til sak 77/2023 Revidert plan for økonomisk bærekraft VVHF og gevinstrealisering NSD
Investeringer innenfor budsjett, inkl. bygg vedlikehold over drift	Avvik mot budsjett: Pr. august: Investeringer: +8,1 MNOK	Månedlig	Høyere vedlikehold over drift i forhold til budsjett utlignes mot lavere investeringer.	

<p>Delmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gjennomsnittlig levetid MTU - kroneandel pr m2 til vedlikehold av bygg - besparelser energiplan 	<p>Vedlikehold: - 11,3 MNOK</p> <p>Utvikling i år: Andel kwh: 2,8% høyere enn plantall</p>	<p>Årlig Årlig Tertialvis</p>	<p>Vedlikeholdsprosjektene i BRK følger planlagt fremdrift, men er redusert fra opprinnelig plan. Øvrige investeringsområder er også tilnærmet på plan. EK innskudd til pensjonskassen PKH overstiger budsjett med ca 10. MNOK. Siden det likviditetsmessig uansett vil være forskyvninger medfører ikke dette noe negativt avvik i 2023. Ifølge pensjonskassen er det sannsynlig at dette vil utjevnes i 2024 og dermed ikke gi noen nedgang i midler til investering over tid. Det er også påløpt 14,6 MNOK i tomtekjøp Brakerøya som ikke er budsjettert. Dette ses mot investeringskostnad i NSD.</p> <p>Det er lagt inn en besparelse på 2,7 % i energikostnader sammenlignet med fjoråret. Hittil i år har det vært et merforbruk på antall Kwh på 2,8 %.</p>	<p>Det vil iverksettes en gjennomgang av mulige tiltak, med sikte på å identifisere mulige tiltak med høy lønnsomhet og kort tilbakebetalingstid.</p>
--	--	--	---	---

Netto trekk på driftskreditt innenfor rammen	Avvik: ingen	Tertialvis	Forventer å være innenfor rammen.	
--	--------------	------------	-----------------------------------	--

1.6.1 Arealutvikling

Eksisterende bygg må vedlikeholdes og oppgraderes/tilpasses for å kunne understøtte virksomheten som drives nå og i fremtiden. Nye bygg innrettes mest mulig fleksible for å kunne møte endringer i fremtiden. Foretaket skal til enhver tid forsøke å optimalisere arealbruken i egneide og leide arealer, redusere eksterne leieavtaler til et minimum, og avhende bygningsmasse som ikke er egnet for virksomheten i fremtiden.

Mål	Indikator	Måleperiode	Vurdering	Tiltak
Arealplan PHR Utvikling av arealplanen og starte prosess for effektivisering.	Fremdriftsplan, utvikling i tilstandsgrad PHR	Tertialvis	PHR-arealplan fremlegges for styret i september 2023. Det planlegges kun med "nødvedlikehold" av PHR-arealene frem til 2030. Dette vil ikke være tilstrekkelig til å opprettholde dagens tilstandsgrad.	Det vises til sak 90/ 2023 Eiendomsplan PHR del 2.
Arealplan PHT Utvikling av arealplanen og starte prosess for effektivisering.	Fremdriftsplan, utvikling i tilstandsgrad PHT	Tertialvis	PHT-arealplan ferdigstilles i løpet av året. En stor del av arealene som PHT disponerer er innleide, og drifts- og vedlikeholdsansvaret ligger derfor på utleier.	
BRK BRK planen revurderes for prioritering 2023 og påfølgende år innenfor investeringsrammen. Prioritering følger:	Fremdriftsplan	Tertialvis Årlig	Prioriteringen i BRK er pr. dags dato tiltak for å unngå risiko for liv og helse til pasienter og ansatte. Det er et betydelig antall	På grunn av overforbruk i driften, er budsjett for investeringer redusert i 2023. Nivået øker igjen fra 2024. Gjennomføringen av BRK er

<ul style="list-style-type: none"> - Nødvendige tiltak for å sikre pålegg fra arbeidstilsyn mv. - Nødvendige tiltak for å unngå uforutsette vedlikeholdskostnader eller driftsstans - Tiltak som bidrar til mer effektiv drift - Andre tiltak 	Utvikling tilstandsgrad BRK		kvadratmeter som ikke er inkludert i dagens BRK-program. BRK skal revideres i Q1 2024 for å inkludere alle arealer, samt oppdatere behov utfra dagens tilstandsgrader og tjenestens endrede behov.	forsinket med to til tre år i forhold til opprinnelige plan, og dette har bidratt til at tilstandsgraden forverres. Det vil ta lengre tid å hente inn vedlikeholdsetterslepet, og byggdriftskostnadene kan øke som følge av en dårligere tilstandsgrad
<p>Intern husleie Intern husleiemodell innføres fullt ut i samsvar med modell i løpet av 2023.</p> <p>Redusere leid areal</p>	<p>Fremdriftsplan</p> <p>Totalt areal</p>	Tertialvis	Husleiekontrakter på klinikknivå er ferdig. Det jobbes videre med kvalitetssikring av areal ned på nivå 4 nå i 2023, og bruk av incentivordninger.	Implementering av internhusleie i VVHF skal ivareta incentiver til minimering av ekstern innleie av arealer, effektiv arealbruk, og sikre økte midler til forvaltning, drift og vedlikehold av arealer og bygg.
<p>Avhending DS Salg av Drammen sykehus iverksettes og oppfølging i perioden frem til overdragelsen gjennomføres i hht. plan.</p>	Fremdriftsplan	Tertialvis/ årlig	Avhending i henhold til fremdriftsplan	
<p>Avhending Blakstad Avhendingsprosessen starter opp og gjennomføres i hht plan. Det oppnås gevinst ved salg som er minimum høyere enn prisregulert salgssum minus estimerte omkostninger ved salg.</p>	<p>I hht. plan</p> <p>Mergevinst</p>	Tertialvis/ årlig	Avhending av Blakstad er under arbeid, og i henhold til fremdriftsplan, men kommunedelplanen gir begrensende føringer på boligantall, og noe usikkerhet knyttet til definisjon av helseknutepunkt.	Foretaket tar initiativ til videre dialog med Asker kommune.

Forbedre tilstandsgrad i sykehusene	Tilstandsgrad per eiendom	Årlig	Tilstandsgrad for eiendomsmassen pr 2022 er svakere (1,73) mot 2021 (1,64). Trenden med årlig forbedring de siste årene har snudd i 2022, og vil forverre seg i 2023 som følge av redusert investeringsnivå.	Det vises til sak 77/2023 Revidert plan for økonomisk bærekraft i VVHF. En bedre resultatutvikling de nærmeste årene er nødvendig for å øke investeringsnivået.
-------------------------------------	---------------------------	-------	--	---

Risiko for ikke å oppnå målene

Årsak til at hendelsen kan inntreffe

Klinikkens virksomhet drives ikke innenfor rammene. Det kreves større omstillinger for å sikre en bemanning i samsvar med aktivitetsnivået, samt effektiv utnyttelse av ressursene. Klinikken lykkes ikke i tilstrekkelig grad i omstillingene. Prisene fortsetter å øke. Byggekostnadsindeksen er vesentlig høyere enn KPI, og medfører ytterligere innstramning av allerede begrensede ressurser til drift og vedlikehold. Havarier kan inntreffe som følge av manglende vedlikehold og investeringer i eiendommene.

Det er ikke rom for et tilstrekkelig nivå på forvaltning, drift, og vedlikehold av NSD, i henhold til LCC-beregningene, når NSD står ferdig. Uavklarte forhold omkring lokale vs regionale investeringer i IKT.

Forebyggende tiltak

Oppfølging av resultatoppnåelse satt i system på alle nivåer. Krav til tiltak ved manglende resultatoppnåelse.

Høykostgruppen jobber kontinuerlig med raske bytter til nye avtaler på medikamentområdet.

Ny rapporteringsløsning for oppfølging av bruk privat rehabilitering implementert i 2023 gir godt grunnlag for videre oppfølging av forbruket.

Regelmessig oppfølging og benchmark av kodepraksis.

Utsatte investeringer for å dekke opp uløst utfordring i budsjett. Prioriteringer innenfor investeringsrammene gjennomføres for å sikre løpende drift og unngå havarier. De store eiendomsplanene følges opp i foretakets porteføljestyre.

BRK planen er gjennomgått og risikovurdert og ligger til grunn for planlagte investeringer de kommende årene.

HSØ har i styremøte 10. februar 2023 besluttet at VVHF skal sikres en økonomi som understøtter forsvarlig pasientbehandling og det forutsettes av den grunn en finansieringsløsning for økt styringsramme NSD. Dette legges til grunn som en forutsetning i foretakets planlagte tiltak.

Det er gitt nye bevilgninger gjennom RNB 2023 som innebærer at foretaket får videreført priskompensasjonen som ble gitt i 2022 med 177 MNOK og tillegg tilføres ekstra kompensasjon for prisvekst i 2023. Lønnsveksten i 2023 vil beslaglegge størstedelen av denne siste bevilgningen. Samlet sett medfører RNB at uløst utfordring i budsjett er utlignet og investeringsrammene kan økes noe. Det vises til egen sak behandlet i styret i mars 2023, sak 31/2023 Resultatkrav 2023. Revisjonen av plan for økonomisk bærekraft skal bidra til forbedret resultatutvikling de kommende årene.

Konsekvens av risikoen

Oppnår ikke økonomisk resultat. Negativ innvirkning på investeringsmidler kommende år. Manglende handlingsrom til å drive ny utvikling av tjenestene til beste for pasientene.

Redusert tilstandsgrad i eiendommene og økende behov for investeringer i fremtiden.

Større fare for driftsstopp og avbrudd i sykehusene.

Dårligere pasientopplevelser.

Avhending av eiendom utsettes fordi en ikke får realisert nye eiendomstiltak.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• Ved inngangen til 2023	4	3	Betydelig
• Vurdering per 1.tertial 2023	4	3	Betydelig
• Vurdering per 2.tertial 2023	4	3	Betydelig

Prioriterte risikoreducerende tiltak	Forventet full effekt	Status
Innfører internhusleie med incentivmodell	31.12.2023	
Oppfølging og iverksettelse av utbedring basestasjon Ål	31.12.2023	Styresak behandlet i mars 2023. Entreprenør kontrahert, arbeidene vil pågå høst 2023.
Eiendomsplan PHR	2040	Effekt av eiendomsplan PHR vil ikke oppnås før investeringstiltak kan gjennomføres, disse er planlagt fra 2030 og utover.
Iverksettelse av plan for økonomisk bærekraft, sak 77/2023	2026	Revidert plan lagt frem for styret og behandlet 28. august, sak 77/2023. Hoveddelene av tiltakene planlegges med effekt i 2024 og 2025.
Revisjon av BRK planen	30.03.2024	

Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	3	3	Betydelig

1.7 Miljøtiltak

[Vestre Viken miljødeltmål](#) består av felles klima- og miljømål for spesialisthelsetjenesten, samt lokale mål fra Vestre Vikens Avfallsstrategi. Det er totalt 9 delmål og ett overordnet mål. Baseline er 2019, og målsettingen er fram til 2030 (målsettingen er periodisert jevnt fram mot 2030).

Prioriterte målområder i 2023:

Mål	Målsetting 2023	Indikator	Måleperiode	Tiltaksansvarlige	Vurdering	Tiltak
Redusere direkte utslipp med 40% innen 2030 (overordnet målsetting)	19.379,5	Tonn CO2e:	Årlig	Alle klinikker og staber.	<p>Resultat for 2023 foreligger ikke ennå. Tall for 2023 vil foreligge etter innrapportering til nasjonalt Klimaregnskap, feb-24.</p> <p>Vestre Viken har hatt en reduksjon fra 2019-2022 på 10%, det er 1,4% bak målsettingen for 2022. Inkl. gjenvinningskraft har VV redusert med 33% fra 2019 til 2022.</p> <p>Utslipp fra energi utgjør ca.75% av direkte utslipp fra VV. Reduksjon av energibruk er derfor nødvendig for å nå målsettingen for direkte utslipp.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Utfasing av anestesigassen Desfluran. - Oppfølging av ansattreiser (bil, fly) - Utfasing av fossilt brensel - Se for øvrig tiltak under mål "Energiforbruk"

<p>Energiforbruk - reduseres med 20% innen 2030</p>	<p>76.100.497</p>	<p>Energiforbruket er 41,7 GWh. Dette er ca.3,4 % bak målsettingen for 2.kv.</p>	<p>Kvartalsvis</p>	<p>Alle klinikker og staber. Intern service.</p>	<p>Ser vi forbruket opp imot utetemperatur (graddagskorrigert energiforbruk) så viser prognosen at det er sannsynlig at foretaket når miljømålsettingen for 2023.</p> <p>Forventet resultat 2023, basert på 3 scenarier ifht. budsjett 2023: Scenario 1, temperatur 3. tertial 2023 lik temperatur 3. tertial 2022: Forventet energiforbruk 3,6 % over budsjett. (Mest sannsynlig scenario pga temperatur avvik på 0,2 grader over normalår). Scenario 2, 1 grader varmere: Forventet energiforbruk 1,7 % over budsjett. Scenario 3, 1 grader kaldere: Forventet energiforbruk 5,4 % over budsjett. Forventet resultat på alle 3 scenarier er <u>før</u> graddagskorrigerings.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Etablert eLæringskurs "Energi-smarte valg i VV" (gjennomført) - Holdningskampanjer innen ENØK (gjennomføres kontinuerlig) - Øremerke midler til å gjennomføre handlingsplan for energi- og vannbesparende tiltak - Videreføre fire strakstiltak ENØK, bl.a. redusert innetemperatur - Etterutdanning av teknisk driftspersonell/ fagbrev (gjennomført) - Tett oppfølging og optimalisering av tekniske anlegg (gjøres kont) - Interne revisjoner med tema "Energiledelse" og "Energibruk" (gjennomført) <p>Nye tiltak 2.tert.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sendt søknad til HSØ om finansieringsstøtte til utfasing av lysstoffrør - Internrevisjon i praktisk
---	-------------------	--	--------------------	--	--	--

				<p><u>Årsaker</u> til at vi ligger bak planlagt energiforbruk 2.kvartal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kald vår har krevd mer oppvarming, og varm mai-juni har krevd mer kjøling, sammenlignet med 2022. - Regulering av soner: Mye av det tekniske utstyret gir ikke mulighet for en effektiv regulering av varme/ventilasjon (inndeling i små nok soner), det vil kreve større ombygginger for å få til dette. <p><u>Utfordringer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Endre vaner til 9.500 ansatte - Utsettelse av investeringer som kunne bidratt til redusert energiforbruk. - Manglende finansiering av ENØK-tiltak. <p>Å nå målsettingen for 2023 vil være utfordrende sett i forhold til faktisk forbruk (kWh), men ved å se forbruket opp imot utetemperatur, så er det</p>	bruk av SD-anlegg, og EOS.
--	--	--	--	--	----------------------------

					sannsynlig at foretaket når miljømålsettingen for 2023.	
Andel polikliniske konsultasjoner over tlf/video skal være min. 20% innen 2030	14,4	Andel: 11,4 %	Kvartalsvis	Klinikker med polikliniske konsultasjoner	Følges opp under kap. 1.1 "Styrke brukermedvirkning og brukerstyring"	
Fyringsolje skal fases ut innen 2030	0,8	Andel fyringsolje:	Årlig	Intern service	<p>Status pr. 2.tert.: Resultat for 2023 foreligger ikke ennå. Tall for 2023 vil foreligge januar-24.</p> <p>Resultatet pr.31.12.22 viser at andelen fossil fyringsolje er 0,5%, og det er foran målsettingen for 2023 for å nå utfasing innen 2030.</p> <p>Vestre Viken har i all hovedsak faset ut fossil fyringsolje som grunnlast. Foretaket benytter fossil fyringsolje kun til spisslast/nødstrøm, bortsett fra tre eiendommer innen PHR-BLAK som fortsatt benytter fossil fyringsolje til grunnlast.</p> <p>Det er sannsynlig at målsettingen for 2023 nås.</p>	<p>Ingen spesielle tiltak (drift av Blakstad vil flytte over til NSD i løpet av 2025)</p> <p>Etter 2025 er det kun lov til å bruke fossil fyringsolje til nødstrøm og beredskap ref: Forskrift om forbud mot bruk av mineralolje til oppvarming av bygninger - Lovdata</p>

Fossilt drivstoff for egne kjøretøy skal fases ut innen 2030	37	Andel fossilfrie kjøretøy:	Årlig	Alle klinikker og staber som benytter tjenestebiler	<p>2.tert: Resultat for 2023 foreligger ikke ennå. Tall for 2023 vil foreligge etter innrapportering til nasjonalt Klimaregnskap, feb-24.</p> <p>Vestre Viken lå pr.31.12.22 73% bak målsettingen for 2022, men utviklingen går i riktig retning og hadde en økning på 800% fra 2021 til 2022.</p> <p><u>Utfordringer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -God styring av bilflåten -Tilstrekkelig ladestruktur for Tjenestebiler. Inntil utskiftingstakten øker betraktelig, vil VV kunne levere tilstrekkelig med ladepunkter. <p>Det er usikkert om målsettingen for 2023 nås, utskiftingstakten er avhengig av 4-års leasingavtaler</p>	<p>Montering av ladere blir prioritert og montert fortløpende etter behov, mål om ti nye ladere hvert år. Kostnad pr lader er har gått noe ned, noe som har gjort at man har fått satt opp flere ladere enn det årlige målet.</p> <p>Nytt tiltak 2.tert: Utrede muligheten for at eierskap for tjenestebiler skal overføres fra Intern service til prehospitale tjenester (PHT), PHT har gode systemer for flåtestyring (påbegynt).</p>
--	----	----------------------------	-------	---	---	--

<p>Miljøbevisste medarbeidere i alle enheter: For Bedringsundersøkelsen, andel ansatte som svarer at «Her arbeides det godt med å unngå negativ påvirkning på det ytre miljøet» skal være min. 90% innen 2030</p>	76	Andel: 71	Årlig	Alle klinikker og staber	<p>Resultatet ligger ca. 7% etter målsettingen for 2023.</p> <p><u>Utfordringer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Tilstrekkelig "miljø"-kompetanse hos ledere i forhold til sitt ansvarsområde -Synliggjøre miljøpåvirkning i alle beslutninger -Tilstrekkelig informasjon og involvering av ansatte i miljøarbeidet 	<p><u>Tiltak Ledere:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -må involvere/inkludere/informere ansatte i miljøarbeidet -inkludere miljø i det daglige arbeidet. <p><u>Tiltak Systemansvarlig for miljøledelse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -publiserer "Månedens Miljøtips" (gjennomføres) -markerer årlig Verdens miljødag 5.juni (gjennomføres) - "Grønt sykehus" inngår i lederopplæringen i VV (gjennomføres) - "Grønt sykehus" inngår i opplæring av nyansatte i VV (gjennomføres) <p>Nye tiltak 2.tert.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rapportering av status miljømål skal inngå i virksomhetsrapporteringen fra klinikkene
<p>Øke andel avfall til materialgjenvinning fra 2022-2023</p>	<p>26,6 (5% økning ift målsetting 2022) Ny målsetting for 2023, inkl. matavfall, 28,5%</p>	<p>Andel avfall til materialgjenvinning: 29%</p>	Kvartalsvis	Alle klinikker og staber	<p>Status pr. 2.kvartal er en liten økning fra 1.kvartal 2023, og resultatet ligger noe foran målsettingen.</p>	<p>Tiltak 1. og 2.tert.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Øke kildesortering ved å bl.a. sette ut sorteringsmøbler ved vakt-/pauserom (status: pilot RS startet opp august) - Øke utsortering av trevirke og metall (pågår)

						Nye tiltak 2.tert: -Plastprosjekt DS - Redigering av avfallsstrategien i VV
--	--	--	--	--	--	---

Risiko for ikke å oppnå målene

Årsak til at hendelsen kan inntreffe

Fravær av investeringsmidler. Ikke tilstrekkelig kunnskap om miljømålene. Miljøtiltak blir ikke gjennomført og resultater blir ikke fulgt opp i etablerte rapporteringslinjer

Forebyggende tiltak

Alle klinikker og staber fastsetter årlig handlingsplan for miljøtiltak.

Gjør ledere/beslutningstakere kjent med miljømålene, og løpende arbeid med å øke forståelsen for at relevante miljøtiltak må gjennomføres ute i alle klinikker og staber. Økt bevissthet på at redusert forbruk både vil gi reduserte utslipp og reduserte kostnader. Miljøaspektet inkluderes i alle eiendomsplaner. Oppfølging av status på miljømålene.

Konsekvens av risikoen

Utslippene reduseres ikke i tråd med målsettingen til Vestre Viken. Dårlig omdømme for foretaket..

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• Ved inngangen til 2023	3	3	Moderat
• Vurdering per 1.tertial 2023	4	3	Betydelig
• Vurdering per 2.tertial 2023	4	3	Betydelig

Prioriterte risikoreduerende tiltak	Forventet full effekt	Status
Følge opp etterlevelsen av strakstiltak innen energi	01.07.23	Pr. 2.tert.: Tre av fire tiltak gjennomført, redusere innetemperatur gjenstår.
Styrke daglig oppfølging av tekniske anlegg og energiledelse	31.12.23	Pr. 2.tert.: Gjennomført, og gjennomføres kontinuerlig
Gjennomføre en EPC kontrakt for BRK-sykehusene	31.12.23	Pr. 2.tert.: Er til vurdering, ikke igangsatt
Fortsatt begrense reising til seminarer og kurs.	31.12.23	Det er fortsatt begrensinger for deltakelse på kurs/seminarer
I gang med søknadsprosess for lånemidler til utskifting av lyskilder til LED. Hensikt: redusere energiforbruket	31.12.24	Pr.2.tert: Synliggjort for ledelsen behov for midler til utfasing av lysstoffrør, og sendt søknad til HSØ om insentivmidler
Reduksjon/utfasing av desfluran. Hensikt: reduksjon av direkte utslipp	31.12.23	Pr. 2.tert.: Pågår
Nye tiltak 2.tert.:		
Gjennomføre internrevisjon i praktisk bruk av SD-anlegg, og EOS. Hensikt: sikre god oppfølging av tekniske anlegg, og dermed redusert energi- og vannforbruk.	31.12.24	Pr. 2.tert: Ikke gjennomført (planlagt gjennomføring nov-23)
Overføre eierskap for tjenestebiler fra Intern service til prehospitale tjenester (PHT). Hensikt: Sikre god utnyttelse av tjenestebilene, god flåtestyring. Hensikt: fremme fossilfri virksomhet - redusere utslipp fra transport.	31.12.24	Pr. 2.tert.: Igangsatt prosess (planlagt gjennomført innen 31.12.23)
Plastprosjekt DS. Hensikt: øke andel avfall til materialgjenvinning.	30.06.24	Per 2.tert: Startet
Redigering av avfallsstrategien i Vestre Viken. Hensikt: øke andel avfall til materialgjenvinning.	31.12.24	Per.2.tert.: Påbegynt

Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	3	3	Moderat

2 Forberede organisasjonen på innflytting i NSD

Mål	Indikator	Måleperiode	Vurdering	Tiltak
Tilpasset driften til nytt bygg og gjennomført en vellykket innflytting og ibruktakelse.	Iht. plan	2025	Samtlige delprosjektrapporter kommer på plass i løpet av høsten, men viser pr. nå til få økonomiske gevinster. Fremdrift i regionale IKT prosjekter utfordrer også gevinstrealiseringen.	Basert på delprosjektrapportene skal klinikkene nå samordne sine tiltak for planlegging innflytting og realisering av planlagte gevinster. Disse planene skal samordnes bedre med plan for bærekraftig utvikling for hele VVHF.

Risikoområde 4: Organisasjonen er ikke tilstrekkelig forberedt til innflytting i nytt sykehus i Drammen

Årsak til at hendelsen kan inntreffe

Forsinkelser i kritiske IKT- og utstyrsleveranser.

Manglende gjennomføringsevne til tilpasse driften til nytt sykehus

Manglende ressurser i driftsorganisasjonen for gjennomføring av nødvendige forberedelsesaktiviteter

Manglende prioritering av stabsressurser ovenfor klinikkene til forberedelse og ibruktakelse.

Forebyggende tiltak

Etablering av en gruppe bestående av sentrale beslutningstakere i VVHF, PNSD, HSØ og SP. Gruppen skal sikre risikostyring og oppfølging av IKT-plan, samt de leveransene som er særlig kritiske for NSD.

Etablert tett oppfølging av alle aktiviteter i mottaksprosjektet, som rapporteres månedlig til styret i VV. For å sikre avhengigheter til øvrige aktiviteter i byggeprosjektet, registreres aktiviteter og milepæler i et felles planverk og det er etablert Forum for samlet plan.

Etablert rammeverk og handlingsplaner for oppfølging av klinikkene for tilpasning av drift og forberedende aktiviteter

Sikre internkommunikasjon og støtte til ledere

Konsekvens av risikoen

Helseforetaket vil ikke kunne realisere kvalitative og økonomiske gevinster i nytt sykehus i Drammen som forutsatt.

Manglende oppnåelse av effektive pasientforløp og arbeidsprosesser vil medføre økte driftskostnader ved innflytting i nytt sykehus.

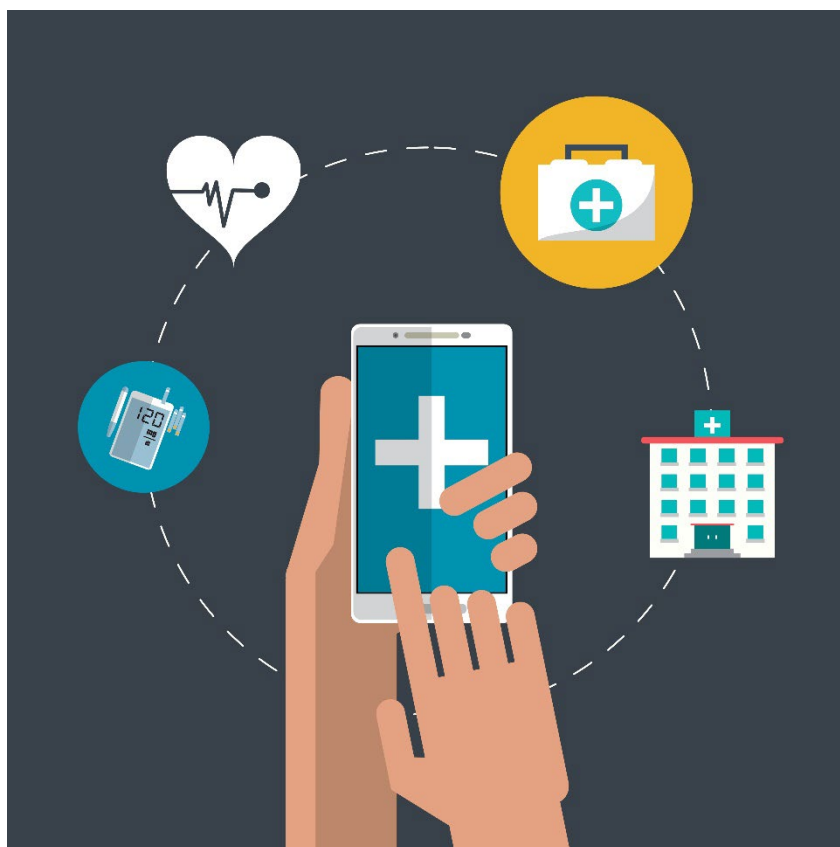
Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• Ved inngangen til 2023	2	4	Moderat
• Vurdering per 1.tertial 2023	2	4	Moderat
• Vurdering per 2.tertial 2023	2	4	Moderat

Prioriterte risikoreducerende/-stabiliserende tiltak	Forventet full effekt	Status
Etablering av planverk for innflytting og ibruktakelse i samarbeid med aktuelle klinikker og sentrale staber.	31.12.25	Etablert planverk, forankring på alle ledernivå Q3 2023

Videreutvikle etablert forum for klinikkens prosjektsjefer for å 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.	31.12.2025	Etablert og i drift
Medvirkning og forankring hos Vestre Viken HF blant ansatte, tillitsvalgte, vernetjeneste og brukere.	31.12.2025	
Kommunikasjonsplan for mottaksprosjektet og den enkelte klinikk, inkl. lederpakker til alle nivå	31.12.2025	
Samordning av gevinstplan NSD med plan for bærekraftig utvikling av VVHF	31.12.2023	

Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	2	4	Moderat

Handlingsplan for bærekraftig utvikling



25. september 2023

Innhold

1. INNLEDNING	4
1.1. STYREVEDTAK 017-2019 HELSE SØR-ØST.....	4
1.2. ENDREDE FORUTSETNINGER	5
1.3. ØKONOMISK STATUS.....	5
1.4. ÅRSVERK	5
1.5. TURNOVER	6
1.6. SYKEFRAVÆR.....	6
1.7. VENTETIDER.....	7
1.8. DEMOGRAFI OG BEMANNING	7
1.9. LEDELSE OG LEDEROPPFØLGING.....	8
1.10. SAMARBEID MED TILLITSVALGTE OG VERNETJENESTEN	8
1.11. BÆREKRAFTIG ØKONOMI I VVHF	9
2. STANDARDISERING	10
2.1. DRIFT/ ORGANISERING AV POLIKLINIKK I DE SOMATISKE KLINIKKENE	10
2.2. HANDLINGSPLAN OG FORVENTENDE EFFEKTER	10
2.3. TURNUSPLANLEGGING.....	11
2.4. EVALUERING AV PILOTER FOR LANGVAKTER SOMMER 2023	12
2.5. BEMANNINGSENTRET	12
2.6. HANDLINGSPLAN OG FORVENTEDE EFFEKTER.....	12
2.7. TJENESTER FRA KLINIKK FOR INTERN SERVICE (KIS)	12
2.8. PRIVAT BILKJØRING BLANT ANSATTE I VESTRE VIKEN.....	13
2.9. TJENESTEBILER.....	13
2.10. AREALEFFEKTIVISERING	13
2.11. ENERGIEFFEKTIVISERING	14
2.12. FORBRUKSVARER OG LEGEMIDLER	14
2.13. INNKJØP	14
2.14. MEDIKAMENTBYTTER.....	15
2.15. SERVICEAVTALER MEDISINSK TEKNISK UTSTYR (MTU).....	15
2.16. BEHANDLINGSHJELPEMIDLER	15
2.17. HANDLINGSPLAN OG FORVENTEDE EFFEKTER.....	16
2.18. BILDE- OG LABORATORIETJENESTER.....	16
2.19. HANDLINGSPLAN OG FORVENTEDE EFFEKTER.....	16
3. TEAMARBEID OG OPPGAVEDELING	18
3.1. HANDLINGSPLAN OG FORVENTEDE EFFEKTER.....	18
4. DIGITAL TRANSFORMASJON	20
4.1. OVERORDNEDE PRIORITERINGER	20
4.2. TEKNOLOGIKOSTNADER	20
4.3. KUNSTIG INTELLIGENS INNEN BILDEDIAGNOSTIKK	21
4.4. DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING	21
4.5. HELSELOGISTIKK.....	22
5. ORGANISERING OG STRUKTUR	23
5.1. SYKEHUS I NETTVERK.....	23
5.2. HANDLINGSPLAN OG FORVENTEDE EFFEKTER.....	23
5.3. STABS- OG STØTTEFUNKSJONER	24
5.4. HANDLINGSPLAN OG FORVENTEDE EFFEKTER.....	24
5.5. KLINIKK FOR PSYKISK HELSEVERN OG RUSBEHANDLING (PHR).....	25
5.6. DØGNBEHANDLING	25

5.7.	POLIKLINIKK	26
5.8.	EIENDOMSPLAN PHR.....	27
5.9.	HANDLINGSPLAN OG FORVENTEDE EFFEKTER.....	27
5.10.	GEVINSTREALISERING NYTT SYKEHUS I DRAMMEN.....	28
5.11.	FREMTIDENS KONTORTJENESTE	29
6.	RAPPORTERING	30
6.1.	RAPPORTERINGSRUTINER MED TILHØRENDE ANSVAR	30
6.2.	RAPPORTERINGSKALENDER.....	30
6.3.	SYSTEMSTØTTE	31
7.	OPPSUMMERING	34
8.	RISIKOVURDERING.....	36

1. Innledning

Dette er en revidert utgave av «Plan for økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealisering NSD». Planen vil heretter omtales som «Handlingsplan for bærekraftig utvikling». Kortversjonen av navnet vil være «bærekraftsplanen».

Vestre Vikens utviklingsplan 2035 har fem strategiske mål:

- Styrke brukermedvirkning og brukerstyring
- Skape trygge og helhetlige pasientforløp
- Styrke samhandling og nettverk
- Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi
- Sikre personell med rett kompetanse

Denne handlingsplanen er en operasjonalisering av utviklingsplanen og tiltakene grupperes i fire innsatsområder:

- Standardisering
- Teamarbeid og oppgavedeling
- Digital transformasjon
- Organisering og struktur

Det er opprettet et sentralt ressursteam som vil understøtte måloppnåelsen.

1.1. Styrevedtak 017-2019 Helse Sør-Øst

Styret i Helse Sør-Øst RHF (HSØ RHF) besluttet å bygge nytt sykehus i Drammen i styremøte 14.3.2019, sak 017-2019. Vedtaket inneholdt også følgende:

Utdrag fra vedtak i sak 017-2019:

3. Styret konstaterer at det nye sykehuset ikke er økonomisk bærekraftig på prosjektnivå, men er avhengig av effektiviseringstiltak i hele Vestre Viken HF for å kunne gjennomføres. Videre konstateres det at Vestre Viken HFs arbeid med gevinstrealiseringsplaner ikke har kommet så langt som det er ønskelig for et forprosjekt.

På denne bakgrunn forutsetter styret at:

- a) Vestre Viken HF oppretter et organisasjonsutviklingsprosjekt og gjennom dette forbereder organisasjonen på endring, tilpasser arbeidsprosesser og oppnår positive resultater i forkant av innflytting slik at de økonomiske forutsetningene for utbyggingen innfris.*
- b) Vestre Viken HF utarbeider en detaljert gevinstrealiseringsplan og konkrete tiltak for å oppnå den nødvendige økonomiske utviklingen samtidig som kvaliteten i pasientbehandlingen opprettholdes. Planen skal inkludere bemanningsutviklingen i årene frem til ferdigstilling av bygget.*
- c) Styret ber om at det fremlegges en egen sak med resultatet av arbeidet under punkt 3 a) og b).*

På dette grunnlag utarbeidet Vestre Viken HF (VVHF) en plan for å sikre økonomisk bærekraft i hele foretaket og realisering av gevinster som var forbundet med nytt sykehusbygg i Drammen. Planen ble behandlet gjennom flere møter i styret, og endelig godkjent i styremøtet i april 2020.

Siden dette har rapportering på planen vært en del av den tertialvise virksomhetsrapporteringen.

1.2. Endrede forutsetninger

Driftssituasjonen i norske sykehus er vesentlig endret fra før pandemien. Aktiviteten har vært ujevn og uforutsigbar i årene 2020 –2023. Sykefraværet har vært høyt, og bidratt til lavere aktivitet. Antall ø-hjelp innleggelser har samtidig vært lavere enn forventet. Trenden med redusert antallet innlagte har fortsatt også i etterkant av pandemien, samtidig som en økt satsning på kompetanse i front i akuttmottakene bidrar til å redusere behovet for innleggelser. Reduserte antallet innleggelser gir raskt og effektiv behandling for pasientene, men reduserer samtidig inntektene.

Reduksjonen i aktivitet er ikke fulgt av en tilsvarende reduksjon i bemanning. Ved utgangen av 1. halvår 2023 er det om lag 300 månedsværk over budsjettet nivå. Det høyere sykefraværet forklarer en tredjedel av bemanningsøkningen. Samtidig har lønnsnivået økt mer enn det som kompenseres gjennom bevilgninger over statsbudsjettet. Tilgangen på helsepersonell er langt mer utfordrende enn tidligere. Det er større konkurranse om arbeidskraften, og økt turnover. Vi ser at særlig de med kort ansiennitet ser ut til å forlate spesialisthelsetjenesten etter kort tid. Spesielt gjelder det sykepleiere på sengeposter. Det høye sykefraværet forverrer denne situasjonen. Samtidig har det vært en betydelig prisvekst. Prisveksten er i stor grad blitt kompensert ved de tilleggsbevilgninger som er gitt gjennom revidert nasjonalbudsjett.

1.3. Økonomisk status

Tabellen nedenfor viser økonomisk status pr. klinikk ved utgangen av juli 2023.

Klinikker	Budsjettavvik pr juli	Budsjettavvik						Siste Prognose (pr juli)
		Herav Inntekter eks basisramme	Herav fast lønn, faste tillegg og engasjement	Herav variabel lønn	Herav AGA	Herav innleie fra vikarbyrå	Herav Øvrige kostnader	
10 - Klinikk Drammen sykehus	- 82 642	- 10 216	- 30 867	- 21 303	- 9 396	- 4 948	- 5 918	-131 000
20 - Klinikk Bærum sykehus	- 66 245	- 9 275	- 18 331	- 17 468	- 6 206	- 4 956	- 10 009	-90 500
30 - Klinikk Ringerike sykehus	- 23 195	- 360	2 714	- 8 860	- 1 901	- 5 528	- 9 261	-35 500
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	- 18 622	- 598	- 6 111	- 1 757	- 1 688	- 1 157	- 7 311	-22 000
50 - Klinikk for Intern service	- 13 178	- 436	- 396	- 1 721	- 185		- 10 422	-23 000
*50 Herav vedlikehold over drift	- 11 950	- 1 150					- 10 800	-20 000
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	- 43 251	22 201	- 27 220	- 9 469	- 6 276	- 1 848	- 20 638	-70 000
70 - Klinikk for Prehospitale tjenester	- 11 153	- 2 178	- 3 033	- 1 819	- 1 776		- 2 347	-12 000
*70 Herav pasientreiseoppdrag	- 2 378	500					- 2 878	-3 500
80 - Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	- 17 317	2 605	- 4 070	- 2 790	- 803	- 1 406	- 10 849	-28 000
Sum klinikker	- 289 932	1 093	- 87 313	- 65 188	- 28 230	- 19 843	- 90 433	-412 000

Klinikkene leverte et budsjett for 2023 med en samlet uløst utfordring på 167 MNOK. Avviket på fastlønn er hovedårsaken.

Uløst utfordring på 167 MNOK er dekket gjennom tilleggsbevilgningene for 2022. Tilleggsbevilgningen for 2023 vil i all hovedsak medgå til dekning av merkostnader knyttet til årets lønnsoppgjør, samt prisveksten. Det samlede resultatet for 2023 er derfor vesentlig bedre enn det som fremkommer fra klinikkens regnskap.

1.4. Årsverk

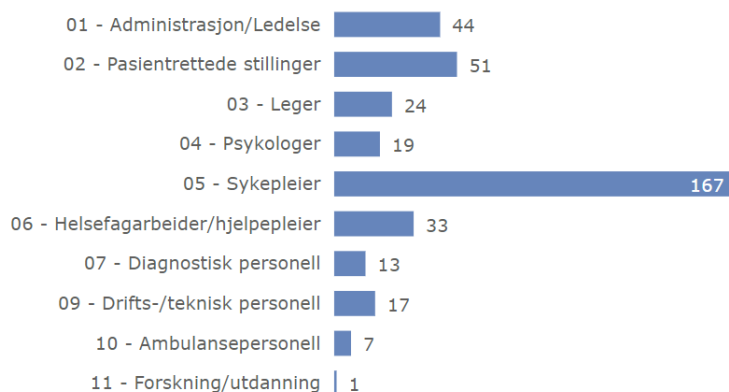
Lønnskostnadene utgjør om lag 80 % av samlede driftskostnader. Tabellen nedenfor viser utvikling i brutto utbetalte årsverk for klinikkene. Sammenstillingen viser to punktmålinger 1.1.2020 og 1.1.2023.

Årsverksutvikling pr klinikk	2020			2023			Endring		
	Brutto årsverk 1.1.2020	Herav faste årsverk	Herav variable årsverk	Brutto årsverk 1.1.2023	Herav faste årsverk	Herav variable årsverk	Brutto årsverk fra jan 2020 - jan 2023	Herav faste årsverk	Herav variable årsverk
10 - Klinikk Drammen sykehus	1 818	1 604	214	1 915	1 729	186	97	125	-28
20 - Klinikk Bærum sykehus	1 071	948	123	1 189	1 088	101	118	140	-22
30 - Klinikk Ringerike sykehus	587	515	72	616	551	65	29	36	-7
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	324	285	39	364	328	36	40	43	-3
50 - Klinikk for Intern service	523	460	63	559	493	65	35	33	2
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PH)	1 739	1 578	161	1 837	1 712	125	98	134	-36
70 - Klinikk for Prehospitale tjenester	366	299	67	392	330	61	25	31	-6
80 - Klinikk for Medisinsk Diagnostikk	650	603	47	717	659	57	66	56	11
Grand total	7 078	6 292	787	7 588	6 890	697	509	599	-89
Sentrale staber									
Sentrale staber eks NSD, utdanning, forskning og bemanningssenter	282			278				-4	
Bemanningscenter	36			69				33	
Utdanningsstillinger	30			77				47	
Forskning og innovasjon	9			18				9	
NSD	7			31				24	

Årsverksutviklingen har, med unntak av området psykisk helsevern og rus, vært større enn veksten i aktivitet fra 2019 til 2023. Samtidig har det vært en vridning fra variabel til fast lønn. En mindre andel skyldes sentrale pålegg og strategiske satsninger som det også følger tilskudd og vekst i pasientinntekter med. Gjennomsnittslønnen i Vestre Viken er beregnet til 800 000 kroner pr. årsverk.

1.5. Turnover

Antall ansatte sluttet hittil i år per stillingsgruppe



*Ekstern turnover pr. juni 2023.

Vestre Viken har hittil i 2023 en turnover på 11,5 %. Forskning viser at en sunn turnover ikke bør overstige 10 %. Et forsiktig gjennomsnittlig anslag tilsvarer ca. kr 800 000 pr. ekstern turnover. En reduksjon i turnover til ca. 10 % (= 100 årsverk) vil da utgjøre 80 MNOK. Tiltak som kan bidra til å beholde arbeidstakere blir derfor viktig.

1.6. Sykefravær

Hittil i 2023 liggersykefraværet på 8,4 %. Gjennomsnitt for de 10 årene før pandemien har vært på 7,5 %. Av dette har korttidsfraværet utgjort i snitt 2,2 %. Langtidsfraværet har vært relativt stabilt, mens korttidsfraværet svinger mellom sesongene. Førrige vinter var korttidsfraværet svært høyt på 3,5 %. Det høyere korttidsfraværet gir en merkostnad på om lag 50 MNOK. En

reduksjon til 7 % vil gi en økonomisk gevinst på 50 MNOK. Tiltak som påvirker sykefraværet, vil derfor ha potensielt stor økonomisk effekt.

1.7. Ventetider

Status pr. mai 2023 (nullpunkt):

VVHF		Mai		Hittil i år	
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avviklet Somatikk - DAGER	Resultat	73		71	
	Plan	64		64	
	Awik	9		8	
	I fjor	64		61	
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avviklet PHR - DAGER	Resultat	50		47	
	Plan	38		38	
	Awik	12		9	
	I fjor	46		45	
KVALITET - Overholdelse av pasientavtaler - ANDEL	Resultat	86		87	
	Plan	95		95	
	Awik	-9		-8	
	I fjor	89		89	

Ventetiden innenfor somatikken har økt, og ligger på et høyere nivå enn før pandemien. Ventetiden innenfor psykisk helsevern og rusbehandling ligger i mindre grad over målet. Lange ventetider kan medføre negative konsekvenser både for pasientsikkerhet og kostnadsutvikling. Fristbrudd utgjør 6,1 %, hovedsakelig i somatikken. Ved fristbrudd kan pasientene kreve seg henvist via HELFO til annen behandlingsinstitusjon med avtale, kostnaden må dekkes av VVHF. Til sammenligning var fristbruddprosenten 0,9% i 2019.

1.8. Demografi og bemanning

Frem mot 2060 vil hver femte person i Norge være over 70 år, og antallet mennesker over 80 år vil tredobles. Behovet for helsetjenester vil øke sterkt i årene som kommer. Samtidig er det lav befolkningstilvekst.

Allerede i dag oppleves det utfordrende å rekruttere helsepersonell. Det er derfor behov for både kortsiktige og langsiktige tiltak for å rekruttere ansatte med rett kompetanse.

Det må legges til rette for fleksible arbeidstidsordninger, kompetanseutvikling, faglige karriereveier og utviklingsmuligheter for medarbeidere i alle yrkesgrupper.

En rapport fra Rambøll (2022) estimerer at behovet for årsverk i helse- og omsorgssektoren fordobles frem mot 2060. Dette innebærer at 30 % av arbeidsstyrken i Norge må arbeide i helsesektoren. Helsepersonellkommissjonens rapport beskriver utfordringsbildet, og peker på mulige tiltak.

De siste tiårene har utfordringer i helse- og omsorgstjenesten i hovedsak blitt løst med økt bemanning. Allerede i dag erfarer helsetjenesten mangel på helsepersonell. Fremover vil vi ikke være i stand til å dekke behovene i for helse- og omsorgstjenester uten å innrette arbeidsinnsatsen på andre måter, for eksempel ved oppgavedeling. Det vil i tillegg være nødvendig å innføre bemanningssparende teknologi. Brukerne av tjenestene vil være en viktig del av løsningen. Handlingsplanen presenterer VVHF sine tiltak for å møte disse utfordringene nå, og frem i tid.

VVHF har samarbeidsavtale med flere utdanningsinstitusjoner; Universitet i Sør-Norge (USN), OsloMet, Lovisenberg Diakonale Høyskole (LDH), VID og NTNU/Gjøvik. Det er etablert samarbeid med aktuelle videregående skoler i Viken. Det vil etableres et tettere samarbeid med Fagskolen i Viken, med tanke på videreutdanning av helsefagarbeidere.

Det arbeides aktivt med å øke antall lærlinger i helsearbeiderfaget og andre relevante fag. I første omgang vil helsefagarbeiderlærlinger prioriteres. Det tilrettelegges for å kunne tilby praksisperioder til flere sykepleiestudenter, og det opprettes flere utdanningsstillinger innen anesthesi-, intensiv-, operasjon-, barnesykepleie samt nyfødtsykepleie. I tillegg finnes utdanningsstillinger for sykepleiere som gjennomfører jordmorutdanning.

Arbeidet med kvalitetsreformen for ny utdanning av leger i spesialisering (LIS) fortsetter. Gode og effektive utdanningsløp for LIS er viktig for å gjøre VVHF til et attraktivt utdanningssted, og et framtidig arbeidssted som spesialist.

VVHF bruker Kompetanseportalen til opplæring for alle yrkesgrupper, et verktøy som vil bidra til en systematisk kartlegging av fremtidig kompetansebehov. Ledere kan på en effektiv måte følge opp gjennomføring av tildelte kompetanseplaner. I Kompetanseportalen dokumenteres oppnådde læringsmål hos lærlingene, og ikke minst i LIS-utdanningen.

De fremtidige bemanningsutfordringene vil kreve endringer i arbeidsprosesser og organisering av arbeidsstyrken.

1.9. Ledelse og lederoppfølging

Helhetlig system for lederoppfølging skal bidra til å sette ledere på ulike nivåer i stand til å utøve god ledelse. Alle nye ledere gjennomfører grunnopplæring det første arbeidsåret. For mer erfarne ledere tilbys programmer innen personlig lederskap og strategisk ledelse. I 2023 iverksettes et mentorprogram. I 2023 innfører VVHF også et ledermobiliserings-program som skal bidra til at flere velger ledelse som karrierevei.

Kontinuerlig forbedring er en del av foretakets kultur og arbeidsform. Det er utviklet et opplæringsprogram for å gjøre lederne i stand til å bruke metodikken. Samme opplæringsprogram tilbys også tillitsvalgte og vernetjeneste som ledd i å sikre god medvirkning i alle prosesser. Det er etablert lederavtaler med alle ledere hvor målene er forankret. Avtalene følges opp månedlig.

1.10. Samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten

Handlingsplanen fordrer at ledere følger etablerte systemer for endring. HSØ sine tolv prinsipper for omstilling skal følges. Involvering av tillitsvalgte og vernetjeneste på alle nivåer vil være avgjørende for å lykkes.

TV og VO har fremhevet samhandlingen i BUPA som en god modell, med blant annet gjennomføring av workshops. Dialogmøter mellom ledere og TV/VO skal gjennomføres på alle nivåer. Tidlig involvering og bred forankring er viktig.

Administrerende direktør har i tillegg til dialogmøter etablert en ukentlig møtearena med organisasjonene og vernetjenesten. Disse møtene vil omhandle fremdrift i handlingsplanen.

1.11. Bærekraftig økonomi i VVHF

Forprosjektrapporten for NSD i 2019 legger til grunn en resultatutvikling som sikrer kravet til egenfinansiering, BRK-prosjektet og finansiering av nødvendige investeringer i eiendom og utstyr.

Kravene til EBITDA er ikke oppfylt i årene med pandemi. EBITDA-målet nås heller ikke i 2023. Akkumulert avvik (prognose 2023) utgjør 563 MNOK.

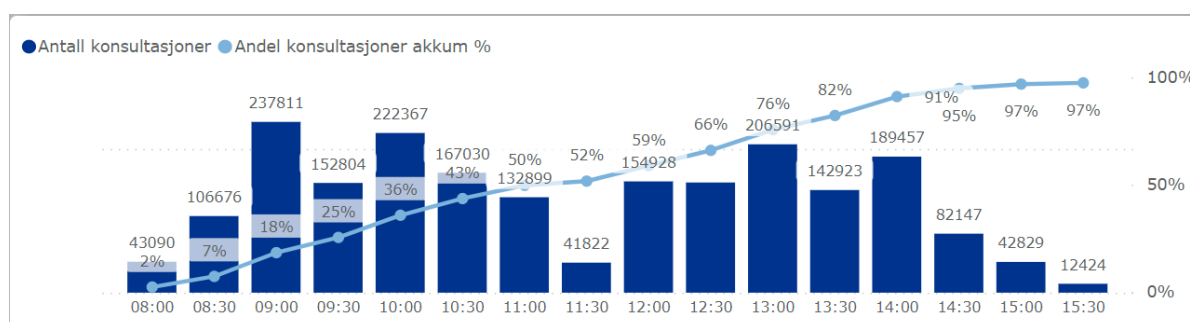
Kravene til økonomiske resultater innebærer en forbedring av EBITDA tilsvarende vel 300 MNOK i 2024, og ytterligere 160 MNOK i 2025. Positive effekter for VVHF i inntektsmodellen avhjelper deler av dette. Det må planlegges med tiltak som gir driftsforbedringer på 400-500 MNOK i årene 2024 til 2026. Det vises til sak 78/2023 Økonomisk langtidsplan. Dette krever en systematisk tilnærming, betydelig utvikling og nytenkning, og arbeidet vil kreve medvirkning og gjennomføringsevne i hele organisasjonen.

2. Standardisering

Det er et overordnet mål angitt i HSØ sin utviklingsplan 2040 å redusere uønsket variasjon og sikre likeverdige helsetjenester. Standardisering av prosesser og forløp, der det er hensiktsmessig, er derfor påkrevet. Standardisering bidrar i tillegg til økonomiske gevinster.

2.1. Drift/ organisering av poliklinikk i de somatiske klinikkene

Det er betydelig variasjon i utnyttelsesgrad ved våre poliklinikker gjennom dagen. Det er lav aktivitet på morgenen (før kl. 09), en reduksjon i aktiviteten ved lunsjtider (kl. 11-12) samt mot slutten av dagen (etter kl. 14):



I tillegg ser vi at kapasiteten utnyttes ulikt gjennom ukedagene, med en tydelig reduksjon mot slutten av uken. Begrensede arealer og tilgang til avansert medisinsk teknisk utstyr, samtidig med stadig økende ventelister, krever mer effektiv utnyttelse av kapasiteten gjennom døgnet.

Det er fortsatt en betydelig andel "ikke-møtt" som innebærer at areal og utstyr står ubenyttet. PHR har igangsatt et arbeid som innebærer at pasienter som ikke møter til oppsatt tid blir kontaktet av behandler for en telefon- eller videokonsultasjon. Dette tiltaket foreslås breddet til øvrige klinikker med poliklinisk aktivitet.

2.2. Handlingsplan og forventende effekter

Det er igangsatt flere prosjekter for definerte fagområder ved DS. I juli 2023 er det startet et arbeid for effektivisering av drift av poliklinikken ved Ringerike Sykehus. Analyser viser at det er nødvendig å iverksette tiltak på områdene fordøyelsessykdommer, hjertesykdommer, øyesykdommer og endokrinologi for å ivareta pasient- og ansattssikkerhet.

Tiltakene innebærer en gjennomgang av ventelister, etablere åpne timebøker minst 6 måneder fremover i tid, samt helårs ferieplanlegging og rutiner for å planlegge fravær i forbindelse med kurs og konferanser. Alle fagområder må se på mulighetene for å øke andelen digitale konsultasjoner, og tilby dette der det er hensiktsmessig. Det vil være nødvendig å se på legenes turnus- og arbeidstidsplanlegging. Legenes tariffavtale inneholder mulighet for dagarbeidstid frem til kl. 1800. Dette er så langt ikke benyttet, men vil kunne bidra til at poliklinikken kan ha lengre åpningstid og således øke kapasiteten fra dagens nivå. Det er et mål at driften ved poliklinikken starter kl. 08.00. En slik endring vil kunne medføre at legene må endre morgenrutiner for de dagene de har poliklinikk. Det blir viktig å sørge for at behovet for undervisning og opplæring allikevel ivaretas i tråd med avtaleverket.

Handlingsplan: se vedlegg «Handlingsplan Standardisering».

Forventede effekter:

Drift og organisering poliklinikk				
Tiltak	2024	2025	2026	Totalt (MNOK)
Bærum Sykehus	0	0	0	0
Drammen sykehus	4,0	4,0	4,0	12,0
Kongsberg sykehus	2,5	2,5	0	5,0
Ringerike sykehus	5,6	0	0	5,6
Total (MNOK)	12,1	6,5	4,0	22,6

Klinikkene har meldt inn effekter knyttet til bedre drift av poliklinikker. Bærum Sykehus har allerede gjennomført tiltak som har bedret utnyttelsen av poliklinikken. Sentralt ressursteam bistår klinikkene i det videre tiltaksarbeidet.

Indikatorer for måling:

- Antall konsultasjoner gjennom poliklinikkens åpningstid
- Pasienter med planlagt tid
- Utvikling ventetider
- Personellkostnader poliklinikk
- Utvikling polikliniske inntekter
- Andel ikke-møtt

2.3. Turnusplanlegging

Det er et mål at turnusplanleggingen skal være mest mulig standardisert og tilpasset aktivitet og tilgang på personell. En mer sentralisert turnusplanlegging vil redusere administrative oppgaver for ledere.

VVHF vurderer om kunstig intelligens kan benyttes til å optimalisere turnusplanleggingen. Flere andre offentlige og private aktører er i gang med liknende prosjekter. Første skritt vil være å innhente erfaringer fra disse. Prosjektene har identifisert at mulige gevinster kan være:

- Forutsigbarhet i drift for seksjon og avdeling,
- Flere heltidsstillinger og redusert uønsket deltid,
- Redusert overtid og innleie,
- Økt fagkompetanse til stede i avdelingen flere tidspunkter i løpet av dag, døgn, uke og ferietid
- Prediksjon i sykefravær og budsjettplanlegging
- Økt sikkerhet i budsjettprognoser

2.4. Evaluering av piloter for langvakter sommer 2023

August 2023 ble det gjennomført en evaluering av de tre pilotene fra sommeren 2023. Resultater fra evalueringene vil bli presentert og delt. Evalueringen vil legges til grunn for videre turnusplanlegging for sengepostene i VVHF.

Det er interesse for å innføre langvakter gjennom en kalenderplan. Videre utrulling vil skje i samarbeid med ansatte og tillitsvalgte. Målet er at de som ønsker turnusplan med langvakter skal tilbys dette.

2.5. Bemanningssentret

Alle ledige vakter skal bestilles hos Bemanningssenteret. Ledige vakter dekkes så langt mulig med kjent personell. Det gjennomføres en kartlegging av nivå 4 ledernes erfaring og behov som grunnlag for videreutvikling av Bemanningssenterets tjenester og organisering.

2.6. Handlingsplan og forventede effekter

Handlingsplan: se vedlegg «Handlingsplan Standardisering»

Forventede effekter:

Det er så langt ikke meldt inn spesifiserte gevinster per klinikk på dette området. Det er imidlertid kjent at turnusplaner påvirker kostnadsnivået. Heltidsarbeid er en forutsetning for å møte fremtidens behov for helsepersonell. FAFO (2023-22) har utarbeidet tre modeller i sin rapport for heltidskultur. Dagens modell fremstår som den mest kostbare og med størst risiko for gjennomførbarhet. Den krever økt antall stillinger for å dekke helgene.

For å kunne tilby heltidsstillinger kreves bruk av årsplaner og langvakter, teamarbeid og oppgavedeling.

VVHF vil utarbeide estimer per klinikk etter evalueringen av sommerens langvakter er ferdigstilt, kartlegging av ønske om langvakter er gjennomført og ferieplaner for 2024 er utarbeidet.

Indikatorer for måling:

- Utvikling bemanningskostnader, variabel lønn og innleie

2.7. Tjenester fra Klinikk for intern service (KIS)

I tillegg til omfattende eiendomsvirksomhet er intern service leverandør av ikke-helsefaglige støttetjenester på bestilling fra andre klinikker. Det foreligger et godt datagrunnlag knyttet til leveranse av enkelttjenester og synliggjøring av variasjon i bruk av tjenestene.

For å få til utbredelse av beste praksis til alle klinikker og avdelinger, og på den måten realisere gevinster, er KIS avhengig av tett samarbeid med kjernevirksomheten. Den årlige tjenesteleveranserapporten danner grunnlag for benchmarking som kan peke på behov for endring. Nyopprettet ressursteam kan bistå for å oppnå god samhandling mellom KIS og kjernevirksomhet.

Klinikk for intern service har identifisert flere områder der utbredelse av beste praksis vil kunne føre til kostnadsreduksjon. Disse områdene er middager pr liggedøgn, rene senger og smittevask.

Handlingsplan: se vedlegg «Handlingsplan Standardisering»

Forventede effekter:

Tiltak	2024	2025	2026	Totalt (MNOK)
Innføring beste praksis - Antall middager pr liggedøgn	0,3	-	-	0,3
Innføring beste praksis - Antall rene senger	0,6	-	-	0,6
Innføring beste praksis - Smittevask	0,3	-	-	0,3

Indikatorer for måling:

- Antall middager pr. liggedøgn
- Antall rene senger ift. døgnpasienter
- Antall smittevask pr. prod.koeffisient

2.8. Privat bilkjøring blant ansatte i Vestre Viken

Vestre Viken er pålagt å redusere klima- og miljøutslipp på linje med alle statlige virksomheter. I denne forbindelse må det tilrettelegges for økt andel gange, sykkel og kollektivtransport, og redusert bruk av privatbil. Det er i dag en skjevfordeling av ansattgoder til fordel for de som kjører bil. Det er få insentiver for gange, sykkel og bruk av kollektivtransport. Det er nødvendig å se på mulige tiltak for økt grønn mobilitet.

2.9. Tjenestebiler

Foretaket har tjenestebiler hvor årlig kjørelengde er lav. En bedre utnyttelse av bilparken på tvers av avdelingene, samt mer effektiv forvaltning av bilparken mht. service- og vedlikehold, kan oppnås. Innstramming av dagens praksis og rutiner, og/eller innføring av digitalt verktøy for booking av tjenestebiler ved behov er mulige tiltak. Rutiner er allerede godt etablert for forvaltning av ambulanser, og denne modellen vil implementeres for samtlige tjenestebiler gjennom overføring av forvaltningsoppgaven fra KIS til PHT. Det er estimert et betydelig innsparingspotensial i å redusere antall tjenestebiler.

2.10. Arealeffektivisering

Pandemien har medført økt bruk av hjemmekontor for administrativt ansatte og det fremkommer mye ledig kontorplass i dagens lokaler på Grønland 32. Reduksjon i antall leide kvm, enten ved å fremleie eller reforhandling av dagens leieavtale er ikke aktuelt. Leiemarkedet har endret seg i stor grad etter pandemien, og markedet for utleie av kontorarealer rundt Grønland 32 er svært vanskelig.

Et alternativ er å redusere innleie andre steder, og vurdere om administrativt ansatte kan flyttes til Grønland 32, i takt med at eksterne leieavtaler utgår. Effektiv arealbruk må også ses i

sammenheng med de pågående eiendomsplanene for PHR og PHT, samt i arbeidet med å realisere BRK-planen.

2.11. Energieffektivisering

Det er i henhold til EU/EØS-lovgivning forbudt å installere nye armaturer til lysstoffrør etter 23.08.23, og selve lysstoffrørene produseres ikke etter nevnte dato. Det planlegges med utskifting av 60 % av armaturene i første omgang, med forventet reduksjon i energikostnader på 5 MNOK i perioden 2024 – 2026. Finansiell støtte gjennom incentivordningen for bærekraft i HSØ er søkt.

Handlingsplan: se vedlegg «Handlingsplan Standardisering»

Forventede effekter:

Tiltak	2024	2025	2026	Totalt (MNOK)
Avslutte subsidiering av ansattparkering	1			1
Redusert antall tjenestebiler	1			1
Avviklet leieforhold administrative lokaler	1	0,8		1,08
Realiserte effekter, utskifting til LED-belysning	1	2	2	5

Indikatorer for måling:

- Leiekostnader lokaler
- Kostnader tjenestebiler
- Kostnader ansattparkering
- Energikostnader og energiforbruk

2.12. Forbruksvarer og legemidler

VVHF har med sine fire somatiske klinikker et potensiale i økt standardisering innenfor anskaffelsesområdet. Dette omfatter både økt standardisering av behandlingsmetoder og derav valg av produkt, samt rutiner for gjennomføring av anskaffelser for å sikre overholdelse av leverandøravtaler.

Effekten av det planlagte arbeidet på innkjøpsområdet er reduserte kostnader, økt pasientsikkerhet og likeverdige helsetjenester.

2.13. Innkjøp

I mai 2023 hadde VVHF om lag 45.000 artikler tilgjengelig i ERP. Av disse er det kjøp på om lag 15.000. Det kjøpes allikevel mye på fritekst og derav utenfor avtale, gjennomsnitt ca. 4 % av omsetningen per måned.

VVHF har siden 2021 systematisk fulgt opp lokale avtaler og kjøp utenfor avtale, og konvertert artikler over til regionale avtaler. Foretaksledelsen ønsker å innføre kontroll med fritekstbestillinger for å overholde avtaler med leverandør og forventer reduksjon av innkjøpskostnader. Innkjøpsavdelingen vil fremover kontrollere alle fritekstbestillinger før de sendes til leverandør. Hvis tilsvarende produkt er på avtale, vil bestillingen konverteres til avtaleprodukt. Finner innkjøp ikke produkt på avtale, vil anmoder bli kontaktet av en

medarbeider fra innkjøp for avklaring av behov. Vi er kjent med at flere andre HF allerede har denne rutinen implementert.

Parallelt vil KIS v/ logistikkavdelingen videreføre sitt arbeid med å overta anmoder-/bestillerrollen fra helsepersonell, der det lar seg gjøre (oppgavedeling). Formålet er å profesjonalisere bestillingsprosessene.

2.14. Medikamentbytter

Kostnader til legemidler er en betydelig utgiftspost i helseforetakene. Det omfatter både legemidler som gis pasienter i sykehus, og legemidler som pasientene administrerer selv hjemme (H-resept-medikamenter). De legemidlene som pasientene administrerer hjemme, er foreskrevet dels av foretakets egne leger, dels av leger ved andre sykehus og avtalespesialister. Helseforetakene overtar det økonomiske ansvaret for stadig flere legemidler som pasientene bruker hjemme.

Sykehusinnkjøp forvalter samarbeid om innkjøp av legemidler finansiert av helseforetakene (LIS-avtaler). VVHF har en farmasøyt i Sykehusapotekene som LIS-kontakt. LIS-kontakten er også medlem av legemiddelkomiteen i VVHF.

De administrerende direktørene i de regionale helseforetakene har vedtatt at anbefalingene fra spesialistgruppene i LIS skal gjelde som instruks i helseforetakene. Det rimeligste alternativet blant de ulike alternativene skal benyttes. Dersom det ikke kan benyttes av medisinske grunner, skal det begrunnes i pasientens journal.

Innkjøpsavtalene for legemidler inngås ofte for ett eller to år. En del av avtalene har medført betydelige kostnadsreduksjoner, særlig når patenter på legemidler har gått ut. Det er derfor viktig å få implementert nye avtaler raskt. Tett oppfølging kan gi økte gevinster. Foretaket etablerte derfor i 2019 et utvalg for høykostmedisin som skal sikre rask implementering av nye avtaler, og sørge for at oppfølgende styringsinformasjon blir tilgjengelig for ledelsesnivåene.

Det planlegges med at høykostgruppen skal utvide sitt område med innkjøpskostnader knyttet til implantater og instrumenter, samt støtte behandlingshjelpemidler i oppfølgingen av lojalitet til avtaler.

2.15. Serviceavtaler medisinsk teknisk utstyr (MTU)

Det er gjennomført en detaljert gjennomgang av serviceavtaler for MTU, og kostnadene er redusert i forhold til innmeldt behov i 2023 med 4,5 MNOK. Detaljert oppfølging av kostnadsnivå på serviceavtaler MTU vil fortsette fortløpende.

2.16. Behandlingshjelpemidler

Kostnadene til behandlingshjelpemidler har økt kraftig de siste årene. For å minimere kostnadene følger avdeling for behandlingshjelpemidler opp avtalelojalitet knyttet til valg av utstyr, spesielt innen diabetesområdet. Avvik fra førstevalg skal heretter godkjennes av fagdirektør eller fagnettverk. Avdelingen følger også tett opp reklamasjoner og vedlikeholdskostnader, og har tatt initiativ til forprosjekt Bever (Behandlingshjelpemidler i det virtuelle sykehuset), hvor hensikten er å søke om eksterne midler for å utvikle nye løsninger for pasienter og ansatte sammen med næringslivet.

2.17. Handlingsplan og forventede effekter

Handlingsplan: se vedlegg «Handlingsplan Standardisering»

Forventede effekter

Tiltak	2024	2025	2026	Totalt (MNOK)
Reduserte innkjøpskostnader som følge av bedre innkjøpsrutiner og bruk av avtaler	5	6		11
Innkjøpskostnader (legemidler)	10			10

Indikator for måling:

- Andel kjøp på fritekst
- Realisert gevinster ved endring av produktvalg
- Utvikling kostnader serviceavtaler MTU
- Utvikling kostnader BHM

2.18. Bilde- og laboratorietjenester

Bilde- og laboratoriediagnostikk er en del av de fleste pasientforløp. Behovene er økende, i takt med behovet for rask utredning og behandling, samt at nye avanserte metoder utvikles. Dette gjør det nødvendig å prioritere. Det skal settes i gang en klinisk fagrevisjon i VVHF innenfor et begrenset område innenfor bilde- og laboratoriediagnostikk, og en metode for videre arbeid på flere områder. Parallelt utvikles et analyseverktøy som skal gi grunnlag for benchmarking mellom sykehus og fagområder. Med "kloke valg" og samvalg kan vi få en mer bærekraftig tjeneste.

Det vises til styresak 35/2023 der styret ga tilslutning til å utløse opsjon for anskaffelse av lab-analysehaller ved Ringerike og Kongsberg.

VVHF har medisinsk biokjemitjenester i alle sykehus, men med forskjellig utstyr, reagenser og arbeidsprosesser. Ved å standardisere til en leverandør for analyser med høy-volum kan det oppnås betydelige gevinster og en felles laboratorietjeneste på tvers av VVHF. Anskaffelse av analysehall til NSD utløste en opsjon for de andre sykehusene i VVHF, og det blir oppnådd en vesentlig prisreduksjon så snart systemene er i drift på alle sykehusene. Planlagte gevinster forutsetter investering også ved Bærum sykehus, og dette vil legges til grunn for ØLP 2024 – 2027.

2.19. Handlingsplan og forventede effekter

Handlingsplan: se vedlegg «Handlingsplan Standardisering»

Forventede effekter:

Tiltak	Forventet kontantstrøm i MNOK			
	2024	2025	2026	Totalt
Prioritering - riktig bruk av BILDE og LAB tjenestene	1	3	3	7

Indikatorer for måling:

De relevante fagområder skal måles med bistand fra analyseverktøy som analyseavdeling skal ferdigstille i 4. kvartal 2023. Prosjektet vil bli bedre definert også gjennom fagrevisjon som starter opp i januar 2024, og forslag til indikatorer kan utvikles mer.

Antall undersøkelser; per pasient type per opphold/liggedøgn, utvikling over tid. Reagensbruk.

Forventede effekter:

Tiltak	2024	2025	2026	Totalt (MNOK)
Standardisering og Automasjon: LAB automasjon på tvers av HF. Ekskl. investeringer	3	10	13	36

Indikatorer for måling:

- Utvikling kostnader reagenser.
- Utvikling kostnader personell per volum/prøvesvar. Produktivitetsindikatorer.

3. Teamarbeid og oppgavedeling

Teamarbeid gir psykologisk trygghet og stimulerer til kreativitet og innovasjon, og fremmer trivsel og rekruttering. Sengepostene må utvikles fra dagens profesjonsrettede organisering til tverrfaglige team, med teamledere på alle skift, tavlemøter og prioriteringsstøtte.

Teamorganiseringen vil påvirke hvordan personellet jobber sammen.

Gode systemer for planlegging av arbeidsdagen og standardisering av arbeidsprosesser muliggjør en større fleksibilitet og smidighet i organisasjonen. Flere prosesser er allerede i gang i klinikkene.

Vestre Viken har utarbeidet en overordnet prosedyre for oppgavedeling, kalt "Wibe-modellen" som er drøftet med organisasjonene og vernetjenesten. Det planlegges workshops for å legge en plan for bred implementering.

Helse Sør-Øst RHF starter høsten 2023 et regionalt oppgavedelingsprosjekt hvor Vestre Viken deltar med 4 seksjoner. Prosjektet gjennomføres over et år, med konkrete forbedringsprosjekter i seksjonene og læringsnettverk på tvers i Helse Sør-Øst.

Brukerne av tjenesten er også en viktig ressurs i utvikling av hensiktsmessige forløp, og kan redusere behovet for helsepersonellinnsats. VVHF har etablert en avdeling for brukerstyrt tjenesteutvikling og brukermedvirkning, som vil være en viktig bidragsyter i arbeidet.

En viktig forutsetning for oppgavedeling er at brutto årsverk ikke skal øke. I 2023 er det avsatt 3 MNOK for å stimulere pilotering og oppstart av tiltak for oppgavedeling. Det er igangsatt flere tiltak innenfor faget logistikk på flere lokasjoner. Tiltakene handler om å overta hele forsyningskjeden, fra avdekking av behov til bestilling og mottak og oppfølging av restordre. En effekt av oppgavedeling innenfor forsyningskjedene er økt effektiv forsyningsgrad ved å konvertere bestillinger fra fritekst til katalogkjøp, og samtidig profesjonalisere anmoder-/bestiller-rollen.

Det er laget et forslag til plan for å overta logistikkoppgaver. Ressurser fra avdeling for Logistikk bidrar inn i dette sammen med Innkjøpsavdelingen.

3.1. Handlingsplan og forventede effekter

Handlingsplan: se vedlegg «Handlingsplan Team og oppgavedeling»

Forventede effekter:

Team, oppgavedeling og ressursplanlegging				
	2024	2025	2026	TOTALT (MNOK)
Bærum sykehus	9,1	9,4	10,0	28,5
Drammen sykehus	7,0	7,0	7,0	21,0
Kongsberg sykehus	5,2	5,2	0	10,4
Ringerike sykehus	3,5	2,0	0	5,5
TOTALT (MNOK)	24,8	23,6	17	65,4

Kostnadsbesparelser i drift av sengepost vil oppnås ved å bevare kompetanse, redusere sykefravær, AML-brudd og turnover. Langvakter vil redusere antallet oppmøter og styrke bemanningen, uten å øke antall årsverk. Fleksible turnusordninger vil dermed kunne medvirke til kontroll på årsverksutviklingen.

Indikatorer for måling:

- Utvikling brutto og netto bemanning
- Utvikling variabel lønn, innleie og varekostnader
- Utvikling sykefravær og AML-brudd
- Utvikling turnover

4. Digital transformasjon

4.1. Overordnede prioriteringer

VVHF's teknologistrategi 2023-2026 synliggjør prioriteringer på teknologiområdet. Et overordnet prinsipp er at foretaket skal prioritere å ta i bruk teknologi som understøtter sikre pasientforløp og sparer personell. Foretaket vil etterstrebe å ta i bruk teknologi som allerede har en demonstrert nytte, eksempelvis i et annet helseforetak. Forenkling og standardisering av teknologiporteføljen for å tilby brukervennlig og kostnadseffektiv teknologi til pasienter, pårørende og ansatte, er nødvendig.

Konkrete tiltak og teknologiinvesteringer prioriteres innen følgende hovedområder:

- **Kunstig intelligens og automasjon**, med mål om å bruke kunstig intelligens til å skape effektive og sikre pasientforløp innen prioriterte fagområder. Personellbesparende teknologi som kunstig intelligens og automasjon skal frigjøre tid for ansatte.
- **Virtuelt sykehus**, med mål om å ta i bruk teknologi som gir pasienter mulighet til å motta helsetjenester i eller nær eget hjem.
- **Nytt sykehus i Drammen**, med mål om å sikre en vellykket innflytting med tidsriktig teknologi som gir arealeffektive arbeidsprosesser og effektiv logistikk. Det er et mål at teknologiutviklingen i Nytt Sykehus i Drammen skal komme hele foretaket til gode.

Handlingsplan: se vedlegg «Handlingsplan Digital transformasjon»

4.2. Teknologikostnader

Kostnader knyttet til innføring av ny teknologi omfatter etableringskostnader i forbindelse med innføringen (investeringskostnader og prosjektkostnader) og driftskostnader når løsningen er i bruk. Kostnadsbildet er komplisert, spesielt på IKT-siden hvor kostnaden primært påløper hos Sykehuspartner. En del av kostnadsbildet er at teknologiprojektene gir behov for ny kompetanse (teknologikompetanse og prosjektkompetanse).

Foretaket har flere tiltak for å minimere teknologikostnadene. Dette omfatter bedre kontroll med kostnader fra Sykehuspartner og andre leverandører, forenkling og standardisering av teknologiporteføljen, herunder redusere antall applikasjoner i bruk, samt samarbeid med Sykehuspartner om ressurser og opplæring av personale. Det er prioritert å hente inn ekstern finansiering til innovasjonsprosjekter som *Fremtidens kontortjeneste* og *Trygg stafett* fra Stimulab/DigDir.

Det pågår et samarbeid mellom økonomiressurser i VVHF, Sykehuspartner og HSØ RHF om å kartlegge de totale kostnadene for VVHF knyttet til IKT i Nytt Sykehus i Drammen. I mars 2023 ble det gjennomført en systematisk gjennomgang av IKT-kostnadene fra Sykehuspartner.

Tiltak	2024	2025	2026	Totalt (MNOK)
Tiltak for å redusere/minimere teknologikostnader	1,9	1,5	0	3,4

4.3. Kunstig intelligens innen bildediagnostikk

VVHF etablerte i 2020 en satsing på kunstig intelligens (KI) innen bildediagnostikk. I prosjektet er det anskaffet en plattform for KI med verifiserte KI-algoritmer for bildediagnostikk.

Finansiering til prosjektet ble gitt av HSØ i form av innovasjonsmidler på 1,5 MNOK. Løsningen er etablert i VVHF og den første algoritmen ble tatt i testbruk ved Bærum sykehus før sommeren 2023. Løsningen ble satt i drift i slutten av august 2023 og skal breddes. Klinikk for medisinsk diagnostikk har estimert at innføring av KI innen bildediagnostikk vil gi følgende økonomiske gevinst:

Tiltak	2024	2025	2026	Totalt (MNOK)
Digitalisering og automasjon: BILDE KI	1	4	9	26

Basert på resultatene fra prosjektet, ble VVHF i juli 2023 tildelt ytterligere strategiske satsingsmidler fra HSØ på 4 MNOK (2 MNOK i 2023 og 2 MNOK i 2024). Hensikten er å bygge videre på VVHFs erfaring og kunnskap om innføring av kunstig intelligens. VVHF er bedt om å samle og dele erfaring med validering, gevinst- og endringsarbeid, og bidra til at dette kan gjenbrukes i andre foretak og sykehus. I samarbeid med HSØ vil VVHF opprette og fasilitere et nettverk i foretaksgruppen med fokus på utprøving og innføring av CE-merket hylleware innen bildediagnostikk. HSØ har bedt om at arbeidet starter med bildediagnostikk, men at det ikke begrenses til dette på sikt.

4.4. Digital hjemmeoppfølging

Den største satsingen innen det virtuelle sykehuset så langt er innenfor området digital hjemmeoppfølging (DHO). Program DHO ble etablert i 2019 og omfatter implementering av løsninger for egenregistrering fra pasient (digital skjemaløsning), videokonsultasjoner og innhenting og oppfølging av sensordata fra medisinsk utstyr i hjemmet.

Det er ikke fastsatt et samlet måltall for innføring av DHO i VVHF, men årlige måltall for vekst. Programmet følger nasjonale måltall innen digitale konsultasjoner (15%; telefoni og video), digital skjemabasert oppfølging og monitorering (1%) og gjennomført nettbasert behandlingsprogram (1%). I tillegg skal antall nye forløp doubles i 2023 sammenlignet med 2022. Arbeidet med utvikling og oppfølging utføres i klinikkene, med støtte fra sentrale ressurser i program DHO og sentral systemforvaltning. Klinikkene er videre ansvarlig for oppfølging og rapportering av gevinstarbeidet i de enkelte forløpene. Programmet vil be om at det gjennomføres gevinstkartlegging og gevinstplanlegging for de aktive forløp som mangler dette, samt at det iverksettes gevinstmålinger på forløp som er i drift.

Status pr. august 2023 er at det er 18 pasientforløp i drift og det er pågående utvikling av 13 nye. Gjennomgang av kostnader og inntekter er gjennomført for program DHO, med utgangspunkt i eksempler fra enkelte forløp i klinikkene. Dette vil oppdateres når alle/flere forløp har gevinstmålinger. Per i dag er kostnadene til program DHO større enn inntektene, men med økt bredding til flere forløp forventes kostnadsbesparelser på sikt. Det er foreløpig lite resultater på økonomiske gevinster for helsetjenesten ved innføring av DHO i Norge. Det arbeides aktivt med å fremskaffe slike resultater gjennom program DHO, også gjennom forskning.

4.5. Helselogistikk

Innføring av helselogistikk i foretakene var i konseptutredningen forventet å gi gevinster to år etter oppstart. Oppstart er vesentlig forsinket som følge av forsinkelser i det regionale prosjektet. VVHF var første foretak til å ta i bruk deler av løsningen i juni 2023, da elektroniske tavler ble tatt i bruk ved en sengepost på Drammen sykehus.

Investeringen er blitt dyrere enn tidligere angitt, dels grunnet forsinkelsene, og dels at kostnadene for nødvendig funksjonalitet tidligere ikke var estimert. Investeringen innebærer ikke en netto gevinst sett i forhold til investeringens avskrivningsperiode. Det er forventet positive effekter på driften, og endringsprosesser må planlegges og iverksettes i takt med at systemet tas i bruk.

Modell høyt uttak gevinster	Gevinstuttak				
	25 %	50 %	75 %	85 %	100 %
Gevinstmodell 5 % reduksjon variabel lønn samt 100% gevinstuttak fra og med år 5	2024	2025	2026	2027	2028
Potensielle gevinster - hele tusen kroner	13 568	27 136	40 704	46 132	54 272
5 % reduksjon av variabel lønn	7 355	14 709	22 064	25 005	29 418
Sekretærer	4 093	8 187	12 280	13 918	16 374
Redusert tap på fordringer	192	384	576	653	768
Redusert ikke-møtt med helselogistikk og digitale innbyggertjenester	92	183	275	312	367
Informasjon tilgjengelig - bedre kapasitets- og ressursplanlegging sykepleiertjenesten	1 236	2 473	3 709	4 204	4 946
Informasjon tilgjengelig - bedre kapasitets og ressursplanlegging andre	600	1 200	1 800	2 040	2 400

Tabellen ovenfor er basert på gevinstmål fastsatt i det regionale prosjektet, basert på tallgrunnlag fra VVHF. Økte kostnader som følge av HSØs styresak 61/2023 inngår ikke i beregningsgrunnlaget, da det foreløpig ikke er klart hvordan disse kostnadene vil fordeles på det enkelte helseforetak.

På grunn av forsinkelser i det regionale prosjektet foreligger det ikke en plan for bredding av helselogistikk i VVHF, utover de tre pilotavdelingene ved Drammen sykehus. Konkrete gevinstplaner og fordeling av gevinster pr. klinikk er følgelig ikke gjennomført. Konkrete gevinstmål er foreløpig ikke forankret med de gevinstene i VVHF.

Det skal være følgeforskning på innføringen av Helselogistikk i VVHF med formål om økt kunnskap om hvordan overgangen til digitale enheter og systemer kan organiseres på en effektiv og god måte. Forskningen skal gjennomføres av Universitetet Sørøst-Norge gjennom deres CoTech prosjekt i samarbeid med prosjekt for innføring av Helselogistikk i VVHF.

5. Organisering og struktur

5.1. Sykehus i nettverk

I henhold til Utviklingsplan 2035 skal sykehusene utvikles og arbeide i nettverk. Dette vil legge til rette for økt klinisk samarbeid om pasientene, best mulig utnyttelse av tilgjengelige ressurser og samtidig sikre robuste fagmiljø og likeverdige helsetjenester.

Organiseringen av fagområdene i Vestre Viken på flere geografiske lokasjoner, gjør at det innenfor flere fagområder er overlappende vaktordninger og økt behov for kostbart teknisk utstyr. Det fører også til mindre og sårbare fagmiljøer med rekrutteringsvansker, samt risiko for uønsket variasjon. På bakgrunn av dette ble det i 2022 etablert en arbeidsgruppe bestående av administrerende direktør (leder), fagdirektør, klinikkdirektørene for de fire somatiske klinikkene, samt klinikkdirektør for KMD. Gruppen har i arbeidet hatt støtte fra OU-avdelingen og trukket inn andre nøkkelpersoner der øvrige klinikker er berørt.

En organisering med sykehus i nettverk kan innebære en rendyrking av pasientforløp innenfor elektiv aktivitet og samling på færre steder. Klinikken vil kunne oppnå høyere effektivitet og kapasitetsutnyttelse. Dette vil bidra til økte inntekter, reduserte kostnader og samtidig redusere uønsket variasjon. En samordning medfører ikke nødvendigvis sentralisering, men en målrettet spesialisering og oppgavefordeling mellom klinikkene.

5.2. Handlingsplan og forventede effekter

Det er gjennomført en kartlegging og arbeidsgruppen har identifisert flere spesialiteter/fagområder der det er grunnlag for å gjennomgå og vurdere alternativ organisering/lokalisering. I første omgang er det valgt ut fem spesialiteter/fagområder; hematologi, urologi, endokrinologi, intensivbehandling og poliklinikk for barnesykdømmer.

Handlingsplan: se vedlegg «Handlingsplan Organisering og struktur»

Forventede effekter:

Tiltak	Forventet kontantstrøm i MNOK			
	2024	2025	2026	Totalt
Sykehus i nettverk – organisering små fagmiljøer	2	2	2	6

Klinikkene har foreløpig meldt inn en lav gevinst knyttet til sykehus i nettverk. Tiltak må planlegges og forankres på tvers av lokasjoner. Dette vil kreve bred involvering.

De to tabellene nedenfor viser klinikkenes innmeldte tiltak for å bedre den økonomiske situasjonen. Disse kommer i tillegg til de tiltak som er beskrevet overfor.

Økt elektiv virksomhet (økt operasjonsaktivitet)				
	2024	2025	2026	TOTALT (MNOK)
Bærum sykehus	12,6	5,0	0	17,6
Drammen sykehus	4,0	4,0	4,0	12,0

Kongsberg sykehus	8,0	10,2	0	18,2
Ringerike sykehus	2,2	0	0	2,2
TOTALT (MNOK)	26,8	19,2	4,0	50,0

Redusert sykefravær. Ansettelse i vakante stillinger. Bedre koding				
	2024	2025	2026	TOTALT (MNOK)
Bærum sykehus	8,5	6,0	6,0	20,5
Drammen sykehus	12,0	12,0	12,0	36,0
Kongsberg sykehus	0	0	0	0
Ringerike sykehus	0	0	0	0
TOTALT (MNOK)	20,5	18,0	18,0	56,5

Indikatorer for måling:

- Utvikling ventetider
- Antall vaktlinjer i ulike fag
- Utvikling lønnskostnader
- Nasjonale kvalitetsindikatorer.

5.3. Stabs- og støttefunksjoner

En arbeidsgruppe har gjennomgått områder hvor det er vurdert potensiale for effektiviseringsgevinster, samt tiltak for bedre samordning av ressursbruk, på tvers av staber. Det er også potensiale for kostnadsreduksjoner knyttet til Sykehuspartner og mobiltelefoni.

I tillegg er det fra 2023 endret ordning for fakturering av Sykehusinnkjøp sine tjenester. Dette gir en kostnadsreduksjon på 5 MNOK med virkning fra 2023.

5.4. Handlingsplan og forventede effekter

Handlingsplan: se vedlegg «Handlingsplan Organisering og struktur»

Arbeidsgruppen har videre sett på mer strukturelle tiltak som bør utredes nærmere. I den grad det krever omstilling vil det iverksettes prosesser i tråd med prosedyrer for omstilling i VVHF. Det vil også vurderes tiltak som retter seg inn mot stabsressurser i klinikkene.

Forventede effekter:

Effekter oppnås gjennom redusert tidsbruk til administrative oppgaver, redusert sårbarhet ved avgang, unnlatt reansettelse i stillinger, samt reduserte eksterne kostnader, herunder kjøp av eksterne konsulenttenester. Det er forventet at en bedret organisering av oppgaver i sentrale staber vil ha en avlastende effekt på klinikkene.

Tiltak	2024	2025	2026	Totalt (MNOK)
Effektiviseringstiltak stab/støtte	2,87	0,75	-	3,62

5.5. Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling (PHR)

Aktiviteten innen psykisk helsevern har hatt en betydelig økning under og etter pandemien. Det har vært en sterk og vedvarende økning i henvisninger til poliklinikkene i både psykisk helsevern for barn/unge og voksne. I døgnavdelingene er det samlet sett 8,8 % vekst i utskrivelser og 5,7 % vekst i liggedager. Ved akuttavdelingen på Blakstad sykehus har det vært en økning i innleggelser på 10,4 % og utskrivninger er økt med 11,7 % pga. utfordringer i overføringer av pasienter. Det er en bekymring for kapasiteten i sykehuspsykiatrien. Liggetid per opphold er redusert med 19,2 % målt mot 2019.

Økonomisk status

Klinikken har samlet sett hatt et betydelig økonomisk merforbruk både i 2022 og i år. Klinikken mottok i 2021 statlige engangskompensasjoner, disse ble videreført i 2022. Fra og med 2023 driftes det uten engangsbevilgninger. I tillegg har klinikken opprettet flere FACT team, som i en innkjøringsperiode har mottatt støtte som ikke lenger videreføres. Økning i arbeidsproduktiviteten og aktivitetsinntektene kompenserer for deler av aktivitetsveksten. Til sammen dekker imidlertid ikke dette kostnadene fullt ut, slik at økt aktivitet uten økt ramme forsterker PHR sine økonomiske utfordringer.

Omstillingsarbeidet i PHR

Tilnærming og tiltak i omstillingsarbeidet i PHR bygger på systematisk analyse av pasientforløp (for å vurdere bedre og mer sammenhengende pasientforløp), ressursbruk og produktivitet, samt en analyse der ressursbruk sammenlignes med andre klinikker for rus og psykiatri i HSØ. Analysen tar for seg nåsituasjon og utvikling over tid og behov fram t.o.m. 2025.

Handlingsrommet i omstillingsarbeidet er primært å redusere lønnskostnader, da aktivitetsbaserte inntekter utgjør en liten del av økonomien i PHR. Dette betyr også at strukturelle grep blir helt avgjørende. PHR har aktivitet i alle deler av opptaksområdet, noe som gir mange og små enheter med begrensede muligheter til å effektivisere den enkelte seksjon. PHR har innen psykisk helsevern for voksne (VOP), tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) og psykisk helsevern for barn og unge (BUP) i 2023 tilsammen 30 døgnseksjoner, 40 poliklinikker og 17 FACT-enheter.

5.6. Døgnbehandling

Dagens døgnbehandling i PHR er mer kostnadskrevende enn i tilsvarende klinikker i HSØ, med unntak av avdeling for rus og avhengighet (ARA). Det er to hovedårsaker til dette. Det er mange og spredte døgnseksjoner som dekker geografien i Vestre Viken. Dette gir stor variasjon i aktivitet og produktivitet. Den enkelte døgnseksjon har begrensede muligheter til å effektivisere drift fordi den ligger alene og må takle større variasjoner i pasientstrømmer. I tillegg har PHR tilbud som er utviklet over tid, som de fleste helseforetak ikke har.

Omstillingsarbeidet innenfor døgntilbud vil i stor grad handle om strukturelle endringer og tilpasning av kapasitet til å ivareta kjernevirksomheten på døgntilbudet. Særlig fokus vil bli rettet mot planlegging og styring av bemanning på overordnet nivå og gjennomgang av administrasjon og støttefunksjoner. Styring av kapasitet gjøres planmessig gjennom året.

Pasientbehandlingen ved Blakstad sykehus skal flytte inn i NSD. To seksjoner som i dag ligger på Blakstad skal imidlertid ikke inn i nytt sykehus. Det må derfor avklares hvilke lokaler disse skal flytte til. PHR må gjennomføre kortsiktige tiltak som vil medføre behov for begrensede investeringsmidler.

PHR har fem DPS med hver sin døgnsesksjon. Det planlegges å samle og koordinere på færre lokasjoner, i tråd med utredningene og anbefalingene i Eiendomsplan PHR. Dette innebærer inntil tre døgnsesksjoner med flere senger i hver seksjon enn i dag. For å videreutvikle tilbudet samlet sett arbeides det med å styrke de arenafleksible tilbudene, særlig i FACT. På kort sikt vil en samling på færre lokasjoner gi grunnlag for noe effektivisering. Færre og større lokasjoner vil gi mer robuste fagmiljøer, som er en forutsetning for å kunne rekruttere og beholde personell over tid. Realisering av eiendomsplan for PHR (2030-2040) vil gi ytterligere muligheter for effektivisering av døgndriften.

Det er risiko knyttet til tilstrekkelig kapasitet i akuttavdelingen på Blakstad. PHR har vurdert om DPS kan bygge opp kapasitet til å håndtere pasienter på tvang. Dette anbefales ikke, da det krever betydelige investeringer i bygg og kompetanse. Med bakgrunn i dette anbefales det, innenfor den avsatte kapasiteten for PHR i NSD, å prioritere økt kapasitet i sykehuspsykiatrien for å avbøte risikoen.

Døgnsesksjonene i ARA vil samles og styrkes innenfor rammene for dimensjonering i NSD. Det innebærer å samle tre seksjoner utenfor, og en rusakuttseksjon, innenfor sykehus som kobles mot akutt drift.

BUPA skal flytte inn sine døgnsesksjoner i nytt sykehus, og tilpasninger til fremtidig døgndrift starter i 2024. Fra 01.01.24 etablerer avdelingen en spesialpoliklinikk som skal ha ansvar for de områdene som har behov for spesialisert kompetanse, herunder regionalt ansvar for barn og unge med seksuell skadelig adferd, alvorlig voldsproblematikk og andre lavfrekvente tilstander. Det er etablert FACT Ung team i samarbeid med alle kommunene i opptaksområdet fra 01.09.22. Videreutvikling av disse teamene i samarbeid med kommunene er et viktig tiltak ved omstilling av døgntilbudene i BUPA.

Dersom PHR skal oppnå kravene til gevinstrealisering i økonomiplanen må det utvikles samlede planer for effektivisering av pasientforløp både på Blakstad sykehus og mellom Blakstad og DPS.

5.7. Poliklinikk

DPS-poliklinikkene har nest høyest effektivitet i HSØ, og BUPA har den mest effektive polikliniske driften i HSØ i 2022. DPS har hatt et produktivetsfall under og etter pandemien, mens arbeidsproduktiviteten har økt i hele perioden i BUPA. Handlingsrommet i omstillingsarbeidet er derfor i hovedsak å øke produktivitet i poliklinikkene med lav produktivitet.

Omstillingsarbeid i poliklinikkene vil omfatte standardisering, spesialisering og arbeidsfordeling. PHR vil arbeide for å utvikle modeller basert på beste praksis i bemanning og arbeidsfordeling mellom yrkesgrupper i poliklinikkene. I tillegg gjennomgås dagens organisering, inkludert administrativ bemanning og ledelse i poliklinikkene. Tilsvarende tiltak vil gjennomføres i poliklinikkene ved Blakstad og ARA.

For å dempe vekst i antall akuttinnleggelsler på Blakstad vil det også utredes tiltak for å styrke poliklinisk oppfølging etter innleggelse, samt forbedre og forenkle prosesser for overføringer mellom Blakstad og DPS.

Det forventes ytterligere effekter av arbeidet etter innføring av helselogistikk.

5.8. Eiendomsplan PHR

Eiendomsplanen skal være et grunnlagsdokument for planlegging av arealutnytting, oppgradering, utbygging og eventuell anskaffelse eller avvikling av lokaler/leieavtaler. Resultatmålene for planen er å forenkle struktur, utvikle bygninger som understøtter behandlingstilbudet, avhende uegnede bygg og erstatte leide lokaler med eide.

5.9. Handlingsplan og forventede effekter

NSD-avhengige gevinster

ARA driver i dag en av de mest effektive døgntilbud i HSØ. ARA sin virksomhet samles på to lokasjoner, en i NSD og en i lokasjon utenfor. Dette vil gi noen økonomiske gevinster, men den viktigste gevinsten er å sikre rekruttering og beholde bemanning i døgnseksjonene. I NSD vil ARA utvikle en rusakuttseksjon integrert med øvrige akuttfunksjoner på sykehuset. Samlet sett vil ARA ha et effektivt og framtidsrettet tilbud som bør sikre rekruttering og beholde bemanning over tid.

BUPA skal flytte inn sine døgnseksjoner i nytt sykehus, og tilpasninger til fremtidig døgndrift starter ved inngangen til 2024. Fra 01.01.24 etablerer avdelingen en spesialpoliklinikk utenfor NSD. Samlokaliseringen av døgnkapasitet vil redusere samlede kostnader, sikre rekruttering og beholde bemanning. Bemanning, kompetansefordeling og behov for administrativ bemanning og ledelse vil bli gjennomgått.

Omstillingen på Blakstad skal stabilisere og sikre tilstrekkelig kapasitet. Omstillingsarbeidet vil styrke og samle tilbud, herunder planlegging og styring av bemanning på overordnet nivå og tilpasning av administrativ bemanning. På kort sikt vil tiltak være å tilpasse kapasitet til kjernevirksomheten. I NSD vil arbeidet også bestå av gjennomgang av bemanning for å sikre at vi kan realisere synergier i en mer hensiktsmessig bygningsmasse.

NSD uavhengige gevinster

DPS døgnseksjonene vil bli samlet på to-tre lokasjoner i tråd med Eiendomsplanen. Gevinstene kan realiseres på to måter:

- Gevinster i dagens bygningsmasse, men på færre lokasjoner: Gevinstene vil i hovedsak skapes gjennom bedre styring av kapasitet, effektivisering av administrasjon og ledelse, samt ved reduksjon av turnover. I denne planen (fram til 2025) bygges tiltakene på ovennevnte.
- Ytterligere gevinster med tilrettelegging for effektiv drift: Dette vil først kunne tas ut ved effektivisering av Eiendomsplanen i 2030-2040.

Det etableres et organisasjonsprosjekt for hele DPS området hvor hensikten er økende grad av samkjøring mot større grad av likhet i tjenestetilbudene og i driften. Det er etablert et Program for samhandling og pasientflyt i PHR (SAPA 2025). I dette programmet koordineres all planlegging frem mot NSD. I tillegg håndteres øvrige større utviklingsprosjekter i PHR. DPS prosjektet vil inngå i dette programmet.

Milepæl	Leveranse
BUPA: Første steg i tilpasning av døgnkapasitet	22. juni 2023
Første del i ny struktur for døgnbehandling i BUPA implementert	28. februar 2024
Etablere omstillingsprosjekt for DPS området	31. oktober 2023

Delprosjekt DPS: Tilpasse døgnkapasitet i DPSene til behov, bemannings- og kompetanseplanlegging. Forberedelser er påbegynt. Prosjektrapport med anbefaling levert.	31. januar 2024
Blakstad: Tilpasning av kapasitet til kjernevirksomhet	Desember 2023
ARA: Forberede arbeid med å samle døgnseksjoner i og utenfor NSD	Desember 2023
Poliklinikker BUPA: Redusere uønsket variasjon i poliklinikkene, arbeid for standardisering av praksis.	Oppstart april 2023
Poliklinikker DPS: Arbeidet fase forskyves etter døgnprosjektet i DPS	Oppstart februar 2024
Administrasjon og ledelse i PHR	Oppstart november 2023

Forventede effekter:

Kostnadsbesparelser i drift av sengepost og poliklinikk, bevare kompetanse, redusere sykefravær, AML-brudd og turnover, redusere årsverk i virksomheten.

Estimerte gevinster:

Tiltak	2024	2025	2026	Tot MNOK
Blakstad: Konsolidere og styrke kapasitet i akuttaksen, tilpasse tilbud i øvrige deler av sykehuset		-4,7	16,7	12
ARA samle kapasitet på to lokasjoner		2		2
DPS samle tilbud på 2-3 døgnlokasjoner, ikke endre samlet kapasitet	6			6
DPS effektivisering av pasientforløp			10	10
BUPA opprette FACT ung og tilpasse døgnkapasitet	9			9
Tilpasse bemanning i administrasjon og ledelse	4	5	9	18
Økt aktivitet DPS poliklinikker med lavest aktivitet/fagårsverk		4,5	3,5	8
Beste praksis i bemanningsplanlegging	1	2,5	1,5	5
Sum	20	9,3	40,7	70

Indikatorer for måling:

- Månedsværk
- Utvikling variabel lønn og innleie
- Utvikling sykefravær, turnover og AML-brudd
- Antall konsultasjoner
- Pasientforløpsanalyser

5.10. Gevinstrealisering nytt sykehus i Drammen

Mottaksprosjektet for NSD har etablert delprosjekter for de virksomheter som skal inn i NSD. Delprosjektene utreder endringsbehov og er ansvarlig for å utrede gevinster som lå til grunn for

planen som ble vedtatt i 2020. Denne planen prisjusteres i takt med deflatorjusteringen av statsbudsjettet og er forutsatt å realisere følgende gevinster:

Samlet gevinstplan (TNOK)	2 024	2 025	2 026	2 027	2 028	2 029	2 030	Sum 2024 - 2030
Gevinster NSD								
NSD - DS Lønnskostnader		1 200	2 260	2 820	2 800	1 700	1 700	12 480
NSD - KIS Lønnskostnader		3 350	3 050	300				6 700
NSD - Teknologi (avd 942)		3 750	3 400	340				7 490
NSD - KMD Lønnskostnader	1 280	150	5 100	4 280	4 340	4 400	3 650	23 200
NSD - Admin og merkantil Drammen	6 450	12 900	6 450	-	1 290	1 290	-	28 380
NSD - PHR ARP Lønnskostnader	4 580	1 900	1 900	1 900	-	-	-	10 280
Sum gevinster knyttet til NSD	12 310	23 250	22 160	9 640	8 430	7 390	5 350	88 530

Gevinster knyttet til bygging og innflytting i nytt sykehus vil gi effekt fra klinisk ibruktakelse i 2025. Kun innenfor Klinikk medisinsk diagnostikk (KMD), PHR og kontortjenesten ved Drammen sykehus, er det definert gevinster før innflytting. Den opprinnelige planen forventet realisering av gevinster for 27 MNOK, hvorav kun 2 MNOK er realisert per i dag. Tabellen ovenfor viser forventning til effektiviseringsgevinster i delprosjektene. For KMD vises det til effekter av å ta i bruk kunstig intelligens som er omtalt under pkt. 6.2.1. Administrative- og merkantile tjenester er omtalt under kontortjenesten senere. Grunnet forskjøvet fremdriftsplan for full drift i NSD, vil effekten av forventede gevinster reduseres noe i 2025.

De fleste delprosjektene er avsluttet eller avsluttes innen utgangen av 2023. Arbeids-gruppene utreder god pasientflyt og effektive arbeidsprosesser tilpasset det nye sykehuset.

Erfaringen fra delprosjektene viser at det er store avhengigheter mellom de enkelte prosjektene. Det er derfor utfordrende å beregne gevinster for det enkelte delprosjekt. I neste fase vil delprosjektene ses i sammenheng og effekten av nye arbeidsprosesser og oppgavedeling kan konkretiseres. Derved vil de økonomiske gevinstene innen den enkelte klinikk, og totalt for NSD, kunne kvantifiseres.

I løpet av høsten 2023 skal driftskonsepter for alle seksjoner, avdelinger og klinikker ferdigstilles. Deretter starter arbeidet med:

- Kompetansesammensetning
- Oppgavedeling
- Oppgaveglidning
- Bemanningsplaner, arbeids- og turnusplaner
- Samarbeid på tvers av seksjoner

5.11. Fremtidens kontortjeneste

Gevinstene knyttet til administrasjon og merkantil tjeneste er i gevinstplan for NSD knyttet til innføring av Helselogistikk. Gevinster innen dette området er i ettertid overført til prosjektet *Innføring av Helselogistikk i Vestre Viken*. Ytterligere gevinster knyttet til Fremtidens kontortjeneste, vil derfor komme som nye gevinster. Del 2 av prosjektet er gjennomført første halvår 2023, med spesielt fokus på fire områder:

1. Forbedret timeplanlegging
2. Tilby riktig informasjon til pasienter til rett tid
3. Oppgaveglidning av helsetjenester
4. Organisering av tverrseksjonelle kontorteam for bedre koordinering av pasientflyt på tvers

Del 3 av prosjektet, som omhandler implementering og bredding, starter opp høsten 2023.

6. Rapportering

Rapporteringsprosessen som skal benyttes i forbindelse med oppfølging av fremdrift og effekter i planen bygger på følgende hovedelementer:

- Rapporteringsrutiner med tilhørende ansvar
- Rapporteringskalender
- Systemstøtte

6.1. Rapporteringsrutiner med tilhørende ansvar

Frekvens	Aktivitet	Hensikt	Ansvar
1 gang i måneden	0,5 time – møte med klinikkcontroller 1 – 1,5 time – møte med tiltaksansvarlig avd.-leder	Samle informasjon fra klinikker. Identifisere områder som har behov for særskilt oppmerksomhet	Sentralt ressursteam fasiliterer. Tiltaksansvarlige og Controller rapporterer.
1 gang i måneden	Oppdatering av milepælsplaner og handlingsplaner. Verifisering og kvalitetssikring av måloppnåelse.	Sikre at Foretaksledelsen og andre relevante interessenter får tilgang til oppdatert informasjon.	Sentralt ressursteam
Iht. årshjul for porteføljestyling	Rapport til Porteføljestyret på status på fremdrift og måloppnåelse	Orientere Porteføljestyret om status på fremdrift og måloppnåelse og sikre prioritering av korrigerende tiltak dersom nødvendig	Prosjektkontor
1 gang i måneden	Rapport til Styret på status på fremdrift og måloppnåelse	Orientere styret om status på fremdrift og måloppnåelse	Sentralt ressursteam

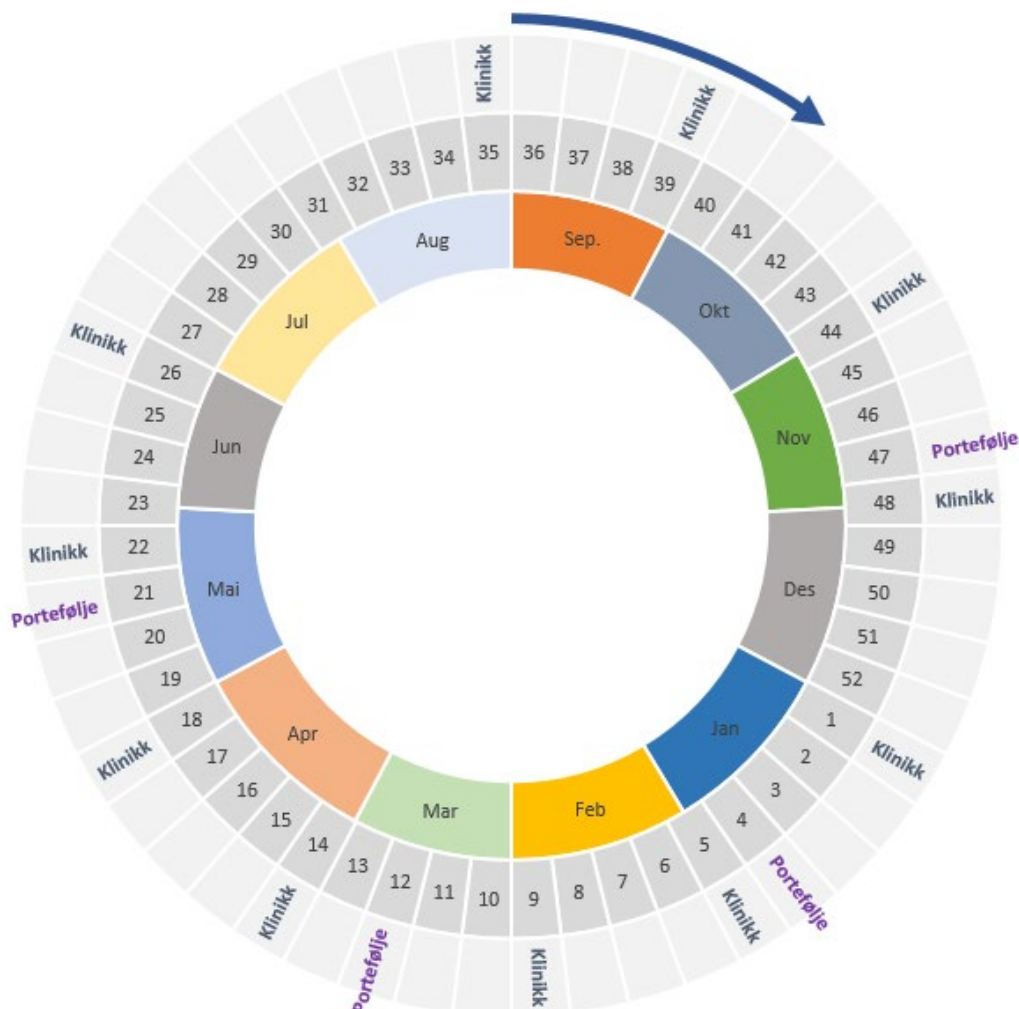
I tillegg til ressursteamets rapporteringsregime, forventes det at interessenter i klinikker og sentrale staber aktivt bruker informasjon i rapporter og planer tilgjengelig på en dedikert SharePoint-side.

6.2. Rapporteringskalender

For å sikre forutsigbarhet og en effektiv informasjonsflyt samt ressursbruk skal det benyttes faste tidspunkter i rapporteringsprosessen.

- Siste uke i måneden – rapportering i klinikker
- Rapportering på porteføljestyremøter iht. årshjul for porteføljestyling i VVHF

Årshjul – statusrapportering i sentralt ressursteam:

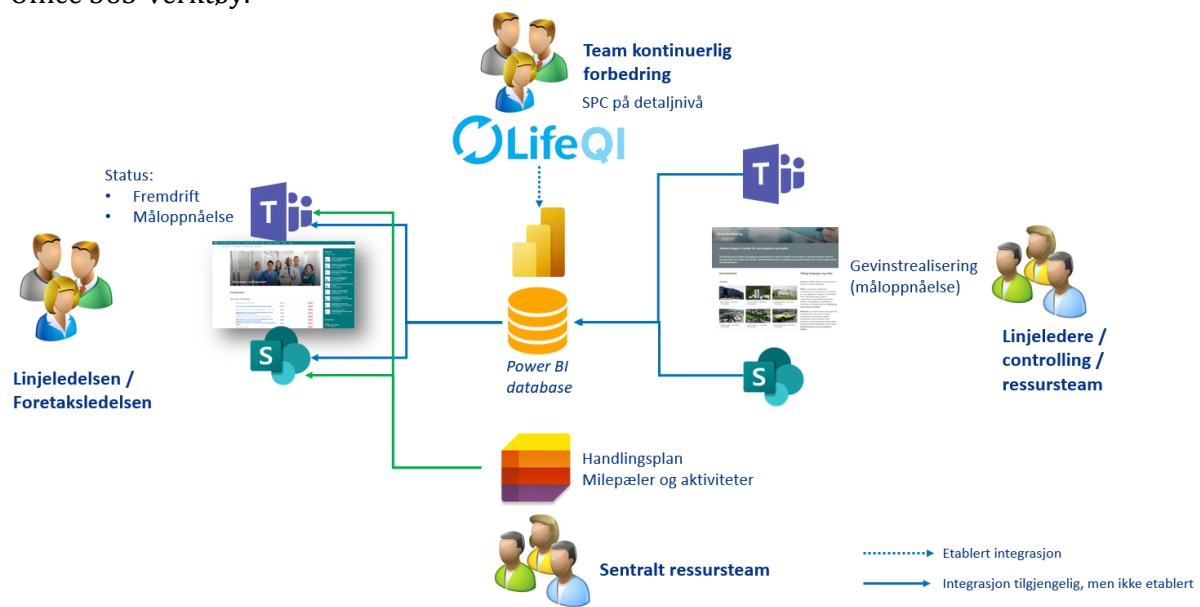


6.3. Systemstøtte

Rapporteringsprosessen skal være intuitiv og brukervennlig. Informasjonen som formidles skal være relevant og tilføre verdi for mottakeren. Rapporteringssystemet som det sentrale ressursteamet skal bruke er basert på Power BI som sentral database og Teams/Sharepoint som brukergrensesnitt. Ingen ekstra verktøy skal introduseres i tillegg til de som brukerne allerede kjenner.

Sentralisert lagring av data i Power BI-databasen vil bidra til en smidig overgang til automatisert rapportering i RDAP (regional data – og analyseplattform) på sikt.

Bildet nedenfor illustrerer systemarkitektur som er strømlinjeformet og begrenset kun til kjente Office 365-verktøy.



Måloppnåelse skal følges opp ved bruk av Vestre Vikens rammeverk for gjennføring. Rammeverket har vært i bruk siden september 2022 og er kjent for ledere og kontrollere. Data visualiseres ved bruk av Power BI rapport med fokus på følgende indikatorer:

Kostnader:

- Innleie av eksterne ressurser
- Variabel lønn
- Fast lønn
- Driftskostnader

Inntekter:

- ISF inntekter – poliklinikk
- ISF inntekter – elektiv

Andre indikatorer:

- Brutto bemanning
- Sykefravær
- Turnover
- UTA-tid
- Antall konsultasjoner

Utklipp fra Power BI rapport:

Navn	Tildelt til	Status	Fremdrift
Redusere innleie	—	Ikke startet	0 / 5,90 mill.
Bærum sykehus	Trine Olsen	Ikke startet	0 kr / 6 mill. kr
Ringerike sykehus	May-Janne Rita Botha Pedersen	Ikke startet	
Drammen sykehus	Inger Meland Buene	Ikke startet	
Kongsberg sykehus	Lukas Månsson	Ikke startet	
Redusere variabel lønn	—	Ikke startet	0 / 9,60 mill.

Forventet effektmål er definert av hver klinikk med utgangspunkt i prognose per juli/august 2023.

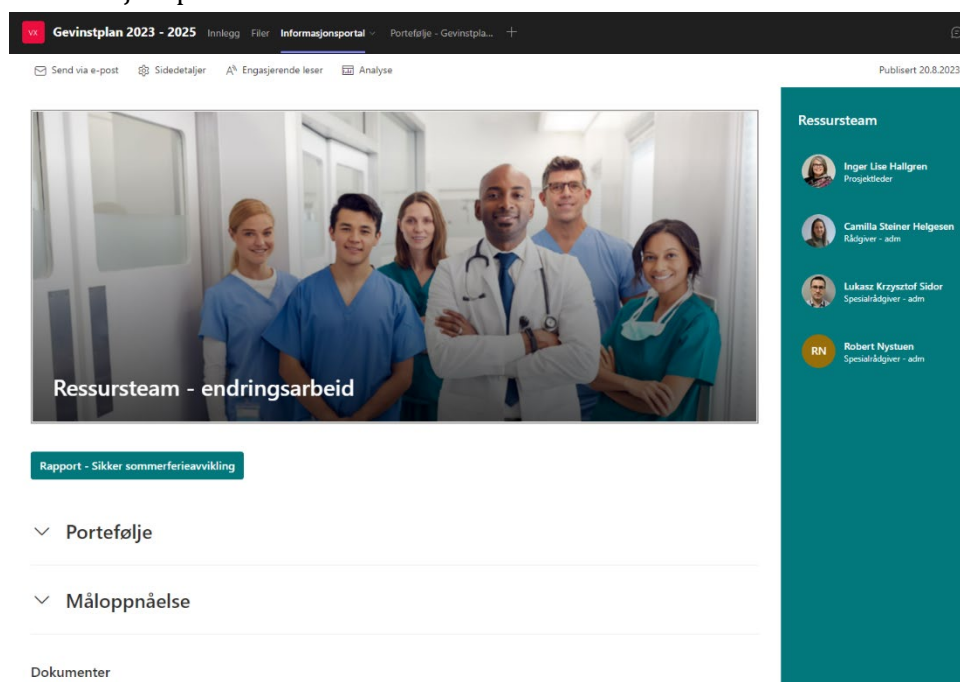
Sentralt ressursteam bruker Ms Lists for fremdriftsplanlegging. Det er etablert milepælsplan og handlingsplan for hvert tiltak. Alle tiltak er samlet i en portefølje gruppert etter tiltaksområder.

Porteføljeplan med tilhørende fremdriftsplaner:

WBS	Beskrivelse	Berørt klinikk	Detaljert plan	Kategori	Status	Fremdrift	Startdato	Forfallsdato
Team og oppgavedeling - 7 tiltak								
3 Team og oppgavedeling - 7 tiltak								
3.1	Sjekkliste for vurdering i forkant av utlysning og ansettelse i ledig stilling er iverksatt			Milepæl	Utført	Fullført	27.06.2023	27.06.2023
3.2	Overordnet prosedyre for oppgavedeling utarbeidet			Milepæl	Utført	Fullført	01.07.2023	01.07.2023
3.3	Modell for oppgavedeling foreligger			Milepæl	Ikke utført	Ikke startet	01.09.2023	01.09.2023
3.4	Samlinger for berørt personell om organisering av team er avholdt			Milepæl	Ikke utført	Ikke startet	01.10.2023	01.10.2023
3.5	Oppgavedeling for matservering, forsyning/logistikk og service sengeposter er utredet i alle klinikker			Milepæl	Ikke utført	Ikke startet	31.10.2023	31.10.2023
3.6	Teamorganisering er innført			Milepæl	Ikke utført	Ikke startet	01.12.2023	01.01.2024
3.7	Oppgavedeling for matservering, forsyning/logistikk og service sengeposter er implementert i alle klinikker			Milepæl	Ikke utført	Ikke startet	01.04.2024	01.04.2024
Standardisering - 33 tiltak								
4.1 Drift/ organisering av poliklinikk - 14 tiltak								
4.11	Engasjert ekstern prosjektstøtte (tidl. gjennomført revisjon av hjertepoliklinikk)			Milepæl	Utført	Fullført	20.06.2023	20.06.2023
4.12	Møte med ekstern ressur, analyseavdelingen VV og GAT team gjennomføres			Aktivitet	Utført	Fullført	26.06.2023	26.06.2023
4.13	Avtale med ekstern prosjektstøtte utarbeides			Aktivitet	Utført	Fullført	20.06.2023	30.06.2023
4.14	Avtalen med ekstern prosjektstøtte er signert			Milepæl	Utført	Fullført	30.06.2023	30.06.2023
4.15	Optimalisere drift av poliklinikk ved medisinsk avdeling DS og RS	RS, DS		Delprosjekt	Ikke utført	Pågå	26.06.2023	

Alle planer, rapporter og annen viktig informasjon knyttet til ressursteamets arbeid er samlet på en dedikert Sharepoint-side. Sharepoint-siden er tilgjengelig direkte i Teams-kanalen «Gevinstplan 2023 – 2025» som informasjonsportal. Dette for å sikre at informasjonen er lett tilgjengelig og transparent.

Informasjonsportal i Teams:



7. Oppsummering

Den opprinnelige planen som lå til grunn for forprosjektrapporten for NSD forutsatte en netto kostnadsreduksjon på 379 MNOK (2020-kroneverdi). Ved utgangen av 2022 er 103 MNOK realisert, dette vises allikevel ikke på bunnlinjen grunnet kostnadsøkningen som har vært gjennom pandemien.

Gevinstplan 2020							Mål perioden 2024 - 2030	Sum mål i opprinn elig plan	Realise rt 2020 - 2022
Gevinstområde	Mål 2020	Mål 2021	Mål 2022	Mål 2023					
Klinikk Drammen sykehus						12	12	-	
Klinikk for Intern service						6	6	-	
MTU forvaltning						7	7	-	
Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)		1	1	1		2	5	1	
Administrasjon og merkantil tjeneste		2	3	3		6	5	-	
PHR - tiltak tilknyttet NSD	3	6	1	4		0	4	1	
Omstilling PHR prosjektuavhengig NSD		1	3	5		8	5	0	
Innføring ARP PHR, prosjektuavhengig NSD	1		1	4		0	4	2	
Innføring ARP VVHF, eksklusiv PHR	3	4	6	4		5	2	-	
Innkjøpsområdet	3	4	5			-	2	9	
Medikamentkostnader	1	1	1			-	5	3	
Rehabiliteringskostnader - kjøp fra private		5	4	5		1	5	2	
Gjestepasientkostnader		5	5	5		5	0	3	
Bedre utnyttelse av samlet kapasitet	5	5	1	1		-	3	-	
Beste praksis - reduksjon av utilsiktede hendelser	5	5	1	1		-	3	1	
Sum	5	5	4	3		10	3	1	

Handlingsplan for bærekraftig utvikling har følgende gevinstmål for perioden 2024-2030. Den opprinnelig plan for gevinstrealisering NSD ligger fast.

	2024	2025	2026	TOTALT (MNOK)
Standardisering	37,5	28,3	22,0	87,8
Team oppgavedeling	24,8	23,6	17,0	65,4
Digital transformasjon	2,9	5,5	9,0	17,4
Organisering og struktur	52,2	40,0	24,0	116,1
Organisering PHR	15,4	7,4	38,8	61,6
Gevinstrealisering nytt sykehus i Drammen	12,3	23,3	22,2	57,7
TOTALT (MNOK)	145,1	128,0	133,0	406,1

Tabellen nedenfor viser gevinster knyttet til NSD-tiltak, fordelt på klinikkene:

	2024	2025	2026	TOTALT (MNOK)
Bærum sykehus	30,2	20,4	16,0	66,6
Drammen sykehus	33,5	41,1	35,7	110,3
Kongsberg sykehus	15,7	17,9	0,0	33,6
Ringerike sykehus	11,3	2,0	0,0	13,3
PHR	20,0	9,3	40,7	70,0
KIS	6,4	6,2	5,1	17,6
KMD	6,3	17,2	30,1	53,5
Økonomi/Innkjøp	15,0	6,0		21,0
Teknologi	1,9	5,3	3,4	10,6
Stab/støtte	2,9	0,8		3,6
Sykehus i nettverk	2,0	2,0	2,0	6,0
TOTALT (MNOK)	145,1	128,0	133,0	406,1

Inkludert effektene knyttet til NSD i årene 2027-2030 øker gevinstene med 31 MNOK, til totalt 437 MNOK.

En økt gevinstrealisering på 227 MNOK sammenholdt med tidligere plan for perioden 2024-2030 er lagt grunn. Supplerende tiltak for å sikre tilstrekkelig buffer er nødvendig.

Gevinstplaner og tiltak for å sikre økonomisk bærekraft omtalt i kapittel 2-9 er delvis dedikert til avdelinger og til mer overordnede tiltak. Disse vil bli fordelt når planene for realisering knyttes til enkeltavdelinger og områder. Dette gir konkrete resultatmål på hver enkelt avdeling, på NSD og på VVHF som helhet for de kommende årene. For flere områder er det fastsatt prosessmål som muliggjør overvåking av fremdrift. For enkelte områder er planene ikke fullt ut detaljert.

Effektene vil måles med indikatorer som er angitt for flere av områdene. Disse vil videreutvikles og danne grunnlaget for den løpende oppfølgingen. Ved avvik skal kompenserende tiltak iverksettes.

Tiltakene vil risikovurderes mht.

- pasientsikkerhet og likeverdige helsetjenester
- arbeidsmiljø (inkl. robuste fagmiljøer og rekruttering)
- økonomi
- påvirkning på andre (internt og eksternt)

Det vil legges opp til bred medvirkning og forankring, i samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten.

8. Risikovurdering

Dette en ambisiøs og omfattende plan og vil kreve mye av organisasjonen fremover. Samtidig er det bred enighet om at de valgte områdene og tiltakene er kloke og fremtidsrettede. Tilgang på personell med riktig kompetanse er sannsynligvis vår største risiko. En detaljert og konkret handlingsplan bidrar til å redusere risiko. Foretaket har nå en samlet oversikt over de prioriterte områdene for de kommende årene.

Øvrige identifiserte risikoområder innenfor vår påvirkning:

- Utilstrekkelig forankring i lederlinjene og tid til gjennomføring
- Manglende forankring hos medarbeidere og tillitsvalgte
- Oppfølging av gevinstrealisering etter innflytting i nytt sykehus

Risikofaktorer utenfor vår påvirkning:

- Utvikling i pasientgrunnlaget, herunder opptaksområder for VVHF
- Forutsetninger i inntektsmodeller og finansieringsvilkår
- Teknologisk og faglig utvikling som vesentlig påvirker planlagt drift
- Økte fremtidige driftskostnader som følge av begrensede investeringsrammer for NSD
- Framdrift i teknologiprosjekter, herunder regionale prosjekter og kapasitet for gjennomføring hos Sykehuspartner

Vedlegg 3

Ledersamling, Bærum sykehus

Risikovurdering - Gjennomføring av Bærekraftsplan

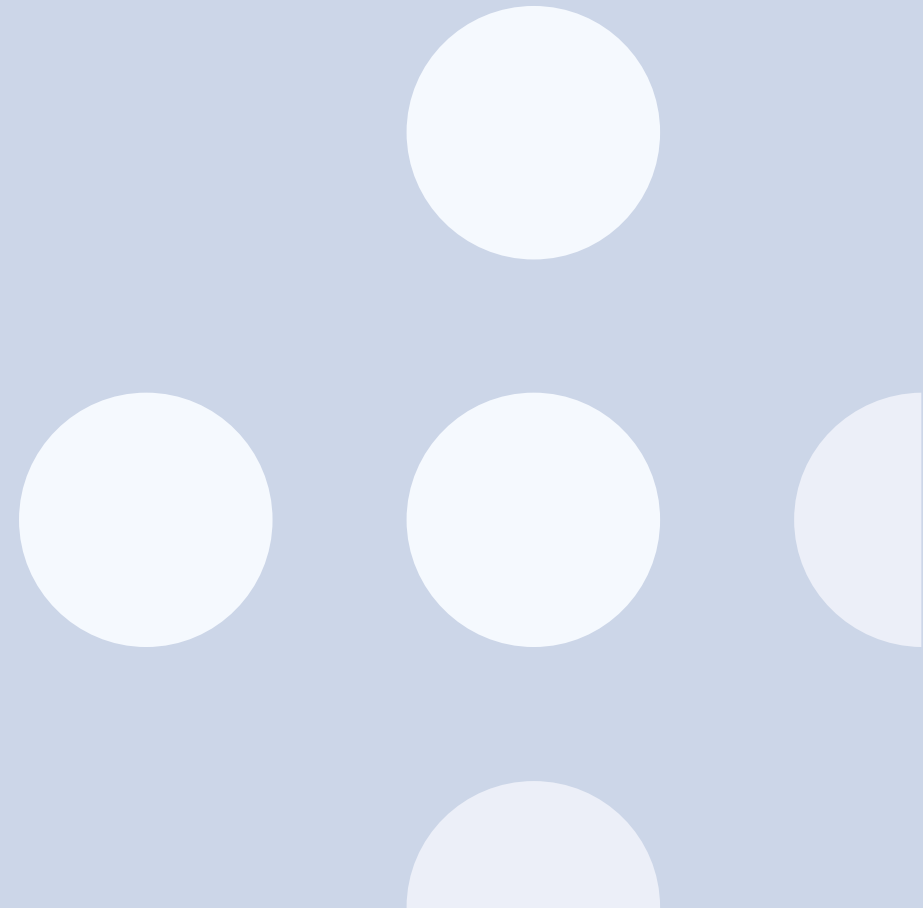
08.09.2023



Risikovurdering bærekraftplanen

- Enkel risikovurdering ble gjennomført i workshop på ledersamling den 11.9.2023.
- Til stede i møte var ledernivå 1 til 2, foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud.
- Identifiserte risiko er ikke gradert. En gradert og endelig risikovurdering vil bli gjennomført etter workshop 21.9.2023
- Foretaksledelsen har sammen med de foretakstillitsvalgte og foretaksverneombudet etablert en god arena for videre samarbeid og oppfølging av planen. Målet er et planen skal være et levende dokument som følges opp ifht resultatoppnåelse. Risikovurderinger vil bli gjennomført jevnlig for å følge fremdrift, identifisere risiko, handlingsplaner og justere milepæler og handlingsplanen om nødvendig.

Enkel risikovurdering



RISIKO | Fremmhevede risikoer



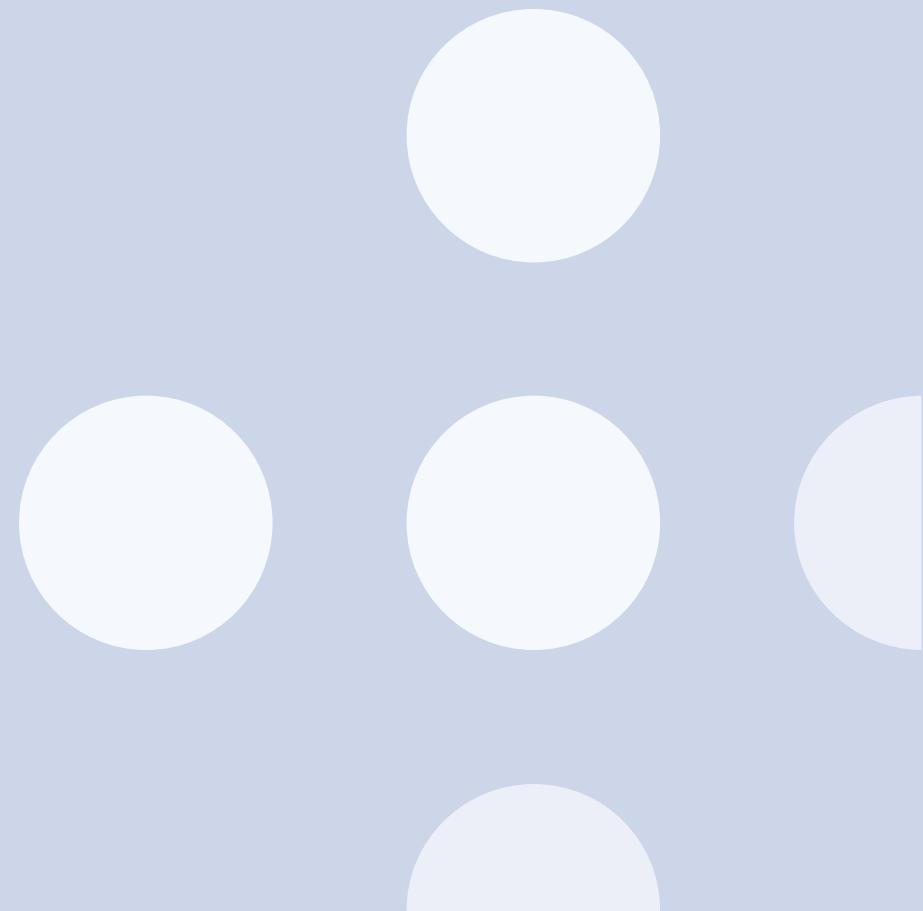
Nr	Fare (uønsket hendelse)	Tiltak	Fase			Sannsynlig	Ansvarlig
			Utrede	Implementere	Realisere		
1	Manglende struktur/system for endringsarbeidet	<ul style="list-style-type: none"> Etablere et system som favner/strekker seg helt fra styret til forsamlingen helt ut Etablere rolle som kan støtte klinikkdirektør i endringsarbeidet Handlingsplaner i tråd med etablert system (på avdelingsnivå) 					
2	Manglende / lite egnet prosess – for lite forankring og involvering/medvirkning	<ul style="list-style-type: none"> Faste møtepunkter for medvirkning Plan for tematisk behandling i møtene – tidsplan – milepæler Kommunisere tidsplan – helhet og enkelt tiltak Avklare forventninger til leder, asnatt, TV, VO, premissleverandør (f.eks. leverandør tek/it) Workshop for relevante aktører Prioritere 					
3	Planen er ukjent og mangler forankring på ulike nivå	<ul style="list-style-type: none"> Forkorte og gjøre bærekraftplanen kjent Kommunikasjonsplan; hvem, hva hvor og når, ansvar, hvilke flater Vise styrke i laget – ledere og tillitsvalgte/vernetjenesten Nivå 4 gjennom prioritering i lederutvikling Operasjonalisere planen for å bidra til at nivå 3 og 4 kan få gjennomføringskraft Må være tema på ledermøter, ledersamling og dialogmøter – på alle aktiviteter Informere brukerutvalget – viktige støttespillere 					
4	Mangel på tid og ressurser	<ul style="list-style-type: none"> Møtefri uke på foretaksnivå (hver fjerde uke) - skape reelt frigjort tid Prioritere tiltakene i bærekraftsplanen Slutte med det som ikke gir effekter Gjennomføre ws med bred deltakelse og forankring jevnlig 					
5	Mangel på kapasitet til å gjennomføre	<ul style="list-style-type: none"> Forenkle rapportering Bruk av ressursteam «all in» Sentralisere turnusplanlegging 					

RISIKO | Øvrige risikoer

Nr	Fare (uønsket hendelse)	Tiltak	Fase			Sannsynlig	Ansvarlig
			Utrede	Implementere	Realisere		
6	Stor lederbelastning						
7	Ledelseskultur som ikke er egnet for (store endringsprosesser); manglende endringsevne og lederkraft						
8	Kultur – subkulturer - profesjonsmakt						
9	Manglende teamtenkning						
10	Manglende gjennomføringsevne og –vilje						
11	Tid: Ikke nok tid til prosess, ikke realistisk tidsplan						
12	Manglende overordnet ressursstyring						
13	Tiltak som ikke er gjennomførbare						
14	Budsjett – resultater – må være sammenhengende						
15	Hvis en ikke våger å se Vestre Viken som helhet – ikke tør å gjøre store grep som vil være riktige for helheten i VV						
16	Ved oppgavedeling; ser på en for liten del av prosessen (må optimalisere prosess først for å unngå suboptimalisering)						
17	Tiltakene er ikke godt nok begrunnet: Økonomi vs. faglig kvalitet - hva er motivet for tiltaket?						
18	Manglende eierskap til løsninger						
19	Tilgang til teknologi – leveranser						
20	Manglende digital kompetanse						
21	Geografi						

Notater

Gruppearbeid



Gruppe 1

Fremhevet risiko

- **Manglende struktur/system for endringsarbeidet**
 - Tiltak:
 - Etablere et system som favner/strekker seg helt fra styret til forsamlingen helt ut
 - Etablere rolle som kan støtte klinikkdirektør i endringsarbeidet
 - Handlingsplaner i tråd med etablert system (på avdelingsnivå)

Øvrige risikoer

- Stor lederbelastning
- Manglende forankring i organisasjonen
- Ikke nok tid til prosess
- Tiltak som ikke er gjennomførbare
- Ledelseskultur som ikke er så egnet for (store endringsprosesser)

Risiko: ^{Factor} Mangelfullt (Manglende) struktur/system for endringsarbeidet ^{MMS.}


- Etablere et system som favner/støtter seg helt fra styret til framningen helt ut.



- Etablere rolle som kan støtte klunkedur. i endr. arb.
- Handlingsplaner i tråd med etablert system. (På aud.niva ++)

^{MMS.}
→ Hårtverk er lastverk

- IKKE NOK TID TIL PROSESS
- Tiltak som ikke er gjennomførbare
- Ledelseskultur som ikke er så egnet for (store) endringsprosesser
- Manglende struktur/system for endringsarbeidet
- Stor lederbelastning
- Manglende forankring i organisasjonen
- Urealistiske estimater for gevinst.



Gruppe 2

Fremhevet risiko

- **Manglende / lite egnet prosess – for lite forankring og involvering/medvirkning**
 - Tiltak:
 - Faste møtepunkter for medvirkning
 - Plan for tematisk behandling i møtene – tidsplan – milepæler
 - Kommunidere tidsplan – helhet og enkelt tiltak
 - Avklare forventninger til leder, asnatt, TV, VO, premissleverandør (f.eks. leverandør tek/it)
 - Workshop for relevante aktører
 - Prioritere

Øvrige risikoer

- Når ikke satt tallmål/resultat
- Tid er for knapp – ikke realistisk tidsplan
- Lederkraft / lederkultur – endringsevne
- Tilgang til teknologi – leveranser
- Digital kompetanse

B-TILTAK

TRINE

PROSESS

- o FASTE MØTEPUNKTER FOR MEDV.
- o PLAN FOR TEMATISK BEHANDLING I MØTENE / TIDSPLAN / MILEPÅLØP
- o KOMMUNISERE TIDSPLAN / MÅL L HELHET / ENKELTTILTAK
- o AVKLARE FORVENTNINGER TIL
 - LEDER
 - ANSAT
 - TV
 - VO
 - "PREMISSLEVERANDØRER"
 - FØLGER
 - LEVERANDØRER TEK
- o WORKSHOP - FOR RELEVANTE AKTØRER
- PRIORITERE

TRINE

- => NÅR IKKE SATT TALLMÅL / RESULTAT
- => PROSESS
 - INNVOLVERING / MEDVIRKING
 - FORANKRING
- => PRIORITERING
- => TID ER FOR KNAPP -
 - IKKE REALISTISK TIDSPLAN
- => LEDERKRAFT / LEDERKULTUR
 - ↳ LEDINGSSETNING
- => TILGANG TIL TEKNOLOGI
 - ↳ LEVERANDØRER
- => DIGITAL KOMPETANSE

Gruppe 3

Fremhevet risiko

- **Planen er ukjent og mangler forankring på ulike nivå**
 - Tiltak:
 - Forkorte og gjøre bærekraftplanen kjent
 - Kommunikasjonsplan; hvem, hva hvor og når, ansvar, hvilke flater
 - Vise styrke i laget – ledere og tillitsvalgte/vernetjenesten
 - Nivå 4 gjennom prioritering i lederutvikling
 - Operasjonalisere planen for å bidra til at nivå 3 og 4 kan få gjennomføringskraft
 - Må være tema på ledermøter, ledersamling og dialogmøter – på alle aktiviteter
 - Informere brukerutvalget – viktige støttespillere

Øvrige risikoer

- Ikke få til medvirkning
- Ikke få gjennomført
- Manglende eierskap til løsninger
- Budsjett – resultater – må være sammenhengende
- Hvis en ikke våger å se Vestre Viken som helhet – ikke tør å gjøre store grep som vil være riktige for helheten i VV
- Risikoområder: prosessrisiko, gjennomføringsrisiko
- Struktur
- Kultur – subkultur
- Profesjonsmakt
- Geografi

Planen er uklart og manglende forankring

LISBETH

- Forkorte og gjøre bæreluftplanen tydelig
- Kommunikasjonsplan: Hvem, hva, hvor og når, ansvar, hvilke flater
- Vise styrke i laget - ledere og tillitsvalgte/ansvarstaker fremmer planen sammen
- Nivå 4 gjennom prioritering i lederutvikling
- Operasjonalisere planen for å bidra til at Nivå 3 og 4 kan ta gjennomføringskraft.
- Må være tema på ledermøter, ledersamling og dialogmøter - på alle nivåer
- Informere brukerutvalgene - viktige støttespillere

Risiko

LISBETH

- Planen er uklart og manglende forankring (ulike nivå)
- Ikke full medvirkning, ikke full gjennomført og manglende Eierkap til løsninger
- Budsjett - resultater - tiltak må være sammenhengende
- Hvis en ikke våger å se Vestre Viken som en helhet
↳ ikke tør å gjøre de større grep som vil være nødvendige for helheten (VV)

Risiko områder:

- Prosessrisiko
- Gjennomføringsrisiko
- Struktur
- Kultur / Subkultur
- Profesjonsmakt / kultur
- Geografi

Gruppe 4

Fremhevet risiko

- **Mangel på tid og ressurser**
 - Tiltak:
 - Møtefri uke på foretaksnivå (hver fjerde uke) - skape reelt frigjort tid
 - Prioritere tiltakene i bærekraftsplanen
 - Slutte med det som ikke gir effekter
 - Flere ws. som i dag 😊

Øvrige risikoer

- Ved oppgavedeling; ser på en for liten del av prosessen (må optimalisere prosess først for å unngå suboptimalisering)
- Manglende lederkraft til planlegging og gjennomføring
- Manglende felles forankring på tvers av foretaket
- Tiltakene er ikke godt nok begrunnet: Økonomi vs. faglig kvalitet - hva er motivet for tiltaket?

INGER

Risiko:

ⓑ TID OG RESSURSER

TILTAK:

- Møtefriuke på foretaksnivå (Hver 4 uker)
Rent frigjort tid.
- Prioritere tiltakene i boks kraftig.
- Slutte med det som ikke gir effekter.
- Flere W.S. som i dag 😊

RISIKO

INGER

- Ved oppgjøret: Ser på en for liten del av prosessen (Må optimalisere prosess først for å unngå suboptimalisering.)
- Tid, ressurser
- Lederkraft til planlegging & gjennomføring
- Manglende felles forankring på tvers av foretaket
- Økonomi vs. Faglig kvalitet
↳ Hva er motivet for tiltaket?



Gruppe 5

Fremhevet risiko

- **Mangel på kapasitet til å gjennomføre**
 - Tiltak:
 - Forenkle rapportering
 - Bruk av ressursteam «all in»
 - Sentralisere turnusplanlegging

Øvrige risikoer

- IKT
- Tid
- Manglende overordnet ressursstyring
- Gjennomføringshastighet
- Kompetanse/kvalitet
- Manglende teamtenkning
- Manglende gjennomføringsevne og –vilje

ELI

Kapasitet:

- Forenkle rapportering
- Bruk av ressursteam "all in"
- Sentralisere turnusplanlegging.

~~1/15~~

ELI

- Kapasitet
- IKT
- Tid
- Manglende overordnet ressursstyring
- Gjennomføringsnæstighet
- Kompetanse/kerlitet
- Manglende team tenking
- Manglende gjennomførings evne - ogvilje





Vedlegg 4

Statusrapport – Bærekraftsplan

September 2023

Team og Oppgavedeling

Det rapporteres ingen avvik på gjennomføring av tiltak knyttet til team og oppgavedeling. Sjekkliste for vurdering i forkant av utlysning og ansettelse, overordnet prosedyre for oppgavedeling og plan for oppgavedeling logistikkoppgaver er levert. Beslutningen om organisering av fremtidens kontortjeneste ble fattet av Porteføljestyret. Innføring av nattportør mandag – torsdag på Drammen sykehus pågår. Klinikkk for intern service rapporterer om mindre risiko knyttet til oppgavedeling og tilgang på nødvendige ressurser i kjernevirksomheten. Risikoreduserende tiltak er definert.

Team og Oppgavedeling						
Status på styringsparametere for arbeidet med tiltakene						
Samlet status	◆	Tiltakene gjennomføres i henhold til plan. Ingen avvik rapportert.				
Tid/Fremdrift	◆	Ingen avvik				
Kostnad/Ressurser	◆	Ingen avvik				
Kvalitet/Omfang	◆	Ingen avvik				
Gevinst	◆	Ingen avvik				
Risikobilde (mest kritiske risikopunkter)						
		Risikofaktor	Konsekvens	Tiltak		
Samlet risiko	◆	KIS - Oppgavedeling: Det frigis ikke ressurser i kjernevirksomhetene for finansiering av oppgavedeling kjernevirksomhet - KIS	Oppgavedeling gjennomføres ikke, eller det skaper merkostnad for VV.	Overordnet prosedyre og avtale mellom partene før iverksettelse.		
Fremdriftsplan						
WBS	Beskrivelse	Kategori	Fremdrift	Startdato	Forfallsdato	Ansvarlig
3,1	Sjekkliste for vurdering i forkant av utlysning og ansettelse i ledig stilling er iverksatt	Milepæl	Fullført	27.06.2023	27.06.2023	Tiltaksansvarlig leder
3,2	Overordnet prosedyre for oppgavedeling utarbeidet	Milepæl	Fullført	01.07.2023	01.07.2023	Tiltaksansvarlig leder
3,3	Ferdigstille plan for oppgavedeling logistikkoppgaver	Aktivitet	Fullført	01.08.2023	01.09.2023	Tiltaksansvarlig leder
3,4	Trinn 1 portørtjeneste DS: Innføring av nattportør mandag - torsdag	Aktivitet	Pågår	01.09.2023	01.10.2023	Tiltaksansvarlig leder
3,5	Beslutning om organisering av fremtidens kontortjeneste foreligger	Milepæl	Fullført	30.09.2023	30.09.2023	Tiltaksansvarlig leder

3,6	Modell for oppgavedeling foreligger	Milepæl	Ingen avvik	01.10.2023	01.10.2023	Tiltaksansvarlig leder
3,7	Samlinger for berørt personell om organisering av team er avholdt	Milepæl	Ingen avvik	01.10.2023	01.10.2023	Tiltaksansvarlig leder
3,8	Teamorganisering er innført på DS	Milepæl	Ingen avvik	01.12.2023	01.12.2023	Tiltaksansvarlig leder
3,81	Teamorganisering er innført på BS	Milepæl	Ingen avvik	01.12.2023	01.12.2023	Tiltaksansvarlig leder
3,82	Teamorganisering er innført på RS	Milepæl	Ingen avvik	01.12.2023	01.12.2023	Tiltaksansvarlig leder
3,83	Teamorganisering er innført på KS	Milepæl	Ingen avvik	01.12.2023	01.12.2023	Tiltaksansvarlig leder

Standardisering

Til tross for mindre avvik knyttet til ressurstilgang og én aktivitet som er forsinket, vurderes samlet status for standardiseringstiltak som grønn. Risikoen er på et akseptabelt nivå. Delprosjekter for å optimalisere driften av poliklinikken ved medisinsk avdeling ved DS og RS pågår uten avvik. Dette gjelder også for evaluering av piloter for 12,5 timers vakter sommer 2023 og bemanningscenteret. Standardisering av varesortiment er igangsatt og i første omgang er det identifisert mulig besparelse på opp mot 5 MNOK om alle klinikker velger rimeligste produkt. Endring vil medføre byttekostnad som ennå ikke er ferdig utredet. Høykostgruppen fortsetter sitt arbeid med raske bytter av medikament ved nye anbud. Det er realisert betydelige gevinster så langt i 2023. Som følge av økte kostnader på nye medikament treffer imidlertid ikke hele gevinsten bunnlinjen.

Standardisering				
Status på styringsparametere for arbeidet med tiltakene				
Samlet status	◆	Samlet status vurderes som grønn. Det er kun Klinikk for intern service som rapporterer mindre avvik når det gjelder tilgang på ressurser. Korrigerende tiltak er planlagt og igangsatt. Klinikk for intern service har identifisert risikofaktorer som kan påvirke gjennomføringen av handlingsplanen negativt. Risikoreducerende tiltak er planlagt.		
Tid/Fremdrift	◆	KIS: Vi er på etterskudd med å lage plan for dialog med klinikkene vedr. Beste praksis. Tiltak 4.31 er derfor utsatt med 15-30 dager. Vi vurderer at forsinkelser i tiltak 4,31 ikke vil skape forsinkelser av tiltak 4.32 og er derfor innenfor toleransegrense for grønn status. Innkjøp/ anskaffelser: i rute med planlagte aktiviteter. Medikamentområdet: i rute med planlagte aktiviteter		
Kostnad/Ressurser	◆	KIS: Knapphet på tid internt i KIS og for aktuelle avd. sjefer. Det jobbes med prioriteringer.		
Kvalitet/Omfang	◆	Ingen avvik		
Gevinst	◆	Ingen avvik		
Risikobilde (mest kritiske risikopunkter)				
		Risikofaktor	Konsekvens	Tiltak
Samlet risiko	◆	KIS - Beste praksis: Evne/ vilje hos de vi er avhengig av for gevinstrealisering	Uønsket variasjon som gir merkostnader	Jevnlig dialog med aktuelle klinikker om hvilke tiltak som bør på plass. Vurderer bruk av ressursteam for gjennomføring av tiltak i linja i kjernevirksomhet.
		KIS- Får ikke på plass ressursstyringsverktøy på RS.	Helsepersonell må selv utføre pasientforflytninger	Aksept fra Sykehuspartner
		Innkjøp/ anskaffelser: byttekostnader kan være store	Redusert aktivitet	Forankring av prosess for iverksettelse av bytte
		Stab økonomi: Vanskelig	Stor risiko for at analyseverktøy bilde blir	Tiltak under utarbeidelse.

ressurssituasjon på Analyse.	ikke utviklet ferdig til 31.12.2023
------------------------------	-------------------------------------

Fremdriftsplan						
WBS	Beskrivelse	Kategori	Fremdrift	Startdato	Forfallsdato	Ansvarlig
4,1	Drift / organisering av poliklinikk					
4,11	Engasjert ekstern prosjektstøtte (tidl. gjennomført revisjon av hjertepoliklinikk)	Milepæl	Fullført	20.06.2023	20.06.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,12	Møte med ekstern ressurs, analyseavdelingen VV og GAT team gjennomføres	Aktivitet	Fullført	26.06.2023	26.06.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,13	Avtale med ekstern prosjektstøtte utarbeides	Aktivitet	Fullført	20.06.2023	30.06.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,14	Avtalen med ekstern prosjektstøtte er signert	Milepæl	Fullført	30.06.2023	30.06.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,151	Optimalisere drift av poliklinikk ved medisinsk avdeling DS	Delprosjekt	Pågår	26.06.2023	31.03.2024	Tiltaksansvarlig leder
4,1511	Analyse av tilgjengelig data - drift av poliklinikk ved medisinsk avdeling DS	Aktivitet	Fullført	26.06.2023	08.08.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,1512	Analyse av drift av poliklinikk ved medisinsk avdeling DS er gjennomført	Milepæl	Fullført	08.08.2023	08.08.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,1513	Gjennomgang av resultater av analyse	Aktivitet	Fullført	08.08.2023	08.08.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,1514	Ventelister ved medisinsk avdeling DS er gjennomgått og ryddet	Milepæl	Ingen avvik	15.09.2023	15.09.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,1515	Prioritering av videre arbeid og milepæler	Aktivitet	Ikke startet	01.09.2023	30.09.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,1516	Plan for implementering på DS foreligger	Milepæl	Ingen avvik	02.10.2023	02.10.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,152	Optimalisere drift av poliklinikk ved medisinsk avdeling RS	Delprosjekt	Pågår	26.06.2023	31.03.2024	Tiltaksansvarlig leder
4,1521	Analyse av tilgjengelig data - drift av poliklinikk ved medisinsk avdeling RS	Aktivitet	Fullført	26.06.2023	08.08.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,1522	Analyse av drift av poliklinikk ved medisinsk avdeling RS er gjennomført	Milepæl	Fullført	08.08.2023	08.08.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,1523	Gjennomgang av resultater av analyse	Aktivitet	Fullført	17.08.2023	17.08.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,1524	Ventelister ved medisinsk avdeling RS er gjennomgått og ryddet	Milepæl	Ingen avvik	15.09.2023	15.09.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,1525	Prioritering av videre arbeid og milepæler	Aktivitet	Ikke startet	01.09.2023	30.09.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,1526	Plan for implementering på RS foreligger	Milepæl	Ingen avvik	02.10.2023	02.10.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,1527	Utvikling av løsning for oversikt over ledige konsultasjonsrom	Aktivitet	Pågår	30.06.2023	31.10.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,16	Kartlagt organisering og drift av øyepoliklinikk, anbefale tiltak	Milepæl	Ingen avvik	15.10.2023	15.10.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,17	Hjerteprojekt: gjennomført tiltak i etterkant av revisjon	Milepæl	Ingen avvik	15.10.2023	15.10.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,18	Kartlegging og anbefalte tiltak for de øvrige poliklinikkene mtp. økt kapasitetsutnyttelse avsluttet	Milepæl	Ingen avvik	28.02.2024	28.02.2024	Tiltaksansvarlig leder
4,19	GAT/DIPS integrasjon ferdig implementert i alle klinikker	Milepæl	Ingen avvik	31.12.2025	31.12.2025	Tiltaksansvarlig leder
4,2	Turnusplanlegging					
4,21	Evaluering av piloter for 12,5 timers vakter sommer 2023	Delprosjekt	Fullført	30.06.2023	07.09.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,211	Ukentlig questback besvares av ansatte under pilotering	Aktivitet	Fullført	30.06.2023	10.08.2023	Tiltaksansvarlig leder

4,212	Intervju med ansatte på avdelingene gjennomføres i uke 33/34	Aktivitet	Fullført	14.08.2023	25.08.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,213	Innsamling av digitalt evalueringsskjema fra alle ansatte ved pilotene	Aktivitet	Fullført	21.08.2023	25.08.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,214	Rapport ferdigstilles uke 35	Aktivitet	Fullført	28.08.2023	01.09.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,215	Rapport levert	Milepæl	Fullført	04.09.2023	04.09.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,216	Kartlegge seksjoner som ønsker å endre fra dagens turnus til 12,5 timers vakter	Aktivitet	Pågår	04.09.2023	30.09.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,217	Vurdere om det er nødvendig med organisatoriske endringer	Aktivitet	Ikke startet	01.10.2023	06.10.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,218	Etablere prosess med ansatte, TV og VO	Aktivitet	Pågår	01.10.2023	01.12.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,219	Forberedende møter HR for å forberede avtale med TV	Aktivitet	Ikke startet	06.10.2023	13.10.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,22	Drøfting	Aktivitet	Ikke startet	13.10.2023	20.10.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,221	Erfaringsoverføring fra pilotene og nødvendige endringer vurderes ved utarbeidelse av ny turnus	Aktivitet	Ikke startet	20.10.2023	27.10.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,222	Videreføre sommerpilotene i ordinær drift for å bygge erfaringer i ordinære driftsperioder	Aktivitet	Ikke startet	04.09.2023	01.12.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,223	Utarbeidelse av ny turnus	Aktivitet	Ikke startet	20.10.2023	10.11.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,224	Ny turnus iverksatt i aktuelle seksjoner	Milepæl	Ingen avvik	01.12.2023	01.12.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,22	Plan for ferieavvikling i sin helhet for 2024 foreligger	Milepæl	Ingen avvik	01.12.2023	01.12.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,23	Premissdokument for ferieplanlegging, drøfting med FTV er utarbeidet	Milepæl	Ingen avvik	01.12.2023	01.12.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,24	Bemanningssettret	Delprosjekt	Pågår	16.06.2023	08.12.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,25	Kartlegging av videre drift og utvikling av bemanningssettret er gjennomført	Milepæl	Ingen avvik	01.11.2023	01.11.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,26	Beslutning om fremtidig organisering av bemanningssettret foreligger	Milepæl	Ingen avvik	01.12.2023	01.12.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,27	Modell for profesjonalisert og standardisert turnusplanlegging utredet, herunder automatisering/KI	Milepæl	Ingen avvik	01.12.2023	01.12.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,28	Implementert ny modell for turnusplanlegging alle somatiske klinikker	Milepæl	Ingen avvik	01.04.2024	01.04.2024	Tiltaksansvarlig leder
4,3	Forbruk av interne tjenester fra KIS					
4,31	Dialog med aktuelle klinikker for gjennomgang av avvik fra beste praksis	Milepæl	Forsinket	30.09.2023	30.09.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,32	Kartlagt arbeidsprosesser som bidrar til avvik fra beste praksis	Milepæl	Ingen avvik	31.12.2023	31.12.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,33	Iverksatt nødvendige endringer for oppnåelse av beste praksis	Milepæl	Ingen avvik	01.04.2025	01.04.2025	Tiltaksansvarlig leder
4,4	Arealutnyttelse og interne tjenester					
4,41	Vedtak om parkeringsprinsipp og -avgifter for alle ansatte i VVHF foreligger	Milepæl	Ingen avvik	31.12.2023	31.12.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,42	Kartlagt tiltak for optimal bruk av tjenestebiler og implementert modell for oppfølging av	Milepæl	Ingen avvik	31.12.2023	31.12.2023	Tiltaksansvarlig leder

	bilparken i tråd med modell for forvaltning av ambulanser					
4,43	Vedtak om prinsipp for kontorplass for administrative funksjoner i G32 foreligger	Milepæl	Ingen avvik	31.12.2023	31.12.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,44	Avviklet leieforhold administrative lokaler	Aktivitet	Ikke startet	01.01.2024	31.12.2024	Tiltaksansvarlig leder
4,45	Gjennomføre tiltak, utskifting av lysstoffrør til LED trinnvis 2024 - 2026	Aktivitet	Ikke startet	01.01.2024	31.12.2026	Tiltaksansvarlig leder
4,5	Anskaffelser av varer og medikamenter					
4,51	Kartlegging dagens bruk av fritekst og iverksettelse av kortsiktige tiltak utført	Aktivitet	Fullført	01.06.2023	31.08.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,52	Adgang til bruk av fritekst stoppet. Setter inn to engasjementstillinger i 6 måneder for å overføre bestilling til avtaleleverandør.	Aktivitet	Pågår	01.09.2023	31.10.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,53	Parallell innføring av oppgavedeling logistikk Overfører ansvar for bestillinger fra helsepersonell til logistikkmedarbeidere på avdelingene	Aktivitet	Ikke startet	01.10.2023	30.06.2024	Tiltaksansvarlig leder
4,54	Kartlagt anskaffelsesområder med potensiale for kostnadsbesparelser gjennom standardisering	Aktivitet	Pågår	01.08.2023	31.12.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,6	Forbruk av bilde- og laboratorietjenester					
4,61	Resultater av fagrevisjonen foreligger	Milepæl	Ikke startet	31.01.2024	31.01.2024	Tiltaksansvarlig leder
4,62	Analyseverktøy bilde ferdig utviklet	Milepæl	Forsinket	31.12.2023	31.12.2023	Tiltaksansvarlig leder
4,7	Lab - automasjon på tvers av HF					
4,71	Analysehall - Implementering, validering, og opplæring på RS	Aktivitet	Pågår	01.08.2023	29.02.2024	Tiltaksansvarlig leder
4,711	Analysehall anskaffet og implementert ved RS	Milepæl	Ingen avvik	31.03.2024	31.03.2024	Tiltaksansvarlig leder
4,72	Analysehall - Implementering, validering, og opplæring på KS	Aktivitet	Ikke startet	01.03.2024	30.09.2024	Tiltaksansvarlig leder
4,721	Analysehall anskaffet og implementert ved KS	Milepæl	Ingen avvik	31.10.2024	31.10.2024	Tiltaksansvarlig leder
4,73	Analysehall - Bærum: BRK - Implementering, validering, og opplæring	Aktivitet	Ikke startet	01.06.2024	28.02.2025	Tiltaksansvarlig leder
4,731	Analysehall anskaffet og implementert ved BS	Milepæl	Ingen avvik	31.03.2025	31.03.2025	Tiltaksansvarlig leder
4,74	Drammen: Implementering, validering og opplæring november	Aktivitet	Ikke startet	01.11.2024	31.08.2025	Tiltaksansvarlig leder
4,741	Idriftsettelse lab.tjenester i NSD	Milepæl	Ingen avvik	31.10.2025	31.10.2025	Tiltaksansvarlig leder

Organisering og struktur

Ingen avvik og risiko er rapportert i forbindelse med gjennomføring av tiltak relatert til organisering og struktur. Flytting av barnepoliklinikken fra Bærum til Drammen ble gjennomført etter planen. Det er besluttet at endokronologi flyttes fra Ringerike sykehus til Bærum Sykehus. Fagutvalg innen

hematologi, urologi og for intensivområdet er etablert. En sjekklister for vurdering av behov for å opprette/reansette stillinger er etablert og operasjonalisert.

Organisering og struktur						
Status på styringsparametere for arbeidet med tiltakene						
Samlet status	◆	Samlet status vurderes som grønn. Ingen avvik rapportert.				
Tid/Fremdrift	◆	Ingen avvik.				
Kostnad/Ressurser	◆	Ingen avvik.				
Kvalitet/Omfang	◆	Ingen avvik.				
Gevinst	◆	Ingen avvik.				
Risikobilde (mest kritiske risikopunkter)						
		Risikofaktor	Konsekvens	Tiltak		
Samlet risiko	◆	Ikke identifisert				
Fremdriftsplan						
WBS	Beskrivelse	Kategori	Fremdrift	Startdato	Forfallsdato	Ansvarlig
5,1	Organisering					
5,11	Besluttet flytting av barnepoliklinikk Bærum sykehus til Drammen sykehus	Milepæl	Fullført	15.06.2023	15.06.2023	Tiltaksansvarlig leder
5,11	Etablere fagutvalg innenfor hematologi, endokrinologi og urologi	Milepæl	Fullført	30.06.2023	30.06.2023	Tiltaksansvarlig leder
5,11	Etablere fagutvalg for intensivområdet	Milepæl	Fullført	30.06.2023	30.06.2023	Tiltaksansvarlig leder
5,11	Gjennomføre flytting av barnepoliklinikk fra Bærum til Drammen	Milepæl	Fullført	01.08.2023	01.08.2023	Tiltaksansvarlig leder
5,11	Etablert transportordning for syke nyfødte samt intensivtransporttilbud	Milepæl	Pågår	01.01.2024	01.01.2024	Tiltaksansvarlig leder
5,11	Videre utredning av potensialet for samordning av tjenester på tvers av lokasjoner	Milepæl	Ingen avvik	25.09.2023	25.09.2023	Tiltaksansvarlig leder
5,11	Iverksette ny organisering og vaktlinje urologi iht. ny organisering	Milepæl	Ingen avvik	15.01.2024	15.01.2024	Tiltaksansvarlig leder
5,11	Iverksette ny organisering av fagområdet hematologi	Milepæl	Ingen avvik	15.01.2024	15.01.2024	Tiltaksansvarlig leder
5,11	Iverksette ny organisering av fagområdet endokrinologi	Milepæl	Ingen avvik	15.01.2024	15.01.2024	Tiltaksansvarlig leder
5,11	Iverksette plan for organisering og planlagt kapasitet for intensivområdet	Milepæl	Ingen avvik	15.01.2024	15.01.2024	Tiltaksansvarlig leder
5,2	Effektivisering stab / støtte					
5,2	Kartlagt og utredet mulig sanering av rapporter, samt tiltak for å effektivisere rapporteringen, herunder automatisering.	Aktivitet	Pågår	30.06.2023	30.06.2024	Tiltaksansvarlig leder
5,21	Etablert modell for systemeierskap med krav til oppfølging av systemkostnader fra Sykehuspartner, samt realisering av gevinster ved utbedring av systemer.	Aktivitet	Ikke startet	01.10.2023	31.03.2024	Tiltaksansvarlig leder
5,22	Gjennomgått lisenser, innhold i leverandøravtaler i SP og omfang av IKT utstyr – i samarbeid med SP	Aktivitet	Pågår	01.06.2023	30.06.2024	Tiltaksansvarlig leder
5,23	Kostnadsreduksjoner telefonabonnement ansatte - forenklet abonnementsstruktur og budsjettene til disse postene nedjusteres tilsvarende.	Aktivitet	Pågår	01.06.2023	30.09.2023	Tiltaksansvarlig leder
5,24	Vurdere avvikling/ redusert bruk av bruk av Finn.no ved utlysninger	Aktivitet	Pågår	01.09.2023	30.09.2023	Tiltaksansvarlig leder

5,25	Innføre rutine for vurdering av behov for å opprette/reansette stillinger for å sikre samordning av ressursbruk på tvers av stabene.	Aktivitet	Fullført	01.06.2023	30.09.2023	Tiltaksansvarlig leder
5,26	Gjennomgang av møtestrukturer for mulig effektivisering av tidsbruk.	Aktivitet	Ikke startet	01.10.2023	15.12.2023	Tiltaksansvarlig leder
5,27	Prosess for bestillinger av tjenester mellom klinikker og staber – samordning av oppgaver for å unngå duplisering av rapportering fra klinikkene	Aktivitet	Ikke startet	01.11.2023	31.03.2024	Tiltaksansvarlig leder
5,28	Gjennomgang av samlet organisering sett opp mot oppgaver og effektiv bruk av ressurser	Aktivitet	Pågår	01.09.2023	15.12.2023	Tiltaksansvarlig leder
5,29	Vurdere endret organisering for brannvernopplæring. Kost – nytte vurdering mht. egne ansatte vs. kjøp av eksterne tjenester.	Aktivitet	Pågår	01.09.2023	15.12.2023	Tiltaksansvarlig leder
5,291	Implementere MS 365	Aktivitet	Ikke startet	01.01.2024	30.06.2024	Tiltaksansvarlig leder
5,292	Utredet organisering av transportoppgaver mellom KIS og BHM	Aktivitet	Ikke startet	15.09.2023	15.12.2023	Tiltaksansvarlig leder
5,293	Utredet organisering systemforvaltning i sentrale staber, samt mellom sentrale staber og klinikk	Aktivitet	Ikke startet	01.01.2024	30.06.2024	Tiltaksansvarlig leder
5,294	Inngått avtale mellom VVHF og MHH om forvaltning, drift og intern kontroll av MTU	Milepæl	Ingen avvik	31.12.2023	31.12.2023	Tiltaksansvarlig leder
5,295	Utredet organisering av støtte til klinikker i omstilling og forbedringsarbeid	Aktivitet	Ikke startet	01.01.2024	30.06.2024	Tiltaksansvarlig leder
5,296	Beslutning om igangsettelse av utredning effektiviseringspotensialer stabsressurser i klinikk foreligger.	Milepæl	Ingen avvik	31.10.2023	31.10.2023	Tiltaksansvarlig leder

Digital transformasjon

Helselogistikk, som er et prosjekt i porteføljen for digital transformasjon, er forsinket. Denne forsinkelsen i kombinasjon med høy risikoeksponering er årsaken til at statusen for hele porteføljen vurderes som gull. Helselogistikk er et regionalt prosjekt med regional prioritering som begrenser Vestre Vikens handlingsrom med tanke på planlegging og risikohåndtering. Det lokale prosjektet i Vestre Viken har imidlertid definert og planlagt risikoreduserende tiltak. Prosjektet for implementering av kunstig intelligens innen bildediagnostikk pågår som planlagt. Dette gjelder også programmet for digital hjemmeoppfølging.

Digital transformasjon		
Status på styringsparametere for arbeidet med tiltakene		
Samlet status	◆	Helselogistikk-prosjektet er forsinket og beheftet med mye risiko. Forsinkelsen har negative konsekvenser for nettoresultatet og skaper en betydelig risiko for NSD.
Tid/Fremdrift	◆	Helselogistikk: Vi er ytterligere forsinket på område C, som er kritisk for nytt sykehus. Forsinkelser hos leverandør og prioriteringer i regionalt prosjekt
Kostnad/Ressurser	◆	Helselogistikk: Økende kostnader som resultat av forsinkelser.
Kvalitet/Omfang	◆	Ingen avvik
Gevinst	◆	Helselogistikk - høyere kostnader utfordrer netto-resultatet.
Risikobilde (mest kritiske risikopunkter)		

	Risikofaktor	Konsekvens	Tiltak
Samlet risiko	Stab tek. - Redusert eller manglende IKT funksjonalitet knyttet til driftskonsepter ved åpning av NSD	Behov for nye løsninger som kan kompensere for mangel på helselogistikk funksjonalitet. Forsinket realisering av gevinster	Utforme en plan B, som kan iverksettes dersom risikoen inntreffer.
	Stab tek. - Oppstart Pilot Helselogistikk og overgang til DIPS Arena planlegges på samme tid. Dette kan føre til forsinkelse av implementering av Helselogistikk.	Ytterligere forsinkelser i Helselogistikk. Potensielle store driftsutfordringer for NSD.	Sak bør drøftes i programstyret hvorvidt det er mulig å starte HL pilot etter september før Dips arena innføring.
	Stab tek. - For lite ressurser i Helselogistikk Pilot går ut over kvalitet og planlegging for bredding	En stor belastning på pilotavdelingene kan påvirke kvaliteten negativt	Prosjektet planlegger for å få inn flere ressurser f.o.m. aug/sept

Fremdriftsplan						
WBS	Beskrivelse	Kategori	Fremdrift	Startdato	Forfallsdato	Ansvarlig
6,11	Redusere kostnader telefonabonnement	Milepæl	Ingen avvik	30.09.2023	30.09.2023	Tiltaksansvarlig leder
6,12	Kartlegge samlede IKT-kostnader	Milepæl	Ingen avvik	31.03.2024	31.03.2024	Tiltaksansvarlig leder
6,13	Kostnadsreduksjon Sykehuspartnerkostnad inkludert lisenskostnader	Milepæl	Ingen avvik	30.06.2024	30.06.2024	Tiltaksansvarlig leder
6,21	Kunstig intelligens innen bildediagnostikk	Delprosjekt	Pågår	01.01.2021	31.12.2025	Tiltaksansvarlig leder
6,22	Helselogistikk	Delprosjekt	Forsinket	01.09.2021	31.12.2025	Tiltaksansvarlig leder
6,23	Program for digital hjemmeoppfølging	Delprosjekt	Pågår	01.01.2019	31.12.2024	Tiltaksansvarlig leder
6,24	Sporingsteknologi - pilot MTU BS - status oppdatert	Milepæl	Ingen avvik	31.12.2023	31.12.2023	Tiltaksansvarlig leder
6,25	Sporingsteknologi - nye områder - status oppdatert	Milepæl	Ingen avvik	31.12.2023	31.12.2023	Tiltaksansvarlig leder
6,26	Droneteknologi - prosjekt Asker og Bærum kommuner og Sunnaas sykehus	Milepæl	Ingen avvik	31.12.2025	31.12.2025	Tiltaksansvarlig leder
6,26	Droneteknologi - transport for blodprodukter	Milepæl	Ingen avvik	30.06.2024	30.06.2024	Tiltaksansvarlig leder
6,27	Kunstig intelligens - turnusplanlegging - status oppdatert	Milepæl	Ingen avvik	31.12.2023	31.12.2023	Tiltaksansvarlig leder
6,28	Kunstig intelligens - pasientovervåking - status oppdatert	Milepæl	Ingen avvik	31.12.2023	31.12.2023	Tiltaksansvarlig leder
6,29	Digital utstyrsforvaltning hjemmebehandling - søknad om ekstern finansiering (Bever)	Aktivitet	Pågår	01.01.2023	13.09.2023	Tiltaksansvarlig leder
6,291	VR-teknologi PHT og PHR - status rapportert	Milepæl	Ingen avvik	31.12.2023	31.12.2023	Tiltaksansvarlig leder

Digital Hjemmeoppfølging

Gevinstrealisering – Forløp i drift:

Initiativ	Effekt	Gevinst	Måleenhet	Nullpunkt	Gevinstmål	Siste Måling
DHO-Med.- Inflammatorisk tarmsykdom (IBD)	Bedre kompetanseutnyttelse	Bedre fordeling av arbeidsoppgaver mellom profesjoner/faggrupper	Prosent	0,00%	60,00%	57,40%
DHO-Med.- Inflammatorisk tarmsykdom (IBD)	Klima, miljø og bærekraft	Redusere CO2 avtrykk per IBD pasient (i kg)	Antall	6,6	5,7	4,0
DHO-Med.- Inflammatorisk tarmsykdom (IBD)	Bedre pasientsikkerhet	Redusere innleggelses og rescue behandling (Tidligere oppdagelse av forverret tilstand)	Antall	62	55	60
DHO-Med.- Inflammatorisk tarmsykdom (IBD)	Bedre kapasitet	Økt andel pasienter fra andre diagnosegrupper	Prosent	83,60%	85,00%	78,07%
DHO-Ort.-Kne og hofteprotese	Bedre kapasitet	Andel fysiske 6 mnd. kontroller (hofte)	Prosent	100,00%	7,00%	48,00%
DHO-Ort.-Kne og hofteprotese	Bedre pasientopplevelse	Høy andel av pasientene besvarer de digitale skjemaene (gjennomførbarhet)	Prosent	0,00%	90,00%	98,00%
DHO-Ort.-Kne og hofteprotese	Bedre kapasitet	Reduksjon i andel fysiske 6 mnd. Kontroller (kne)	Prosent	100,00%	11,00%	0,00%
DHO-Ort.-Kne og hofteprotese	Bedre produktivitet	Økning i andel digitale kontroller med video eller telefon (hofte)	Prosent	14,00%	14,00%	29,41%

Det er etablert en felles modell for gevinstarbeid i VV som skal benyttes i alle prosjekter i VV HF, herunder alle DHO forløp. Effektene har hittil ikke blitt godt nok dokumentert og fulgt opp. Programorganisasjonen skal gjennomføre tiltak for å sikre større eierskap og forankring i lederlinjen, samt forbedre gevinstmodellen og prosess-støtte. Innen 30.11.2023 skal det utarbeides inntil fire felles indikatorer som skal benyttes i alle forløp. Det skal sikres en balanse mellom kvalitative og kvantitative indikatorer, hvorav minimum en indikator for økonomisk effekt.

Nytt Sykehus i Drammen

Nytt sykehus i Drammen									
Status på styringsparametere for pågående delprosjekter									
Portefølje: VVHF - NSD - Pågående prosjekter									
◆ Som planlagt ◆ Mindre avvik ◆ Større avvik ◆ P.T ikke målbart									
Navn	Eier	Leder	Fase	Ressurser	Tid	Omfang	Risiko	Kvalitativt Gevinst	Kvantitativt Gevinst
DS									
VVHF - NSD - Poliklinikk og dagbehandling	Buene, Inger Meland	Henriksen, Jan Terje	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
KIS									
VVHF - NSD - Garderober og arbeidstøy	Fagerhaug, Kristin	Steine, Frode	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - Matforsyning - Kantine/kiosk	Fagerhaug, Kristin	Bråthen, Jane Ø	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - Portørtjeneste	Fagerhaug, Kristin	Engedal, Vera	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
KMD									
VVHF - NSD - Felles prøvemottak	Casati, Bettina; Steinsvik, Trude	Grøndahl, Ragnhild	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - Laboratoriemedisin - Mikrobiologi	Steinsvik, Trude	Vestgarden, Therese	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - Nukleær	Malmer-Høvik, Jon Haakon	Rangsæter, Hilde Marit	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
PHR									
VVHF - NSD - PHR Områdefunksjoner	Lærum, Kristin Tafjord	Elgaen, Tuva	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - PHR Driftskonsept Spesialpsykiatri	Gravdal, Tina	Haga, Bård Rime	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
Gevinstrealisering NSD									

Mottaksprosjektet for NSD har etablert delprosjekter for de virksomheter som skal inn i NSD, for å tilpasse og implementere endret drift og organisering til nytt sykehus. Den største andelen av delprosjektene er avsluttet og arbeidet ferdigstilles 1.1.2023 iht. plan.

Pga. revidert fremdriftsplan og utsatt innflyttingstidspunkt vil man hente få gevinster knyttet til NSD i perioden 2023-25. Det er midlertidig identifisert en rekke tiltak i delprosjektene som kan implementeres i klinikk før innflytting, dette implementeres som en del av klinikkens gevinstplan i innværende planområde.

Erfaringen fra gjennomføringene av delprosjektene, viser at det er store avhengigheter mellom de enkelte delprosjektene og at det derfor er utfordrende å beregne kvantitative gevinster på det enkelte delprosjekt. I neste fase vil delprosjektene ses i sammenheng og effekten av nye arbeidsprosesser og oppgavedeling konkretiseres på tvers av klinikker, avdelinger og seksjoner.

Gevinstplaner for de fire klinikkene skal utarbeides 1.1.2024.

Klinikkene utarbeider fra september 2023, i samarbeid med Mottaksprosjektet, spesifikke planer med oppgaver for å sikre at tiltak utarbeidet gjennom delprosjektene videreutvikles og implementeres i nytt sykehus. Det er etablert et team fra stab og VV-NSD som skal støtte klinikkene i arbeidet. I dette er det også laget et rammeverk for gjennomføring av oppgavene.

Fremdriftsplan

Fremdriftsplan pågående delprosjekter

Delprosjekt	2022												2023											
	Q1			Q2			Q3			Q4			Q1			Q2			Q3			Q4		
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
VVHF - NSD - Felles prøvemottak																								
VVHF - NSD - Matforsyning - Kantine/kiosk																								
VVHF - NSD - Laboratoriemedisin - Mikrobiologi																								
VVHF - NSD - Portørtjeneste																								
VVHF - NSD - Poliklinikk og dagbehandling																								
VVHF - NSD - PHR Områdefunksjoner																								
VVHF - NSD - PHR Driftskonsept Spesialpsykiatri																								
VVHF - NSD - Nukleær																								
VVHF - NSD - Garderober og arbeidstøy																								

Resultatoppnåelse

Vestre Viken er i en tidlig fase med implementering av Handlingsplan for bærekraftig utvikling i VVHF. Implementering av endringer er enten pågående eller planlagt. Først etter at endringene er implementert og den nye kapabiliteten er tatt i bruk vil resultatene bli synlige. Vi vil måle verdier for nøkkellindikatorer månedlig, men forventer at effekter først vil realiseres fra 1. kvartal 2024.

Endring	Nullpunkt - prognose 2023	Mål netto resultat	Aug. 2023	Sep. 2023	Okt. 2023	Nov. 2023	Des. 2023	Jan 2024	Feb. 2024	Mar. 2024	Apr. 2024	Mai 2024	Jun. 2024	Jul. 2024	Resultat summert
Digital transformasjon	896,12 mill.	2,90 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.
Organisering og struktur	3 289,10 mill.	50,58 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.
PHR omstilling	1 451,11 mill.	20,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.
Standardisering	2 243,72 mill.	36,30 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.
Team og oppgavedeling	1 357,83 mill.	24,80 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.
Totalt	9 237,88 mill.	134,58 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.	0,00 mill.

IKT Tertialrapport NSD

2. tertial 2023

Status reflekterer informasjon mottatt fra prosjektledere pr 31.08.2023

GODKJENT AV:

Navn	Stilling	Dato	Versjon
Lisbeth Sommervoll	Administrerende direktør	18.09.2023	1.0

INNHold

1	INNLEDNING.....	3
2	STATUS.....	3
2.1	FUNKSJONELLE LEVERANSER	4
2.2	INFRASTRUKTURLEVERANSER.....	7
3	TILPASNINGSPROSJEKTER I PNSD	10
4	KRITISKE PROSJEKTER SOM VIL PÅVIRKE GEVINSTREALISERING FOR NSD	11
5	RISIKO.....	12
6	VEDLEGG – BESKRIVELSE AV PROSJEKTER.....	14

1 Innledning

I henhold til vedtak i prosjektstyret Nytt Sykehus Drammen (NSD) i oktober 2019, har Vestre Viken HF (VVHF) ansvar for rapportering tertialvis til prosjektstyret på IKT NSD. I VVHF sitt styremøte 14.12.2020 ble det gjort en gjennomgang av viktige IKT-prosjekter frem mot innflytting i NSD og det ble avtalt at styret skal motta samme rapportering som prosjektstyret.

Aktuelle IKT-problemstillinger for NSD koordineres mellom Sykehuspartner, Helse Sør-Øst, prosjektorganisasjonen for NSD (PNSD) og Vestre Viken i månedlige koordineringsmøter.

Rapporten gir status per prosjekt relatert til påvirkning av oppstart av nytt sykehus Drammen. Prosjektenes status er hentet fra HSØ RHF prosjektstyringsverktøy (Clarity PPM) per 31.08.2023.

2 Status

Det rapporteres på overordnede IKT-prosjekter/prosjektområder inndelt etter funksjonelle leveranser og infrastrukturprosjekter.

Flere av prosjektene rapporteres som status gul og noen prosjekter har endret status til rød. Bakgrunnen for dette er prosjektenes kompleksitet, tidsplaner og VV-NSD sin økende bekymring for at viktige leveranser ikke rekker frist for endring av IKT-systemer før innflytting. Så langt det er mulig, blir Vestre Viken prioritert i viktige regionale prosjekter.

Det er nødvendig med kartlegging av økonomisk konsekvenser av forsinkelser i leveranser. Forsinkelsene øker økonomisk risiko for VV der installasjon og endringer er i fare for å bli skjøvet til etter innflytting.

Tabellen under gir oversikt over status opp imot risiko for leveranse i tråd med behov og tidsplan for NSD. Status er angitt med fargekode grønn (liten risiko), gul (middels risiko) og rød (høy risiko).

2.1 Funksjonelle leveranser

	Status			Status prosjekt og vurdering NSD	Konsekvenser
	Grønn: lav risiko	Gul: middels risiko	Rød: høy risiko		
	Prosjekt status pr aug.23	NSD vurdering T1-2023	NSD vurdering T2-2023		
FUNKSJONELLE LEVERANSER					
RHF - Regional EPJ modernisering (PRJ09071)	GUL	GRØNN	GUL	<p>Innføring av DIPS Arena prosjektet ligger etter planen og det har vært nye forsinkelser pga. etablering av tekniske miljøer og databaseplattform. Leveransedato for VVHF er forskjøvet til februar. Prosjektet er i dialog med leverandører og fagmiljø for å effektivisere videre arbeid.</p> <p>VV-NSD vurderer status som gul, og følger prosjektet tett med tanke på risiko for ytterligere forsinkelser som vil påvirke frys IKT for NSD og avhengigheter til andre løsninger og prosjekter.</p>	<p>Forsinkelse på innføring av DIPS Arena i VVHF utover planlagt leveranstidspunkt vil føre til innflytting i NSD med eksisterende versjon av DIPS. Eksisterende DIPS Classic versjon har ikke all funksjonalitet som DIPS Arena gir, og vil heller ikke videreutvikles av leverandør.</p> <p>Flere regionale og lokale prosjekter, (f.eks. RML, Sporingssystem for sterilsentral) er avhengig av DIPS Arena som vil føre til mangel på funksjonalitet og behov for replanlegging av omfang og kost.</p> <p>Påvirker flere tilpasningsprosjekter som har DIPS Arena som en forutsetning.</p>
MetaVision - Versjonsopp. av Reg. kurve og medikasjon - MV6.xx	N/A	N/A	GRØNN	<p>Metavision er oppgradert til v6.15 19.05.2023.</p> <p>Neste oppgradering av systemet er planlagt til våren 2024 og vil mest sannsynlig bli v6.20.</p> <p>Nytt prosjekt for oppgradering og avklaring av funksjonalitet som skal tas i bruk er under etablering.</p> <p>Dette prosjektet vil bli fulgt tett av VV-NSD pga. avhengighet til lukket legemiddelsøyfe på NSD.</p>	<p>Metavision v6.20 vil inneholde komplett løsning for lukket legemiddelsøyfe, inkludert mobil versjon.</p> <p>Manglende oppgradering og ibruktakelse av definert funksjonalitet vil føre til at VVHF ikke kan innføre konsept lukket legemiddelsøyfe i nytt sykehus.</p> <p>Påvirker PNSD tilpasningsprosjekt Kurve.</p>
Regional løsning for helselogistikk (PRJ11251)	GUL	RØD	RØD	<p>Prosjektet har levert løsningsområde B-Pasientflyt og ressurser for utprøving på Medisinsk sengepost 3 på Drammen sykehus. Feil i løsningen har blitt avdekket og rettet på av leverandør underveis.</p>	<p>Ved forsinkelse eller mangel på leveranse av funksjonalitet som er viktig for NSD, vil realisering av planlagte gevinster i nytt sykehus bli skjøvet ut i tid eller bli redusert.</p> <p>NSD forutsetter helselogistikk etablert ved</p>

				<p>Akseptanasetest rapporten for neste release ble underkjent av styringsgruppen pga. for mange feil.</p> <p>Leveranser for område C har ikke hatt god nok kvalitet med mange feil. Prosjektet har hatt flere eskaleringsmøter med leverandør for å løse utfordringer og rekke leveransedatoene i releaseplanen.</p> <p>SAT har blitt underkjent av styringsgruppen for område A – Innsjekk og oppgjør pga. kvalitet på leveranse.</p> <p>VV-NSD vurderer status som rød pga. gjentatte forsinkelser og fortsatt utestående leveranser. Det er usikkert når leveransene kan forventes fra leverandørene. VV-NSD er bekymret for ytterligere forsinkelser pga. økt omfang som igjen vil påvirke nødvendige leveranser til NSD.</p>	<p>innflytting med funksjonalitet som beskrevet i notat til HSØ.</p> <p>VVHF har flere pågående delprosjekter for å forberede ansatte til flytting og ta i bruk nytt bygg med nye løsninger. Helselogistikk påvirker veldig mange arbeidsprosesser som etableres eller endres. Ved manglende funksjonalitet, vil det være behov for endring av arbeidsprosesser og økning av bemanning innen flere fagområder.</p> <p>Påvirker PNSD tilpasningsprosjekt Helselogistikk.</p>
<p>RHF - Regional standard for integrasjon av medisinteknisk utstyr (PRJ08314)</p>	<p>GUL</p>	<p>GUL</p>	<p>RØD</p>	<p>Prosjektet har samlet status som gul selv om status på tid og kost er rød.</p> <p>Prosjektet har ikke ferdigstilt anskaffelsene av gateway og EEG. En foreløpig innstilling til valg av leverandør av gateway er lagt frem til styringsgruppen og valget tas i faseovergang som er planlagt 14.09.2023. EEG anskaffelsen pågår og det er planlagt signering av rammeavtale i januar 2024.</p> <p>VV-NSD vurderer prosjektets status som rød, pga. forsinkelser i prosjektet og anskaffelser ikke er gjennomført. Det forventes utvikling og</p>	<p>Integrasjon av MTU vil ta lengre tid og med et behov for flere løsningsdesign og ROS, samt eventuell mellomvare som må anskaffes, som igjen vil føre til økte kostnader.</p> <p>Krever tett oppfølging fra VV-NSD opp mot plan for første installasjon av nytt MTU.</p> <p>Påvirker PNSD U6 Utstyr entreprisen.</p>

				tilpasning av anskaffet løsning som vil ta tid før ibruktakelse. Det er stram tidsramme for gjennomføring før frys IKT for NSD.	
VVHF – Adgangskontroll	GRØNN	GRØNN	GRØNN	<p>Produksjonssetting er noe forsinket pga. utestående avklaringer, men har ikke påvirkning på leveranser til NSD. VVHF og leverandør detaljprosjekterer kamera og overvåkingsområder.</p> <p>Prosjektet er i henhold til plan.</p>	Adgangskontroll på Kongsberg skal brukes som pilot for NSD. Ved mangel på leveranse og funksjonalitet, vil det føre til manglende erfaring med bruk og test av funksjonalitet som skal benyttes i NSD.
RHF – Standard for lukket legemiddelsøyfe (Legemiddelkjeden) (PRJ15527)	GUL	GUL	GUL	<p>Begrenset innføring på Ahus og Sykehuset Telemark gjennomført som planlagt. Pågår planlegging av bredning til nye poster på AHUS. Prosjektet er noe forsinket.</p> <p><i>VV-NSD vurderer prosjektets status som gul på bakgrunn av kompleksiteten og omfang av leveranser fra prosjektet. For å få på plass en fullverdig løsning innen lukket legemiddelforsyning må MetaVision oppgraderes til nyere versjon, v6.20 og nødvendig funksjonalitet tas i bruk. Planlegging av hvilke funksjonalitet som vil være tilgjengelig for å ta i bruk lukket legemiddelsøyfe er i gang.</i></p>	Prosjektet er avhengig av oppgraderinger og ny funksjonalitet fra nyere versjoner av MetaVision. Mangel på leveranse av oppgradering og funksjonalitet vil føre til at VVHF ikke kan innføre konsept lukket legemiddelsøyfe i nytt sykehus.
RHF – Regionalt kostdatasystem (PRJ09104)	GRØNN	GUL	GUL	<p>Porteføljestyret har besluttet overgang til gjennomføringsfasen. Prosjektet planlegger innføring av løsningen på SØHF som første foretak.</p> <p><i>VV-NSD vurderer prosjektets status som gul, på bakgrunn av prosjektets omfang og stramme tidsramme.</i></p>	<p>Ved forsinkelser i anskaffelse og etablering vil det være en risiko for å ta i bruk NSD med eksisterende kostdatasystem. Eksisterende system har ikke funksjonalitet som er nødvendig for nytt matkonsept i NSD.</p> <p>Etablering av løsningen vil foregå i flere faser. Første fase vil etablere grunnfunksjonalitet innenfor kostdataløsning, mens matbestillingsfunksjonalitet</p>

					vil bli etablert som egen modul i fase 2. Denne funksjonaliteten er planlagt tett opp mot frys IKT for NSD. VV-NSD følger tett opp de regionale planene.
--	--	--	--	--	--

2.2 Infrastrukturleveranser

	Status			Status prosjekt og vurdering NSD	Konsekvenser
	Grønn: lav risiko	Gul: middels risiko	Rød: høy risiko		
	Prosjekt status pr aug.23	NSD vurdering T1-2023	NSD vurdering T2-2023		
INFRASTRUKTUR-PROSJEKTER					
Datanettverk (SP-STIM Nettverk – Modernisering av nett.) (PRJ09653)	GUL	GRØNN	GUL	<p>Prosjektet er fortsatt forsinket med piloten på Sunnaas. Design og migreringsdokumenter for del leveranser er under godkjenning.</p> <p><i>VV-NSD vurderer status som gul som følge av at modernisert nettverk er begrenset testet før ibruktakelse i NSD.</i></p>	Forsinket leveranse fører til økt risiko for mangel på ny funksjonalitet og behov for økt manuelt arbeid ved innføring av nye tjenester som igjen vil øke kostnader.
SP-STIM 5G innendørs mobildekning (PRJ14932)	GRØNN	GRØNN	GRØNN	<p>Anskaffelse av rammeavtale og leveransetest er gjennomført. Gjenstående aktiviteter knytter seg til tjenesteetablering i Sykehuspartner.</p> <p><i>VV-NSD vurderer status som grønn da STIM programmet vil avsluttes i løpet av 2023 og overleveres til SP linje.</i></p> <p>Løsningen vil testes på nye RAD og vil være en pilot for NSD. Dette prosjektet tas ut av oversikten for neste tertial.</p>	Mobildekning med 5G vil være sekundær-bærer for håndholdte enheter med mulighet for å motta både WIFI og mobilsignal. Ved mangel på leveranse fra prosjektet, vil det ikke være tilfredsstillende 5G dekning i NSD i områder som ikke har tilfredsstillende WIFI dekning. Dette kan føre til at enheter mister tilgang til systemer.
SP-STIM Regional telekom plattform (PRJ11641)	GUL	GRØNN	GRØNN	<p>ISDN og analoge linjer har blitt avvirket. Funksjonell ROS har blitt etablert.</p> <p><i>VV-NSD vurderer status som grønn da STIM</i></p>	En regional telekom plattform vil forenkle bruk av applikasjoner og andre tjenester på mobil arbeidsflate. Ved mangel på leveranse fra prosjektet, vil

				programmet vil avsluttes i løpet av 2023 og overleveres til SP linje.	eksisterende løsninger brukes med den funksjonaliteten og mulighetene de har i dag.
SP-STIM Felles plattform trinn 2 hybrid skyplattform (PRJ09954)	GUL	GUL	GUL	<p>Prosjektet har mottatt prøvetilbud på anskaffelse del 2 (kompetansepartner avtale) og startet evaluering.</p> <p>Pga. forsinkelser i prosjektet vil det bli sendt en endringsanmodning for å forlenge fase 1 ut 2023.</p> <p><i>VV-NSD vurderer status som gul, på bakgrunn av prosjektenes status, omfang, kompleksitet og stramme tidsramme for gjennomføring før frys IKT for NSD.</i></p>	<p>Etablering av ny plattform vil bli utført gradvis. Når denne plattformen er etablert vil det være behov for å skille migrering og test. Kostnader som gjelder tjenestemigrering er ikke innenfor byggeprosjektets budsjett.</p> <p>Ved manglende leveranse fra prosjektet vil kostnader knyttet til tjenestemigrering bli overført til VVHF.</p>
SP-STIM Tjenestemigrering (PRJ13669)	GUL	GUL	GUL	<p>Prosjektets gjennomføringsfase 1 er avsluttet og overlevering til linja har startet.</p> <p>Fase 2 av prosjektet fortsetter arbeidet med LD og ROS for migreringskandidater på AHUS.</p> <p><i>VV-NSD vurderer status som gul, på bakgrunn av prosjektenes status, omfang, kompleksitet og stramme tidsramme for gjennomføring før frys IKT for NSD.</i></p>	<p>Etablering av ny plattform vil bli utført gradvis. Når denne plattformen er etablert, vil det være behov for å skille migrering og test. Kostnader som gjelder tjenestemigrering er ikke innenfor byggeprosjektets budsjett.</p> <p>Ved manglende leveranse fra prosjektet, vil kostnader knyttet til tjenestemigrering bli overført til VVHF.</p>
Regional testplattform (SP-STIM Modernisering - Regional testplattform) (PRJ13478)	GUL	GUL	GUL	<p>Prosjektet har vært satt på pause og fremlegger sak til programstyringsgruppe møtet 11. august og Styret i SP 27. september, for godkjenning til videre gjennomføringsfase.</p> <p><i>VV-NSD vurderer status som gul for NSD, på bakgrunn av manglende aktivitet i prosjektet og stram tidsperiode for frys IKT for NSD.</i></p>	<p>Ved forsinkelse av modernisert plattform vil test av løsninger i NSD utføres på nyetablerte eller eksisterende testmiljøer. Dette vil føre til økte kostnader ved etablering av testmiljøer. Byggnære løsninger vil etableres med egne testmiljøer som endres til produksjonsmiljøer når løsningen skal tas i bruk, som vil medføre økte kostnader.</p>

<p>Multimediearkiv (RHF - Strategi og standard for bruk av multimedia) (PRJ08464)</p>	<p>N/A</p>	<p>RØD</p>	<p>N/A</p>	<p>Porteføljestyret har besluttet å sette prosjektet på vent ut 2023. RHF - Regional radiologiløsning og multimediearkiv ved OUS (RAM OUS) prosjektet har fått i oppdrag å etablere og tilrettelegge minimumsbehov for NSD tilknytning til ny RMA løsning. VV-NSD vurderer status som rød som følge av beslutningen i Porteføljestyret. Avventer omfang og fremdriftsplan for etablering av løsning for NSD. Prosjektstatus vil ikke oppdateres under perioden som prosjektet er på vent, og gjenopptas ved eventuell prosjektoppstart.</p>	<p>Mangel på leveranse av ny funksjonalitet til NSD vil medføre bruk av eksisterende løsning og anskaffelse av nye og kostbare lokale løsninger. Behov for kartlegging av nødvendige endringer på eksisterende løsninger for tilpassing til nytt sykehus. Samhandling med andre helseforetak vil basere seg på rutiner som er tid og ressurskrevende. Nødvendig med kartlegging av økonomiske konsekvenser.</p>
<p>RHF - Regional radiologiløsning og multimediearkiv ved OUS (RAM OUS) PRJ15875</p>	<p>GUL</p>	<p>N/A</p>	<p>RØD</p>	<p>Porteføljestyret i HSØ har besluttet at prosjektomfanget utvides med leveranse til byggeprosjektet nye NSD i tillegg til OUS. Prosjektet har hatt en vellykket oppstart del 2 på Ullevål, Aker og legevakten april 2023. Etter en stund har det oppstått tregheter i løsningen som leverandør har levert en midlertidig løsning på. Mangel på dokumentasjon og tilganger forsinket overlevering av etablert del av løsningen til linja. Utfordringer som utvidet omfang, forsinket leveranser, manglende tilganger, mangel på ressurser og forsinkelser i DIPS Arena oppgradering fører til ytterligere forsinkelser og høy kompleksitet.</p>	<p>Mangel på leveranse av ny funksjonalitet til NSD vil medføre bruk av eksisterende løsning og anskaffelse av nye og kostbare lokale løsninger. Behov for kartlegging av nødvendige endringer på eksisterende løsninger for tilpassing til nytt sykehus. Samhandling med andre helseforetak vil basere seg på rutiner som er tid og ressurskrevende. Nødvendig med kartlegging av økonomiske konsekvenser.</p>

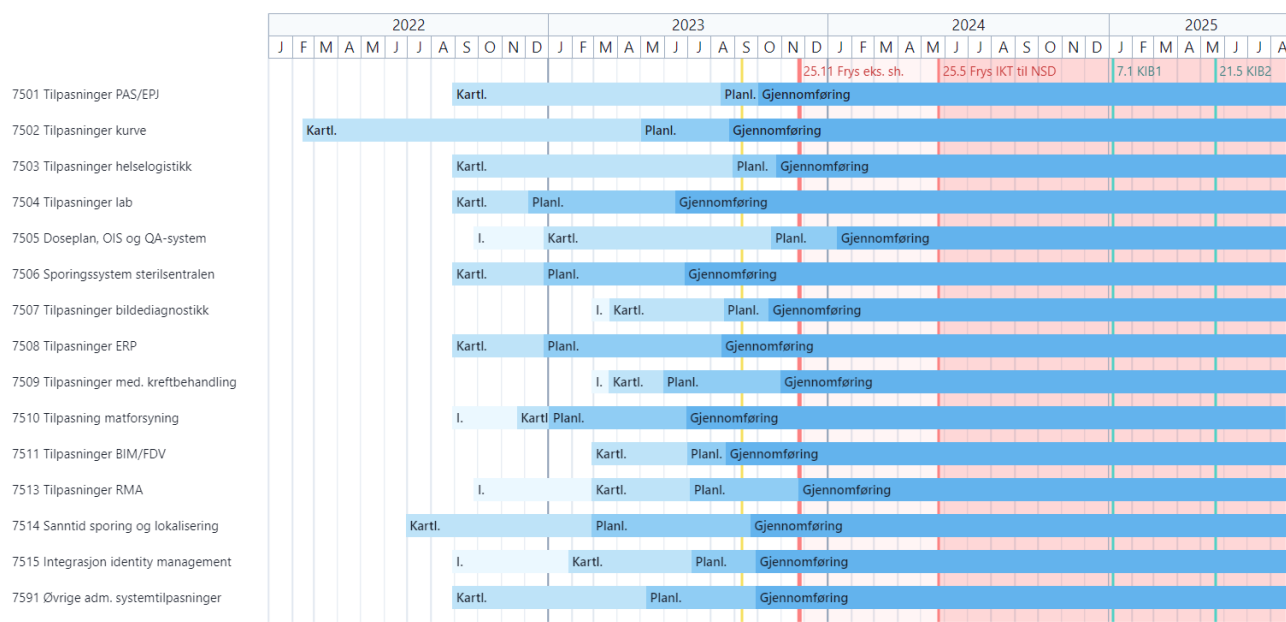
				VV-NSD vurderer status som rød som følge av at prosjektet allerede har utfordringer med leveranser og tilgang til ressurser. Ved å utvide omfang med NSD kan medføre forhøyning av risiko. Det er stor risiko for å ikke rekke leveranser av funksjonalitet for NSD.	
Digitalisering av bygg (BIM) (RHF - Digitalisering av eiendomsforvaltningen i Helse Sør-Øst) (PRJ06913)	GUL	GUL	GUL	Omega365 er valgt som leverandør for nytt FDV system. Kartlegging og planlegging for innføring av løsning i regionen er i gang. OUS og NSD vil være de første HF i HSØ som får etablert løsningen. VV-NSD vurderer status som gul, på grunn av tidslinjen opp mot frys IKT for NSD.	Forsinkelse av leveranser fra prosjektet vil medføre mangel på fullverdig og oppdatert forvaltning, drift og vedlikeholds-dokumentasjon for NSD. Allerede mottatt FDV dokumentasjon fra leverandører må flyttes inn i anskaffet system fra dagens løsning, som er tidskrevende.

3 Tilpasningsprosjekter i PNSD

Hensikten med IKT tilpasningsprosjektene er å gjøre nødvendige systemtilpasninger av eksisterende systemer og nye IKT-systemer, for å sikre oppkopling av nytt utstyr.

I figur 1 vises fremdriftsplanen knyttet til de ulike tilpasningsprosjektene. Datoer for IKT-frys og prosjektenes faseoverganger er under revidering.

Flere av Tilpasningsprosjektene er avhengig av regionale prosjekters leveranse og figur 2 illustrerer avhengighetene. Det henvises til kapittel 4 for ytterligere beskrivelse av kritiske prosjekter for NSD.



Figur 1: Fremdriftsplan tilpasningsprosjekter

Avhengigheter:

	RHF - Regional EPJ modernisering	MetaVision - Versjonsopp- og Rigg. kurve og medikasjon - MVE.ks	Regional løsning for helselogistikk	RHF - Regional standard for integrasjon av medisinsk utstyr	RHF - Standard for sikret legemiddelløype (Legemiddelløypen)	RHF - Regionalt kostdata system	Datanettverk (SP-STIM) Nettverk - Modernisering av nett.	SP-STIM 5G innendørs mobildekkning	SP-STIM Regional telekom plattform	SP-STIM Felles plattform trinn 2 hybrid skyplattform	SP-STIM Tjenestemigrering	Regional testplattform (SP-STIM) Modernisering Regionale testplattorm	RHF - Regional pasientgjøring og multimediarv ved SUS (RAM CUS)	Digitalisering av bygg (BIM) (RHF - Digitalisering av eiendomsforvaltningen i Hebe Sar-Øst)
7501 Tilpasninger PAS/EPJ	X		X	K			X			X		X		
7502 Tilpasninger kurve		X		X	X		X			X		X		
7503 Tilpasninger helselogistikk			X				X		X	X		X		
7504 Tilpasninger laboratorisystemer			X				X		X	X		X	X	
7505 Doseplan, OIS og QA system (Stråleterapi)			X				X		X	X		X		
7506 Sporingssystem sterilisentralen	X						X		X	X		X		
7507 Tilpasninger Bildediagnostikk			X				X		X	X		X	X	
7508 Tilpasninger ERP						K	X		X	X		X		
7509 Tilpasning medikamentell kreftbehandling							X		X	X		X		
7510 Tilpasning matforsyning						X	X		X	X		X		
7511 Tilpasninger BIM/FDV							X		X	X		X		X
7513 Tilpasninger RMA	X						X		X	X		X	X	
7514 Sann tid sporing og lokalisering							X		X	X		X		
7515 Integrasjon Identity Management							X		X	X		X		
7516 Mobil arbeidssilte			X						X					
7591 Øvrige administrative systemtilpasninger og endringer							X		X	X		X		
7592 Øvrige kliniske systemtilpasninger og endringer				K			X		X	X		X		

Figur 2: Avhengigheter tilpasningsprosjekter og regionale prosjekter.

Figur 2 viser hvilke regionale prosjekter som tilpasningsprosjektene er avhengig av. Stor X representerer direkte avhengighet, mens liten x betyr at det er en avhengighet, men at det er mulig å håndtere avhengigheten uten løsning. K betyr at det er behov for kartlegge avhengigheten nærmere.

VV-NSD sin vurdering av status risiko for det regionale prosjektet er representert med fargekodene grønn, gul og rød. Som figuren viser er det flere regionale prosjekter som tilpasningsprosjektene har sterke avhengigheter til.

4 Kritiske prosjekter som vil påvirke gevinstrealisering for NSD

RHF - Regional EPJ modernisering

DIPS Arena innføringen er ytterligere forsinket og nytt tidspunkt for VVHF er 10. februar 2024. Ved ytterligere forsinkelser, vil VVHF risikere å flytte inn i NSD med eksisterende versjon av DIPS Classic. Den eksisterende versjonen har ikke all funksjonalitet som DIPS Arena gir og vil ikke videreutvikles av leverandør. Uten DIPS Arena, vil ikke VVHF realisere nye behov, som bla. integrasjon mellom sporingssystem for sterilforsyning og operasjonsplanleggeren.

Prosjekt RML (Regional Multimedia Løsning) baserer sin leveranse på DIPS Arena og vil ikke fungere på DIPS Classic.

SP - SLA - 2021 - MetaVision - Versjonsopp. av Reg. kurve og medikasjon og innføring av Lukket legemiddelsløyfe

Oppgradering av MetaVision til v6.15 er ferdigstilt i VVHF. Funksjonalitet for en fullverdig lukket legemiddelsløyfe er planlagt i v6.20. Test av mobil MetaVision løsning pågår på SØHF. En helhetlig løsning med mobil applikasjon er avhengig av resultatet fra SØHF testen. HSØ og SP utarbeider forslag til fremtidige oppgraderinger for å nå v6.20 innen kort tid. Dette kan medføre at HF'ene ikke vil kunne ta i bruk funksjonalitet i versjoner opp til v6.20. Systemeier nettverket er i gang med kartlegging og avklaring av funksjonalitet som er nødvendig for å få på plass lukket legemiddelsløyfe.

Integrasjonen mellom pakkemaskin og MetaVision, kalt Atlas, er etablert og testet av Sykehusapotekene på Skien. VVHF har avropt på opsjon for NSD, for å produsere pasientmerket legemiddel i endose med informasjon fra MetaVision.

Regional løsning for helselogistikk og SP - SKM - Helselogistikk Sykehuspartner

Regional helselogistikk prosjektet (fase 3) er betydelig forsinket iht. opprinnelig plan og med stor risiko for ytterligere forsinkelser.

HSØ har besluttet å utvide fase 3 til også å omfatte nødvendig funksjonalitet for byggeprosjektene på OUS og VVHF (tidligere fase 4). Kartlegging og planleggingsarbeidet for dette er i gang, men det vil føre til ytterligere forsinkelser da det har tatt lang tid å komme til enighet om hvordan leveranser til byggeprosjektene skal være. Dette vil igjen kunne medføre forsinkelser på utvikling av ny funksjonalitet. Deler av opprinnelig fase3 (pilot) er levert med flere kritiske feil som rettes opp av leverandører. Dette fører til ytterligere leveranser som er avhengig av feilrettinger og avklaringer.

NSD er bygningsmessig utformet med tanke på å utnytte funksjonalitet fra Helselogistikk. Sykehuset har begrenset med ekspedisjoner og ventesoner i tillegg har nye teknologiske løsninger lagt til grunn bruk av Helselogistikk. Forsinkelse og manglende leveranser fra Helselogistikk vil føre til økt bemanning, endringer i bruk av rom og potensielt behov for ombygging. VVHF vil derved ikke kunne realisere planlagte gevinster knyttet til dette.

RHF - Regional radiologiløsning og multimediearkiv ved OUS (RAM OUS)

Porteføljestyret har besluttet å utvide omfanget til prosjektet med leveranser til byggeprosjektene RAD og NSD. Prosjektet jobber fortsatt med utredninger og spesifiseringer av nytt omfang. Det er stor risiko for at prosjektets leveranser ikke slutføres innen prosjektets tidsramme.

Prosjektet har allerede utfordringer med forsinkede oppgaver på grunn av prioriteringer, driftshendelser, tilgang til DIPS miljøer og koordinering på tvers av prosjekter.

Multimediearkiv som etableres regionalt er levert av Sectra vil ikke være direkte kompatibel med VVHF sin RIS/PACS løsning som er levert av Philips Carestream. Dette vil kreve endringer og tilpasninger i den regionale løsningen i tillegg til at det er flere forberedende oppgaver som må utføres av HF nr. 2 som skal bruke løsningen.

Avhengigheter til DIPS Arena innføring, behov for nødvendig tilpasning og konfigurering for VVHF øker risikoen for ytterligere forsinkelser.

5 Risiko

Risikovurderingen gjelder helhet i leveranser/prosjekter som inngår i denne rapporteringen og omfatter ikke risikovurdering for det enkelte prosjekt.

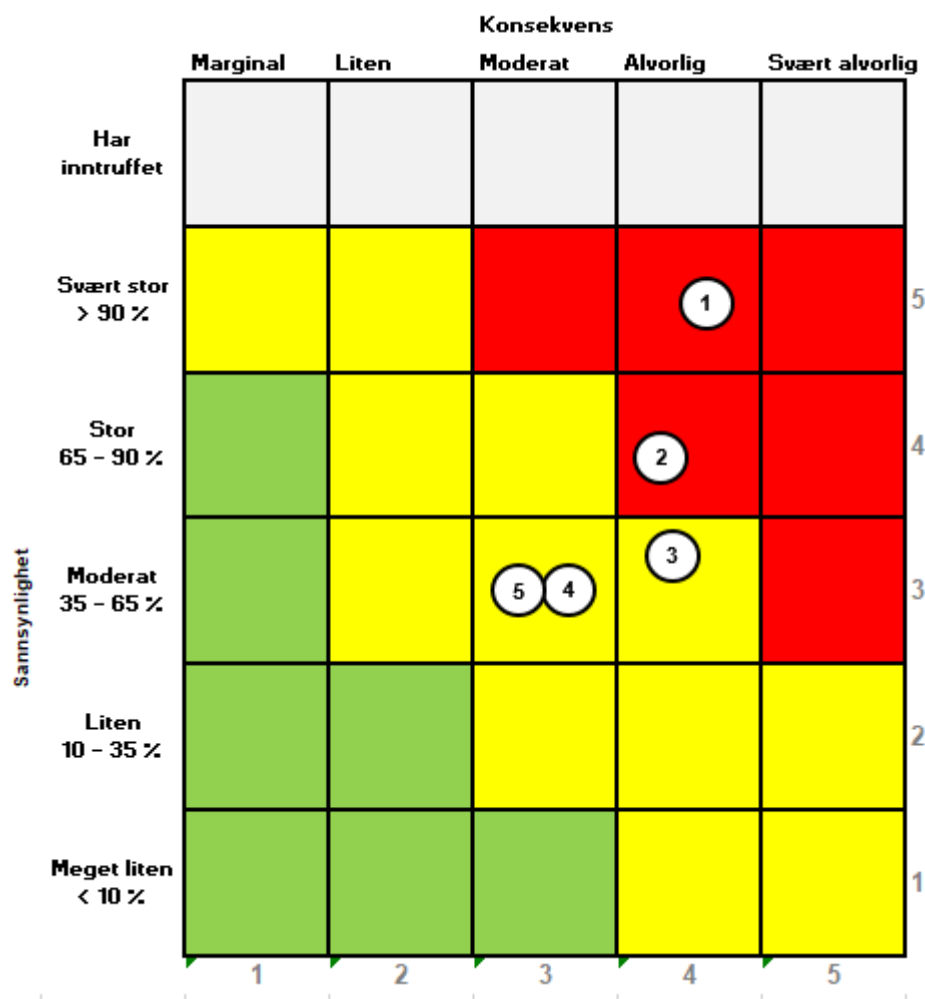
Det jobbes løpende på tiltakssiden for å håndtere risikobildet, spesielt med avklaringer rundt kapasitet og kartlegging av avhengigheter. Dette er beskrevet i risikologgen og visualisert i matrisen under.

Risiko id 1 som omhandler leveranser fra regionale prosjekter er fortsatt veldig høy. Det er flere store og krevende prosjekter som fortsatt jobber med planlegging og spesifisering av leveranser hvor VV-NSD er usikker om leveranser fra disse prosjektene rekker åpningsdato for NSD.

Tiltak knyttet risiko id 2, vil følges nøye og tette samarbeidet mellom VVHF og SP må fortsette i avtalte rutiner for å minimere utfordringer frem mot byggeprosjektets fase2.

For å styrke risikostyringen knyttet til id 1 og id 2 etableres det gruppe bestående av sentrale beslutningstakere i VVHF, PNSD, HSØ og SP. Gruppen skal sikre risikostyring og oppfølging av IKT-plan og de leveransene som er særlig kritiske for NSD.

ID	Risikobeskrivelse (Bruk formatet: <i>Hendelse/tilstand</i> kan føre til <i>virkning</i>)	Sannsynlighet	Konsekvens	Totalskår	Tiltaksbeskrivelse (Presis beskrivelse, gjerne punktliste)
1	Forsinkelser i innføring av regionale løsninger pga. manglende kapasitet/økonomiske rammer kan få konsekvenser for arbeidsprosesser og løsninger som er forutsatt	5	4	20	VVHF følger prosjektene tett og deltar med ressurser i kritiske prosjekter. Eventuelle avvik og forsinkelser rapporteres videre til ledelsen iht. avtalte rutiner.
2	Manglende kapasitet/økonomiske rammer i Sykehuspartner kan gi manglende leveranser og/eller fremdrift	4	4	16	Tett oppfølging av kundeplan og andre leveranser fra SP. VVHF har jevnlig møter med SP for å prioritere leveranser som er viktige for NSD.
3	Manglende kapasitet i VVHF kan gi forsinkelser eller mangler av leveranser	3	4	12	Styrket porteføljestyling av IKT-prosjekter i HSØ og VVHF for å gi bedre forutsigbarhet og oversikt over ressursbehov.
4	Mangelfull kontroll av teknisk arkitektur og avhengigheter mellom leveranser kan gi feil løsningsvalg, merarbeid og økte kostnader for senere faser.	3	3	9	Styrke kompetansen på teknisk arkitektur knyttet til VVHFs spesifikke situasjon og planer. VVHF har leid inn arkitektressurs fra SP.
5	Uklare ansvarsforhold og uavklart finansiering mellom HSØ, SP og VVHF kan medføre forsinkelser	2	3	6	



6 Vedlegg – Beskrivelse av prosjekter

Hentet fra prosjektstyringsverktøyet Clarity

Prosjekt	Clarity	Beskrivelse
RHF - Regional EPJ modernisering	PRJ09071	<p>Modernisering av EPJ-løsningen i Helse Sør-Øst har vært pauset i påvente av utredning av alternative angrepsmåter. Dette arbeidet er ferdigstilt, og det foreligger nå et gjennomføringskonsept som sikrer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Raskere overgang fra DIPS Classic til DIPS Arena • Økt endringsevne i Helse Sør-Øst for fremtidige oppgraderinger • Mer effektiv drift og forvaltning i Sykehuspartner HF
RHF - Regional løsning for helselogistikk	PRJ11251	<p>Helselogistikk handler om å ta tiden tilbake og å fjerne unødvendig venting for pasient og helsepersonell, på sykehuset. Ett mål er å kunne tilby tilsvarende løsninger som Sykehuset i Østfold tok i bruk ved åpning av nytt sykehus, Kalnes. Løsningene er svært etterspurt i regionen.</p> <p>Helselogistikk har anskaffet tre parallelle rammeavtaler på vegne av Helse Sør-Øst: (A) Innsjekk og betaling (B) Styring av pasientflyt og ressurser (C) Intern kommunikasjon og varsling på mobil. Anskaffelsen ble behandlet i styresak 110-2019 Anskaffelse av regional løsning for helselogistikk, desember 2019.</p> <p>Gjennomføringen ble besluttet i styresak 048-2021 Regional løsning for helselogistikk, plan for gjennomføring og kostnadsramme for prosjektet, april 2021. Prosjektet er i en første gjennomføringsfase, fase 3. Det leveres en installasjon av</p>

		<p>den regionale løsning og noe grad av utprøving av standardisert funksjonalitet på pilotlokasjoner. Sykehuset i Vestfold, Vestre Viken og Sykehuset Telemark prøver ut alle tre løsningsområder. Oslo universitetssykehus prøver ut løsningsområde A. Fasen ledes av regionalt prosjekt.</p> <p>I fase 4 vil løsningen utbredes og videreutvikles, og innebærer aktiviteter som legger til rette for utbredelse på pilotforetak, innføring for nye helseforetak og videreutvikling og lokale tilpassing av løsningen. Fasen ledes av Sykehuspartner.</p>
MTU/BTU-oppkoblinger / integrasjoner	PRJ14606	<p>HSØ skal gjennomføre en rekke byggeprosjekter, som innebærer anskaffelse av en omfattende mengde medisinskteknisk utstyr (MTU) fordelt på mange ulike utstyrskategorier. Mange utstyrsleveranser skal etableres i helseforetakets infrastruktur, etableres med mellomvare- og spesialistsystemer, og integreres med regionens og helseforetakets ulike fagsystemer.</p> <p>Formålet med utredningen er å standardisere integrasjoner for ulike utstyrskategorier mot ulike fagsystemer noe som vil kunne effektivisere leveranser, integrasjoner og forenkle drift.</p> <p>For å understøtte riktig bruk av utstyret og riktig håndtering av informasjon om pasienten, er det nødvendig å etablere føringer for hvordan slike integrasjoner skal etableres.</p> <p>Hvilke konsekvenser hvis idéen ikke gjennomføres? Lite effektiv levering av integrasjonsløsninger for MTU mot fagsystemer Kostnadsdrivende IKT-teknisk design og RoS av MTU-IKT-løsninger Kostnadskrevenne teknisk drift</p> <p>Hovedleveranser Standardiserte integrasjonsprofiler (IHE) pr utstyrskategori Oversikt over hvilke fagsystemer i IKT-planen som blir berørt og hvilken funksjonalitet dette innebærer Forslag til integrasjonsløsning med tilhørende arbeidsprosess (kliniske arbeidsprosesser) og iht. «Normen»* Underlag for å utarbeide en integrasjonsstrategi fagsystemer mot MTU Underlag for å sortere i utstyrskategorier og hensiktsmessige driftsmodeller</p>
RHF - Regional standard for integrasjon av medisinteknisk utstyr	PRJ08314	Etablert prosjekt basert på konseptutredning i PRJ14606.
VVHF - Adgangskontroll	PRJ09205	
RHF - Regionalt kostdatasystem (AIVO kjøkkenløsning)	PRJ09104	<p>Dette prosjektet er videre arbeid basert på konseptutredning prj06910 BP2-beslutning ble tatt 03.01.2022.</p> <p>Sykehusene i Helse Sør-Øst serverer hvert år omlag 6 millioner måltider til pasientene. Tallene er basert på totalt antall liggedøgn i Helse Sør-Øst: ca. 1,6 millioner liggedøgn med 3-4 måltider per døgn. Av disse må mer enn 30 prosent tilpasses for å imøtekomme ulike kostbehov, allergier, intoleranser og særskilte ønsker. Et kostdata-system skal sikre rett måltid til rett pasient til rett tid. Kostdatasystemet skal ha funksjonalitet for produksjons-planlegging, støtte til matproduksjon, menyplanlegging og bestilling fra meny, innkjøp, vareflyt og sporing av mat fra leverandør til pasient, bestilling av mat fra pasient og diett-oppskrifter for ernæringsfysiologer.</p>
Datanettverk (SP-STIM Nettverk - Modernisering av nett.)	PRJ09653	<p>Skal etablere en helhetlig og regional nettverksinfrastruktur som gir god kontroll, synlighet, sporbarhet og en god oversikt over utstyr og aktivitet på nettverket. Dette skal gi et sikkert og stabilt nettverk for tjenestene og brukerne og understøtte bruk av mobile tjenester.</p> <p>Dette inkluderer følgende planlagte tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> Etablere løsning for rask nettverksskalering Forbedre nettverkssikkerhet gjennom innføring av ny modell for dynamisk sikkerhetssegmentering, autentisering- og identifiseringsmekanismer

		<ul style="list-style-type: none"> Etablere løsninger som understøtter brukernes behov for mobilitet (BYOD)
SP-STIM 5G innendørs mobildekning	PRJ14932	
SP-STIM Regional telekom-plattform	PRJ09212	<p>HSØ har i 2018 en aldrende infrastruktur innen Telekom, preget av end-of-life komponenter og manglende helhetlige løsninger, spesielt på det totale tjenesteperspektivet. En konseptutredning gjennomført høsten 2017 identifiserte flere prosjekter som bør gjennomføres. Telekom prosjektet skal</p> <p>Etablere én regional telekom- og samhandlingsplattform som gir brukerne tilgang til de tjenestene de til enhver tid har behov for – på alle standard arbeidsflater. Følgende liste representerer planlagte tiltak, men er ikke uttømmende:</p> <p>Utbygging og utrulling av en regional telekom- og samhandlingsplattform (basert på IP-telefoni og Unified Communication).</p> <ul style="list-style-type: none"> På basis av ny plattform skal det leveres nye løsninger for: Telefoni og samhandling Etablere samhandlingsløsninger som ivaretar kommunikasjon internt i HSØ og med pasienter og pårørende Regional katalogtjeneste inneholdende alle ansatte og roller med kontaktinformasjon Regional meldingsintegrator <p>Standardisere, konsolidere og effektivisere alarmplattformen</p>
SP-STIM Felles plattform trinn 1 RAM	PRJ15123	<p>Prosjektet ble opprettet for å bistå med klargjøring av plattform for implementeringsprosjektet RAM på OUS. Bakgrunnen er at ny fremtidig plattform ikke vil være klar til å møte RAM sine behov for kjøremiljøer ifra Q3 - 2021. Dette prosjektet skal derfor bidra til at det blir tilgjengeliggjort en sikker plattform som kan være implementeringsprosjektet sitt kjøremiljø for de ulike tekniske miljøer som de har behov for gjennom prosjektet og i drift.</p> <p>Plattformen for kjøremiljøene vil basere seg på "Leveranseplattformen på SIKT" som er bygget på de rammer som SIKT gir basert på VMware Cloud Foundation teknologi.</p>
SP-STIM Felles plattform - trinn 2 hybrid skyplattform	PRJ09954	<p>Felles plattform skal etablere en felles, sikker regional infrastrukturplattform som skal muliggjøre regionale løsninger og deling av informasjon i hele behandlingkjeden, herunder tjenester, pasientinformasjon og tilrettelegging for pasientens helsetjeneste. Plattformen skal gi en god brukeropplevelse og støtte relevante bruksmønstre Felles, sikker plattform skal legge til rette for økt samhandling på tvers av helseforetakene.</p>
SP-STIM Tjenestemigrering	PRJ13669	<p>Prosjektet skal sørge for planlegging og gjennomføring av migrering av tjenester og applikasjoner fra dagens plattform til felles plattform. Migrering av applikasjonene er nødvendig for modernisert drift og forvaltning og for å få gevinst av ny felles plattform.</p> <p>Migreringen vil planlegges og gjennomføres i samarbeid med sentrale ressurser i helseforetakene og Sykehuspartner i linjeorganisasjon.</p> <p>Migreringsprosjektet er et svært omfattende og komplekst prosjekt. For å sikre et effektivt, sikkert og stabilt migreringsløp, er det nødvendig å bygge en tilstrekkelig «migreringsevne», understøttet av en migreringsorganisasjon med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse.</p>
SP-STIM Modernisering - Regional testplattform	PRJ13478	<p>Overordnet mål for IKT-infrastrukturmodernisering i Helse Sør-Øst er en standardisert, modernisert og sikker regional IKT-infrastruktur som understøtter foretaksgruppens behov for fleksible, effektive tjenester og innovasjon i helseforetakene, til beste for pasientbehandlingen.</p> <p>Prosjektet skal etablere og tilrettelegge løsninger på Felles regional plattform, en regional testplattform. Testplattformen skal være sikker, skalerbar og fleksibel, og det legges til rette for at Sykehuspartner HF kan tilby tjenester som understøtter regionens behov for utvikling, test og kurs (ikke-produksjon). I tillegg skal prosjektet sørge for implementasjon av helhetlig og optimalisert livssyklus håndtering og forvaltning av testplattformen basert på modernisert teknologi og løsninger.</p> <p>Hensikt med prosjektet er å:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • å etablere ett felles grensesnitt og gi helseforetakene enklere og raskere tilgang på miljøer og tjenester for utvikling, testing og kurs/utprøving – robuste forsyningslinjer. • å legge til rette for, samt levere miljø og tjenester som støtter utvikling, kvalitetssikring og kompetanseheving for leveranser av kliniske applikasjoner/funksjonalitet. • å legge til rette for, samt levere miljø og tjenester som støtter utvikling og testing/kvalitetssikring av infrastrukturkomponenter/elementer. • å legge til rette for at ulike aktører kan samarbeide både innenfor og utenfor regionen. • å styrke Sykehuspartner sin leveranseevne og tjenestekvalitet for tjenester for ikke-produksjon, slik at de kan være en bedre tjenestetilbyder og partner ovenfor helseforetakene. • å legge til rette for at Sykehuspartner får helhetlig oversikt og kontroll og styring, samt kan ivareta sikkerheten rundt bruken av tjenester for ikke-produksjon.
SP-STIM Mobilitet	PRJ13760	<p>Den overordnede driveren for prosjektet er å tilrettelegge for bruk av mobile enheter i pasientbehandling og for å støtte arbeidsprosessene på helseforetakene på en mer effektiv måte.</p> <p>Hensikten med prosjektet er:</p> <ul style="list-style-type: none"> - at helseforetakene opplever mobile enheter som et brukervennlig verktøy og bidrar til å gi kliniker mer tid til og ved pasientene. - å styrke Sykehuspartner sine leveranser og leveranseevne innenfor mobile enheter og mobile tjenester - gi informasjonssikkerhetsleder ved helseforetakene bedre oversikt over risikobildet for mobile enheter og mobile tjenester.
SP - SKM - Helselogistikk Sykehuspartner	PRJ09636	<p>Helse Sør-Øst er nå i gjennomføringsfasen av prosjektet RHF - Regional løsning for helselogistikk (PRJ1125) fase 3</p> <p>Sykehuspartner HF har fått ansvaret for å organisere gjennomføringen av videre bredding, innføring og utvikling av helselogistikk-løsningen til de resterende helseforetak (Helselogistikk fase 4).</p> <p>For å sikre rask fremdrift og gjennomføringskraft ble det derfor etablert et nytt prosjekt i Sykehuspartner, heretter kalt Helselogistikk Sykehuspartner, som skal bidra til å videreføre arbeidet med de tre løsningsområdene i helselogistikk.</p> <p>I henhold til mandatet skal prosjektet i sin planleggingsfase gjøre en omfangsvurdering knyttet til innføring, bredding og videreutvikling av løsningene, før det blir laget en plan for gjennomføring av godkjent omfang.</p> <p>Det er et uttalt mål at de leveranser som det er hensiktsmessig å legge til forvaltningsorganisasjonen, skal leveres som forvaltningsoppgaver fra linjeorganisasjonene i Sykehuspartner.</p>
RHF - Entydig strekkoding (GS1)	PRJ11794	<p>GS1 er vedtatt som en regional standard i Helse Sør-Øst. Det er gjennomført en konseptfase som anbefaler etablering av en rekke komponenter for å understøtte GS1. Disse komponentene som til sammen utgjør en «GS1-plattform» vil være underlagt regional styring og vil understøtte regionale målsetninger uttrykt i regional utviklingsplan.</p> <p>Hensikten med leveransene fra prosjektet er at alle de aktører som har behov for tjenester og kapabiliteter for automatisk identifikasjon og datafangst, lokalisering og hendelsesbasert sporing skal kunne etablere disse på en enhetlig og sikker måte.</p> <p>Dette involverer også aktører i sektorens ulike verdikjeder og myndighetsorgan, for eksempel leverandører, Direktoratet for -helse m.fl. Verdikjeder som berøres er sterilforsyning, legemiddelforsyning, vareforsyning, sporing av medisinsk utstyr, lokalisering av utstyr og personer, lukket legemiddelsøyfe, bygg og eiendomsforvaltning, medisinsk service, lukket prøvetakingsløype m.m.</p> <p>I sak 141-0616 vedtok ledergruppen i Helse Sør-Øst at "Regional standard automatisk identifikasjon og datafangst" at GS1 og ISBT128 skal være regional standard i hele foretaksgruppen. 10.9.2018 vedtok ledergruppen i Helse Sør-Øst</p>

		etablering av prosjekt for koordinere innføring av GS1 i Helse Sør-Øst. BP2 ble gjennomført i januar 2020 og BP3 ble gjennomført i oktober 2020.
RHF - Strategi og standard for bruk av multimedia	PRJ08464	Dette er videreføring av prosjekt basert på Konseptutredning i PRJ13987 BP2 besluttet 6. september 2021 av porteføljeansvarlig.
RHF - Digitalisering av eiendomsforvaltningen i Helse Sør-Øst	PRJ06913	<p>Nye digitale eiendomsadministrative- og driftstekniske systemer må legge til rette for effektiv og mer profesjonalisert drift av eiendomsporteføljen. Dette gjelder både ved eksisterende sykehuseiendommer og fremtidige sykehus som er i en utbyggingsfase.</p> <p>For å få til denne effektiviseringen i eiendomsforvaltningen er det bred enighet om at dette kan løses ved en digital plattform hvor data fra ulike eksisterende systemer knyttes sammen for å få til automatiserte arbeidsprosesser. Ved å knytte dette sammen i en regional løsning kan dette gi positive synergier som medfører at det blir et kollektivt løft i hvordan eiendommene forvaltes. Dette fører igjen til bedre vedlikeholdte eiendommer som igjen danner grunnlag for bedre pasientbehandling og økt trivsel for de ansatte, pasienter og pårørende.</p> <p>For eksisterende sykehus vil det å knytte eksisterende vedlikeholdssystem av bygninger og deres tekniske anlegg sammen med verktøy for energiforbruk, klassifikasjonssystem, oversikt over MTU-teknisk, arealoversikter danne</p>

Dato: 18. september 2023
Saksbehandler: Kirsten Hørthe og
Kristin Fagerhaug

Saksfremlegg

Plan for utvikling av eiendommer innen psykisk helse og rus – lokalsykehusfunksjoner (Eiendomsplan PHR Del 2)

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte Vestre Viken	90/2023	25.09.23

Forslag til vedtak

1. Styret godkjenner anbefalt strategi for utvikling av eiendommer innen psykisk helse og rus sine lokalsykehusfunksjoner. Planen ivaretar faglige og ressursmessige kriterier for denne delen av virksomheten. Det konstateres at Blakstad ikke er en alternativ lokasjon.
2. Administrerende direktør følger opp planen og kommer tilbake til styret med forslag til konkretisering av planen og finansiering.
3. Styret holdes orientert om det videre arbeidet gjennom virksomhetsrapporteringen.

Drammen, 18. september 2023

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Formål med eiendomsplan PHR er å utrede den videre utvikling av eiendomsmassen for den delen av virksomheten som ikke skal overføres til nytt sykehus i Drammen. I stort omfatter det lokalsykehusfunksjoner med distriktpsykiatriske sentre (DPS) for voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger (BUPA).

Stortingsvedtak av 21. juni 2017 om finansiering av regionalsykehusfunksjonene i nytt sykehus i Drammen, er en premiss for planen. I stortingsvedtaket heter det at «Nytt sykehus på Brakerøya skal erstatte dagens Drammen sykehus og Blakstad sykehus». Endelig beslutning om salg av Blakstad-eiendommen ble stadfestet i foretaksmøte mellom HSØ og HOD 28.10.2022.

Eiendomsplan PHR Del 2, Lokalsykehusfunksjoner er et resultat av styresak 116/2021 Eiendomsplan Psykisk helse og Rus (PHR) del 1 – ramme for videre Eiendomsutvikling, der styret vedtok følgende:

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

Det ble i *Eiendomsplan psykisk helse og rus (PHR) del 1* vist at det er behov for endringer av bygningsmassen for å møte det fremtidige behandlingsbehovet, og for å få til løsninger som er bedre egnet for kjernevirksomheten. Det ble understreket at virksomhetsplanen til klinikken må ligge til grunn for videre utvikling av eiendomsmassen og at det skal planlegges for lokaler med god funksjonalitet og fleksibilitet tilpasset nåværende, men også fremtidige behov.

Eiendomsplan PHR del 2 konkretiserer utviklingsplanen og bygger på virksomhetsstrategien og foretakets eiendomsstrategi.

Saksutredning

Eiendomsplanens del 1 angir samlet behov for senger og konsultasjonsrom frem mot 2040, jfr. styresak nr. 116/2021. Dette er grunnlaget for eiendomsplan del 2.

Det er vurdert fem hovedalternativer som kan løse behovet. Kriterier for kvalitativ vurdering av løsningsalternativene bygger på de samme kriterier som er lagt til grunn i Program for Samhandling og Pasientflyt mot 2025. Dette omfatter kvalitet på pasientbehandling, robuste fagmiljø, samarbeid med samarbeidspartnere, tilstrebe løsninger som understøtter samdriftsfordeler og bærekraftig ressursforvaltning og driftshensyn.

I tillegg til den kvalitative evalueringen er det gjennomført kostnadsanalyse og miljøanalyse for byggefasen. Her er også mulighet for videre bruk av Blakstad en del av vurderingsgrunnlaget. Planen er utarbeidet med bred medvirkning av brukerutvalget, ungdomsrådet, tillitsvalgte og vernetjeneste.

Premisser for planen

Eiendomsplanen skal være et grunnlagsdokument for planlegging av arealutnytting, oppgradering, utbygging og for eventuell anskaffelse eller avvikling av lokaler/leieavtaler. Planen skal bidra til at bygg og eiendom utdyper og støtter opp under foretakets utviklingsplan – på en slik måte at det kan gå en rød tråd fra utviklingsplan til konkrete tiltak for hver enkelt lokasjon, eiendom og bygg. Følgende målbilde ligger til grunn for planen:

- Ha lagt til rette for at byggene inviterer til organisatorisk nytenking som støtter opp om verdiane kvalitet, trygghet og respekt, samtidig som det gir grunnlag for økonomisk effektiv drift innenfor gitte rammer.
- Framtidsrettede områder for behandling mht. størrelse, driftsøkonomi og funksjonalitet.
- God logistikk (pasienter og pårørende, ansatte og varer).

- Tilstrekkelig bygningsmessig fleksibilitet, elastisitet og generalitet (lettere å tilpasse arealene til nye funksjoner og ny metodikk) kombinert med god byggeøkonomi.
- Mulighet for fleksible driftsformer og fleksibel utnyttelse av lokaler og utstyr.
- Tilrettelagt for undervisning, opplæring og forskning.
- Tilrettelagt for moderne og brukertilpasset pasientbehandling og opplæring (i samspill med pårørende).
- Gode løsninger med tanke på ytre miljø og energisparende tiltak, inneklima og arbeidsmiljø.

Konkrete resultatmål er å forenkle strukturen i DPS og samle driftssteder på færre adresser, full utnyttelse av hovedlokasjonene, utvikle bygninger som understøtter de ulike pasientforløpene i DPS-tilbudet, å ta ut uegnede bygg fra eiendomsporteføljen og å erstatte leide lokaler med eide i den grad det er hensiktsmessig.

Planens alternativer

Prosessledelse og gjennomføring av en evaluering av overordnede hovedgrep er gjennomført med bistand fra OPAK. Formålet med evalueringen var å rangere hovedgrep for poliklinikkstruktur og døgnstruktur for PHR i Vestre Viken sett i et langsiktig perspektiv mot 2040. Evalueringsgruppen har ikke vurdert eksakte geografiske lokasjoner, kun hovedgrepene som omfatter antall døgnlokasjoner (fire, tre eller to døgnlokasjoner) og hvorvidt poliklinikkene bør være spredt som i dag, optimalt spredt med samling av VOP og TSB eller samlokalisering av alle funksjonene VOP, TSB og BUP i hvert av de fem lokalsykehusområdene. Resultatet fra evalueringen er samlet i en evalueringsrapport. Resultatene vurderes videre ift. VVHF sin økonomiske langtidsplan (ØLP), som vil være avgjørende for hva som er mulig å gjennomføre.

I planen er det vurdert en rekke alternative eiendoms løsninger for fremskrevet behov til 2040, som beskrevet i del 1. Alternativene (med unntak av 0+) er ment å skulle oppnå flest mulig av resultatmålene.

- **Nullalternativ+ (0+)** - legger til grunn dagens struktur med spredte poliklinikker i hvert av de fem lokalsykehusområdene, og en endret struktur med døgnenheter i fire av fem lokalsykehusområder, med nødvendige endringer som kreves for videre drift.
- **Alternativ Poliklinikk - Optimalt spredt (2A)** - legger til grunn poliklinisk og ambulant virksomhet (VOP, TSB, BUP) innenfor alle dagens fem lokalsykehusområder i klinikken. Tilbudet kan lokaliseres i ulike bygg innenfor samme hovedområde med mål om å samle områdefunksjonene VOP og TSB.
- **Alternativ Poliklinikk - Fem samlokaliseringer (2B)** - medfører en samlokalisering av den polikliniske virksomheten på én lokasjon i hvert av de fem lokalsykehusområdene for alle de polikliniske tjenestene, inkludert FACT-teamene. Det vil også i denne modellen være behov for å ha plass til spesialpoliklinikkene og de ambulante tjenestene, som i alternativet med spredt virksomhet innenfor de fem lokalsykehusområdene.
- **Alternativ Døgn - To døgnlokasjoner (3A og 3B)** - legger til grunn to døgnlokasjoner. Rapporten skisserer ulike alternativer.
- **Alternativ Døgn - Tre døgnlokasjoner (4A og 4B)** - legger til grunn tre døgnlokasjoner. Rapporten skisserer ulike alternativer.

Evaluering av planens alternativer

Med bakgrunn i de beskrevne alternativene er det utarbeidet en analyse som viser forslag til oppgradering og utvikling av bygningsmassen for psykisk helse og rusbehandling i Vestre Viken. Analysen inneholder både kvalitativ og kvantitativ evaluering av alternativene innenfor

områdene tjenestetilbud og økonomi:

Tjenestetilbud, vurdert opp mot de faglige kriteriene:

- Kvalitet på pasientbehandling
- Robuste fagmiljø
- Samarbeid med samarbeidspartnere
- Tilstrebe løsninger som understøtter samdriftsfordeler
- Bærekraftig ressursforvaltning og driftshensyn

Økonomi, vurdert opp mot herunder nåverdi av inntekter ved salg av bygg, investeringskostnader, leiekostnader, eiendomsdriftkostnader, flyttekostnader og bemanningskostnader.

Anbefalt strategi og løsningsalternativ

Basert på de faglige kriteriene for tjenestetilbud, samt ressursmessige kriterier, er anbefalt strategi et konsept med fem samlokaliserte poliklinikker (en pr. region i Vestre Viken), og to døgnenheter. Dette tilsvarer alternativ (2B) i kombinasjon med 3A eller 3B. Anbefalt strategi gir også det laveste likviditetsbehovet.

For anbefalt strategi er også Blakstad vurdert som mulig lokasjon for døgn og poliklinikk, med bakgrunn i pågående dialog med Asker kommune om videre utvikling av eiendommen etter fraflytting. Kommunen har uttrykt ønske om å videreføre noe av spesialisthelsetjenesten innen psykisk helse og rus på Blakstad. Alternativet med Blakstad medfører lavere score på samtlige faglige kriterier enn anbefalt alternativ, og et økt likviditetsbehov på 127 MNOK i forhold til anbefalt strategi. Blakstad er således ikke en anbefalt lokasjon.

Gjennomføringsstrategi

Planen legger opp til at gjennomføring av investerings- og avhendingsprosjekter i hovedsak blir gjennomført fra i perioden 2030-2038. Planen har en brutto ramme på 1460 MNOK, anslått inntekt ved salg av eiendommer på 360 MNOK, med netto ramme på ca. 1100 MNOK.

Økonomisk langtidsplan for 2024 - 2027 (2043) har ikke inkludert noen økonomisk konsekvens av eiendomsplanen. Netto investeringsbehov er betydelig og vil kreve nye finansieringsløsninger. Dette må utredes i forbindelse med det videre arbeidet med realisering av planen.

Gjennomføringsstrategien vil kreve omfattende forutgående planlegging, både organisatorisk og byggeteknisk. Den noe skjeve investeringsfordelingen pr. år skyldes at man søker å fordele gjennomføring av prosjekter slik at belastningen på klinikken og pasientene minimeres, og på denne måten unngå økt risiko for feil og uønskede hendelser. Dette må også konkretiseres nærmere i det følgende arbeidet.

Et hovedansvar for planen er å se vedlikehold og funksjonell tilpassing i sammenheng. Dette for å skåne brukerne av byggene med for mange prosjekter i samme areal, og for å få mest mulig ut av investeringene.

Veien videre

I det videre arbeidet med realisering av planen vil det konkretiseres tiltak på kort og lengre sikt. Det legges til grunn fortsatt grundig involvering og medvirkning fra de ansatte, samt samhandling og dialog med kommunene i regionen.

Administrerende direktørs vurderinger

Eiendomsplanen for PHR sine lokalsykehusfunksjoner er utarbeidet i samsvar med definerte faglige og ressursmessige kriterier. Planen ivaretar HSØs eiendomsstrategi, og bygger på forutsetningen om salg av Blakstad sykehus. Fortsatt drift ved Blakstad sykehus er grundig vurdert i tråd med de faglige og ressursmessige kriteriene, og konklusjonen er at det ikke er en aktuell lokasjon.

Det har vært god medvirkning fra tillitsvalgte og vernetjenesten i prosessen.

Hovedmålene har vært å forenkle strukturen i DPS, samle driftssteder på færre adresser, utvikle bygninger som understøtter pasientforløpene i DPS-tilbudet, ta ut uegnede bygg fra eiendomsporteføljen og erstatte leide lokaler med eide. Planen som her fremlegges vil være et godt grunnlag for et likeverdig helsetilbud, robuste fagmiljøer og en bærekraftig ressursbruk.

Alle alternativene oppfyller kravet om å realisere fremskrevet kapasitetsbehov i 2040, som vist i styresak 116/2021. Anbefalt strategi er en satsing på fem samlokaliserte poliklinikker og to døgnenheter.

Administrerende direktør anbefaler på denne bakgrunn at styret tar saken til etterretning.

- Vedlegg:
1. Rapport Eiendomsplan PHR DEL 2 Lokalsykehusfunksjoner. Datert 21.4.2023. Unntatt offentlighet jfr. Offentlighetsloven § 23 første ledd

Dato: 18. sept .2023
Saksbehandler: Hanne Juritzen

Saksfremlegg

Innspill til Konsernrevisjonens revisjonsplan 2024

Møte	Saknr.	Møtedato
Styret i Vestre Viken HF	91/2023	25.09.23

Forslag til vedtak

Styret slutter seg til innspillene i saken og ber Vestre Viken HF oversende innspillene til Helse Sør-Øst RHF.

Drammen, 18. september 2023

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Konsernrevisjonen er organisert under styret for Helse Sør-Øst RHF og er en uavhengig og objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon. Formålet til konsernrevisjonen er å bistå styret og ledelsen ved det regionale helseforetaket og helseforetakene med å utøve god virksomhetsstyring.

Saksutredning

Konsernrevisjonen gjennomfører årlig en prosess med å utarbeide et forslag til revisjonsplan for kommende år. Planen består av revisjoner som skal gjennomføres i foretaksgruppen. Revisjonsplanen skal fremlegges for godkjenning i styret i Helse Sør-Øst RHF den 21. desember 2023. Det anmodes om at innspillene til denne planen er styrebehandlet i HF styrene før oversendelse.

Innspillene skal være risikobaserte og ta utgangspunkt i helseforetakenes viktigste tjenesteområder og støttefunksjoner. Konsernrevisjonen vil vurdere mottatte innspill og gjøre en samlet vurdering for å identifisere tverrgående temaer. Denne tilnærmingen har til hensikt å prioritere et fåtall risikoområder, der det gjennomføres flere like revisjoner i helseforetakene. Dette vil gi konsernrevisjonen et grunnlag for å beskrive en mer samlet tilstand i foretaksgruppen til styret og ledelse i Helse Sør-Øst RHF.

Innspill fra styrene skal bygge på styrets eget perspektiv av risikobildet med utgangspunkt i helseforetakets egne mål og rammebetingelser. Innspillene skal beskrive risiko på sentrale områder eller tjenester med henvisning til den organisatoriske enheten hvor risikoen kan inntreffe. Konsernrevisjonen ber om 3-5 forslag til risikoområder.

Fra Vestre Viken HF foreslås følgende revisjonsområder:

- Etablering og oppfølging av FACT team i psykisk helse og rus
- Brukerinvolvering i forskning- og innovasjonsprosjekter
- Gevinstrealisering i innovasjonsprosjekter
- Etterlevelse av nasjonale faglige råd for tidlig oppdagelse av forverret tilstand.

Risikoområde	Bakgrunn og mål	Formål
Etablering og oppfølging av FACT team i psykisk helse og rus	Tjenestene til personer med alvorlige psykiske lidelser og med store og sammensatte problemer var ofte preget av fragmentering og mangel på koordinering.	Målet med FACT-satsningen var å styrke tilbudet til personer med alvorlige psykiske lidelser og som hadde behov for tjenester fra mange nivåer og instanser. I hvilken grad er tilbudene etablert, og får personer med alvorlig psykiske lidelser et styrket tilbud?
Brukerinvolvering i forskningsprosjekter	De regionale helseforetakene utviklet i 2018 en nasjonal veileder for brukermedvirkning i helseforskning i spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene	Brukere kan delta på ulike stadier i forskningsprosessen, og resultater fra forskning får større betydning og tas raskere i bruk når de oppleves som nyttige for pasienter og

	<p>har innført felles vurderingskriterier for forskningsøknader, der vurdering av forventet nytteverdi inngår. Brukermedvirkning inngår som et virkemiddel i forskning og skal bidra til å gjøre forskningen mest mulig relevant for pasientene. Det er videre innført krav til alle forskningsprosjekter som mottar støtte fra regionale forskningsmidlerom at brukere involveres i ulike faser av forskningen.</p>	<p>pårørende. I tillegg vil brukere kunne gi et bredere perspektiv på problemstillingene innen forskningsfeltet.</p>
<p>Gevinstrealisering i innovasjonsprosjekter</p>	<p>Det settes i gang mange innovasjonsprosjekter i regionen. Innovasjon krever ofte investeringer og i mange tilfeller er det usikkert i hvilken grad man vil kunne hente ut gevinster.</p>	<p>I hvilken grad er det fokus på gevinster i innovasjonsprosjekter? Hvordan organiseres innovasjonsprosjekter for å kunne hente ut gevinster?</p>
<p>Etterlevelse av nasjonale faglige råd for tidlig oppdagelse av forverret tilstand.</p>	<p>«Tidlig oppdagelse av forverret tilstand» er videreført som nasjonale faglige råd fra Helsedirektoratet.</p>	<p>Formålet med rådene er å bidra til tidlig gjenkjenning av en forverret somatisk tilstand og iverksette adekvate tiltak som sikrer en god og forsvarlig pasientbehandling. De faglige rådene bygger på et internasjonalt system, Rapid Respons System, hvor de viktigste elementene er; utdanning, gjenkjenning av forverret tilstand, rutiner som sikrer tydelig kommunikasjon</p>

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør foreslår at overnevnte forslag fra Vestre Viken oversendes som innspill til Konsernrevisjons revisjonsplan for 2024.

Til styreledere
Kopi: Administrerende direktører

Helseforetakene i Helse Sør-Øst

Vår referanse:

23/00784

Saksbehandler:

Espen Anderssen

Deres referanse:

Dato:

06.07.2023

Innspill til revisjonsplan 2024 for konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst

Konsernrevisjonen gjennomfører årlig en prosess med å utarbeide et forslag til revisjonsplan for kommende år. Planen består av revisjoner som skal gjennomføres i foretaksgruppen. Revisjonsplanen skal fremlegges for godkjenning i styret i Helse Sør-Øst RHF den 21. desember 2023.

Konsernrevisjonens formål

Konsernrevisjonen er organisert under styret for Helse Sør-Øst RHF og er en uavhengig og objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon. Formålet til konsernrevisjonen er å bistå styret og ledelsen ved det regionale helseforetaket og helseforetakene med å utøve god virksomhetsstyring.

Prosess for utarbeidelse av revisjonsplan

I henhold til instruks for revisjonsutvalget ber konsernrevisjonen om styrebehandlede innspill til neste års revisjonsplan. Innspillene skal være risikobaserte og ta utgangspunkt i helseforetakenes viktigste tjenesteområder og støttefunksjoner. Konsernrevisjonen vil vurdere mottatte innspill og gjøre en samlet vurdering av alle innspill for å identifisere tverrgående temaer.

Formålet med denne tilnærmingen er å prioritere et fåtall risikoområder i neste års revisjonsplan, der det gjennomføres flere like revisjoner i helseforetakene. Dette vil gi konsernrevisjonen et grunnlag for å beskrive en mer samlet tilstand i foretaksgruppen til styret og ledelse i Helse Sør-Øst RHF.

Temaer som ikke kan prioriteres av konsernrevisjonen, kan eventuelt vurderes med hjelp av helseforetakets egne kontrollfunksjoner.

Konsernrevisjonen vil i løpet av kort tid ta initiativ til et møte med den enkelte styreleder i helseforetakene for å avklare prosess og diskutere potensielle risikoområder og revisjonstemaer som kan inngå i neste års revisjonsplan.

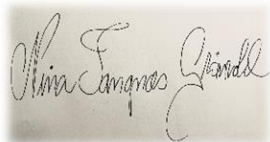
Ønsket leveranse fra styret

Konsernrevisjonen ber om innspill på følgende måte:

- Innspill fra styrene skal bygge på styrets eget perspektiv av risikobildet med utgangspunkt i helseforetakets egne mål og rammebetingelser.
- Innspillene skal beskrive risiko på sentrale områder eller tjenester med henvisning til den organisatoriske enheten hvor risikoen kan inntreffe.
- Konsernrevisjonen ber om 3-5 forslag til risikoområder. Vedlagte oversikt over tidligere revisjoner fordelt på ulike områder kan brukes til inspirasjon for leveransen fra styret.

Frist for innspill er 4. oktober 2023 og innspillene sendes til konsernrevisor Espen Anderssen på epost Espen.Anderssen@helse-sorost.no.

Med vennlig hilsen
Helse Sør-Øst RHF



Nina Tangnæs Grønvold
Leder styrets revisjonsutvalg
sign.



Espen Anderssen
konsernrevisor

Vedlegg: Oversikt over revisjoner i perioden 2017-2023

Vedlegg: Oversikt over revisjoner i perioden 2017-2023

Område	Revisjonsdekning						
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Plan 2023
Virksomhetsstyring							
Styringsystem, risikostyring	●	●	●	●	●	●	●
Ressursstyring og bemanningsplanlegging	●	●	●	●	●	●	●
Beredskap, varsling av kritikkverd. forh, misligheter	●	●	●	●	●	●	●
Somatikk							
Styring og forbedring av kvalitet	●	●	●	●	●	●	●
Henvvisninger og ventetider	●	●	●	●	●	●	●
Uønsket variasjon	●	●	●	●	●	●	●
Pakkeforløp	●	●	●	●	●	●	●
Psykisk helsevern og TSB							
Styring og forbedring av kvalitet	●	●	●	●	●	●	●
Henvvisninger og ventetider	●	●	●	●	●	●	●
Uønsket variasjon	●	●	●	●	●	●	●
Pakkeforløp	●	●	●	●	●	●	●
Utdanning							
Forskning							
Teknologi							
Styring av IKT, IKT-prosesser	●	●	●	●	●	●	●
Program- og prosjektstyring	●	●	●	●	●	●	●
Informasjonssikkerhet, personvern	●	●	●	●	●	●	●
Støtteprosesser							
HR, HMS, kompetansestyring	●	●	●	●	●	●	●
Anskaffelser og leverandørstyring	●	●	●	●	●	●	●
Økonomistyring	●	●	●	●	●	●	●

Dato: 15. september 2023
Saksbehandler: Mai Bente Myrvold

Saksfremlegg

Status nytt sykehus Drammen

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	92/2023	25.09.2023

Forslag til vedtak

1. Styret tar status nytt sykehus Drammen til orientering.

Drammen, 18. september 2023

Lisbeth Sommervoll

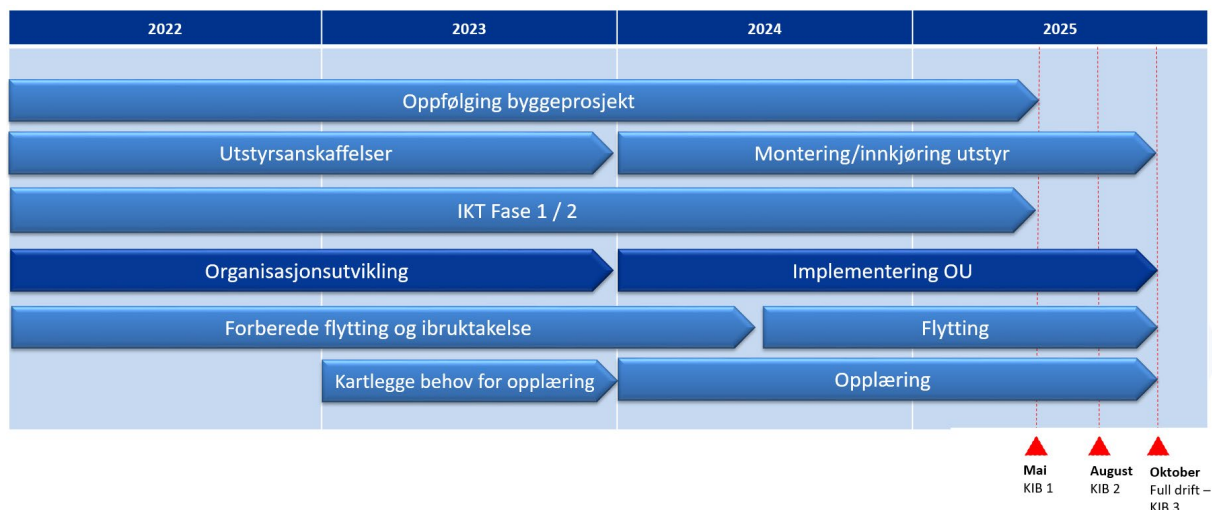
Administrerende direktør

Bakgrunn

Statusrapport nytt sykehus Drammen skal gi styret i Vestre Viken HF en overordnet status for arbeidet i Mottaksprosjektet. Rapporten omfatter rapportering på det enkelte området som inngår i Mottaksprosjektets oppgaver og ansvar. Statusrapport oversendes styret månedlig, som notat eller gis som presentasjon i styremøtet.

Saksutredning

Rapportert aktivitet og status gis per hovedområde i Mottaksprosjektet, som vist i figur.



Status byggeprosjektet

Byggeprosjektet, PNSD, melder at det er god fremdrift i byggeprosjektet, med noen forsinkelser på enkelte entrepriser som følges opp tett. Forsinkelser p.t. vil ikke påvirke planlagt ferdigstillelse. For detaljert status henvises det til tertialrapport fra PNSD til styret i HSØ RHF.

Tett hus markering ble gjennomført 7. september. Hovedaktivitetene for denne perioden er innvendige arbeid i Sentralbygget og fasadearbeid og innvendig arbeid på både Adkomstbygg og Psykiatribyggene.

Organisasjon

Alle stillinger i Vestre Vikens prosjektorganisasjonen, VV-NSD, er besatt iht. plan.

Omfanget av arbeidsoppgavene for VV-NSD øker, med oppstart av opplæring, planlegging av virksomhetstesting og flytteprosessen. Prosjektorganisasjonen styrkes med ekstra ressurser fra stabs- og driftsorganisasjonen.

Bygg- og teknisk infrastruktur

I den enkelte entreprise for bygg og teknisk infrastruktur, har entreprenør kontrakt med PNSD. VV-NSD er ikke involvert i fremdriftsplanlegging eller oppfølging av fremdrift i byggefasen. Det samme gjelder økonomioppfølging av entrepriser.

Det er fortsatt stor aktivitet rundt mekanisk ferdigstillelse av ulike fag, i ulike områder. Planlegging av slutfase med testing, igangkjøring og opplæring går tregt. Ansvar for utarbeidelse av prosedyrer ligger hos Sykehusbygg. Stor kompleksitet rundt dette arbeidet, siden ett eierskifte og en KIB også berører tekniske installasjoner som berører andre bygg. Ansvar for drift av tekniske installasjoner i perioden mellom KIB1 og KIB2 er de vanskeligste å løse.

For å sikre gode LCC vurderinger, tekniske løsninger og produktvalg er VV-NSD avhengig av god samhandling med prosjektet (PNSD). Samhandling VVHF/PNSD er farget grønn, gul eller rød i tabellen. Ved farge grønn oppleves det god, eller tilstrekkelig samhandling mellom VVHF og PNSD. Enkelte entrepriser krever lite involvering fra VVHF, da produktvalg eller teknisk løsning på forhånd er definert.

Ved gul markering, er involveringen for lav i forhold til VV-NSD sine forventninger. Årsaken kan være lite forståelse for VVHF sin interesse i entreprisene, eller at det er ansatt prosjekt-/byggeledere som ikke kjenner historikken og rollene i prosjektet godt nok. Det jobbes kontinuerlig med å posisjonere VVHF i alle fagmiljøer og det er stort fokus på bedre samhandlingen.

Det er per i dag 6 entrepriser hvor samhandlingen vurderes som «gul» og 1 som «rød».

Betegnelse	Veiledende byggestart	Ansvarlig VV-NSD	Aktivitet VV-NSD i prosjektet	Samhandling VVHF/PNSD
AGV		Henning Arnesen	Lav	Rød
Tett hus - sentralbygg	04.01.2022	Terje Steffenakk	Høy	Gul
Innvendige arbeider - behandlingsbygg	28.02.2022	Erik Bjørnstad	Høy	Gul
Innvendige arbeider - poliklinikkbygg og	18.04.2022	Erik Bjørnstad	Høy	Gul
Meldingsvarsler	04.03.2024	Ikke fordelt bygg / Mehmet	Lav	Gul
Byggutstyr sentralbygg	01.10.2022	Erik Bjørnstad	Høy	Gul
Kjøle- og fryserom/anlegg (maskiner)	06.03.2023	Henning Arnesen	Lav	Gul

Utstyr

Anskaffelsesarbeidet følger i hovedsak oppsatt plan, men med noen mindre avvik. Dette skyldes til dels forsinkelser av oppstart i PNSD eller manglende og/eller fortsatt noe utfordring med medvirkning fra VVHF.

Anskaffelser hvor VVHF har ansvaret, følges opp gjennom Prioriteringsutvalg MTU investeringer og behandling i foretaksledelsen.

Utstyranskjaffelsene omfatter i dag totalt 71 utstyrspakker. Utstyrgruppa i VV-NSD følger opp den enkelte utstyrspakke mht. oppstart iht. plan, fremdrift og kostnad, men med spesiell fokus på utstyrspakkene der VVHF har et totalt gjennomføringsansvar. Dette omfatter 10 utstyrspakker, hvor 7 pakker viser grønn status, 1 pakke gul status og 1 pakke rød status mht. kostnad, ref. figur.

Anskaffelse	Anskaffelse navn	Planlagt oppstart	Planlagt kontrakt dato	Ansvar	Oppstart	Fremdrift	Kostnad
U6C.9120	Nukleærmedisin	27.02.2023	14.09.2023	VVHF	Grønn	Grønn	Rød
U6C.9140	Dental-/kjeveøntgen	01.09.2023	15.02.2024	VVHF	Grønn	Grønn	Gul
U6C.9170	Mammografi	28.03.2022	29.08.2022	VVHF	Grønn	Grønn	Grønn
U6C.9180	Ultralyd	30.05.2022	27.02.2023	VVHF	Grønn	Grønn	Grønn
U6E.9460	Infusjonsutstyr	31.05.2022	29.09.2023	VVHF	Grønn	Gul	Grønn
U6E.9470	Kirurgiske instrument	31.03.2023	29.09.2023	VVHF	Gul	Gul	Gul
U6F.9500	Dialyse	02.09.2024	-	VVHF	Grønn	Grønn	Grønn
U6F.9510	Endoskopi	03.05.2022	22.05.2023	VVHF	Grønn	Grønn	Grønn
U6G.9640	Verkstedutstyr	06.02.2023	19.01.2024	VVHF	Grønn	Grønn	Grønn
U6G.9720	Test- og måleutstyr	27.02.2023	02.04.2024	VVHF	Grønn	Grønn	Grønn

Det er avgjort at PET-CT må finansieres av VV. Den er inkludert i økonomisk langtidsplan for MTU investeringer 2024-2027.

Valutasvingninger vil påvirke innkjøp fra utlandet og ustabile valutakurser påvirker kostnadene til utstyr direkte og kan påvirke omfang av utstyr som kan anskaffes.

IKT

VV-NSD er bekymret for avhengigheten til regionale prosjektleveranser som er lagt til grunn som forutsetning for bruk i NSD. Det meldes stadig om forsinkelser i fremdrift for flere av de regionale prosjektene. Disse var opprinnelig tiltenkt implementert før innflytting i nytt sykehus. Dersom fase 1-leveransene ikke kan gjennomføres som planlagt, er det fare for at disse blir endret til fase 2-leveranser. Dette vil øke risikoen i prosjektene og kan påvirke omfanget til tilpasningsprosjektene.

PNSD har etablert IKT-plan for byggeprosjektet, hvor formålet er å vise en samlet plan for implementering av nødvendige IKT-systemer fram mot åpning av nytt sykehus i 2025. IKT-planen danner basis for IKT-leveranser og IKT-systemtilpasninger til nytt sykehus (fase 2).

I planen er det definert 17 tilpasningsprosjekter, ref. nedenfor stående figur. Flere av tilpasningsprosjektene er replanlagt. Tabellen nedenfor viser mottatt status fra Sykehuspartner/PNSD. Kolonnen merket VV-NSD vurdering er Vestre Vikens vurdering basert på en total vurdering av konsekvens for NSD og foretaket som helhet ved manglende leveranser. Dette er noe av årsaken til at det er ulikhet i rapportering mellom VV-NSD og PNSD.

Prosjektrapportering fra tilpasningsprosjektene PNSD								VV-NSD	
Delprosjekt	Fase	Oppdatert	Tot	Kost	Tid	Ressurs	Omfang	VV-NSD vurdering	Kommentar VV-NSD
7501 Tilpasninger EPJ	Omfangskartlegging	30.08.2023						Gul	Det meldes om forsinkelse av innføring av Dips Arena i VVHF.
7502 Tilpasninger Metavision	Planlegging	30.08.2023						Gul	Ikke avklart hvilke versjon og funksjonalitet som vil foreligge ved innflytting/frys i NSD. Dette vil påvirke arbeidsprosesser.
7503 Helselogistikk	Omfangskartlegging	30.08.2023						Rød	Risiko for at prosjektet ikke klarer å levere avtalt omfang til åpning.
7504 Labsystemer	Gjennomføring	31.8..2023						Grønn	
7505 Doseplan	Omfangskartlegging							Gul	Omfattende, tid og ressurskrevende anskaffelse å gjennomføre
7506 Sporing sterilforsyning	Gjennomføring	31.08.2023						Grønn	
7507 Bilediagnostikk	Omfangskartlegging							Gul	Omfattende kartleggingsarbeid av integrasjoner, løsninger og avhengigheter spesielt til RML.
7508 Tilpasninger ERP	Planlegging							Grønn	
7509 Medikamentell kreftbehandling	Planlegging	31.08.2023						Grønn	Overvåker risiko for at det vurderes anskaffelse av nytt system
7510 Matforsyning	Gjennomføring	31.08.2023						Grønn	
7511 BIM FDV	Omfangskartlegging							Gul	
7513 RMA	Omfangskartlegging							Rød	RML prosjektet er satt på vent og RAM prosjektet har fått i oppdrag å implementere VVHF i OUS løsningen. Utfordring med forskjellige leverandører av bildeutstyr mellom OUS og VVHF.
7514 Sanntid sporing og lokalisering	Planlegging	31.08.2023						Grønn	
7515 Tilpasninger IDM	Omfangskartlegging	30.08.2023						Grønn	
7516 Mobil arbeidsflate	Omfangskartlegging	30.08.2023						Grønn	
7591/92 Tilpasninger Øvrige Kliniske og Adm Sys	Planlegging	30.08.2023						Gul	Omfattende kartlegging av systemer.

VV-NSD koordinerer arbeidet i det enkelte tilpasningsprosjekt mellom PNSD og VVHF. Status for øvrige IKT-prosjekter rapporteres tertialvis i IKT-rapport NSD.

Organisasjonsutvikling

Status for delprosjekter tilknyttet organisasjonsutvikling er basert på innhentet status for det enkelte delprosjekt per august 2023. Det er 9 pågående delprosjekter og 26 avsluttede.

Status på det enkelte delprosjekt er som vist i tabell.

Portefølje: VVHF - NSD - Pågående prosjekter				◆ Som planlagt	◆ Mindre avvik	◆ Større avvik	◆ P.T ikke målbar		
Navn	Eier	Leder	Fase	Resurser	Tid	Omfang	Risiko	Kvalitativt Gevinst	Kvantitativt Gevinst
DS									
VVHF - NSD - Poliklinikk og dagbehandling	Buene, Inger Meland	Henriksen, Jan Terje	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
KIS									
VVHF - NSD - Garderober og arbeidstøy	Fagerhaug, Kristin	Steine, Frode	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - Matforsyning - Kantine/kiosk	Fagerhaug, Kristin	Bråthen, Jane Ø	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - Portørtjeneste	Fagerhaug, Kristin	Engedal, Vera	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
KMD									
VVHF - NSD - Felles prøvemottak	Casati, Bettina; Steinsvik, Trude	Grøndahl, Ragnhild	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - Laboratoriemedisin - Mikrobiologi	Steinsvik, Trude	Vestgarden, Therese	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - Nukleær	Malmer-Høvik, Jon Haakon	Rangsæter, Hilde Marit	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
PHR									
VVHF - NSD - PHR Områdefunksjoner	Lærum, Kristin Tafjord	Elgaen, Tuva	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - PHR Driftskonsept Spesialpsykiatri	Gravdal, Tina	Haga, Bård Rime	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆

Rapporterte avvik skyldes i hovedsak at arbeidet med både delprosjektene, utstyrsanskaffelser og IKT-leveranser er utfordrende å kombinere med daglig drift og høyt sykefravær.

Klinikkene følges tett opp for å prioritere arbeidet med delprosjektene, slik at fremdriftsplanen opprettholdes og at alle delprosjekter avsluttes i løpet av 2023.

Det er få delprosjekter som per i dag beregner kvantitative gevinster. Basert på avhengigheter mellom de enkelte delprosjekter, vil økonomiske gevinster kvantifiseres i neste fase og legges til grunn ved implementering av de enkelte tiltakene.

Klinikkene utarbeider fra september 2023, i samarbeid med Mottaksprosjektet, spesifikke planer med oppgaver for å sikre at tiltak utarbeidet gjennom delprosjektene videreutvikles og implementeres i nytt sykehus. Det er etablert et team fra stab og VV-NSD som skal støtte klinikkene i arbeidet. I dette er det også laget et rammeverk for gjennomføring av oppgavene.

Plan

Det pågår et arbeid for å detaljere planverket for VV-NSD ytterligere, både relatert til tilpasning av drift, og oppgavene relatert til flytting og ibruktakelse. Dette for å bedre å kunne planlegge riktig ressursbruk til de ulike oppgavene som vil påvirke klinikkene fremover.

Det ble i august gjennomført et oppstartsmøte med Health Care Relocations/First Mover Group som er leverandør av rådgivnings- og flyttetjenester til NSD. Definerte milepæler for aktiviteter høst 2023 er definert og påbegynt i samarbeid med de aktuelle klinikkene.

Kvalitetssikring av aktuelle områder for tidlig klinisk ibruktakelse og detaljering av innkjøring-/valideringsfase pågår i samarbeid med klinikkene og er avgjørende for å identifisere avhengighetene i planleggingsfasen.

Det er utarbeidet en opplæringsplan for NSD som skal forankres i klinikkene i september. Det er etablert en prosjektgruppe i samarbeid med stab kompetanse i Vestre Viken. Opplærings- og kompetansebehov i aktuelle klinikker skal kartlegges i løpet av høsten 2023.

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør konstaterer at det er høy aktivitet i prosjektorganisasjonen for nytt sykehus, og at prosjektorganisasjonen tar hånd om tildelt ansvar og oppgaver på en god måte. Administrerende direktør vil påse at det legges gode og robuste planer for innflytting og ibruktakelse, og at styret orienteres så snart disse foreligger.

Det er etablert en møtstruktur som gir mulighet for tett oppfølging av arbeidet med nytt sykehus.

Det blir av største viktighet at delprosjektene leverer kvantifiserte gevinster i tråd med konseptene som er valgt, og som er grunnlaget for den opprinnelige gevinstrealiseringsplanen. Dette vil fremover skje i sammenheng med rapporteringen på Handlingsplan for bærekraftig utvikling.

Administrerende direktør anbefaler at styret tar informasjonen til orientering.

Referat

Møte:	HAMU	Tilstede:	Bente Kristensen, Joan Nygard, Maria Gundersen, Tom Frost, Gry Christoffersen, Lisbeth Sommervoll, Eli Årnot, , Wes Caple, Kirsten Hørthe, May Janne Botha Pedersen, Hanne Misund, Hanne Juritzen, Marianne Njøten, Kristin Besseberg
Møtedato:	5.september 2023		
Tidspunkt:	0830-1035		
Sted:	Tyrifjord 1-2		
Møteleder:	Tom Frost		
Referent:	Cecilie S Monsen	Forfall:	Toril Morken, Inger Buene

Saksnr.	Beskrivelse/oppfølging/vedtak
	Godkjenning av innkalling og agenda Godkjent
	Endelig godkjenning av referat fra 13.juni Godkjent
19/2023 Tema	<p>Oppfølging av alvorlige HMS-hendelser i PHR (hendelsesanalyser). Presentasjon v/Kirsten Nystuen og Trude Bjørnstad</p> <p>Gjennomgang av hendelsesanalyse som verktøy vist med et eksempel fra hendelse på Blakstad.</p> <p>«Hva-Hvorfor-Hvordan-Erfaringer-Veien videre».</p> <p>Forenklete hendelsesanalyser vil etter hvert breddes i VVHF. Eksempelet viste at det gikk med mye tid til analysearbeidet, men det er til læring og vil på sikt bli et godt verktøy for flere avdelinger/seksjoner. Et viktig signal til de ansatte som blir utsatt for hendelser å se at det arbeides med.</p> <p>HAMU ønsker gjerne en status om en stund om hvordan tiltakene har hatt effekt.</p> <p>Alvorlige hendelser, status forebygging vold og trusler v/Dag Rune Nilsen</p> <p>Utkast til oppdatert prosedyre for opplæring er under utarbeidelse. Det vises til oppsummering av HSØ-rapport om vold og trusler hvor ulike anbefalinger er gitt.</p> <p>BHT arbeider nå med et webinar som dreier seg om ivaretagelse av ansatte som har vært utsatt for en alvorlig hendelse.</p> <p><u>Sikring i VVHF</u>: Opplæring og bevisstgjøring pågår og er vesentlig, både innen PHR, somatikken og PHT.</p> <p>Økt bruk av adgangskontroll og kameraovervåking er pågående. Noen lokasjoner har behov for alarmer, litt avhengig av blant annet type drift. Vekttertjeneste i somatikken er innført på nattestid ved BS og DS.</p> <p>HAMU takker for interessante og godt fremlagte presentasjoner.</p>
20/2023	<p>ForBedringsundersøkelsen 2023</p> <p>Monica H Skjeldrum presenterte resultatene fra årets undersøkelse. Det har vært noe diskusjon om LIS1 legene skal inkluderes i undersøkelsen. Årets svarprosent var 77%, fortsatt noe under målet på 80%.</p>

	<p>Et tiltak for å øke deltakelsen er å ha kontinuerlig oppfølging av handlingsplaner samt en gjennomgang i forkant av neste års undersøkelse; det kan være en motivasjonsfaktor.</p> <p>Punktet «Arbeidsforhold» har gått ned, noe som er en trend i hele HSØ. En oppgitt årsak er at arbeidsbelastningen oppleves for høy, noe som også gjelder ledere. Tiltak må iverksettes, og de verktøyene som allerede er må benyttes. Blant annet skal «Snakk om forbedring» brukes for å skape psykologisk trygghet.</p> <p><u>Bevaringsområder</u> er Engasjement, Teamarbeidsklima, Opplevd lederadferd og Sikkerhetsklima.</p> <p><u>Forbedringsområder</u> er Psykososialt arbeidsmiljø og som tidligere nevnt Arbeidsmiljø.</p> <p>Handlingsplaner og tiltak vil få tett oppfølging i oppfølgingsmøtene mellom klinikkdirektørene og administrerende direktør. Enheter med signifikant nedgang vil følges særskilt opp.</p> <p>VEDTAK HAMU støtter den foreslåtte oppfølgingen av årets ForBedringsundersøkelse.</p>
21/2023	<p>Budsjett 2024 – prosess Det vises til presentasjon (vedlagt) gjennomgått i møtet av Mette Lindblad. Det påpekes spesielt at tillitsvalgte og vernetjeneste skal tas med på interne budsjettmøter i klinikkene. Budsjettet behandles i HAMU 5.desember.</p>
22/2023	<p>Deltakelse i AU HAMU Diskusjon om en klinikkdirektør skal delta som medlem av AU. Forslag om deltakelse på rotasjon.</p> <p>VEDTAK Saken tas opp i foretaksledermøte før beslutning mtp iverksetting fra 2024.</p>
23/2023	<p>BWell pausekonsept Marianne Njøten presenterte et nytt tilbud (tidsbegrenset) finansiert av Velferdsforeningen. Bwell pausekonsept er et verktøy som omfatter massasjestol med spesiallagde lydspor for aktiv hvile, stressmestring, mindfulness, selvledelse og musikk. Denne mentalpausen kan benyttes i sekvenser på ca. 15 minutter. Konseptet er i bruk ved flere seksjoner/ klinikker i VVHF i dag. Velferdsforeningen har besluttet å gi dette tilbudet til ansatte i klinikkene/ sentral stab i Vestre Viken i perioden frem til 2027.</p>
24/2023	<p>Skriftlige orienteringer Ingen innspill i møtet.</p> <p>Vedtaks HAMU tar de fremlagte notatene til orientering.</p>

Referat

Møte:	Sentralt kvalitetsutvalg	Tilstede:	Lisbeth Sommervoll, Inger Meland Buene, Gro Vik Knutsen, Trine Olsen, Monica Sneve, Per-Erik Holo, Anne-Lise Kristensen, Kirsten Hørthe, Hanne Juritzen, Snorre Birk Gundersen, May Janne Botha Pedersen, Rune Kløvtvedt, Lukas Månsson, Anne-Lene Egeland Arnesen, Janne Hjelm-Gabrielsen, Anders Debes, Asgeir Kvam, Wesley Caple, Solveig Tørstad, Robert Nystuen, Mette Walberg, Kristin Fagerhaug, Anne-Lise Kristensen, Mette Lise Lindblad, Eli Årnot
Møtedato:	29.08.2023		
Tidspunkt:	09.00-11.00		
Sted:	Tyrifjord 1 og 2		
Møteleder:	Lisbeth Sommervoll		
Referent:	Per-Erik Holo	Forfall:	Cecile B. Løken, Bente Kristensen, Inger Lise Hallgren, Hanne E. W. Misund, Åse Heyerdal

Informasjon:	
Tema på SKU er knyttet til HSØ delstrategi område: Forbedre systemer og strukturer for virksomhetsstyringb	
Saksnr.	Beskrivelse/oppfølging/vedtak
Informasjon:	
22/2023	Godkjenning av innkalling og referat v/Administrerende direktør Lisbeth Sommervoll Godkjent.
23/2023	RAPPORTERING SMITTEVERN Sykehusinfeksjoner (prevalens-resultater), antibiotikabruk - antibiotikastyring Funn fra VVHF ble presentert Vestre Viken har gode resultater på prevalensundersøkelsene på Sykehusinfeksjoner Det er variasjon i resultatene i antibiotikastyring i klinikkene. Se vedlegg
24/2023	GTT (GLOBAL TRIGGER TOOL) RESULTATER 2022 FOR VESTRE VIKEN Medisinsk faglig rådgiver, MOH Asgeir Kvam presenterte resultatene for 2022. Global Trigger Tool (GTT) er et verktøy for måle pasientskader etter en strukturert metode. Vestre Viken har gjennomført GTT siden 2011.

	<p>Resultatene for Vestre Viken for 2022 ble gjennomgått. Resultatene viser at pasientskader ligger på 14% med i hovedsak skader innenfor infeksjoner, trykksår, fall, legemidler.</p> <p>Se vedlegg.</p>
25/2023	<p>MINIMEOTODE VURDERING Perioperativ dekolonisering av <i>Staphylococcus aureus</i> for å redusere forekomst av alvorlig postoperativ sårinfeksjon v/smittevernoverlege Mette Walberg</p> <p>Smittevernoverlege presenterte resultater av gjennomført og publisert minimetodevurdering. Tiltak har omfattet perioperativ dekolonisering av <i>Staph. aureus</i> på alle ledd-protese pasienter. Tiltakene ble implementert i 2019 på ort.avd. DS/KS for å eliminere infeksjoner med gule stafylokokker. Resultatene har vært meget gode. Se vedlegg.</p> <p>Det gjenstår en vurdering av ett av tiltakene på grunn av risiko for resistensutvikling: bruk av mupirocin nesesalve. Det skal i den forbindelse gjennomføres nasjonalt løp for metodevurdering av mupirocin nesesalve. Resultatet av denne metodevurderingen vil danne grunnlag for videre vurdering av implementering av tiltakene ved alle ortopediske avd. i VV.</p> <p>Se vedlegg.</p>
Læring og deling:	
26/2023	<p>PASIENTOPPLEVD KVALITET I LEDERAVTALENE NIVÅ 4 Presentasjon av et igangsatt arbeid ved medisinsk avdeling Drammen Sykehus v/avdelingssjef ed avd. Drammen Sykehus Oscar Kristiansen</p> <p>Presentasjon av arbeidet Med på Drammen sykehus har gjort for å innhente tilbakemeldinger fra pasienter. Systemet er manuelt ved at de ringer opp pasientene etter utskrivelse. Dette er lagt inn i lederavtalene til nivå 4 ledere på avdelingen og følges opp av avd.sjef. Pasientene gir gode tilbakemeldinger med noe variasjon i seksjonene, dette danner grunnlag for forbedringer.</p> <p>Se vedlegg.</p>
27/2023	<p>#RÅBRA – ERFARIN.GER FRA DIAKONHJEMMET OM IMPLEMENTERING AV VERKTØYET RÅBRA Fagsjef pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring Pernille Martinsen fra Diakonhjemmet presenterte hvordan de har implementert #RåBra verktøyet i sykehuset og hvordan de bruker Synergi som verktøy for registrering og rapporter.</p> <p>Det legges frem en ledermøtesak om #Råbra skal implementeres systematisk i Vestre Viken.</p> <p>Se vedlegg.</p>
28/2023	<p>Referater og oversikter Godkjent.</p>

Årsplan for styret 2023

Ajourført pr. september 2023

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Mandag 30. januar Digitalt / Teams (09.00 – 11.00)	<ul style="list-style-type: none"> Revidert retningslinje for virksomhetsstyring Reviderte fullmakter i VVHF 	Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> Foreløpig årsresultat 2022 Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> Brukerutvalg 24. januar Styrets årsplan pr januar 	
17. februar – foretaksmøte i regi av HSØ (digitalt)			Oppdrag og bestilling (OBD) 2023
Mandag 27. februar Drammen	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapportering pr 3. tertial 2022, inkludert risikovurdering, gevinstplan og IKT Årlig melding 2022 Foretaksprotokoller 2022 – inkl. OBD 2023 	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr. 31. januar 2023 Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> Nytt sykehus Drammen Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 10. februar SKU 31. januar HAMU 14. februar Brukerutvalg 21. februar Årsrapport 2022 for varslingsutvalget Styrets årsplan pr februar 	
Mandag 27. mars Bærum	<ul style="list-style-type: none"> Årsberetning/årsregnskap 2022 Instruks for styret i VVHF Instruks for AD i VVHF 	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr. 28. februar 2023 Andre orienteringer:	Eget møte mellom styret og revisor.

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
		<ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • Bærum sykehus • Klinikk for medisinsk diagnostikk (KMD) Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 9. mars • Brukerutvalg 21. mars • SKU 7. mars • Styrets årsplan pr mars 	
20. April – felles styreseminar HSØ og HF-ene			
Mandag 15. mai Kongsberg sykehus	<ul style="list-style-type: none"> • Ledelsens gjennomgang VVHF 2022 • Etiske retningslinjer i VVHF • Styrets møteplan 2024 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr 31. April 2023 Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • ØLP 2024 – 2027 • Nytt sykehus Drammen • Kongsberg sykehus Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 28. april • SKU 9. mai • Brukerutvalg 2. mai • Høringssvar NOU 2023:4 • Styrets årsplan pr mai 	
Mandag 12. juni Heldagsseminar	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet • Tertialrapport 1. tertial 2023 • Åpenhetsloven 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. mai 2023 Andre orienteringer:	Styremøte og styreseminar Pasient- og brukerombudet

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Drammen	<ul style="list-style-type: none"> Retningslinjer for lederlønn 	<ul style="list-style-type: none"> Pasientombudenes årsmelding 2022 Nytt sykehus Drammen Sikre pasientforløp gevinster Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> HAMU 13. juni Brukerutvalg 6. juni SKU 20. Juni Styrets årsplan pr juni 	E-læringskurs "Etikk for alle"
22. juni - foretaksmøte i regi av HSØ (Grev Wedels plass 5, Oslo)			
Mandag 28. august Drammen (17.00 - 21.00)	<ul style="list-style-type: none"> Økonomisk langtidsplan 2024 – 2027 Økonomisk bærekraft i VVHF og gevinstrealiseringsplan NSD – revidert plan 	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr. 31. juli Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> Nytt sykehus Drammen Forbedringsundersøkelsen 2023 Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 21. juni og 24. august Brukerutvalg 22. august Styrets årsplan pr august 	
Mandag 25. september Bærum sykehus	<ul style="list-style-type: none"> Tertialrapport 2. tertial 2023 Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2024 Lønnsoppgjør 2023 for administrerende direktør 	Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> Status nytt sykehus Drammen Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> HAMU 5. september SKU 29 august Brukerutvalg 19. september Styrets årsplan pr september 	

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Mandag 30. oktober Ringerike sykehus	<ul style="list-style-type: none"> Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet 	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr 30. september 2023 Kvalitetsindikatorer <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nytt sykehus Drammen Budsjett 2024 <p>Referatsaker</p> <ul style="list-style-type: none"> Styreprotokoll fra HSØ 29. september og 26. oktober SKU 10. oktober Brukerutvalg 24. oktober Styrets årsplan pr oktober 	Forskning i VVHF
Mandag 27. november Drammen inkl. styreseminar		<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr. 31. oktober 2022 <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nytt sykehus Drammen <p>Referatsaker</p> <ul style="list-style-type: none"> Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 22/23. november SKU 7. november Brukerutvalg 21. november Styrets årsplan pr. november 	Program styreseminar Evaluering av styrets arbeid. Bærekraftsplanen, inkl. NSD Eiendomsområdet
Mandag 18. desember Drammen	<ul style="list-style-type: none"> Budsjett og mål 2024 Styrets årsplan 2024 	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr. 30. november 2023 <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nytt sykehus Drammen Reevaluering NSD – erfaringer fra nytt sykehus i Østfold <p>Referatsaker</p>	Dialogmøte med Brukerutvalget og Ungdomsrådet.

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
		<ul style="list-style-type: none"> HAMU 5. desember Brukerutvalg 12. desember Styrets årsplan pr desember 	

Merk:

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

Saker til behandling på senere tidspunkt / pendingliste styremøter:

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

Bestilling fra styret	Bestillingsdato	Forventet leveranse	Status
Sak 62/2023 Virksomhetsrapportering 1. tertial 2023 for VVHF. Styret etterspør gevinster knyttet til innføring av digital hjemmeoppfølging og vil få fremlagt eksempler på dette i neste tertialrapport.	12.06.23	25.09.23	
Sak 77 /2023 Økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplan NSD – revidert plan. Styret ber om at planer for gevinstrealisering knyttet til nytt sykehus Drammen bearbejdes slik at det blir en mer helhetlig plan. Det er også ønskelig å få fremlagt risikovurdering av planen.	28.08.23	25.09.23 27.11.23	NSD – revidert plan legges frem for styret i novembermøtet.
Sak 78/ 2023 Økonomisk Langtidsplan (ØLP) 2024 – 2027. Styret kommenterer at helseforetaket må arbeide med tiltak for å oppnå økonomisk balanse også etter åpning av nytt sykehus Drammen i 2025. Styret ønsker at erfaringer fra idriftsettelse av andre nye sykehus inkluderes i saken om NSD, ref behandling av sak 77. Styret ønsker å få fremlagt en sak om stråleterapi	28.08.23	27.11.23	

NSD som beskriver status for medisinskteknisk utstyr, drift og bruk av kompetanse på et styremøte i løpet av høsten.			