

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

Møtetype: Styremøte
Møtedato: 27. november 2023
Møtetid: Kl. 17.00 - 19.00 (Styreseminar kl. 10.00 – 16.30)

Møtested: Brakerøya, Jacob Borchs gate 6, Drammen

PROGRAM **Behandling av styresaker**

Publikum og media som ønsker å være til stede i møtet, bes melde fra om dette til styresekretær innen søndag 26. november (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
	Styreseminar	
	10.00 – 16.30	Se eget program
	Ordinært styremøte	
108/2023	17.00 5 min	Godkjenning av innkalling og saksliste Vedlegg: Innkalling og saksliste til styremøte 27. november
109/2023	17.05 5 min	Godkjenning av møteprotokoll 30. oktober 2023 Vedlegg: Foreløpig protokoll 30. oktober 2023
110/2023	17.10 20 min	Virksomhetsrapportering pr 31. oktober 2023 for VVHF Vedlegg: 1. Virksomhetsrapport pr. 31. oktober 2023 2. Statusrapport - Bærekraftsplan 3. Risikovurdering måloppnåelse bærekraftsplan
111/2023	17.30 5 min	Tildeling av kontrakt PET-CT
112/2023	17.35 30 min	Nytt sykehus Drammen - Parkeringsløsning
113/2023	18.05 10 min	Status nytt sykehus Drammen
114/2023	18.15 10 min	Konsernrevisjonens revisjonsrapport Styring av IKT investeringer i VVHF Vedlegg: Revisjonsrapport Styring av IKT investeringer i VVHF
115/2023	18.25 0 min	Referatsaker 1. Protokoll fra styremøte HSØ 23. november - ettersendes 2. Referat SKU 07. 11.23 3. Referat Brukerutvalg 21 november - ettersendes 4. Styrets årsplan per november, inkl. pendingliste 5. Referat HAMU 31.10.23
116/2023	18.25 5 min	Eventuelt
117/2023	18.30 10 min	Driftsorientering fra administrerende direktør
118/2023	18.40 10 min	Styret alene med AD
119/2023	18.50 10 min	Styret alene
	19.00	Møteslutt

Dato: 20. nov 2023
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Godkjenning av innkalling og saksliste

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	108/2023	27.11.23

Forslag til vedtak

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Drammen, 20. november 2023

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: 1. Innkalling og saksliste til styremøte 27. november 2023

Dato: 20. nov 2023
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Godkjenning av møteprotokoll

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	109/2023	27.11.23

Forslag til vedtak

Styret godkjenner møteprotokoll datert 30. oktober 2023

Drammen, 20. november 2023

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: 1. Foreløpig protokoll 30. oktober 2023

Møteprotokoll for styret i Vestre Viken

Møtested: Ringerike sykehus (møterom Legevakten)

Dato: 30. oktober 2023

Tidspunkt: Kl. 10.15 – 15.00

Følgende medlemmer deltok:

Navn	Funksjon
Siri Hatlen	Styreleder
Hans Tore Frydnes	Nestleder
Kari Fjelldal	Styremedlem
Robert Bjercknes	Styremedlem
Hans Kristian Glesne	Styremedlem - forfall
Bovild Tjønn	Styremedlem
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	Konst.direktør teknologi
Hilde Enget	Administrasjonssjef/styresekretær

Styrets nestleder Hans Tore Frydnes ledet møtet frem til kl. 10.30. Styreleder Siri Hatlen ledet styremøtet og administrerende direktør la fram sakene. Protokollfører: Hilde Enget.

Oppfølging av bærekraftsplanen på Ringerike sykehus

Presentasjoner i møtet:

Klinikkdirektør - May Janne B Pedersen
Avdelingssykepleier anesthesi - Siri Juliusmoen
Avdelingssykepleier medisinsk avdeling - Kristin Berge
Overlege medisinsk avdeling - Jørgen Ibsen
Avdelingssykepleier kir/ort sengetun - Merete Svendsrud
Overlege kirurgisk avdeling - John Christian F Glent

Kommentarer i møtet

Styret takker for gode presentasjoner og berømmer den innsatsen og de gode resultater som ledere og ansatte oppnår på Ringerike. På spørsmål fra styret om status for korridorpasienter, opplyses det at dette er redusert til et snitt på 1-2%. Styret ble orientert om erfaringene knyttet til 12,5 timers vakter og gav positivt uttrykk for at dette rulles ut i hele helseforetaket. Styret bemerket den positive måten presentørene uttrykte sine faglige ambisjoner og sitt engasjement til å bygge god endringskultur i avdelingene. Dette har stor overføringsverdi for andre klinikker og avdelinger.

Sak 96/2023 Godkjenning av innkalling og sakliste

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Sak 97/2023 Godkjenning av styreprotokoller fra 25. september 2023

Styrets enstemmige

Vedtak:

Møteprotokoller fra styremøtet 25. september 2023 godkjennes.

Sak 98/2023 Virksomhetsrapportering pr. september 2023 for VVHF

Oppsummering av innhold

Aktiviteten pr. september er lavere enn budsjett, og det er fortsatt betydelige merkostnader på lønn. Omfattende tiltak og omstilling er påkrevet, og dette arbeidet er systematisert gjennom Handlingsplan for bærekraftig utvikling. Prognosen for året viser et avvik mot budsjett på 103 MNOK, der 25 MNOK omfatter høyere vedlikehold over drift enn forutsatt i budsjett som møtes av tilsvarende lavere investeringer. En ekstraordinær inntekt vedrørende kjøp fra private for 2022 og prisfallet på energi trykker prognosen.

Kommentarer i møtet

Styret kommenterer at det er veldig positivt at helseforetaket har vedtatt bærekraftsplanen og at det jobbes i tråd med denne. Det understrekes at det er viktig å ha tålmodighet i forhold til de langsiktige effektene, men at det legges merke til at det på driftssiden synliggjøres gode effekter av tiltak på flere områder. Vestre Viken HF har som flere andre helseforetak utfordringer med å overholde frister for pakkeforløp kreft og dette jobbes det med. Helse Sør-Øst har til oppfølgingsmøtet den 2. november bedt om tilbakemelding på tiltak for å bedre den økonomiske

situasjonen. VVHF vil vise til satsningsområdene og tiltak i bærekraftsplanen og hvordan det jobbes systematisk med dette. Styreleder deltar i dette møtet.

Styrets enstemmige

Vedtak:

1. Styret tar virksomhetsrapport pr. 30. september 2023 til orientering.

Sak 99/2023 Budsjett 2024 – foreløpig orientering

Oppsummering av innhold

Statsbudsjettet indikerer ingen vesentlige endringer i inntektsforutsetningen for foretaket, men det er først når rammetildelingen fra HSØ mottas i november at foretaket har sikkerhet for dette. Vestre Viken vil stå fast på resultatkravet for 2024 i tråd med ØLP. Det erkjennes at dette er svært krevende. Prognosen for 2023 er lavere enn forutsetningen for resultatkravet i ØLP. Dette utfordrer investeringsrammen for 2024, og også de driftsmessige forutsetninger budsjettet skal bygge på. Realisering av bærekraftsplanen er helt avgjørende for resultatoppnåelse. Foretaket jobber videre med ytterligere tiltak for å sikre en buffer.

Kommentarer i møtet

Den driftsmessige utviklingen ut 2023 blir svært viktig for inngangsfarten i 2024 og risiko for resultatoppnåelse i samsvar med ØLP. Det er spesielt bemerket at foretaket nå ser ut til å få økte medikamentkostnader som følge av nye legemidler godkjent i beslutningsforum. Dette kan bli krevende å dekke inn gjennom ytterligere driftsforbedringer.

Styret imøteser en orientering om forberedelsene til innflytting i NSD, samt om eventuelle utfordringer knyttet til de økonomiske premisser for byggeprosjektet påvirker foretakets fremtidige driftsforutsetninger i styreseminaret den 27. november.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret tar saken til orientering, og presiserer at arbeidet med bærekraftsplanen må sikres nødvendig fremdrift for å trygge styringsfarten inn i 2024 og rammene for investeringer.

Sak 100 /2023 Orientering om nasjonale kvalitetsindikatorer og ventelister i VVHF

Oppsummering innhold

Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgsektoren er førende for arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Forskriften er bygget opp rundt PDSA syklusen og skal gjennom tydeligere og mer tjenestetilpassede krav bidra til å gi helseforetaket et godt verktøy for systematisk styring og ledelse, samt kontinuerlig forbedring. Forskriften pålegger virksomheter å ha rutiner for systematiske gjennomganger av tjenestetilbud og resultater.

Kommentarer i møtet

Styret merker seg at VVHF oppnår gode resultater på de fleste områder. Imidlertid er det særlig innenfor hoftebrudd operert innen 24 timer og postoperativ infeksjon områder der VVHF ønsker å forbedre sine resultater. Styret ønsker å få en statusoppdatering i styremøtet i desember innenfor områdene hjerte, gastro og øye.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret tar saken om nasjonale kvalitetsindikatorer og ventelister i VVHF til orientering.

Sak 101/ 2023 Status forskning og innovasjon i VVHF**Oppsummering i møtet**

Forskning og innovasjon er høyt prioriterte områder for Vestre Viken HF, og det er en sterk økning i både forsknings- og innovasjonsaktivitet. Her plasserer Vestre Viken seg blant de fremste. Det er imidlertid fortsatt behov for å tilrettelegge for en videre økning i kliniske behandlingsstudier, klinisk forskning og innovasjon.

Presentasjoner i møtet:

Innovasjons- og forskningssjef – Kristine K Sahlberg
Forsker FoU avdelingen - Wenche Ryberg
Spesialrådgiver innovasjon - Anne Bergland

Kommentarer i møtet

Styret takker for spennende presentasjoner og gode resultater for VVHF innen innovasjon og forskning. Styret bemerker at resultatene har stor overføringsverdi internt og eksternt i helsetjenesten. Det at VVHF ikke er et universitetssykehus og allikevel oppnår så gode resultater er prisverdig. Styret uttrykker at målet om at forskning og innovasjon skal utgjøre 1% av samlet driftsbudsjett er en viktig satsing for at tjenestene og driften av helseforetaket skal være bærekraftige i fremtiden. I denne sammenheng er det sentralt at det arbeides systematisk for å tiltrekke seg eksterne midler.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

1. Styret tar saken om nasjonale kvalitetsindikatorer og ventelister i VVHF til orientering.

Sak 102/2023 Status Nytt sykehus Drammen**Oppsummering av innhold**

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

Kommentarer i møtet

Ingen kommentarer i møtet.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

1. Styret tar status nytt sykehus Drammen til orientering.

Sak 103/2023 Referatsaker

Ingen kommentarer.

Sak 104/2023 Eventuelt

Tilbakemelding fra pårørende

Det vises til styrets behandling av henvendelse fra pårørende under eventuelt 25. september. Vedkommende fikk tilbakemelding om styrets behandling og at saken var overført klinikkdirektør for videre oppfølging. VVHF mottok 5. oktober epost hvor pårørende retter en stor takk til styret i VVHF for at de tok tak i saken. Det er etablert dialog mellom partene.

Evaluering av styrets arbeid:

I henhold til instruks for styret skal det årlig foretas en evaluering av styrets arbeid og arbeidsform. Evalueringen gjøres elektronisk via programvaren Comfirmat. Undersøkelsen sendes ut til styret 31. oktober og det bes om svar innen 7. november. Tilbakemeldingene oppsummeres og legges frem i styreseminaret 27. november.

Sak 105/2023 Driftsorientering fra administrerende direktør

Oppsummering av innhold

Administrerende direktør informerte om at Robert Nystuen er konstituert direktør for teknologi ut året. Markering av BRK prosjekt på Ringerike ved åpning av nyoppusset akuttmottak og ny CT-skanner. Robotgaven fra foreningen Venner av Ringerike sykehus, EWS Stiftelsen og Sparebankstiftelsen Jevnaker Lunner er overlevert til Ringerike sykehus. Poliklinikken på Kongsberg sykehus er oppgradert i tråd med BRK-prosjektet. Det er startet en oppgradering av bildelagring til bildediagnostikk (PACS), dette som en del av avtalen med Sykehuspartner. Drammen sykehus tester ut digital ut- og innsjekk og betaling på øyepoliklinikken. Det ble gjennomført felles ledersamling for nivå 1-3, foretakstillitsvalgte og foretakshovedvernombud den 26. oktober, der forankring og samhandling om bærekraftsplanen var tema. Ny resultatsbasert finansiering viser at VVHF har tatt en ledende posisjon. Det pågår et arbeid rundt den regionale inntekstmodellen.

Kommentarer i møtet

Styret takker for presentasjonen og uttaler at det pågår mye godt arbeid i helseforetaket.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Driftsorienteringen fra administrerende direktør tas til orientering.

106/2023 Styret alene med AD

107/2023 Styret alene

Ringerike 30. oktober 2023

Siri Hatlen
styreleder

Hans Tore Frydnes
nestleder

Bovild Tjønn

Tom Roger H Frost

Maria Josefsen Gundersen

Robert Bjercknes

Kari Fjelldal

Toril A K Morken

Gry L Christoffersen

Dato: 20. november 2023
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Virksomhetsrapportering pr. 31. oktober 2023

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	110/2023	27.11.2023

Forslag til vedtak

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

Drammen, 20. november 2023

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Administrerende direktør legger fram rapportering per 31. oktober 2023 i tråd med styrets årshjul.

Saksutredning

Aktiviteten i oktober er samlet sett noe under plan for somatikken, mens aktiviteten innen PHR er over plan. Brutto bemanning ligger fortsatt vesentlig over budsjett. Ventetider hittil i år er høyere enn måltall både innen somatikk og psykiatri. Kravet for 2023 er en reduksjon fra 2022. Det er særlig kapasitetsutfordringer ved Øyeavdelingen på Klinikk Drammen sykehus som trekker ventetidene opp. Dette skyldes i stor grad høyt antall nyhenviste og samtidig betydelig restanse på polikliniske kontroller over tid. I juli ble det derfor opprettet to nye øyelegestillinger for å styrke kapasiteten. En av stillingene ble besatt, men vedkommende har allerede sagt opp stillingen og slutter 01.12.23. Grunnen oppgis å være høy arbeidsbelastning. Den andre stillingen er i ferd med å besettes. Som følge av et samtidig høyt sykefravær er det fortsatt beskjedne effekter på ventetidene, men heller ingen økning. Nye tiltak utredes. For psykisk helsevern og rusbehandling er ventetiden hittil i år lengre enn målet innen BUP, VOP og TSB. Antall henviste pasienter er fortsatt høyt, og det pågår flere tiltak i klinikken for å redusere ventetider og sikre at alle tilbys konsultasjon. I oktober er det en god reduksjon i ventetidene både innen BUP, VOP og TSB.

De viktigste resultatene knyttet til brukermedvirkning/brukerstyring, trygge og helhetlige pasientforløp, personell med rett kompetanse og bærekraftig økonomi er oppsummert i vedlegget.

Det er forventet et årsresultat 103 MNOK lavere enn årets resultatmål. Av dette avviket utgjør merkostnader vedlikehold over drift 25 MNOK som møtes av tilsvarende lavere investeringer. Prognosen for året er holdt uendret siden forrige rapportering som følge av det noe svakere resultatet i oktober og fortsatt høyt avvik på brutto bemanning i november.

Aktiviteten knyttet til ferdigstillelse av handlingsplaner for bærekraftig utvikling økte i oktober. Planleggingsarbeidet i klinikker og staber har resultert i mer konkrete handlingsplaner av høyere kvalitet. Arbeidet er ikke helt ferdig, og i mange tilfeller gjenstår det å periodisere forventet uttak av gevinster i tillegg til å vurdere risikoen for hvert tiltak. Handlingsplaner med periodisert forventet uttak av gevinster vil oppdateres til neste rapportering i desember og innarbeides i budsjett 2024.

Først etter at endringene er implementert vil resultatene bli synlige. Det forventes å se positiv utvikling fra første kvartal 2024. Gevinstplaner knyttet til effekter av NSD-relaterte tiltak skal utarbeides i de relevante klinikkene ila. Q1 2024. Statusrapport følger vedlagt.

Det er utarbeidet en overordnet risikovurdering av bærekraftsplanen, der vurderingen omhandler risiko for at målene i planen ikke oppnås, samt hvilke tiltak som må iverksettes for å ta ned risiko. En overordnet risikovurdering følger vedlagt. En av risikoene omfattet prioritering av tiltak. I et arbeidsmøte med tillitsvalgte 14. november var dette tema, også i lys av resultatutviklingen i oktober med tanke på tiltak med raskere effekt. Det er ønskelig å prioritere tiltak utfra hva som krever mindre ressursinnsats, men har stor effekt. Følgende områder utpeker seg:

- Fleksible arbeidstidsordninger
- Ferieplanlegging 2024
- Feriestenge enheter
- Sikre samdrift mellom avdelinger
- Oppgavedeling helt ut (inkl. operasjonsteam)

- Gjennomgang av stabsressurser og bruk av konsulenter
- Benchmarking og innføring av beste praksis
- Organisering poliklinikk
- Økt og systematisk kodekontroll

Ressursteamet støtter klinikkene i planlegging og gjennomføring. Det konstateres at klinikkene trenger økt bistand og basert på de prioriterte tiltaksområdene nevnt over vil foretaket sørge for at det etableres ressursteam med personell fra staber og klinikker som systematisk jobber med utredning og implementering.

Administrerende direktørs vurderinger

Aktiviteten innen somatikk er fortsatt lavere enn budsjett og det er betydelige merkostnader på lønn. Avvik fra budsjett på brutto bemanning er høyt også i november og medfører at foretaket ikke forventer bedre resultat neste måned. Prognosen for året opprettholdes på 75 MNOK og innebærer et avvik mot budsjett på 78 MNOK når den høyere andelen vedlikehold over drift holdes utenfor. 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. Risikovurderingen av planen peker på flere områder som truer realiseringen av planen. Foretaket vil prioritere støtte til klinikkene i gjennomføringen.

VVHF leverer helsetjenester av god kvalitet, selv om ventetidene er høyere enn målkravet både innen somatikk og psykisk helsevern. Utviklingen i ventetider viser nå en positiv retning og det er spesielt gledelig at utviklingen på pakkeforløp kreft nå er over måltallet.

Administrerende direktør anbefaler at styret tar virksomhetsrapporten pr. oktober til orientering.

Vedlegg:

1. Virksomhetsrapportering pr. 31. oktober 2023
2. Statusrapport - Bærekraftsplan
3. Overordnet risikovurdering måloppnåelse bærekraftsplan

Vedlegg

Virksomhetsrapportering pr. 31. oktober 2023

Innhold

Sammendrag.....	2
Styrke brukermedvirkning og brukerstyring.....	2
Skape trygge og helhetlige pasientforløp.....	2
Sikre personell med rett kompetanse.....	3
Sikre bærekraftig økonomi.....	4

Sammendrag

De viktigste resultatene knyttet til brukermedvirkning/brukerstyring, trygge og helhetlige pasientforløp, personell med rett kompetanse og bærekraftig økonomi er oppsummert nedenfor.

Styrke brukermedvirkning og brukerstyring

VVHF		Oktober	Hittil i år	Prognose
AKTIVITET - Telefon- og videokonsultasjoner - ANDEL	Resultat	12,0	11,5	12,0
	Plan	15,0	15,0	15,0
	Avvik	-3,0	-3,5	-3,0
	I fjor	10,7	10,8	10,9

Telefon- og videokonsultasjoner

Andel telefon- og videokonsultasjoner er 12,0 % i oktober. Målet i 2023 er 15 % for somatikk og 20 % for psykisk helsevern. Andelen telefon- og videokonsultasjoner pr. oktober er bak målkravet for både somatikk og psykisk helsevern, men viser en økende trend. Andelen må sees i sammenheng med andre metoder for digital hjemmeoppfølging (for eksempel egenregistrering og sensortechnologi) som følges opp tertialvis. I forbindelse med Vestre Vikens Program for digital hjemmeoppfølging er det startet flere prosjekter for å øke andelen pasienter som inkluderes i digital hjemmeoppfølging. Klinikkene skal innen 15.12.2023 ha laget en plan for videre økning i digitale konsultasjoner, med tydelige måltall.

Skape trygge og helhetlige pasientforløp

VVHF		Oktober	Hittil i år	Prognose
KVALITET - Kreftbehandling: Pakkeforløp gjennomført innen definert forløpstid - ANDEL	Resultat	65	71	71
	Plan	70	70	70
	Avvik	-5	1	1
	I fjor	67	67	68
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avviket Somatikk - DAGER	Resultat	76	73	68
	Plan	64	64	64
	Avvik	13	9	-4
	I fjor	69	63	64
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avviket PHR - DAGER	Resultat	42	47	45
	Plan	38	38	38
	Avvik	4	9	-7
	I fjor	38	45	44
KVALITET - Overholdelse av pasientavtaler - ANDEL	Resultat	88	87	91
	Plan	95	95	95
	Avvik	-7	-8	-4
	I fjor	88	88	88
AKTIVITET - Avslag BUPA - ANDEL	Resultat	14,0	17,9	18,0
	Plan	10,0	10,0	10,0
	Avvik	-4,0	-7,9	-8,0
	I fjor	19,9	22,6	23,8

PHR: Differensierte ventetidsmål innen fagområdene

Pakkeforløp for kreft

Vestre Viken har nå igjen mottatt tall fra NPR etter en periode med tekniske utfordringer og manglende tall på gjennomføring av kreftpakkeforløpene. Vestre Viken ligger nå noe over målkravet på 70 % med oppnådd 71 % pr. oktober, i september var andelen 76 %. Det utføres forløpsgjennomganger i klinikkene for hvert pakkeforløp med manglende måloppnåelse for identifisering av utfordringsområder/flaskehals og iverksettelse av tiltak.

Ventetid somatikk

Ventetiden innen somatikk var 73 dager pr. oktober, mot 72 dager i september. Målet er 64 dager. Aktiviteten ligger noe bak plan. En fortsatt økning av henvisninger og manglende effekt på den særlig lange ventetiden innen fagområdet øyesykdommer medvirker til den høye ventetiden for somatikken samlet. Det er allikevel gledelig å se at antallet ventende i oktober går ned for både øyesykdommer, hjertesykdommer og gastromedisin, hvor det spesielt er utfordringer. Klinikken prioriterer pasienter fra ventelisten på en slik måte at ventetiden allikevel skal være forsvarlig.

Fagområdet øyesykdommer har over tid hatt kapasitetsutfordringer, på lik linje med de fleste helseforetak i Helse Sør-Øst. Klinikken Drammen sykehus besluttet derfor i juli å styrke kapasiteten med to nye overleger, samt at det ble anskaffet ytterligere medisinsk teknisk utstyr for å få best mulig kapasitetsutnyttelse. En lege ble tilsatt, men har sagt opp sin stilling sluttet 01.12.23. Årsaken synes å være høyt arbeidspress. Den andre stillingen er i prosess for ansettelse. Det er samtidig et høyt sykefravær blant legene i avdelingen og dermed beskjedne effekter på ventelistene så langt, men viser som nevnt over en nedadgående trend. I perioden er det gjennomført en systematisk gjennomgang av hele driften ved øyepoliklinikken. Rapporten viser at det allerede er en effektiv drift, og peker ikke ut så mange aktuelle tiltak utover å øke antallet overlegestillinger. Det videreføres samtidig kveldspoliklinikk ut året grunnet den store restansen.

Ventetid psykisk helse og rus

Innen psykisk helsevern og TSB er ventetiden samlet pr. oktober 47 dager. Ventetiden hittil i år er lengre enn målet innen VOP, BUP og TSB. Antall henviste pasienter er fortsatt høyt.

Det pågår forskjellige tiltak i de ulike avdelingene for å redusere ventetider og sikre at alle tilbys konsultasjon. Dette omfatter blant annet videreutvikling av dialogbasert inntak i samarbeid med kommunene og videre oppbygging av FACT-ung team. I oktober er ventetiden 43 dager innen VOP, 40 dager innen BUP og 36 dager innen TSB.

Overholdelse av pasientavtaler

Andel overholdte pasientavtaler var 88 % pr. oktober. Tiltakene ses i sammenheng med tiltak for å redusere ventetidene og det arbeides med å øke planleggingshorisonten.

Avslag BUP

Andel avslag innen BUPA er 17,9 % pr. oktober. Det er etablert dialogbasert inntak sammen med kommunene noe som har gitt reduksjon i avslagene. De tre siste månedene er det en god bedring, med avslag på 14% i oktober.

Sikre personell med rett kompetanse

VVHF		Oktober	Hittil i år	Prognose
HR - Sykefravær totalt - PROSENT	Resultat	8,6	8,3	8,0
	Plan	7,6	7,9	8,0
	Avvik	-1,0	-0,3	0,0
	I fjor	8,2	8,7	8,9
HR - Brudd på arbeidstidsbestemmelsene - ANDEL	Resultat	2,7	2,7	2,0
	Plan	0,0	0,0	0,0
	Avvik	-2,7	-2,7	-2,0
	I fjor	2,6	2,8	2,9

Sykefravær

Sykefraværet hittil i år (pr. oktober) er 8,3 %. Pr. oktober var langtidsfraværet 5,6 %. Langtidssykefraværet har vært stabilt over tid. Korttidsfraværet hittil i år er på 2,7 %, sammenlignet med 3,5 % i fjor. I oktober var korttidsfraværet 3,2%, som er noe høyere enn fjoråret. Flere klinikker har tatt i bruk praksis fra «Tidlig og tett på» (TTP), hvor ledere innkaller de med hyppig/mye sykefravær til samtale. Leder bidrar til å hjelpe ansatt med å finne gode løsninger for å øke tilstedeværelsen på jobb. Ledere oppfordres til å melde seg på digitalt IA frokost seminar, som er korte økter på 45 minutter med aktuell tematikk innen IA.

AML-brudd

I oktober var gjennomsnittlig andel AML-brudd 2,7 % av alle vakter i foretaket, som er høyere enn samme periode i fjor. Årsakene til AML-bruddene forklares med redusert tilgang på kvalifisert personell, sykefravær og vakante stillinger. Det er mangel på pleiepersonell, og dessverre mange ubesatte stillinger. Den hyppigste årsakkoden til AML-brudd i oktober er å ivareta nødvendig kompetanse (43 % av alle brudd). Det oppstår situasjoner hvor kompetanse er kritisk, særlig knyttet til sykefravær eller dårlige pasienter som krever utvidet arbeidstid.

Sikre bærekraftig økonomi

VVHF		Oktober		Hittil i år		Prognose	
ØKONOMI - Driftsresultat - TNOK	Resultat	2 282		73 758		75 000	
	Plan	14 833		148 333		178 000	
	Avvik	-12 551		-74 575		-103 000	
	I fjor	-29 054		-57 982		120 827	
HR - Brutto Månedverk - ANTALL (November)	Resultat	8 148		8 101		8 099	
	Plan	7 747		7 782		7 777	
	Avvik	-401		-319		-322	
	I fjor	7 984		7 971		7 979	
AKTIVITET - DRG-Poeng Somatikk - ANTALL	Resultat	10 250		100 246		120 638	
	Plan	10 615		103 029		124 152	
	Avvik	-365		-2 783		-3 514	
	I fjor	9 774		94 782		114 858	
AKTIVITET Voksenpsykiatri og rusbehandling - Polikliniske konsultasjoner - ANTALL	Resultat	15 518		139 513		168 926	
	Plan	14 676		138 871		167 902	
	Avvik	842		642		1 024	
	I fjor	15 750		144 244		174 705	
AKTIVITET Barne- og ungdomspsykiatri - Polikliniske konsultasjoner - ANTALL	Resultat	8 661		80 275		95 400	
	Plan	7 529		69 806		84 834	
	Avvik	1 132		10 469		10 566	
	I fjor	8 509		75 899		93 993	

Driftsresultat

Resultatet pr. oktober viser et overskudd på 73,8 MNOK, som er 74,6 MNOK bak budsjettert resultatmål. Inkludert i dette ligger 21,4 MNOK i høyere kostnader til vedlikehold over drift, som møtes av tilsvarende lavere investeringer.

Aktiviteten samlet sett er både i oktober isolert og hittil i år noe lavere enn plan for somatikken. Totale inntekter viser et positivt avvik på 54,0 MNOK hittil i år. Det er høyere basisramme som følge av nye bevilgninger samtidig som basisrammen er redusert på grunn av lavere pensjonskostnader. Nettoeffekt er pr. oktober 15,1 MNOK. Det er et positivt avvik på 3,7 MNOK på ISF-inntekter som skyldes høyere inntekter på H-reseptor og poliklinikk både i somatikk og psykiatri. Deler av dette skyldes høyere ISF-pris, men det er også noe høyere aktivitet på poliklinikk. Det er lavere gjestepasientinntekter, samtidig som det er høyere på andre pasientrelaterte inntekter. Det er positivt avvik på øvrige driftsinntekter som skyldes at det i september ble mottatt 12,8 MNOK i avregning for private helsetjenester fra 2022, i tillegg til 19

MNOK som inntekt for påløpte kostnader til arbeidsgiveravgift over 750.000 kr. Det er pr. oktober ført gevinst ved salg på 1,9 MNOK. På kostnadssiden er det først og fremst merkostnader på lønn og innleie, samt varekostnader.

I oktober er andre driftskostnader høyere enn budsjett. Hittil i år er det økte kostnader til bygg vedlikehold over drift. Tjenestepriis fra Sykehuspartner er økt som følge av økt prisvekst. Det er lavere energikostnader på grunn av lavere pris enn budsjettet. I oktober måned er det en samlet besparelse målt mot budsjett på 2,6 MNOK. Resultatkravet for 2023 ble tatt ned med 61 MNOK som følge av forventet økning i energikost. De siste månedene har prisene falt betraktelig, og til tross for høyere forbruk enn budsjett gir dette nå en besparelse på 9,0 MNOK akkumulert pr. oktober målt mot budsjett.

Lønn og innleie preges av fortsatt høyt sykefravær. Lønnskostnader eks. pensjon er 218,5 MNOK over budsjett pr. oktober. Det er overforbruk på både fast og variabel lønn. Budsjettet for 2023 ble vedtatt med en uløst utfordring på 167 MNOK, der 141 MNOK vedrører lønnskostnader. Av merkostnaden akkumulert pr. oktober kan 117 MNOK relateres til dette. Det er tiltakene i bærekraftsplanen som skal utbedre denne situasjonen og vil få effekt først i 2024. Det er estimert 79 MNOK i merkostnader knyttet til årets lønnsoppgjør utover kompensasjoner i RNB. Av dette er ca. 59 MNOK ført pr. oktober.

Faktisk brutto månedsverk i og pr. november ligger fortsatt over budsjett, og medfører forventet avvik på lønnskostnader også i november måned. Utviklingen videre avhenger av effekter av tiltak og utviklingen i sykefraværet. Faktisk bemanning reduseres med 36 månedsverk fra oktober til november, men det er i budsjett forventet større reduksjon.

Overtid - utvikling pr. måned (november er foreløpige)

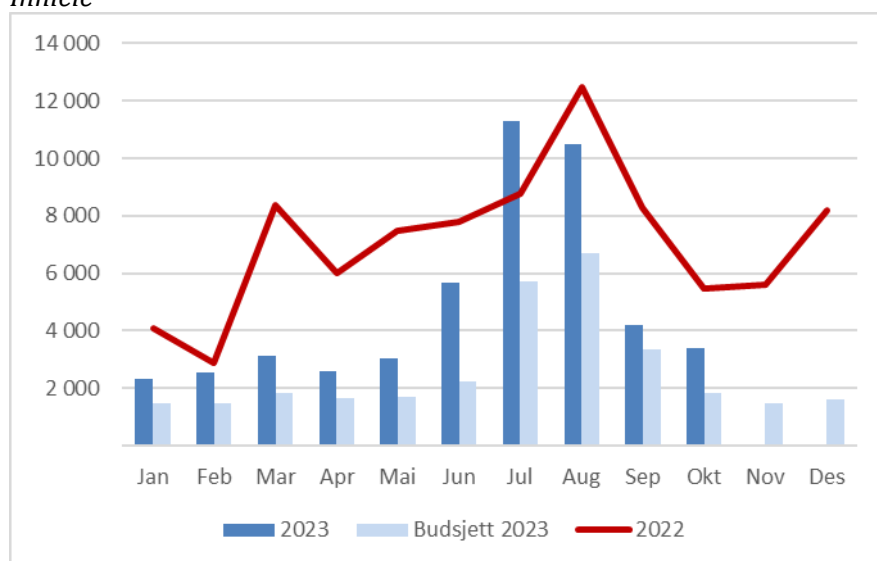
Faktisk pr måned - Overtid og ekstrahjelp	jan.23	feb.23	mar.23	apr.23	mai.23	jun.23	jul.23	aug.23	sep.23	okt.23	nov.23
10 - Klinikk Drammen sykehus	9 390	5 965	8 087	7 659	7 587	5 630	7 378	10 071	11 198	9 218	9 503
20 - Klinikk Bærum sykehus	6 445	4 894	6 166	5 685	5 619	4 886	5 876	7 247	7 803	6 949	6 303
30 - Klinikk Ringerike sykehus	3 656	2 866	3 421	3 759	3 237	3 438	3 391	3 921	5 719	4 551	4 131
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	2 213	1 789	2 008	2 002	2 052	1 469	1 775	1 708	1 861	2 094	2 205
50 - Klinikk for Intern service	545	553	556	508	612	499	701	650	817	680	633
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	6 556	5 780	6 305	5 143	6 032	4 777	7 026	6 686	6 419	7 676	5 923
70 - Klinikk for Prehospitale tjenester	1 493	1 228	1 052	1 367	1 475	1 126	1 655	1 852	2 405	1 517	1 556
80 - Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	2 782	2 579	2 536	2 389	2 532	2 454	2 780	2 071	2 100	2 574	2 602
Staber	1 672	1 572	1 453	1 302	1 684	- 394	1 715	1 564	2 101	1 609	1 592
Totalsum	34 754	27 228	31 585	29 816	30 830	23 884	32 297	35 770	40 424	36 866	34 446

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	sep.23	okt.23
10 - Klinikk Drammen sykehus			554	1 073	488	653	589	334	900	1 428	2 100	3 946	950	- 46
20 - Klinikk Bærum sykehus	2 486	2 068	2 471	2 943	723	258	687	279	302	2 057	3 496	2 030	539	125
30 - Klinikk Ringerike sykehus	1 633	419	939	2 069	244	744	993	872	991	1 220	3 292	2 271	939	1 601
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	673	575	290	- 16	177	76	216	288	163	249	896	769	972	999
50 - Klinikk for Intern service														
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	919	1 253	1 159	1 754	509	781	466	548	576	755	883	943	540	564
80 - Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	146	734	289	284	273		186	249	91		621	512	266	178
92 - Kompetanse			26	- 26										
99 - Økonomisk overordnede	- 48	- 11	- 111	116	- 89	29	- 29	27	28	- 42	- 8	23	- 10	- 13
Staber og fellesøkonomi	- 48	- 11	- 85	90	- 89	29	- 29	27	28	- 42	- 8	23	- 10	- 13
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	4 196	3 406

Kostnader til innleie er redusert i oktober sammenlignet med sommermånedene, men er noe høyere enn budsjett for måneden. Kostnader til overtid og ekstrahjelp holder seg på tilnærmet samme nivå som tidligere måneder.

Innleie

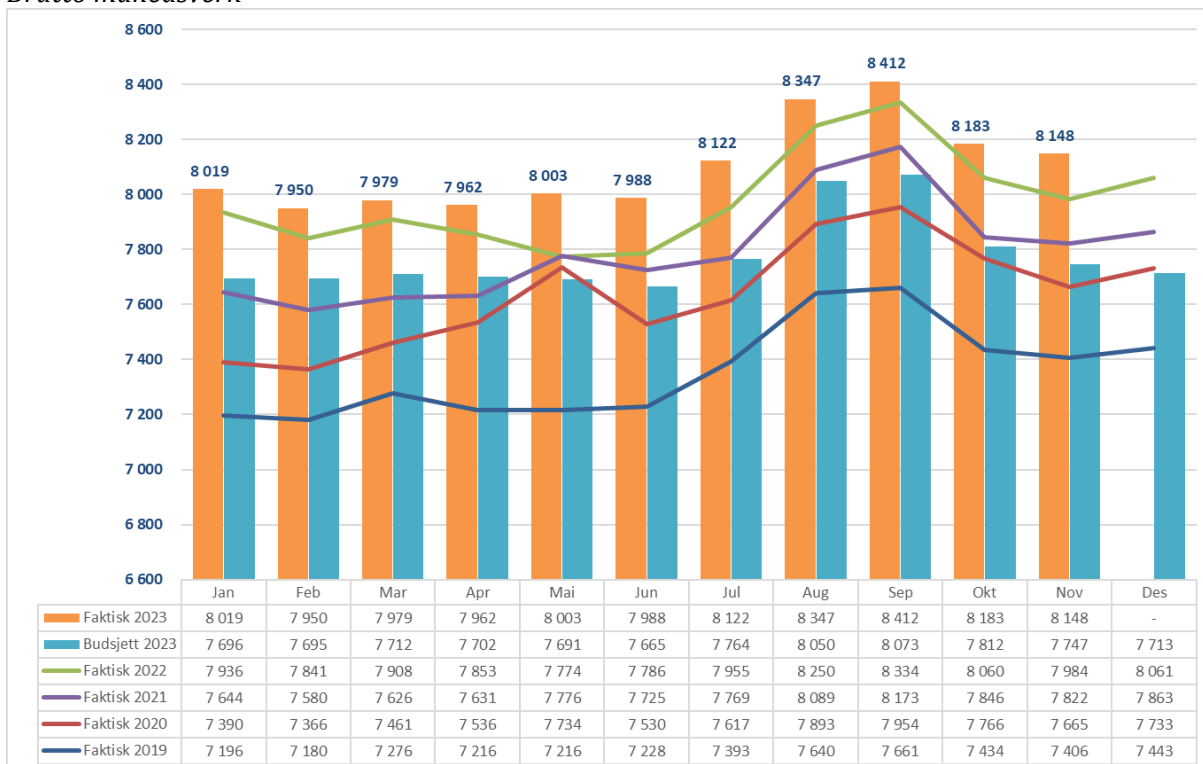


Prognose

Resultatprognosen er holdt uendret siden forrige rapportering og viser et negativt avvik mot budsjett på 103 MNOK. Resultatet i oktober og utviklingen i brutto månedsverk i november gir ikke indikasjon på forbedring inneværende år. Når forventede merkostnader vedlikehold over drift på 25 MNOK holdes utenfor utgjør avviket 78 MNOK. De høyere vedlikeholdskostnadene møtes av tilsvarende lavere investeringer.

Prognosen hensyntar økte bevilgninger i RNB. Det er tatt høyde for høyere tjenestepris fra Sykehuspartner på 6,7 MNOK. Pensjonskostnader er redusert og basisramme redusert som følge av dette. Det er lagt inn økt ISF-sats. Beregninger viser at merkostnaden for lønnsoppgjøret blir ca. 79 MNOK (5,55 %) og dette er lagt til grunn i prognosen. Utviklingen i sykefraværet de siste månedene i 2023 er en stor risiko. Det forventes et positivt prisavvik på energi for året på omtrent 18 MNOK (16,5 MNOK når et høyere energiforbruk innregnes). Resultatmålet for året var tatt ned med 61 MNOK som følge av forventet høye energipriser. De siste månedene er prisene på energi vært lave, men er nå på vei opp igjen.

Brutto månedsverk



Gjennomsnittlig brutto månedsverk pr. november er 8101, som tilsvarer 319 brutto månedsverk mer enn budsjett. Brutto månedsverk i november er 8148. Dette er 401 brutto månedsverk over budsjettet nivå. Det har vært høyt sykefravær i år, som gir flere årsverk. I tillegg innvirker den uløste utfordringen i budsjettallene som utgjør 164 årsverk i november. Prognosen for året er 317 årsverk over budsjettet nivå.

Aktivitet somatikk

Aktiviteten i oktober er noe under plan. Samlet er døgnaktiviteten per oktober er 1807 opphold bak plan. Dagkirurgi er 1370 opphold bak plan, dagbehandlinger er 471 bak plan, mens antall polikliniske konsultasjoner er 1244 over plan per oktober. Antall ISF-poeng er 2783 bak plan per oktober. Prognosen for året er redusert noe på bakgrunn av lavere aktivitet pr. oktober på døgn og dag, men økt på poliklinikk der det er høyere ISF-poeng enn budsjett.

Polikliniske konsultasjoner psykisk helse og rus

Antall polikliniske konsultasjoner er i oktober 842 konsultasjoner over budsjett for VOP og TSB samlet, og 1 132 konsultasjoner over budsjett for BUP. Hittil i år er VOP og TSB samlet 642 konsultasjoner over budsjett, og BUP er 10 469 konsultasjoner over budsjett. Prognosen for året er etter oktober økt for VOP og TSB.

Statusrapport

Handlingsplan for bærekraftig utvikling

november 2023



Status er basert på informasjon mottatt fra virksomhetsområdene pr 08.11.2023. Teksten er oppdatert med status frem til godkjenningstidspunktet.

Innhold

1. Bakgrunn og innledning.....	3
2. Handlingsplan for bærekraftig utvikling.....	3
2.1. Standardisering.....	4
2.2. Team og oppgavedeling.....	5
2.3. Digital transformasjon.....	7
2.4. Organisering og struktur.....	8
2.5. Nytt Sykehus i Drammen.....	10
2.6. Resultatoppnåelse.....	11
3. Toleransegrenser.....	12

1. Bakgrunn og innledning

Formålet med denne rapporten er å gi en samlet status på fremdrift, avvik og risiko i forbindelse med gjennomføringen av Handlingsplan for bærekraftig utvikling i Vestre Viken («Bærekraftsplan»).

Toleranser er beskrevet i kapittel 3.

1. Handlingsplan for bærekraftig utvikling.

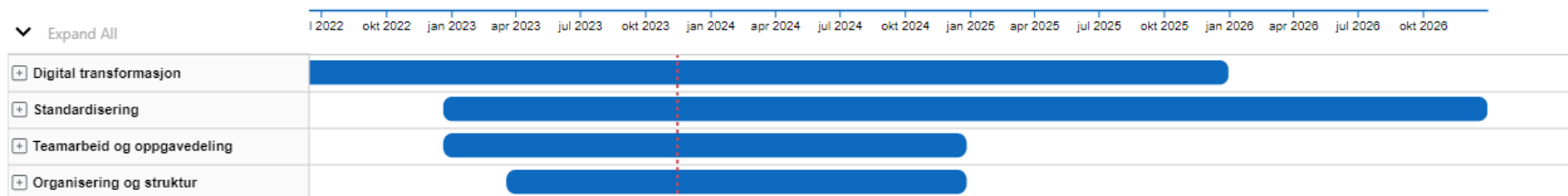
For en detaljert oversikt over arbeidet med Bærekraftsplanen henvises til SharePoint-siden: [VVHF-X-Bærekraftsplanen – Home \(sharepoint.com\)](#)

Aktiviteten knyttet til ferdigstillelse av handlingsplaner for bærekraftig utvikling økte i oktober. Planleggingsarbeidet i klinikker og staber har resultert i mer konkrete handlingsplaner av høyere kvalitet. Arbeidet er ikke helt ferdig, og i mange tilfeller gjenstår det å periodisere forventet uttak av gevinster i tillegg til å vurdere risikoen for hvert tiltak. Handlingsplaner med periodisert forventet uttak av gevinster vil oppdateres til neste rapportering i desember.

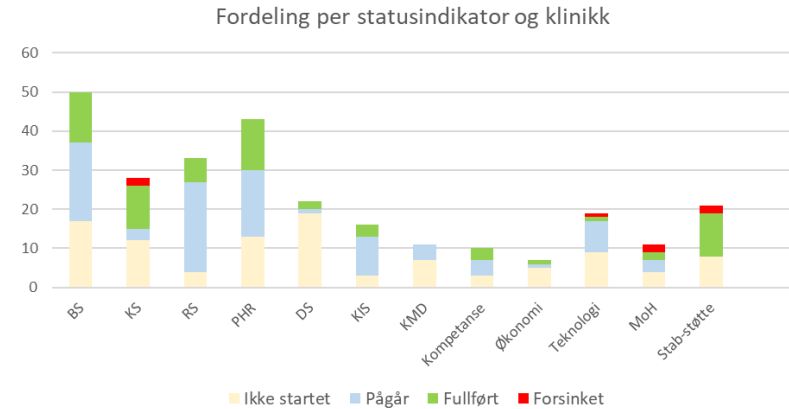
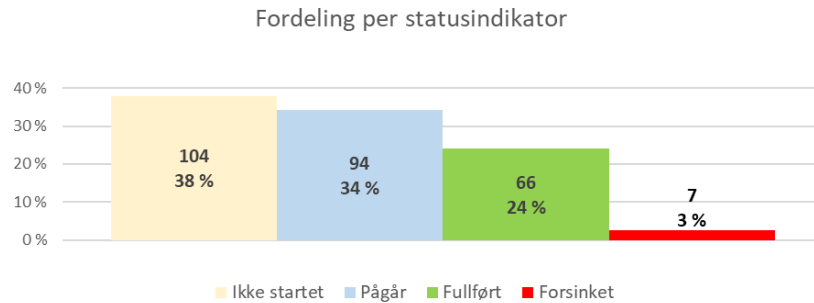
Oppdater planen.

På grunn av størrelsen av den konsoliderte handlingsplanen på tiltaksnivå kan den ikke vises i dette dokumentet. En fullstendig og detaljert handlingsplan for alle virksomhetsområder er publisert på SharePoint-siden [VVHF-X-Bærekraftsplanen – Home \(sharepoint.com\)](#).

Handlingsplan på tiltaksområde-nivå:



Overordnet oversikt over status på fremdrift:



1.1. Standardisering

KIS rapporterer risiko knyttet til tiltaket *Utskifting til LED-lys*. Risikoen gjelder finansiering av utskifting og konsekvensen er svært alvorlig - mørklagte lokaler, herunder nød- og ledlys. Det mangler risikovurdering på de fleste tiltak. Likeledes mangler det periodisering av forventet uttak av gevinster gjennom 2024. Gevinstmål for 2024 er heller ikke fullt ut brutt ned på tiltak.

Klinikk/Stab	Milepæl/Aktivitet/Oppgave	Status for fremdrift og risiko		Fremdriftsplan		Gevinstrealisering i 2024 (periodisert)												
		Status	Risiko	Start	Slutt	Gevinstmål (MNOK)	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des
BS	Sikre full utnyttelse av alle operasjonsteam - Forbedring Operasjonsforløpet	Pågående		04.09.2023	23.10.2023													
BS	Driften av MED dagpost overføres til MGEN - Forventet effekt økt poliklinisk aktivitet og kortere liggetid ved MGEN	Pågående		02.01.2024	02.01.2024	0,0												
KS	Pol samlet etter BRK	Ikke startet		02.01.2024	23.10.2024	2,5												
KS	Ny modell for planlegging av Ort og Gyn pol. Innføres i to steg.	Ikke startet		02.01.2024	21.08.2024	2,5												
RS	Drift/ organisering av poliklinikk i de somatiske klinikkene	Pågående		02.01.2023	15.02.2024	5,6												
DS	Varekostnader	Pågående		02.11.2023	01.02.2024	3,5												
DS	Turnusplaner 24/7	Ikke startet		01.12.2023	01.05.2024	7,0												

DS	Polikliniske timer satt opp for alle pasienter	Pågår		02.11.2023	15.01.2024	3,0													
DS	Polikliniske timer på morgenen	Ikke startet		31.12.2023	31.12.2023	3,0													
DS	Arbeidsplaner /tjenesteplaner leger	Ikke startet		01.12.2023	15.12.2023														
DS	Kodesikring pasientdata	Ikke startet		15.12.2023	01.10.2024	7,0													
DS	Sykefraværsoppfølging	Ikke startet		15.01.2024	15.01.2025	5,0													
KIS	Arealeffektivisering	Pågår		18.09.2023	31.12.2026														
KMD	Bilde- og laboratorietjenester	Pågår		-	-														
KMD	Analyseverktøy: Analyseverktøy Bilde ferdig utviklet og klar til bruk	Pågår		01.11.2023	01.02.2024														
KMD	Fagrevisjonen Riktig Bruk av Lab og Bilde: Resultater av fagrevisjonen foreligger	Ikke startet		31.01.2024	31.05.2024	1,0													
KMD	Analysehall: Implementering, validering, og opplæring på RS	Pågår		01.08.2023	29.02.2024														
KMD	Analysehall: anskaffet og implementert ved RS	Pågår		31.03.2024	31.03.2024	3,0													
KMD	Analysehall: Implementering, validering, og opplæring på KS	Ikke startet		01.03.2024	30.09.2024														
KMD	Analysehall: anskaffet og implementert ved KS	Ikke startet		31.10.2024	31.10.2024														
KMD	Analysehall: Bærum: BRK - Implementering, validering, og opplæring	Ikke startet		01.06.2024	28.02.2025														
KMD	Analysehall: anskaffet og implementert ved BS	Ikke startet		31.03.2025	31.03.2025														
KMD	Analysehall: Implementering, validering og opplæring NSD	Ikke startet		01.11.2024	31.08.2025														
KMD	Analysehall: anskaffet og implementert ved NSD	Ikke startet		-	-														
PHR	Pasientforløp VOP/TSB - mottakspåkl, tilbud etter utskrivning, FACT	Pågår	Moderat	16.10.2023	01.03.2024	1,0			0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Kompetanse	Turnusplanlegging	Pågår		14.08.2023	30.11.2024	0,0													
Økonomi	Forbruksvarer og legemidler	Pågår		01.06.2023	31.10.2023	11,5													
Økonomi	Effektiv rapportering - i sentrale staber	Pågår		11.10.2023	31.01.2024	0,0													
KIS	Grønn mobilitet.	Pågår		01.10.2023	30.06.2024	2,0													
KIS	Utskifting av 60% av lyskilder, herunder nød og ledelys, til LED lyskilder. Trinnvis 2024-2026	Ikke startet	Vesentlig	02.01.2024	31.12.2026	1,0													
KIS	Dialog med aktuelle klinikker for gjennomgang av avvik fra beste praksis	Pågår		15.08.2023	30.11.2023	0,9													
Totalt						59,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

1.2. Team og oppgavedeling

Kongsberg sykehus rapporterer forsinkelser på 2 tiltak og planlegger oppfølging av dette:

- Sengepost A og B- bemanning iht. budsjett
- AKU ned 15% i driftskostnad

Det mangler risikovurdering på de fleste tiltak. Likeledes mangler det periodisering av forventet uttak av gevinster gjennom 2024. Gevinstmål for 2024 er heller ikke fullt ut brutt ned på tiltak.

		Status for fremdrift og risiko		Fremdriftsplan		Gevinstrealisering i 2024												
Klinikk/Stab	Milepæl/Aktivitet/Oppgave	Status	Risiko	Start	Slutt	Gevinstmål (MNOK)	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des
BS	Sikre pasientforløp sengepost	Ikke startet		-	-	9,1												
BS	Endring ferieavvikling og bemanning i lavdriftsperioder - Sommerferieavvikling	Pågår		31.10.2023	01.03.2024	0,0												
BS	Revidere legens arbeidsplaner inkl. bruk av UTA for å sikre samsvar aktivitet og ressurser	Pågår		30.09.2023	02.02.2024	0,0												
BS	Redusert innleie	Pågår		01.09.2023	31.12.2023	8,5												
BS	Optimalisering drift AIO	Pågår		30.06.2023	01.11.2023													
KS	Sommerpilot samdrift av Kir og Med post	Fullført		15.06.2023	15.08.2023	0,7	0,7											
KS	Sommer-Pilot: 12,5t-Vakter	Fullført		15.06.2023	15.08.2023	0,8	0,8											
KS	Sengepost A og B- bemanning iht budsjett	Forsinket		25.09.2023	09.10.2023	6,0												
KS	Sammenslåing Post A, B	Pågår		10.10.2023	31.03.2024	2,0												
KS	Innføring 12,5t-Vakter Permanent sengeposter	Ikke startet		31.03.2024	31.03.2024	1,0												
KS	Intensiv elektiv PO.	Pågår		10.10.2023	31.03.2024	1,2												
KS	AKU ned 15% i drifts kost	Forsinket		11.10.2023	29.10.2023	2,8												
KS	Pasientflyt og prosesser i akuttområdet.	Ikke startet		25.10.2023	25.10.2023													
KS	Implementere tre-trinn Master surgery scheduling	Pågår		12.10.2023	28.02.2024	6,0												
KS	Oppgavedeling Logistikk, lager og innkjøp	Fullført		-	-													
RS	Arbeidstid – rekruttering – sammensetning av Team	Pågår		02.01.2023	15.12.2023	3,5												
RS	ARP AIO	Pågår		02.01.2023	15.12.2023	2,2												
DS	Operasjonsplanlegging	Ikke startet		01.12.2023	15.12.2023	4,0												
KIS	Oppgavedeling (Ressursoverføring fra andre klinikker)			01.02.2023	27.12.2024	0,0												
Kompetanse	Sjekkliste for vurdering i forkant av utlysning og ansettelse i ledig stilling er iverksatt			27.06.2023	27.06.2023	0,0												
Totalt						47,8	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

1.3. Digital transformasjon

Det mangler risikovurdering på de fleste tiltak. Likeledes mangler det periodisering av forventet uttak av gevinster gjennom 2024. Gevinstmål for 2024 er heller ikke fullt ut brutt ned på tiltak.

To tiltak i Digital transformasjon porteføljen rapporterer forsinkelser og risiko med vesentlig alvorlighetsgrad:

Helselogistikk-prosjektet

Avvik: Pilot er ytterligere forsinket grunnet manglende kvalitet og leveranse av område C, som er kritisk for nytt sykehus. Dette skyldes forsinkelser hos leverandør og prioriteringer i regionalt prosjekt.

Risiko: Redusert eller manglende IKT funksjonalitet knyttet til driftskonsepter ved åpning nytt sykehus i Drammen for Regional Helselogistikk.

Risikoreduserende tiltak er definert og planlagt. Porteføljestyret i VVHF er orientert.

Teknologikostnader – kostnadsreduksjon

Avvik: 2024-2026 Dypdykk Sykehuspartner budsjett kortsiktig tiltak 2023: forsinkelser.

Risiko: Kartlegge samlede IKT-kostnader og gevinster for nytt sykehus i Drammen. - Utfordrende å skaffe oversikt for kvantitativt gevinstpotensial. Dette gjelder spesielt ved regionale prosjekter som har dels beskrevne prosjekter og oftest i generelle termer.

		Status for fremdrift og risiko		Fremdriftsplan		Gevinstrealisering i 2024												
Klinikk/Stab	Milepæl/Aktivitet/Oppgave	Status	Risiko	Start	Slutt	Gevinstmål (MNOK)	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des
BS	Digital hjemmeoppfølging - innenfor Kreft			-	-	0,0												
RS	Digital hjemmeoppfølging og telefon-/videokonsultasjoner - avklare potensialet pr respektive fagområde	Pågå		02.01.2023	02.01.2023	0,0												
KMD	Kunstig intelligens innen bildediagnostikk	Pågå		01.01.2021	31.12.2025	1,0												
Teknologi	Teknologikostnader - kostnadsreduksjon	Forsinket	Vesentlig	01.06.2023	30.06.2024	2,5	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Teknologi	Helselogistikk	Forsinket	Vesentlig	01.06.2023	31.12.2025	0,0												
Teknologi	Sporingsteknologi - pilot MTU BS - status oppdatert	Ikke startet		31.12.2023	31.12.2023	0,0												
Teknologi	Sporingsteknologi - nye områder - status oppdatert	Ikke startet		31.12.2023	31.12.2023	0,0												
Teknologi	Kunstig intelligens - turnusplanlegging - status oppdatert	Ikke startet		31.12.2023	31.12.2023	0,0												
Teknologi	Kunstig intelligens - pasientovervåking - status oppdatert	Ikke startet		31.12.2023	31.12.2023	0,0												
Teknologi	VR-teknologi PHT og PHR - status rapportert	Ikke startet		31.12.2023	31.12.2023	0,0												
Teknologi	Droneteknologi - transport for blodprodukter	Pågå		02.01.2024	30.06.2024	0,0												
Teknologi	Droneteknologi - prosjekt Asker og Bærum kommuner og Sunnaas sykehus	Ikke startet		30.06.2024	31.12.2025	0,0												

MoH	Program for digital hjemmeoppfølging	Pågå		01.01.2019	27.12.2024														
Totalt						3,5	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3

1.4. Organisering og struktur

Det mangler risikovurdering på de fleste tiltak. Likeledes mangler det periodisering av forventet uttak av gevinster gjennom 2024. Gevinstmål for 2024 er heller ikke fullt ut brutt ned på tiltak.

Det er rapportert forsinkelse ifm. etablering av fagutvalg innenfor hematologi, endokrinologi, urologi for intensivområdet som opprinnelig skulle vært gjennomført innen 30. juni. Ansvarlig stab bør definere og igangsette konsekvensreducerende tiltak, samt oppdatere sin tiltaksplan med aktuelle datoer.

Moderat risiko er rapportert.

Risikofaktorene knyttet til PHR sine tiltak:

- Sykdom, faglige uenigheter, manglende etterlevelse, negativ oppmerksomhet, negativt partssamarbeid – potensiell konsekvens er forsinkelse.
- Økt press innleggelse på åpne døgnsesjoner - potensiell konsekvens er redusert gevinst.

Risikofaktorene knyttet til Stab-støtte sine tiltak:

- Forsinkelses i prioritering og planlegging.

Klinikk/Stab	Milepæl/Aktivitet/Oppgave	Status for fremdrift og risiko		Fremdriftsplan		Gevinstrealisering i 2024													
		Status	Risiko	Start	Slutt	Gevinstmål (MNOK)	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	
BS	2.5.1 K2/K3/GYN/Barsel - ny organisering	Pågå		01.09.2023	25.03.2024	0,0													
BS	5.2.2 ORT/MGSR (+SEF) - ny organisering?	Pågå		06.09.2023	16.02.2024	0,0													
BS	Økt aktivitet dagkirurgen	Pågå		01.05.2023	18.10.2023	12,6													
BS	SDI - Optimal bruk av Prerom	Ikke startet		-	-														
PHR	Rokade - bygg	Pågå	Moderat	25.09.2023	27.12.2024	1,0												0,5	0,5
PHR	Omstilling BUPA (inkl tilpasning NSD)	Pågå	Moderat	16.08.2023	21.12.2023	9,0		0,2	0,3	0,4	0,6	0,8	0,9	1,0	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
PHR	Tilpasning til ramme DPS - liggetid, KPP og beste praksis	Pågå	Moderat	01.04.2023	01.04.2024	3,0			0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
PHR	Tilpasning til ramme Blakstad - liggetid. bemanning avd. for spesialpsyk.	Pågå	Moderat	17.09.2023	31.05.2024	5,0	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
PHR	Bemanning - ferieavvikling/sommerstenging	Pågå	Moderat	03.10.2023	11.08.2024	1,0							0,5	0,5					
KIS	NSD - delprosjekter			30.09.2023	29.02.2024														
Kompetanse	Innføre sjekklister til vurdering av behov for å opprette/reansette stillinger for å sikre samordning av ressursbruk på tvers av stabene.	Fullført		01.06.2023	30.09.2023	0,0													
Teknologi	Digital utstyrsforvaltning hjemmebehandling - søknad om ekstern finansiering (Bever)	Pågå		01.06.2023	13.09.2023	0,0													
Teknologi	Inngått avtale mellom VVHF og MHH om forvaltning, drift og intern kontroll av MTU	Pågå		01.09.2023	31.12.2023	0,0													

Teknologi	Systemeierforum: Etablert modell for oppfølging av systemeierskap. Krav til oppfølging av systemkostnader fra Sykehuspartner, samt realisering av gevinster ved utbedring av systemer og restanser i ROS	Ikke startet		01.10.2023	27.12.2024	0,0													
Teknologi	Implementere MS 365	Pågår		02.01.2024	30.06.2024	0,0													
Teknologi	Utredet organisering av oppgaver for klinisk systemforvaltning i sentrale staber, samt mellom sentrale staber og klinikk	Ikke startet		02.01.2024	30.06.2024	0,0													
Teknologi	Utredet organisering av transportoppgaver mellom KIS og BHM	Ikke startet		15.09.2023	15.12.2023	0,0													
MoH	Besluttet flytting av barnepoliklinikk Bærum sykehus til Drammen sykehus	Fullført		15.06.2023	15.06.2023														
MoH	Etablere fagutvalg innenfor hematologi, endokrinologi og urologi	Forsinket		30.06.2023	30.06.2023														
MoH	Etablere fagutvalg for intensivområdet	Forsinket		30.06.2023	30.06.2023														
MoH	Gjennomføre flytting av barnepoliklinikk fra Bærum til Drammen	Fullført		01.08.2023	01.08.2023														
MoH	Videre utredning av potensialet for samordning av tjenester på tvers av lokasjoner	Pågår		25.09.2023	25.09.2023														
MoH	Etablert transportordning for syke nyfødte samt intensivtransporttilbud	Pågår		25.09.2023	02.01.2024														
MoH	Iverksette ny organisering og vaktlinje urologi ihht. ny organisering	Ikke startet		15.01.2024	15.01.2024														
MoH	Iverksette ny organisering av fagområdet hematologi	Ikke startet		15.01.2024	15.01.2024														
MoH	Iverksette ny organisering av fagområdet endokrinologi	Ikke startet		15.01.2024	15.01.2024														
MoH	Iverksette plan for organisering og planlagt kapasitet for intensivområdet	Ikke startet		15.01.2024	15.01.2024														
Stab-støtte	Bruk av Finn.no ved rekruttering - vurdering	Pågår		21.09.2023	31.10.2023	0,7													0,7
Stab-støtte	Rutine for nyansettelse og reansettelse	Fullført		04.09.2023	04.09.2023	1,5													1,5
Stab-støtte	Utkontraktering av brannvernopplæring	Fullført		05.09.2023	25.10.2023														
Stab-støtte	Redusert stilling(er) i Stab medisin og helsefag varig effekt	Fullført		01.07.2023	31.12.2023	0,3	0,3												
Stab-støtte	Redusert stilling(er) i Stab kommunikasjon og samfunnskontakt varig effekt	Fullført		01.07.2023	31.12.2023	0,4	0,4												
Stab-støtte	Større omstillingsprosesser i sentrale staber	Pågår	Moderat	05.09.2023	18.12.2023														
Totalt						34,5	1,0	0,5	0,8	0,9	1,2	1,6	1,7	2,3	2,5	2,0	2,5	4,7	

1.5. 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 målbar																								
Navn	Eier	Leder	Fase	Resurser	Tid	Omfang	Risiko	Kvalitativ Gevinst	Kvantitativ Gevinst															
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	Rangseter, Hilde Marit	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆														
PHR																								
VVHF - NSD - PHR Områdefunksjoner	Lærum, Kristin Tafjord	Elgaaen, Tuva	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆														
VVHF - NSD - PHR Driftskonsept Spesialpsykiatri	Gravdal, Tina	Haga, Bård Rime	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆														
Gevinstrealisering NSD																								
Som følge av 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 inneværende 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. Delprosjektene må ses i sammenheng og effekten av nye arbeidsprosesser og oppgavedeling bør konkretiseres på tvers av klinikker, avdelinger og seksjoner.																								
Gevinstplaner for de fire klinikkene skal utarbeides ila. Q1 2024.																								
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 - Laboratoriemedisin - Mikrobiologi																								
VVHF - NSD - PHR Områdefunksjoner																								
VVHF - NSD - PHR Driftskonsept Spesialpsykiatri																								
VVHF - NSD - Nukleærmedisin																								

1.6. Resultatoppnåelse.

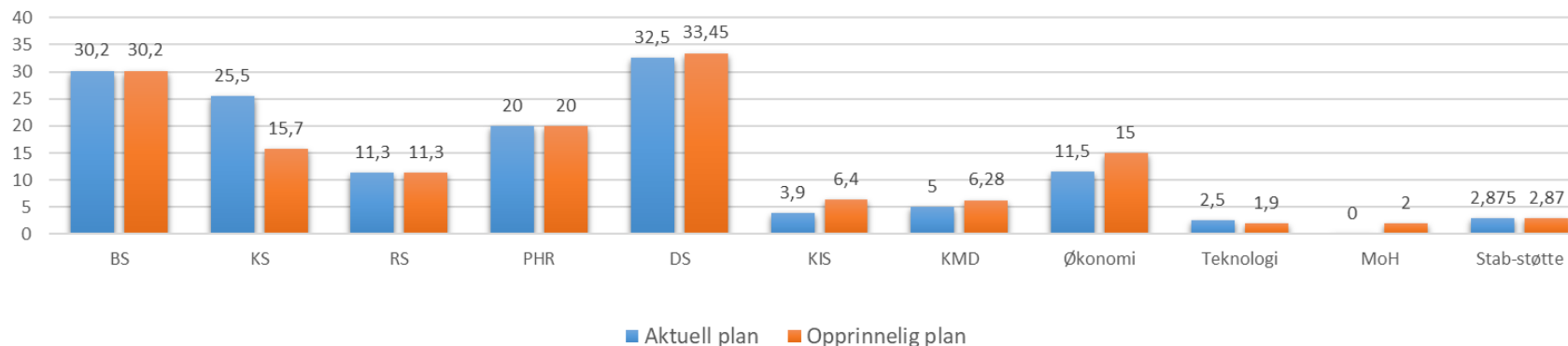
Vestre Viken er i en tidlig fase med implementering av Handlingsplan for bærekraftig utvikling i VVHF. Implementering av endringer er enten pågående eller under planlegging. Først etter at endringene er implementert og den nye kapabiliteten er tatt i bruk vil resultatene bli synlige. Det forventes å se positiv utvikling først fra første kvartal 2024. Gevinstplaner knyttet til effekter av NSD-relaterte tiltak skal utarbeides i de relevante klinikkene ila. Q1 2024.

Gevinstpotensial

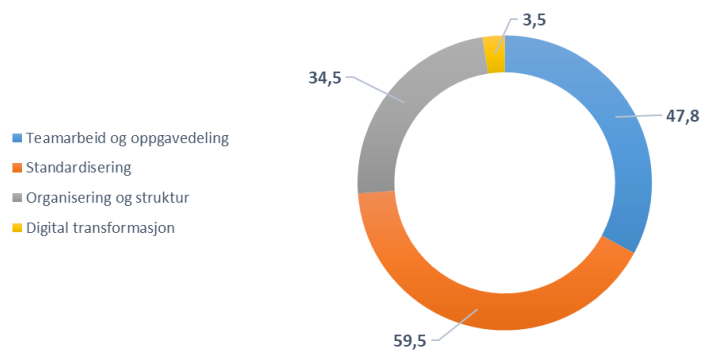
Den aktuelle, oppdaterte handlingsplanen for bærekraftig utvikling i VVHF viser innsparingspotensialet, som er 0,2 millioner kroner høyere enn opprinnelig planlagt.

Mål 2024 (NOK)	Aktuell plan	Opprinnelig plan	Avvik
	145,3	145,1	0,2

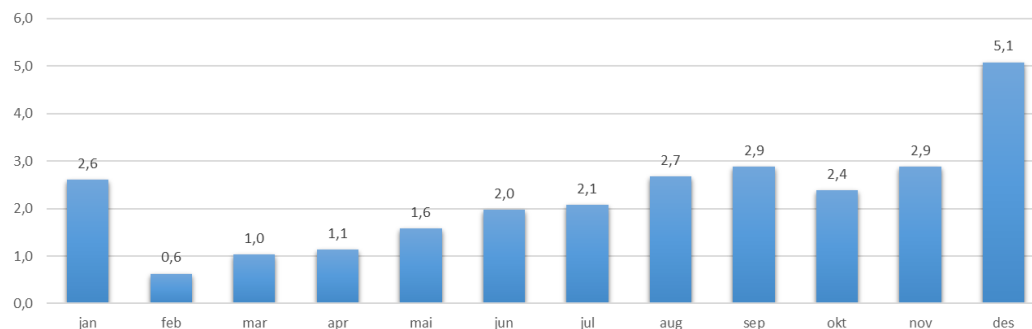
Forventet effekt i MNOK



Fordeling pr tiltaksområde



Periodisert uttak av gevinster i 2024 (MNOK)



2. Toleransegrenser.

Status:

Parameter	GRØNN	GUL Ved gul rapportering vurderes ulike tiltak	RØD Ved rød rapportering skal tiltak beskrives
KOST	Konsept: Prognose innenfor budsjett Planlegging: Prognose innenfor budsjett Gjennomføring: Prognose innenfor budsjett	Konsept: Prognose 0-15% over budsjett Planlegging: Prognose 0-15% over budsjett Gjennomføring: Prognose over budsjett, men innenfor styringsrammen (P50)	Konsept: Prognose mer enn 15% over budsjett Planlegging: Prognose mer enn 15% over budsjett Gjennomføring: Prognose over styringsrammen (P50)
TID	Som planlagt eller bedre. Innenfor planlagt slakk.	Mindre avvik. Utenfor planlagt slakk.	Vesentlige avvik. Sluttemilepøl er truet.
OMF= Omfang (inkl. kvalitet)	Som planlagt eller ubetydelig endring i omfang.	Litt dårligere enn avtalt, «ikke kritiske» leveranser tas ut av omfang ELLER det er forventning om økning i omfang.	Vesentlig reduksjon i omfang eller økt forventning til omfang.
RISK = Risiko	Risikoeksponeringen i prosjektet er akseptabel (innenfor toleranse). Prosjektleder vurderer at det er tilstrekkelig tiltak og/eller oppfølging fra risikoer.	Risikoeksponeringen i prosjektet er i grensen av det som kan aksepteres (toleranse). Prosjektleder vurderer at det er usikkert om det er tilstrekkelig tiltak og/eller oppfølging fra risikoer.	Risikoeksponeringen i prosjektet er over det som kan aksepteres (toleranse). Prosjektleder vurderer at det ikke er tilstrekkelig tiltak og/eller oppfølging fra risikoer.
BRUK = Ibruktage og gevinstrealisering	Som planlagt eller ubetydelig endring i forberedelse til ibruktage og gevinstrealisering.	Litt dårligere enn planlagt mtp. forberedelse til ibruktage og gevinstrealisering, men det er fortsatt innenfor toleranse.	Langt dårligere (utenfor det som kan tolereres) mtp. forberedelse til ibruktage og gevinstrealisering.
DRIFT = Forberedelse til overlevering til forvaltning og drift	Forberedelse til overlevering til drift og forvaltning går som planlagt.	Forberedelse til overlevering til drift og forvaltning er noe forsinket, men det er fortsatt innenfor toleranse for avvik.	Forberedelse til overlevering til drift og forvaltning er betydelig forsinket.

Risiko:

Sannsynlighetsskala

Verdi	Benevning	Sannsynlighet	Forklaring
1	Meget liten	Mindre enn 10 %	blir veldig overrasket om det skjer
2	Liten	Mellom 10 % og 35 %	tror ikke det vil skje
3	Moderat	Mellom 35 % og 65 %	kan skje
4	Stor	Mellom 65 % og 90 %	Ganske stor sjanse for det skjer
5	Svært stor	Større enn 90 %	blir overrasket om det <u>ikke</u> skjer

Konsekvensskala for trusler (negative konsekvenser)

Verdi	Benevning	Pasientsikkerhet	Kvalitet	Fremdrift	Økonomi
- 1	Marginal	Ubetydelig pasientskade, ubetydelige endringer i pasientens medisinske tilstand	Ubetydelige forverring i kvalitet	Ubetydelige forverring i fremdrift.	Overskridelse < W mill NOK
- 2	Liten	Mindre alvorlig pasientskade, mindre alvorlig endringer i pasientens medisinske tilstand	Kvaliteten må justeres ned i forhold til prosjektets egne (interne) ambisjoner	Forskyving i leveranser innenfor planlagt slakk	W mill NOK < overskridelse < X mill NOK
- 3	Moderat	Alvorlig pasientskade. Alvorlig endring i pasientens medisinske tilstand.	Kvaliteten blir litt dårligere enn avtalt	Forskyving i leveranser ut over planlagt slakk, men uten å endre kritisk linje	X mill NOK < overskridelse < Y mill NOK
- 4	Alvorlig	Svært alvorlig pasientskade. Fare for tap av liv	Kvaliteten blir vesentlig dårligere enn avtalt	Forskyving av leveranser på kritisk linje	Y mill NOK < overskridelse < Z mill NOK
- 5	Svært alvorlig	Tap av liv	Leveransen blir ikke akseptert	Sluttmilepæl ikke nådd (vesentlig utsettelse av prosjektets planlagte sluttdato)	Overskridelse > Z mill NOK

Grenseverdiene for økonomi (kostnad) må settes av prosjektet og avtales med prosjekteier. Dette fordi de kan variere fra prosjekt til prosjekt

Rapport for risikoanalyse

VV Måloppnåelse Bærekraftsplanen

Type Enkel analyse

Status Under behandling - Analyserer

ID 1165

Versjon 0

Risikoområde Måloppnåelse - enkel

Mappe Måloppnåelse Driftsavtaler og planer

Opprettet 31.10.2023

Utskriftsdato 20.11.2023

Registrert av Kristin Wien

Ansvarlig Inger Lise Hallgren

Implementeringsansvarlig -

Innhold

1. Analyseinformasjon	3
2. Hendelser	3
3. Matriser	9
4. Evalueringskonklusjon	10

1. Analyseinformasjon

1.1. Hensikt/Mål

Risikovurdering/kartlegging av risiko for manglende måloppnåelse av tiltakene i Bærekraftsplanen gjennom en vurdering av de fire satsingsområdene: Standardisering, Teamarbeid og oppgavedeling, Digital transformasjon og Organisering og struktur.

1.2. Bakgrunn

Styret har gitt Vestre Viken i oppdrag å risikovurdere gjennomføringsevne/måloppnåelse bærekraftsplanen.

1.3. Beskrivelse

Risikovurderingen gjennomføres som en grovanalyse av de fire satsningsområdene der kun konsekvens for måloppnåelse blir vurdert.

2. Hendelser

2.1. Hendelse: Manglende prioritering av tiltak

Tiltakene mangler konkret plan for gjennomføring.

Det må gjennomføres en prioritering av tiltak i forhold til hva som fremkommer i en prioriteringsmatrise

Tiltak med størst effekt og liten innsats prioriteres

Tiltak med størst effekt og stor innsats prioriteres

Lavthengende frukter skal bare "plukkes" ned og gjennomføres.

Sannsynlighet - før	Sannsynlighet - etter
Stor sannsynlighet	Meget liten sannsynlighet

2.1.1. Konsekvensområder

Tittel	Konsekvens - før	Konsekvens - etter
Måloppnåelse	Betydelig	Betydelig

2.2. Hendelse: Manglende forståelse for helheten

Lokal motstand mot endringer som totalt sett for foretaket kan være en fordel. Verner om egne ressurser. Gevinsten hentes ut et annet sted, ser ikke "whats in it for me".

Det er store kulturelle ulikheter klinikkene i mellom

Sannsynlighet - før	Sannsynlighet - etter
Stor sannsynlighet	Liten sannsynlighet

2.2.1. Konsekvensområder

Tittel	Konsekvens - før	Konsekvens - etter
Måloppnåelse	Betydelig	Betydelig

2.2.2. Eksisterende tiltak

Ressursteam

2.3. Hendelse: Manglende forankring og involvering

Ledere, Ansatte, tillitsvalgte og verneombud

Oppfattelse av at endringer beskrevet i planen gjør det verre enn i dag - dvs dårligere.

Fare for å miste viktig kompetanse og nøkkelpersoner pga. manglende forankring

Sannsynlighet - før	Sannsynlighet - etter
Stor sannsynlighet	Meget liten sannsynlighet

2.3.1. Konsekvensområder

Tittel	Konsekvens - før	Konsekvens - etter
Måloppnåelse	Betydelig	Betydelig

2.4. Hendelse: Gevinstuttak er overvurdert

Tidspress på resultater - for høy forventning til raske gevinster

For lite tid til testing av ideer og justering før implementering

Fare for manglende implementering

Tiltakene ikke kraftfulle nok

Sannsynlighet - før	Sannsynlighet - etter
Stor sannsynlighet	Moderat sannsynlighet

2.4.1. Konsekvensområder

Tittel	Konsekvens - før	Konsekvens - etter
Måloppnåelse	Betydelig	Moderat

2.4.2. Eksisterende tiltak

Sentralt ressursteam

2.5. Hendelse: Politisk motstand

Sannsynlighet - før	Sannsynlighet - etter
Svært stor sannsynlighet	Stor sannsynlighet

2.5.1. Konsekvensområder

Tittel	Konsekvens - før	Konsekvens - etter
Måloppnåelse	Moderat	Moderat

2.6. Hendelse: Manglende lederkraft, tid og kompetanse

Stort spenn på oppgaver for lederne som gir for lite tid til å prioritere endringsarbeid, Ledere har for lite kompetanse i endringsarbeid

Dagens organisering kan være til hinder for måloppnåelse

Sannsynlighet - før	Sannsynlighet - etter
Stor sannsynlighet	Liten sannsynlighet

2.6.1. Konsekvensområder

Tittel	Konsekvens - før	Konsekvens - etter
Måloppnåelse	Betydelig	Betydelig

2.6.2. Eksisterende tiltak

Etablere system som sikrer at vi utnytter kapasitet på tvers - VV som helhet
Sentralt ressursteam

2.7. Hendelse: Profesjonskamp

Motstand i fagmiljøer

Sannsynlighet - før	Sannsynlighet - etter
Moderat sannsynlighet	Liten sannsynlighet

2.7.1. Konsekvensområder

Tittel	Konsekvens - før	Konsekvens - etter
Måloppnåelse	Betydelig	Betydelig

2.7.2. Eksisterende tiltak

Etablere system som sikrer at vi utnytter kapasitet på tvers - VV som helhet
--

2.8. Hendelse: Manglende effekt av å ta i bruk nye digitale systemer

Det tar for lang tid før nye digitale løsninger tas optimalt i bruk

For lav kompetanse til å ta systemene i bruk

Venter på at de store prosjektene og løsningene skal løse problemet for oss.

Manglende forståelse for at nye løsninger krever endrede arbeidsprosesser

Lite ressurser i mottaksprosjekt

Ikke avsatt nok tid til opplæring

Sannsynlighet - før	Sannsynlighet - etter
Moderat sannsynlighet	Moderat sannsynlighet

2.8.1. Konsekvensområder

Tittel	Konsekvens - før	Konsekvens - etter
Måloppnåelse	Moderat	Moderat

2.9. Hendelse: Ikke nok støtte eksternt og internt for å endre/innføre nye digitale løsninger

Manglende kompetanse til opplæring og bruk av digitale systemer

Ikke avsatt nok tid til opplæring

Sannsynlighet - før	Sannsynlighet - etter
Moderat sannsynlighet	Liten sannsynlighet

2.9.1. Konsekvensområder

Tittel	Konsekvens - før	Konsekvens - etter
Måloppnåelse	Betydelig	Moderat

2.9.2. Eksisterende tiltak

Etablere system som sikrer at vi utnytter kapasitet på tvers - VV som helhet
Sentralt ressursteam

2.10. Hendelse: Fare for at arbeidsprosessene ikke endres når vi innfører noe nytt (oppgaver og organisering)

Fortsetter å jobbe på "gamlemåten" selv om arbeidsprosessene endres og det krever nye måter å jobbe på og nye samarbeidsformer fks.

Det settes ikke av tid til å endre og teste ut nye arbeidsprosesser

Sannsynlighet - før	Sannsynlighet - etter
Moderat sannsynlighet	Liten sannsynlighet

2.10.1. Konsekvensområder

Tittel	Konsekvens - før	Konsekvens - etter
Måloppnåelse	Betydelig	Betydelig

2.10.2. Eksisterende tiltak

Sentralt ressursteam

2.11. Hendelse: Økt henvisningsmengde

Flere og flere vil henvises til spesialisthelsetj.

Økende antall pasienter med kreft lever lenger og har behov for helsetjenester

Politiske føringer

Sannsynlighet - før	Sannsynlighet - etter
Moderat sannsynlighet	Moderat sannsynlighet

2.11.1. Konsekvensområder

Tittel	Konsekvens - før	Konsekvens - etter
Måloppnåelse	Moderat	Moderat

2.12. Hendelse: Manglende måloppnåelse i bærekraftsplanen fordi NSD må prioriteres

NSD må prioriteres i forhold til bruk av ressurser.

Dette vil kunne forsinke oppstart av enkelte områder/tiltak i Bærekraftsplanen.

NSD kan være en "test" for de andre klinikkene for ting som skal gjennomføres i Bærekraftsplanen, dvs. de prioriteres først og bidrar til enklere implementering i de andre klinikkene.

Sannsynlighet - før	Sannsynlighet - etter
Stor sannsynlighet	Stor sannsynlighet

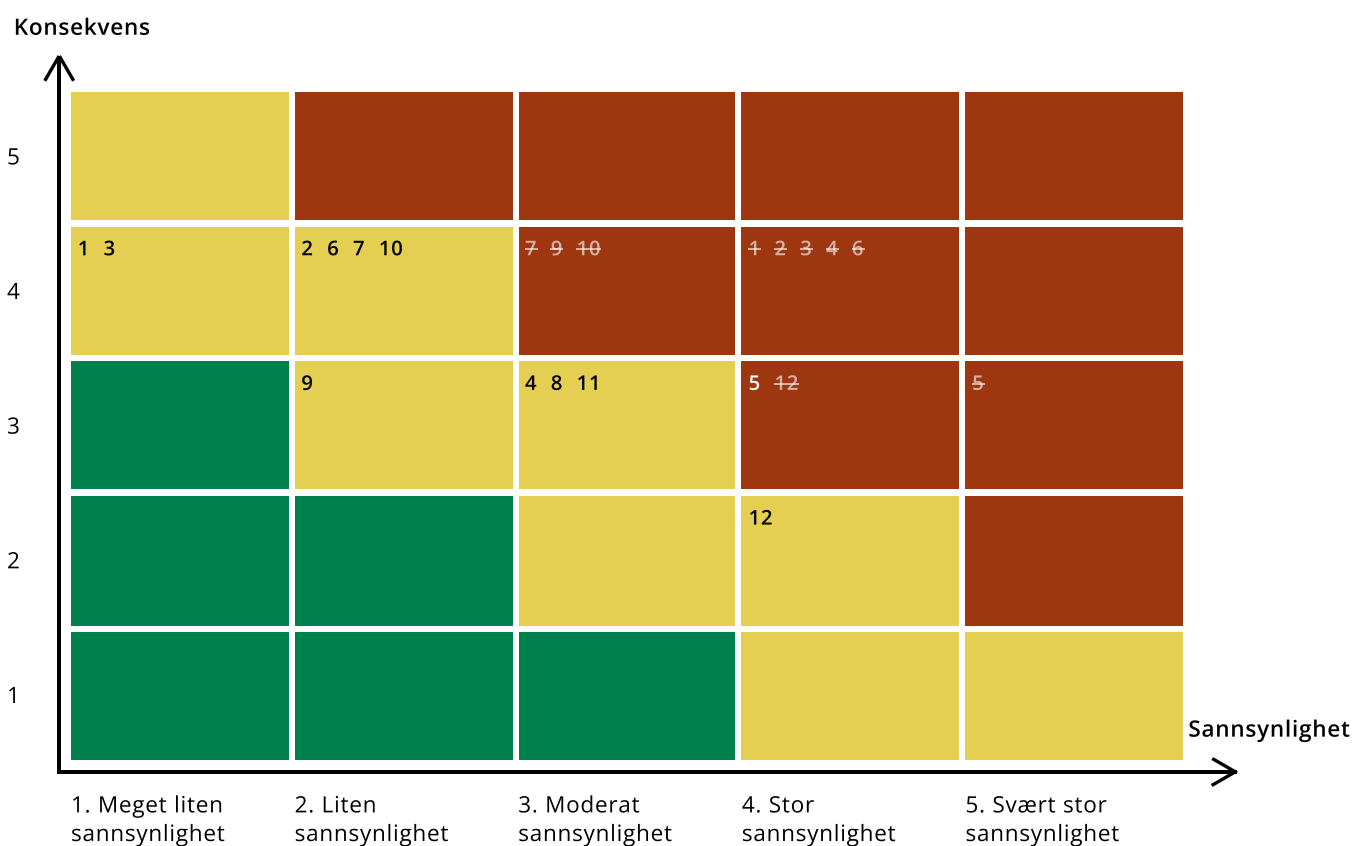
2.12.1. Konsekvensområder

Tittel	Konsekvens - før	Konsekvens - etter
Måloppnåelse	Moderat	Mindre alvorlig













3. Matriser

3.1. Måloppnåelse

3.1.1. Før og etter



ID	Før til etter	Hendelse	Konsekvensområde
1		Manglende prioritering av tiltak	Måloppnåelse
2		Manglende forståelse for helheten	Måloppnåelse
3		Manglende forankring og involvering	Måloppnåelse
4		Gevinstuttak er overvurdert	Måloppnåelse
5		Politisk motstand	Måloppnåelse
6		Manglende lederkraft, tid og kompetanse	Måloppnåelse

ID	Før til etter	Hendelse	Konsekvensområde
7	 → 	Profesjonskamp	Måloppnåelse
8	 → 	Manglende effekt av å ta i bruk nye digitale systemer	Måloppnåelse
9	 → 	Ikke nok støtte eksternt og internt for å endre/innføre nye digitale løsninger	Måloppnåelse
10	 → 	Fare for at arbeidsprosessene ikke endres når vi innfører noe nytt (oppgaver og organisering)	Måloppnåelse
11	 → 	Økt henvisningsmengde	Måloppnåelse
12	 → 	Manglende måloppnåelse i bærekraftsplanen fordi NSD må prioriteres	Måloppnåelse

4. Evalueringskonklusjon

Bærekraftsplanen er en ambisiøs og omfattende plan som vil kreve mye av organisasjonen fremover. Det er det bred enighet om at de valgte områdene og tiltakene er riktige og fremtidsrettede. Foretaksledelsen, foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud var enige om at Bærekraftsplanen skulle risikovurderes. Det var enighet om at det var nødvendig å kartlegge eventuelle risikoområder som vil være til hinder for måloppnåelse.

Risikokartleggingen ble gjennomført som en workshop hvor foretakstillitsvalgte, hovedverneombud og foretaksledelsen deltok. Risikovurderingen ble gjennomført på et overordnet nivå med fokus på gjennomføringsevne og måloppnåelse innenfor de fire satsingsområdene; Standardisering, Teamarbeid og oppgavedeling, digital transformasjon, organisering og struktur. I tillegg til de 12 risikoområdene som ble definert, ble det også diskutert viktige nye tiltak som må iverksettes.

Tiltakene som er identifisert blir satt inn i en handlingsplan som vil bli fulgt opp med månedlig rapportering.

Dato: 11. november 2023
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Tildeling av kontrakt PET-CT

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte	111/2023	27.11.2023

Forslag til vedtak

Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå kontrakt for anskaffelse av PET-CT med belastning av budsjett 2025 med inntil 40 MNOK.

Drammen, 20. november 2023

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

I forbindelse med nytt sykehus i Drammen ønsker foretaket å investere i en PET/CT som vil installeres i det nye bygget og erstatter dagens modulløsning på operasjonell leie. Styret behandlet dette i sak 34/2023 hvor administrerende direktør fikk fullmakt til å starte anskaffelsesprosessen og be om fullmakt fra Helse Sør-Øst RHF. Slik fullmakt er mottatt fra HSØ 3. juli 2023. Fullmakt forutsatte forbehold om finansiering.

Saksutredning

I sak 79/2023 anmodet foretaket om fullmakt til å belaste investeringsrammen for 2024 før budsjett 2024 formelt er behandlet av styret. Anmodningen omhandlet blant annet fullmakt til inngåelse av kontrakt for anskaffelsen av PET CT og fullmakt ble gitt.

Det er imidlertid klargjort nå at forventet likviditetsbelastning for anskaffelsen av PET-CT først inntreffer i 2025. Anskaffelsesprosessen er ferdigstilt og kontrakt må signeres snarlig. Dette innebærer at foretaket ønsker å forplikte investeringsrammen for 2025 ved signering av kontrakt. Investeringer i 2024 vil bli tilsvarende redusert.

Finansieringsevnen forutsatte at foretaket oppnådde prognostisert resultat for 2023, lagt til grunn i ØLP 2024-2027, samt at gevinstplanen ble realisert. Oppdatert prognose for 2023 innebærer et forventet resultat som er vel 40 MNOK lavere. Finansieringsevnen er følgelig svekket. Når det gjelder PET-CT har foretaket i dag en leasingavtale som koster om lag 6 MNOK pr. år. Anskaffelsen erstatter følgelig denne leasingavtalen og medfører samlet sett reduserte kostnader for foretaket som følge av utstyrets levetid. PET-CT vil prioriteres foran andre nye ønsker og behov for investeringer.

Administrerende direktørs vurderinger

Finansieringsevnen er noe svekket sammenholdt med grunnlaget for styrets beslutning om iverksettelse av anskaffelsesprosessen av en PET-CT. En slik anskaffelse er imidlertid nødvendig for en forsvarlig drift i fremtiden og er økonomisk mer fordelaktig enn dagens løsning med operasjonell leie av en eksternt beliggende modul.

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå kontrakt med belastning av investeringsrammen for 2025.

Dato: 14. november 2023
Saksbehandler: Rune Abrahamsen/
Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Nytt sykehus i Drammen - Parkeringsløsning

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	112/2023	27.11.2023

Forslag til vedtak

1. Styret tar fremlegget om parkeringsløsninger ved NSD til orientering og ber administrerende direktør gå videre i dialog med Tomtegata 64 om etablering av en mulig avtale om leie av parkeringsplasser og forvaltning av egneide parkeringsplasser.
2. Styret ber administrerende direktør legge frem forslag til parkeringsløsninger for prosjektstyret for NSD og anmode om at prosjektet legger til rette for etablering av overflateparkering på parkeringsarealer ved akuttmottaket og PHR.

Drammen, 20. november 2023

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

I sak 20/2023, fremla foretaket mulige parkeringsløsninger ved nytt sykehus i Drammen (NSD). I styrets vedtak bes administrerende direktør om å utrede mulighet for bygging av parkeringshus på egen grunn, samtidig som det måtte sikres areal for midlertidig parkering i påvente av at varige løsninger i parkeringshus blir etablert.

Saksutredning

Foretaket har utredet alternative løsninger, der bygging av parkeringshus på egne eide tomter er vurdert opp mot etablering av overflateparkering og leie av parkeringsplasser i eksterne parkeringshus, blant annet Helseparken og Tomtegata 64.

Detaljreguleringen fra Drammen kommune angir følgende parkeringsareal og maksimal parkeringskapasitet:

Plan parkering	Antall plasser
Drammen Helsepark	250
Tomtegata 64	600
VVHF	
- Phus Øst (alt. Overflateparkering 50)	250
- Phus Vest (alt. Overflateparkering 60)	350
- Div. overflateparkering	90
Totalt	1540

Ved etappevis utbygging, er det videre gitt midlertidig tillatelse i fem år etter åpning av nytt sykehus for parkeringsløsning på Odde med 200 plasser frem til permanent parkeringsløsning er etablert.

Vurdering av behov for parkering

Det er utredet et behov for 1340 parkeringsplasser for ansatte, pårørende, pasienter og foretakets egne tjenestebiler basert på forutsetning om innføring av modell for grønn mobilitet.

Behov	Antall plasser
Ansatte	600
Pasienter/ pårørende	600
HC-parkering, vaktbiler mm.	140
Totalt	1340

Det er i ettertid gjort en sammenligning av plan for parkering med andre sykehusbygg. Dette viser følgende:

Sykehus	Dekning p-plass	
	Per ansatt	Per pasient/besøkende
Nytt sykehus i Drammen	25 %	43 %
Sørlandet sykehus	36 %	70 %
Stavanger Universitetssykehus	8 %	31 %
Haukeland Universitetssykehus	9 %	41 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge	13 %	19 %

Tallene er ikke direkte sammenlignbare da sykehusene er forskjellige. Det er imidlertid tydelige indikasjoner på at dekningsgraden ved NSD bør kunne tas noe ned. Det er også gjort analyser av behovet knyttet til maksimalbelastning i forbindelse med vaktskifte og besøkende (både pasienter og pårørende).

Analysene som er gjennomført indikerer et behov for samlet antall plasser på 1070 plasser, fordelt som følger:

Behov	Antall plasser
Ansatte	480
Pasienter/ pårørende	500
HC-parkering, vaktbiler mm.	90
Totalt	1070

Det må påregnes noe tid for oppnåelse av full effekt ved grønn mobilitet og tilpasninger til nye reiseformer. Det vil derfor tas sikte på å ha tilgang på en mellomløsning med noen flere plasser i en overgangsperiode.

Løsningsbeskrivelser

Utredningen omfatter bygging av to parkeringshus på egneide tomter, som alternativ til overflateparkering i kombinasjon med leide plasser. Det er lagt til grunn følgende forutsetninger i beregningene.

Antall parkeringsplasser	Alt. 1 egneide p-hus	Alt. 2 leid p-hus og overflate parkering
<u>Ekstern tomt</u>		
Drammen helsepark - leid	250	250
TG 64 -leid	0	600
<u>VVHF egneide tomt:</u>		
Phus øst	223	0
<i>Alt. Overflateparkering øst</i>	0	100
Phus vest	380	0
<i>Alt. Overflateparkering vest</i>	0	110
div. overflateparkering	0	28
Leie av eksterne plasser (pt uavklart hvor)	235	
Totalt	1 088	1 088

I tillegg vil det være 200 plasser midlertidig til disposisjon på Odden. Som det fremkommer av tabellen overfor, er det i alternativ 1 en forutsetning at foretaket finner både en kortvarig og en varig løsning for leie av 235 eksterne plasser til ansatte. På kort sikt kan det finnes løsninger for dette. På lengre sikt, når Helseparken og Fjordbyen er utbygd, vil dette gi ekstra utfordringer. Da er de 200 plassene på Odden ikke lenger tilgjengelig og det vil være større konkurranse om parkeringsplasser. Alternativ 1 innebærer følgelig en stor risiko for at foretaket ikke har tilstrekkelig antall plasser til rådighet etter at Odden er utbygget.

Varige løsningsalternativer med kostnadsestimater

Alternativ 1

Dette omfatter følgende:

- Etablering av parkeringshus på egne eide tomter – inntekter fra pårørende og pasienter, og egne ansatte
- Tilgang til plasser i parkeringshus Helseparken – leie betales av brukere
- Leie av eksterne plasser til disposisjon for ansatte

I dette løsningsalternativet må VVHF lånefinansiere bygging av parkeringshus, og vil sette bort drift og forvaltning av parkeringsplassene til en ekstern aktør.

Alternativ 2:

Dette omfatter følgende:

- Etablering av overflateparkering på egen eide tomter
Etableringskostnaden inngår i PNSD – byggeprosjektets styringsramme
- Leie av plasser i parkeringshus Tomtegata 64
- Tilgang til plasser i parkeringshus Helseparken – leie betales av brukere

I løsningsalternativet med Tomtegata 64 er det lagt til grunn at dette selskapet drifter og forvalter samtlige parkeringsplasser på foretakets egne eide tomter og at inntektene fra de ansatte og eksterne tilfaller Tomtegata 64. VVHF vil kun ha utgifter til vedlikehold av overflateparkeringsplassene, samt etableringskostnaden av overflateparkeringene. Tomtegata 64 legger til grunn at kostnadene for etablering og drift av parkeringshus på 600 plasser finansieres ved parkeringsinntekter fra overflateparkeringen på VVHFs eide tomter, samt ved inntekter fra eksterne i parkeringshuset og inntekter fra foretakets ansatte. I dette caset er det forventet at VVHF må stille en garanti for leieinntektsgrunnlaget. Dette må utredes nærmere.

Finansavdelingen i HSØ har bistått med nåverdiberegninger av de to alternativene. Løsningen med Tomtegata 64 fremkommer som økonomisk mest fordelaktig for foretaket. Ved dette alternativet vil også foretaket unngå nye låneopptak. Det er imidlertid nødvendig med en grundigere detaljering av beregningsgrunnlagene for å sikre at sammenstillingen blir korrekt. Det er flere avtalemessige forhold som må utredes før foretaket kan gå videre med en løsning i samarbeid med Tomtegata 64:

- Foretaket må av omdømmehensyn ha innvirkning på timepris på parkeringsplasser på foretakets egen eide tomter overfor pasienter og pårørende
- Størrelsen på nødvendig inntektsgaranti
- Sikre regulering av leieforholdet om foretaket har behov for utvidelser i fremtiden. Avtalen må regulere et utkjøp, eller løsning for bygging over parkeringsarealene.

Foretaket vil få innsikt i beregningsgrunnlagene for lønnsomhet som ligger til grunn for avtale med Tomtegata 64. Forutsetningene påvirker risikoen for inntreden av en eventuell inntektsgaranti. Beregningsgrunnlagene vil også kunne endre på de forutsetninger som er lagt til grunn for egne p-hus.

Administrerende direktørs vurderinger

De beregninger som foreligger, indikerer at det å bygge egne parkeringshus vil bli dyrere enn en løsning med leie av plasser gjennom en samarbeidsavtale med Tomtegata 64. I tillegg innebærer bygging av to parkeringshus en usikkerhet med tanke på tilgang til tilstrekkelig antall plasser. Denne risikoen vil kunne medføre uro blant ansatte om at det ikke er sikret tilstrekkelige løsninger for parkeringsalternativer. Det er forventet betydelige endringer i forhold til bruk av egen bil i fremtiden i takt med at kollektivtilbudet utbygges og befolkningen tilpasser seg løsninger som er mer miljøvennlige. Dette må imidlertid forventes å ta noe tid. Foretaket ser derfor behov for å ha tilgang på vel 1300 parkeringsplasser fra 2025 for deretter å kunne trappe ned.

Administrerende direktør anbefaler derfor styret at foretaket bes gå videre i dialogen med Tomtegata 64 om etablering av en mulig avtale i samsvar med redegjørelsen i saksfremlegget.

Dato: 14. november 2023
Saksbehandler: Mai Bente Myrvold

Saksfremlegg

Status nytt sykehus Drammen

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	113/2023	27.11.2023

Forslag til vedtak

1. Styret tar status nytt sykehus Drammen til orientering.

Drammen, 20. november 2023

Lisbeth Sommervoll

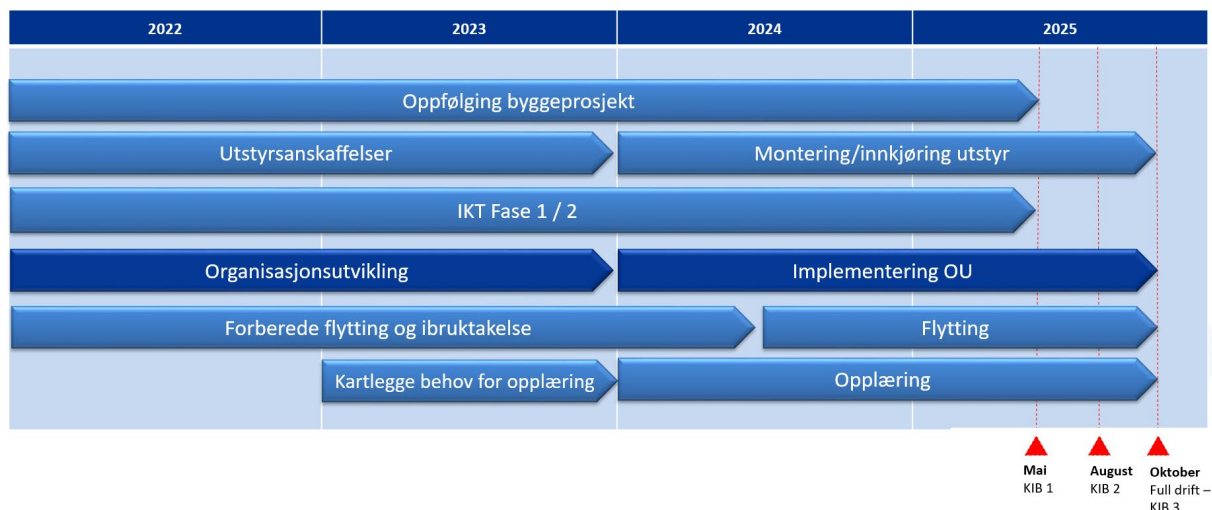
Administrerende direktør

Bakgrunn

Statusrapport nytt sykehus Drammen skal gi styret i Vestre Viken HF (VVHF) 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.



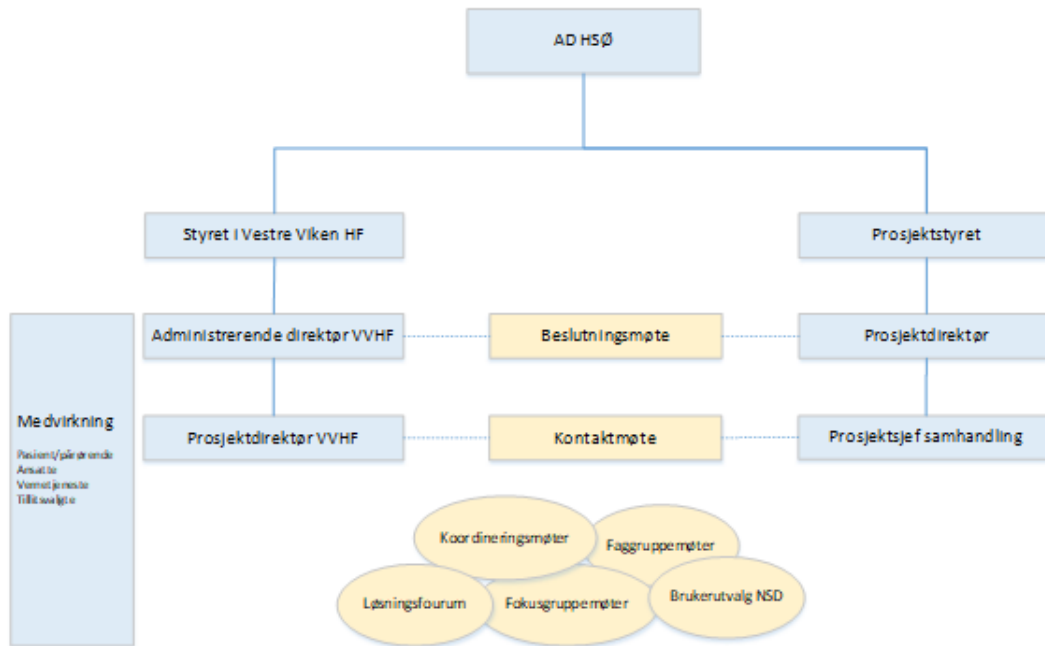
Status byggeprosjektet

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.

Økonomien i prosjektet er presset, og det har pågått diskusjoner som kan berøre VVHF. VVHF har presisert overfor PNSD at tiltak som vil påvirke vår drift eller bærekraft ikke kan vedtas uten prosess. Vi vil legge frem eventuelle aktuelle saker for styret i VVHF dersom denne type tiltak fremmes fra PNSD.

Samhandlingsstruktur og styringslinjene i byggeprosjektet er beskrevet i egne prosedyrer for nytt sykehus gjennom:

- Sentralt styringsdokument for Prosjekt nytt sykehus i Drammen
- Prosedyre for samhandling mellom VVHF og Prosjektorganisasjonen til Helse Sør-Øst RHF for nytt sykehus i Drammen
- Prosedyre for prosjektendringer



Figur 1. Samhandlingsstruktur NSD

Alle saker løses innenfor rammene av ovennevnte samarbeidsstruktur. Dersom det skulle være saker som ikke lar seg løse innenfor rammene av samarbeidsstrukturen, og som påvirker rammer og forutsetninger for prosjektet, skal disse fremmes via de ordinære beslutningslinjene for henholdsvis helseforetak og prosjektorganisasjon. Endringsstyring skal gjennomføres under hele prosjektets levetid, og det skal være full sporbarhet i endrings-behandlingen.

Organisasjon

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 entrepris 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.

Arbeidet med Glassgata er fullført og lysgårder ferdigstilles i disse dager, inkl. beplantning. Arealer utenfor servicebygg og akuttmottak er i ferd med å ferdigstilles. I behandlingsbygget er innvendige vegger på vei opp i alle arealer.

Det er fortsatt stor aktivitet rundt mekanisk ferdigstilling av ulike fag, i ulike områder. Planlegging av slutfase med testing, igangkjøring og opplæring har hatt lite fremdrift. Ansvar for utarbeidelse av prosedyrer ligger hos byggherre. Det er nå satt inn en ny ressurs i 60 % stilling som har erfaring med slutfasearbeid fra Kristiansand. Det er stor kompleksitet rundt dette arbeidet, siden ett eierskifte også berører tekniske installasjoner som berører bygg omfattet av et senere eierskifte. 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 utilstrekkelig forståelse for VVHF sin interesse i entreprisene, eller at det er ansatt prosjekt-/bygge-ledere 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 4 entrepriser hvor samhandlingen vurderes som «rød». Det jobbes tett med PNSD for å redusere risiko innen disse områdene.

Betegnelse	Ansvarlig VV-NSD	Aktivitet VVNSD i prosjektet	Samhandling VVHF/PNSD	Merknad
AGV	Henning Arnesen	Lav		Ingen fremdrift, ingen aktivitet. Krittisk! Siste aktivitet i juni. Bærer preg av at prosjektleder ikke har tid til å håndtere dette. Grensesnitt mot heis utfordrende.
Innvendige arbeider - behandlingsbygg	Erik Bjørnstad	Høy		Det er fortsatt ikke igangsatt befaringer av referansearealer. VVHF har levert forslag til hvilke arealer dette skal gjelde, men PNSD klarer ikke å iverksette rutiner.
Innvendige arbeider - poliklinikkbygg og servicebygg	Erik Bjørnstad	Høy		Det er fortsatt ikke igangsatt befaringer av referansearealer. VVHF har levert forslag til hvilke arealer dette skal gjelde, men PNSD klarer ikke å iverksette rutiner.
Meldingsvarsler	Ikke fordelt bygg / Mehmet	Lav		Vi oppfatter at prosjektet ligger etter i forhold til planlegging. Ivarats av både bygg-, utstyr og IKT miljøene i VVHF

Utstyr

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

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

Utstyransjaffelsene omfatter i dag totalt 71 utstyrspakker. Utstyrgruppa i VV-NSD følger opp den enkelte utstyrspakke mht. oppstart iht. plan, fremdrift og kostnad, med spesielt fokus på utstyrspakkene der VVHF har et totalt gjennomføringsansvar. Dette omfatter 10 utstyrspakker, hvor 6 pakker viser grønn status, 4 pakke gul status og ingen rød status mht. kostnad, ref. figur.

Anskaffelse nr	Anskaffelse navn	Planlagt oppstart	Planlagt kontrakt dato	Ansvar	Oppstart	Fremdrift	Kostnad
U6C.9120	Nukleærmedisin	23.02.2023	14.09.2023	VVHF			
U6C.9140	Dental-/kjeveøntgen	01.06.2023	15.02.2024	VVHF			
U6C.9170	Mammografi	28.03.2022	29.08.2022	VVHF			
U6C.9180	Ultralyd	30.05.2022	27.02.2023	VVHF			
U6E.9460	Infusjonsutstyr	31.05.2022	29.09.2023	VVHF			
U6E.9470	Kirurgiske instrument	04.05.2023	29.09.2023	VVHF			
U6F.9500	Dialyse	02.09.2024	-	VVHF			
U6F.9510	Endoskopi	03.05.2022	22.05.2023	VVHF			
U6G.9640	Verkstedutstyr	06.02.2023	19.01.2024	VVHF			
U6G.9720	Test- og måleutstyr	28.04.2023	02.04.2024	VVHF			

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, og spesielt Helseloggistikk leveransen har vært av lav kvalitet. Flere prosjekter var forventet å være implementert før innflytting i nytt sykehus. Flere leveranser planlegges nå som leveranser direkte til NSD. Dersom fase 1-leveransene ikke kan gjennomføres som planlagt, er det fare for at disse endres til fase 2-leveranser, hvilket medfører økt risiko, og

påvirker omfanget til tilpasningsprosjektene. Det er også noe bekymring knyttet til endringer i fremdriftsplanen for Nye Radiumhospitalet, hvilket kan påvirke ressurs situasjonen knyttet til ressurser som deles på tvers av byggeprosjektene.

Tabellen viser en oversikt over oppnåelse av resultatmål i forhold til ønskede gevinster (gevinstkart).

Resultatmål	Status	Kommentar
Pasient		
Helselogistikk A "Innsjekk" er implementert		Løsning er under pilotering. Retting av feil pågår. Pågår kartlegging av løsning for bildediagnostikk.
Helselogistikk A "Oppgjør" er implementert		Løsning er under pilotering. Retting av feil pågår. Pågår kartlegging av løsning for bildediagnostikk.
Løsning for Wayfinding er implementert		Utført markedsundersøkelse, undersøker anskaffelsesmuligheter gjennom eksisterende avtaler.
Innført løsning for pasientbestilling av mat		Inngår i omfang til tilpasningsprosjekt Matforsyning å bestille løsning.
Kvalitet		
Dips Arena er implementert		Dips Arena innføringen er forsinket i henhold til opprinnelig dato og forventes innført i februar. Det er fortsatt risiko for ytterligere forsinkelse. Det er problemer med overgang til ny felles plattformløsning.
Pasientsignal med elektronisk varsling til personell implementert		Forsinkede leveranser med dårlig kvalitet.
Løsning for mottak av kritiske alarmer (Overfallsalarm, stans-team osv)		Forsinkede leveranser, pågår kartlegging av regional Helselogistikk og byggeprosjektet av alternative løsninger (Plan B).
Helselogistikk B "Køhåndtering og styring av pasientflyt og ressurser" er implementert		Begrenset pilot av løsning er levert med lav kvalitet. Resterende funksjonalitet er planlagt levert i fremtidige releaser, men med stor risiko for videre forsinkelse.
Sporingsystem for sterilforsyning er implementert		Pågår arbeid med løsningsdesign og ros. Kartlegges og planlegges for registrering av utstyr i systemet.
Operasjonsplanleggingsløsning i Dips implementert med sporingssystem for sterilforsyning		Pågår kartlegging og dialog mellom leverandører, Sykehuspartner og VVHF.
Nytt Regional Multimediaarkiv er implementert		Stor risiko for at OUS RAM prosjektet ikke klarer å levere funksjonalitet til NSD grunnet stort og komplekst omfang som skal leveres til OUS. Prosjektet er avhengig av DIPS Arena konsolidering for å levere til NSD.
LVMS patologi implementert		VVHF ønsker ikke å ta i bruk LVMS før digital patologi innføres. Prosjektet er derfor avhengig av innføringen av DIPS Arena.
LVMS digital patologi implementert		Prosjektet er avhengig av innføringen av DIPS Arena, regional multimediaarkiv og regional digital patologi. Prosjektene er på kritisk linje for å nå NSD.
Implementert løsning for integrering av MTU med IKT grensesnitt (PoCG)		Leverandør av løsning er valgt, pågår avklaringer av hvordan løsning skal etableres. Flere utstyrsanskaffelser er avhengig av dette prosjektet, da denne integrasjonsløsningen er lagt til grunn å benytte. Stram tidslinje mot NSD. Risikoen er redusert etter møte med regionalt prosjekt og leverandør
Pasientmerket endose er implementert		Prosjekt for etablering av løsning mellom Metavision og pakkemaskin er igangsatt i regi av Sykehusapotekene for sykehuset i Skien. Det må avklares videre etablering på NSD. Stram tidslinje mot NSD.
Implementert regional BIM/FDV modell		Leverandør av løsning er valgt, pågår kartlegging av implementering på NSD.
Anskaffet IKT systemer for bruk i strålebehandling		Pågår anskaffelse av løsning. Prosjektet er komplekst og ressurskrevende med stram tidslinje.
Innført nytt kostdatasystem		Leverandør av løsning er valgt, pågår dialog med leverandør og regionalt prosjekt om pilotering av løsning.
Avtalt support av eksisterende løsning eller anskaffet nytt system for Medikamentell kreftbehandling		Saken er forventet å bli behandlet i regionen i november. Uklart omfang for tilpasningsprosjektet som skal tilpasse løsning til NSD.
Effektivitet		
Helselogistikk C "Internkommunikasjon og varsling" er implementert		Avdekket kritiske mangler på utviklet løsning. Prosjekter som er avhengig av løsning starter kartlegging av mulige alternativer.
Innført Drop-in Lab for prøvetaking		VVHF har sagt nei til pilotering av løsning grunnet manglende funksjonalitet. Løsning tilfredstiller heller ikke universell utforming.
Innført Drop-in Lab for blodbank		Arbeidet forventes i påvente av løsning for prøvetaking.
Etablert standard rollekatalog for bruk i		Pågående arbeid.
Legemiddelhåndtering inkludert lukket legemiddelsøyfe er implementert		Avhengighet til utvikling av mellomvaren Atlas som skal kommunisere mellom MetaVision og medisinpakkemaskin, samt ny versjon av MetaVision med nødvendig funksjonalitet. Oppgradering av MV til versjon 6.20 er planlagt november 2023, men med mindre funksjonalitet enn planlagt. Funksjonalitet for lukket legemiddelsøyfe er forskjøvet til versjon 6.21 som planlegges til sommeren 2024.
Implementert GS1 sporingsteknologi (aktiv og passiv sporing)		Pågående kartlegging av dekningsgrad knyttet til infrastruktur for å tilfredstille nødvendige behov.
Innført løsning for sengelogistikk		Avhengig av sporingsteknologi, både aktiv og passiv.
Fremtidsrettet		
Modernisert nett med sonemodell er implementert		Usikkerhet knyttet til oppbygging av brannmur, IP og sonemodell.
Felles plattformløsning er implementert		Tekniske utfordringer med å flytte Dips Arena på OUS over til ny felles plattform
Konsolidere små lagringsløsninger mot et fremtidig RMA	Ikke relevant for NSD	Nye løsninger forsøkes implementert opp mot RMA, men konsolidering av eksisterende løsninger er utenfor NSD sitt omfang.
Implementert lukket blodprøvetakingsløype	Ikke klart til NSD	Forventes levert i fase 4 av Helselogistikk.
Lagt til rette for bruk av mobile applikasjoner (mobil arbeidsflate)		Pågår arbeid med utarbeidelse av målbilde.

Organisasjonsutvikling

Status for delprosjekter tilknyttet organisasjonsutvikling er basert på innhentet status for det enkelte delprosjekt per september 2023. Det er 5 pågående delprosjekter og 30 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	Bidrag	Kvalitativt Gevinst	Kvantitativt Gevinst
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	Rangseter, Hilde Marit	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
PHR									
VVHF - NSD - PHR Områdefunksjoner	Lærum, Kristin Tafjord	Elgaaen, 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 har beregnet 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 har i samarbeid med Mottaksprosjektet, utarbeidet detaljerte handlingsplaner for alle aktuelle avdelinger med oppgaver og tidslinje 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 tillegg er det utarbeidet et rammeverk for gjennomføring av oppgavene.

Plan

Arbeidet med å planlegge og forberede ibruktakelse og flytting er nå godt i gang. Det er iverksatt en møteserie med Health Care Relocations (HCR) for å planlegge for, og iverksette aktiviteter som skal gjennomføres høst -23 og første kvartal -24 i samarbeid med de aktuelle klinikkene.

Opplæringsprosjekt NSD er i gang med sitt arbeid, og det skal i løpet av høsten 2023 starte et arbeid med å kartlegge opplærings- og kompetansebehov i aktuelle klinikker.

Det er pågående samarbeid for erfaringsdeling innenfor relevante områder med andre byggeprosjekter, blant annet med Nye SUS, Nye OUS, SNR og Region Hovedstaden i Danmark.

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør konstaterer at det fortsatt er høy aktivitet i prosjektorganisasjonen for nytt sykehus, og vurderer at prosjektorganisasjonen tar hånd om tildelt ansvar og oppgaver på en god måte.

Samhandlingsstruktur og styringslinjene i byggeprosjektet samt Mottaksprosjektets mandat og tilhørende møtestruktur gir mulighet for tett oppfølging av og deltakelse i arbeidet med nytt sykehus.

Det konstateres at aktiviteter innen den enkelte faggruppe og pågående delprosjekter, i hovedsak gjennomføres iht. plan.

Administrerende direktør vil påse at det legges gode og robuste planer for innflytting og ibruktakelse og at styret orienteres så snart disse foreligger.

Administrerende direktør vil påse at ingen beslutninger som påvirker drift og bærekraft i VVHF vedtas i Prosjektstyret PNSD uten at det har vært gjennomført aktuell prosess i VVHF, og at VVHF sitt syn blir protokollført.

Administrerende direktør anbefaler at styret tar informasjonen til orientering.

Dato: 16.nov 2023
Saksbehandler: Robert Nystuen

Saksfremlegg

Konsernrevisjonens revisjonsrapport 12/2022 - Styring av IKT- leveranser til nytt sykehus i Drammen

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	114/2023	27.11.23

Forslag til vedtak

Styret tar konsernrevisjonens revisjonsrapport "12/2023 Styring av IKT- leveranser til nytt sykehus i Drammen" til etterretning.

Drammen, 20. november 2023

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Konsernrevisjonen har i perioden januar til oktober 2023 gjennomført revisjon med tema styring av IKT- leveranser til nytt sykehus i Drammen. Formålet med revisjonen var å undersøke om partene har tilstrekkelig oversikt over egne operasjonelle risikoer, risikoer hos samarbeidspartene, samt avhengigheter.

Rapporten er nå oversendt til Vestre Viken HF. Revisjonsrapporten inneholder anbefalinger til det regionale helseforetaket for å forbedre styring og kontroll innenfor det reviderte området. Konsernrevisjonen ber om at revisjonsrapporten fremlegges styret til etterretning.

Saksutredning

Konsernrevisjon har tatt utgangspunkt i to problemstillinger for nytt sykehus i Drammen relatert til IKT-leveranser:

- I hvilken grad avdekker, kommuniserer og håndterer partene i felleskap kritiske risikoer?
- I hvilken grad avdekker, kommuniserer og håndterer partene i felleskap sentrale avhengigheter?

Konsernrevisjonen har brukt den regionale løsningen for helselogistikk (HL) som case.

Konsernrevisjonen har i rapporten utledet fire konklusjoner fra gjennomgangen:

1. Mer tverrgående risikohåndtering vil skape et bedre styringsgrunnlag for ledelsen i Helse Sør-Øst RHF
2. Det utformes i mindre grad tiltak til risikoer som går på tvers av virksomheter
3. Avhengighetsstyringen er ofte avgrenset til egen virksomhet
4. Kravene til risiko- og avhengighetsstyring skaper ikke insentiver til å samhandle på tvers av foretaksgruppen

Basert på konklusjonene gis følgende anbefalinger:

- Styrke styringen av tverrgående risikoer, avhengigheter og tiltak
- Tydeliggjøre forventninger til risiko- og avhengighetsstyring på tvers

Administrerende direktørs vurdering

Administrerende direktør vurderer konsernrevisjonens rapport å være et nyttig bidrag til videre arbeid i Overordnet-IKT program for Nytt Sykehus Drammen. Vestre Viken HF vil benytte rapportens konklusjoner og anbefalinger i det videre risikoarbeidet for å bidra til et mer helhetlig risikobilde. Foretaket vil samtidig bidra til Helse Sør-Øst RHF sin oppfølging av arbeidet gjennom å belyse kritiske enkeltrisikoen fra IKT-utviklingsprosjekter, byggeprosjekter og løpende drift.

Vedlegg: 1. Konsernrevisjonens revisjonsrapport 12/2022 Styring av IKT-leveranser til nytt sykehus i Drammen

Konsernrevisjonen
Rapport 12/2022

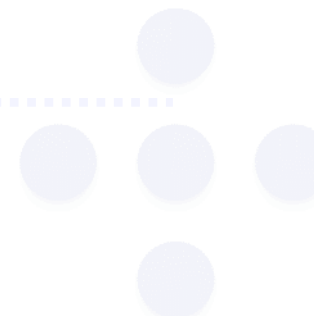
Styring av IKT-leveranser til nytt sykehus i Drammen
med leveranser fra Regional løsning for helselogistikk som case

Helse Sør-Øst RHF, Sykehuspartner HF, Byggeprosjektet PNSD og
Vestre Viken HF

16. november 2023



Innhold



1. Innledning	3
1.1 Bakgrunn	3
1.2 Formål og problemstillinger	3
1.3 Tilnærming	3
2. Konklusjoner	4
2.1 Mer tverrgående risikohåndtering vil skape et bedre styringsgrunnlag for ledelsen i Helse Sør-Øst RHF	4
2.2 Det utformes i mindre grad tiltak til risikoer som går på tvers av virksomheter	5
2.3 Avhengighetsstyringen er ofte avgrenset til egen virksomhet	6
2.4 Kravene til risiko- og avhengighetsstyring skaper ikke incentiver til å samhandle på tvers av foretaksgruppen	7
3. Anbefalinger	8

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Helse Sør-Øst RHF bygger Nytt sykehus i Drammen. Byggingen startet i 2019 og sykehuset skal ferdigstilles i 2025.

Helse Sør-Øst RHF har som byggherre for det nye sykehuset etablert en prosjektorganisasjon (PNSD) for gjennomføring av byggeprosjektet. Helse Sør-Øst sin prosjektorganisasjon for Nytt sykehus i Drammen består av ledelse fra Sykehusbygg HF. Byggeprosjektet har hovedansvaret for å etablere en helhetlig IKT-løsning for det nye sykehuset. Denne løsningen består av et stort antall ulike IKT-systemer med svært mange integrasjoner i et komplekst IT-miljø. Etableringen utføres i et flerpartssamarbeid mellom Helse Sør-Øst RHF, Sykehuspartner HF, Vestre Viken HF og eksterne leverandører.

Ansvar for etableringen er fordelt mellom partene i regionen. Helse Sør-Øst sin prosjektorganisasjon har et overordnet ansvar. Den regionale IKT-porteføljen, som er organisert i det regionale helseforetaket, skal utvikle kliniske og administrative IKT-systemer. Sykehuspartner HF skal bidra til tilpasningen av IKT-systemer og har ansvaret for påfølgende forvaltnings- og driftstjenester. Vestre Viken HF skal tilpasse arbeidsprosesser og utvikle sin egen organisasjon til å ta i bruk det nye sykehuset. Nye systemløsninger og IKT-leveranser skal støtte opp under arbeidsprosessene i nytt sykehus og derigjennom bidra til å realisere de planlagte gevinstene.

1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med revisjonen er å undersøke om partene har tilstrekkelig oversikt over egne operasjonelle risikoer, risikoer hos de andre samarbeidspartene samt avhengigheter.

Revisjonen har brukt den regionale løsningen for helselogistikk (HL) som en case for å evaluere hensiktsmessigheten av foretaksgruppens risiko- og

avhengighetsprosesser ved styring av IKT-leveranser til nytt sykehus i Drammen.

Revisjonen har definert to problemstillinger for nytt sykehus i Drammen relatert til leveranser fra Regional løsning for helselogistikk:

- I hvilken grad avdekker, kommuniserer og håndterer partene i felleskap kritiske risikoer?
- I hvilken grad avdekker, kommuniserer og håndterer partene i felleskap sentrale avhengigheter?

1.3 Tilnærming

Metode

Observasjonene i rapporten er fremkommet gjennom intervjuer, spørreundersøkelse og dokumentgjennomgang. Konsernrevisjonen har intervjuet 20 ledere og nøkkelpersoner i de reviderte enhetene. Spørreundersøkelsen er gjennomført blant de som har deltatt i intervjuer.

Avgrensninger

Konsernrevisjonen har vurdert risiko- og avhengighetsstyring som et grunnlag for overordnet styring, men har ikke vurdert kvaliteten i det metodiske risiko- og avhengighetsarbeidet i hver og en av de evaluerte virksomhetene.

Den regionale HL-løsningen inngår i Vestre Viken HFs gevinstrealiseringsplan. Det har blitt reist spørsmål ved hvilke forutsetninger som er lagt til grunn for innføringen og på hvilket tidspunkt disse forutsetningene har blitt fastsatt. Dette temaet har ikke blitt vurdert i denne revisjonen.

2. Konklusjoner

2.1 Mer tverrgående risikohåndtering vil skape et bedre styringsgrunnlag for ledelsen i Helse Sør-Øst RHF

Helse Sør-Øst RHF har igangsatt komplekse sykehusutbyggingsprosjekter med portefølje for IKT. For å møte de styringsmessige problemstillingene dette gir, har Helse Sør-Øst RHF styrket administrasjonen med en egen avdeling som skal koordinere regionens pågående byggeprosjekter.

Det utarbeides hvert tertial et overordnet risikobilde for alle aktiviteter i hele foretaksgruppen, som styrebehandles i Helse Sør-Øst RHF. Det regionale helseforetaket mottar innrapporterte risikoer fra helseforetakene som et grunnlag, og vurderer deretter risikobildet sett i et regionalt perspektiv. Med hensyn til den regionale løsningen for Helselogistikk viser revisjonen imidlertid at det er et potensial for å utvikle styringen av risikoer på tvers av virksomheter. Dette gjelder særlig ansvaret for å følge opp slike risikoer og hvordan disse skal håndteres. I dette ligger også å vurdere konsekvenser samt identifisere og realisere risikoreducerende tiltak. Svakheter ved håndteringen av tverrgående risikoer kan lede til et ufullstendig risikobilde med blindsoner i styringsgrunnlaget.

Videre anses det som en svakhet at foretaksgruppen ikke opererer med en standardisert metode for risikovurdering. Ulike utgangspunkter for vurdering av sannsynlighet og konsekvens i risikovurderinger gjør det krevende både å identifisere og konsolidere kritiske risikoer samt å se den reelle konsekvensen av gjennomførte tiltak på tvers av foretaksgruppen, slik det vises nedenfor.

Sykehuspartner HF, byggeprosjektet PNSD og Vestre Viken HF har opplyst at det er nødvendig å vurdere en alternativ løsning til Helselogistikk-løsningen dersom delleveransen for intern kommunikasjon og varsling på mobil ikke kan ferdigstilles innen planlagt frist. Utvikling av en alternativ løsning kan redusere risikoen i byggeprosjektet PNSD isolert sett, men kan øke risikoen i Sykehuspartner HF i og med at det vil medføre en ytterligere belastning på

knappe personellressurser som allerede er engasjert i andre oppdrag. Utfordringen i en slik situasjon blir å minimere risikoen samlet sett i hele foretaksgruppen, men en slik risikoreduksjon bør i så fall initieres av ledelsen i Helse Sør-Øst RHF. Dette forutsetter et helhetlig styringsgrunnlag.

Videre viser revisjonen at det i praksis er Vestre Viken HF som tar hovedtyngden av risiko på IKT-området med hensyn til eventuelle utsatte og mangelfulle leveranser til Nytt Sykehus i Drammen, som Helselogistikk-løsningen er et eksempel på. Forsinket leveranse vil gi konsekvenser for fremtidig gevinstrealisering i Vestre Viken HF. Utfordringen her er at Vestre Viken HF må ta ansvar for konsekvensen av beslutninger om Helselogistikk-løsningen som fattes i andre styringsakser. Utfordringen med flere styringsakser er søkt håndtert i flere kommende byggeprosjekter gjennom at helseforetakene selv har byggherreansvaret. Dette kan gi bedre samsvar mellom ansvar og myndighet i byggeprosjektene.

Kompleksiteten og størrelsen i foretaksgruppen setter krav til god styring, jfr. vedlegg 1. Konsernrevisjonen konkluderer med at en mer tverrgående håndtering av risikoer vil skape et sterkere styringsgrunnlag både for ledelsen i Helse Sør-Øst RHF og foretakene i regionen. Konklusjonen har vi trukket med utgangspunkt i følgende observasjoner:

- Det utformes i mindre grad tiltak til risikoer som går på tvers av virksomheter
- Avhengighetsstyringen er ofte avgrenset til egen virksomhet
- Kravene til risiko- og avhengighetsstyring skaper ikke insentiver til å samhandle på tvers av foretaksgruppen

2.2 Det utformes i mindre grad tiltak til risikoer som går på tvers av virksomheter

Helse Sør-Øst RHF har etablert en risikostyring som understøtter eierstyringen av helseforetakene i regionen. Risikovurderingen tar utgangspunkt i risiko som kan påvirke resultatene for regionens styringsmål, og som krever særlig oppmerksomhet i den regionale styringen. På bakgrunn av vurderingen utarbeides det overordnede risikoreduserende tiltak. Risikovurderingene inngår som en del av den tertialvise virksomhetsrapporteringen til styret i Helse Sør-Øst RHF. I tillegg til de formaliserte, periodiske risikovurderingene inngår risikostyring i den løpende styringen, f.eks. ved behandling av ledergruppesaker.

Helse Sør-Øst RHF har videre utarbeidet overordnede prosessbeskrivelser for risikostyring. Revisjonen har gjennom en spørreundersøkelse og intervjuer undersøkt hvordan risikostyringen har fungert med henblikk på utvikling og innføring av Helselogistikk-løsningen (HL) på Nytt sykehus i Drammen.

Revisjonen viser at de fleste revisjonsobjektene identifiserer risikoer innenfor sitt ansvarsområde. Enda flere identifiserer risikoer på tvers av virksomheter. Det sistnevnte kan sannsynligvis forklares med det at mange av aktørene deltar i ulike styringsgrupper og bruker gruppene som en arena for å dele informasjon om risikoer, selv om risikostyringen i seg selv ikke har vært et agendapunkt i disse møtene.

Det var derimot mer usikkert om det utformes risikoreduserende tiltak til de identifiserte risikoene, og om slike tiltak faktisk blir iverksatt. Dette gjelder også når det ble stilt spørsmål om risikoreduserende tiltak går på tvers av virksomheter (se figur 1) og hvorvidt det tas hensyn til konsekvensene av slike tverrgående risikoer.

Konsernrevisjonens observasjoner fra intervjuer samsvarer med resultatene i spørreundersøkelsen. Flere av partene har identifisert og registrert HL-risikoer lokalt (avgrenset til egen virksomhet), og arbeider for å redusere risikoer med tiltak i tråd med regionens prosessbeskrivelser. Det som kan være en utfordring her, er at aktørene opererer med forskjellige målsetninger. Dette vil påvirke hvilke risikoer aktørene identifiserer og håndteringen av risiko. Dette kan åpne opp for at potensielt store risikoer ikke kommer tidlig nok frem og at tiltak ikke blir samordnet på tvers.

Det regionale helseforetaket har etablert en ny rapportering for byggporteføljen. Dette kan bidra til bedre oversikt over og grunnlag for styring av tverrgående byggrelaterte risikoer, men det er usikkert hvorvidt dette vil gi noen effekt for styring av IKT-relaterte risikoer.



Figur 1:
Spørreundersøkelse
- Kjenner du til om det er utformet risikoreduserende tiltak til de risikoene som går på tvers av virksomheter?
Relativ fordeling.

2.3 Avhengighetsstyringen er ofte avgrenset til egen virksomhet

Helse Sør-Øst RHF har etablert egne krav til avhengighetsstyring i Clarity, som er foretaksgruppens prosjektstøtteverktøy. Disse kravene gjelder for hele foretaksgruppen ved styring av prosjekter. Basert på spørreundersøkelsen oppfattes det at tilnærmet alle respondenter arbeider med å identifisere avhengigheter, i hvert fall lokalt i egen virksomhet eller eget prosjekt. Videre mener en stor del av respondentene at identifiserte avhengigheter blir koordinert:

- Helselogistikk-prosjektet registrerer avhengigheter, men prosjektet opplyser at det er rom for forbedringer, f.eks. med hensyn til avhengigheter til byggeprosjektet PNSD.
- Sykehuspartner HF opplyser at det er mange avhengigheter mot ulike aktører. Det er relativt høy bevissthet om avhengigheter. Foreløpig er avhengighetene til PNSD og øvrige aktører i mindre grad dokumentert, siden leveranseprosjektene ikke har kommet til gjennomføringsfasen.
- Byggeprosjektet opplyser at de registrerer avhengigheter i verktøyet Omega. Avhengighetene er tilgjengelig både internt i byggeprosjektet og for mottaksprosjektet i Vestre Viken HF, men ikke for det regionale Helselogistikk-prosjektet.
- Vestre Viken HF har fått laget en oversikt over prosjektavhengigheter for Helselogistikk i Enterprise Architect-verktøyet sitt, både til regionalt nivå, internt i Vestre Viken HF og til byggeprosjektet.

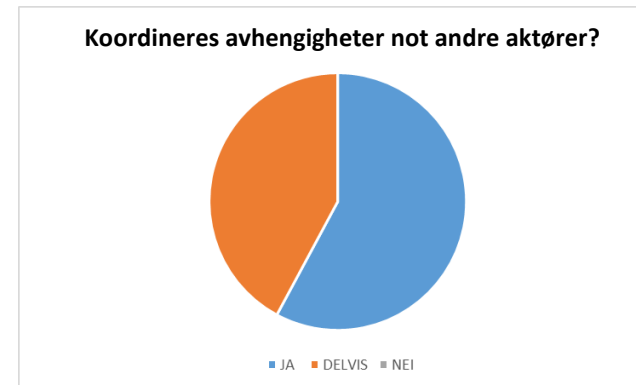
Observasjoner fra intervjuene viser også at det er relativt høy bevissthet om behovet for avhengighetsstyring hos virksomhetene og at de identifiserer og registrerer avhengigheter i sine lokale løsninger. Informasjon om avhengigheter deles også relativt uhindret mellom virksomhetene.

Som det fremgår av figur 2 virker det derimot mer uklart hvordan partene skal følge opp og koordinere de identifiserte avhengighetene. Avhengighetene

identifiseres relativt sjeldent på tvers av partene, med unntak av diskusjoner i ulike styringsgruppemøter. Slike diskusjoner kan være virkningsfulle, såfremt man i tillegg klarer å identifisere og gjennomføre målrettede tiltak som gir kontroll over avhengigheten.

Selv om det ikke er identifisert noen konkrete avvik ved styringen av avhengigheter knyttet til Helselogistikk-løsningen, er det en svakhet at begrepet avhengighet ikke har blitt entydig definert og brukes ulikt i foretaksgruppen. Det bør skilles mellom interne og eksterne avhengigheter. Begrepet kan også brukes for å synliggjøre tekniske avhengigheter, eller avhengigheter basert på læring og organisasjonsstrukturer. For å oppnå mer målrettet avhengighetsstyring vil det være en fordel å avklare begrepsinnholdet i ordet avhengighet.

Den regionale IKT-porteføljen har utarbeidet en avhengighetsoversikt som illustrerer avhengigheter mellom prosjekter i den regionale IKT-porteføljen og byggeprosjekter. Dette er et steg i riktig retning for å skape et bedre beslutningsgrunnlag for Helse Sør-Øst RHF. Videre vurderer Helse Sør-Øst RHF å overføre forvaltningen av den regionale IKT-porteføljen til Sykehuspartner HF, men det er foreløpig uklart hvilke konsekvenser dette vil medføre for Helselogistikk-løsningen.



Figur 2:
Spørreundersøkelse -
Koordineres
avhengigheter mot
andre aktører?
Relativ fordeling.

2.4 Kravene til risiko- og avhengighetsstyring skaper ikke insentiver til å samhandle på tvers av foretaksgruppen

Risikostyring bør være en integrert del av prosessene som styrer IKT-leveranser til nytt sykehus. Dette innbefatter at risiko identifiseres, vurderes og rapporteres, og at tilpassede risikoreduserende tiltak utformes og iverksettes. Følgende forskrifter, rammeverk og rutiner anses som mest relevante ved styring av risiko og avhengigheter i Helse Sør-Øst:

- Forskrift om *ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* stiller krav til å planlegge hvordan risiko kan minimaliseres og legger særlig vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt.
- *Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst* beskriver prinsippene for god virksomhetsstyring og de felles regionale forventningene til virksomhetsstyring i helseforetaksgruppen. I tillegg fremgår det av dokumentet *Beskrivelse av virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst* RHF at administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF har ansvaret for at det er etablert et styringssystem som gir rimelig sikkerhet for at krav og mål som gjelder for det regionale helseforetaket oppfylles.
- Krav til avhengighetsstyring synliggjøres i Helse Sør-Østs prosjektveiviser. Her benyttes begrepet "avhengighet" (jamfør avsnitt 2.1.2) i flere ulike veiledere, maler og rapporter.

Selv om det finnes noen enkelte krav som forutsetter tverrgående samhandling mellom virksomheter og enheter, slik det synliggjøres her, så har dagens styringsstruktur blitt operasjonalisert slik at risikostyringen knyttet til

Helselogistikk-løsningen i stor grad er avgrenset til det enkelte helseforetak. Denne observasjonen kan indikere et systematisk problem som krever større oppmerksomhet av ledelsen.

Den observerte begrensningen i risikostyringen kan til en viss grad forstås i lys av hvordan helseforetaksmodellen har blitt operasjonalisert, hvor det regionale helseforetaket har et «sørge for»-ansvar og helseforetakene opererer med stor autonomi. Likevel vurderer konsernrevisjonen at prosjekter med vesentlige, tverrgående risikoer og avhengigheter mellom ulike foretak utløser behov for styringsinformasjon i det regionale helseforetaket, som ikke inngår i dagens rapporteringsløsning.

3. Anbefalinger

Revisjonen har brukt den regionale løsningen for helselogistikk som en case for å evaluere hensiktsmessigheten av foretaksgruppens risiko- og avhengighetsprosesser ved styring av IKT-leveranser til nytt sykehus i Drammen. Videre har revisjonen undersøkt regionale krav og forventninger til risiko- og avhengighetsstyring. Overordnet har konsernrevisjonen konkludert med at disse områdene bør utvikles for å skape et sterkere styringsgrunnlag.

Konsernrevisjonen har to anbefalinger til det regionale helseforetaket. Formålet med anbefalingene er å styrke ledelsens styringsgrunnlag gjennom å løfte frem kritiske, tverrgående enkeltrisikoeer og avhengigheter på et regionalt nivå.

Styrke styringen av tverrgående risikoer, avhengigheter og tiltak

Konsernrevisjonen anbefaler å styrke styringen av tverrgående risikoer, avhengigheter og tiltak. Helse Sør-Øst RHF bør vurdere om risiko- og avhengighetsstyring kan videreutvikles for å vise et mer helhetlig risikobilde med kritiske enkeltrisikoeer fra IKT-utviklingsprosjekter, byggeprosjekter, øvrige regionale initiativer og løpende drift i helseforetakene.

Ved å samle informasjonen i et felles verktøy og etablere en samlet rapportering kunne Helse Sør Øst RHF og foretakene i regionen få et bedre grunnlag for beslutninger.

Tydeliggjøre forventninger til risiko- og avhengighetsstyring på tvers

Konsernrevisjonen anbefaler at forventningene både til risiko- og avhengighetsstyring på tvers av foretaksgruppen blir tydeligere. Helse Sør-Øst RHF kunne for eksempel justere de eksisterende retningslinjene slik at de i større grad tilrettelegger for samhandling mellom virksomhetene når det gjelder IKT-utviklingsprosjekter og byggeprosjekter.

Interne krav hjelper til å fremme og utvikle de holdninger, arbeidsformer og den arbeidsfordeling man ønsker i foretaksgruppen. At de ansatte for eksempel deler informasjon seg imellom, vil bidra til å skape positive holdninger og bedre produktivitet eller organisasjonsgevinster.

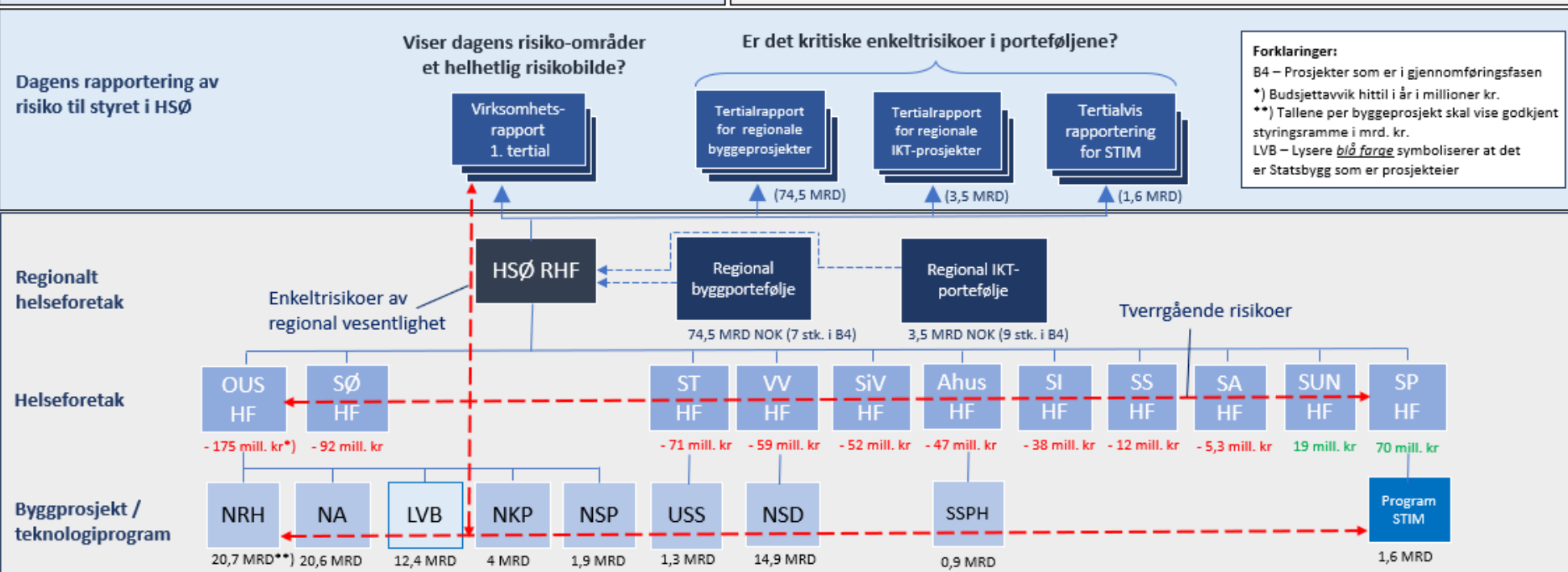
Vedlegg 1 - Hvordan kan dagens styringsgrunnlag gjøres mer relevant for beslutningstakerne i HSØ RHF?

Ta grep for å skape et mer helhetlig risikobilde og løfte frem vesentlige risikoer

- Virksomhetsrapporten bør vise et helhetlig risikobilde, inklusive *kritiske enkeltrisikoen*.
- Vekting av risiko-områder i virksomhetsrapporten bidrar til å løfte frem vesentlige risikoer.
- Risikoreduerende tiltak per risiko-område bør gi effekt på restrisiko innenfor budsjettåret. Det er spesielt viktig slike tiltak etableres innen risiko-områder med høy sannsynlighet og konsekvens, så lenge styrets risiko-appetitt ikke er entydig definert.

Velg mer dynamisk risikostyring for å skape bedre styringsgrunnlag og redusere restrisikoer

- Synliggjøring av kritiske, tverrgående enkeltrisikoen av *regional vesentlighet* gir mer dynamisk risikostyring.
- Bruk av konkrete og målbare tiltak som følges opp av en navngitt enhet vil bidra til å redusere restrisikoer.
- Informasjon om fremvoksende risikoer gir ledelsen bedre tid til å respondere på nye utfordringer.
- Dersom denne informasjonen deles med de sentrale beslutningstagerne, så skaper det et insentiv til å få etablert et mer relevant styringsgrunnlag i hele foretaksgruppen.



Om konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst

Konsernrevisjonen er organisert direkte under styret i Helse Sør-Øst RHF og rapporterer funksjonelt til styrets revisjonsutvalg og administrativt til administrerende direktør i det regionale helseforetak. Våre rapporter behandles av styret i det reviderte helseforetak. Konsernrevisjonen ble etablert i 2005, og er fra 1. januar 2013 hjemlet i helseforetaksloven §37a. Konsernrevisjon skal på vegne av styret i Helse Sør-Øst RHF bidra til forbedring i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst RHF og underliggende helseforetak.

Vår visjon

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

Dette skal vi oppnå gjennom:

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

Om revisjonsprosjektet

Revisjonsperiode: Januar-oktober 2023

Virksomheter: Helse Sør-Øst RHF, Sykehuspartner HF, Byggeprosjektet
PNSD, Vestre Viken HF

Oppdragsgiver: Styret i Helse Sør-Øst RHF

Revisorer:

- Espen Anderssen (oppdragseier)
- Esa Leporanta (oppdragsleder)
- Anders Blix (internrevisor)

Rapporten er oversendt til:

- Styrene i Helse Sør-Øst RHF, Vestre Viken HF og Sykehuspartner HF
- Administrerende direktører i Helse Sør-Øst RHF, Vestre Viken HF og Sykehuspartner HF
- Revisjonsutvalget i Helse Sør-Øst RHF

Konsernrevisjonens rapporter

Rapporter er tilgjengelig på følgende web-adresse:

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

Referat

Møte:	Sentralt kvalitetsutvalg
Møtedato:	07.11.23
Tidspunkt:	09.00-11.00
Sted:	Tyrifjord 1 og 2
Møteleder:	Administrerende direktør Lisbeth Sommervoll

Saksliste:

Saksnr.	Kl.0900	Beskrivelse
Læring og deling		
38/2023	5 min	<p>GODKJENNING AV INNKALLING OG REFERAT</p> <p><i>Innkalling og referat ble godkjent i møtet.</i></p> <p>v/Adm. direktør Lisbeth Sommervoll</p>
39/2023	30 min	<p>FRA DRITTPAKKE TIL PAKKEFORLØP /Torjus Wester, overlege plastikk kir. Sykehuset Østfold</p> <p>Forbedringsprosjekt gjennomført ved ved Sykehuset Østfold for å forbedre behandling av pasienter med alvorlige trykksår. Viktig arbeid til etterfølgelse. De har endret radikalt hvordan de behandler pasienter med trykksår med rekonstruksjon av såret. Mange pasienter med alvorlige faller ofte mellom flere stoler og blir ikke prioritert til kirurgisk behandling. En pasient med trykksår har alltid en kompleks problemstilling som er langvarig. Wester har engasjert seg i pasientgruppen og kan vise til stort effekt etter endret praksis.</p> <p>Se vedlagte presentasjon.</p>
40/2023	15 min	<p>GJENNOMGANG AV LÆRINGSPUNKTER ETTER HENDELSESANALYSE</p> <p>v/Spesialrådgiver i pasientsikkerhet Hanne Kristine Tindberg</p> <p>Presentasjon av læringspunkter etter en hendelsesanalyse. Presentasjonen tok utgangspunkt i viktige forbedringsområder som gjelder for alle de somatiske klinikkene. Det ble vist til mange generelle læringspunkter i denne saken. Kvalitetsavdelingen utarbeider læringsnotat som sendes ut til klinikkene.</p> <p>Viktige læringspunkter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utarbeide retningslinjer ved overføring av pasienter mellom sykehus i Vestre Viken. Det finnes p.t. ikke en overordnet rutine for overflytting. • Manglende dokumentasjon i journal etter tilsyn av pasient ved innkomst • Manglende løpende dokumentasjon • Manglende oppfølging av NEWS og blodprøvesvar • Rutine for mottak av pasient på kveld • Etterlevelse NEWS • Rutiner ved mottak av pasient på kveld/natt <p>Se vedlagte presentasjonen.</p>
41/2023	10 min	<p>BRUKERSTEMMEN</p> <p>Kort presentasjon av funn i brukerundersøkelsen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De samme 3 spørsmålene går igjen i både 2022 og 2023 med lav score.

		<ul style="list-style-type: none"> • Brukerundersøkelsen var ikke sendt ut pr sms, det er lovet at brukerundersøkelsen sendes ut pr MSM fra 31. mars 2024. • Det er ønskelig at undersøkelsen inkluderer spørsmål om det var laget en behandlingsplan mens pasienten var inneliggende på sykehus. <p>Se vedlagte presentasjon.</p>
Orientering og informasjon		
42/2023	30 min	<p>PRESENTASJON AV VEILEDER IVARETAKELSE AV PASIENTER I SOMATISKE ENHETER ETTER SELVSKADING OG SELVMORDSFORSØK I SOMATISKE AKUTTMOTTAK</p> <p>v/Hilde Skredveit Næss, Spesialrådgiver Medisin og helsefag/Psykisk helsevern og rusbehandling</p> <p>Det er utarbeidet en regional veileder med 9 anbefalinger om hvordan ivareta pasienter som kommer til somatiske akuttmottak med selvskading og selvmordsforsøk. Mål om å etablere bedre samhandling mellom somatikk og psykisk helsevern. Saksgang for videre arbeid:</p> <ul style="list-style-type: none"> • koden. • Innspillrunde i HF'ene i november-desember 2023. • Veilederen blir implementert i OBD i 2024. • Veilederen skal digitaliseres. • Spredningsmodellen koordineres av RIT/SHØ. • Det er ønskelig at VV skal være en av pilotene for spredningsmodellen. VV stiller seg positiv til å være pilot. <p>Koden villet egenskade har vært lite brukt, ønsker økt bruk av denne</p> <p>Tilbakemelding fra SKU: Prosjektet bør skille de 9 tiltakene på hva som er organisatorisk og hva som er praktisk i møte med pasienten. Det har historisk sett vært stor variasjon i behandlingen/mottak av denne gruppen pasienter i akuttmottakene. En veileder innen dette arbeidet ønskes velkomment.</p> <p>Spørsmål om Prestetjenesten har vært involvert i arbeidet.</p> <p>Se vedlagte presentasjon.</p>
43/2023	15 min	<p>MER SYSTEMATISK BRUK AV FUNKSJONALITET I EHÅNDBOK - SAMARBEID STAB KLINIKK</p> <p>v/Kvalitetssjef Hanne Juritzen og helsefaglig sjef Solveig Tørstad</p> <p>Det er et mål å effektivisere arbeidet med prosedyrer og retningslinjer i eHåndbok for å:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bidra til likeverdige helsetjenester • Redusere personalets tidsbruk på å utvikle og revidere retningslinjer og prosedyrer • Fremme faglig samarbeid på tvers av klinikker (enheter) <p>Målet er å øke antall felles prosedyrer for VV. Antall dokumenter som er utgått på dato er for høyt.</p> <p>Tilbakemelding fra SKU:</p>

		<p>Det oppleves ukomfortabelt at prosedyrer på nivå 1 kan godkjennes på et lavere nivå. Systemet må rigges slik at personer som evt får en rolle som godkjenner/dokumentansvarlig er en del av et system sentralt i VV. Saken tas tilbake til SKU etter videre bearbeiding i foretaket.</p> <p>Presentasjonen ble gjennomgått og kommentert i møtet.</p>
44/2023	5 min	REFERATER OG OVERSIKTER

- Tema på SKU er knyttet til HSØ delstrategi for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet:
 - Styrke regionens innsats innen nasjonale satsninger; tiltakspakker/nasjonale faglige råd 24/7
- SKU agenda knyttet opp mot områdene i Bærekraftsplanen: Standardisering, organisering og struktur

Årsplan for styret 2023

Ajourført pr. november 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 Hørings svar 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 26. oktober • SKU 10. oktober • Brukerutvalg 24. oktober • Styrets årsplan pr oktober 	Forskning i VVHF
Mandag 27. november Brakerøya, 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 og stråleterapi
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 • Eiendomsområdet <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	Bestillings- dato	Forventet leveranse	Status
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 NSD som beskriver status for medisinskteknisk utstyr, drift og bruk av kompetanse på et styremøte i løpet av høsten.	28.08.23	27.11.23	
Sak 99/2023 Budsjett 2024 - foreløpig orientering. Styret imøteser en orientering om forberedelsene til innflytting i NSD, samt om eventuelle utfordringer knyttet til de økonomiske premisser for byggeprosjektet påvirker foretakets fremtidige driftsforutsetninger i styreseminaret den 27. november.	30.10.23	27.11.23	

Sak 100/2023 Orientering om nasjonale kvalitetsindikatorer og ventelister i VVHF. Styret ønsker å få en statusoppdatering i styremøtet i desember innenfor områdene hjerte, gastro og øye.	30.10.23	18.12.23	

Referat

Møte:	HAMU	Tilstede:	Bente Kristensen, Joan Nygard, Tom Frost, Geir B Gundersen (for Gry Christoffersen), Lisbeth Sommervoll, Eli Årnot, , Inger Buene, Kristin Fagerhaug (for Wes Caple), Kirsten Hørthe, May Janne Botha Pedersen, Hanne Misund, Hanne Juritzen, Marianne Njøten, Kristin Besseberg
Møtedato:	31.oktober 2023		
Tidspunkt:	0830-1030		
Sted:	Tyrifjord 1-2		
Møteleder:	Tom Frost		
Referent:	Cecilie S Monsen	Forfall:	Wes Caple, Gry Christoffersen, Maria Gundersen, Toril Morken

Saksnr.	Beskrivelse/oppfølging/vedtak
	Godkjenning av innkalling og agenda Godkjent
	Endelig godkjenning av referat fra 5.september 2023 Godkjent
25/2023	<p>Endring regelverk (AML) om verneombud Fra 1. januar 2024 trer lovendringer i arbeidsmiljøloven (AML) i kraft som omhandler verneombud. «Virksomheter» med minimum 5 ansatte skal ha eget lokalt verneombud. Dette vil da gjelde noen seksjoner som i dag ikke har lokalt verneombud. Formålet er å ivareta HMS arbeidet alle steder. Diskusjon rundt hvordan dette kan ivaretas og hva som defineres som «virksomhet». Enighet om at det heller bør sees på verneområder og organisering i stedet for seksjoner/virksomheter.</p> <p>Vedtak: Det nedsettes en arbeidsgruppe bestående av FHVO, HMS og HR for gå gjennom verneområdene og prosedyren. Det skal samtidig kartlegges hvor mange seksjoner dette gjelder. Revidert forslag fra arbeidsgruppen presenteres i neste HAMU 5.12.23. Endelig beslutning i HAMU før det sendes til de lokale AMU.</p>
26/2023	<p>Evaluering av sommerferie avviklingen 2023 Ingen klinikker har meldt om uforsvarlig drift i sommer, pasientsikkerheten er ivaretatt. Det har likevel vært store utfordringer knyttet til å ha tilstrekkelig kompetent personell. Noe avvik fra budsjett i alle klinikker grunnet blant annet merforbruk til overtid, innleie, forskyvning og bruk av økonomiske virkemidler. De ansatte er i hovedsak fornøyd med ferieavviklingen og har hatt god trivsel på jobb i ferieperioden. Men det meldes om høyt arbeidspress. Det etterlyses tydeligere evaluering av pilot på langvakter.</p> <p>Vedtak:</p> <ul style="list-style-type: none"> HAMU tar årets evaluering til orientering, og ber om at evalueringen tas med i planleggingen av ferie 2024.

	<ul style="list-style-type: none"> HAMU bemerker også at økonomiske incentiver er benyttet i relativt stor grad, samtidig som det beskrives en stor arbeidsbelastning for medarbeidere. HAMU ber om at det ses på tiltak som gir lavere arbeidsbelastning. Langvakter beskrives i evalueringsrapporten som et positivt virkemiddel.
27/2023	<p>Overordnede prinsipper for samlet ferieavvikling 2024. Det ble etterlyst mer oppmerksomhet rundt bruk av langvakter og arbeidstidsordninger i forbindelse med prinsippene, spesielt for sommerferie avviklingen. Dette er virkemidler som etter sommerens piloter sikrer rett personell på vakt til enhver tid.</p> <p>Prinsipper for samlet ferieavvikling er besluttet til:</p> <ul style="list-style-type: none"> Alle ansatte skal ha beskjed om når all ferie skal avvikles tidligst mulig, og senest innen 1. desember 2023. Hovedregelen er at ansatte avvikler en uke ferie om våren og en uke om høsten i tillegg til tre uker i hovedferieperioden. For seniorer og enheter/seksjoner som avvikler fire uker ferie om sommeren, må det sikres at minst halvparten av gjenstående ferie blir avviklet første halvår. Det forutsettes at det jobbes for å oppnå en god dialog og involvering mellom partene i de lokale prosessene knyttet til ferieavvikling i klinikkene. <p>God planlegging er nødvendig, men viktig med fleksibilitet. Det fremkom forslag om å ha 2 frister slik at ikke all ferie må være bestemt til 1. desember.</p> <p>Vedtak</p> <ul style="list-style-type: none"> HAMU slutter seg til ledermøtets vurdering av behovet for å se all ferieavvikling samlet for hele året, og de overordnede prinsippene legges til grunn for den konkrete ferieplanleggingen for 2024. HAMU ber om at foretaksledelsen kommer med en utredning om hvordan langvakter er tenkt benyttet sommer 2024. Hovedferien 2024 legges til perioden fra og med mandag 10. juni (uke 24) til og med søndag 1. september (uke 35). HAMU ber om at det gjennomføres evaluering av ny ordning.
28/2023	<p>HMS tertialrapport T2 Det er 2 hendelsestyper som utpeker seg i rapporten;</p> <ul style="list-style-type: none"> Det psykososiale/organisatoriske arbeidsmiljøet. Her er det spesielt høyt arbeidspress, mangel på pauser og knapp bemanning som bemerkes. Flere tiltak og verktøy benyttes, blant annet ForBedring, sykefraværsoppfølging, Snakk om Forbedring og risikovurdering. Vold/trusler. Det arbeides mye med forebygging på dette området. Det ble vist til flere verktøy som e-læringskurs, podkaster, MAP kurs o.l. som ligger tilgjengelig. <p>Vedtak HAMU tar saken til etterretning.</p>
29/2023	<p>Overføring av operasjonsrenhold til KIS</p>

	<p>Renholdspersonale som utfører operasjonsrenhold ved Dagkirurgen utgjør 3 personer. Et lite fagmiljø med få ansatte er lite robust og veldig sårbart ved fravær.</p> <p>Ved å samle denne type renhold som sees på som et spisset fagområde innen KIS gir gode muligheter for kompetanseutvikling.</p> <p>FHVO påpeker at prosessen har vært ryddig og grei, og vil komme den ansatte til gode.</p> <p>Klinikk Bærum sykehus og Klinikk for intern service er enig om å overføre renholdspersonalet som utgjør 2,5 stilling og tre personer fra Dagkirurgisk seksjon Bærum sykehus til Renhold og tekstil KIS fra 01.01.24 etter gjennomført omstillingsprosess.</p> <p>Vedtak HAMU tar saken til orientering.</p>
30/2023	<p>Faste skriftlige orienteringer Ingen innspill i møtet.</p> <p>Vedtak HAMU tar de fremlagte notatene til orientering.</p>