

OFFENTLEG

STYREMØTE I HELSE VEST IKT AS

.....

INNKALLING TIL STYREMØTE HELSE VEST IKT AS

STAD: Videokonferanse
MØTETIDSPUNKT: Torsdag 25.04.2019, kl. 08.30 – 11.30
Intern video – ring; 997097
Eksterne video – bruk adressa; 997097@uc.nhn.no
Telefon – ring; 77602100, tast 997097#

GÅR TIL:

Styremedlemmer

Olav Klausen	Medlem
Inger Cathrine Bryne	Medlem
Beate Sander Krogstad	Medlem
Arve Varden	Medlem
Eivind Gjemdal	Medlem
Clara Gram Gjesdal	Medlem
Stian Hoell	Medlem
Agnete Sjøtun	Medlem
Lars-Erik Baugstø-Hartvigsen	Medlem
Ørjan Midttun	Medlem

Styremøtet er ope for publikum og presse

Bergen, 12. april 2019
Helse Vest IKT AS

Herlof Nilssen
Styreleiar

SAKSLISTE:**UNDERLAG:****OPNE SAKER**

Sak	20/19 B	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Vedlagt
Sak	21/19 B	Protokoll frå styremøte i Helse Vest IKT AS 14.12.2018	Vedlagt
Sak	22/19 O	Administrerende direktør si orientering	Vedlagt
Sak	23/19 B	Rapportering frå verksemda per mars 2019	Vedlagt
Sak	24/19 B	Langtidsbudsjett for Helse Vest IKT AS 2020 – 2024	Vedlagt
Sak	25/19 O	Samanlikning av IKT-nøkkeltal for regional IKT 2017	Vedlagt
Sak	26/19 O	Resultat frå og oppfølging av ForBedring	Vedlagt
Sak	27/19 B	Strategi for skytenester – endring av UNP	Vedlagt
Sak	28/19 O	Plattform for virtuelle helsetenester	Vedlagt
Sak	29/19 O	Samanhengande forvaltning	Vedlagt

LUKKA SAKER

Sak	30/19 O	Status DIPS Arena og samarbeidet med DIPS AS	Vedlagt
Sak	31/19 O	Status samarbeidet med Baxter og Meona	Vedlagt
Sak	32/19 O	Status samarbeidet med IBM om LIBRA	Vedlagt
Sak	33/19 O	Eventuelt	

Styret sitt kvarter

PROTOKOLL FRÅ STYREMØTE I HELSE VEST IKT AS

STAD: Helse Vest RHF, Stavanger

MØTETIDSPUNKT: Onsdag 13.03.2019, kl. 09:30 – 14.00

Styremøte var ope for publikum og presse

DELTAKARAR FRÅ STYRET

Herlof Nilssen	Leiar
Olav Klausen	Styremedlem
Inger Cathrine Bryne	Styremedlem
Arve Varden	Styremedlem
Clara Gram Gjesdal	Styremedlem
Beate Sander Krogstad	Styremedlem
Stian Hoell	Styremedlem
Agnete Sjøthun	Styremedlem
Ørjan Midttun	Styremedlem
Lars-Erik Baugstø-Hartvigsen	Styremedlem

FORFALL

Eivind Gjerdal	Styremedlem
----------------	-------------

DELTAKARAR FRÅ ADMINISTRASJONEN

Erik M. Hansen, administrerende direktør
Leif Nordland, økonomisjef

SAKSLISTE:

OPNE SAKER

- Sak 01/19 B Godkjenning av innkalling og dagsorden
- Sak 02/19 B Protokoll frå styremøte i Helse Vest IKT AS 14.12.2018
- Sak 03/19 O Administrerende direktør si orientering
- Sak 04/19 B Rapportering frå verksemda per januar 2019
- Sak 05/19 B Styret sin årsberetning for 2018
- Sak 06/19 B Godkjenning av årsrekneskap for Helse Vest IKT AS for 2018
- Sak 07/19 B Leiinga si årlege gjennomgang av IKT-sikkerheit for 2018
- Sak 08/19 B Styringsdokument for 2019 for Helse Vest IKT AS
- Sak 09/19 O Langtidsbudsjett for Helse Vest IKT AS 2020 – 2024
- Sak 10/19 B Mål for overordna risikostyring for Helse Vest IKT for 2019
- Sak 11/19 O Status Kundesenteret
- Sak 12/19 O Program LIBRA – innføring av SAP for økonomi og logistikk
- Sak 13/19 O Integrasjonsprinsipp og -strategi
- Sak 14/19 O Samanlikning av IKT-nøkkeltal for regional IKT 2017

LUKKA SAKER

- Sak 15/19 O Status DIPS Arena og DIPS AS
- Sak 16/19 O Status Baxter og Meona
- Sak 17/19 O Status samarbeidet med Systematic og Imatis
- Sak 18/19 O Status samarbeidet med IBM om LIBRA
- Sak 19/19 O Eventuelt

Styret sitt kvarter

.....

Opne saker

Sak 01/19 B Godkjenning av innkalling og dagsorden

Vedtak (samrøystes):

1. Styret godkjente innkalling og dagsorden.

Sak 02/19 B Protokoll frå styremøte i Helse Vest IKT AS 14.12.2018

Vedtak (samrøystes):

1. Styret godkjente protokoll frå styremøtet 14.12.2018.

Sak 03/19 O Administrerende direktør si orientering

1. *Kunngjering av val av styremedlemmer valt av og blant dei tilsette til styret i Helse Vest IKT AS*
Lista var i samsvar med forskrifta og var motteke innan fristen. Valet er gjennomført i samsvar med gjeldande forskrift § 10 siste ledd.
Val av styremedlem skal, ihht. Aksjelova, godkjennast av generalforsamling.
Administrasjonen fylgjer dette opp med eigar, Helse Vest RHF.
2. *ForBetring*
Den nasjonale medarbeidarundersøkinga ForBedring vert gjennomført i heile Helse Vest, inklusiv Helse Vest IKT. I Helse Vest IKT har tillitsvalte og hovudverneombod fått tilgang til resultat på tvers av organisasjonen. Alle øvrige medarbeidarar får tilgang ei veke seinare. Svarprosent vart 93%, same nivå som i 2018.
3. *Norsk helsearkiv*
DIPS vil utvikle funksjonalitet for uttrekk som ein separat modul som blir felles for alle kunda av DIPS i, uavhengig av versjon av DIPS. Helse Vest IKT vil fylgje dette arbeidet, og gjere avrop på modulen når denne er klar som produkt frå DIPS. Linn Lode Jonassen, Helse Vest RHF fylgjer opp dialogen mellom Norsk Helsearkiv og helseføretak når det gjeld papirjournalar.
4. *Omfattande episodar med beredskap*
Ingen saker i perioden
5. *Orientering om relevante lover, forskrifter og myndigheitskrav*
Ingen relevante saker
6. *Oversikt over tilsyns-, kontroll- og klagesaker*
Ingen relevante saker

Vedtak (samrøystes):

1. Styret tok saka til orientering.

Sak 04/19 B Rapportering frå verksemda per januar 2019

Oppsummering:

Administrasjonen er av det syn at utviklinga for Kundesenteret no er på rett veg (sjå og eiga sak 011/19). Det er svært stor aktivitet i program og prosjekt knytt til produksjonssetting av nye løysingar. Så langt er det gjennomført 5 store produksjonssettingar sidan 1. desember 2018. Desse har vore gjennomført med god kvalitet. Det er viktig at tilsvarande kan gjennomførast for resterande produksjonssettingar i fyrste halvår 2019.

Styret kommenterte at det er relativt mange sikkerheitsavvik. Det er viktig at Helse Vest IKT fylgjer opp rotårsaker og finn løysingar.

Styret kommenterte at det er i alt 10 raude statusar på tid, og 8 på risiko i porteføljen ved utgangen av januar. Administrasjonen er samd i at dette er bekymringsfullt, men det er ingen særskilte som skiller seg ut som svært kritiske.

Status per utgangen av februar vart presentert i styremøtet.

Vedtak (samrøystes):

1. Styret tok rapport frå verksemda for januar 2019 til etterretning.

Sak 05/19 B Styret sin årsberetning for 2018

Oppsummering:

Framlegget til styrets årsberetning er basert på dokumentet "Årleg melding til Helse Vest RHF for 2018", jfr. sak 084/18 i styremøtet 14.12.2018 (endeleg versjon vart oversendt Helse Vest RHF 15.01.2019).

Vedtak (samrøystes):

1. Styret godkjente «Styret sin årsberetning for Helse Vest IKT AS for 2018».

Sak 06/19 B Godkjenning av årsrekneskap for Helse Vest IKT AS for 2018

Oppsummering:

Årsrekneskap for Helse Vest IKT AS er ferdig revidert. Representant for revisor BDO, Ellen Marvik, deltok i styremøtet under handsaming av denne saka. Kopi av presentasjonen frå revisor er lagt ved protokollen. Årsresultatet for 2018 vart eit underskot på 5,2 mill. kr.

Vedtak (samrøystes):

1. Styret godkjente årsrekneskap for Helse Vest IKT AS for 2018.
2. Styret er kjent med Helse Vest IKT AS sin leiarlønspolitikk, og at den er i tråd med statlege retningslinjer på området.

Sak 07/19 B Leiinga si årlege gjennomgang av IKT-sikkerheit for 2018

Oppsummering:

Administrasjonen er av det syn at utviklinga innanfor IKT-sikkerhet er tilfredsstillande. Samstundes vil administrasjonen understreke at det er særst viktig å vidareføre og forsterke dette arbeidet. Det er diverre sannsynleg at omfang av datakriminalitet vil auke og/eller vil kunne flytte seg frå andre sektorar. Det er og sannsynleg at omfanget av målretta angrep vil auke.

Styret stilte spørsmål ved om krav til opplæring i IKT-sikkerheit er høgt nok, er 90 % tilfredsstillande. Det var gitt ros for talet vurderingar av risiko og sårbarheit (ROS).

Administrasjonen er og av det syn at arbeidsomfanget er stort og aukande, det er difor grunnar for å vurdere kapasiteten i denne delen av Helse Vest IKT i 2019. Dette heng saman med endra trusselbilde, men og med skjerpa krav som konsekvens av personvernforordninga (GDPR).

Vedtak (samrøystes):

1. Styret tar rapporten "Årlig gjennomgang av IKT-sikkerhet 2018 for Helse Vest IKT" til etterretning.

Sak 08/19 B Styringsdokument for 2019 for Helse Vest IKT AS

Oppsummering:

Viser til sak 028/19 B som vert handsama i styret for Helse Vest RHF i møte 06.03.2019. Styringsdokumentet for Helse Vest IKT for 2018, jfr. vedlegg 1, vert lagt fram til vedtak i styret i Helse Vest RHF.

Administrasjonen har i denne saka lagt fram utkast til styringsdokumentet, slik dette er lagt fram for styret i Helse Vest RHF. Administrasjonen vil i arbeidet med styringsdokumentet ta utgangspunkt i den styregodkjente versjonen.

Helse Vest RHF, i tråd med § 5.6, 3. ledd, kalla inn til ekstraordinær generalforsamling for å formelt overlevere styringsdokumentet til styreleiar i Helse Vest IKT. Frå 2020 vil den ekstraordinære generalforsamling bli lagt til same dag som foretaksmøta for helseføretaka. Kopi av protokoll frå den ekstraordinære generalforsamlinga er lagt ved protokollen.

Vedtak (samrøystes):

1. Styret tok utkast til styringsdokumentet for 2019 for Helse Vest IKT AS til etterretning og legg føringane gitt i styringsdokumentet til grunn.
2. Styret bad om å bli oppdatert med omsyn til endeleg vedtak av styringsdokumentet i styret for Helse Vest RHF 06.03.2019.

Sak 09/19 O Langtidsbudsjett for Helse Vest IKT AS 2020 – 2024

Oppsummering:

Administrasjonen har i denne saka gitt ei løypemelding i arbeidet med langtidsbudsjett 2020 – 2024. Forslag til langtidsbudsjett vil bli lagt fram for styret til vedtak i styremøte 25. april.

Tilnærming til arbeidet med langtidsbudsjettet er lagt fram for styret til orientering. Administrasjonen vil ha dialog med helseføretaka, byggeprosjekt og portefølje for å vurdere og prioritere dei ulike behova.

Vedtak (samrøystes):

1. Styret tok saka til orientering.

Sak 10/19 B Mål for overordna risikostyring for Helse Vest IKT for 2019

Oppsummering:

Helse Vest RHF har i styresak 134/18 i styremøtet 11.12.2018 handsama felles risikostyringsmål for helseføretaka i Helse Vest for 2019. Administrasjonen har i denne saka lagt fram mål for overordna risikostyring for Helse Vest IKT for 2019. Administrasjonen er av det syn at det er identifiserte risiko som må fylgjast nøye opp gjennom 2019. Styret drøfta risiko og tiltak knytt til «turn-over».

Helse Vest IKT har lagt opp til ei risikostyring for 2019 i tråd med gjeldande retningslinjer gitt av Helse Vest RHF.

Vedtak (samrøystes):

1. Styret tok mål for overordna risikostyring for Helse Vest IKT AS for 2019, med dei merknadar som kom i møtet, til etterretning.

Sak 11/19 O Status Kundesenteret

Oppsummering:

Servicegraden, som viser den del av telefonar til Kundesenteret som vert svart på innan 1 minutt, er blitt kraftig forbetra. Helse Vest IKT var på det lågaste nivået i oktober 2018. Det ser ut til at Helse Vest IKT snart kan nå målet om å levere ein servicegrad over 80% igjen. Administrasjonen orienterte og om nokre framtidige utfordringar knytt til nye system som skal setjast i produksjon, og til det faktum at også pasientar treng brukarstøtte når det gjeld medisinsk avstandsoppfølging. Styret var nøgd med utviklinga.

Vedtak (samrøystes):

1. Styret tok oppdatert status for Kundesenteret til orientering.

Sak 12/19 O Program LIBRA – innføring av SAP for økonomi og logistikk

Oppsummering:

Programeigar for Libra, Per Karlsen, økonomi- og finansdirektør i Helse Vest RHF, presenterte bakgrunn, status og planar for programmet, samt dei utfordringar ein har med implementering av nytt felles system for logistikk, innkjøp, budsjett og rekneskap.

Vedtak (samrøystes):

1. Styret tok presentasjon frå Program Libra til orientering.

Sak 13/19 O Integrasjonsprinsipp og -strategi

Oppsummering:

Med bakgrunn i vedtekne arkitekturprinsipp i Helse Vest har Integrasjonssenteret i Helse Vest IKT utarbeidd prinsipp og strategi for integrasjonar i regionen.

Dokumenta gir ein oversikt over val som Helse Vest IKT har gjort for integrasjonsområdet i Helse Vest, og skal fungere som eit verktøy og rettesnor i det daglege arbeidet med integrasjonar, både i forvaltning og i program/prosjekt. Dokumenta har vore utarbeidd i tett samarbeid med Felles Arkitektur- og Porteføljekontor.

Integrasjonsprinsipp og -strategi er lagt fram for styret til orientering. Dokumenta vil og bli lagt fram for Teknologirådet i Helse Vest til orientering. Integrasjonsstrategien vil bli revidert med 1-2 års mellomrom.

Vedtak (samrøystes):

1. Styret tok integrasjonsprinsipp og –strategi for Helse Vest til orientering.

Sak 14/19 O Samanlikning av IKT-nøkkeltal for regional IKT 2017

Oppsummering:

Direktoratet for e-helse har i 2018/2019 gjennomført ei innsamling av IKT nøkkeltal, jfr. «Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har definert fem hovedmål som Direktoratet for e-helse skal følge opp, der Styling, Organisering og finansiering av e-helse er ett av hovedmålene.

Nøkkeltal frå 2017 samsvarer i stor grad med dei funn som vart gjort i komparativ analyse frå 2014 og 2017, og med det som kom fram i Helse Vest IKT si eiga samanlikning gjort saman med Gartner i 2016. Administrasjonen presenterte nokre *førebels* resultat per 20.02.2019 for denne kostnadssamanlikninga.

Vedtak (samrøystes):

1. Styret tok saka til orientering.

Lukka saker

Sak 15/19 O Status og utfordringar for DIPS Arena og DIPS ASA

(Unntatt offentlighet (jf § 23 i Offentleglova))

Oppsummering:

Helse Vest IKT gjennomførte oppgradering av både DIPS Classic og DIPS Arena helga 09. – 10.02.2019. Oppgraderinga av DIPS-plattformane var ein viktig milepæl på vegen mot vidare innføring av DIPS Arena.

01.03.2019 starta registrering for pakkeforløp for psykisk helse og rus i DIPS Arena for alle psykiatriske einingar i Helse Vest. I mai 2019 startar Nevrologisk avdeling i Helse Førde pilot på Arena, og i september 2019 startar pilot ved Lungeavdelingen i Helse Bergen.

Det er avtalt nytt møte mellom adm. dir. i Helse Vest RHF, Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF og styreleiar i DIPS AS, adm. dir. i DIPS AS og adm. dir. i AWilhelmsen Capital 05.04.2019.

Vedtak (samrøystes):

1. Styret tok saka til orientering.

Sak 16/19 O Baxter og Meona – status og utfordringar

(Unntatt offentlighet (jf § 23 i Offentleglova))

Oppsummering:

Det vert no gitt positive tilbakemeldingar på arbeidet med intensivkurven i Meona. Det er plan at denne kan innførast hausten 2019. Funksjonalitet for perioperativ kurve er teken ut av denne akseptansetesten, og vert dermed utsett. Det er nødvendig for Helse Vest å klargjere betre korleis Meona skal fungere saman med dei ulike operasjonsplanleggingsystema som helseføretaka har.

Fokus for dialogen med Baxter/Meona i 2019 er ferdigstilling av kontrakt og overgang til forvaltning og vidareutvikling gjennom den vedlikehaldsavtalen. Det er avtalt nytt møte med leiinga i Baxter/Meona 01.04.2019.

Vedtak (samrøystes):

1. Styret tok saka til orientering.

Sak 17/19 O Status samarbeidet med Systematic og Imatis *(Unntatt offentlighet (jf § 23 i Offentleglova))*

Oppsummering:

Systematic (Finne frem) er sett i produksjon for Helse Bergen 11.12.2018. Helse Vest IKT har sendt brev med godkjenning med forbehold om retting av uteståande punkt per 23.02.2019.

Løysing fra Imatis for Innsjekk og betaling er forseinka. Det er no planlagt produksjonsstart for Helse Stavanger 21.05.2019. Løysingen fra Imatis for Styring av pasienter og ressurser (SPOR) vart sett i produksjon for Haraldsplass Diakonale Sykehus

13.12.2018. Bruk av Imatis på mobiltelefon (Mobilix) skal setjast i produksjon i april 2019.

Vedtak (samrøystes):

1. Styret tok saka til orientering.

Sak 18/19 O Status samarbeidet med IBM om LIBRA

(Unntatt offentlighet (jf § 23 i Offentleglova)

Oppsummering:

Det er tidligare informert om utsetjingar av arbeidet med fyrste fase, LIBRA 1. Det vart i sak 091/18 informert om dialogen mellom partane knyttet til milepælen «Løysing klar for kunden sin akseptansetest». Her vart det inngått ei forliksavtale 13.12.2018.

Gjennom forliksavtalen vart partane samde om at neste planlagte dato for produksjonssetting av LIBRA 1 vil vere 01.04.2019. Det er no planlagt med ein delvis oppstart av LIBRA 1 (rekneskap) per 01.04.2019, medan logistikk for Helse Stavanger mest sannsynlig vert sett i produksjon 01.05.2019, og oppstart budsjett vert mest sannsynleg 01.06.2019.

Vedtak (samrøystes):

1. Styret tok saka til orientering.

Sak 19/19 O Eventuelt

Ingen saker

Ref. Leif Nordland / Erik M. Hansen
15.03.2019

Herlof Nilssen

Styreleiar

Olav Klausen

Medlem

Inger Cathrine Bryne

Medlem

Clara Gram Gjesdal	Medlem
Arve Varden	Medlem
Eivind Gjemdal	Medlem
Beate Sander Krogstad	Medlem
Stian Hoell	Medlem
Agnete Sjøtun	Medlem
Lars-Erik Baugstø- Hartvigsen	Medlem
Ørjan Midttun	Medlem

SAK 022-19

GÅR TIL: Styremedlemmer

FØRETAK: Helse Vest IKT AS

DATO: 11.04.2019

SAKSHANDSAMAR: Erik M. Hansen

SAKA GJELD: Administrerende direktør si orientering

ARKIVSAK:

STYRESAK: Styresak 022/19 O

STYREMØTE: 25.04.2019

.....

FORSLAG TIL VEDTAK

1. Styre tek saka til orientering.

Fakta

Open del

1. Kartlegging av kundetilfredsheit 2019

* notat vedlagt

2. Omfattande episodar med beredskap

* notat vedlagt

3. Orientering om relevante lover, forskrifter og myndigheitskrav

* ingen relevante saker

4. Oversikt over tilsyns-, kontroll- og klagesaker

* ingen relevante saker

5. Oversikt over høyringar

Mottatt	Avsendar	Tema	Frist

NOTAT

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Vest IKT AS

DATO: 11.04.2019
FRÅ: Administrerende direktør
SAKSHANDSAMAR: Erik M. Hansen

SAKA GJELD: Kartlegging av kundetilfredsheit 2019

ARKIVSAK:
STYRESAK: 022/19 O

STYREMØTE: 25.05.2019

Administrerende direktør si orientering pkt. 1

.....

Kartlegging av kundetilfredsheit for Helse Vest IKT 2019

Helse Vest IKT har sidan 2007, anna kvart år gjennomført kartlegging av kundetilfredsheit. Sist gong det var gjort slik kartlegging var i 2017. Adm. dir. viser her til sak 022/17 handsama i styremøtet 19.04.2017.

Helse Vest IKT har i perioden fram til 11.04.2019 gjennomført årets kartlegging. Det vert spennande å sjå resultata. I år vert det særleg spennande å sjå effekten av situasjonen for Kundesenteret hausten 2018 og den omfattande episoden 27.03.2019.

Styret vil få presentert resultat frå kartlegginga i neste styremøte.

NOTAT

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Vest IKT AS

DATO: 08.04.2019
FRÅ: Administrerende direktør
SAKSHANDSAMAR: Erik M. Hansen, Harald Flaten og Fredrik Eldøy

SAKA GJELD: **Omfattande episodar med beredskap**

ARKIVSAK:
STYRESAK: **022/19 O**

STYREMØTE: **25.04.2019**

Administrerende direktør si orientering pkt. 2

Helse Vest IKT har sidan sist gong styrepapir vart sendt ut, hatt fylgjande episodar der beredskap er utløyst. For detaljar vert det vist til tabellen nedanfor;

Dato, tid	Tema
27.03 kl. 09:15 – 27.03 kl. 13:00	Feil på sentral lagringsløsning (VMware) Helse Vest IKT gjennomførte en planlagt endring på kopi av sentral lagringsløsning for VmWare servere. De planlagte endringene var kategorisert som lavrisiko endring. Det var ikke planlagt noen aktiviteter på den sentrale lagringsløsningen som var i drift. En teknisk driftsforstyrrelse som Helse Vest IKT var ansvarlig for resulterte i manglende kobling mellom servere og lagring. Denne koblingen ble raskt re-etablert og i prinsippet skulle lagringsløsningen kunne resette seg og komme tilbake i normal produksjon innenfor en tidsramme av en time. Basert på denne vurderingen, informerte Helse Vest IKT foretakene ca. kl. 10.00 om at den sentrale lagringsløsningen ville kunne være operativ innen 30 til 60 minutter. Dessverre klarte ikke lagringsløsningen automatisk å re-etablere kobling til alle filvolumene. Dermed måtte Helse Vest IKT sammen med leverandøren manuelt re-etablere deler av filvolumene. Helse Vest IKT informerte helseforetakene ca. kl. 11.00 om at det ville ta 1 – 2 timer å få alle løsningen tilbake i normal produksjon. I denne perioden ville systemene komme gradvis tilbake i produksjon. Dette stemte, de fleste

	system var tilbake kl. 12.45. Ca. kl. 13.00 var normal produksjon re-etablert Helse Vest IKT beklager de ulempene denne driftsforstyrrelsen har hatt for pasienter, helsepersonell og helseforetak. Helse Vest IKT har oppsummert følgende læringspunkter i hendelsesrapporten; • <i>Den første som oppdager en alvorlig feil må varsle Driftssenteret umiddelbart og gi relevant informasjon som må dele vurderinger rundt mulig løsnings tid.</i> • <i>Dobbeltkontroll. Enkle oppgaver med lav sannsynlighet for feil, men med store konsekvenser kan ha et risikobilde der operasjonene bør kontrolleres av kollega før utførelse. Det er mulig endringsprosessen er rett sted å vurdere dette tiltaket</i> • <i>Det må etableres reservekommunikasjonskanaler til sluttbrukerne når intranett/epost ikke virker. Et forslag er å bruke Twitter og/eller Facebook. SMS-ene vi sendte ut burde hatt link til ekstern side med driftsmeldinger.</i> • <i>Assyst bør vurderes flyttet ut i egen infrastruktur slik at den ikke går ned samtidig som vi har sentrale feil. Det er gjort mange tiltak for å gjøre assyst robust men det gikk likevel ned denne gangen.</i> • <i>Det bør etableres lister (i excel, lagret utenfor egen infrastruktur) med de viktigste systemene våre slik at vi kan finne dem frem i tilsvarende situasjon. Samtidig må oppdaterte telefonlister jevnlig synkroniseres mot c:\hvi_beredskap</i>
--	---

For å gi styret innblikk i *konsekvensar* av ein slik omfattande episode, er og oppsummering frå Helse Bergen lagt ved i eit eige vedlegg. Notatet gir ikkje eit fullstendig bilde av konsekvensane, men det gir ein bra oversikt over konsekvensar i denne situasjonen. Det er sannsynleg at denne oppsummeringa til ein viss grad er representativ for situasjonen i alle helseføretaka i Helse Vest. Notatet blir og brukt internt i Helse Vest IKT for å utvikle god forståing av kva som er konsekvensane i slike situasjonar.

Konsekvenser av IKT bortfall 27.03.2019 ved Helse Bergen

Fra Kreft avdelingen:

Episoden viste hvor sårbare vi er for bortfall i infrastruktur knyttet til datasystemene.

På stråleterapi: alle strålemaskinene sto uten at behandling kunne gis i ca. 2,5 timer. Noen pasienter med kort reiseavstand ble sendt hjem eller til pasienthotellet og forventet nærmere beskjed. Behandlingen ble tatt igjen utover dagen (ettermiddag), slik at alle pasientene hadde fått sin behandling ca. 2 timer etter vanlig arbeidstid. Medisinsk sett var det derfor ingen skadevirkninger. Forsinkelsene rammet mer eller mindre alle (ca. 150 pasienter).

Det var en betydelig opphopning av pasienter i atriet. Her er det venterom for både poliklinikk og stråleterapi. Blodprøvetakingen gikk relativt greit – en lykke at det på morgenen var tatt papirutskrift av alle blodprøveekvisisjoner, hvilket gjorde at laboratoriet kunne ta de rette prøvene. Samarbeidet med både det lokale laboratoriet og sentrallaboratoriet fungerte godt via telefon, og alle hadde en god serviceinnstilling i en vanskelig situasjon. Vi møtte påfallende velvilje fra pasientene, som gjennomgående tok forsinkelsene med forståelse.

Det var store problemer med at Cytodose (systemet som styrer rekvirering av cytostatika og medikamentell kreftbehandling). Det var forsinkelser i leveranser fra apoteket og opphopning av pasienter som skulle ha behandling. Ca. ved lunsjtider begynte Cytodose å fungere igjen. Bortfallet av Cytodose vanskeliggjorde legenes arbeidssituasjon. For legetjenesten både på poliklinikk, sengeposter og doseplanering, var situasjon med at DIPS ikke fungerte noen timer meget problematisk. Å skulle snakke med pasienter uten å ha nøyaktige opplysninger å holde seg til var frustrerende for både behandler og pasienter. Legene uttrykte forundring og irritasjon over at systemet kunne tas ned for oppgradering i den mest arbeidsomme delen av uken. Arbeidsinnsatsen til legene var stor, men det ble mye brannsløkking inntil datasystemene igjen fungerte.

Økonomisk ble det en del overtid. Noen medikament kurer ble utsatt, men det måtte tas igjen i de påfølgende dagene. Jeg forventer derfor ikke at kostnadene totalt sett vil bli særlig merkbare.

Fra TIO

- Operasjonsprogrammet gikk som normalt.
- Vi fikk sendt pasienter til post som planlagt.
- ICIP og registreringer inn i programmet fungerte som normalt.
- Vi hadde ikke ekstra personell inne, og ingen gikk utover sin arbeidstid.
- Vi hadde ikke tilgang til Orbit og Dips i det aktuelle tidsrommet.
- Vi hadde heller ikke tilgang til prosedyrene i EK. Dette var ikke problematisk i praksis denne dagen, men det hadde vært svært uheldig hvis vi hadde hatt behov for tilgang til spesielle prosedyrer.

For ledelsen var det vel generelt samme problematikken som hos andre med at mail og GAT lå nede, så det var vanskelig å utføre administrativt arbeid.

Fra KSK

Hode Hals seksjon

Vi (HH-seksjonen) hadde ikke noen utfordringer (strykninger/delay/problemer med ØH-inngrep) p.g.a. IKT problemene denne dagen.

Vi benyttet oss av etterregistreringsskjema i papirform der det var nødvendig.

Jeg har vært inne i Orbit og sett, og alt ser ut som det har gått upåvirket.

KK/Øye:

Vi hadde pasienter på alle stuer som var i gang, derfor ble det ingen utsatte eller forsinkelser på KK/Øye denne dagen.

Koordinerende kirurg var klar på at dersom IKT systemene fortsatte å være nede, måtte vi ha stoppet å ta inn pasienter.

Det ble en del forvirring når noen leste BT, hvor det stod at Haukeland hadde stoppet alle operasjoner. Det ble en del ekstra telefoner og avklaringer i den perioden IKT systemene var nede.

DKS:

Plastikkirurgene valgte å stryke 1 pasient, ellers gikk programmet som planlagt. Litt kaos på morgenen, litt senere oppstart, men vi ble ferdig med det oppsatte programmet innenfor avtalt tid.

Jeg hadde A-vakt denne dagen, så jeg var ute i drift. Jeg fikk derfor en god føling med hvordan dette påvirket oss. Hendelsen var uheldig, og førte til at det ble tyngre og vanskeligere å jobbe. Vi har etablert et back up system for ICIP – det gjør at vi kan hente ut opplysninger om medisiner mm som har pågått, og få oversikt – selv om vi ikke da har de aller siste dataene. I tillegg har vi våre lister fra DIPS som gir en oppsummering ifht til pasientens sykehistorie, undersøkelser som har blitt gjort, operasjoner planlagte eller utførte, og planer videre. Dette kom til god nytte i denne situasjonen.

Evt. andre forhold:

- Registreringer fra systemet ble ikke utført. – dvs registrering som automatisk skulle skjedd automatisk skjedde ikke.
- Heng i systemene – ting tok mye lenger tid enn det skulle. Dette medførte forsinkelser eller at ting bare ikke ble gjort.
- Manglende datafangst. Usikker datafangst. ICIP gikk vel ikke helt ned i hele tidsrommet, men var ustabil.
- Ikke datafangst i sanntid.
- Jeg tror ikke vi har fått registrert inn all datafangst som ikke ble registrert i ettertid.
- Registreringer vi trodde vi hadde gjort i f.eks. GAT viste seg å bare ha falt bort. Kanskje vet vi ikke at det ikke ble registrert heller.
- Vi fikk ikke lest på pasienter i DIPS – dvs manglende eller bare stykkevis sykehistorie på en nyankommet pasient. Heldigvis hadde en nattevakt skrevet ut noe på pasienten slik at vi kunne se på det. Vi hadde ønsket mer info om pasienten der og da, men det var ikke mulig da.
- Et eksempel som var veldig uheldig og risikofylt var at vi manglet info om trombocytter på en pasient som måtte få utført en prosedyre som hastet. Prosedyren ble gjort uten at vi her hos

oss visste trombocytter på denne pasienten (kateter innleggelse – mener det var dialysekateter). Det gikk fint, men det hadde det ikke nødvendigvis behøvd å gjøre.

- Det var en veldig travel vakt, og ble noen hektiske timer.
- Vi hadde back-up av pasientens ICIP kurve som vi til enhver tid skal ha. Da hadde vi mulighet til å skrive ut pasientkurven. Det er en trygghet å ha det, og det ble det også i denne situasjonen.

KSK utpost:

Mye etterarbeid dagen etter.

- Mange pasienter ble ikke registrert i orbit, etterarbeid dagen etterpå.
- Kunne ikke planlegge neste dag, pga ikke tilgjengelige opplysninger
- Kunne ikke vurdere nye pasient henvisninger

KSK ønh.dke.

- Første operasjon tok lang tid, måtte stryke en pasient og valget ble pasient nummer to pga den trengte man bilder til som ikke var tilgjengelig. Vanligvis ville man strøket siste pasient.

Postoperativ seksjon:

- 10 pasienter i avdelingen på det aktuelle tidspunktet, ingen direkte konsekvens vedrørende behandling og forløp
- Men ingen tilgang til kritisk informasjon vedrørende pasientene i Orbit/DIPS
- Mister all logistikk og oversikt i forhold til pasientflyt som er venta inn til PO fra SOP vedrørende operasjonsplanegging
- Vi håndterte situasjonen med tilgjengelig personell innenfor det aktuelle tidsrommet
- Ser at det medførte forsinking i operasjonsprogrammet
- IKT bortfallet kunne arta seg til svært kritisk på et travlere tidspunkt i avdelinga eller i en beredskapssituasjon

AMA

Bortfall av IKT-system 27. mars. På grunn av utfordringene dette medførte i AMK bemannet seksjon Sentrum/Øst opp 1 ekstra ambulanse fra kl. 15 og frem til kl. 22.

Radiologisk avdeling

Onsdag 27.mars hadde vi omfattende bortfall av IKT system. Når RIS/PACS/DIPS har driftsstans kontrollert/ukontrollert mister hele Radiologisk avdeling sitt arbeidsverktøy, alt er utilgjengelig.

Konsekvens/kompenserende tiltak:

- Papirflyt innført 09.30 - prosedyre for dette ble gjeldende og fulgt.
- Bare akutte undersøkelser ble utført fra kl 09.30-13.30. Inneliggende pasienter med lavere hastegrad måtte vente.
- Det ble allokert ressurser til MK for å sikre bildeflyt ved akutte undersøkelser. Ledelse tilgjengelig i MK.
- Vi hadde infomøte for ansatte kl 10 og kl 11. Det ble også sendt ut info via mail.
- Alle henvisninger som lå i systemet var den første timen utilgjengelig.

- Vi hadde ikke oversikt over hva som lå av akutte undersøkelser i systemet eller hva som hadde behov for radiologbeskrivelse.
- ØHCT utført ble sett på selve CT-maskin/sendt til syngp.via for beskrivelse.
- En MR-maskin fortsatte sin drift da radiograf hadde oversikt over hva undersøkelser pasientene skulle ha utført.
- Ledelse tilgjengelig i ekspedisjon, det oppholdt seg mange polikliniske pasienter i ekspedisjonsområdet.
- All poliklinikk i hovedavdelingen ble stoppet da vi ikke hadde tilgjengelig pasient info. Pasientene ble vurdert å la vente en time før de evt ble sendt hjem.
- Klokken 10.30 fungere systemene delvis slik at vi kunne se hva som var ønsket utført av polikliniske undersøkelser og hva som lå av ØH. Vi fikk oversikt over ØH som var behov for utførelse. De polikliniske pasientene ble manuelt ankommet på maskin og satt på hold til systemene var i drift. Det var ryddejobb i etterkant for å linke bilder. Det var iherdiginnsats for å ta unna etterslepet på poliklinikk. Det ble vurdert dit hen at vi utførte undersøkelser på polikliniske pasienter fra kl 11 da vi hadde systemene delvis tilgjengelig - alternativet var å sende hjem all poliklinikk.
- Pasienter som hadde ventet over en time fikk slettet sin egenandel for undersøkelsen
- På BDS ble screening pasienter sendt hjem.
- Det er komt en sak der pasient ikke fikk nødvendig beskrivelse på sin undersøkelse - medisinsk ansvarlig jobber med å svare ut denne.

Radiologisk avdeling hadde ikke behov for ekstra personell, men allokering av dem som var på jobb.

Medisinsk avdeling

Oppsummert tilbakemeldinger:

- Sporadisk varsling. Sengepostene fikk telefonvarsel, men ikke som beredskapsmelding slik de oppfattet det. Ingen fikk sjekket på Innsiden siden denne ikke fungerte.
- Ledere og annet personell utenfor driftsenhetene ble ikke varslet og fikk tilfeldig vite det. De fleste sjekket BT og aviser for info.
- Kom ikke inn for å lese på noen pasienter, fikk ikke oversikt over pasientens sykehistorie.
- Utsatt utskrivelser – flere pasienter i avdelingen på dagtid.
- Fikk ikke bestilt mat.
- Ingen avbestillinger eller praktiske vansker av noe slag. Litt forsinkelser ved visitt og medisiner, men ikke problematisk.
- Medisinsk avdeling ble ringt opp fra Mottaksklinikken med ønske om at vi styrket bemanningen på ettermiddag da de forventet stor pågang av pasienter og stort behov for plasser. Vi styrket med 2 ekstra leger på ettermiddag/kveld (til mottak og poster) og postene ble varslet om å vurdere behovet for ekstra pleiebemanning.
- Turnusleger som skulle ta imot listepasienter trakk seg tilbake da de ikke fikk tilgang til journal. Postlegene tok imot alle listepasientene, økt arb belastning. Fikk ikke bestilt portør-sykepleier trillet pasient til undersøkelse selv ved en anledning.
- Det var lite pasienter inn og lite behov for ekstrabemanning slik at de to ekstra legene gikk hjem etter noen timer.

Kirurgisk klinikk

- Utsatte operasjoner: IKT bortfallet skjedde etter at de fleste operasjoner var i gang. Deretter ble det gitt beskjed etterfølgende operasjoner ble avgjort av ansvarlig kirurg. Dette fungerte

greit. en operasjon som ble avlyst på SOP (noe med blodtyping) på grunnlag av IKT – noen flere kan ha blitt avlyst pga at alt gikk noe saktere. På DKS måtte plast kir – kutte en operasjon grunnet manglende rtg tilgang.

- Forsinkelser i poliklinikk/dagbehandling: På kirurgisk klinikk sendte urologen hjem 5 og GE/Kar 9 pas. det som krevde tid var at alt måtte skrives på ettermiddagstid – og etter hukommelse noe som ikke er like pasient sikkert som at alt ordnes umiddelbart. Plast sendte også hjem noen få pasienter. På postene fikk man ikke gjort visittarbeid og bestilinger av rtg og bl pr. dette forplantet seg utover kvelden. Noen pasienter ble ikke utskrevet, bla fordi man ikke fikk kontakt med kommunene.
 - Behov for ekstra personell: Vi kalte inn ekstra personell på minst 2 av sengepostene. Disse ble utover kvelden bla annet for å føre tilbake fra manuelle kurver til meona.
 - Evt. andre forhold :
1. Det var flaks at det skjedde etter oppstart på SOP – dette reduserte omfanget av strykninger.
 2. Det var svært heldig at man fikk systemene opp igjen slik at man ikke krysset vaktskiftet kl 15.00 – dermed husket man hva som var gjort på vekten. Sannsynligheten er stor for at man unngikk at informasjon gikk tapt. Hadde dette skjedd kl 14 – hadde nok faren for problemer vært mye større.
 3. Når alt gikk ned ble det tydelig at vi ikke har rekv for blodprøver, rtg etc. lett tilgjengelig. Det bør vi skaffe oss. Vi bør ha beredskapsperm på ALLE sengeposter med slike rekv.
 4. Det skapte en betydelig frustrasjon at man ikke tidligere fikk avklart at Meonaoppgraderingen ble utsatt. Det burde ha vært mulig å få dette avgjort tidligere.
 5. Stor ros til avd spl på alle kirurgiske poster og poliklinikker for godt samarbeid.
 6. Godt samarbeid mellom alle ledere som var på sykehuset.

Ortopedisk klinikk:

KiH

Utsatte operasjoner

- Forsinka oppstart, men ingen strykninger
- #### *Forsinkelser i poliklinikk/dagbehandling*
- Alle pasientundersøkelser gjennomført, men etterarbeid med journalføring, reg. av adm data og ettersending av fakturaer til pas.
 - Alle røntgenundersøkelser gjennomført, men poliklinikklege måtte gå til rtg-avd for å se bilder, lang ventetid for pas. og ekstraarbeid.
- #### *Evt. andre forhold*
- Fysio: Forsinka start av pasientbehandling. Avhengig av muntlig info fra leger ang. restriksjoner m.m.
 - Oppvåkning: Meona nød-pc ble ikke oppdatert etter at systemene var oppe igjen. Siste oppdateringer 27.03. kl 08:55 og 09:55. Oppdaget 28.03. ca kl 09 og meldt til (løst av) IKT.
 - Pasientsvar: Mange telefoner. Kunne bare ta imot melding og ringe tilbake når sys. oppe igjen.
 - Sengeavd: Ingen problemer meldt
 - Ventelistekontor: En god del etterarbeid.
 - Lab: Brudd på gunstig tidspunkt siden alle etiketter til stikkerunde var skrevet ut. Litt forsinka prøvesvar til DIPS

Ortopediske sengeposter HUS

- For sengepostene fikk det konsekvens at alle arbeidsoppgaver ble forskjøvet. Man fikk ikke skrevet noe, meldt PLO osv. Det førte til at noen pasienter ikke ble skrevet ut fordi man ikke hadde mulighet å gjøre i stand papirer og meldt de på riktig måte, men ingen konsekvenser av betydning. Vi måtte ha fastvakt denne dagen da en person som skulle vært operert ikke ble operert, men vet ikke om det har sammenheng med bortfall av IKT. Vi tok inn en ekstra person som gikk mellom postene på seinvakt for å dekke opp for merarbeid for kveldsvaktene og dette fungerte fint.

Skadepoliklinikken

- Lite forsinkelser på brudd og sår da det var i utgangspunktet ikke så mange pasienter. Det berørte ca. 60 pasienter i tidsrommet kl. 10-15. Etterregistrerings arbeid uten å ta inn ekstra personell.
- Forsinkelser på fysio. Overtid på personell.

Fysioterapiavdelingen

- Det ble forsinkelser i behandling av pasienter primært på sengeposter da man manglet informasjon om pasienter. En del pasienter kunne heller ikke få smertestillende som planlagt. Manglende mulighet for å skrive i DIPS gjorde også at skrivearbeid måtte tas igjen. Noe ble gjort neste dag, men noe utløste også overtid fordi dette måtte gjøres samme dag av enten pasientsikkerhetshensyn eller for ikke å forstyrre kapasiteten neste dag.

Laboratorieklinikken

Hadde god kontakt med Helse Vest IKT gjennom denne stoppen. Det er ikke meldt kritiske situasjoner ved noen av laboratoriene. Det ble ikke kalt inn ekstra personell, men enkelte av de som var på dagtid arbeidet noen timer overtid.

Avd for medisinsk biokjemi og farmakologi (MBF)

- Unilab stoppet 09:10 og de fleste analyseresultatene ved MBF ble ca 2.5 timer forsinket for inneliggende – og polikliniske pasienter. I tillegg oppstod det kø i meldingsformidling inn i Dips. Her var det opptil 1.5 time ytterligere forsinkelse.

Avdeling for immunologi og transfusjonsmedisin (AIT)

- Tappesalen åpner kl 12 onsdager, og da var vi tilbake i drift. Vi slapp derfor å avvise blodgivere der. Et par blodgivere måtte avvises på blodbussen.

Når det gjelder utlevering av blodprodukter valgte vi å sjekke nøye med avdelingen hastegraden for transfusjonene for å se om vi skulle gjøre analysene nå eller om vi kunne utsette de i håp om at drift stansen ikke skulle vare så lenge og transfusjonen utsettes. Dette altså for å unngå mye dobbeltarbeid med å få analysesvarene elektronisk etterpå. Ved overgang til manuelle rutiner har vi behov for å kalle inn mer personell. Usikker på hvor mange bestillinger som kom i tidsrommet. Det var heldig vis kun 1 pasient som måtte ha blod akkurat under stansen, men denne genererte mye frustrasjon på den kliniske posten (urologisk)!

På produkt førte IKT-bruddet til forsinkelser på produksjon av trombocyttkonsentrat, men det var ikke kritisk.

Mikrobiologisk avdeling (MIA)

- For MIA medførte IKT-bortfallet forsinkelser på arbeidet med registrering av prøver og også oppstart av analysering. Denne gangen ble det ingen alvorlige konsekvenser av forsinkelsen som vi kjenner til. Arbeidet som ble forsinket ble tatt igjen i løpet av dagen.

Voss sjukehus

Operasjon:

- Ingen nye operasjonar vart starta før IKT systema var tilbake i drift.
- Ingen pasientar vart stroke frå operasjonsprogram grunna IKT bortfall.
- Har ikkje «backup» for å kunne hente ut pasientdata.

Poliklinikkar:

- der 2 pasienter måtte «strykes» og få ny time pga. nedetiden. Ellers ble alle planlagde timar gjennomført.
- Pasientinformasjon vart nedskreven på penn og papir.
- Meirarbeid for personale på slutten av dagen då pasientinformasjonen måtte førast inn på data.

Sengepostar:

- Medikamentutdeling utsatt då ein ikkje hadde informasjon.
- Pasientar som var køyrt til operasjon måtte hentast.

Akuttmottak:

- Pasientinformasjon vart nedskreven på penn og papir.
- Meirarbeid med å føre pasientdata inn i etterkant.
- Akuttmottak (styrer UMS) hadde ikkje konfigurert ei leiar-gruppe i UMS frå før, fekk laga (og brukt) den undervegs. Som var svært vellykka.

Anna:

- Beredskapsplanane må oppdaterast med mtp planar/skjema.
- Nedskrivne notat (epost) på kva som skal ut på UMS er å føretrekke i staden for munnlege beskjedar. Kjem mykje informasjon på ein gong, slik at forveksling kan oppstå om alt vert tatt munnleg.

SAK 023-19

GÅR TIL: Styremedlemmer

FØRETAK: Helse Vest IKT AS

DATO: 12.04.2019

SAKSHANDSAMAR: Erik M. Hansen, Fredrik Eldøy, Rolf Ruland, Leif Nordland

SAKA GJELD: **Rapport frå verksemda per mars 2019**

ARKIVSAK:

STYRESAK: Styresak 023/19 B

STYREMØTE: 25.04.2019

FORSLAG TIL VEDTAK

1. *Styret tek rapport frå verksemda for mars 2019 til etterretning.*

Oppsummering

Administrasjonen har oppsummert rapport om verksemda i ein figur som viser overordna status for Produksjon, Bidrag til bruk av IKT (status program og prosjekt) og Ressursar.

Fakta

Figuren nedanfor viser målkortet for mars 2019



Kommentar

Viser til "Rapport om verksemda per mars 2019" som er lagt ved i vedlegg 1. Det vert vist til adm. dir. sine innleiande merknader i rapporten.

Konklusjon

Målkortet for mars viser at Kundesenteret no har ein servicegrad over 85 %. Det er godt at Helse Vest IKT no er attende på rett nivå for dette.

Målkortet viser samstundes gult på ei rekkje målingar, noko som gir eit godt bilde av det samla «trykket» på organisasjonen gjennom den lange rekkja av større produksjonssettingar som har vore gjennomført.

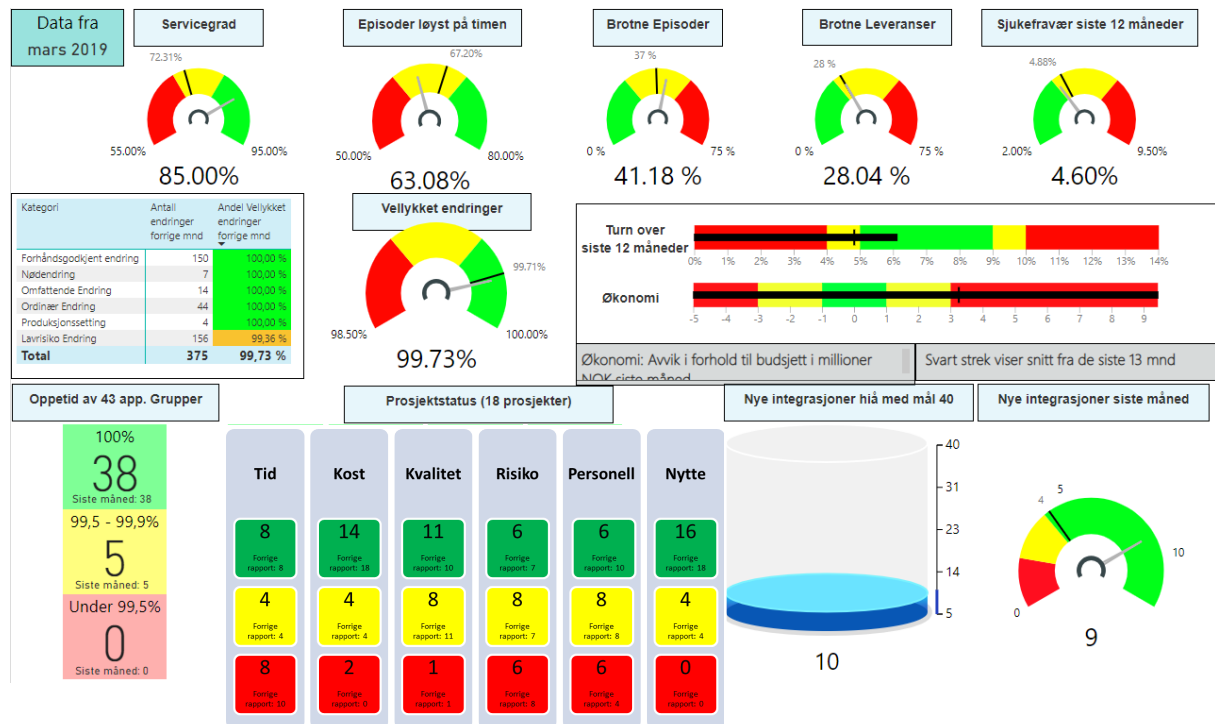
Helse Vest IKT hadde i tillegg i mars (27.03.2019) ein omfattande episode der beredskap vart utløynt i alle føretak i Helse Vest, jfr. punkt 2 til sak 022/19. Helse Vest IKT beklagar denne hendinga og dei konsekvensane den hadde for helseføretaka.

**Verksemdsrapport
for
Helse Vest IKT AS
per
mars 2019**

Versjon: 1.0

Dato: 11.04.2019

Målkort



Adm. dir. sin vurdering

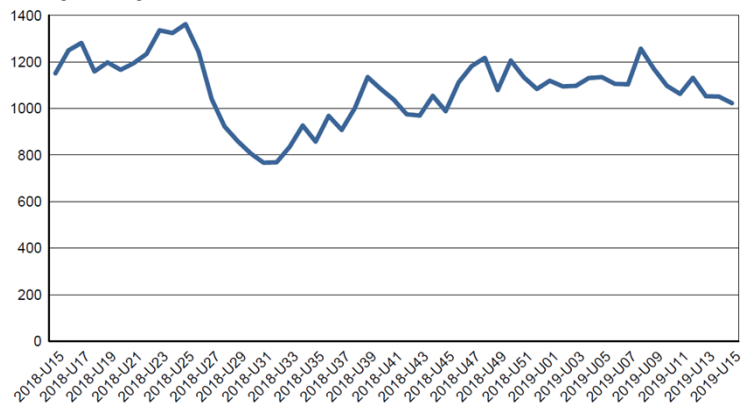
Stabil drift

Målkortet for mars viser at Kundesenteret nå har en servicegrad over 85 %. Det er bra at Helse Vest IKT nå er tilbake med servicegrad på rett nivå. Målkortet viser også øvrige parametre knyttet til svart på time, håndtering av episoder og leveranser alle er i gult område.

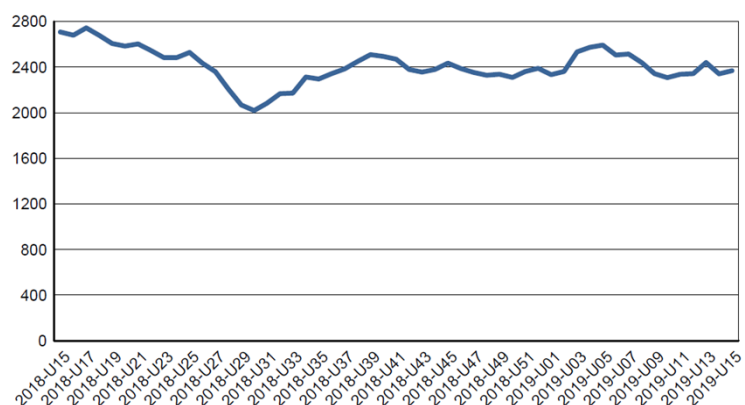
Utviklingen i antall åpne episoder og åpne leveranser mandag morgen er vist i de to grafene nedenfor. I grafene er situasjonen vist til og med utgangen av uke 15, dvs. 08.04.2019.

Det er håp om at utviklingen i antall åpne episoder vil fortsette med en svak nedadgående kurve.

Åpne episoder ved endt arbeidsuke - siste 53 uker



Åpne leveranser ved endt arbeidsuke - siste 53 uker



Det er og håp om at utviklingen i antall åpne leveranser vil utvikle seg på et nivå rundt 2.500. Dette må og sees i sammenheng med at utrulling av Windows 10 nå nærmer seg ferdigstilling.

Integrasjonsarbeid og måltall

Helse Vest IKT har nå levert 10 integrasjoner i 2019, dette tilsvarer 25 % av måltallet for året, således er Helse Vest IKT i rute ifht. planlagte leveranser knyttet til integrasjoner.

Sikkerhetsavvik

Det ble i mars 2019 rapportert 23 mulige sikkerhetsavvik i Helse Vest IKT sitt sakshåndteringssystem. Samtlige var reelle sikkerhetsrelaterte hendelser håndtert av sikkerhetsorganisasjonen. Helse Vest IKT rapporterer sikkerhetssaker med status «avsluttet» i den måneden de ble avsluttet. 11 av sakene var reelle sikkerhetsavvik, 3 av disse ble rapportert i avvikssystemet Synergi for håndtering, læring og årsaksanalyse enten i HVIKT AS og/eller hos kunde/berørt virksomhet.

Sikkerhetsavvikene var:

- *Bruk av annen persons bruker-ID og passord. Avvik på IKT-sikkerhetsinstruks. To saker. Avvikene meldt i Synergi til foretaket det angikk.*
- *En sak logget om til endringssak for videre oppfølging.*
- *Word sender søk gjort i Word til Bing. Dette gjelder funksjonen "smartoppslag" under fanen "se igjennom" som kan bruke tekst i dokumentet til å søke på Bing med, hvilket gir mulighet for informasjonslekkasje. Funksjonen deaktiveres på samtlige klienter.*
- *Menneskelig svikt har ført til at en bruker har fått feil tilganger hos annet foretak. Interne rutiner ble også oppdatert for å forhindre lignende situasjoner i fremtiden.*
- *Oppringninger fra spoofede telefonnummer (svindler viser «feil» telefonnummer) som tilhører virksomheter i Helse Vest. Dette er et problem i perioden, og det ble lagt ut sak på intranett i helseforetakene om forholdet og at man skal være varsomme med slike telefoner.*
- *HelseCERT varslar sårbarheter publisert mot helsenettet. Sårbarheten lukkes i tråd med anbefalingen fra HelseCERT ved oppgradering til ny versjon av sårbar programvare.*
- *En PC ble stjålet. PC deaktivert og sertifikater revokert. Det ble verifisert at harddisken på PCen var kryptert. Dermed har ikke informasjon havnet på avveie.*
- *Ansatt på i et helseforetak har endret tilganger til en ansatt i DIPS. Ansvar for å gi/endre/fjerne tilganger for brukere ligger hos Helse Vest IKT, ikke hos EPJ-Sentrene, brudd på rutiner. Sak meldt foretaket i Synergi.*
- *Overvåkning oppdaget et utgått sertifikat på en løsning. Dette ble oppdatert.*
- *Problem med en antivirussignaturfil fra Microsoft skapte problemer på en del servere.*

Synergisaker på IKT-sikkerhet/drift inn til Helse Vest IKT:

Det er i mars 2019 meldt 10 saker som omhandler informasjonssikkerhet til Helse Vest IKT i avvikssystemet Synergi. 6 saker er lukket i perioden. I Synergi registres saker statistisk den måneden de er ferdigbehandlet, uavhengig av når hendelsen oppstod.

Porteføljestatus

Adm. dir. vil her understreke at Helse Vest IKT nå har gjennomført 7 av 10 planlagte større produksjonssettinger i perioden fra 01.12.2018 til sommeren 2019.

Figuren til høyre viser hvilke system/foretak og dato de store produksjonssettingene er gjennomført.



Det har gjennomgående vært god kvalitet i disse produksjonssettingene. God kvalitet har lagt grunnlaget for at Helse Vest IKT evner å komme videre til *neste* produksjonssetting. Samtidig viser figuren over et stort *engasjement* i organisasjonen, men og et stort *arbeidspress* på organisasjonen.

Økonomi

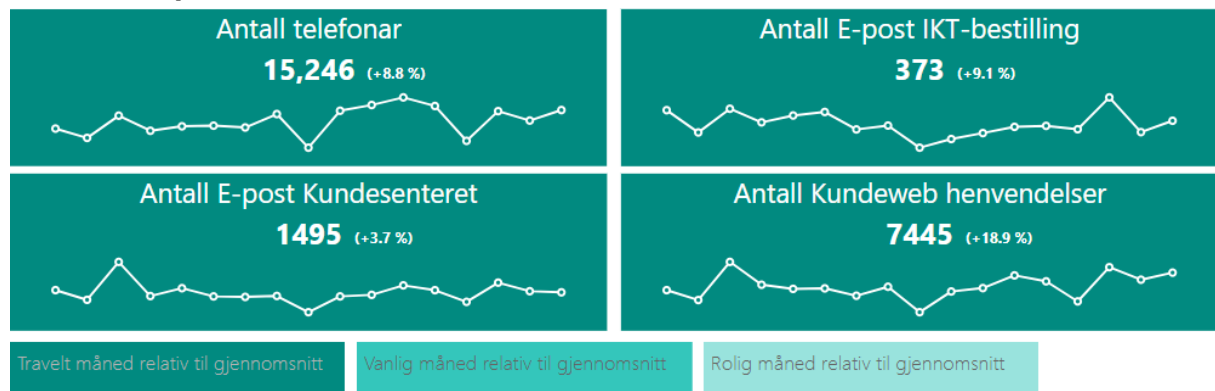
Regnskap for mars viser et drifts- og månedsresultat over budsjett. Resultat hittil i år viser et overskot på 10,7 mill, og er 8,7 mill over budsjett. Prognosen viser eit overskudd på 1 mill i tråd med budsjett.

Personal

«Turn over» er i grønt område ifht. de mål som er satt, sykefravær er i gult område. Det kommer tilbakemeldinger fra avdeling Tjenesteproduksjon og fra prosjektledere om et høyt arbeidspress som følge av summen av aktiviteter knyttet til stabil drift og til produksjonssetting av nye løsninger, se her og sak om ForBetring (sak 026/19).

1. Produksjon

1.1 Førespurnader til Helse Vest IKT



Definisjoner:

Her viser vi totalen for denne måneden. I parentes vises prosentavvik i forhold til gjennomsnittet de siste 13 mnd.

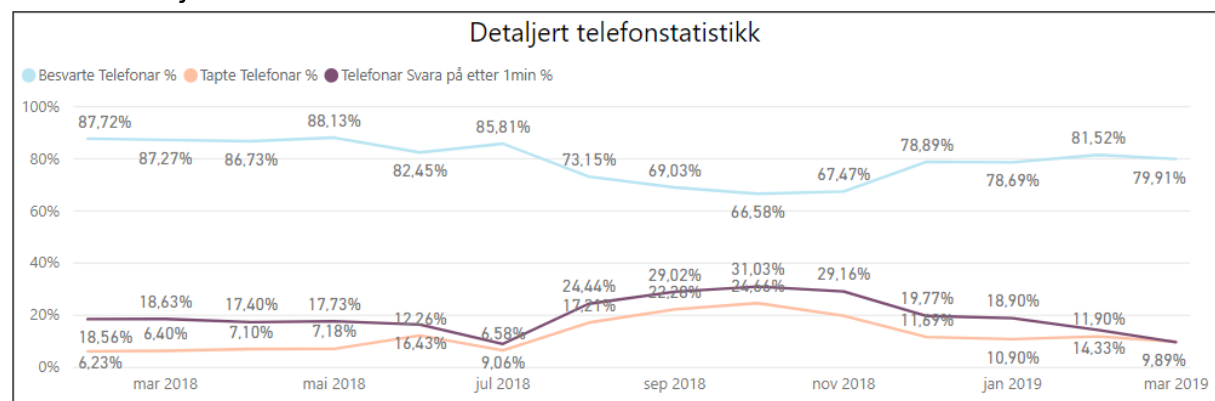
E-post support: Teller all e-post til Kundesenteret med unntak av spam-mail.

E-post bestilling: Teller all e-post med unntak av spam-mail som kommer inn til ikt-bestillingsadressene til Sal.

Kundeweb: Mengd oppdateringar på eksisterande saker eller nye saker.

Telefon: Mengd telefoner svara på av Kundesenteret.

1.1.1 Detaljert telefonstatistikk



Definisjoner:

Tallene viser henvendelsene til kundesenteret på telefon (55976540) uavhengig av om svara på eller ikkje; dvs all innkomande telefontrafikk. Teller også telefonane utanom avtalt opningstid. Total antall vises under 1.1 Førespurnader til Helse Vest IKT.

Besvarte telefonar: Viser tal på telefonar som er svara på i forhold til total antall telefonar.

Tapte telefonar: Viser tal på telefonar som er lagt på utan å få svar i forhold til total antall telefonar.

Telefonar Svara på etter 1 min: Viser mengd som ventar over 1 minutt og får svar i forhold til total antall telefonar.

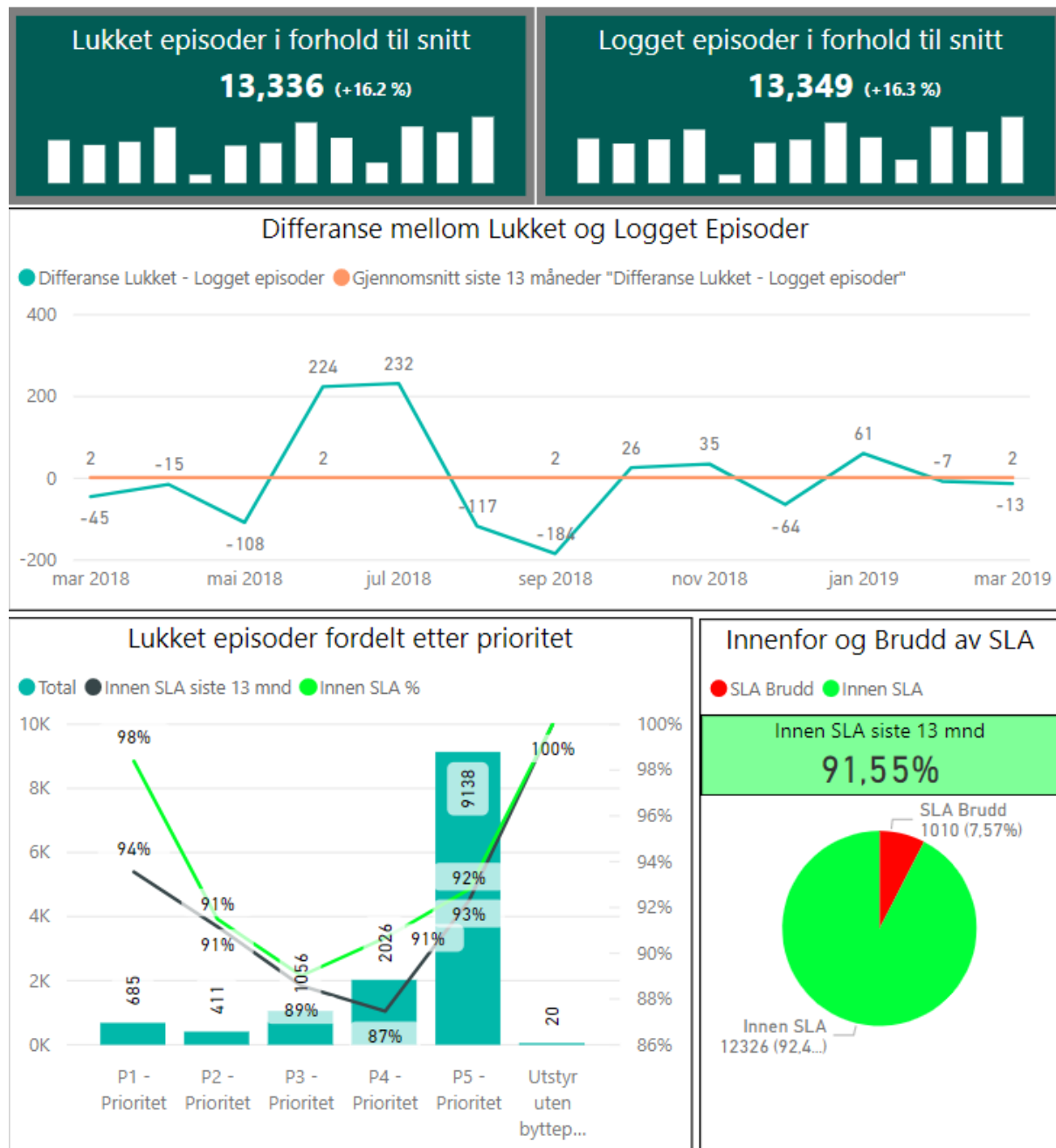
1.2 Behandling av sakene.

Under vise vi total antall lukket og logget episoder/leveranser. I parentes vises avvik i forhold til gjennomsnitt de siste 13 mnd. Mørk bakgrunnsfarge viser en travel mnd.(over gjennomsnitt), lys farge betyr mindre travel mnd.(under gjennomsnitt).

1.2.1 Episodar

Definisjon av episode: Stans eller forseinking i arbeidsprosessar hjå kunde, der stansen eller forseinkinga er relatert til tenester levert av Helse Vest IKT, uavhengig av om den underliggjande årsak er avvik på tenestene.

Episoder

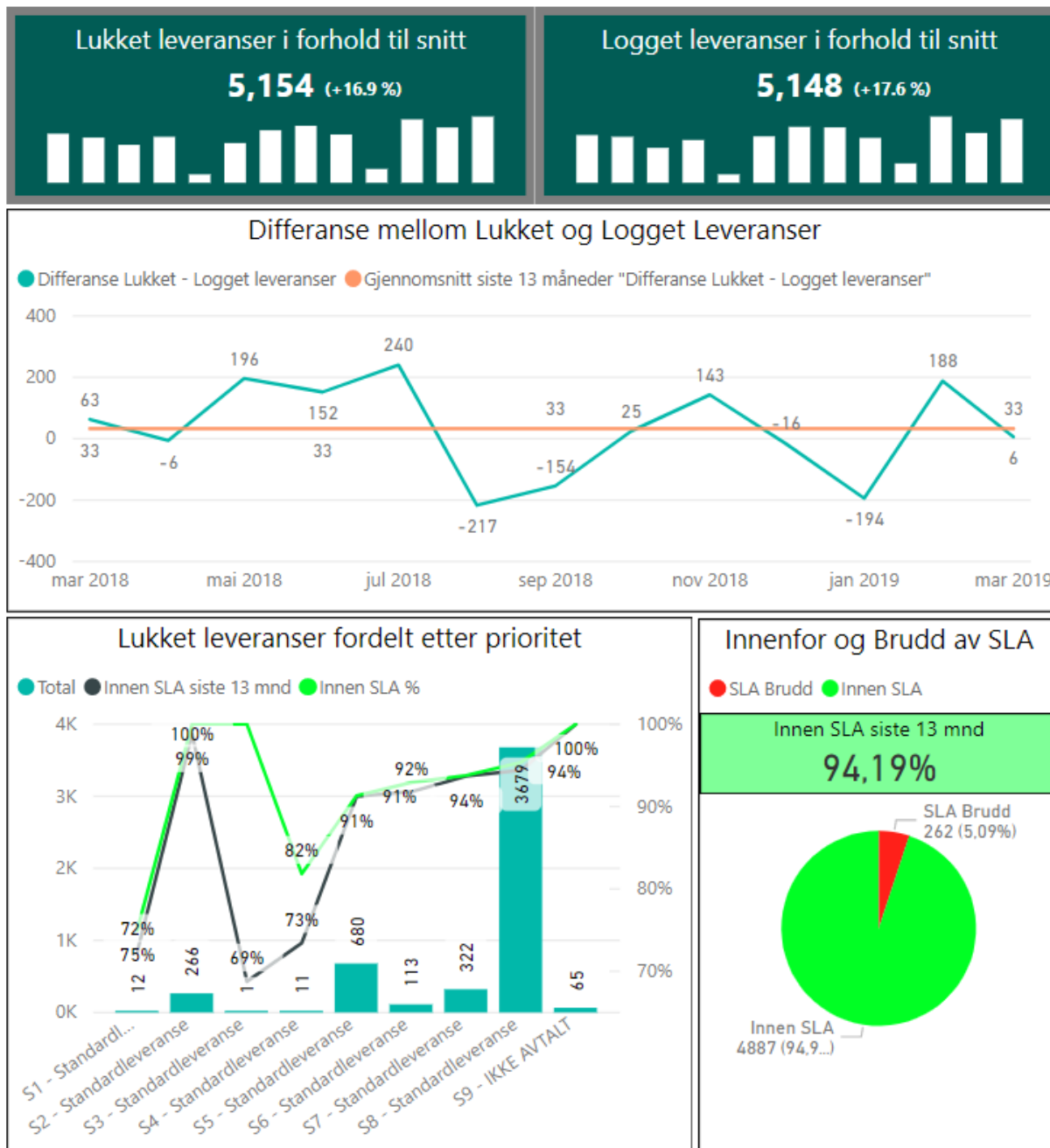


1.2.2 Leveransar

Definisjon av Leveranse (Service Request): Ein førespurnad frå bruker om informasjon, rådgjeving, levering av ein standard leveranse eller tilgang til system. Ein leveranse er normalt ikkje relatert til en prosessstopp for kunde.

Det er ein betydelig mengd leveransar som blir handsama i samlepunktet, disse kjem ikkje med i rapporten da det er assyst som danner grunnlaget for rapporten.

Leveranse



1.3 Applikasjonsgrupper - status mengd applikasjoner

Vi viser i tabell bare de Applikasjonstjenestegrupper som har endringer i antall instanser eller produkt.

Applikasjoner					
1553 Instans	998 Produkt	Kategori	Instans	Diff Instans	Produkt
		Administrativ Dokumentasjon - ePhorte	6	-10	1
7 Diff Instans	11 Diff Produkt	Akuttinntak - Ytterleg	50	-1	11
		Avdeling Diverse	21	1	18
		Eiendom	9	5	6
		Innkjøp og Logistikk - Ytterleg	12	-1	7
		Mor og Barn - Ytterleg	8	1	3
		Skåring - Checkware	22	1	1
		SMSYS - Mellomstore	211	3	135
		SMSYS - Små	753	3	628
		Web portaltjenester - Sharepoint	40	1	3
		Web portaltjenester - Ytterleg	36	2	14

Systemer i produksjon						
	Systemforvaltning		Desktop		Understøttende (Interne HVIKT)	
	Instans	Produkt	Instans	Produkt	Instans	Produkt
Store	591	238	83	22	180	92
Mellomstore	211	137	0	0	0	0
Små	752	627	0	0	0	0

Systemer i andre miljø						
Systemforvaltning		Desktop		Understøttende (Interne HVIKT)		
Instans	Produkt	Instans	Produkt	Instans	Produkt	
297	104	4	3	33	22	
26	17	0	0	0	0	
20	20	0	0	0	0	

Verksemdsrapport for Helse Vest IKT AS

Status	Link	Enhet ID	Enhet	Kategori
Ny		69729	BEREDSKAPSLISTER HBE PROD	PAS og EPJ - Ytterleg
Ny		116269	Prosjektweb HVI PROD	Web portaltjenester - Ytterleg
Ny		132586	Ascom Unite HST OAP server	Tele og Signal - Ytterleg
Ny		134056	SECTRA RIS HVN PROD	Røntgen - Ytterleg
Ny		134302	FETOCALC (0.1)	Web portaltjenester - Ytterleg
Ny		136617	MITT TIMEVALG HVN PROD	Web portaltjenester - Ytterleg
Ny		142985	Ascom Unite AM (Application Manager)	Tele og Signal - Ytterleg
Ny		148552	GoTreatIT Self assessment via web v5.0.0	SMSYS - Mellomstore
Ny		158187	unilab 700 bet prod	Laboratorie - Ytterleg
Ny		162549	DINA chatbot	Web portaltjenester - Ytterleg
Ny		163188	BEST SYKESIGNAL(BSS) Førde	Tele og Signal - Signal
Ny		165659	Imatis Fundamentum Prod	Eiendom
Ny		168213	Systematic Columna prod (Finne fram)	Eiendom
Ny		178467	corpuls.web LIVE PROD 2.0.2	Akuttmottak - Ytterleg
Ny		178604	Fravær og refusjoner HBE PROD	Administrativ Diverse
Ny		182813	UmRSA Software v7	SMSYS - Små
Ny		183336	eProtokoll Prod	Avdeling Diverse
Ny		184221	Microsoft IIS 8.5 FTP	Akuttmottak - Ytterleg
Ny		186311	DataPaq	SMSYS - Små
Ny		187406	DataPaq Single	SMSYS - Små
Ny		188893	Cygnat 2.0.5	SMSYS - Små
Ny		189277	SMART Ink	SMSYS - Små
Ny		189448	Everything	SMSYS - Små
Ny		189923	NetPage helse førde	Tele og Signal - Ytterleg
Ny		189966	BACSVIEWER versjon 4.18.12	SMSYS - Små
Ny		189970	Sisulizer	SMSYS - Små

Verksemdsrapport for Helse Vest IKT AS

Ny		189978	Checkware HFD Stomi 3.1.6	Skåring - Checkware
Ny		189979	Checkware HFD Fedme 3.1.6	Skåring - Checkware
Ny		190053	PTTemplate	SMSYS - Små
Ny		190210	ekstern.ihelse.net	Web portaltjenester - Sharepoint
Ny		190215	intern.ihelse.net	Web portaltjenester - Sharepoint
Ny		190216	avansert.ihelse.net	Web portaltjenester - Sharepoint
Utfaset		300	AMK Com 4.21.0003	Akuttmottak - Ytterleg
Utfaset		23050	Archibus Web Central HST, ver 19.3	Eiendom
Utfaset		23340	Timeregistrering	Lønn og Personal - Ytterleg
Utfaset		24115	Archibus Windows klient HST, ver 19.3	Eiendom
Utfaset		24116	Archibus Windows klient HFO, ver 19.3	Eiendom
Utfaset		24121	Netpage	Tele og Signal - Ytterleg
Utfaset		56302	Archibus Web Central HFO, ver 19.3	Eiendom
Utfaset		108200	QLM HBE PROD 5.2	Administrativ Dokumentasjon - Ytterleg
Utfaset		110464	corpuls.web PROD 1.6.0	Akuttmottak - Ytterleg
Utfaset		129627	QLM Helse Vest Innkjøp	Administrativ Dokumentasjon - Ytterleg
Utfaset		138039	Cobs Dectsentral Karmøy DPS	Tele og Signal - Telefoni
Utfaset		138040	Cobs Dectsentral Haugaland DPS	Tele og Signal - Telefoni
Utfaset		138041	Alcatel Dectsentral	Tele og Signal - Telefoni
Utfaset		141842	Ascom Personsøk Stord	Tele og Signal - Ytterleg
Utfaset		141846	Avaya CS1000 Telefonisentral Haugesund Sju...	Tele og Signal - Telefoni
Utfaset		142418	Ascom sykesignal NISM2 5.0.26	Tele og Signal - Signal
Utfaset		150235	Avaya CS1000 Telefonisentral Stord Sjukehus	Tele og Signal - Telefoni
Utfaset		150237	Avaya CS1000 Telefonisentral Odda Sjukehus	Tele og Signal - Telefoni
Utfaset		150238	Avaya CS1000 Telefonisentral Valen Sjukehus	Tele og Signal - Telefoni
Utfaset		150241	Avaya CS1000 Telefonisentral Haugaland DPS	Tele og Signal - Telefoni
Utfaset		150242	Avaya CS1000 Telefonisentral Karmøy DPS	Tele og Signal - Telefoni
Utfaset		150412	Avaya CS1000 Telefonisentral Sandnes DPS	Tele og Signal - Telefoni
Utfaset		150413	Avaya CS1000 Telefonisentral Sola DPS	Tele og Signal - Telefoni
Utfaset		150414	Avaya CS1000 Telefonisentral Varatun	Tele og Signal - Telefoni
Utfaset		150415	Avaya CS1000 Strand DPS	Tele og Signal - Telefoni
Utfaset		150416	Avaya CS1000 Klokkertunet	Tele og Signal - Telefoni
Utfaset		150434	GEWA Control Tool 2.0.0.7	Tele og Signal - Ytterleg
Utfaset		164144	Ascom Unite AAA Klient (Ascom Alarm Agent...	Tele og Signal - Ytterleg
Utfaset		168017	Avaya CS1000 Telefonisentral LASSA REHAB	Tele og Signal - Telefoni
Utfaset		168712	ORPLAN HST TEST	Operasjon
Utfaset		186895	TALEGJENKJENNING KLIENT DIPS TEST	PAS og EPJ - Ytterleg
Utfaset		186897	TALEGJENKJENNING KLIENT PATOLOGI TEST	PAS og EPJ - Ytterleg

1.4 Oppetid per applikasjonstenestegruppe/driftstenester

Vi viser bare produktklasser som var ikke 100 % oppe i siste måned eller i de siste 12 måneder. Tallene på venstre siden viser hvor mange produktklasser var faktisk 100 % oppe (grønn), nesten 100 % oppe (gul) og som var ikke nok oppe (rød).

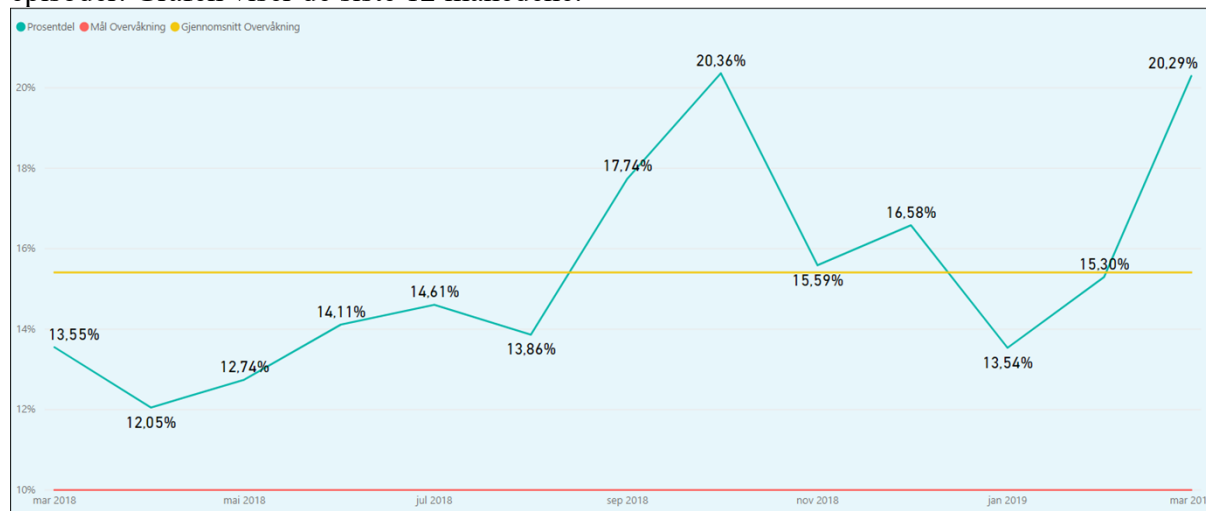
På «siste 12 mnd» beregner vi gjennomsnitt av oppetid over de siste 12 måneder basert på de prosentuelle oppetid vi har rapportert. Det betyr igjen at hvis en applikasjonstjenestegruppe var minst 1 gang ned i de siste 12 måneder så viser vi det med maks. 99,999% oppetid.

Applikasjonstenestegruppe	Instanser	Nedetid siste mnd (min) ▼	Oppetid siste mnd
Innkjøp og Logistikk - Merida	6	349	99,87 %
PAS og EPJ - Ytterleg	35	220	99,99 %
Mor og Barn - Natus	1	155	99,66 %
PAS og EPJ - DIPS	6	65	99,98 %
Kurve- og legemiddelhåndtering	2	0	99,99 %
Total		789	

	Applikasjonsteneste-gruppe (46 grupper, 3 uten måling)	Oppetid siste 12 mnd	Antall grønne mnd	Antall gule mnd	Antall røde mnd
100% 38 Forrige mnd: 38	Pas og EPJ - DIPS	99,801 %	2	9	1
	Røntgen - Ytterleg	99,969 %	8	4	0
	Kurve- og legemiddelhåndtering	99,997 %	8	4	0
	Tele og Signal - Telefoni	99,973 %	9	3	0
99,5 - 99,9 % 5 Forrige mnd: 5	Laboratorie - Ytterleg	99,995 %	9	3	0
	Avdeling Diverse	99,998 %	9	3	0
	Pas og EPJ - Ytterleg	99,998 %	9	3	0
	Legemiddel	99,967 %	10	2	0
Under 99,5% 0 Forrige mnd: 0	Mor og Barn - Natus	99,972 %	11	1	0
	Innkjøp og Logistikk - Merida	99,989 %	11	1	0
	Innkjøp og Logistikk - Visma	99,990 %	11	1	0
	Skåring - Checkware	99,998 %	11	1	0
	Administrativ Dokumentasjon - ...	99,999 %	11	1	0

1.5 Overvåkning

Denne grafen viser episoder opprettet av overvåkning som prosentandel av totalt opprettede episoder. Grafen viser de siste 12 månedene.



2. Program- og prosjektstatus

Figuren nedenfor viser gjeldende status for program og prosjekt i porteføljen (oppdatert per 15.03.2019).

Det vises i tillegg til gjennomgang av status sett fra Helse Vest IKT som kontraktspart, jfr. sakene 031/19, 032/19 og 0033/19.



Program Heliks

Status tidsplan	Trend status tidsplan fremover	Status kostnader	Trend status kostnader fremover	Status kvalitet	Trend status kvalitet fremover	Status risiko	Trend status risiko fremover	Status personell	Trend status personell fremover	Status nytte	Trend status nytte fremover
⚠	➡	⚠	➡	⚠	➡	⚠	➡	❌	⬆	⚠	➡

FERD gjennomførte en teknisk vellykket oppstart av Sectra radiologiløsning i Helse Fonna 18. februar. Driften har vært stabil i perioden etter oppstart, men oppstarten var krevende særlig for merkantilt personale.

KULE hovedfokus har vært å fullføre akseptansetest av Meona oktober-leveranse i forkant av planlagt produksjonssetting 27. mars. Alle psykiatriske sengeposter har nå tatt i bruk elektronisk kurve som nå har totalt ca. 13.000 brukere / 80% andel (somatikk og psykiatri).

ODA har gjennomført en stor oppgradering av DIPS Classic og Arena 9. februar med vellykket resultat. Forberedelser til pilot oppstart i Helse Førde 21. mai og Helse Bergen 10. september fortsetter.

Program Alle Møter

Status tidsplan	Trend status tidsplan fremover	Status kostnader	Trend status kostnader fremover	Status kvalitet	Trend status kvalitet fremover	Status risiko	Trend status risiko fremover	Status personell	Trend status personell fremover	Status nytte	Trend status nytte fremover
❌	➡	⚠	➡	⚠	➡	⚠	➡	⚠	⬆	⚠	⬆

Alle møter sin samlede status er "Betydelig avvik" - rødt. Dette skyldes hovedsakelig:

- forsinkelser innsjekk og betaling
- ressursmangel i flere av prosjektene
- utfordringer med forankring Åpen linje
- manglende interne avklaringer Pasientflyt og ressurser

Det er programledelsen sin oppfatning at en i Alle møter har en "smidig" organisering, uten noen overflødig ressursbruk. Programledelsen ser på mulighetene for å omprioritere internt for å tilføre mer ressurser til Innsjekk og betaling og Pasientflyt og ressurser..

Program LIBRA

Status tidsplan	Trend status tidsplan fremover	Status kostnader	Trend status kostnader fremover	Status kvalitet	Trend status kvalitet fremover	Status risiko	Trend status risiko fremover	Status personell	Trend status personell fremover	Status nytte	Trend status nytte fremover
⚠	⬇	✅	➡	⚠	⬆	❌	➡	❌	⬇	✅	➡

Programstyret har besluttet en todeling av produksjonssettingen av LIBRA 1. Første del - LIBRA 1 regnskap for alle foretak produksjonssettes 01.04.2019, mens LIBRA 1 Behov til leveranse produksjonssettes i Helse Stavanger senest innen 01.05.2019.

Tilrettelegging av MOT porteføljen er startet, krever at LIBRA 1 regnskap produksjonssettes 01.04.2019. Migrering av økonomidata til produksjonsmiljø er startet. Sluttbrukeropplæring startet opp uke 10.

3. Økonomisk resultat per utgangen av mars

3.1 Oversikt

Rapporten for mars syner eit drifts- og månadsresultat over budsjett. Resultat hittil i år viser eit overskot på 10,7 mill og er 9,4 mill over budsjett. Resultat er korrigert for «meirpensjon». Prognosen viser eit overskot på 1 mill i tråd med budsjett.

Resultatrapport per 31.03.2019

Rekneskap mars 2019	Denne perioden			Hittil i år			Hele året		
	Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Prognose	Budsjett	Avvik budsjett
Salsinntekter - Tenester HF	84 887 213	85 092 601	-205 388	260 720 362	251 279 497	9 440 865	1 025 771 288	1 025 771 288	0
Salsinntekter - Tenester Øvrige	4 055 504	4 462 020	-406 516	12 743 094	13 270 622	-527 528	54 269 418	54 269 418	0
Salsinntekter - Varer	3 968 700	2 365 833	1 602 867	7 365 196	7 097 500	267 696	28 390 000	28 390 000	0
Salsinntekter - Anna	2 242 218	2 573 968	-331 750	6 180 655	7 721 905	-1 541 250	30 887 619	30 887 619	0
Sum Salsinntekter	95 153 636	94 494 422	659 213	287 009 306	279 369 524	7 639 782	1 139 318 325	1 139 318 325	0
Driftskostnader - Varer	4 116 499	2 365 833	1 750 666	7 446 014	7 097 500	348 514	28 390 000	28 390 000	0
Driftskostnader - Personal	30 673 365	31 170 852	-497 488	91 289 142	94 094 393	-2 805 251	366 455 529	366 455 529	0
Driftskostnader - Avskrivningar	20 601 527	21 355 667	-754 140	61 687 356	63 314 997	-1 627 641	273 752 995	273 752 995	0
Driftskostnader - Eksterne tenester	6 973 226	7 041 967	-220 486	18 230 861	18 032 204	46 913	72 704 389	72 704 389	0
Driftskostnader - Lisensar	21 340 080	22 823 539	-1 483 459	68 239 067	66 800 602	1 438 465	278 335 841	278 335 841	0
Driftskostnader - Reise	843 675	666 548	177 126	2 555 536	1 999 645	555 891	7 998 581	7 998 581	0
Driftskostnader - Linjeleige	2 366 126	2 428 595	-62 469	7 656 958	7 285 784	371 174	29 143 137	29 143 137	0
Driftskostnader - Anna	6 508 954	5 672 515	836 439	17 693 373	17 017 545	675 827	68 537 853	68 537 853	0
Sum Driftskostnader	93 423 451	93 525 517	-253 810	274 798 307	275 642 671	-996 109	1 125 318 325	1 125 318 325	0
Driftsresultat	1 730 184	968 905	913 023	12 211 000	3 726 853	8 635 891	14 000 000	14 000 000	0
Inntekt - Finans	69 581	83 333	-13 753	173 973	249 999	-76 026	1 000 000	1 000 000	0
Kostnad - Finans	697 836	866 663	-168 827	2 498 849	2 599 989	-101 140	14 000 000	14 000 000	0
Sum Finans	-628 255	-783 330	155 075	-2 324 876	-2 349 990	25 114	-13 000 000	-13 000 000	0
Resultat	1 101 929	185 575	1 068 098	9 886 124	1 376 863	8 661 005	1 000 000	1 000 000	0
Korrigert for "meirpensjon"	256 275	0	256 275	768 825	0	768 825	0	0	0
Resultat korrigert for "meirpensjon"	1 358 204	185 575	1 324 373	10 654 949	1 376 863	9 429 830	1 000 000	1 000 000	0

Salsinntekter *Tenester Helseforetak (HF)* ligg 9,4 mill over budsjett per januar.

Føretak (tal i 1 000)	Rekneskap	Budsjett	Avvik	Varesal	Portefølje	Arbeidsoppdr	Øvrig	Periodisering	Sum avvik
Helse Stavanger	65 986	64 930	-1 056	-1 563	1 238	1 019	-1 750	362	-694
Helse Fonna	36 513	35 085	-1 429	46	619	-141	-1 953	844	-584
Helse Bergen	118 524	115 960	-2 564	1 013	1 867	-951	-4 494	-1 831	-4 395
Helse Førde	29 706	28 266	-1 440	260	519	34	-2 253	37	-1 403
Sjukehusapoteka	5 956	4 653	-1 304	-188	55	-989	-182	0	-1 303
Helse Vest RHF	9 000	8 732	-268	20	-2 347	2 737	-678	-1 006	-1 274
Sum kunder Helse Vest	265 687	170 319	-95 367	-412	1 952	1 709	-98 617	-1 592	-9 653

Salsinntekter *Tenester Øvrige* ligg 0,5 mill under budsjett.

Salsinntekter Anna er tilskot til drift og utvikling av medisinske kvalitetsregistre og inntektsført andel av tilskot til raskare innføring av elektroniske tilvisingar frå revidert nasjonalbudsjett 2013 og statsbudsjett 2014. I tillegg kjem tilskot til dekning av pensjon (med tilsvarende kostnad).

Personalkostnader er 2,8 mill under budsjettet. Det er levert i alt 62 679 timer frå Helse Vest IKT til prosjekt ved utgangen av mars, dette er 11 197 meir enn budsjettet (investeringsprosjekt (aktiverbare) 4 055 timar for mykje, driftsprosjekt (ikkje aktiverbare) 7 142 timar for mykje).

Avskrivningar ligg 1,6 mill under budsjett. Dette skuldast mellom anna forseinka oppstart av Libra.

Eksterne tenester ligg på budsjett.

Lisenskostnader ligg 1,4 mill over budsjett. Budsjettet må sjåast i samanheng med posten Anna, kor avsetning på fakturaer i flyt er bokført.

Linjeleige ligg 0,4 mill over budsjett. Linjeleige inngår i variabel del av nettverkskostnader som blir viderefakturert HF. Prognosen er med etableringskostnader og ny linjeleige frå Norsk Helsenett.

Andre kostnader ligg 0,7 mill over budsjett. Avviket er i hovudsak avsetning for fakturaer som er under behandling, og som skal fordelast på øvrige grupper, vedlikehaldsavtalar på infrastruktur og kjøp av IKT-utstyr.

Netto finanskostnad ligg på budsjett. Vi har i prognosen lagt til grunn at lånerenta vil auka noko gjennom året.

3.3 Balanse 31.03.2019

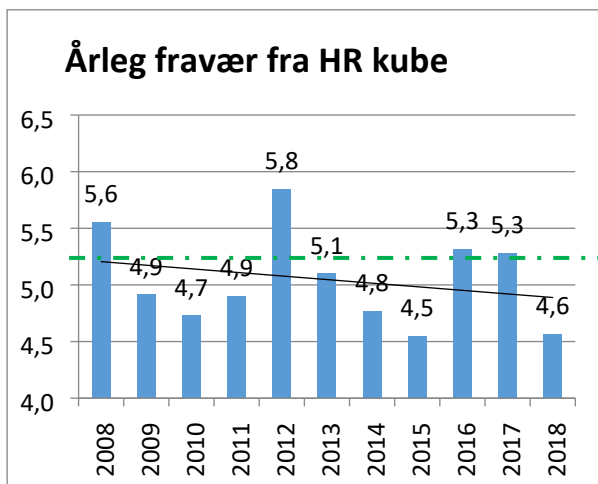
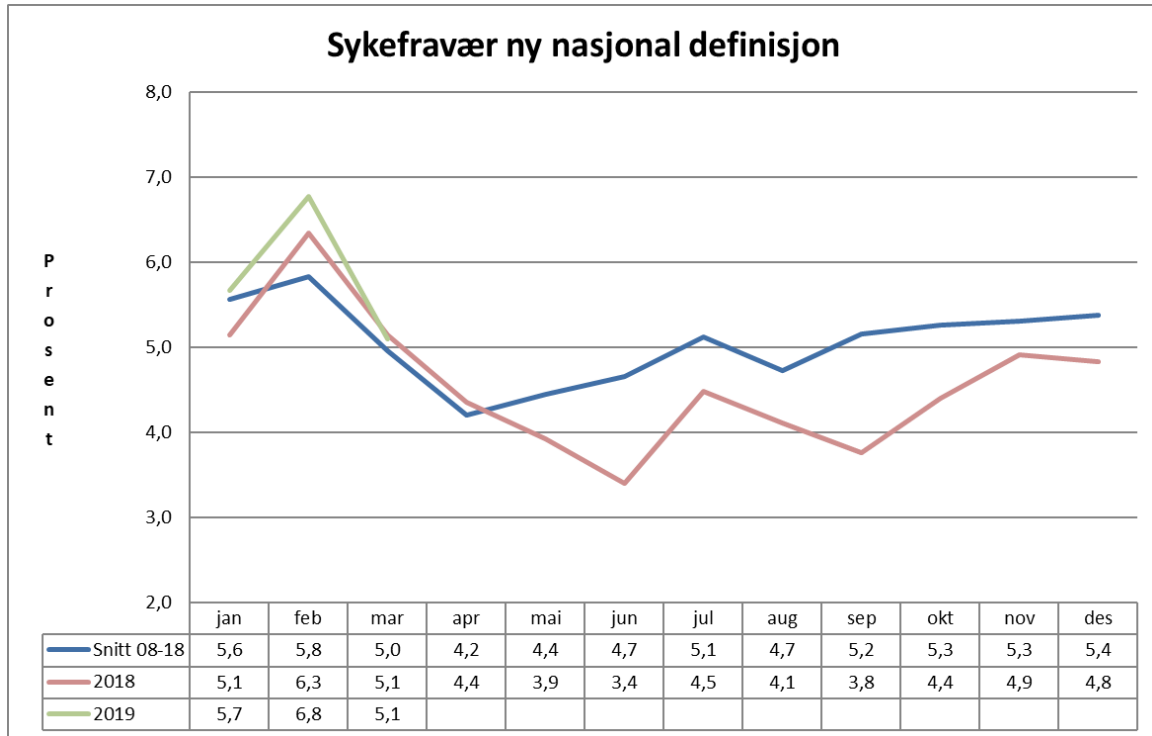
Balanserekneskapen viser at likvide midler utgjør 84,8 mill, og vi har mottatt lån frå Helse Vest RHF på 75 mill så langt i år.

Balanse per 31.03.2019 (tal i 1 000)	Hittil i år	2018
Immatrielle eigendelar	966 102	944 764
Varige driftsmiddel	280 799	271 593
Finansielle anleggsmiddel	3 733	3 733
Sum anleggsmidler	1 250 634	1 220 090
Varer	3 393	6 582
Krav	226 090	150 649
Bankinnskott	84 509	69 494
Sum omlaupsmidlar	313 992	226 725
Sum eigendelar	1 564 626	1 446 815
Aksjekapital	1 000	1 000
Annan innskoten eigenkapital	150 319	150 319
Annan eigenkapital	41 590	32 723
Sum eigenkapital	192 909	184 042
Pensjonsforplikting	81 006	76 935
Langsiktig gjeld	995 025	997 015
Kortsiktig gjeld	295 686	188 822
Sum gjeld	1 371 717	1 262 772
Sum eigenkapital og gjeld	1 564 626	1 446 814

4. Personellressursar

Viser sykefravær i perioden frå april 2018 til og med mars 2019. Snitt siste 12 mnd er på 4,6 %.

	201901	201902	201903	201804	201805	201806	201807	201808	201809	201810	201811	201812	Snitt siste 12 mnd.
Sykefraværs prosent	5,67	6,77	5,10	4,36	3,92	3,41	4,48	4,11	3,77	4,40	4,91	4,81	4,64

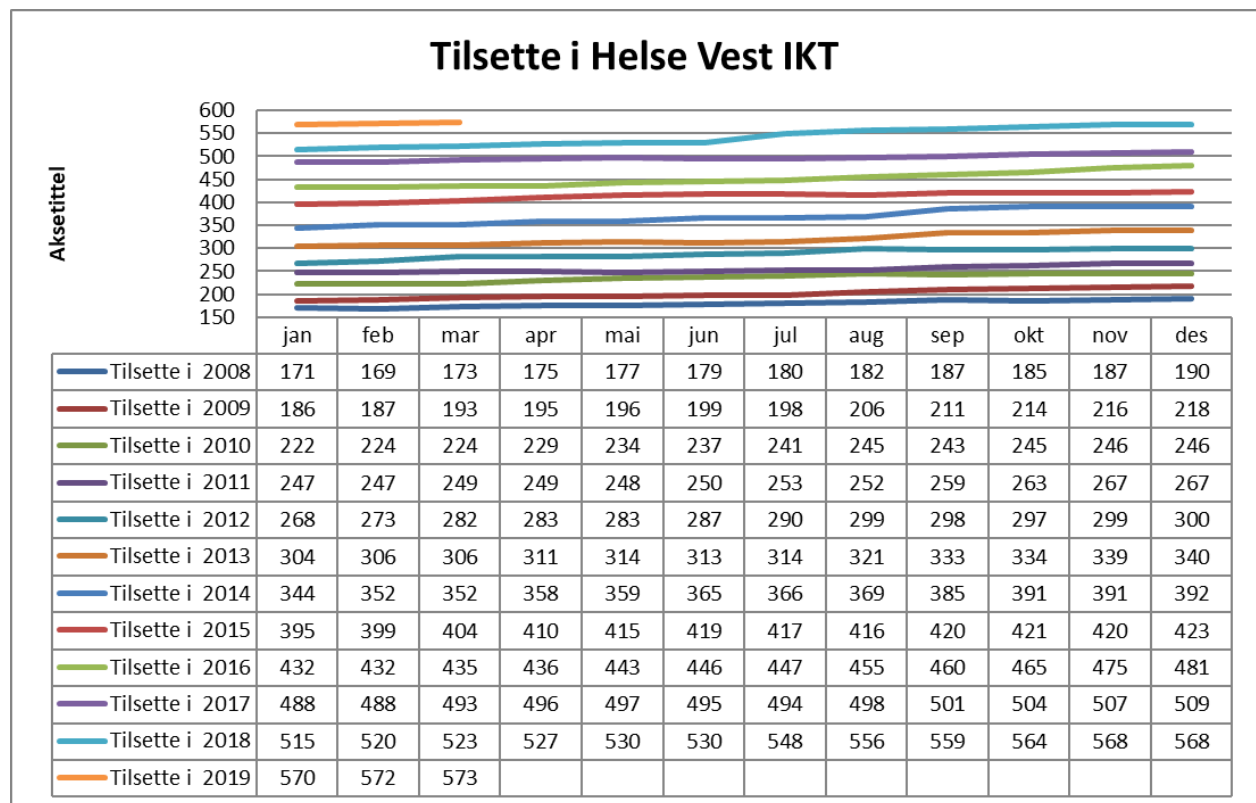


Verksemdsrapport for Helse Vest IKT AS

Tabellen nedenfor viser **antall tilsette** i selskapet, tal frå gammel kube.

Tabellen har med tilsette med status slutta i perioden og ikke slutta i perioden.

Tall medarbeidere kan difor fremstå som litt for høge i måneder der medarbeidere slutter.



Turnover siste 12 mnd,

Kun fast tilsette.

Reel turnover for organisasjon: Alle avdelinger, stillingsgruppe: Alle yrkesgrupper, alder: alle aldre, ansatttype: fast													
	201901	201902	201903	201804	201805	201806	201807	201808	201809	201810	201811	201812	Snitt siste 12 mnd
Antall sluttet i perioden	2	5	1	2	3	4	0	3	4	1	3	4	32
Tal medarbeidarar	536	538	538	505	506	507	522	528	530	530	533	533	526
Turnover i prosent	0,37 %	0,93 %	0,19 %	0,40 %	0,59 %	0,79 %	0,00 %	0,57 %	0,75 %	0,19 %	0,56 %	0,75 %	6,09 %

SAK 024-19

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Vest IKT AS

DATO: 10.04.2019
SAKSHANDSAMAR: Erik M. Hansen, Leif Nordland
SAKA GJELD: **Langtidsbudsjett Helse Vest IKT for 2020 - 2024**

ARKIVSAK:
STYRESAK: 024/19 B

STYREMØTE: 25.04.2019

.....

FORSLAG TIL VEDTAK

1. *Styret vedtar langtidsbudsjett Helse Vest IKT AS for 2020 - 2024.*
2. *Styret ber administrasjonen innarbeide eventuelle endringar i langtidsbudsjett for Helse Vest IKT, etter handsaming av budsjett for portefølje i Porteføljestyret 6. mai.*

Oppsummering

Viser til sak 09/19 B der administrasjonen la fram ei «løypemelding» for arbeidet med langtidsbudsjett for 2020 – 2024.

Fakta

Viser til sak 09/19, der fylgjande vart protokollert;

«Sak 09/19 O Langtidsbudsjett for Helse Vest IKT AS 2020 – 2024

Oppsummering:

Administrasjonen har i denne saka gitt ei løypemelding i arbeidet med langtidsbudsjett 2020 – 2024. Forslag til langtidsbudsjett vil bli lagt fram for styret til vedtak i styremøte 25. april.

Tilnærming til arbeidet med langtidsbudsjettet er lagt fram for styret til orientering. Administrasjonen vil ha dialog med helseføretaka, byggeprosjekt og portefølje for å vurdere og prioritere dei ulike behova.

Vedtak (samrøystes):

1. Styret tok saka til orientering.»

Administrasjonen har lagt fram forslag til langtidsbudsjett for perioden 2020 – 2024, jfr. vedlegg 1. Det er i stor grad brukt fordelingsnøklar og sjablongar framfor konkrete vurderingar av kva system som skal prioriterast i investeringsporteføljen. Helse Vest IKT har hatt dialog med Felles Arkitektur- og porteføljekontor og helseføretaka i arbeidet med langtidsbudsjettet.

Langtidsbudsjett for portefølje drift og investering skal handsamast i Porteføljestyret 6. mai. Dette forslaget til langtidsbudsjett for Helse Vest IKT er utarbeid med utgangspunkt i det forslaget som vert lagt fram der. Dersom Porteføljestyret gjer endringar i det forslaget, må administrasjonen innarbeide desse konsekvensane i langtidsbudsjettet for Helse Vest IKT før oversending til Helse Vest RHF.

Konklusjon

Administrasjonen har lagt fram eit forslag til langtidsbudsjett for perioden 2020 – 2024. Framlegget til langtidsbudsjett er Helse Vest IKT sitt beste overslag over våre inntekter og dermed føretaka sine kostnader for perioden 2020 – 2024, alt i 2019-kroner og utan justeringar for pris og lønsvekst i perioden.

Langtidsbudsjett 2020 - 2024

Oppsummering

Framlegget til langtidsbudsjett er Helse Vest IKT sitt beste overslag over våre inntekter og dermed føretaka sine kostnader for perioden 2020 – 2024, alt i 2019-kroner og utan justeringar for pris og lønsvekst i perioden. Det er i stor grad brukt fordelingsnøklar og sjablongar framfor konkrete vurderingar av kva system som skal prioriterast i investeringsporteføljen. Helse Vest IKT har hatt dialog med Felles Arkitektur- og porteføljekontor og HF'a i arbeidet med langtidsbudsjettet.

Føresetnader, føringar og usikkerheit

- *Alle tal er i 2019 kroneverdi.*
- *Det er ikkje teke høgde for eventuelle endringar i SLA som får kostnadskonsekvensar.*
- *Langtidsbudsjett for portefølje drift og investering skal handsamast i Porteføljestyret 6. mai.*
- *Eventuell driftsform utanfor eigen organisasjon for løysingar relatert til AMK, Prehospital EPJ og andre nasjonale prosjekt (i regi av Nasjonal IKT eller Direktoratet for E-helse) er det ikkje teke høgde for, men alt er lagt inn saman med portefølje og ordinær drift.*

Langtidsbudsjett 2020 – 2024

Langtidsbudsjett (tal i 1 000)	Budsjett	Langtidsbudsjett				
	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Salsinntekter - Tenester HF	1 025 771 289	1 098 090 452	1 203 345 068	1 253 173 167	1 331 913 217	1 365 092 103
- Helse Stavanger	257 751 422	270 721 708	296 671 036	308 955 587	328 368 050	336 547 927
- Helse Fonna	141 419 694	153 413 039	168 118 048	175 079 478	186 080 166	190 715 553
- Helse Bergen	461 431 298	489 426 235	536 338 919	558 547 635	593 642 600	608 430 651
- Helse Førde	112 603 506	125 317 300	137 329 265	143 015 794	152 001 839	155 788 311
- Sjukehusapoteka Vest	18 741 152	20 535 262	22 503 616	23 435 445	24 907 954	25 528 428
- Helse Vest RHF	33 824 217	38 676 909	42 384 184	44 139 228	46 912 608	48 081 234
Salsinntekter - Tenester Øvrige	54 269 417	59 946 752	65 079 204	67 583 143	71 643 149	73 345 604
Salsinntekter - Varer	28 390 000	28 390 000	28 390 000	28 390 000	28 390 000	28 390 000
Salsinntekter - Anna/Tilskudd	30 887 619	28 100 760	23 857 000	23 857 000	23 857 000	23 857 000
Sum Salsinntekter	1 139 318 325	1 214 527 964	1 320 671 272	1 373 003 310	1 455 803 366	1 490 684 707
Driftskostnader - Varer	28 390 000	28 390 000	28 390 000	28 390 000	28 390 000	28 390 000
Driftskostnader - Personal	366 455 529	393 260 357	429 613 209	460 481 418	484 930 929	496 610 418
Driftskostnader - Avskrivningar	273 752 995	304 546 202	325 900 560	326 914 524	348 598 521	370 364 127
Driftskostnader - Eksterne tenester	72 704 389	71 250 301	79 825 295	88 228 789	111 464 214	109 234 929
Driftskostnader - Lisensar	278 335 841	285 065 841	317 621 841	325 629 841	335 629 841	342 629 841
Driftskostnader - Reise	7 998 581	8 484 537	8 944 226	9 233 173	9 508 986	9 640 326
Driftskostnader - Linjeleie	29 143 137	29 643 137	29 643 137	29 643 137	29 643 137	29 643 137
Driftskostnader - Anna	68 537 853	72 387 588	75 233 004	76 482 428	77 637 738	73 171 929
Sum Driftskostnader	1 125 318 325	1 193 027 964	1 295 171 272	1 345 003 310	1 425 803 366	1 459 684 707
Driftsresultat	14 000 000	21 500 000	25 500 000	28 000 000	30 000 000	31 000 000
Inntekt - Finans	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000
Kostnad - Finans	14 000 000	21 500 000	25 500 000	28 000 000	30 000 000	31 000 000
Sum Finans	-13 000 000	-20 500 000	-24 500 000	-27 000 000	-29 000 000	-30 000 000
Resultat	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000

Investerings- og portefølje

I samråd med Felles Arkitektur- og Porteføljekontor har ein sett det totale investeringsnivået, og spesielt vurdert behov for auke i infrastrukturen. IKT-infrastrukturen er ein nødvendig føresetnad for at dei løysingane vi bygger oppå skal fungere tilfredsstillande og sikkert. Det er særleg reinvestering av serverar til Dips som er ei utfordring i 2020, men infrastrukturen må også vidareutviklas til å støtte nye behov som t.d. medisinsk avstandsoppfølging og plattform for mobilitet.

I løpet av 2020/2021 vil fleire av dei store innføringane være ferdig, og ein vil gå inn i ein fase med meir forbetningsarbeid enn innføring av nye store løysingar, sjølv om nokre område som laboratoria, operasjonsplanlegging og prehospitallt fortsatt står igjen. Dette vil gi ei endring frå investering til drift, noko som vil auke kostnader som blir vidarefakturert frå Helse Vest IKT, og redusere investeringane tilsvarende. Forventa ressursinnsats frå Helse Vest IKT og frå helseføretaka i langtidsperioden vil med det være på nokolunde same nivå som i 2019/2020.

Porteføljeprogram og prosjekt	Prognose 2019		Budsjett 2020		Budsjett 2021		Budsjett 2022		Budsjett 2023		Budsjett 2024	
	INVESTERING	DRIFT	INVESTERING	DRIFT	INVESTERING	DRIFT	INVESTERING	DRIFT	INVESTERING	DRIFT	INVESTERING	DRIFT
Sum Program HELIKS	86 221	44 129	44 280	39 149	0	36 000	0	0	0	0	0	0
Sum Program LIBRA	136 340	18 213	143 127	26 343	0	0	0	0	0	0	0	0
Sum Program Alle Møter	64 057	19 743	54 020	15 399	26 200	7 200	6 600	5 310	4 500	4 300	0	0
Sum øvrige prosjekt	27 785	9 793	56 104	2 563	12 466	4 726	0	2 514	0	0	0	0
Sum leieordning PC, skjermer, skrivere	40 000	0	41 000	0	42 000	0	43 000	0	44 000	0	45 000	0
Sum infrastruktur	85 000	0	90 000	0	95 000	0	95 000	0	95 000	0	95 000	0
Sum reinvestering Dipsmiljø	0	0	30 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUM Portefølje pågående program og prosjekt	439 403	91 879	458 531	83 453	175 666	47 926	144 600	7 824	143 500	4 300	140 000	0
Sum nye prosjekt og nye initiativ i eksisterende program	0	0	10 000	5 000	149 334	62 074	105 400	132 176	106 500	185 700	110 000	190 000
Sum Laboratorieinformasjonssystem	0	0	0	1 750	25 000	10 000	50 000	10 000	50 000	10 000	50 000	10 000
SUM Portefølje nye initiativ	0	0	10 000	6 750	174 334	72 074	155 400	142 176	156 500	195 700	160 000	200 000
SUM Portefølje	439 403	91 879	468 531	90 203	350 000	120 000	300 000	150 000	300 000	200 000	300 000	200 000
Forslag til langtidsbudsjett 2020 - 2024	400 000	80 000	430 000	90 000	350 000	120 000	300 000	150 000	300 000	200 000	300 000	200 000
Avvik mellom SUM Portefølje og budsjettfors	-39 403	-11 879	-38 531	-203	0	0	0	0	0	0	0	0

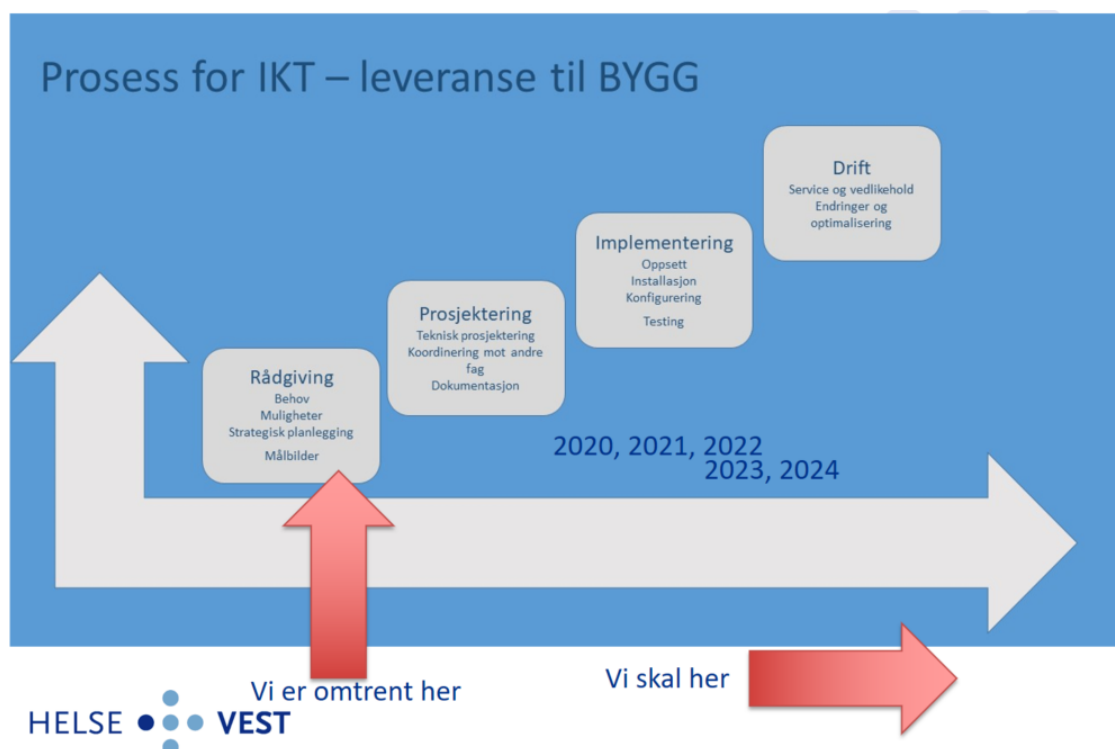
Langtidsbudsjett for portefølje skal handsamast i Porteføljestyret 6. mai, og det kan derfor komme endringar som vil endre langtidsbudsjettet til Helse Vest IKT tilsvarende.

Gevinstar i porteføljen vert rapportert av program- og prosjektleiing til Felles Arkitektur- og Porteføljekontor, og er ikkje en del av rapporteringa internt i Helse Vest IKT.

I tillegg til investeringar i porteføljen kjem investeringar frå føretaka, mellom anna til trådløst nett og føretaksvise investeringar. Dette er lagt inn på same nivå som i budsjett 2019 (investeringar til nybygg hos helseføretaka er ikkje med i dette).

Det er også lagt inn tillegg for arbeidsoppdrag frå helseføretaka med same nivå som i 2019.

Byggeprosjekt



I planlegginga av innsats frå Helse Vest IKT til byggeprosjekta er leveransebeskrivelsane viktig, dei skal regulere leveransane, og fungere som ei bestilling til Helse Vest IKT. Budsjetta skal så understøtta disse. Dessverre er ikkje disse ferdig utarbeida og godkjent enno, så det er ein viss usikkerheit i langtidsbudsjettet, og vi vil få betre kvalitet for kvar revisjon av budsjett og langtidsbudsjett i åra framover. I tillegg er det ei vesentlig svakhet i at vi berre planlegg for det vi veit, og erfaringsvis er det mykje som kjem fram underveis. I tillegg er det ofte mykje «plunder og heft» som kan være omfattande. Eit eksempel på dette er at SUS2023 har planlagt med 22 000 nettverkspunkt. Om 1% av disse skulle feile, og det å søke og korrigere feil tar 2 timar for kvart punkt – så utgjør det 440 timar – eller ein nettverksressurs på heiltid i 10-12 veker. Det er ikkje tatt høgde for usikkerheit i budsjettet, men det bør vurderast å legge inn eit «påslag» for usikkerheit i budsjettarbeidet for 2020 og ved neste langtidsbudsjett.

ÅR 2020					
Budsjett (tall i 1000 NOK)	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde	SUM
Regionalt Byggeprosjekt	2 468	413	1 145	230	4 256
Lokalt Byggeprosjekt	5 320	3 245	2 234	2 421	13 220
Reiser	87	15	40	8	150
SUM	7 875	3 673	3 420	2 659	17 626

ÅR 2021					
Budsjett (tall i 1000 NOK)	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde	SUM
Regionalt Byggeprosjekt	3 209	537	1 488	299	5 533
Lokalt Byggeprosjekt	6 916	4 815	2 820	3 618	18 168
Reiser	87	15	40	8	150
SUM	10 212	5 366	4 348	3 924	23 851

ÅR 2022 Budsjett (tall i 1000 NOK)	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde	SUM
Regionalt Byggeprosjekt	3 703	619	1 717	345	6 384
Lokalt Byggeprosjekt	10 214	1 543	5 746	1 702	19 205
Reiser	87	15	40	8	150
SUM	14 004	2 177	7 503	2 055	25 739
ÅR 2023 Budsjett (tall i 1000 NOK)	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde	SUM
Regionalt Byggeprosjekt	3 950	661	1 832	368	6 810
Lokalt Byggeprosjekt	15 109	1 490	5 985	1 064	23 647
Reiser	87	15	40	8	150
SUM	19 145	2 165	7 857	1 440	30 607
ÅR 2024 Budsjett (tall i 1000 NOK)	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde	SUM
Regionalt Byggeprosjekt	1 296	217	601	121	2 234
Lokalt Byggeprosjekt	3 937	1 383	2 554	1 064	8 938
Reiser	87	15	40	8	150
SUM	5 320	1 614	3 195	1 193	11 322

Utstyr er budsjettet i dei lokale byggeprosjekta, og er ikkje tatt inn i Helse Vest IKT sitt langtidsbudsjett, sjølv om det kan være aktuelt å nytte rammeavtaler/anbud som går via Helse Vest IKT.

Lisens og vedlikehaldsavtalar nye løysingar

Fleire av dei store innføringsprosjekta går over i ordinær forvaltning i løpet av 2019 og 2020, dette gjeld Meona (KULE), Open linje, Sectra (røntgen), Imatis og Libra (SAP). Dette gir ei vesentleg auke i årlege lisenskostnadar og avskrivningar frå 2020/2021. I tillegg kjem innføring av Digital Patologi og AMK i slutten av langtidsperioden.

Avskrivningar av felles EPJ-løysing (Dips) er ferdig i 2021, noko som reduserer avskrivningane frå 2022.

Utfasing av system som blir erstatta gjennom konsolidering RIS/PACS og LIBRA

Systema som er i bruk i dag for RIS/PACS og økonomi vil bli erstatta med konsoliderte, regionale løysingar gjennom prosjekt FERD og LIBRA, og bortfall av lisenskostnad på dagens løysingar er tatt inn med følgande:

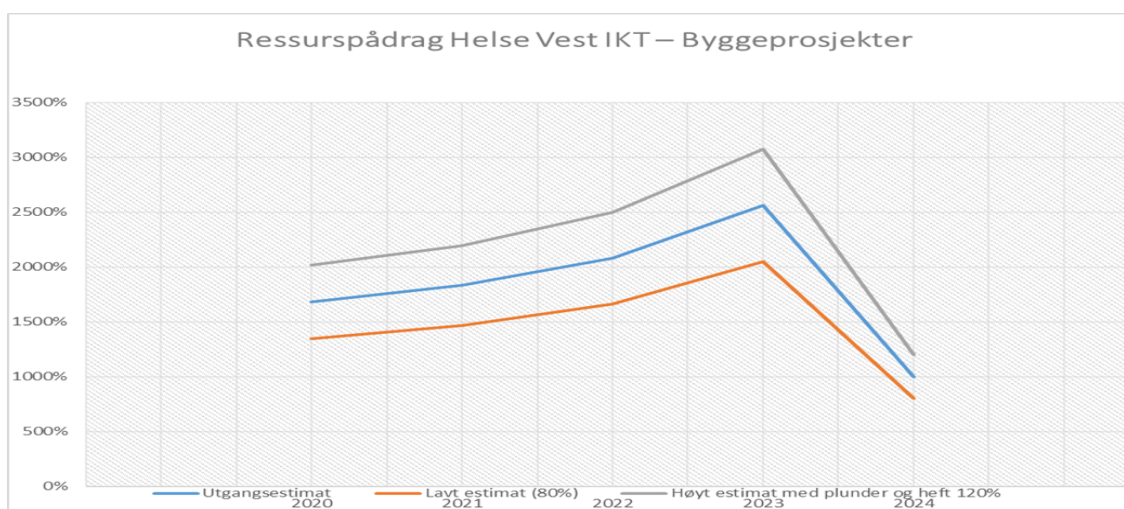
Løysing (mill kr)	2020	2021	2022	2023	2024
AGFA	-2,4	-4,8	-4,8	-4,8	-4,8
Carestream	-4,8	-4,8	-4,8	-4,8	-4,8
Siemens	-4,8	-4,8	-4,8	-4,8	-4,8
Oracle Fin.		-0,8	-0,8	-0,8	-0,8
Visma		-2,2	-2,2	-2,2	-2,2
Sum	-12,0	-17,4	-17,4	-17,4	-17,4

Tilsette og ekstern innleie.

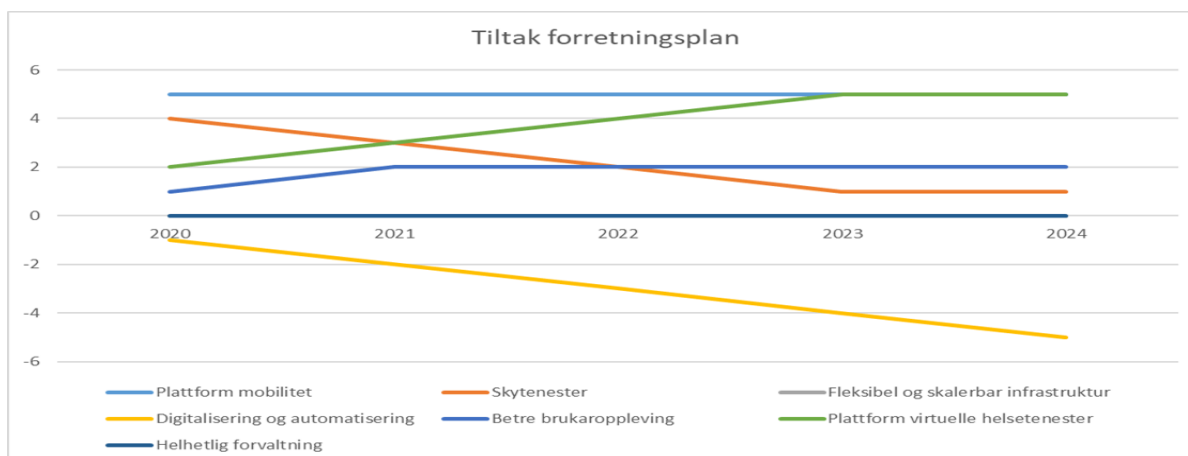
Det er utfordrande å gi eit godt anslag på nødvendig bemanning i langtidsperioden, og kor mykje som vil bli løyst med eigen bemanning, og kor mykje ein vil kjøpe av tenester frå andre i til dømes skyløysingar, nasjonale løysingar og i samhandling med pasientar, fastlegar og kommunehelsetenesta. Helse Vest IKT har auka bemanninga med om lag 7% årleg dei siste åra, og har i tillegg fått nye medarbeidarar i verksemdsoverdragingar som tele/signal, EPJ-fagsenter og Libra forvaltning. I utkastet til langtidsbudsjett er det lagt inn ei ramme med på 6% i 2020, 5% i 2021, 3% i 2022 og 2023, og 1% i 2024, men her er det fleire område med stor usikkerheit.

Bemanning	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Budsjett	609	646	681	703	724	734
Årleg auke		37	35	22	21	10

I området byggstøtte er det foreløpig etterspurt mellom 14 og 20 årsverk i 2020, ei auke frå 10 årsverk i 2019, og det er venta ytterlegare auke fram til 2023.



I forretningsplan for 2018 – 2019 er det fleire tiltak som vil krevje auka bemanning til drift og forvaltning av nye tenester, og det er venta størst auke i 2020 og 2021. Det er i hovudsak plattform for mobilitet og plattform for virtuelle helsetenester som vil krevje mest ressursar i drift og forvaltning.



I forslag til portefølje er det lagt opp til nokolunde same totalnivå i langtidsperioden, men fordelinga mellom investering og drift endrar seg. Dette vil også endre talet på timar levert frå Helse Vest IKT som balanseførast som investering. I budsjettet for 2019 er det lagt opp til ei fordeling med 65% av timane

til investering og 35% av timane til drift (ikkje aktiverbart). I langtidsbudsjettet er det lagt opp til same fordeling i 2020, men deretter ein endring med færre timar til investering, noko som aukar personalkostnaden i driftsbudsjettet.

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Personalkost	366 456	366 456	393 260	429 613	460 481	484 931
Økning pga bemanning		31 613	29 946	23 278	17 892	12 512
Endring pga timer til investering		-4 809	6 407	7 590	6 558	-833
Sum personalkost	366 456	393 260	429 613	460 481	484 931	496 610

Bruken av eksterne og leige frå føretaka er budsjetttert på nokolunde same nivå i langtidsperioden, men ein større del kostnadene vil komme som drift (ikkje aktiverbart) i standen for investering i takt med endringa i porteføljen. Dette vil gi vesentlege auke av budsjett for eksterne tenester i driftsregnskapet. Det er i tillegg stor usikkerheit knytt til drift og forvaltning av nye nasjonale løysingar og skytenester, noko som kan komme som eksterne tenester i staden for intern forvaltning i Helse Vest IKT.

Desktoppris

Vi ventar ingen vesentleg endring i prisen i langtidsperioden.

Tilskot

Tilskot går gjennom Helse Vest RHF, og reduserer inntekt mot helseføretaka tilsvarende som reduksjon på Desktoppris, ikkje på det enkelte produkt/teneste.

- Helse Vest IKT fikk i 2014/2015 47,4 mill. i tilskot til auka satsing på elektronisk samhandling. Dette vert nytta til å dekke investering «Konsolidert EPJ» og vert inntektsført for å dekke avskrivningar, og vil redusere kostnad for helseføretaka tilsvarende. Budsjetttert inntekt i 2020 er 4,2 mill, deretter 0.
- Helse Vest IKT får tilskot til å dekke drift og utvikling av medisinske register. Dette er budsjetttert til 8,0 mill. i årleg inntekt i 2020 – 2024.
- I tillegg dekker Helse Vest RHF «meirkostnaden» til pensjon, og vi har estimert dette til 16,0 mill.

Føresetnader og sjablongar

Her er lista dei viktigaste føresetnadene og sjablongane som ligg til grunn for budsjettet.

- Avskrivningar på eksisterande anleggsmasse er ført fram for heile budsjettperioden, pågåande prosjekt under utvikling er føresett produksjonssatt etter estimert avslutningsdato for prosjekta, og nye prosjekt er avskrivne over 10 år. Infrastruktur er avskrivne over 5 år, leigeutstyr over 4 år.
- Nye applikasjonar i porteføljen reknar ein vert produksjonssatt med halvparten i inneverande år og halvparten i neste.
- Sjablongar for vedlikehald og variabel forvaltning (i hovudsak nyttast faktisk kontrakt):
 - Lisensanskaffingar (aktiverbare brukarrettar) utgjør 30% av totalprosjekt
 - Fast vedlikehald utgjør 20% av lisens
 - Konsulent (variabel forvaltning) utgjør 20% av fast forvaltning

- Vi viser netto faste vedlikeholdskostnader, men bak dette ligg brutto auke minus venta reduksjon som fylgje av terminering av system med oppseiing av vedlikeholdskontraktar. Her er nytta same sjablongar som for tilgang av nye system nemnd over. Ein slik føresetnad om at ein kan sei opp vedlikeholdskontrakt så snart et system er ferdig avskrive er i praksis noko optimistisk (system vert ofte nytta lenger enn avskrivningstida).
- Finanskostnadar er kalkulert etter retningslinjer i Helse Vest:

Med bakgrunn i dette ber Helse Vest om at føretaka set renta i langtidsbudsjettet til 2 prosent i 2020, og med ei gradvis stigning til 2,8 prosent i 2024:

	2020	2021	2022	2023	2024
Renteprognose	2,0 %	2,2 %	2,4 %	2,6 %	2,8 %

Likviditet

	2020	2021	2022	2023	2024
KONTANTSTRØMMER FRÅ OPERASJONELL AKTIVITET:					
Resultat	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000
Ordinære avskrivningar	304 546 202	325 900 560	326 914 524	348 598 521	370 364 127
Korreksjon for egne aktiverbare/viderefakturerbare timar	-103 832 200	-91 580 000	-80 852 058	-83 277 619	-84 110 395
Endring i kortsiktig fordring/gjeld	0	0	0	0	0
= Netto kontantstrømmer frå operasjonell aktivitet	201 714 002	235 320 560	247 062 466	266 320 902	287 253 731
Periodisert pensjonskostnad	64 000 000	66 000 000	68 000 000	70 000 000	72 000 000
Betalt pensjonspremie	-58 000 000	-60 000 000	-62 000 000	-64 000 000	-66 000 000
= Endring i driftslikviditet	207 714 002	241 320 560	253 062 466	272 320 902	293 253 731
KONTANTSTRØMMER FRÅ INVESTERINGSAKTIVITET:					
Utbetaling applikasjonsprosjekt	-269 000 000	-213 000 000	-162 000 000	-161 000 000	-160 000 000
Infrastrukturinvesteringar	-120 000 000	-95 000 000	-95 000 000	-95 000 000	-95 000 000
Aktivert leieutstyr alle	-41 000 000	-42 000 000	-43 000 000	-44 000 000	-45 000 000
Investeringar frå føretaka	-10 500 000	-10 500 000	-10 500 000	-10 500 000	-10 500 000
Korreksjon for egne aktiverbare/viderefakturerbare timar	103 832 200	91 580 000	80 852 058	83 277 619	84 110 395
= Netto kontantstrøm frå investeringsaktivitet	-336 667 800	-268 920 000	-229 647 942	-227 222 381	-226 389 605
KONTANTSTRØMMER FRÅ FINANSIERINGSAKTIVITET:					
Innbetaling av nye lån frå Helse Vest RHF	250 000 000	195 000 000	60 000 000	20 000 000	0
Utbetalningar ved nedbetaling av langsiktig gjeld	-163 600 000	-163 600 000	-83 300 000	-67 500 000	-67 500 000
= Netto kontantstrøm frå finansieringsaktivitet (netto lån)	86 400 000	31 400 000	-23 300 000	-47 500 000	-67 500 000
Over-/underskuddslikviditet investeringar	-250 267 800	-237 520 000	-252 947 942	-274 722 381	-293 889 605
= Total endring likviditet	-42 553 798	3 800 560	114 524	-2 401 479	-635 873
Inngående likviditetsbeholdning i perioden	40 000 000	-2 553 798	1 246 762	1 361 287	-1 040 192
= Utgåande likviditetsbeholdning	-2 553 798	1 246 762	1 361 287	-1 040 192	-1 676 065

SAK 025-19

GÅR TIL: Styremedlemmer

FØRETAK: Helse Vest IKT AS

DATO: 10.04.2019

SAKSHANDSAMAR: Erik M. Hansen, Leif Nordland

SAKA GJELD: Samanlikning av IKT-nøkkeltal for regional IKT 2017

ARKIVSAK:

STYRESAK: Styresak 025/19 0

STYREMØTE: 25.04.2019

.....

FORSLAG TIL VEDTAK

1. Styret tek saka til orientering.

Oppsummering

Helsedirektoratet gjennomførte på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i 2014 og 2017 ei komparativ analyse av IKT-situasjonen i dei regionale helseføretaka (RHF). Resultata var lagt fram for styret i Helse Vest IKT i sakene 062/14, 072/14, og 046/17.

Denne saka er ei oppfølging av sak 014/19. I den saka gav administrasjonen ein kort presentasjon av nokre av elementa frå rapporten. I denne saka har administrasjonen lagt fram heile rapporten utarbeid av Direktoratet for e-helse.

Fakta

Direktoratet for e-helse har i 2018/2019 gjennomført ei innsamling av IKT nøkkeltal, jfr. vedlegg 1 «Ressursbruk på IKT i helse- og omsorgstjenesten i 2017. Analyse av nøkkeltall for IKT».

Drøfting

Det er samla inn nøkkeltal for rekneskapsåret 2017, og nokre av nøkkeltala er sett i samanheng med data samla inn i komparativ analyse frå 2014 og 2017.

Arbeidet med innsamling av IKT-nøkkeltal for 2018 er planlagt gjennomført i april/mai 2019, med publisering av rapport for 2018 i medio august 2019.

Konklusjon

Nøkkeltal frå 2017 samsvarer i stor grad med dei funn som vart gjort i komparativ analyse frå 2014 og 2017, og med det som kom fram i Helse Vest IKT si eiga samanlikning gjort saman med Gartner i 2016, ref styresak 040/16.

Nasjonal e-helsemonitor

Ressursbruk på IKT i helse- og omsorgstjenesten i 2017

Analyse av nøkkeltall for IKT



Publikasjonsnummer IE-1043

Publikasjonens tittel:

Ressursbruk på IKT i helse- og omsorgstjenesten i 2017

Rapportnummer

IE-1043

Utgitt:

Mars 2019

Utgitt av:

Direktoratet for e-helse

Kontakt:

postmottak@ehelse.no

Besøksadresse:

Verkstedveien 1, 0277 Oslo

Tlf.: 21 49 50 70

Publikasjonen kan lastes ned på:

www.ehelse.no

Forord

I 2014 og 2017 utarbeidet henholdsvis Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse komparative analyser av de regionale helseforetakene på IKT-området, etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Dette arbeidet videreføres nå i denne rapporten. Direktoratet for e-helse har gjennom sin fagrolle og som premissleverandør ansvar for å sikre et godt kunnskapsgrunnlag om bruk og effekter av IKT i helsetjenesten nasjonalt. Derfor etableres dette som en årlig rapport for å kunne følge utviklingen over tid.

Analysene i 2014 og 2017 var begrenset til de regionale helseforetakene og enkelte nasjonale virksomheter. Oppdraget Direktoratet har er nasjonalt, og i denne rapporten er derfor også private ideelle foretak og nasjonale aktører med vesentlige IKT-funksjoner eller oppgaver inkludert. Kommunale helse- og omsorgstjenester er ikke inkludert, men på sikt er målet å dekke hele helse- og omsorgstjenesten.

Nøkkeltall og annet relevant tallmateriale skal inngå som grunnlag for utvikling av strategi på e-helsefeltet, muliggjøre internasjonale sammenlikninger og sammenligning over tid. De fire helseregionene og de sentrale nasjonale IKT-virksomhetene i helsetjenesten har derfor sammen med Gartner og Direktoratet for e-helse etablert en felles kostnadsmodell basert på Gartners internasjonalt anerkjente definisjoner og metodikk. Ressursbruken er i tillegg splittet på flere kategorier og analysene er mer detaljerte enn i tidligere rapporter.

Siden det er første gang data samles inn etter bruk av Gartners metodikk, og på et så detaljert nivå, kan det være definisjoner og nyanser mellom ulike kategorier som ikke er tolket likt av alle virksomhetene. Det er krevende for deltakerne å ta inn over seg alle definisjonene som benyttes første gang, og det er utfordrende å strukturere og samle inn data etter en terminologi og inndeling virksomhetene ikke er vant til å rapportere etter. Dette er derfor nybrottsarbeid, med den konsekvens at det kan være inndelinger og klassifiseringer som avviker fra definisjonene og mellom virksomhetene. Aggregerte tall har bedre datakvalitet enn granulerte. I skrivende stund er allerede datainnsamlingen for 2018 påbegynt, og fokuset vil der være å heve kvaliteten gjennom å bli enda bedre kjent med metodikken.

Ny metodikk gjør at ikke alle tall er sammenlignbare med rapportene fra 2014 og 2017. Der det er mulig er likevel analyser av tidsserier foretatt og nødvendige forbehold som må gjøres ved sammenligning fremkommer tydelig.

Direktoratet for e-helse har gitt virksomhetene i oppdrag å samle inn data for sine respektive virksomheter. Det er virksomhetene selv som står ansvarlige for de data som er avgitt.

Arbeidet med rapporten er gjennomført i perioden august 2018 til februar 2019. Datainnsamlingen er gjennomført før tall for 2018 er klare, og analysene er derfor basert på kostnads- og ressurstall for 2017.

Direktoratet for e-helse har ledet arbeidet med rapporten med bistand fra Gartner, de regionale helseforetakene med IKT-leverandører og de nasjonale aktørene som er med i analysen. Direktoratet takker for støtten fra helsetjenesten med utarbeidelse av felles prinsipper og med innhenting av tallmateriale til rapporten.

Innhold

1	Bakgrunn.....	6
1.1	Formål og bakgrunn	6
1.2	Definisjoner, presiseringer, antagelser og avgrensninger	8
1.2.1	Definisjoner	8
1.2.2	Presiseringer	8
1.2.3	Antagelser	8
1.2.4	Avgrensninger	9
2	Nøkkeltall	10
2.1	Totale IKT-utgifter i helsesektoren.....	10
2.2	Nasjonale aktører	12
2.2.1	Nasjonal IKT.....	12
2.2.2	Helseforetakenes driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO).....	12
2.2.3	Pasientreiser	13
2.2.4	Direktoratet for e-helse	14
2.2.5	Norsk Helsennett (NHN).....	14
2.3	Helseregionene – sammenligning 2017.....	15
2.3.1	Fordeling av IKT-årsverk	15
2.3.2	IKT-utgifter som andel av totale driftsinntekter og -kostnader	16
2.3.3	IKT-utgifter per ansatt i helseregionene	18
2.3.4	IKT-årsverk som andel av ansatte	19
2.3.5	IKT-utgifter fordelt mellom drift og investeringer	20
2.3.6	Fordeling av IKT-utgifter etter "Run-Grow-Transform"	20
2.3.7	Fordeling av IKT-utgifter per IKT-ressurskategori	21
2.3.8	Forholdet mellom internt og eksternt IKT-personell	22
2.3.9	Fordeling av IKT-utgifter og IKT-personell per IKT-område	22
3	Helseregionene – historisk sammenligning, 2012-2017.....	24
3.1	Ressursbruk på IKT sett opp mot andre nøkkeltall for helseregionene	25
3.2	Utvikling i IKT-driftskostnad som andel av totale driftskostnader	26
3.3	Utvikling i IKT-driftskostnader og IKT-investeringer per 1000 DRG-poeng	26
3.4	Utvikling i IKT-driftskostnader og IKT-investeringer per årsverk	28
3.5	Utviklingen i antall IKT-årsverk	29
3.6	Utviklingen i totale IKT-utgifter.....	30
3.7	Utviklingen i IKT-driftskostnader.....	31
3.8	Utvikling i IKT-investeringer	32
3.9	Utviklingen i forholdet mellom IKT-investeringer og IKT-avskrivninger	33
4	Vedlegg	34
4.1	Definisjoner av IKT-nøkkeltall.....	34

Sammendrag

IKT utgjør en stadig større og viktigere komponent i helsetjenesten, og er viktig både for innbyggerne som benytter helsetjenesten og for de ansatte som jobber i den. Nasjonal e-helsestrategi sier at helse- og omsorgstjenesten skal digitaliseres slik at den oppleves enklere, bedre og mer helhetlig for innbyggerne¹. Samtidig skal den reelle kvaliteten i tjenesten øke og ressursene skal utnyttes bedre. IKT skal også bidra til bedre pasientsikkerhet og kvalitet gjennom standardisering av arbeidsprosesser og teknologiske løsninger².

Kravene til og etterspørselen etter helsetjenester øker, men ressursveksten er ikke tilsvarende høy. Samtidig øker forventningene til digitaliseringen i helsetjenesten. I den forbindelse er det nyttig å vite hvor store ressurser som faktisk benyttes på IKT i helse- og omsorgstjenesten, hvor de benyttes og hvordan de utnyttes. Det søker denne rapporten å svare ut. Hvorvidt ressursbruken gir de ønskede resultater og effekter er ikke kartlagt.

7 milliarder kroner brukte helseregionene på IKT i 2017. Det tilsvarer 4,9% av helseregionenes driftsinntekter og plasserer dem noe over det internasjonale gjennomsnittet til Gartner på 4,5%. Andre sammenligningstall som andel IKT-årsverk av totalt antall ansatte plasserer helseregionene noe under det internasjonale gjennomsnittet. Helseregionene har omtrent lik fordeling mellom investeringer og driftskostnader som det internasjonale gjennomsnittet, men investeringsnivået har falt over tid. Av de 7 milliardene går 7% til nasjonale virksomheter. Måten helseregionene organiserer og løser drift og utvikling av IKT-løsninger er ulik, blant annet gjelder dette bruken av innleide ressurser og hvilken del av organisasjonen som er ansvarlig for utviklingsprosjekter.

1 milliard kroner utover dette ble brukt av nasjonale helsevirksomheter på IKT. I stor grad kommer dette som direkte tilskudd over statsbudsjettet, og inkluderer kostnader for tjenester utover det helseregionene mottar. De største virksomhetene er Norsk Helsenett og Direktoratet for e-helse.

8 milliarder kroner ble totalt brukt på IKT av de aktørene som er kartlagt i denne rapporten. Andelen av dette som brukes på utsatte tjenester og skyløsninger er svært lav sammenlignet med internasjonale gjennomsnitt. Sett opp mot internasjonale tall brukes en høyere andel av ressursene på applikasjonsutvikling i Norge, selv om sektoren i stor grad benytter standardsystemer.

2,5 milliarder kroner er estimatet for kommunesektorens IKT-utgifter relatert til helse. I tillegg kommer et grovt anslag på 0,5 milliarder kroner for andre aktører i den statlige forvaltningen som ikke er kartlagt i denne rapporten. Dette er et anslag, og det mangler tallgrunnlag for kommunal helse- og omsorgstjeneste og enkelte aktører i helseforvaltningen for å få et komplett bilde av IKT-bruken i helsesektoren i Norge.

11 milliarder kroner er anslaget for de totale IKT-utgiftene for helsesektoren i Norge, dersom vi legger anslaget for kommunesektorens og øvrig statlig forvaltnings IKT-utgifter til helse til grunn.

¹ [https://ehelse.no/Documents/Nasjonal%20e-helsestrategi%20og%20handlingsplan/Nasjonal%20e-helsestrategi%202017-2022%20\(PDF\).pdf](https://ehelse.no/Documents/Nasjonal%20e-helsestrategi%20og%20handlingsplan/Nasjonal%20e-helsestrategi%202017-2022%20(PDF).pdf)

² <https://www.helse-sorost.no/Documents/Digital%20fornyning/086-2015%20Vedlegg%201%20-%20IKT-strategi.pdf>

1 Bakgrunn

Direktoratet for e-helse skal ved hjelp av nøkkeltall sikre et godt kunnskapsgrunnlag om bruk og effekter av IKT i helse- og omsorgssektoren

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har definert fem hovedmål som Direktoratet for e-helse skal følge opp, der styring, organisering og finansiering av e-helse er ett av hovedmålene.



Det er forventet fra HOD at Direktoratet for e-helse skal følge med på status og utvikling på IKT-området i helse- og omsorgssektoren. Målet er å dokumentere effekt og nytte av tiltak over tid, og det er på bakgrunn av disse forventningene at det nå er gjennomført en analyse av IKT-nøkkeltall.

1.1 Formål og bakgrunn

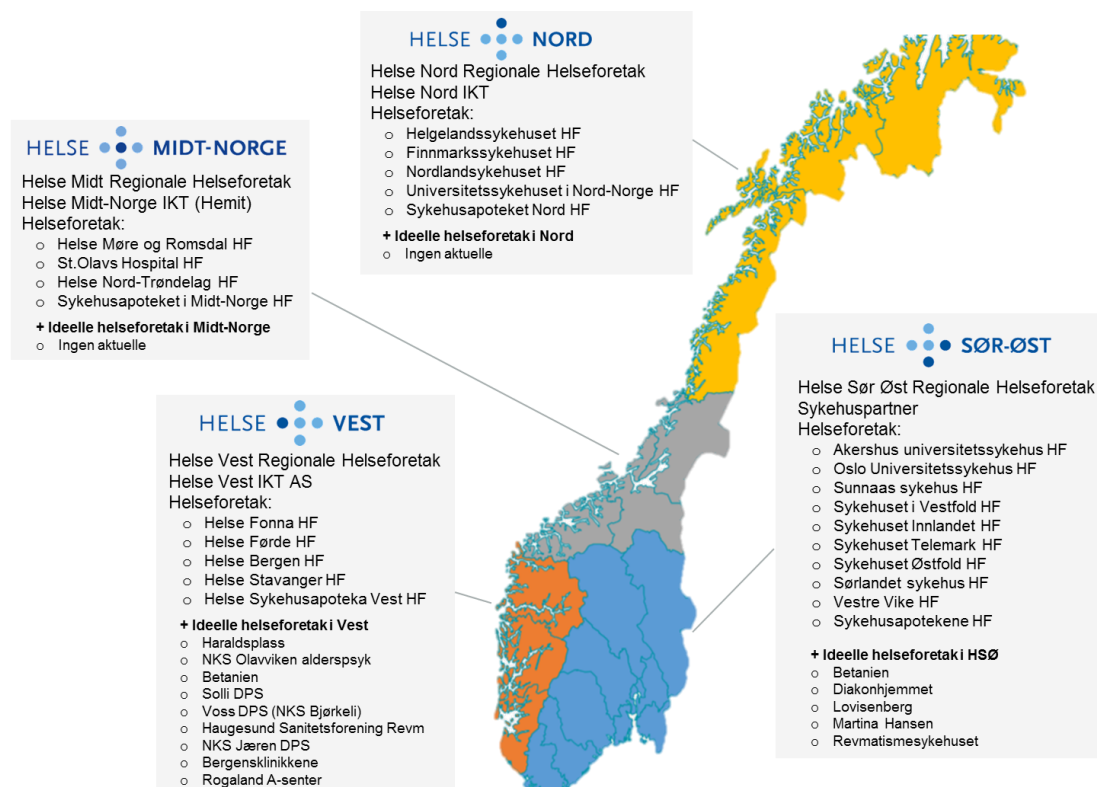
Det ble i 2014 og i 2017 gjennomført komparative analyser av de regionale helseforetakene på IKT-området. Denne nøkkeltallsanalysen viderefører arbeidet fra de komparative analysene, men utvider omfanget ved å inkludere flere foretak, samt etablerer et mer detaljert nivå på datainnsamlingen. Detaljeringsnivået data er samlet inn på samsvarer med det nivået som Gartners IT Key Metrics for helsesektoren har, og muliggjør dermed sammenligning med IKT-nøkkeltall for helsesektoren internasjonalt.

Et viktig formål med arbeidet har vært å etablere felles definisjoner og forståelse av IKT-begreper med utgangspunkt i Gartners metodikk (se kapittel 1.2 og vedlegg), slik at IKT-nøkkeltallene som ble samlet inn er sammenlignbare på tvers av helseregioner og nasjonale IKT-aktører i helsesektoren. Det er lagt vekt på å dele erfaringer og beste praksis på tvers av helseregionene, slik at senere innsamlinger skal kunne gjennomføres på en effektiv og konsistent måte år etter år. Nøkkeltallene er samlet inn i en ensartet mal for alle foretak og analysene er gjennomført på slik måte at det skal være enkelt å beregne resultater for fremtidige år.

Nøkkeltallsanalyser er mest interessante når de kan sees over tid, men for mange av årets analyser er ikke dette mulig da data ikke ble samlet inn på et tilsvarende nivå i de to foregående komparative analysene. Derfor vil nøkkeltallsanalysene i kapittel 2 kun ha data fra 2017. For å kunne se utviklingen i nøkkeltall som er tidligere innsamlet, er noen data for 2017 tilpasset til tidligere definisjoner. Dette vises i kapittel 3.

Kildene for data er regnskapstall for 2017, og data er samlet inn av de fire helseregionene og av nasjonale IKT-aktører i helsesektoren (Direktoratet for e-helse (E-helse), Norsk Helsenett (NHN), Helseforetakenes driftsorganisasjon for nødnett (HDO), Pasientreiser og Nasjonal IKT (NIKT)). SSB er benyttet som datakilde for overordnede nøkkeltall som benyttes i kapittel 3. Informasjon om aktivitet (DRG-produksjon) er innhentet fra Helsedirektoratet.

Helseregionene utgjør den største komponenten i analysen. Følgende foretak er definert å tilhøre en helseregion; Det regionale helseforetaket, IKT-leverandør i regionen, alle underliggende helseforetak inkludert sykehusapotek, samt de private ideelle sykehusene som har driftsavtale med regionen. Figuren under viser hvilke foretak som tilhører hver helseregion.



Figur 1: Oversikt over foretak som inngår i datainnsamling for helseregionene

I tillegg til IKT-utgifter hos foretakene som er direkte tilknyttet regionen er det også IKT-utgifter hos de nasjonale IKT-aktørene som er lagt til hver enkelt helseregion for å få frem regionens totale bilde av IKT-utgifter. Årsaken til at disse IKT-utgiftene er samlet inn fra de nasjonale IKT-aktørene og deretter lagt på til regionenes totale IKT-utgifter er en følge av at regionene ikke nødvendigvis ser på disse utgiftene som IKT-utgifter, og som følge av at regionene ikke har innblikk i hvordan IKT-utgiftene til de nasjonale IKT-aktørene fordeler seg mellom de ulike utgiftskategoriene:

- Nasjonal IKT, Pasientreiser og HDO har fordelt sine IKT-utgifter i henhold til malen, og deretter oppgitt en fordelingsnøkkel for hvordan de ulike helseregionene bidrar med finansiering til det respektive foretaket. Denne fordelingsnøgkelen er benyttet for å finne hver enkelt region sin andel av den nasjonale aktørens IKT-utgifter.
- Direktoratet for e-helse har fordelt sine IKT-utgifter i henhold til malen, og deretter oppgitt det beløp som hver enkelt region har overført til Direktoratet for de (IKT-) tjenester Direktoratet leverer til regionen.
- NHN har beskrevet den kostnaden hver enkelt region har hatt for tjenestene de har kjøpt av NHN, og disse beløpene er lagt på IKT-utgiftene til helseregionene. Øvrige nøkkeltall for NHN er hentet direkte fra deres årsrapport.

1.2 Definisjoner, presiseringer, antagelser og avgrensninger

1.2.1 Definisjoner

- Det er etablert definisjoner for hvilke data som inngår, og innunder hvilke(n) kategori ulike utgifter skal klassifiseres. Disse definisjonene finnes i kapittel 4, vedlegg.
- IKT-utgifter er definert som IKT-driftskostnader, eksklusive avskrivninger og inklusive IKT-investeringer.

1.2.2 Presiseringer

- Nøkkeltallene for 2017 viser et øyeblikksbilde for et enkelt år. Det er naturlig at helseregionene og de øvrige nasjonale foretakene har endringer i nivået og sammensetningen av IKT-utgifter over tid. Spesielt gjelder dette for investeringsprosjekter. Dette er viktig å tenke på i sammenligningen av foretakene.
- Der data ikke er mottatt er det etter beste evne benyttet offentlig tilgjengelig informasjon om foretaket det angår (eksempelvis regnskapstall over antall årsverk, antall ansatte, totale driftskostnader og totale driftsinntekter). Dette gjelder i hovedsak for enkelte private ideelle helseforetak i Helse Sør-Øst.
- Der data ikke er mottatt og informasjonen ikke er offentlig tilgjengelig er det benyttet forholdstall fra øvrige datakilder til å gjøre estimater. Dette er i hovedsak gjort for å estimere antall ansatte i de private ideelle helseforetakene.
- Der hvor Gartner er vist som sammenligningsgrunnlag i figurene, er informasjon om dette hentet fra Gartners «IT Key Metrics Data 2018: Key Industry Measures: Healthcare Providers Analysis: Current Year».
- Sammenligningstall som benyttes i kapittel 3 for perioden 2012-2016 er hentet direkte fra komparativ analyse, og alle forbehold som gjelder disse tallene kan leses fra disse rapportene. Ettersom tallene i komparativ analyse ikke er inflasjonsjustert er det under hver figur som viser utvikling av utgifter, kostnader og/eller investeringer over tid, beskrevet hva figurene ville ha vist dersom man hadde hensyntatt inflasjon.

1.2.3 Antagelser

- For de nasjonale aktørene Nasjonal IKT, HDO, Direktoratet for e-helse og NHN anses alle driftskostnader som IKT-utgifter.
- For Pasientreiser anses kostnader som er tilknyttet IKT-løsninger og personell som arbeider med disse som IKT-utgifter. Inkludert er også kostnader for IKT-utstyr og lisenser for alle ansatte i Pasientreiser. Kostnader for personell som jobber med bestilling/registrering o.l. av pasientreiser er ikke ansett som en IKT-utgift.
- Det foregår kryssfinansiering i helseregionene og mellom nasjonale aktører. For å unngå dobbelttelling av nøkkeltall er det gjort følgende antagelser:

- Det er antatt at de private ideelle helseforetakene er 100% finansiert av helseregionene: Det vil si at de totale driftsinntekter og driftskostnader for helseregionene inkluderer finansieringen av de private ideelle helseforetakene.
- De totale driftsinntekter og driftskostnader for helseregionene inkluderer også finansiering av IKT-utgifter knyttet til tjenestene som leveres til helseregionene fra de nasjonale IKT-aktørene;
 - Nasjonal IKT og Pasientreiser er 100% finansiert av helseregionene, og følgelig er alle driftskostnader for disse foretakene inkludert i helseregionenes IKT-kostnader.
 - HDO er delvis finansiert av helseregionene og delvis finansiert av kommunene. Den andelen som er finansiert av helseregionene er inkludert i helseregionenes IKT-kostnader.
 - Direktoratet for e-helse og NHN har flere inntektskilder, der helseregionene er en av disse. Den andelen som er finansiert av helseregionene er inkludert i helseregionenes IKT-kostnader.
- For å se totale IKT-utgifter for helsesektoren er kryssfinansieringen håndtert ved å trekke fra beløp som finansieres av andre aktører;
 - Tenkt eksempel: Helse Sør-Øst (HSØ) kjøpte tjenester av NHN for 1 million kroner i 2017. Det vil si at resterende IKT-kostnader for NHN da er [totale kostnader] - [kjøp gjort av HSØ]

1.2.4 Avgrensninger

- Det er gjort en avgrensning av IKT mot medisinsk-teknisk utstyr (MTU), og slikt utstyr er derfor ikke tatt med som en IKT-kostnad.
- Det har ikke lyktes å innhente informasjon fra kommunale helse- og omsorgstjenester og IKT-kostnader for denne delen av helsetjenesten er derfor ikke inkludert. Unntaket er for tjenester levert fra nasjonale aktører som NHN, HDO og Direktoratet for e-helse til kommunene.

2 Nøkkeltall

Totale IKT-utgifter for foretakene i denne analysen av nøkkeltall for 2017 er rett i overkant av 8 milliarder kroner

Det overordnede bildet for IKT-utgifter for foretak som er kartlagt i denne rapporten gjennomgås først. Deretter gjennomgås nøkkeltall for de nasjonale IKT-aktørene, før helseregionene sammenlignes på tvers og med Gartners nøkkeltall. Til slutt vises den historiske utviklingen for helseregionene ved å benytte resultater fra de komparative analysene fra 2014 og 2017. Det presiseres at tallene i mange tilfeller ikke vil være direkte sammenlignbare, ettersom det i 2017 ble innført nye regler for moms for helseregionene. Der hvor tallene ikke direkte kan sammenlignes vil dette være eksplisitt forklart. Ettersom nøkkeltall fremover skal samles inn på tilsvarende nivå som i denne rapporten vil det etableres nye sammenligningstall for historisk utvikling fra og med neste års rapport.

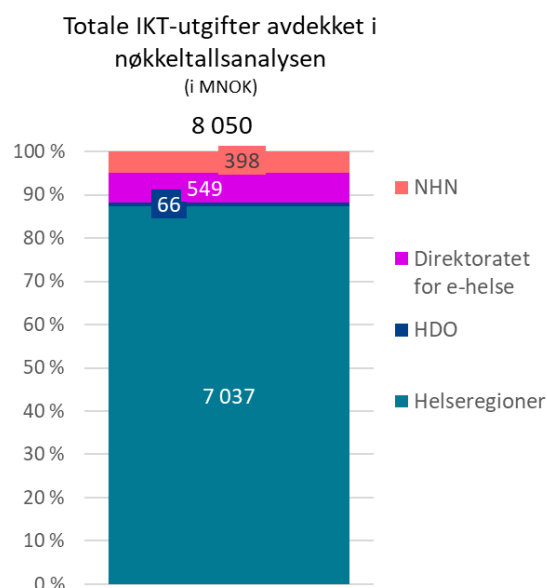
2.1 Totale IKT-utgifter i helsesektoren

Totale IKT-utgifter for foretakene som er inkludert i denne rapporten er på 8,05 milliarder kroner (Figur 2).

IKT-utgifter som mangler fra denne oversikten er i hovedsak IKT-utgifter fra kommunal sektor, inkludert fastleger, og IKT-utgifter fra en rekke aktører innen statlig helseforvaltning³.

Direktoratet for e-helse har tidligere estimert at kommunesektoren har cirka 2,5 milliarder kroner i IKT-utgifter knyttet til helse⁴. I tillegg kommer øvrig statlig forvaltning med grovt anslått 0,5 milliarder kroner. Dermed er det rimelig å anslå at de totale IKT-utgiftene for helse- og omsorgssektoren er i størrelsesorden 11 milliarder kroner.

I figur 2 til høyre vises ikke de nasjonale IKT-aktørene Nasjonal IKT og Pasientreiser. Dette er fordi IKT-utgiftene til disse aktørene er 100% finansiert av helseregionene og dermed inngår i IKT-utgiftene til helseregionene. Tilsvarende er beløpene som er synliggjort for HDO, Direktoratet for e-helse og NHN kun IKT-utgifter som ikke dekkes inn av helseregionene eller av de øvrige nasjonale IKT-aktørene. Disse justeringene er gjort for å unngå at utgifter telles dobbelt som følge av kryssfinansiering, også forklart i de to siste kulepunktene i avsnitt 1.2.2. Detaljer bak finansieringskilder til de respektive nasjonale IKT-aktørene vises i avsnitt 2.2.



Figur 2: Totale IKT-utgifter avdekket i nøkkeltallsanalysen

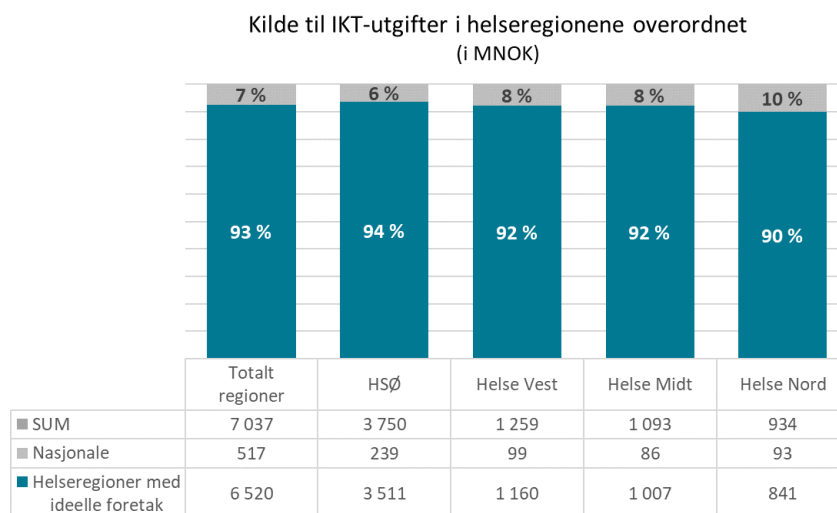
³ Ikke inkludert: Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, Helfo, Pasient- og brukerombudet, Helsetilsynet, Norsk Pasientskadeerstatning, HelseKlage, Statens Strålevern, Statens Legemiddelverk, Bioteknologirådet og Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten. Ettersom NHN er inkludert er likevel en del av IKT-utgiftene til helseforvaltningen inkludert da NHN leverer en vesentlig del av IKT-tjenestene til disse aktørene.

⁴ Estimert for kommunene hentet fra forarbeidene til "En innbygger – én journal" side 115-116:

https://www.regjeringen.no/contentassets/355890dd2872413b838066702dcdad88/ikt_utfordringsbilde_helse_omsorgssektoren.pdf

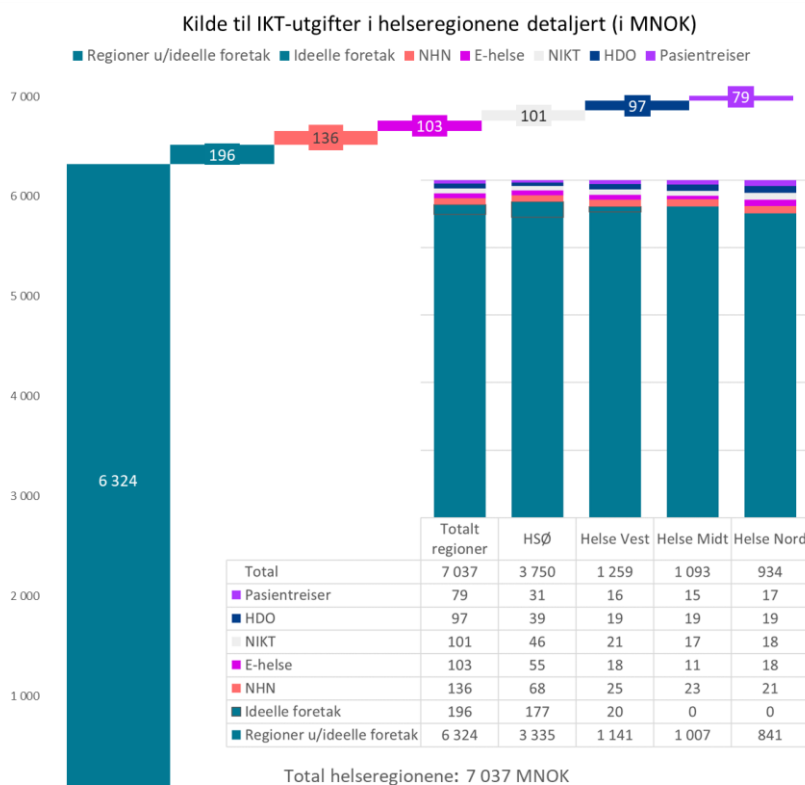
Figur 2 viser at det er helseregionene som står for størsteparten av IKT-utgiftene, på 7,04 milliarder kroner. Av disse inngår IKT-utgifter for det regionale foretaket, IKT-leverandørene i regionene, alle offentlige helseforetak og de private ideelle helseforetakene som finansieres av de regionale foretakene. I tillegg inngår deres andel av de nasjonale aktørenes IKT-utgifter.

Figur 3 under viser hvor helseregionenes IKT-utgifter oppstår. Samlet sett er 93 % av IKT-utgiftene i helseregionene selv, og 7% hos nasjonale aktører.



Figur 3: Kilde til IKT-utgifter i helseregionene overordnet

Figur 4 viser en nedbrytning av de beløp og prosentvise andeler av IKT-utgifter som inngår i helseregionene totalt, og de som stammer fra de nasjonale IKT-aktørene.



Figur 4: Kilde til IKT-utgifter i helseregionene detaljert

2.2 Nasjonale aktører

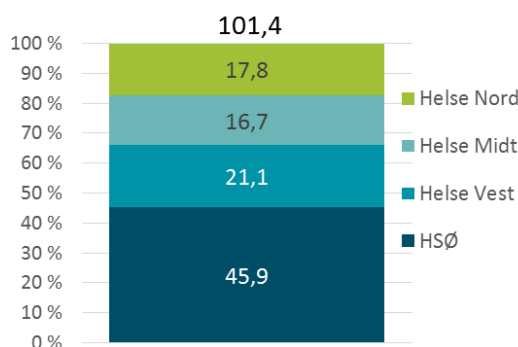
Nedenfor beskrives IKT-utgifter for de nasjonale og felleseide virksomhetene som er kartlagt i undersøkelsen.

2.2.1 Nasjonal IKT

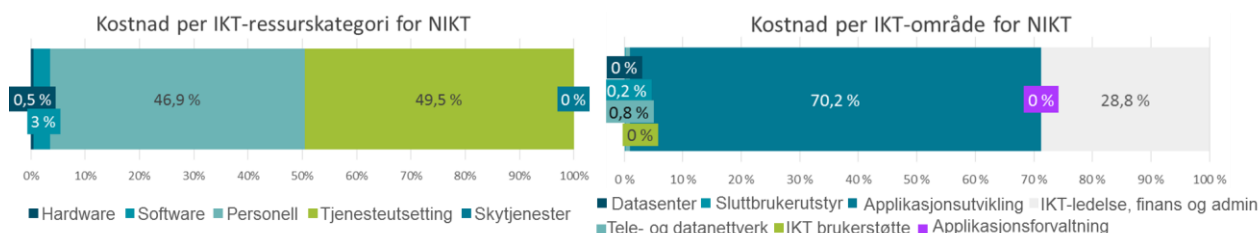
Nasjonal IKT finansieres 100% av de regionale helseforetakene. Alle driftskostnader Nasjonal IKT har er i denne analysen vurdert til å være IKT-relatert og dermed ansett som en IKT-utgift. For å fordele IKT-utgiftene på helseregionene er den samme fordelingsnøkkel som gjelder for finansiering av Nasjonal IKT i sin helhet benyttet.

Hovedoppgaven til Nasjonal IKT er å støtte samordning og standardisering av IKT-løsninger i spesialisthelsetjenesten. Figur 6 under viser fordelingen av utgifter på IKT-ressurskategorier og IKT-områder. Utgiftene går i hovedsak med til personell og tjenestekjøp som omhandler applikasjonsutvikling (av standard IKT-løsninger) og IKT-ledelse, finans og administrasjon (som del av standardiseringsarbeid og arbeid for å støtte kompetansedeling).

Finansiering av IKT-utgifter i NIKT
(I mnok)



Figur 5: Finansieringskilder for NIKTs IKT-utgifter



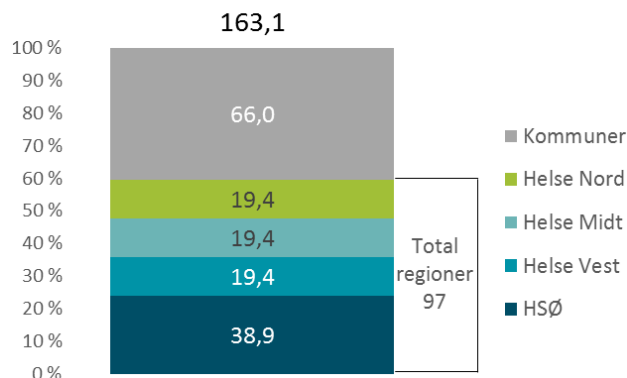
Figur 6: NIKT: IKT-ressurskategorier og IKT-områder

2.2.2 Helseforetakenes driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO)

HDO finansieres delvis av de regionale helseforetakene, og delvis av kommunene. Alle driftskostnader HDO har er i denne analysen vurdert til å være IKT-relatert og dermed ansett som IKT-utgifter. For å fordele IKT-utgiftene på helseregionene har man benyttet den samme fordelingsnøkkel som gjelder for finansiering av HDO i sin helhet. Figuren til høyre viser fordelingen av finansieringen.

Figur 8 under viser fordelingen av HDOs IKT-utgifter på IKT-ressurskategorier og på IKT-områder. HDO har størst utgifter knyttet til personell, software og tjenesteutsetting, som i hovedsak er knyttet til applikasjonsforvaltning av kommunikasjonsløsningen de leverer. HDO er

Finansiering av IKT-utgifter i HDO
(I mnok)



Figur 7: Finansieringskilder for HDOs IKT-utgifter

også ansvarlig for drift og brukerstøtte av kontrollrom og radioterminaler, og IKT-utgifter per IKT-område er i større grad distribuert utover de ulike områdekategoriene enn hva som er tilfellet for Nasjonal IKT og Pasientreiser.



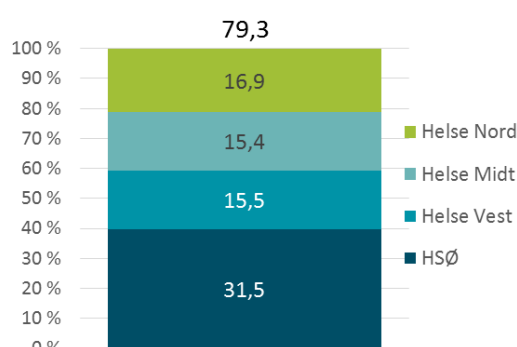
Figur 8: HDO: IKT-ressurskategorier og IKT-områder

2.2.3 Pasientreiser

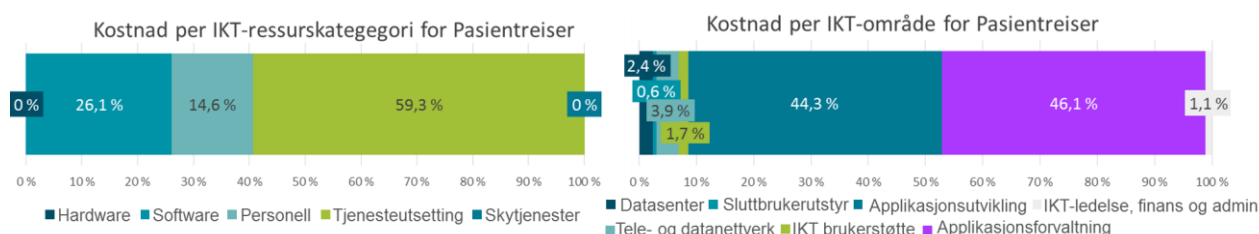
Pasientreiser finansieres 100% av de regionale helseforetakene. IKT-utgifter for Pasientreiser er definert som kostnader som er tilknyttet IKT-løsninger og personell som arbeider med disse, samt kostnader for IT-utstyr og lisenser for alle ansatte i Pasientreiser. Kostnader for personell som jobber med bestilling/registrering o.l. av pasientreiser er ikke ansett som en IKT-utgift. For å fordele IKT-utgiftene på helseregionene er det benyttet den samme fordelingsnøkkel som gjelder for finansiering av Pasientreiser i sin helhet.

I all hovedsak er IKT-utgiftene til Pasientreiser knyttet til deres IKT-løsninger som støtter administrasjon av pasienters reise. Ettersom det er eksternt leverandør (i dette tilfellet i stor grad NHN) som drifter løsningen er størsteparten av IKT-utgiftene til Pasientreiser allokert til tjenestekjøp knyttet til applikasjonsforvaltning og applikasjonsutvikling.

Finansiering av IKT-utgifter i Pasientreiser (I mnok)



Figur 9: Finansieringskilder for Pasientreisens IKT-utgifter



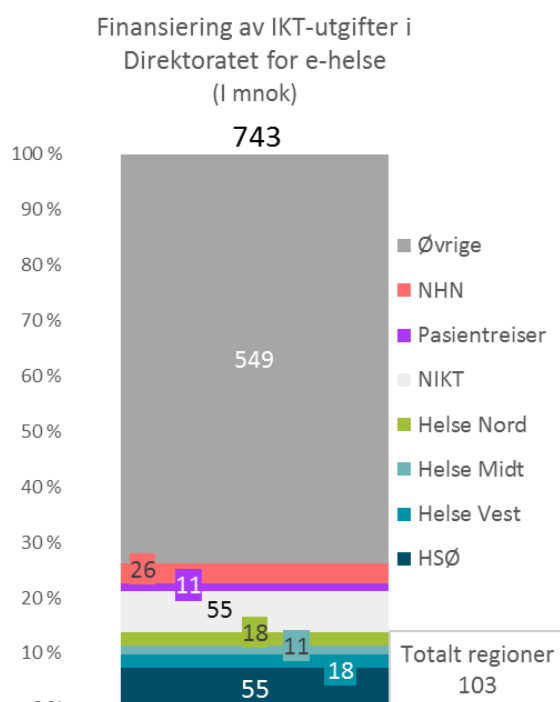
Figur 10: Pasientreiser: IKT-ressurskategorier og IKT-områder

2.2.4 Direktoratet for e-helse

Direktoratet for e-helse finansieres i hovedsak av bevilgninger direkte over statsbudsjettet, men også av helseregionene og enkelte av de øvrige nasjonale IKT-aktørene. Alle driftskostnader Direktoratet for e-helse har er vurdert å være IKT-relatert og dermed ansett som en IKT-utgift. Figuren til høyre viser fra hvilke kilder Direktoratet får sin finansiering, og i hvilken størrelsesorden hver kilde bidrar.

Ressursbruk på tjenesteleveranser til helseregionene er inkludert som IKT-utgifter hos helseregionene. Utgiftene er allokert til IKT-ressurskategorien «Tjenesteutsetting» og til IKT-områdene «Applikasjonsutvikling» og «Applikasjonsforvaltning» i det samlede bildet for helseregionene.

Det er i årets datainnsamling kun samlet inn nøkkeltall fra Direktoratet for e-helse på et overordnet nivå. Målsetningen fremover er å få IKT-nøkkeltall fra Direktoratet i e-helse i sin helhet brutt ned på IKT-ressurskategorier og IKT-områder, slik som man allerede har etablert for øvrige nasjonale aktører som har deltatt i denne rapporten, med unntak av NHN.



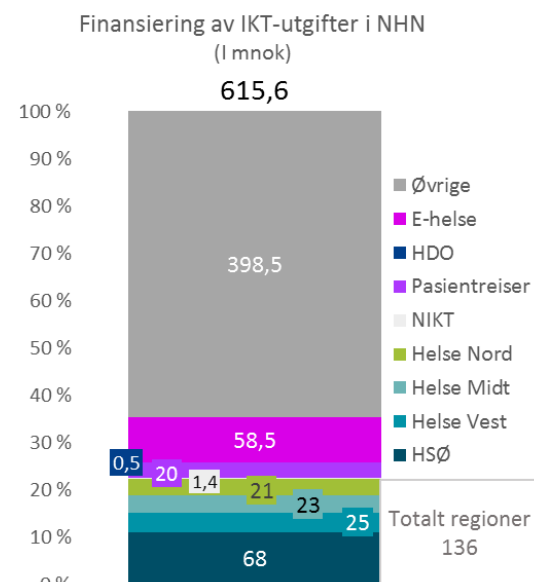
Figur 11: Finansieringskilder for Direktoratet for e-helses IKT-utgifter

2.2.5 Norsk Helsenett (NHN)

NHN har flere ulike finansieringskilder, deriblant helseregionene og de øvrige nasjonale IKT-aktørene. Finansieringskilder utover dette er i hovedsak helseforvaltningen, kommuner og bevilgning over statsbudsjettet. Alle driftskostnader og investeringer NHN har er vurdert til å være IKT-relatert og dermed ansett som en IKT-utgift.

Det er i årets datainnsamling kun samlet inn nøkkeltall fra NHN på et overordnet nivå: Totale driftskostnader og driftsinntekter er hentet fra årsregnskapet for 2017, og informasjon om hvor mye finansiering som kommer fra de øvrige nasjonale IKT-aktørene har Nasjonal IKT, Pasientreiser, HDO og Direktoratet for e-helse selv oppgitt i sine nøkkeltall. NHN har oppgitt hvor høy inntekt de har fra helseregionene for samband, medlemsavgift og andre mindre poster. Dette er lagt inn som IKT-utgifter for helseregionene. Utgiftene er lagt til under IKT-ressurskategorien «Tjenesteutsetting» og under IKT-områdene «Datasenter», «Tele- og datanettverk» og «Sluttbrukerutstyr».

Målsetningen fremover er å få IKT-nøkkeltall fra NHN i sin helhet brutt ned på IKT-ressurskategorier og IKT-områder, slik som man allerede har etablert for øvrige nasjonale aktører som har deltatt i denne rapporten, med unntak av Direktoratet for e-helse.



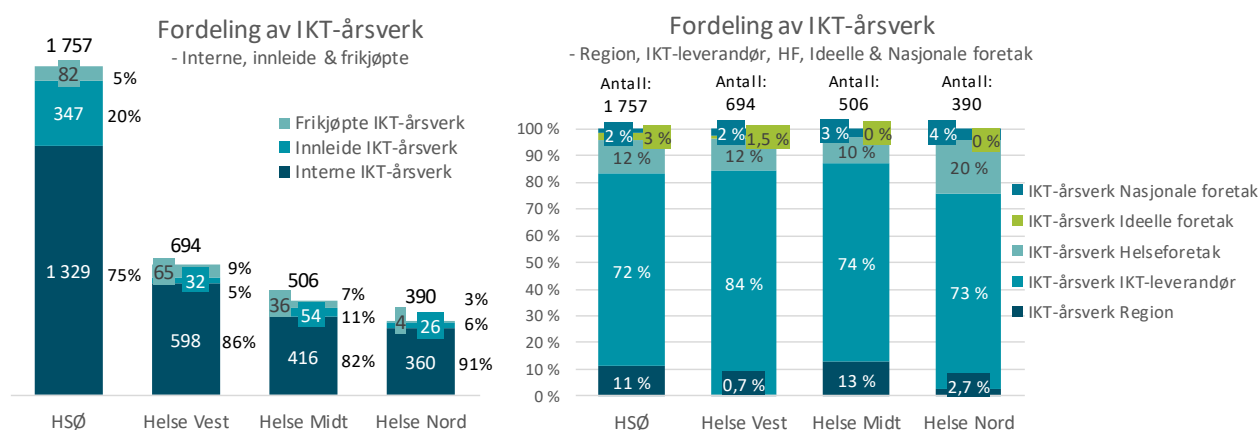
Figur 12: Finansieringskilder for NHNs IKT-utgifter

2.3 Helseregionene – sammenligning 2017

Grafene og analysene i dette avsnittet viser det totale bildet for IKT-ressursbruk for helseregionene. Det som inngår i analysene er data fra:

- Det regionale helseforetaket
- IKT-leverandør for regionen
- Helseforetakene i regionen
- De private ideelle helseforetakene/sykehusene i regionen
- Regionens andel av IKT-kostnader/personell til de nasjonale aktørene, herunder; Nasjonal IKT, Pasientreiser, HDO, NHN og Direktoratet for e-helse. Utgifter og personell hos HDO, NHN og Direktoratet for e-helse som ikke kan tilskrives leveranser til helseregionene er ikke inkludert.

2.3.1 Fordeling av IKT-årsverk⁵



Figur 13: Fordeling av IKT-årsverk

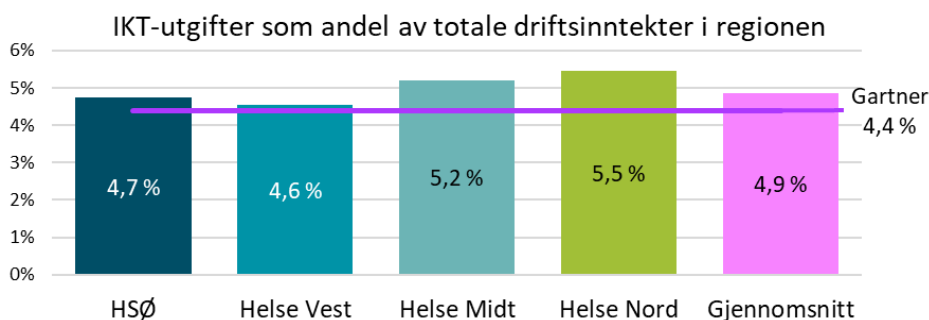
Venstre del av figur 13 over illustrerer det totale antallet IKT-årsverk per helseregion, fordelt mellom interne, innleide og frikjøpte årsverk. Som figuren viser er forholdet mellom intern/innleid/frikjøpt relativt lik for Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord, mens Helse Sør-Øst har en større andel innleide ressurser. Helse Sør-Øst hadde i 2017 mange innleide ressurser i forbindelse med sitt program for infrastrukturmodernisering og eksternt partnerskap (IMOD), i tillegg til at Sykehuspartner benytter innleie for å få tilgang til infrastrukturkompetanse de ikke har tilgjengelig internt.

I høyre del av figuren er årsverkene fordelt etter hvilken organisasjonstilhørighet i helseregionen IKT-ressursene har. Helse Midt-Norge og Helse Nord har ingen private ideelle helseforetak i sin region, og dermed heller ingen IKT-ressurser fra slike. Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge har en større andel av sine IKT-ressurser i det regionale foretaket, mens Helse Nord har en større andel ute i helseforetakene. Dette illustrerer den ulike organiseringen de fire helseregionene har. Eksempelvis har Helse Midt-Norge organisert enkelte prosjekter som EPJ og Helseplattformen under det regionale foretaket mens andre prosjekter er organisert og bemannet fra IKT-leverandør. Helse Sør-Øst bemanner sine regionale prosjekter fra det regionale helseforetaket mens Helse Vest og Helse Nord bemanner regionale prosjekter fra IKT-leverandøren i regionen.

⁵ Ressurser fra nasjonale foretak inkluderer her IKT-ressurser fra Nasjonal IKT, Pasientreiser og HDO. IKT-ressurser fra NHN og Direktoratet for e-helse inngår ikke, ettersom man anser deres leveranse til helseregionene som tjenestekjøp

2.3.2 IKT-utgifter som andel av totale driftsinntekter og -kostnader

Ved å se på forholdet mellom totale driftsinntekter og IKT-utgifter får man et bilde av kostnadsnivået for IKT på tvers av helseregionene, men bildet forteller ikke noe om hvordan IKT bidrar til virksomheten og bør derfor ikke ses på isolert sett for å vurdere om en region leverer bedre og mer kostnadseffektive IKT-tjenester enn en annen. For helseregionene samlet sett er gjennomsnittet 4,9% (rosa søyle), et halvt prosentpoeng høyere enn Gartners sitt gjennomsnitt på 4,4% (tverrgående linje). Gartners gjennomsnitt har i snitt steget med 0,1 prosentpoeng i året siden 2012.



Figur 14: IKT-utgifter som andel av helseregionenes totale driftsinntekter

Gjennomsnittet for virksomhetene i Gartners sammenligningsgrunnlag er 4,4%, men variasjonen mellom dem er stor. En måte å beskrive spredningen på er å ordne virksomhetene i stigende rekkefølge ut i fra ressursbruk på IKT, og dele dem inn i fire like store deler (kvartiler). Et mål på spredningen er de virksomhetene som utgjør den midterste halvdel (midtre kvartiler). I en slik sammenligning er det kun Helse Nord som akkurat bruker mer ressurser på IKT enn den midtre halvdel av virksomhetene i sammenligningen, mens de øvrige tre regionene ligger innenfor. Ser vi på ressursbruk på IKT som andel av driftskostnader faller alle fire helseregionene innenfor dette midtpunktet.

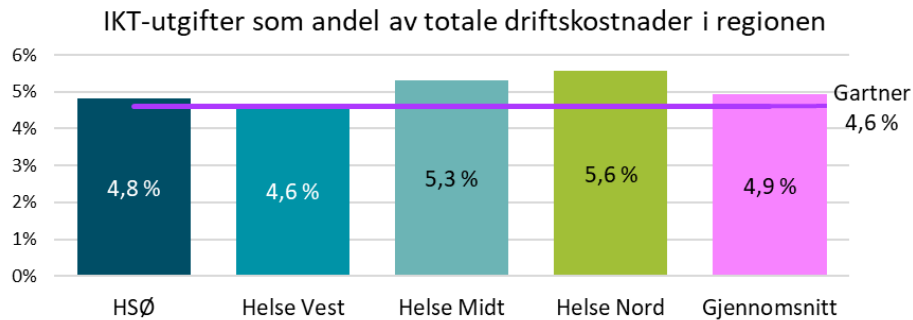
Antall brukere har en klar innvirkning på størrelsen på IKT-kostnadene, men Gartners tall i figur 15 under viser at det finnes visse stordriftsfordeler. Helseregionene i Norge faller inn under inntektskategorien mellom 8,3 og 83 milliarder kroner. Virksomheter i denne kategorien har i gjennomsnitt IKT-kostnader som andel av totale inntekter på 4,4%, som er det samme som det totale gjennomsnittet for alle virksomheter uavhengig av størrelse. Inntektskategorien over, fra 83 milliarder kroner, ligger på 3,7%. Helse Sør-Øst hadde i 2017 totale driftsinntekter på 79 milliarder kroner, og nærmer seg derfor denne kategorien.

IKT-utgifter som prosent av driftsinntekter fordelt etter inntektsnivå				
Inntekter i millioner kroner				
Mindre enn 2 075	2 075 – 4 150	4 150 – 8 300	8 300 – 83 000	Mer enn 83 000
4,8 %	4,3 %	4,3 %	4,4 %	3,7 %

Figur 15: IKT-utgifter etter virksomhetens inntektsnivå

Ressursbruken på IKT varierer fra bransje til bransje. For alle bransjer sett under ett er gjennomsnittet 3,5% av driftsinntektene. Bransjer som gjennomgår store digitale endringer, som bank og finans, ligger generelt høyt på listen. Bank og finans ligger over gjennomsnittet med 7,2%, mens bransjer som bygg og anlegg, mat- og drikkevarer og kjemisk industri ligger på mellom 1,2 og 1,3%.

Et annet mål på relativ ressursbruk på IKT er forholdet mellom totale driftskostnader og IKT-utgifter, der organisasjoner med et høyt nivå av IKT-utgifter i forhold til driftskostnader ofte ser på IT som en strategisk viktig brikke som kan forbedre effektiviteten i virksomheten. For helseregionene samlet sett er gjennomsnittet 4,9%, 0,3 prosentpoeng høyere enn Gartner sitt gjennomsnitt på 4,6%. Gartner's gjennomsnitt har i gjennomsnitt steget med 0,1 prosentpoeng i året siden 2012.



Figur 16: IKT-utgifter som andel av helseregionenes totale driftskostnader

Som det kan sees fra figurene over ligger samtlige av de fire helseregionene over Gartner's gjennomsnitt når det kommer til andel IKT-utgifter av totale driftsinntekter og av totale driftskostnader. En av årsakene til dette kan være det store fokuset på digitalisering i helsesektoren som pågår i Norge, som nødvendigvis medfører økt nivå på IKT-utgifter. Alle regioner ligger innenfor det som kan omtales som et normalt intervall⁶.

De regionale forskjellene kan blant annet forklares ved at:

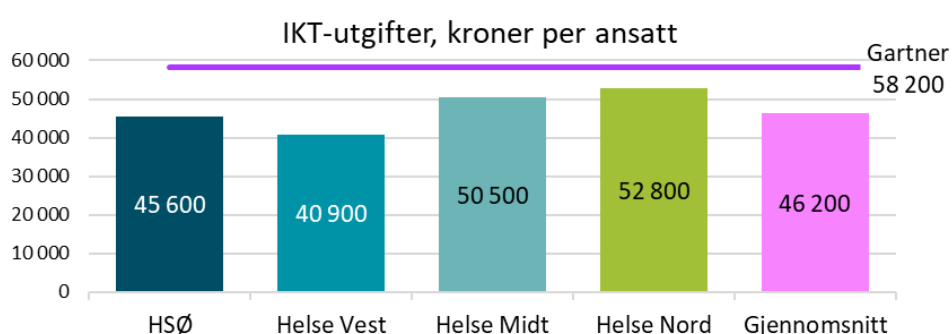
- Aktivitetsnivået, spesielt for investeringer, kan variere mellom år.
- Helse Vest IKT hadde en annen tilnærming til standardisering enn de øvrige regioners IKT-leverandører, der de allerede fra etablering valgte standardløsninger som skulle implementeres på tvers av alle helseforetak. Denne tilnærmingen kan se ut til å ha hatt en positiv virkning på kostnadseffektiviteten og Helse Vest har historisk kommet godt ut av sammenligning på tvers av regionene når det kommer til kostnadseffektivitet innen IKT, noe de også gjør i årets analyse.
- Helse Sør-Øst ligger trolig kunstig lavt ettersom de i 2017 ikke fikk benyttet alle avsatte midler til IKT da tjenesteutsetting til ekstern partner (IMOD-programmet) stanset i mai dette året.
- Helse Midt-Norge hadde i 2017 tre store prosjekter som bidro til et forholdsvis høyt IKT-utgiftsnivå, henholdsvis Helseplattformen, nytt laboratoriedatasystem og nytt økonomi- og logistikksystem (ERP).
- Geografisk struktur og stordriftsfordeler kan være en strukturell årsak til ulikheter mellom regionene.

⁶ Alle regioner ligger innenfor midtre kvartiler i sammenligningsgrunnlaget for IKT-utgifter som andel av totale driftskostnader. For IKT-utgifter som andel av totale driftsinntekter ligger alle regionene innenfor midtre kvartiler, med unntak av Helse Nord som ligger noe over

2.3.3 IKT-utgifter per ansatt i helseregionene

Andelen IKT-utgifter i forhold til driftsinntekter og driftskostnader for helseregionene er høyere enn Gartners gjennomsnitt. For IKT-utgifter per ansatt i helseregionene ligger samtlige helseregioner likevel under Gartners gjennomsnitt⁷. Spredningen i IKT-utgifter per ansatt for virksomhetene i Gartner sitt gjennomsnitt er forholdsvis stor, noe som betyr at en stor andel av virksomhetene i sammenligningsgrunnlaget ligger et stykke fra gjennomsnittet.

At helseregionene ligger under gjennomsnittet for IKT-utgifter per ansatt kan skyldes at de har et større antall deltidsansatte (og dermed flere ansatte totalt per årsverk) enn det som er normalt internasjonalt. Dette argumentet underbygges av OECD, som i «Health at a Glance 2017» beskriver at Norge er det land i verden med flest helsepersonell per innbygger.



Figur 17: IKT-utgifter per ansatt i helseregionene

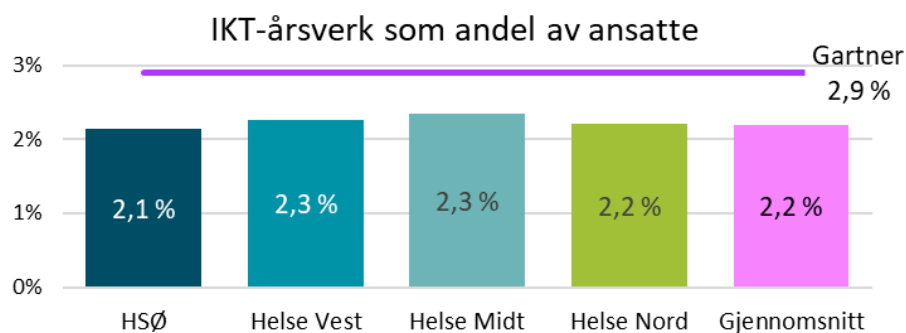
Fordelingen mellom regionene er forholdsvis lik som for IKT-utgifter per driftsinntekter og driftskostnader; der Helse Vest har lavest IKT-utgifter per ansatt, mens Helse Nord har høyest.

Forskjeller mellom regionene i andelen deltidsansatte kunne vært en forklaring på ulikhetene i IKT-utgift per ansatt, slik at antall ansatte (som er hode telling uavhengig av stillingsprosent) varierer mellom dem. Dette ser ikke ut til å være tilfellet, da forholdet mellom ansatte og årsverk er relativt likt for alle regioner.

En økning i IKT-utgifter per ansatt anses ofte som noe negativt, men det trenger det ikke å være; det kan også skyldes en nedgang i antall ansatte eller økte kostnader for å automatisere eller digitalisere prosesser.

⁷ Gartners gjennomsnitt er oppgitt i dollar (\$7 036) og man har benyttet den gjennomsnittlige verdien av en dollar gjennom 2017 fra Norges bank (\$1=8,27nok) for å konvertere dette til NOK.

2.3.4 IKT-årsverk⁸ som andel av ansatte



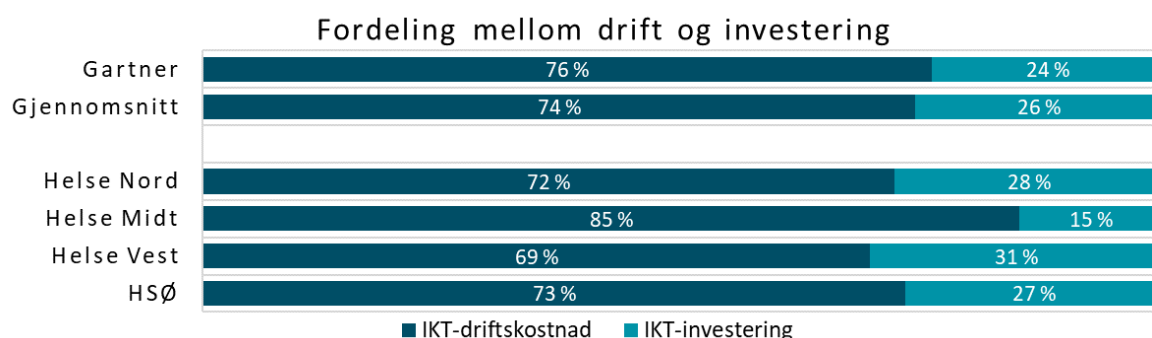
Figur 18: IKT-årsverk som andel av ansatte i helseregionene

Figur 18 viser andelen IKT-årsverk utgjør av totalt antall ansatte. Det er liten variasjon mellom regionene. Gjennomsnittet for helseregionene er på 2,2% (rosa søyle). Alle regionene ligger under Gartner sitt gjennomsnitt på 2,9% (tverrgående linje). Dette kan indikere at helseregionene har for få IKT-årsverk, men det kan også indikere at helseregionene har større antall deltidsansatte enn foretakene i Gartners gjennomsnitt (som beskrevet i avsnitt 2.3.3).

Foretak med en høy andel tjenestekjøp har gjerne behov for et lavere antall IKT-årsverk, men helseregionene i Norge benytter seg i liten grad av dette (som kan sees fra avsnitt 2.3.7), og det er derfor ikke en grunn til det lave antallet IKT-årsverk som andel av totalt antall ansatte.

⁸ IKT-årsverk inkluderer her innleide årsverk og frikjøpte årsverk til IKT. Det inkluderer også årsverk fra Nasjonal IKT, HDO og Pasientreiser

2.3.5 IKT-utgifter fordelt mellom drift og investeringer

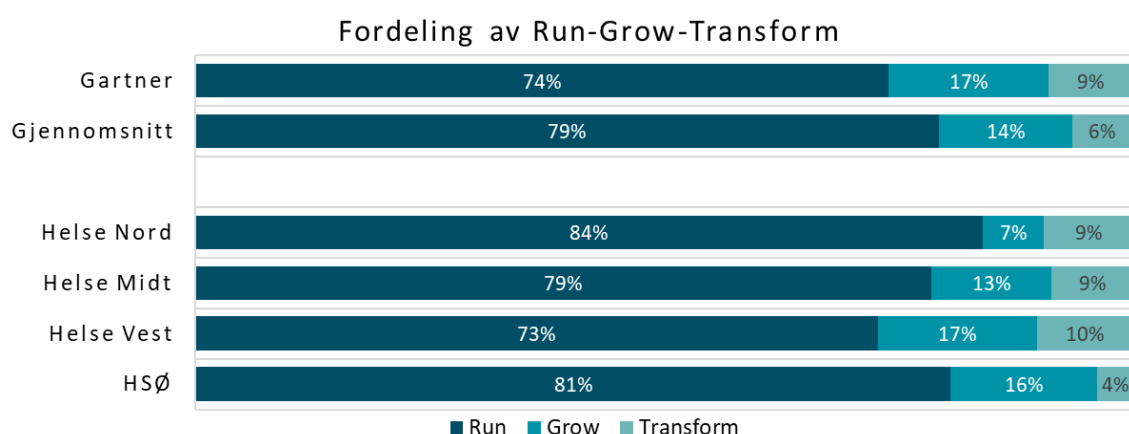


Figur 19: Fordeling av IKT-utgifter mellom drift og investeringer

Figur 19 over viser helseregionenes utgiftsfordeling mellom IKT-driftskostnader og IKT-investeringer. Gartners gjennomsnitt ses på øverste linje, mens gjennomsnittet for helseregionene ses på andre linje. Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst ligger relativt likt på denne skalaen, og også tettere opp mot Gartners gjennomsnitt enn Helse Midt-Norge. Ett av de store prosjektene som var i gang i 2017 i Helse Midt-Norge var «Helseplattformen», men ettersom det i stor grad var i forprosjektfase i 2017 ble kostnader som relaterte seg til dette arbeidet ført på driftsbudsjettet og ikke som en investering, noe som kan være årsaken til at Helse Midt-Norge har en betraktelig lavere andel investeringskostnader enn Gartner sitt gjennomsnitt og de øvrige helseregionene i Norge. Gartners gjennomsnitt har i gjennomsnitt ligget på 72% drift og 28% investering siden 2012.

2.3.6 Fordeling av IKT-utgifter etter "Run-Grow-Transform"⁹

Gartner har en måleparameter som deler inn IKT-utgifter i kategoriene «Grow», «Run» og «Transform». Resultatet kan si noe om fokuset på innovasjon og digitalisering i virksomheten. Hva som inngår i kategoriene er definert i kapittel 4 vedlegg, men kort fortalt er det et skille mellom utgifter som går med til å holde systemer og infrastruktur oppe (Run), til å drive med videreutvikling av eksisterende tjenester (Grow) eller til å utvikle nye tjenester (Transform).



Figur 20: Fordeling av IKT-utgifter per "Run-Grow-Transform"

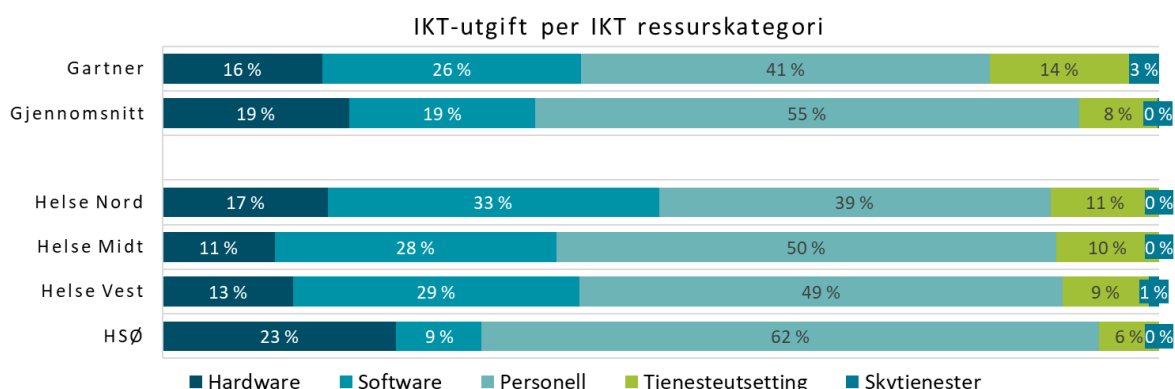
⁹ Denne fordelingen viser kun fordeling av IKT-utgifter for helseregionene ekskludert de ideelle helseforetak og nasjonale foretakene ettersom data for ideelle og nasjonale foretak ikke ble innsamlet på dette nivået i denne runden med datainnsamling.

Figur 20 viser helseregionenes fordeling av IKT-utgifter som går med til Run, Grow og Transform. Helse Vest ligger ganske likt Gartners gjennomsnitt i alle kategorier. Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst ligger høyere enn Gartners gjennomsnitt innen kategorien «Run». Stor vekt på «Run» kan indikere at organisasjonen har mye teknisk gjeld og må benytte mye ressurser på å vedlikeholde dette kontra å investere i vekst og/eller utvikling av nye tjenester. Gartners gjennomsnitt har i snitt ligget på 71% run, 17% grow og 12% transform siden 2012.

Helse Nord hadde i 2017 noe lavere prosjektaktivitet enn normalt. I tillegg hadde de i 2017 et høyere investeringsnivå enn normalt knyttet til infrastrukturinvesteringer, herunder sentralt kjøremiljø. Dette klassifiseres som "Run", og sammen er dette trolig årsaken til at de har relativ høy andel «Run» i 2017. Helse Sør-Øst har hatt stort fokus på å oppgradere sin infrastruktur (i hovedsak run-kostnad), og av øvrig prosjektvirksomhet var fokus i 2017 i stor grad på Regional EPJ og Regional ERP som defineres under «Run/Grow». Dermed var det lite midler igjen til «Transform»-tiltak.

2.3.7 Fordeling av IKT-utgifter per IKT-ressurskategori

Fordeling av IKT-utgifter på ulike ressurskategorier kan blant annet benyttes som verktøy for å ta strategiske beslutninger om sourcing. Ved å eksempelvis kjøpe flere tjenester kan man redusere IKT-utgifter på hardware, software og/eller personell (alt ettersom hva slags tjeneste man kjøper og hvilke krav som stilles fra virksomheten). Den sykliske naturen til investeringer (ved kontantprinsipp) i hardware og software kan i stor grad påvirke fordelingen av IKT-utgifter på ressurskategoriene. Gartners fordeling har de siste årene ligget stabilt på nivåene for 2017.



Figur 21: Fordeling av IKT-utgifter per IKT-ressurskategori

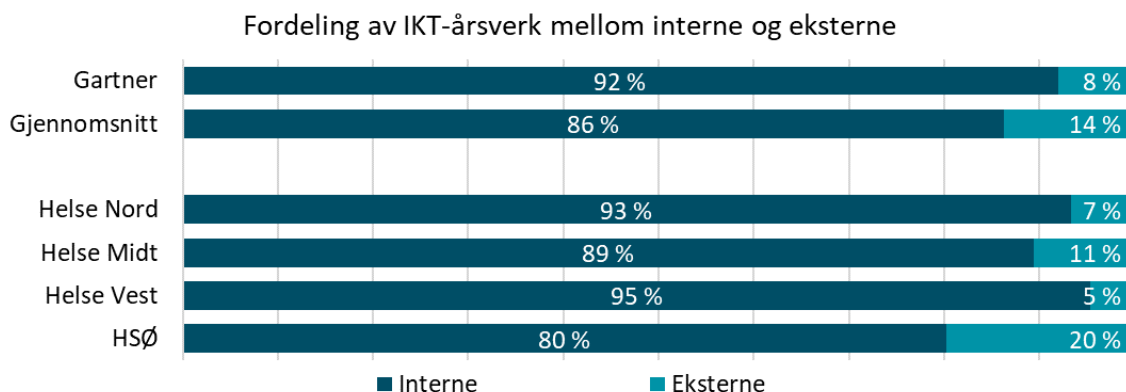
Historisk har helsesektoren vært avholdende til bruk av skytjenester, noe tallene i figuren over bekrefter. Dette vil trolig endre seg fremover ettersom skytjenester har fått bedre fotfeste i markedet og blitt mer akseptert og tilgjengelig, jamfør Regjeringens «Strategi for bruk av skytjenester» og Direktoratet for e-helse sin «Veileder i bruk av skytjenester til behandling av helse- og personopplysninger».

Tjenestekjøp er også en ressurskategori der samtlige regioner ligger under Gartners gjennomsnitt. Bildet for Helse Sør-Øst ville trolig sett annerledes ut fremover dersom IMOD ikke ble stanset. For enkelte regioner kan geografisk lokalisering ha en viss effekt, dersom det er slik at det er begrenset med leverandører som leverer tjenester i disse regionene.

Generelt kan ulikhetene mellom regionene også skyldes at kostnader føres ulikt i regionene, og det antas at bildet vil endres noe fremover som følge av en modning omkring begrepsforståelsene til Gartner.

2.3.8 Forholdet mellom internt og eksternt IKT-personell¹⁰

Fordelingen av IKT-personell mellom interne ressurser og eksterne ressurser kan være et verktøy for å legge bemanningsstrategien til en organisasjon; der mer bruk av eksterne ressurser bidrar til økt fleksibilitet ved endring i omkringliggende forhold. Til gjengjeld er eksterne ressurser ofte dyrere enn interne ressurser.

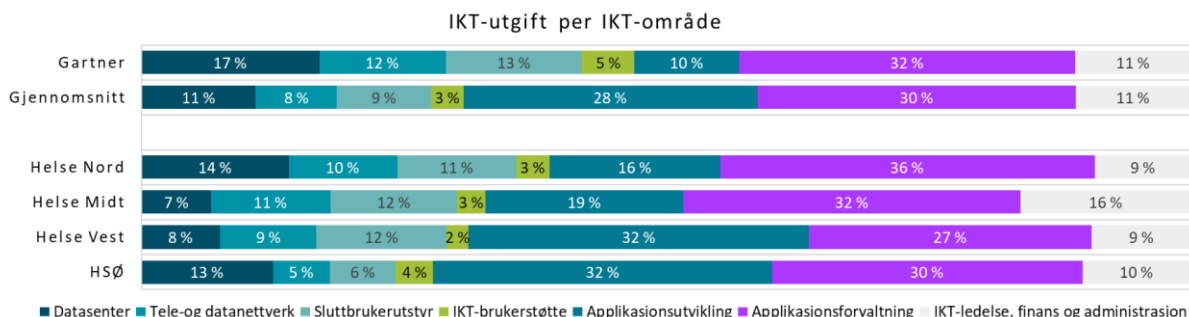


Figur 22: Forholdet mellom internt og eksternt IKT-personell

Som figuren over viser ligger Helse Sør-Øst høyt på andelen eksternt personell, noe som blant annet kommer av konsulentbruk på IMOD-programmet og generelt høyt eksternt kjøp av ressurser med infrastrukturkompetanse. Helse Midt-Norge bruker også en forholdsvis høy andel eksterne ressurser, noe som blant annet skyldes bruk av konsulenter på Helseplattformen i 2017.

2.3.9 Fordeling av IKT-utgifter og IKT-personell¹¹ per IKT-område

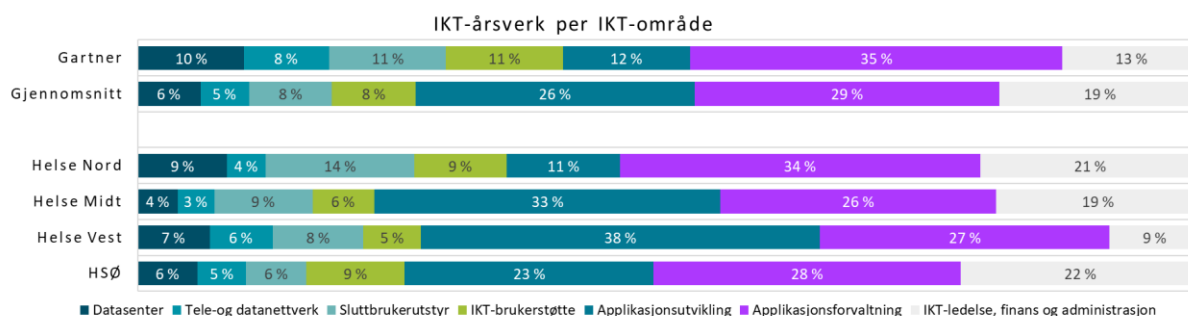
Fordelingen av IKT-utgifter og IKT-personell på IKT-områder gir et overblikk over hvordan de totale IKT-ressursene benyttes i virksomheten. Disse fordelingene er nyttige for å identifisere de relative volumene av ressursbruk per IKT-område sammenlignet med sektoren for øvrig, men fordelingen forteller ikke hvorvidt ressurser benyttes mest mulig kostnadseffektivt eller produktivt.



Figur 23: Fordeling av IKT-utgifter per IKT-område

¹⁰ Her er ressurser fra Nasjonal IKT, Pasientreiser og HDO inkludert i tallene for helseregionene. Personell som produserer IKT-tjenester i NHN og Direktoratet for e-helse inngår ikke ettersom man anser at dette er tjenestekjøp for helseregionene.

¹¹ Her er det ressurser fra Nasjonal IKT, Pasientreiser og HDO som er inkludert for regionene, personell som produserer IKT-tjenester i NHN og Direktoratet for e-helse inngår ikke for regionene ettersom man anser at dette er tjenestekjøp for regionene



Figur 24: Fordeling av IKT-årsverk per IKT-område

Hovedforskjellen mellom helseregionene og Gartner sitt gjennomsnitt er på området «applikasjonsutvikling», der samtlige regioner ligger over snittet både på utgifter og på årsverk (med unntak av Helse Nord som ligger under gjennomsnittet på årsverk). Dette indikerer at helseregionene i Norge driver mer med applikasjonsutvikling enn helseleverandører i verden for øvrig, noe som kan skyldes det store fokuset på digitalisering i norsk helsesektor. Samtidig erfarte man i datainnsamlingen at det opplevdes som vanskelig å skille mellom begrepene applikasjonsforvaltning og applikasjonsutvikling. Det er derfor sannsynlig at enkelte utgifter og årsverk er allokert til applikasjonsutvikling, men som i henhold til Gartners definisjon burde ha vært allokert til applikasjonsforvaltning. Tilsvarende kan det også hende en del av utgiftene og årsverkene knyttet til forvaltning i realiteten burde vært allokert til «datasenter», der oppgaver knyttet til applikasjonsdrift er definert til.

På samme måte som ulikhetene mellom regionene på fordelingen mellom IKT-ressurskategorier (Avsnitt 2.3.7) kan skyldes ulik føring av kostnader og forståelse av begreper, kan også ulikhetene på fordeling av IKT-utgifter og personell fordelt på IKT-områdene forklares av samme grunn.

3 Helseregionene – historisk sammenligning, 2012-2017

Ressursbruken på IKT stiger, både i form av penger og årsverk. Siden 2014 har imidlertid investeringsnivået falt, mens driftsutgiftene har økt.

Dette kapitlet gir en oversikt over den historiske utviklingen i IKT-ressursbruk ved å ta utgangspunkt i de analyser som ble gjennomført i tidligere komparative analyser og ved å tilpasse årets data til analysene fra den gang. Tall for årene 2012 og 2013 er hentet fra komparativ analyse av de regionale helseforetakene på IKT-området fra 2014 (Utredning av "Én innbygger – én journal"), mens tall for årene 2014, 2015 og 2016 er hentet fra komparativ analyse av de regionale helseforetakene på IKT-området fra 2017.

Alle tall for IKT-utgifter for årene 2012-2017 er i dette kapitlet for helseregionene uten IKT-utgifter fra private ideelle foretak og fra nasjonale IKT-aktører. Totalt utgjør IKT-utgiftene for dette 713 millioner kroner i 2017. IKT-utgifter knyttet til innleide er inkludert.

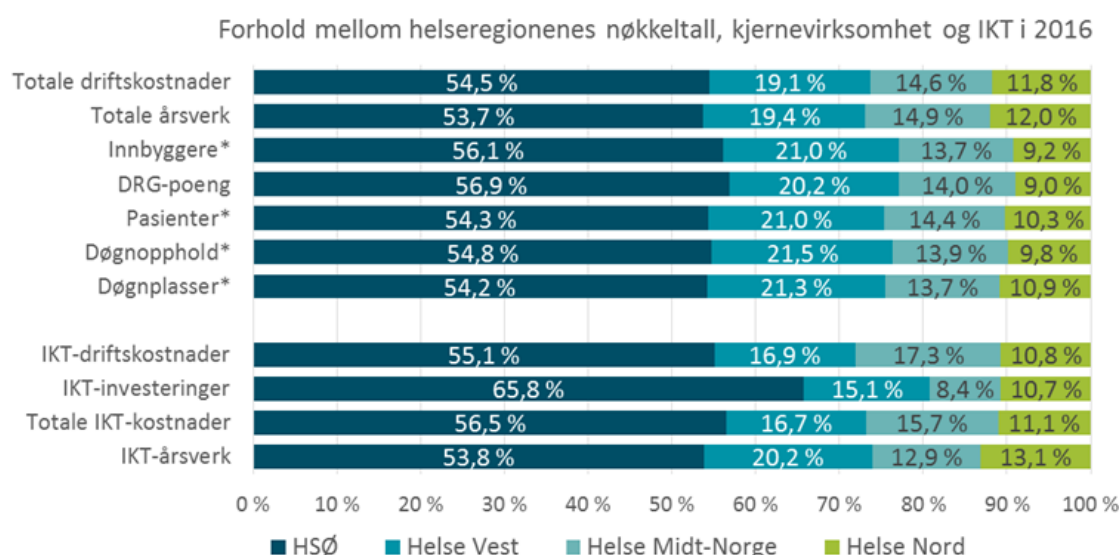
Tellingen av IKT-årsverk for årene 2012-2017 inkluderer ikke frikjøpte og innleide IKT-ressurser ettersom dette ikke inngikk i komparativ analyse. Antall innleide og frikjøpte IKT-ressurser i 2017 utgjør totalt 766 årsverk.

Det gjøres oppmerksom på at IKT-driftskostnader i følgende avsnitt har en annen definisjon enn hva som er tilfellet for resten av rapporten. Dette er en følge av at IKT-driftskostnader i komparativ analyse inkluderte IKT-driftskostnader og -avskrivninger, mens det i øvrige avsnitt av denne rapporten er definert som kun IKT-driftskostnader (uten avskrivninger).

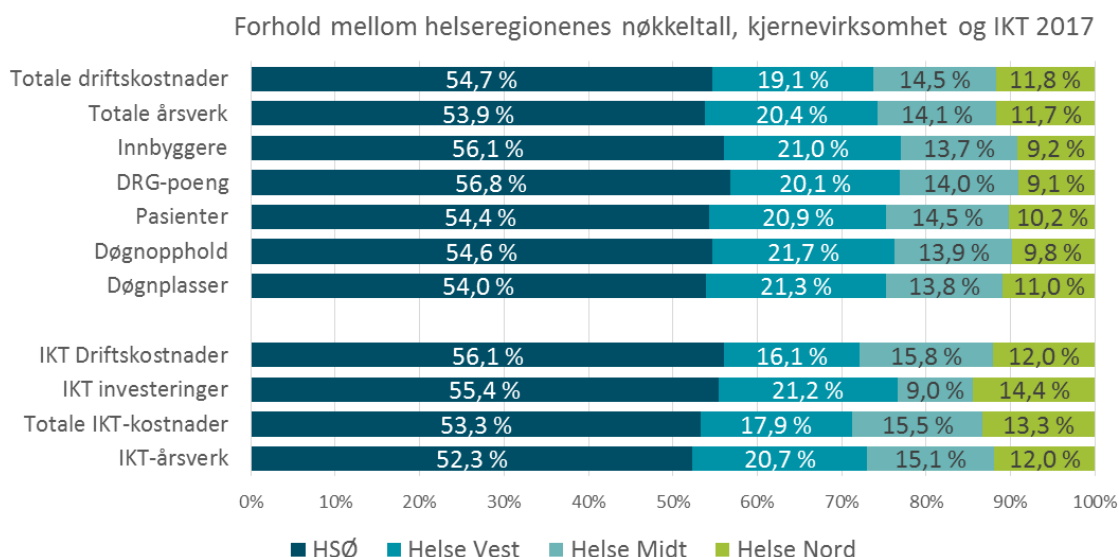
Reglene for momsrefusjon for de regionale helseforetakene ble endret med virkning fra 2017, og tallgrunnlaget for perioden 2012-2016 er derfor ikke direkte sammenlignbart med tallgrunnlaget for 2017. I analysene er tall for 2017 presentert uten moms, men estimerer for virkningen regelendringen har er forsøkt vist. I komparativ analyse fra 2017 ble det estimert at budsjetterte totale IKT-driftskostnader for 2017 ville vært 541 millioner kroner høyere med de momsreglene som gjaldt for perioden frem til og med 2016.

3.1 Ressursbruk på IKT sett opp mot andre nøkkeltall for helseregionene¹²

Figurene 25 og 26 under viser forholdet mellom helseregionenes nøkkeltall for kjernevirksomhet og IKT for henholdsvis 2016 og 2017. Som det kan sees er de overordnede nøkkeltallene relativt uforandret. Området med størst endringer er IKT-investeringer, der Helse Sør-Øst sin andel er redusert fra 2016, mye grunnet stans av IMOD.



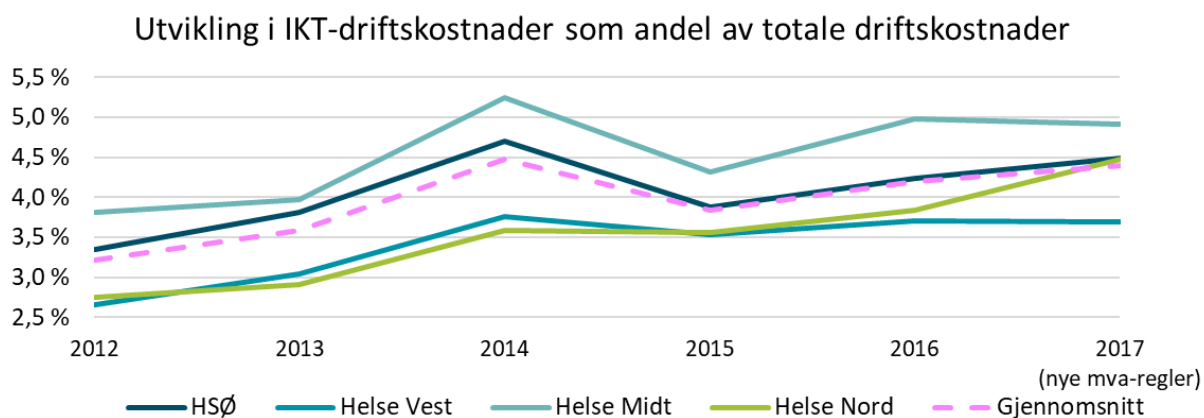
Figur 25: Forholdet mellom helseregionenes nøkkeltall, kjernevirksomhet og IKT for 2016



Figur 26: Forholdet mellom helseregionenes nøkkeltall, kjernevirksomhet og IKT-ressursbruk for 2017

¹² Informasjon om Innbyggere, pasienter, døgnapphold og døgnplasser er hentet fra SSB, ved følgende tabeller: Pasienter og døgnapphold – tabell 10261, Døgnplasser, somatiske institusjoner – tabell 06922 og Folketall – tabell 07459

3.2 Utvikling i IKT-driftskostnad som andel av totale driftskostnader



Figur 27: Utviklingen i IKT-driftskostnader som andel av totale driftskostnader for 2012-2017

Som grafen over viser har alle regionene hatt en økning i IKT-driftskostnader som andel av totale driftskostnader, spesielt i perioden 2012-2014. Helse Nord har høyest vekst i perioden. Helse Vest har ligget på et jevnt nivå siden 2014, mens Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge begge har hatt en mer fluktuerende kurve.

3.3 Utvikling i IKT-driftskostnader og IKT-investeringer per 1000 DRG-poeng

For på en overordnet og forenklet måte si noe om ressursbruken på IKT sett opp mot aktiviteten i helseregionene er totale IKT-utgifter delt på totalt antall DRG-poeng produsert i helseregionene.

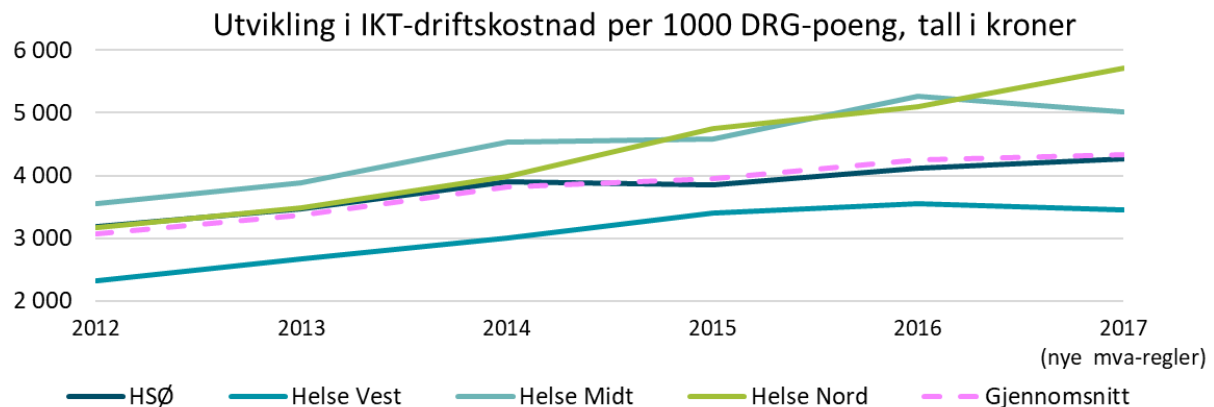
Diagnoserelaterte grupper (DRG) er et pasientklassifiseringssystem hvor sykehusopphold eller polikliniske konsultasjoner i somatiske institusjoner klassifiseres i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene. DRG gir en oversiktlig beskrivelse av aktiviteten ved sykehusene. Systemet gjør det også mulig å sammenligne sykehus, selv om disse skulle behandle helt ulike pasienter.

DRG gir både medisinsk og økonomisk informasjon. Pasienter plassert i samme gruppe skal ligne hverandre medisinsk og bruke tilnærmet like mye ressurser¹³.

Bruk av DRG-poeng som et mål på aktivitet gir likevel kun en tilnærming til et effektivitetsmål da helseregionene er ulike og økonomisk kompenseres ulikt grunnet blant annet demografiske og geografiske forhold. Totalt sett utgjør innsatsstyrt finansiering omtrent 50% av total finansiering for somatikk. I tillegg er ikke psykiatrisk aktivitet inkludert da DRG -systemet her er annerledes enn for somatikk. Målingene fungerer derfor bedre for å sammenligne en region over tid enn for å sammenligne ulike regioner mot hverandre.

¹³ <https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/innsatsstyrt-finansiering-isf-og-drg-systemet>

Figur 28 under viser utviklingen i IKT-driftskostnad per 1000 DRG-poeng produsert i hver helseregion for årene 2012-2017. Gjennomsnittet for regionene vises i rosa stiplet linje.

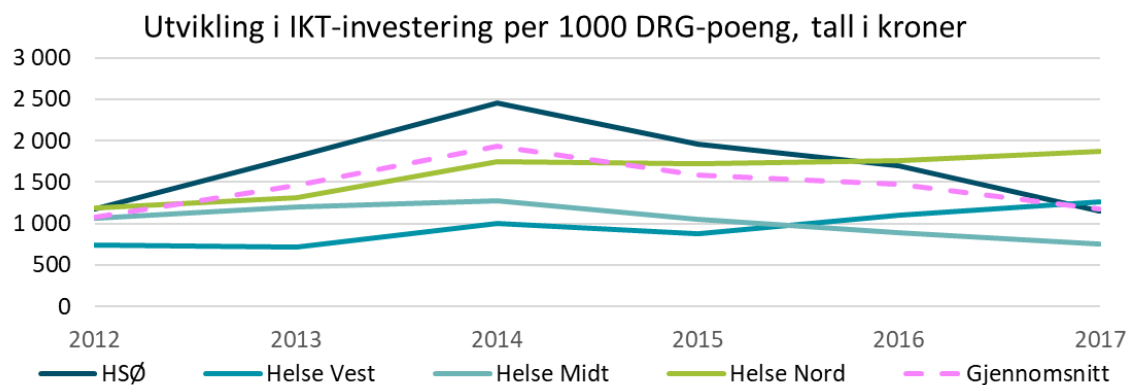


Figur 28: Utviklingen i IKT-driftskostnader per 1000 DRG-poeng for 2012-2017

Helse Nord har hatt høyest vekst i IKT-driftskostnad per 1000 DRG-poeng, og lå også på det høyeste nivået i 2017. Med de nye reglene for momsfritak på kjøp av tjenester ville man forventet en lavere vekst, om ikke en reduksjon i kostnader fra 2016, slik som ser ut til å være tilfellet for de øvrige helseregionene.

IKT-driftskostnad per 1000 DRG-poeng lå i 2017 på mellom 3 500 kr (Helse Vest) og 5 700 kr (Helse Nord).

Figur 29 under viser utviklingen i IKT-investeringer per 1000 DRG-poeng produsert i hver helseregion for årene 2012-2017.

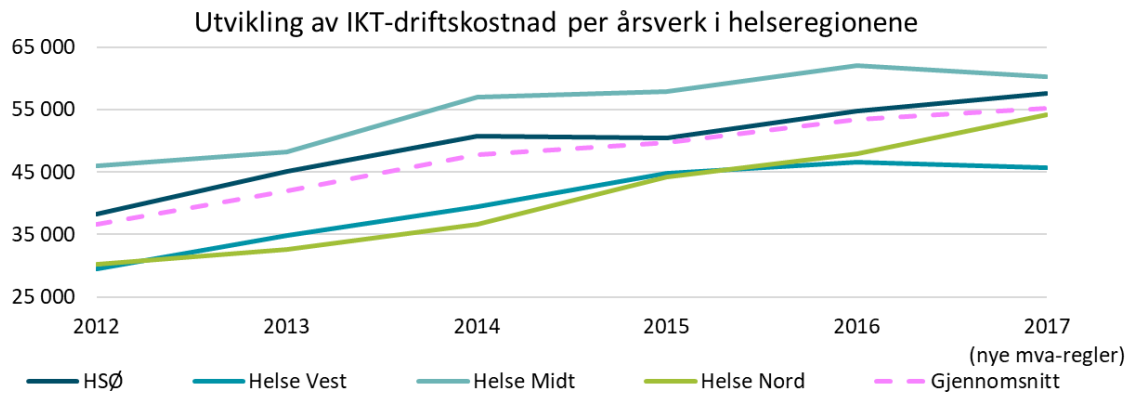


Figur 29: Utviklingen i IKT-investeringer per 1000 DRG-poeng for 2012-2017

Analyse av IKT-investeringer per 1000 DRG-poeng fra 2012 til 2017 viser at Helse Nord og Helse Vest har hatt en vekst, mens Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst har hatt en reduksjon i perioden. Helse Sør-Øst og Helse Vest lå henholdsvis høyest og lavest av regionene tidlig i perioden, men begge ligger nå på gjennomsnittet for regionene.

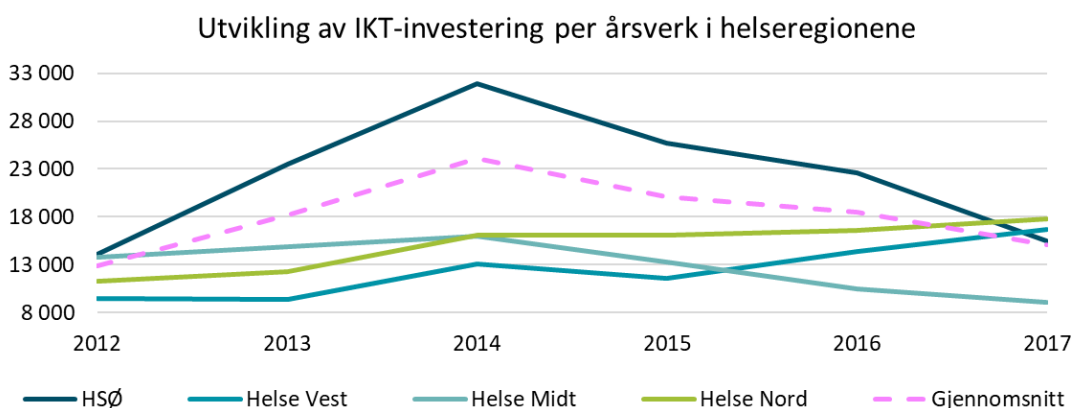
IKT-investeringer per 1000 DRG-poeng lå i 2017 på mellom 750 kr (Helse Vest) og 1 870 kr (Helse Nord).

3.4 Utvikling i IKT-driftskostnader og IKT-investeringer per årsverk¹⁴



Figur 30: Utviklingen i IKT-driftskostnader per årsverk for 2012-2017

Figur 30 viser den historiske utviklingen i helseregionenes IKT-driftskostnader per årsverk. Totalt sett har økningen vært på 51% i perioden. Det er Helse Midt-Norge som har høyest kostnader per årsverk i 2017 (10% over gjennomsnittet), mens det er Helse Nord som har høyest økning fra 2016 til 2017 (13%), og høyest økning totalt sett fra 2012 (79%).

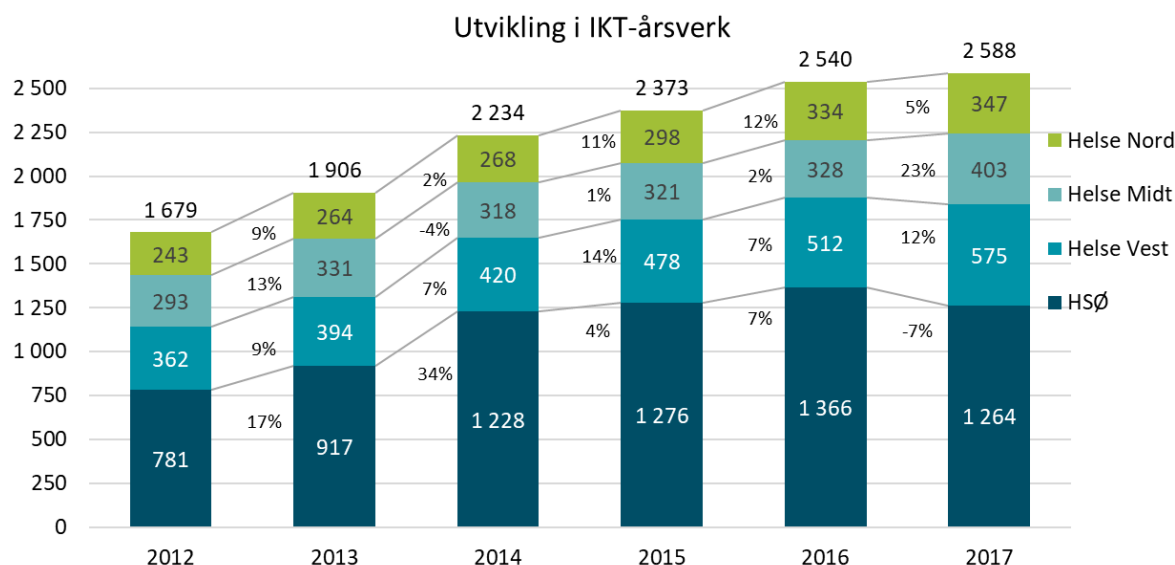


Figur 31: Utviklingen i IKT-investeringer per årsverk for 2012-2017

Figur 31 viser den historiske utviklingen i helseregionenes IKT-investeringer per årsverk i helseregionen. Den største endringen i perioden hadde Helse Sør-Øst, som i 2014 investerte over dobbelt så mye per årsverk som de andre helseregionene. I 2017 er dette redusert til gjennomsnittet. Økningen i IKT-investeringer i perioden totalt sett er vesentlig lavere enn økningen i IKT-driftskostnader.

¹⁴ Antall årsverk er hentet fra årsregnskapene til helseregionene

3.5 Utviklingen i antall IKT-årsverk

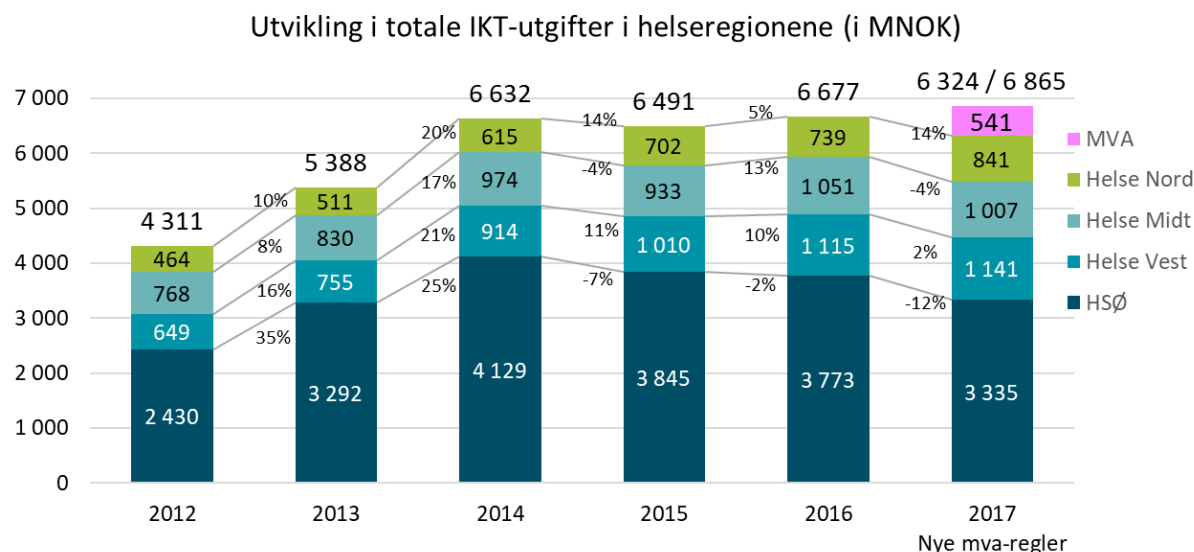


Figur 32: Utviklingen i IKT-årsverk for 2012-2017

Fra 2012 til 2017 har antall IKT-årsverk økt med 54% totalt sett for alle helseregionene, der Helse Sør-Øst har hatt størst økning (62%) og Helse Midt-Norge har hatt lavest økning (38%). Antall IKT-årsverk i Helse Vest og Helse Nord har økt med henholdsvis 59% og 45%. Utviklingen i antall IKT-årsverk fra 2016 til 2017 gir riktignok et annet bilde, der Helse Sør-Øst har en nedgang i antall IKT-ressurser, mens Helse Midt-Norge har en stor økning.

Tallene er ikke medregnet bruk av innleide ressurser. Antall innleide i 2017 er totalt på 450 årsverk, fordelt på 342 i Helse Sør-Øst, 31 i Helse Vest, 53 i Helse Midt-Norge og 25 i Helse Nord. Til sammenligning var antallet innleide i 2014 totalt sett 439, fordelt på 351 i Helse Sør-Øst, 47 i Helse Vest, 27 i Helse Midt-Norge og 14 i Helse Nord.

3.6 Utviklingen i totale IKT-utgifter¹⁵



Figur 33: Utviklingen i totale IKT-utgifter for 2012-2017

De totale IKT-utgiftene til helseregionene har fra 2012 til 2017 totalt sett økt med 47% (justert for prisstigning har utgiftene til IKT økt med 31%¹⁶). Økningen fra 2012 til 2014 skyldtes i stor grad økte investeringer (vises i avsnitt 3.8), mens økte IKT-driftskostnader kombinert med fallende IKT-investeringer bidro til den mer jevne utviklingen fra 2014 til 2017 (se avsnitt 3.7). En del av de økte IKT-driftskostnadene etter 2014 skyldes økte avskrivningskostnader på de høye investeringene tidlig i perioden.

Momsreglene ble endret fra 2017, og man kan anta at IKT-utgiftene i 2017 ville vært høyere med gamle momsregler¹⁷. I komparativ analyse 2017 ble MVA-effekten estimert til 541 millioner kroner, og totale IKT-utgifter i 2017 ville dermed vært 6 865 millioner kroner med gamle MVA-regler. Dette er illustrert med den rosa delen av søylen for 2017. Sammenligninger av tallene mellom 2016 og 2017 må gjøres med dette in mente.

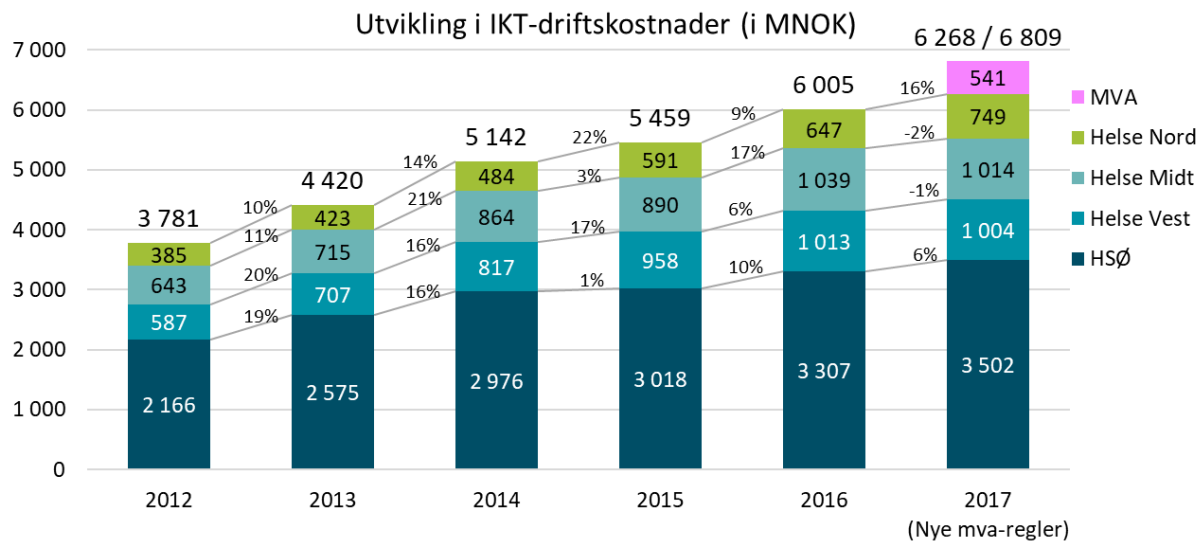
Økningen i totale IKT-utgifter har vært høyest for Helse Nord med 81% og lavest for Helse Midt-Norge med 31%. Helse Sør-Øst har en økning på 37% og Helse Vest en økning på 76% i perioden.

¹⁵ IKT-utgifter er her tilsvarende det som i komparativ analyse ble kalt «Totale IKT-kostnader» dvs: IKT-utgifter = IKT driftskostnader + IKT-investeringer, og ikke inkludert avskrivninger

¹⁶ Prisstigning i perioden er 12,4% (<https://www.ssb.no/kpi>). Det er ikke justert for prisstigning i komparativ analyse, og for å sikre sammenligning er det derfor ikke justert for dette i grafene.

¹⁷ Momsreglene er ikke endret for investeringer, det vil si at det fortsatt ikke gis MVA-kompensasjon for investeringer

3.7 Utviklingen i IKT-driftskostnader¹⁸



Figur 34: Utviklingen i IKT-driftskostnader for 2012-2017

Helseforetakene hadde i 2017 6 268 millioner kroner¹⁹ i IKT-driftskostnader, noe som tilsvarer en økning på 66% siden 2012 (Justert for prisstigning er økningen på 47%).

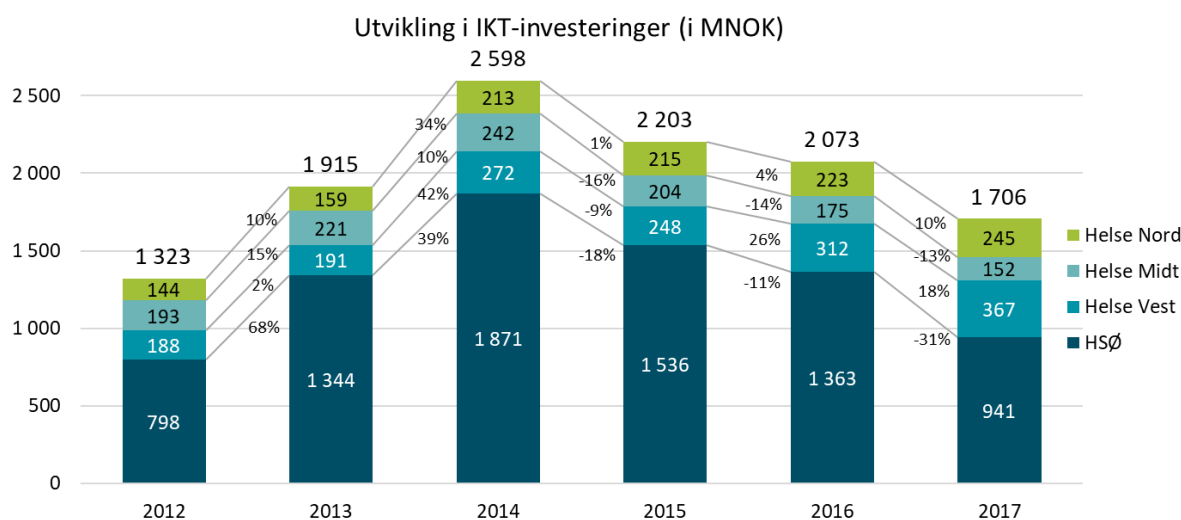
Tallene for 2017 er dog uten moms, så den reelle veksten ville vært større hadde man hatt tilsvarende momsregler som i perioden 2012-2016. Dette er illustrert med den rosa delen av søylen for 2017, hvor estimert effekt av MVA-reformen fra Komparativ analyse 2017 er lagt på. Totale IKT-utgifter i 2017 med de MVA-reglene som gjaldt for de øvrige årene i analysen er estimert til 6 809 millioner kroner.

Veksten fra 2012 til 2017 har vært høyest i Helse Nord (95%) og lavest i Helse Midt-Norge (58%). Helse Vest har hatt en vekst på 71% og Helse Sør-Øst en vekst på 62%.

¹⁸ Her er tall ihht definisjon av IKT-driftskostnader fra komparativ analyse benyttet: IKT-driftskostnader=IKT-driftskostnader + avskrivninger)

¹⁹ Dette er uten ikt-kostnader fra ideelle helseforetak og nasjonale IKT-aktører

3.8 Utvikling i IKT-investeringer



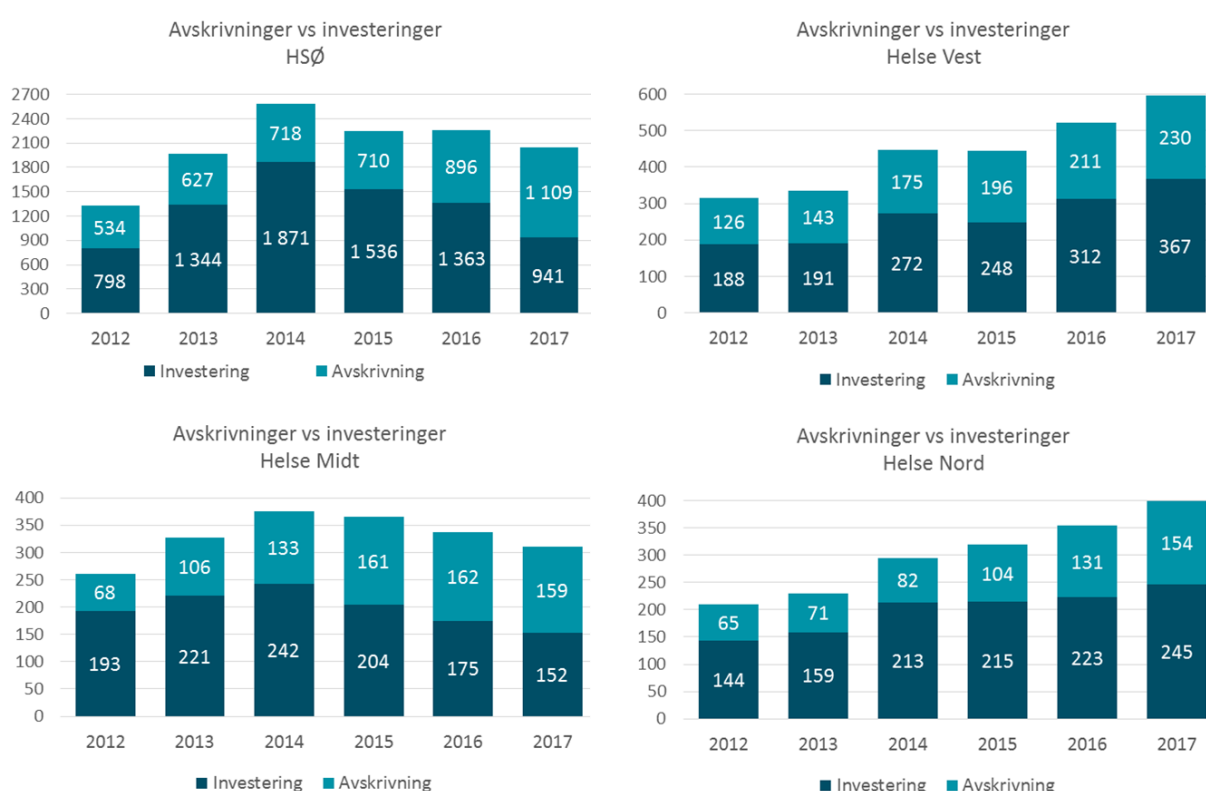
IKT-investeringene har økt fra 1,3 milliarder kroner i 2012 til 1,7 milliarder kroner i 2017, en økning på 29%. (Justert for prisstigning er økningen på 15%). Det er ingen endringer i MVA-reglene for investeringer fra 2017, slik som det er for driftskostnader.

Investeringene har en klar topp i 2014, spesielt skyldtes dette høye investeringer i Helse Sør-Øst det året, som siden er halvert frem til 2017. En årsak til de høye investeringene i Helse Sør-Øst kan være at helseregionen har ligget noen år bak de tre andre med hensyn til regional konsolidering og standardisering. En stor del av årsaken til den store reduksjonen på 31% i investeringer i Helse Sør-Øst fra 2016-2017 var stans av IMOD.

Helse Midt-Norge hadde store investeringsprosjekter i 2016, mens det ikke ble investert i store prosjekter i 2017, noe som kan være en årsak til deres reduksjon på 13% mellom 2016 og 2017. Helse Midt-Norges største prosjekt i 2017, Helseplattformen, ble kostnadsført som driftskostnader i 2017 og ikke regnet som en investeringskostnad det året. Totalt sett mellom 2012 og 2017 har Helse Sør-Øst hatt en vekst på 18% i sine investeringer, Helse Vest og Helse Nord hatt en vekst på henholdsvis 95% og 70%, mens Helse Midt-Norge har hatt en reduksjon på 21% i perioden.

3.9 Utviklingen i forholdet mellom IKT-investeringer og IKT-avskrivninger

Figur 36 viser forholdet mellom IKT-investeringer og –avskrivninger. En sammenligning av investeringer og avskrivninger kan gi et bilde av om et foretak øker eller reduserer sin kapitalbinding og satsning på IKT. En virksomhet som kun skal vedlikeholde eksisterende tilstand på sitt utstyr har normalt like høye investeringer som avskrivninger, mens en virksomhet som vokser, ekspanderer eller satser på et område normalt har en høyere andel investeringer. En høyere andel investeringer enn avskrivninger kan vise at virksomheten reinvesterer mer i IKT enn det eksisterende utstyr og applikasjoner slites ut eller går over sin levetid. Forholdstallet kan være interessant å se opp mot "Run-Grow-Transform" (se avsnitt 2.3.6).



Figur 36: Forholdet mellom investeringer og avskrivninger (i millioner kroner) for 2012-2017

Forholdet mellom investeringer og avskrivninger holder seg forholdsvis jevnt for Helse Nord og Helse Vest i perioden, og begge helseregionene har høyere investeringer enn avskrivninger. Helse Sør-Øst har tidlig i perioden høyere investeringer enn avskrivninger med en topp i 2014, og i 2017 er investeringene lavere enn avskrivningene (som følge av stans i IMOD). Helse Midt-Norge har hatt en jevn reduksjon i investeringer sett i forhold til avskrivninger gjennom hele perioden.

4 Vedlegg

4.1 Definisjoner av IKT-nøkkeltall

Begrep	Definisjon
Virksomhetens driftsinntekter	Virksomhetens totale årlige inntekter. Praktisk tilnærming brukt i datainnsamlingen: Benytter innrapporterte tall fra årsrapport
Virksomhetens driftskostnader	Virksomhetens årlige driftskostnader. Dette inkluderer eksempelvis elementer som salgs-, drifts- og administrasjonskostnader, kostnaden for solgte varer (eller omsetningskostnader), forskning og utvikling, avskrivninger og aktiveringer. Praktisk tilnærming brukt i datainnsamlingen: Benytter innrapporterte tall fra årsrapport.
IKT-driftskostnader	Totale kostnader forbundet med løpende drift av standard IKT og IKT-avdelingen/funksjonen brukt i løpet av en 12-mnd periode. <i>Analysen omfatter 12-mnd regnskapstall og ressurstall fra 2017.</i> Kostnader følger kontantprinsippet, dvs. at operasjonelle kostnader fra perioden inkluderes, og avskrivninger ekskluderes. Avskrivninger og nedskrivninger er innsamlet separat (oppgitt som sum av alle avskrivninger/nedskrivninger for perioden). Kostnader inkluderer skatt, med unntak av skatt som blir refundert (f.eks. refusjon av merverdiavgift). Følgende kostnader er ikke inkludert: 1. Solgte varer og tjenester 2. Avskrivninger 3. Operasjonelt industrispesifikt utstyr 4. Internfakturering og uvanlige engangsallokeringer Praktisk tilnærming brukt i datainnsamlingen: For HF: Inkluderer kostnader for eget IKT-personell og IKT-løsninger som <i>ikke</i> leveres av/gjennom IKT-leverandør. (Alle kostnader fra IKT-leverandør kartlegges av IKT-leverandør og det blir derfor duplikater av kostnadene dersom disse også kartlegges i HF) For IKT-leverandører: Inkluderer alle driftskostnader knyttet til IKT som oppstår hos IKT-leverandør. For RHF: Samler inn kostnader for eget IKT-personell og IKT-løsninger som ikke leveres av/gjennom IKT-leverandør.
IKT-investeringer	Investeringskostnader som er del av det årlige investeringsbudsjettet eller særegne tildelinger. Dette inkluderer investeringer i utvikling av nye applikasjoner eller anskaffelse av ny IKT-infrastruktur eller sluttbrukerutstyr. Investeringer følger kontantprinsippet (kontantstrømperspektiv), dvs. at avskrivninger ekskluderes fra investeringskostnader. Avskrivninger og nedskrivninger er innsamlet separat (oppgitt som sum av alle avskrivninger/nedskrivninger for perioden). Investeringer inkluderer skatt, med unntak av skatt som blir refundert (f.eks. refusjon av merverdiavgift). Følgende kostnader er ikke inkludert: 1. Solgte varer og tjenester 2. Avskrivninger 3. Operasjonelt industrispesifikt utstyr 4. Internfakturering og uvanlige engangsallokeringer Praktisk tilnærming brukt i datainnsamlingen: For HF/RHF: Eget personell og egne løsninger som utvikles/kjøpes inn i RHF/HF (altså ikke gjennom IKT-leverandøren) For IKT-leverandører: alle investeringer knyttet til IKT som oppstår hos IKT-leverandør (dvs ikke investeringer for Nasjonale løsninger)

Begrep	Definisjon
IKT-utgifter	Samlet sum av IKT-driftskostnader og IKT-investeringer
Antall årsverk (FTE) i virksomheten	Antall årsverk (FTE) i virksomheten. Dette inkluderer alle uavhengig av hvor stor andel av IKT-tjenestene de anvender. Dette inkluderer <i>ikke</i> innleid personell/konsulenter. Praktisk tilnærming brukt i datainnsamlingen: Benytter innrapporterte tall fra årsrapport over antall årsverk
Ansatte	Antall brukere av IKT-tjenestene. Dette inkluderer både internt ansatte og innleide/konsulenter, så lenge de anvender virksomhetens IKT-tjenester med virksomhetens IKT-utstyr og er uavhengig av antall timer brukeren arbeider) Praktisk tilnærming brukt i datainnsamlingen: Benytter innrapporterte tall fra årsrapport over antall ansatte
Interne IKT-årsverk	Årsverk som er fulltids- eller deltidsansatt i IKT-avdeling/funksjon. Dette inkluderer <i>ikke</i> innleid personell, konsulenter eller helsepersonell (selv om de har bidratt i IKT-utvikling eller –analyse). Interne IKT-årsverk oppgis både i total kostnad og antall årsverk (antall utførte timer omregnet til årsverk), hvor 1 årsverk er ekvivalent til 1500 timer per år. Praktisk tilnærming brukt i datainnsamlingen: For RHF/HF: Alle interne årsverk ansatt i IKT-avdeling/funksjon For IKT-leverandører: Alle interne årsverk i virksomheten (med unntak av personell som jobber med eksempelvis HR og lønn som en tjeneste til regionen (for eksempel gjelder dette Sykehuspartner))
Innleide IKT-årsverk	<i>Innleie</i> (konsulenter eller selvstendig næringsdrivende) som supplerer/bistår interne ansatte med IKT-relatert arbeid. Innleide IKT-årsverk jobber typisk sammen med interne årsverk og er under ledelse av virksomheten. Dette inkluderer <i>ikke</i> utsatte tjenester, hvor eksterne tar fullt ansvar for å levere en tjeneste til virksomheten. Innleide IKT-årsverk oppgis både i total kostnad og antall årsverk (antall utførte timer omregnet til årsverk), hvor 1 årsverk er ekvivalent til 1500 timer per år. NB: Skille mellom konsulenter som kjøpes inn som del av en tjenesteleveranse (slik som utvikling av Dips - som her ikke klassifiseres som personell men som utsatte tjenester under applikasjonsforvaltning/applikasjonsutvikling). En overordnet føring av hva som er konsulentkjøp og ikke tjenesteleveranse kan være der hvor virksomheten <i>velger</i> å kjøpe konsulent. Praktisk tilnærming brukt i datainnsamlingen: Der hvor antall timer for innleide årsverk ikke er kjent kan et timeantall estimeres ved å dele beløpet for konsulentkjøpet med en gjennomsnittlig timepris for innleide årsverk. For RHF/HF: Alle innleide årsverk for å støtte IKT-avdeling/funksjon. For IKT-leverandører: Alle innleide årsverk i virksomheten (med unntak av personell som jobber med eksempelvis HR og lønn som en tjeneste til regionen (for eksempel gjelder dette Sykehuspartner)).
Øvrige årsverk frigjort til IKT	Årsverk som bidrar inn i IKT oppdrag/leveranser, men som ikke er ansatt i IKT-avdeling. Dette er klinikere eller andre ikke-IKT personell, frikjøpt fra foretak inn i IKT-prosjekter. Interne årsverk fra andre oppgis både i total kostnad og antall årsverk (antall utførte timer omregnet til årsverk), hvor 1 årsverk er ekvivalent til 1500 timer per år. Praktisk tilnærming brukt i datainnsamlingen: Frigjorte årsverk avgrenses til frikjøpte ressurser til IKT-prosjekter. Dvs at superbrukere, systemeiere, kursholdere og øvrige ressurser i klinikkene som i en eller annen form arbeider med IKT, kun inngår dersom de er frikjøpt til IKT-prosjekter. For helseregioner som ikke opererer med frikjøp av ressurser må det estimeres et antall og kostnad som knyttes til denne type arbeid.
IKT-ressurskategori	Fellesbetegnelse for Hardware, Software (programvare), Personell, Utsatte tjenester og skytjenester

Begrep	Definisjon
Hardware (Utstyr)	Inkluderer alle kostnader til fysisk utstyr som anses som generelt IKT-utstyr. Det inkluderer <i>ikke</i> operasjonelt og industrispesifikt utstyr som f.eks. produksjonsteknologi eller medisinsk-teknisk utstyr (MTU).
Software (Programvare)	Anskaffelses-, lisens- og utviklingskostnader tilknyttet hyllevare eller egenutviklet programvare.
Personell	Lønns- og overtidskostnader, goder (inkl. feriepenger, pensjon, fordelsavtaler, forsikringer o.l.), arbeidsgiveravgift, reise, opplæring og kurs og fasilitetskostnader (eksempelvis husleie, møbler, strøm, vaktavtaler, eiendomsskatt o.l.). For innleid personell inkluderes all kompensasjon som betales til individet eller konsulentfirmaet.
Utsatte (outsourcete) tjenester	Lisens- og kontraktskostnader til tredjeparter som tar fullt operasjonelt ansvar for IKT-tjenester levert til virksomheten. Tjenesteutsatte private skytjenester inkluderes her.
Allmenne skytjenester (public cloud)	Alle kostnader tilknyttet allmenne skytjenester. Private skytjenester (skytjenester levert fra eget datasenter) inkluderes ikke, men fordeles på aktuell IKT-ressurskategori (f.eks. hardware, software og personellkostnader). - SaaS: Programvare som tjeneste (Software as a Service - SaaS), som er en modell for leveranse over et nettverk hvor kunden benytter leverandørens applikasjon(er) på en nettsky-infrastruktur. Kunden har i utgangspunktet ikke kontroll over verken applikasjoner, nettverk, servere, operativsystemer eller lagringsmuligheter. Dette inkluderer kun tjenester som leveres fra en tredjepart som en tjeneste via en abonnementsmodell. - IaaS: Infrastruktur som tjeneste (Infrastructure as a Service - IaaS) er en standardisert løsning der eksterne leverandører leverer prosessorkraft, minne og nettverkskapabilitet til kundene når de har behov. Dette inkluderer kun tjenester som leveres fra en tredjepart som en tjeneste via en abonnementsmodell. - Andre allmenne skytjenester: Andre skytjenester og tjenester tilknyttet skytjenester (f.eks. sikkerhetstjenester, verktøy (f.eks. CMP - "Cloud Management Platform") og PaaS (se definisjon under). Dette inkluderer kun tjenester som leveres fra en tredjepart som en tjeneste via en abonnementsmodell. Annet utstyr og verktøy for å muliggjøre bruk og håndtere skytjenester implementert i virksomhetens egne lokaler inkluderes under gjeldene kategori, f.eks. hardware eller software. - PaaS Plattform som tjeneste (Platform as a Service - PaaS), er der hvor kunden innfører applikasjoner utviklet/kjøpt av kunden i leverandørens nettsky-infrastruktur gjennom å benytte programmeringsspråk og verktøy støttet av leverandøren. Kunden har kontroll over egne applikasjoner, men har ikke kontroll over nettverk, servere, operativsystemer eller lagringsmuligheter.
IKT-områder	Fellesbetegnelse for datasenter, tele- og datanettverk, sluttbrukerutstyr, IKT brukerstøtte, applikasjonsutvikling, applikasjonsforvaltning og IKT ledelse, finans og administrasjon.
Datasenter	All IKT-kostnad tilknyttet drift og vedlikehold av datasenter eller datarom. Inkluderer alle livssyklus-kostnader fra anskaffelse og implementering til vedlikehold og avvikling av servere (Windows, Unix og Linux), lagring og stormaskiner. Dette omfatter hardware, software, personell og fasiliteter, samt. nettverks-, og katastrofegjenopprettingskostnader (allokeres til gjeldene IKT-ressurskategori). Denne kategorien inkluderer også oppgaver knyttet til applikasjonsdrift (monitorering av applikasjoner, gjenstarte servere, sikre nok lagring etc.) Eksempler på IKT-kostnader: - Hardware – alt fysisk utstyr tilknyttet datasenteret og personell som er ansvarlig for datasenteret, f.eks.: - o Servere med disk, blade servere, racks, lagring, o.l. - o Sluttbrukerutstyr som anvendes av personale involvert i drift av datasenteret. - o Nettverkskostnader tilknyttet internkommunikasjon innen datasenteret, typisk routere, switches og eventuelle dedikerte nettverk for datasenter til datasenter kommunikasjon. Øvrig generelle og delte nettverkskostnader (LAN, WAN, trådløse nettverk o.l.) som anvendes av virksomhetens brukere allokeres til IKT-området "Tele og Danettverk". - Software - programvarekostnader som anvendes til operativ drift/overvåking av datasenteret og tjenestene levert fra datasenteret, f.eks.: - o Lisenser og anskaffelse av virtuelle server, virtualiseringsteknologi, lagringssystemer, databasehåndtering, annen mellomvare og sikkerhetsprogramvare. - Personell: driftspersonell, prosessledelse, IKT-ledelse tilknyttet IKT-området datasenter.

Begrep	Definisjon
	- Fasilitetskostnader: kostnader tilknyttet bygninger og inventar i datasenteret. kostnader inkluderer f.eks. husleiekostnader, VVS, avkjøling, kabling, sikkerhetspersonell og -utstyr og andre systemer som anvendes i overvåking og drift av datasenteret. Fasilitetskostnader til katastrofegjenopprettingslokasjoner skal også inkluderes.
Tele- og datanettverk	Tele- og datanettverk inkluderer alle utstys-, personell- og abonnementskostnader tilknyttet å gi brukere tilgang til virksomhetens systemer, internett og teletjenester. Det inkluderer: - Internett Access Services (IAS): Virksomhetens tilgang til internett, både på virksomhetens lokasjoner og andre internett-tilganger virksomheten betaler for (f.eks. til hjemmekontor). - Wide Area Network (WAN): Nettverkskostnader tilknyttet WAN nettverk for kommunikasjon mellom virksomhetens lokasjoner og partnere. Dette inkluderer mobildata. - Local Area Network (LAN) - kostnader tilknyttet å levere LAN-tjenester med tilgang til nettverk fra understøttende lokasjoner. Inkluderer abonnement og dedikert LAN-utstyr. - Voice Premise Technology (VPT) — Telefontjenester og abonnement, inkluder all håndtering, installasjon og vedlikehold av utstyr tilknyttet telefoni (f.eks., switches, kretser og kabling). Dette inkluderer IP-telefoni. Kostnader tilknyttet anskaffelse og utdeling av mobiltelefoner og annen mobilteknologi inkluderes ikke under denne kategorien (registreres under Sluttbrukerutstyr). Kostnader tilknyttet utstyr og programvare for IKT-brukerstøtte med tilknyttet telefonsentral inkluderes ikke (registreres under IKT-brukerstøtte). Merk, kostnader tilknyttet permanent kabling (horisontalt og vertikalt) inkluderes ikke. Investeringer i nettverksinfrastruktur (kopper eller fiber-kabling) mellom bygninger på virksomhetens område inkluderes heller ikke.
Sluttbrukerutstyr	Kostnader tilknyttet å gi brukere tilgang til virksomhetens tjenester via PC, mobil, nettbrett eller lignende. Det inkluderer all hardware og software som anvendes for å gi tilgang til tjenestene, enten fra arbeidsstedet eller via fjerntilgang. Tele- og nettverkskostnader (f.eks. mobilabonnement) inkluderes ikke, men allokeres til IKT-området "Tele- og datanettverk". Merk at kostnader tilknyttet programvare for samhandling (f.eks. Microsoft Office, interne chat-løsninger) er inkludert her. Eksempler på IKT-kostnader: - Stasjonære og bærbare datamaskiner og tynnklienter – PC-utstyr (inkluderer stasjonære, bærbare og tynnklienter) til brukerne i virksomheten. Merk, kostnader registreres iht. kontantprinsippet. - Mobiltelefoner, nettbrett og annen mobilteknologi - Mobilteknologi som anvendes av interne brukere for å få tilgang til virksomhetens IKT-tjenester. Dette inkluderer utstyrs-kostnader til mobiler og nettbrett, personellkostnader og software-kostnader tilknyttet å håndtere og sikre bruk av mobilteknologi (f.eks. Mobile Device Management (MDM)). - Printere og utskriftstjenester – Distribuert utskrifts-, faks og skanningstjenester som anvendes på virksomhetens lokasjoner. - Annet utstyr - Alt annet utstyr som er tilkoblet virksomhetens nettverk til å understøtte brukerens oppgaver.
IKT-brukerstøtte	Alle kostnader tilknyttet virksomhetens SPOC ("Single point of contact"), med alle hendelser og forespørsler til IKT-brukerstøtte. Omfatter ansvarlig for å respondere eller koordinere saker innsendt fra brukere til resten av IKT-organisasjonen. IKT-brukerstøtte inkluderer 1. linje, med å respondere eller koordinere saker innsendt fra brukere til resten av IKT-organisasjonen. 2. og 3. linje inkluderes ikke, men allokeres under relevante kategorier (f.eks. applikasjonsforvaltning hvis det omhandler applikasjoner og datasenter hvis det omhandler infrastruktur). Hardware og software som anvendes eksklusivt av IKT-brukerstøtte inkluderes.
IKT ledelse, finans og administrasjon	Inkluderer kostnader til IKT-organisasjonen som ikke naturlig allokeres til øvrige IKT-områder. Dette inkluderer f.eks. strategisk ledelse, virksomhetsarkitektur, strategisk og operativt IKT-

Begrep	Definisjon
	sikkerhetspersonell, overordnet prosessledelse, IKT-innkjøp, finans, juridisk og HR (som eksklusivt jobber for IKT-avdelingen). Inkluderer direkte administrative støtte til IKT-avdelingen, f.eks. sekretærer, resepsjonister eller administrative assistenter.
Applikasjonsutvikling	Utvikling av ny kode for nye applikasjoner eller funksjonelle forbedring av eksisterende kode som tar to ukesverk eller mer. En "funksjonell forbedring" defineres som en endring for en bruker som bidrar til å øke applikasjonens evne til å understøtte virksomhetsprosesser og funksjoner. Inkluderer kostnader tilknyttet programvare, sluttbrukerutstyr og hardware som eksklusivt anvendes til applikasjonsutvikling (f.eks. utviklingsverktøy, PCEr anvendt av utviklere, mobiler og PC anvendt for testing, servere og lagring anvendt i testmiljøet o.l.). Personellkostnader inkluderer utviklere, designere, testere, applikasjonsarkitekter, prosjektledere, involverte fra virksomheten i applikasjonsdesign, samt administrasjon og linjeledere som eksklusivt håndterer utviklingsavdelingen. Praktisk tilnærming brukt i datainnsamlingen: Stor release (dvs fra hovedversjon til hovedversjon) regnes som utvikling
Applikasjonsforvaltning	Hele livssyklusen av applikasjonsforvaltning, inkludert forbedringer og aktiviteter som går inn under "å holde lysene på". Utbedring av programfeil (inkl. debugging) uavhengig av størrelse eller varighet, vedlikehold av programvarekode og databaser (f.eks. inkludert endring av feltstørrelser e.l.) og funksjonelle forbedringer som tar under to ukesverk. Dette vil inkludere alle utviklingsprosjekter som ikke produserer ny funksjonalitet til brukerne. Inkluderer kostnader tilknyttet vedlikehold av virksomhetsapplikasjoner også hyllevareløsninger (f.eks. vedlikeholdslisenser). Inkluderer kostnader tilknyttet programvare, sluttbrukerutstyr og hardware som eksklusivt anvendes til applikasjonsforvaltning. Personellkostnader inkluderer utviklere, designere, testere, applikasjonsarkitekter, prosjektledere, involverte fra virksomheten i applikasjonsforvaltningen, samt administrasjon og linjeledere som eksklusivt håndterer aktuell avdeling. Praktisk tilnærming brukt i datainnsamlingen: Mindre release (dvs fra versjon x0.1 til x.02) regnes som forvaltning
"Run"	IKT-kostnader knyttet til "kontinuerlig drift"; sørge for at IKT opererer som normalt. Kostnader som benyttes her fører ikke til direkte økning i omsetning eller bidrar til å nå nye virksomhetsmål, men til vedlikehold av funksjoner og krav. Begrep som benyttes for å illustrere hva som menes med "Run" er: "dag-til-dag oppgaver", "business as usual" og "holde lysene på" – dette vil inkludere og fornye/modernisere eksisterende funksjonalitet. Innføres det ny funksjonalitet for virksomheten gjennom arbeidet, allokeres det til «grow». Aktiviteter som inngår i "run" er f.eks.; infrastruktur og drift, sikkerhet, etterlevelse, virksomhetsstøtte, IKT finansiell styring og applikasjonsforvaltning.
"Grow"	IKT-kostnader som bidrar til vekst i virksomheten; å utvikle og forbedre IKT-systemer for å støtte vekst i virksomheten (typisk er dette organisk vekst eller forbedring av eksisterende virksomhetsprosesser). Dette inkluderer alle investeringer som bidrar til å øke eksisterende kapabiliteter, bidrar til økt differensiering eller bidrar til at virksomheten blir mer effektiv med like prosesser.
"Transform"	IKT-kostnader knyttet til å implementere informasjons- og teknologisystemer som gjør at virksomheten kan levere nye typer helsetjenester, skape ny verdi eller etablere nye forretningsmodeller eller -prosesser. Aktiviteter som inngår i "transform" er f.eks.; utvikling av helt nye helsetjenester som fundamentalt endrer tjenestene som leveres til pasientene eller hverdagen til helsepersonell. Eksempelvis ville innføringen av elektronisk pasientjournal (EPJ) vært «transform» første gang det ble innført, mens utskiftning av eksisterende EPJ til et nytt EPJ med ny forretningsfunksjonalitet vil defineres som «grow», mens utskiftninger av infrastruktur til eksisterende EPJ eller modernisere EPJ-plattformen vil defineres som «run».

 Direktoratet for e-helse

Besøksadresse

Verkstedveien 1
0277 Oslo

Kontakt

postmottak@ehelse.no

SAK 026-19

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Vest IKT AS

DATO: 11.04.2019
SAKSHANDSAMAR: Erik M. Hansen, Leif Nordland, Rolf Ruland
SAKA GJELD: Resultat frå og oppfølging av ForBetring

ARKIVSAK:
STYRESAK: 026/19 0

STYREMØTE: 25.04.2019

.....

FORSLAG TIL VEDTAK

1. Styret tek saka til orientering.

Oppsummering

93% av medarbeidarar i Helse Vest IKT har svart på ForBetringsundersøkinga. Resultata er tilgjengelig for alle tilsette i Helse Vest IKT, dermed og for verneombud og tillitsvalde i Helse Vest IKT.

Undersøkinga vart sendt ut for andre gong i 2019, og skal kartleggje arbeidsmiljø, pasienttryggleiks-kultur og HMS (helse, miljø, sikkerheit), og har som mål å identifisere tiltak for å betre tryggleiken i helsetenesta – både for pasientar og medarbeidarar.

Fakta

Svarprosenten i Helse Vest IKT er på 93% (tilsvarande som for 2018), totalt har 524 svara av 562 medarbeidarar.

Kommentarar

Leiargruppa har ved fyrste gjennomgang merka seg fylgjande hovudområder for særilt oppfølging:

- *Samarbeid med andre einingar skårar lågt og har høg spreiding. Det er ønskeleg å sjå inn i samarbeid mellom seksjonar, spesielt i samanheng med prosessar som går på tvers i organisasjonen.*
- *Spørsmål om seksuell diskriminering, mobbing og trakassering skårar lågt, men det er likevel viktig å sjå inn i dette området for å sikre at alle medarbeidarar skal føle seg trygge, og at alle varsel blir godt handtert.*
- *Fysisk arbeidsmiljø skårar lågt og har høg spreiding. Det er ønskeleg å sjå nærare på dagens lokaler, og om det er geografiske skilnader.*
- *Arbeidsmengde blir trekt fram som ei aukande utfordring i nokre seksjonar.*
- *Det er framleis meir arbeid å gjere for å få ein god situasjon knytt til tilbakemelding og oppfølging frå leiar.*

Konklusjon

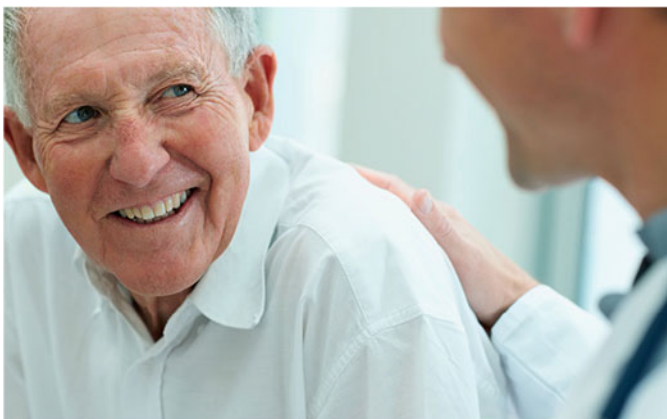
Undersøkinga vert gjennomgått og diskutert i dei enkelte avdelingar og seksjonar utover våren, og det er leiar som har ansvar for å dele og følgje opp resultata i si eining.

Helse Vest IKT vil følgje anbefalt overordna prosess for oppfølging og forbetring av resultat, gjennom å identifisere forbetningsområde, utarbeide handlingsplan og følgje opp undersøkinga.

RESULTATRAPPORT FORBEDRING 2019

*utdrag for
Helse Vest IKT AS*

ForBedring



*Denne rapporten inneholdt
resultat frå ForBedring
2019. ForBedring er ei
medarbeidarundersøking
om arbeidsmiljø,
pasienttryggleikskultur og
HMS*

Innhold

1. Om ForBedring undersøkinga	3
1.1. ForBedring undersøkinga.....	3
1.2. Beskriving av måltal som er nytta	4
1.3. Korleis lese resultatrapport.....	4
2. Resultat per tema.....	5
2.1. Engasjement.....	5
2.2. Teamarbeidsklima	6
2.3. Arbeidsforhold	7
2.4. Tryggleiksklima.....	8
2.5. Psykososialt arbeidsmiljø.....	9
2.6. Opplevd leiaråtfærd (for leiar)	11
2.7. Opplevd leiaråtfærd (for medarbeider).....	12
2.8. Toppleiar si rolle i pasienttryggleiksarbeidet.....	13
2.9. Fysisk arbeidsmiljø.....	13
2.10. Oppfølging.....	15
3. Korleis blir resultata nytta i forbetningsarbeidet.....	16

1. Om ForBedring undersøkinga

1.1. ForBedring undersøkinga

ForBedring er ei «samansmelting» av tidlegare HMS-, pasienttryggleik- og medarbeidarundersøkingar.

Undersøkinga kartlegg ulike sider ved arbeidsmiljø, pasienttryggleikskultur og HMS (helse, miljø og sikkerheit), som kan ha samanheng med risiko for uønskte hendingar, eller verke negativt på tenesta si kvalitet og medarbeidarane si helse og engasjement.

Undersøkinga består av 41 spørsmål knytt til følgjande tema:

- Engasjement
- Teamarbeidsklima
- Arbeidsforhold
- Tryggleiksklima
- Psykososialt arbeidsmiljø
- Opplevd leiaråttferd
- Toppleiar si rolle i pasienttryggleiksarbeidet
- Fysisk miljø
- Oppfølging

Resultata frå undersøkinga skal gi leiarar og medarbeidarar informasjon til å kunne redusere risiko for uønskte hendingar, blant anna ved å forbetre lokalt arbeidsmiljø og tryggleiksskultur. Undersøkinga skal nyttast som eit kunnskapsgrunnlag i utvikling av handlingsplaner og forbetningsarbeid.

Undersøkinga er gjennomført i alle verksemdene i føretaksgruppa i Helse Vest, samt fleire private ideelle verksemder frå og med 28. januar til og med 8. mars 2019. Alle medarbeidarar med eit aktivt stillingsforhold er invitert til å delta i undersøkinga.

Følgjande verksemder har delteke i undersøkinga:

- Verksemder i føretaksgruppa Helse Vest
 - Helse Stavanger HF
 - Helse Fonna HF
 - Helse Bergen HF
 - Helse Førde
 - Helse Vest RHF
 - Helse Vest IKT
 - Sjukehusapoteka Vest
- Private ideelle verksemder
 - Haraldsplass Diakonale Sjukehus
 - Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesjukehus
 - Jæren Distriktpsikiatriske Senter
 - Voss Distriktpsikiatriske Senter
 - Solli Distriktpsikiatriske Senter
 - Olaviken Alderspsikiatriske Senter

1.2. Beskriving av måltal som er nytta

For å kunne tolke resultata som blir presentert i denne rapporten er det viktig å forstå måltala som nytta i forbindelse med undersøkinga. Måltala er beskriven kort i avsnitta under.

Del som har svara

Del som har svara er det same som svarprosent. Måltalet er berekna basert på tal som har svara dividert på tal som er invitert til å delta i undersøkinga.

Gjennomsnittsskår

Gjennomsnittsskår er den skåren du får dersom du legg saman skåren frå alle svar og deler på tal svar. Måltallet gir ein indikasjon på skåren til føretaket samla sett på aktuelt spørsmål.

Spreiing

Spreiing er eit uttrykk for variasjonen i svara på spørsmåla i undersøkinga. Ei høg spreiding på eit spørsmål vil seie at medarbeidarane har svara ulikt på spørsmålet. Spreiinga er 0 dersom alle medarbeidarar har svara heilt likt på eit spørsmål. Høgast mogleg spreiding i svara er 50.

Referanseskår

Referanseskår er gjennomsnittsskår per spørsmål for alle verksemdene som har delteke i undersøkinga.

Del medarbeidarar som har skåra «heilt einig» og/eller «litt einig»

Prosentdel medarbeidarar som skårar 75 eller høgare viser kor stor del av medarbeidarane som har svara «Heilt einig» og/eller «Litt einig» på spørsmål om Tryggleiksklima.

Del einingar der minst 60 % av medarbeidarar som har skåra «heilt einig» og/eller «litt einig»

Indikatoren er eit uttrykk for kor stor del av einingane/avdelingane der seksti prosent (60 %) av medarbeidarane har skåra høgt (skår er 100 eller 75) på spørsmåla innanfor temaet Tryggleiksklima. Indikatoren er basert på teller (tal einingar der minst seksti prosent av medarbeidarane har svara «Heilt einig» eller «Litt einig») og nemner (tal einingar). Indikatoren kan brukast til å vise kor mange einingar/avdelingar under eit føretak, klinikk eller avdeling som skårar høgt.

Del einingar der minst 80 % av medarbeidarar som har skåra «heilt einig» og/eller «litt einig»

Sjå beskrivinga rett ovanfor.

1.3. Korleis lese resultatrapport

Denne rapporten inneheld:

- ✓ Beskriving av samarbeid om undersøkinga i helseregionen (kapittel 1)
- ✓ Resultater frå undersøkinga per tema (kapittel 2)
- ✓ Beskriving av forbetningsarbeidet (kapittel 3)

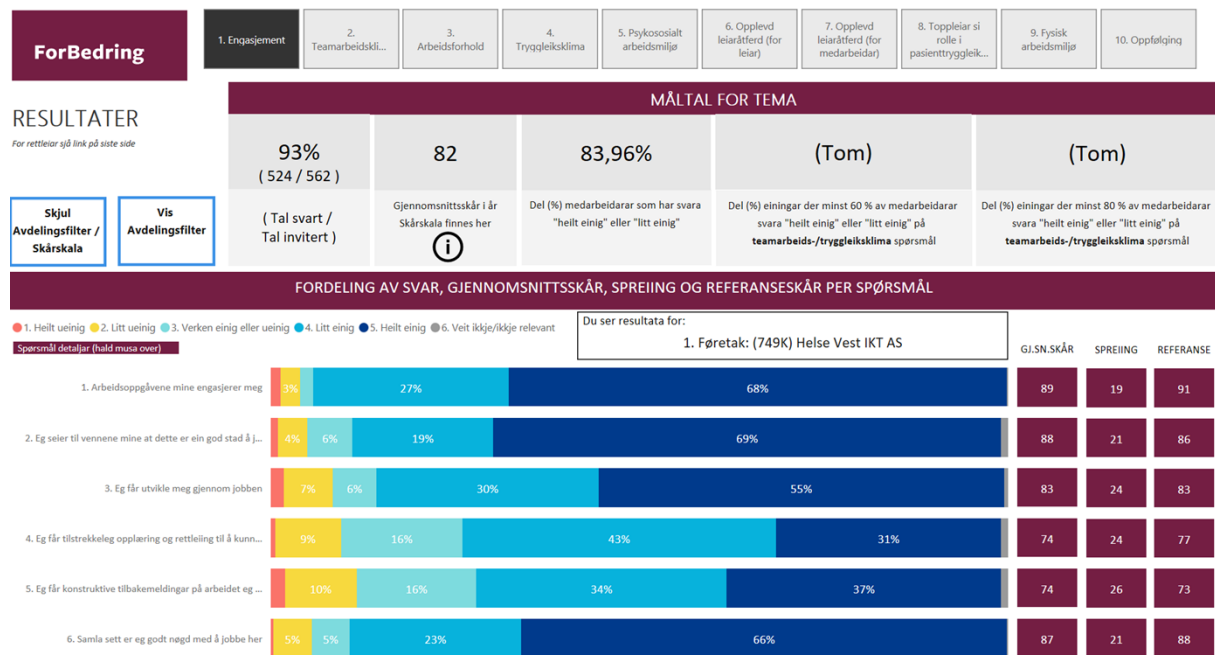
2. Resultat per tema

Ein viser to figurer pr tema, først «oversiktsbilde 2019» så «2018/2019 samanlikning»

2.1. Engasjement

Engasjerte medarbeidarar er dei som får anerkjenning, tilbakemeldingar og moglegheit for personlegutvikling gjennom sitt arbeid. Engasjement virker inn på ei rekke ulike prestasjonar. Høgt jobbengasjement virker positivt inn på motivasjon og jobbutførelse, det fremmer service og lojalitet. Engasjement gir betre økonomisk resultat og reduserer turnover, ulykker, svinn og kvalitetsfeil. Høy skår indikerer eit høgt engasjement.

Helse Vest IKT



Oppsummering:

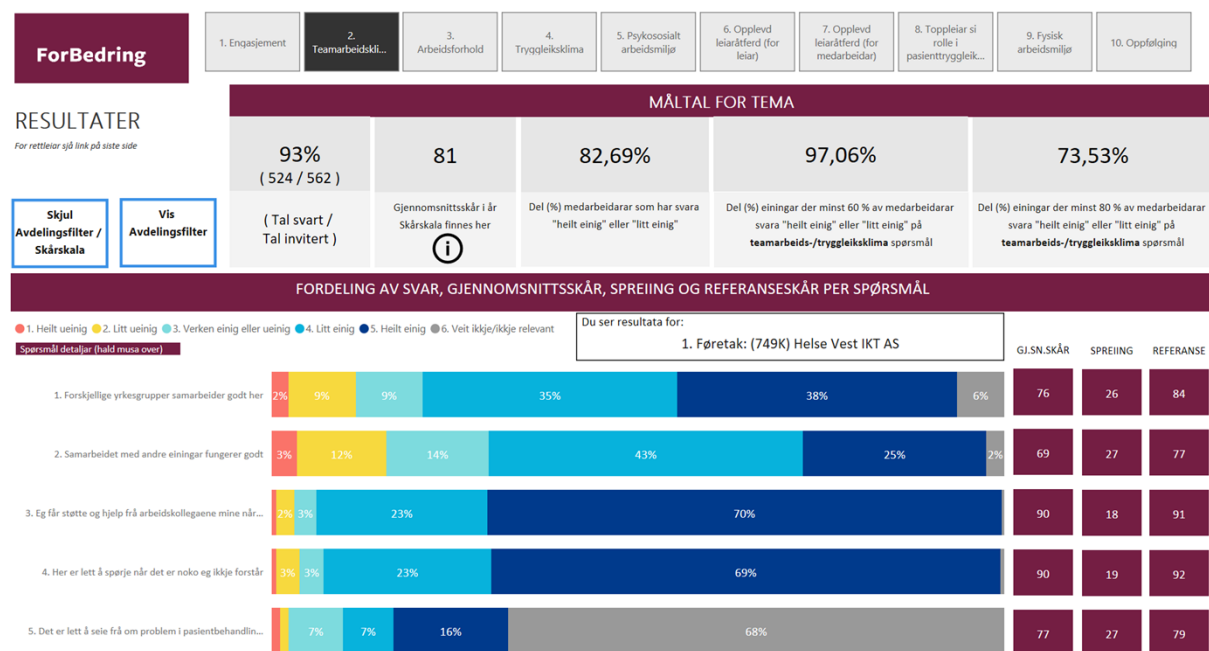
- Del som har svara på undersøkinga er 93 %. Totalt har 524 svara av 562 medarbeidarar som er invitert til å delta i undersøkinga.
- Spørsmålet «Arbeidsoppgavene mine engasjerer meg» har høgast gjennomsnittsskår og lågast spreining.
- Spørsmålet «Eg får konstruktive tilbakemeldingar på arbeidet eg utfører» har høgast spreining og lågast gjennomsnittsskår. «Eg får tilstrekkeleg opplæring og rettleiing til å kunne gjerne ein god jobb» har samme gjennomsitt skår.

Vis Avdelingsfilter	Vis Skårskala	ForBedring	RESULTATER For rettleiar sjå link på siste side		Du ser resultata for: 1. Føretak: (749K) Helse Vest IKT AS					
Skjul Avdelingsfilter / Skårskala	1. Engasjement	2. Teamarbeidsklima	3. Arbeidsforhold	4. Tryggleiksklima	5. Psykososialt arbeidsmiljø	6. Opplevd leiaråttferd (for leiar)	7. Opplevd leiaråttferd (for medarbeidar)	8. Toppleiar si rolle i pasienttryggleik...	9. Fysisk arbeidsmiljø	10. Oppfølging
Spørsmål 2018	Spørsmål 2019			Gj.skår 2018	Gj.skår 2019	Spreiing 2018	Spreiing 2019	Referanse 2018	Referanse 2019	
1. Arbeidsoppgåvene mine engasjerer meg	1. Arbeidsoppgåvene mine engasjerer meg			88	89	22	19	91	91	
2. Eg seier til vennene mine at dette er ein god stad å jobbe	2. Eg seier til vennene mine at dette er ein god stad å jobbe			90	88	20	21	87	86	
3. Eg får utvikle meg gjennom jobben	3. Eg får utvikle meg gjennom jobben			81	83	26	24	83	83	
4. Eg får tilstrekkeleg undervisning og rettleiing til å kunne gjere ein god jobb	4. Eg får tilstrekkeleg opplæring og rettleiing til å kunne gjere ein god jobb			73	74	26	24	74	77	
5. Eg får konstruktive tilbakemeldingar på arbeidet eg utfører	5. Eg får konstruktive tilbakemeldingar på arbeidet eg utfører			73	74	27	26	72	73	
6. Alt i alt er eg godt nøgd med å jobbe her	6. Samla sett er eg godt nøgd med å jobbe her			89	87	20	21	87	88	
1. Engasjement	1. Engasjement			83	82	25	24	82	83	

2.2. Teamarbeidsklima

Teamarbeidsklima belyser openhet, samarbeid og støtte mellom kollegaer og yrkesgrupper både internt og på tvers av einingar. Manglende koordinering og samhandling mellom einingar i sjukehus er eit risikoområdet innen pasienttryggleik som det er viktig å kartlegge. Høg skår indikerer eit høgt teamarbeidsklima.

Helse Vest IKT



Oppsummering:

- Spørsmålet «Eg får støtte og hjelp frå arbeidskollegaene mine når eg treng det» har høgast gjennomsnittsskår og lågast spreieing. Like høg skår har og spørsmålet «Her er det lett å spørje når det er noko eg ikkje forstår.»

- Spørsmålet «Samarbeidet med andre einingar fungerer godt» har høgast spreiding og lågast gjennomsnittsskår.
 - Mange seksjonar har lita endring på dette spørsmålet samanlikna med 2018. Seksjon Utvikling scorer vesentleg dårlegare samanlikna med fjoråret. Dette kan ha samband med mange parallelle aktivitetar og begrensa tilgang på teknisk personell i andre avdelingar.

Vis Avdelingsfilter

Vis Skårskala

ForBedring

RESULTATER

For rettleiar sjå link på siste side

Du ser resultata for:

1. Føretak: (749K) Helse Vest IKT AS

Skjul Avdelingsfilter / Skårskala

1. Engasjement

2. Teamarbeidsklima

3. Arbeidsforhold

4. Tryggleiksklima

5. Psykososialt arbeidsmiljø

6. Opplevd leiaråttferd (for leiar)

7. Opplevd leiaråttferd (for medarbeidar)

8. Toppleiar si rolle i pasienttryggleiksa...

9. Fysisk arbeidsmiljø

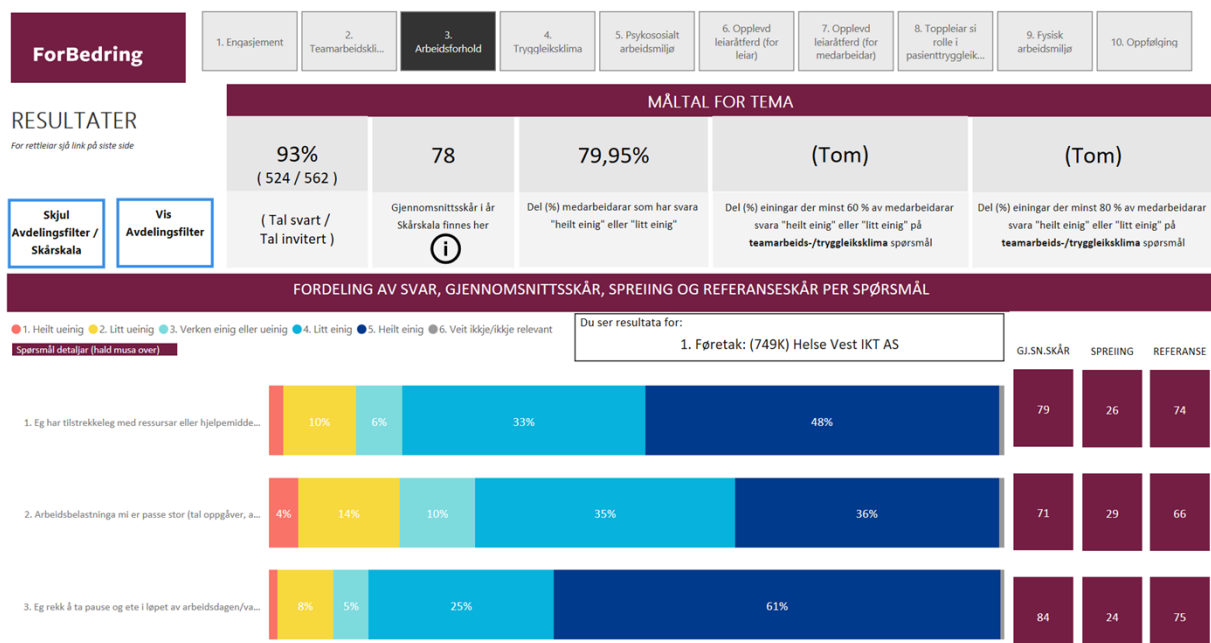
10. Oppfølging

Spørsmål 2018	Spørsmål 2019	Gj.skår 2018	Gj.skår 2019	Spreiing 2018	Spreiing 2019	Referanse 2018	Referanse 2019
1. Forskjellige yrkesgrupper samarbeider godt her	1. Forskjellige yrkesgrupper samarbeider godt her	77	76	25	26	84	84
2. Samarbeidet med andre einingar fungerer godt	2. Samarbeidet med andre einingar fungerer godt	72	69	26	27	76	77
3. Eg får støtte og hjelp frå arbeidskollegaene mine når eg treng det	3. Eg får støtte og hjelp frå arbeidskollegaene mine når eg treng det	92	90	17	18	91	91
4. Det er lett å spørje når det er noko eg ikkje forstår	4. Her er lett å spørje når det er noko eg ikkje forstår	89	90	19	19	91	92
5. Det er lett å seie frå om problem i pasientbehandlinga her	5. Det er lett å seie frå om problem i pasientbehandlinga her	75	77	26	27	78	79
2. Teamarbeidsklima	2. Teamarbeidsklima	82	81	24	25	84	85

2.3. Arbeidsforhold

Arbeidsforhold belyser arbeidsmengde og tempo, samt tilgjengelege ressurser og hjelpemidler. Det tek opp ulike belastningar som kan verke negativt inn på motivasjon og helse. Dette er risikoforhold som det er viktig å ha under oppsyn. Høg skår indikerar at det er tilstrekkeleg med ressurser og hjelpemidler, samt at arbeidsmengde og tempo er lite belastande.

Helse Vest IKT



Oppsummering:

- Spørsmålet «Eg rekk å ta pause eller ete i løpet av ein arbeidsdag / ei vakt» har høgast gjennomsnittsskår og lågast spreining.
- Spørsmålet «Arbeidsbelastninga mi er passe stor (tal oppgåver, arbeidstempo eller krav til å gjere fleire ting samtidig)» har høgast spreining og lågast gjennomsnittsskår.

Vis
Avdelingsfilter

Vis
Skårskala

ForBedring

RESULTATER
For rettleiar sjå link på siste side

Du ser resultat for:

1. Føretak: (749K) Helse Vest IKT AS

Skjul
Avdelingsfilter /
Skårskala

1. Engasjement

2. Teamarbeidsklima

3. Arbeidsforhold

4. Tryggleiksklima

5. Psykososialt arbeidsmiljø

6. Opplevd leiaråttferd (for leiar)

7. Opplevd leiaråttferd (for medarbeidar)

8. Toppleiar si rolle i pasienttryggleik...

9. Fysisk arbeidsmiljø

10. Oppfølging

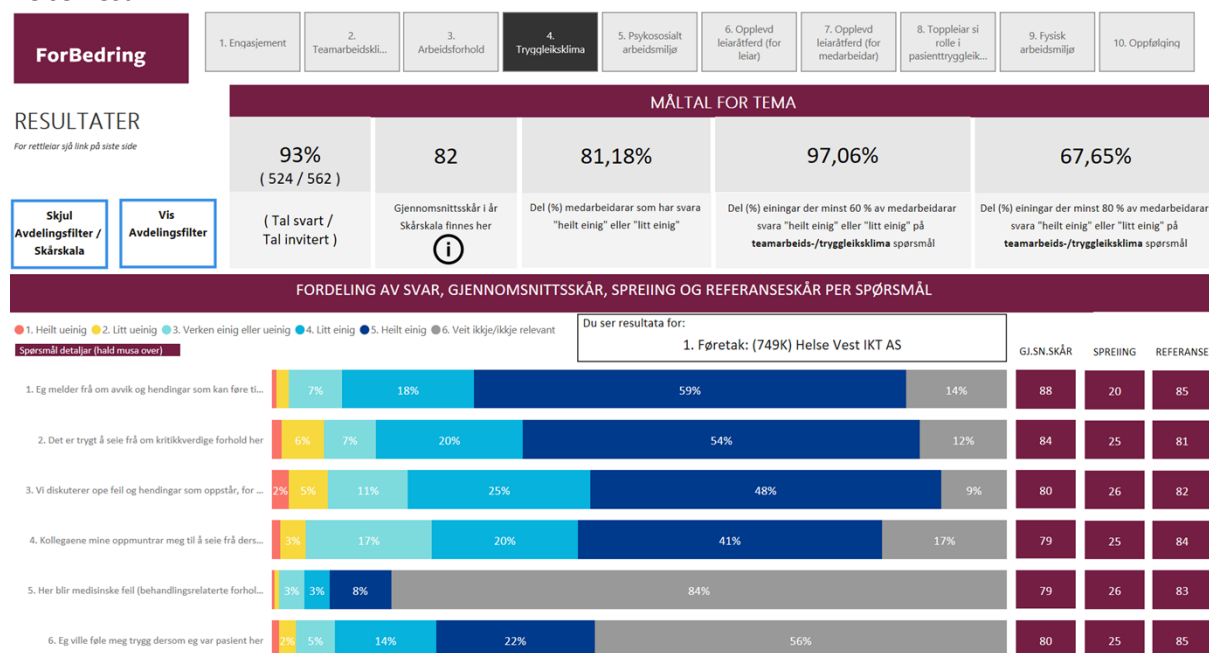
Spørsmål 2018	Spørsmål 2019	Gj.skår 2018	Gj.skår 2019	Spreiing 2018	Spreiing 2019	Referanse 2018	Referanse 2019
1. Eg må av og til utføre arbeidsoppgåver utan å ha nok ressursar eller hjelpemiddel til å fullføre dei	1. Eg har tilstrekkeleg med ressursar eller hjelpemiddel til å gjere jobben min	42	79	33	26	39	74
2. Arbeidsbelastninga mi er for stor (for mange oppgåver, for høgt arbeidstempo eller krav om å gjere fleire ting samtidig)	2. Arbeidsbelastninga mi er passe stor (tal oppgåver, arbeidstempo eller krav til å gjere fleire ting samtidig)	50	71	30	29	46	66
3. Eg rekk sjeldan å ta pause eller ete i løpet av ein arbeidsdag / ei vakt	3. Eg rekk å ta pause og ete i løpet av arbeidsdagen/vakta	74	84	31	24	67	75
3. Arbeidsforhold	3. Arbeidsforhold	55	78	34	27	51	72

NB: Skårskala for tema 3. Arbeidsforhold har frå 2018 til 2019 blitt snudd. Skårskala 2019 er nå lik alle andre tema.

2.4. Tryggleiksklima

Tryggleiksklima kartlegger varslingskulturen, og kor trygg og open denne er. Det belyser forhold som virker inn på kvalitet og pasienttryggleik. Høg skår indikerer ein god varslingskultur og openhet.

Helse Vest IKT



Oppsummering:

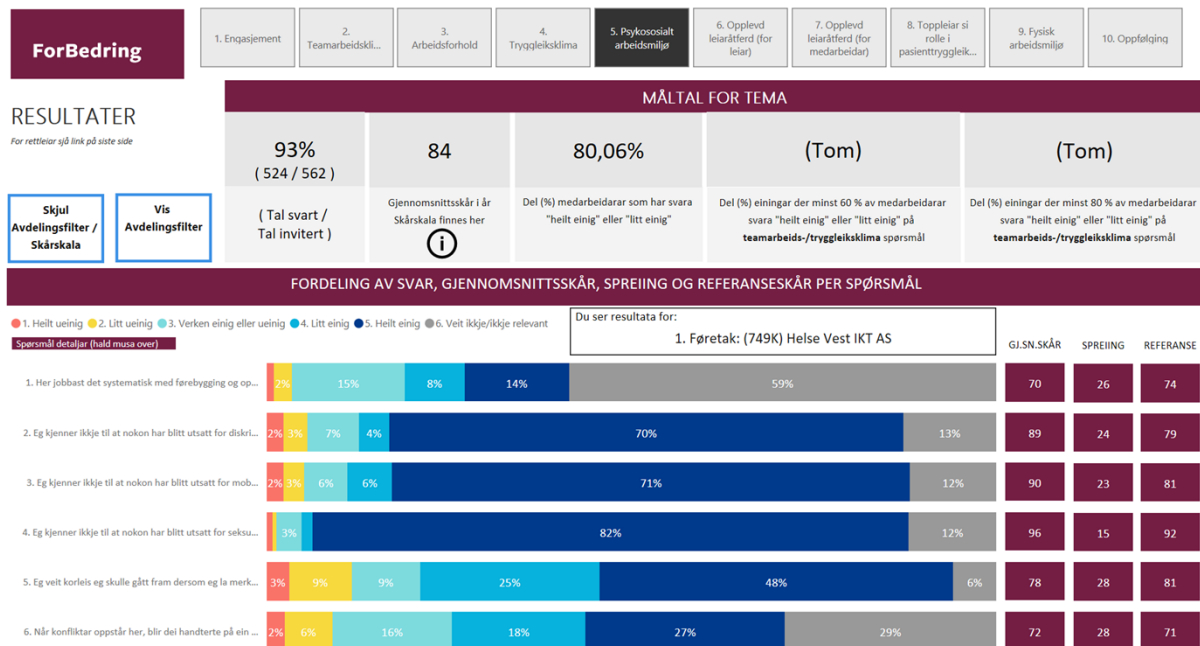
- På fleire av spørsmåla har ansatte svara «Veit ikkje/ikkje relevant».
- Spørsmålet «Eg melder frå om avvik og hendingar som kan føre til skade eller feil» har høgast gjennomsnittsskår og lågast spreiding.

Vis Avdelingsfilter	Vis Skårskala	ForBedring	RESULTATER For rettleiar gå link på siste side		Du ser resultata for: 1. Føretak: (749K) Helse Vest IKT AS					
Skjul Avdelingsfilter / Skårskala	1. Engasjement	2. Teamarbeidsklima	3. Arbeidsforhold	4. Tryggleiksklima	5. Psykososialt arbeidsmiljø	6. Opplevd leiaråttferd (for leiar)	7. Opplevd leiaråttferd (for medarbeidar)	8. Toppleiar si rolle i pasienttryggleiksa...	9. Fysisk arbeidsmiljø	10. Oppfølging
Spørsmål 2018	Spørsmål 2019				Gj.skår 2018	Gj.skår 2019	Spreiing 2018	Spreiing 2019	Referanse 2018	Referanse 2019
1. Eg melder frå om avvik og hendingar som kan føre til skade eller feil	1. Eg melder frå om avvik og hendingar som kan føre til skade eller feil				84	88	23	20	83	85
2. Det er trygt å seie frå om kritikkverdige forhold her	2. Det er trygt å seie frå om kritikkverdige forhold her				82	84	25	25	78	81
3. Vi diskuterer ope feil og hendingar som oppstår, for å lære av dei	3. Vi diskuterer ope feil og hendingar som oppstår, for å lære av dei				79	80	27	26	80	82
4. Kollegaene mine oppmuntrar meg til alltid å seie frå dersom eg er uroleg for noko som har med tryggleiken å gjere	4. Kollegaene mine oppmuntrar meg til å seie frå dersom eg er bekymra for noko som har med sikkerheita å gjere				78	79	25	25	81	84
5. Her blir medisinske feil (behandlingsrelaterte forhold som gir / kunne ha gitt eit negativt utfall for pasienten) handterte rett	5. Her blir medisinske feil (behandlingsrelaterte forhold som gir / kunne ha gitt eit negativt utfall for pasienten) handterte rett				74	79	26	26	81	83
6. Eg ville føle meg trygg dersom eg var pasient her	6. Eg ville føle meg trygg dersom eg var pasient her				79	80	26	25	85	85
4. Tryggleiksklima	4. Tryggleiksklima				80	82	25	24	81	83

2.5. Psykososialt arbeidsmiljø

Psykososialt arbeidsmiljø tek opp mobbing, trakassering, diskriminering og korleis ansatte blir ivaretatt dersom ein hendelse skulle oppstå. Høg skår indikerer trygt arbeidsmiljø og god håndtering av eventuelle konflikter.

Helse Vest IKT



Oppsummering:

- Spørsmålet «Eg kjenner ikkje til at nokon har blitt utsatt for seksuell trakassering her i løpet av dei siste 12 månadene» har høgast gjennomsnittsskår og lågast speiing.
- Spørsmålet «Her jobbast det systematisk med førebygging og oppfølging av vald og truslar» har lågast gjennomsnittsskår, 59 % har svart «Veit ikkje/ikkje relevant».

Vis
Avdelingsfilter

Vis
Skårskala

ForBedring

RESULTATER

Du ser resultat for:

1. Føretak: (749K) Helse Vest IKT AS

Skjul
Avdelingsfilter /
Skårskala

1. Engasjement

2. Teamarbeidsklima

3. Arbeidsforhold

4. Tryggleiksklima

5. Psykososialt arbeidsmiljø

6. Opplevd leiaråttferd (for leiar)

7. Opplevd leiaråttferd (for medarbeidar)

8. Toppleiar si rolle i pasienttryggleiksa...

9. Fysisk arbeidsmiljø

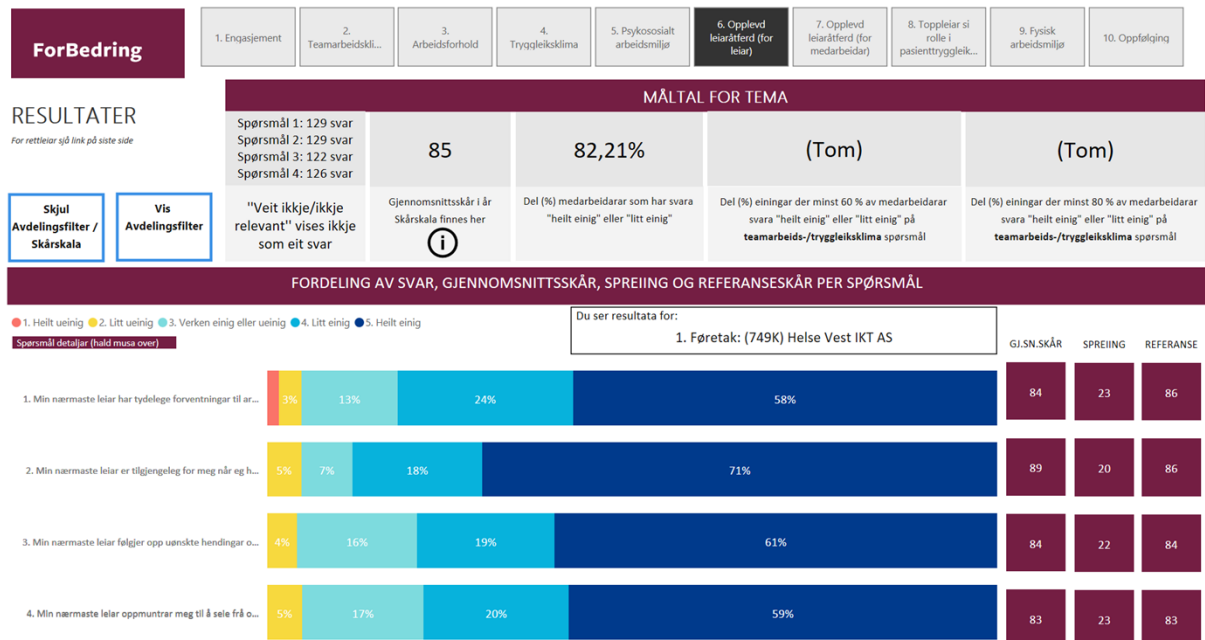
10. Oppfølging

Spørsmål 2018	Spørsmål 2019	Gj.skår 2018	Gj.skår 2019	Spreiing 2018	Spreiing 2019	Referanse 2018	Referanse 2019
1. Eg vil bli godt vareteken om eg skulle bli utsett for truslar eller vald her	1. Her jobbast det systematisk med førebygging og oppfølging av vald og truslar	89	70	20	26	87	74
4. Her blir ingen utsette for diskriminering	2. Eg kjenner ikkje til at nokon har blitt utsatt for diskriminering her i løpet av dei siste 12 månadene. (Diskriminering betyr å behandle nokon mindre gunstig enn andre)	89	89	23	24	84	79
2. Her blir ingen utsette for mobbing eller trakassering	3. Eg kjenner ikkje til at nokon har blitt utsatt for mobbing eller trakassering her i løpet av dei siste 12 månadene. (Mobbing er at ein person gjentekne gonger blir utsett for negative handlingar eller åttferd frå ein eller fleire personar, og har vanskar med å forsvare seg mot dette. Trakassering er handlingar, unnlatingar eller ytringar som verkar eller har til formål å verke krenkande,	86	90	25	23	77	81
5. Psykososialt arbeidsmiljø	5. Psykososialt arbeidsmiljø	86	84	24	26	82	80

2.6. Opplevd leiaråttferd (for leiar)

Opplevd leiaråttferd (for leiar) belyser relasjonen mellom leiar og leiars leiar. Leiging har stor betydning for arbeidsmiljø og pasientsikkerhet. Høg skår indikerer god leiging.

Helse Vest IKT



Oppsummering:

- Mellom 122 og 129 respondentar har svart på desse spørsmåla, det er langt fleire enn vi har leiarar.
- Spørsmålet «Min nærmaste leiar er tilgjengeleg for meg når eg har behov for det» har høgast gjennomsnittsskår og lågast spreiding.
- Spørsmålet «Min nærmaste leiar oppmuntrar meg til å seie frå om eg har ei anna mening» har lågast gjennomsnittsskår og spreiding.

Vis

Avdelingsfilter

Vis

Skårskala

ForBedring

RESULTATER

For rettleiar sjå link på siste side

Du ser resultat for:

1. Føretak: (749K) Helse Vest IKT AS

Skjul

Avdelingsfilter / Skårskala

1. Engasjement

2. Teamarbeidsklima

3. Arbeidsforhold

4. Tryggleiksklima

5. Psykososialt arbeidsmiljø

6. Opplevd leiaråttferd (for leiar)

7. Opplevd leiaråttferd (for medarbeidar)

8. Toppleiar si rolle i pasienttryggleiksa...

9. Fysisk arbeidsmiljø

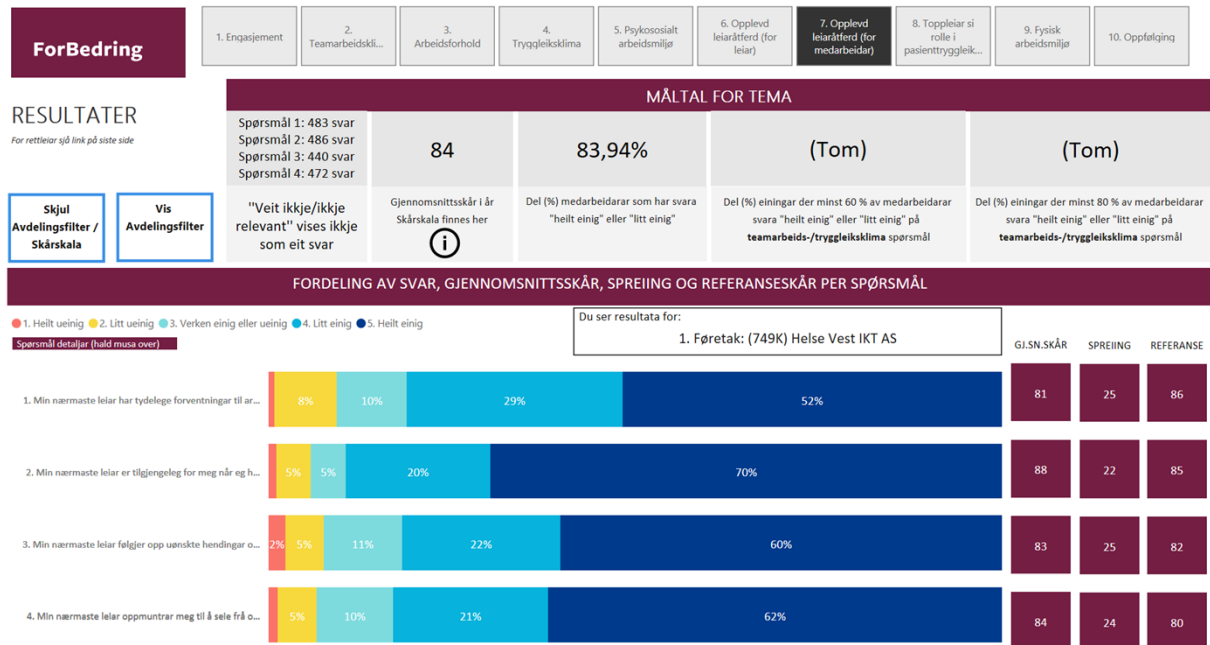
10. Oppfølging

Spørsmål 2018	Spørsmål 2019	Gj.skår 2018	Gj.skår 2019	Spreiing 2018	Spreiing 2019	Referanse 2018	Referanse 2019
	1. Min nærmaste leiar har tydelege forventningar til arbeidet mitt	0	84	0	23		86
	2. Min nærmaste leiar er tilgjengeleg for meg når eg har behov for det	0	89	0	20		86
	3. Min nærmaste leiar følgjer opp uønskete hendingar og forbettringsforslag	0	84	0	22		84
	4. Min nærmaste leiar oppmuntrar meg til å seie frå om eg har ei anna mening	0	83	0	23		83
	6. Opplevd leiaråttferd (for leiar)	0	85	0	22		85

NB: Samanlikning for tema Opplevd leiaråttferd 2018 finn du i tema 7. Opplevd leiaråttferd (for medarbeidar). Grunn for dette er at tema Opplevd leiaråttferd 2018 er i 2019 versjonen delt i to tema.

2.7. Opplevd leiaråttferd (for medarbeider)

Opplevd leiaråttferd belyser relasjonen mellom leiar og medarbeidarar. Leiing har stor betydning for arbeidsmiljø og pasientsikkerhet. Høg skår indikerer god leiing.



- Spørsmålet «Min nærmaste leiar er tilgjengeleg for meg når eg har behov for det» har høgast gjennomsnittsskår og lågast speiing.
- Spørsmålet «Min nærmaste leiar har tydelege forventningar til arbeidet mitt.» har lågast gjennomsnittsskår.

Vis Avdelingsfilter

Skjul Avdelingsfilter / Skårskala

Vis Skårskala

ForBedring

RESULTATER

For rettleiar sjå link på siste side

Du ser resultata for:

1. Føretak: (749K) Helse Vest IKT AS

1. Engasjement

2. Teamarbeidsklima

3. Arbeidsforhold

4. Tryggleiksklima

5. Psykososialt arbeidsmiljø

6. Opplevd leiaråttferd (for leiar)

7. Opplevd leiaråttferd (for medarbeidar)

8. Toppleiar si rolle i pasienttryggleik...

9. Fysisk arbeidsmiljø

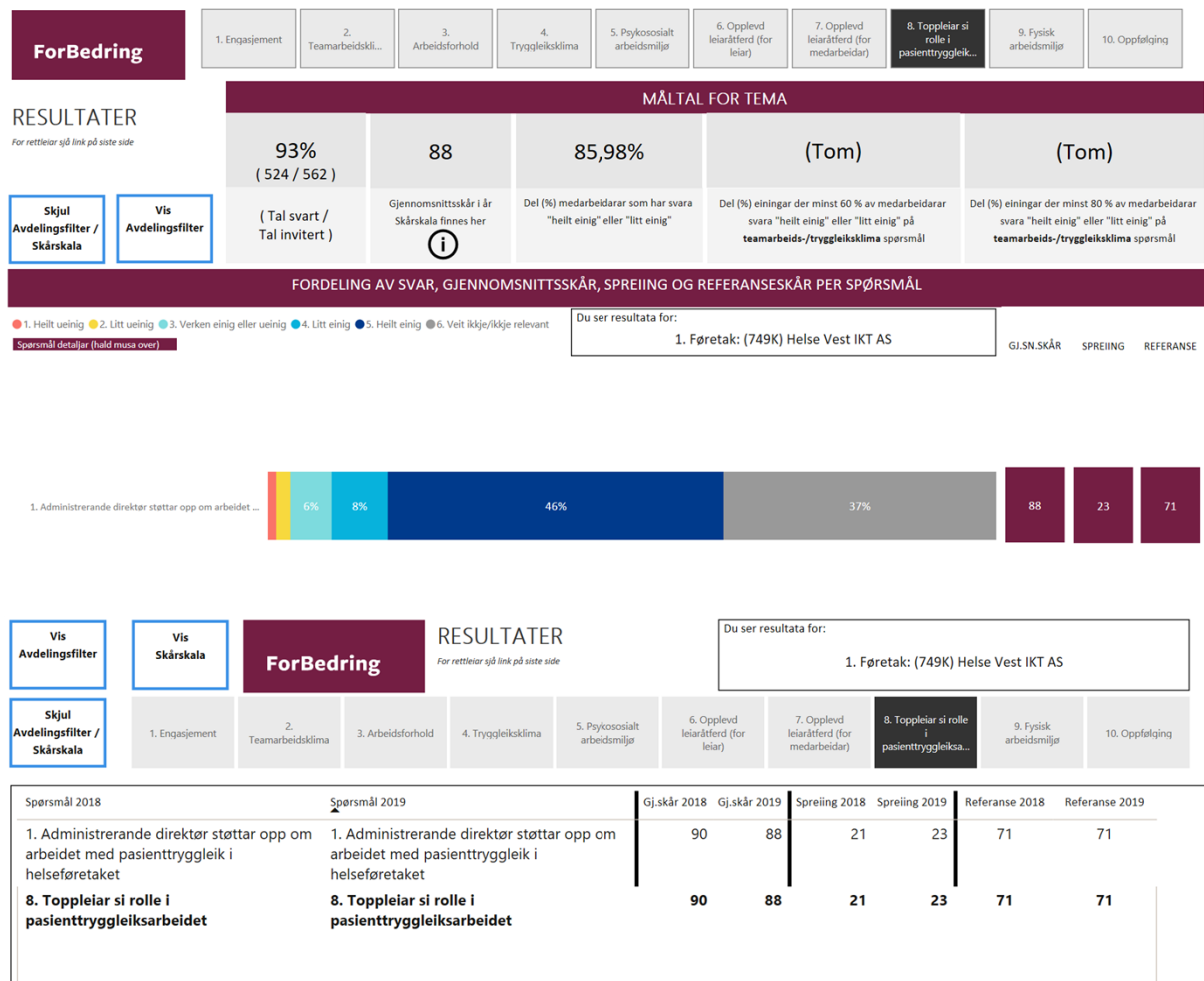
10. Oppfølging

Spørsmål 2018	Spørsmål 2019	Gj.skår 2018	Gj.skår 2019	Spreiing 2018	Spreiing 2019	Referanse 2018	Referanse 2019
1. Min nærmaste leiar har tydelege forventningar til arbeidet mitt	1. Min nærmaste leiar har tydelege forventningar til arbeidet mitt	81	81	24	25	85	86
2. Min nærmaste leiar er tilgjengeleg for meg når eg har behov for det	2. Min nærmaste leiar er tilgjengeleg for meg når eg har behov for det	87	88	22	22	85	85
3. Min nærmaste leiar følgjer opp uønskete hendingar og forbettringsforslag	3. Min nærmaste leiar følgjer opp uønskete hendingar og forbettringsforslag	84	83	22	25	82	82
4. Min nærmaste leiar oppmuntrar meg til å seie frå om eg har ei anna mening	4. Min nærmaste leiar oppmuntrar meg til å seie frå om eg har ei anna mening	84	84	24	24	79	80
7. Opplevd leiaråttferd (for medarbeidar)	7. Opplevd leiaråttferd (for medarbeidar)	84	84	23	24	83	83

2.8. Toppleiar si rolle i pasienttryggleiksarbeidet

Toppleiar si rolle i pasienttryggleiksarbeidet kartlegger om administrerende direktør støtter opp om arbeidet med pasienttryggleik i helseføretaket. Høg skår indikerer medarbeidarar meiner at administrerende direktør støtter opp om arbeidet med pasienttryggleik.

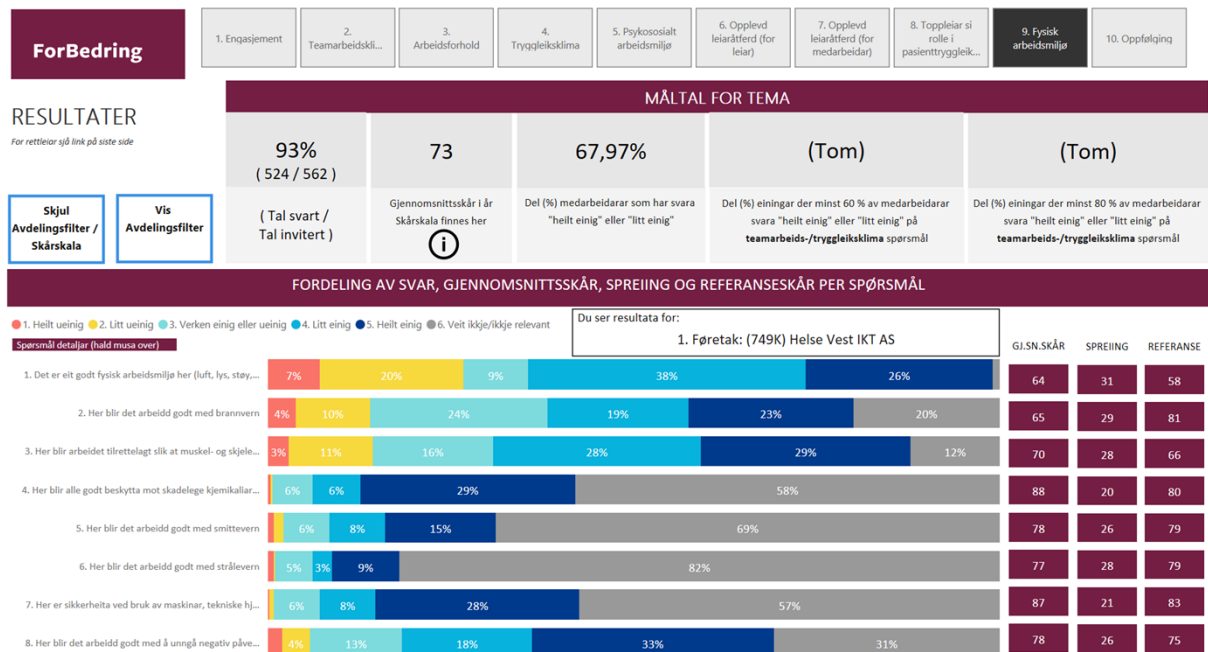
Helse Vest IKT



2.9. Fysisk arbeidsmiljø

Fysisk arbeidsmiljø kartlegger ulike forhold som medfører risiko for helseplager, og ivaretar arbeidsmiljøloven, samt Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning. Høg skår indikerer at det er gode arbeidsforhold og tilrettelegging for de ansatte.

Helse Vest IKT



Oppsummering:

- Spørsmålet «Her blir alle godt beskyttet mot skadelige kjemikalier og biologiske farer» har høgast gjennomsnittsskår og lågast spreiring, men 58% har svara «Veit ikkje/ikkje relevant».
- Spørsmålet «Det er eit godt fysisk arbeidsmiljø her (lyft, lys, støy, støy, vibrasjonar og liknande)» har lågast gjennomsnittsskår og høgast spreiring.
 - Gjennomførte tiltak har hatt betydelig positiv effekt for seksjon Styringsdata. Prosjektledere og testledere opplever en betydelig forverring. Dette har sannsynligvis sammenheng med begrenset tilgang på prosjektløkal, møterom og stillerom, samt at renhold i enkelte lokaler ikke oppleves som tilfredsstillende.

Vis Avdelingsfilter

Vis Skårskala

ForBedring

RESULTATER

For rettleiar sjå link på siste side

Du ser resultata for:

1. Føretak: (749K) Helse Vest IKT AS

Skjul Avdelingsfilter / Skårskala

1. Engasjement

2. Teamarbeidsklima

3. Arbeidsforhold

4. Tryggleiksklima

5. Psykososialt arbeidsmiljø

6. Opplevd leiaråttferd (for leiar)

7. Opplevd leiaråttferd (for medarbeidar)

8. Toppleiar si rolle i pasienttryggleik...

9. Fysisk arbeidsmiljø

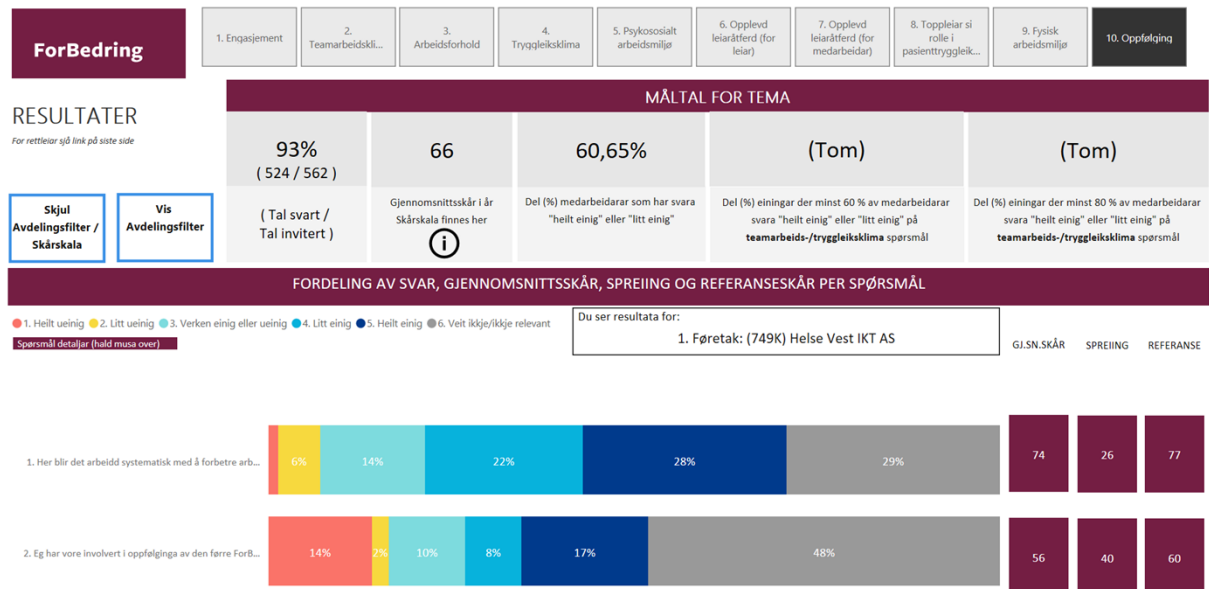
10. Oppfølging

Spørsmål 2018	Spørsmål 2019	Gj.skår 2018	Gj.skår 2019	Spreiing 2018	Spreiing 2019	Referanse 2018	Referanse 2019
1. Det er eit godt fysisk arbeidsmiljø her (luft, lys, støy, støv, vibrasjonar og liknande)	1. Det er eit godt fysisk arbeidsmiljø her (luft, lys, støy, støv, vibrasjonar og liknande)	61	64	34	31	56	58
2. Her blir det arbeid godt med brannvern	2. Her blir det arbeid godt med brannvern	67	65	28	29	81	81
3. Her blir arbeidet tilrettelagt slik at muskel- og skjelettplagar blir førebygde	3. Her blir arbeidet tilrettelagt slik at muskel- og skjelettplagar blir førebygde	67	70	29	28	64	66
4. Her blir alle godt beskytta mot skadelege kjemikalier og biologiske farar	4. Her blir alle godt beskytta mot skadelege kjemikalier og biologiske farar	87	88	21	20	79	80
5. Her blir det arbeid godt med smittevern	5. Her blir det arbeid godt med smittevern	70	78	28	26	78	79
6. Her blir det arbeid godt med strålevern	6. Her blir det arbeid godt med strålevern	71	77	25	28	78	79
7. Her er tryggleiken ved bruk av maskinar, tekniske hjelpemiddel eller utstyr godt varetaken	7. Her er sikkerheita ved bruk av maskinar, tekniske hjelpemiddel eller utstyr godt varetaken	83	87	21	21	82	83
8. Her blir det arbeid godt med å unngå negativ påverknad på det ytre miljøet	8. Her blir det arbeid godt med å unngå negativ påverknad på det ytre miljøet	78	78	25	26	75	75
9. Fysisk arbeidsmiljø	9. Fysisk arbeidsmiljø	71	73	29	29	73	74

2.10. Oppfølging

Oppfølging av av undersøkinga kartlegger om det arbeides systematisk med forbetringar. Høg skår indikerer at det arbeides systematisk med forbedringer.

Helse Vest IKT



Oppsummering:

- Spørsmålet «Her blir det arbeidd systematisk med å forbetre arbeidsmiljøet og pasienttryggleiken.» har høgast gjennomsnittsskår og lågast spreieing,
- Spørsmålet «Eg har vore involvert i oppfølginga av den førre ForBedring-kartlegginga.» har lågast gjennomsnittsskår og høgast spreieing, og 48 % har svara «Veit ikkje/ikkje relevant».

Vis
Avdelingsfilter

Vis
Skårskala

ForBedring

RESULTATER
For rettlinar sjå link på siste side

Du ser resultata for:

1. Føretak: (749K) Helse Vest IKT AS

Skjul
Avdelingsfilter /
Skårskala

1. Engasjement

2. Teamarbeidsklima

3. Arbeidsforhold

4. Tryggleiksklima

5. Psykososialt arbeidsmiljø

6. Opplevd leiaråttferd (for leiar)

7. Opplevd leiaråttferd (for medarbeidar)

8. Toppleiar si rolle i pasienttryggleiksa...

9. Fysisk arbeidsmiljø

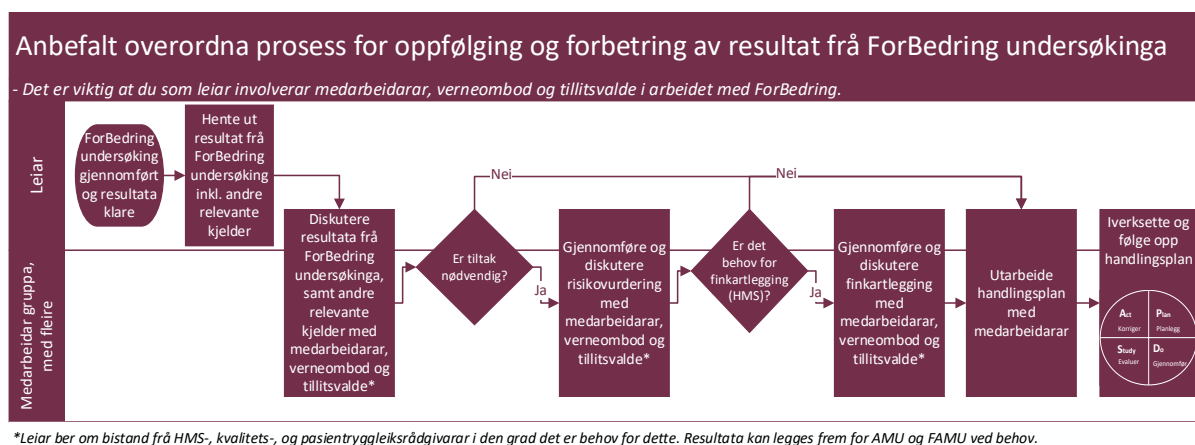
10. Oppfølging

Spørsmål 2018	Spørsmål 2019	Gj.skår 2018	Gj.skår 2019	Spreiing 2018	Spreiing 2019	Referanse 2018	Referanse 2019
1. Her blir det arbeidd systematisk med å forbetre arbeidsmiljøet og pasienttryggleiken	1. Her blir det arbeidd systematisk med å forbetre arbeidsmiljøet og pasienttryggleiken	74	74	26	26	75	77
	2. Eg har vore involvert i oppfølginga av den førre ForBedring-kartlegginga	0	56	0	40		60
10. Oppfølging	10. Oppfølging	74	66	26	34	75	70

3. Korleis blir resultatata nytta i forbetningsarbeidet

Fleire av prinsippa for undersøkinga tek for seg leiar sitt ansvar. Det er leiars ansvar å nytte resultatata frå undersøkinga i forbetningsarbeid, herunder hente ut eigne resultat frå resultatrapport og ta stilling til resultatata frå ForBedring undersøkinga. Sjølv om verneombod og tillitsvalde og alle medarbeidarar har tilgang til resultatata frå undersøking er leiar ansvarleg å dele resultat frå undersøkinga med verneombod, tillitsvalde og medarbeidarar i eigen eining/avdeling. Som oppfølging til ForBedring undersøkinga er det leiars ansvar i samarbeid med medarbeidarar å utvikle og følgje opp skriftleg handlingsplan.

For å understøtte oppfølging av undersøkinga er det utforma ein overordna anbefala prosess regionalt. Nokre verksemdar har utforma eigne prosessar, men mykje av innhaldet er likt. Den overordna prosessen er vist i figuren under.



Figur 1: Anbefala overordna prosess for oppfølging og forbetring av resultat frå ForBedring

Føretaka meldar om at dei planlegg å gå gjennom rettleiar for oppfølging på leiarmøter og andre fora med leiarar. Nokon planlegg lunsjmøter for å gje ein innføring i resultatrapport og være ein generell støtte for leiarar. Resultatat vil og bli drøfta med tillitsvalde og vernetenesta så fort det lar seg gjøre. Tiltak vil bli vurdert fortløpande og iverksatt der det er behov for det. Handlingsplanar skal vera så konkrete så mulig med konkrete mål.

SAK 027-19

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Vest IKT AS

DATO: 10.04.2019
SAKSHANDSAMAR: Aksel Bruun, Harald Flaten og Erik M. Hansen
SAKA GJELD: Strategi for skytjenester – endring av UPN

ARKIVSAK:
STYRESAK: Styresak 027/19 B

STYREMØTE: 25.04.2019

.....

FORSLAG TIL VEDTAK

1. *Styret tar saken til etterretning.*
2. *Styret ber administrasjonen gjennomføre endringen i tett dialog med helseforetakene og de private, ideelle.*

Oppsummering

Strategi for skytjenester er et av tiltakene i Forretningsplan for Helse Vest IKT 2018 – 2019. Arbeidet er organisert som et prosjekt med ledergruppen i Helse Vest IKT som styringsgruppe.

Administrasjonen er av det syn at den problemstillingen som legges frem i denne saken er innenfor Helse Vest IKT sitt ansvar og beslutningsmyndighet. Saken er dog av en slik karakter at administrasjonen ønsker å forankre beslutningen også i styret.

User Principal Name (UPN) er struktur for identifikasjon av brukere av IKT-tjenestene i Helse Vest. Når Helse Vest IKT skal forvalte identiteter på tvers av eget datasenter og skyen er det viktig å ta stilling til autentiseringsmetode for bruk av applikasjoner og tjenester i skyen. Brukerne skal fremdeles benytte de autentiseringsmetodene de er vant med internt for pålogging i Windows og i sine fagsystemer. Det er også en forventning om at tjenester i sky skal fungere sømløst når man er på kontoret og at man derfor har single sign-on mellom tjenester i eget datasenter og skyen.

MS Azure tilbyr selvbetjening for passord resett og kan beskytte tjenester med krav om 2-faktor autentisering når brukerne befinner seg utenfor kontormiljøet. Det er viktig at vi tilrettelegger for bruk av sikkerhetstjenestene som tilbys i MS Azure, da sikkerhet rundt identitet er det som vil kunne ha størst påvirkning på eventuell risiko ved bruk av skytjenester.

I tillegg til en beslutning om autentiseringsmetode, vil prosjektet også gjennomføre en ROS-analyse knyttet til bruken av valgte autentiseringsmetode. Vi legger til grunn at alle alternative metoder vil kunne oppnå likt nivå for informasjonssikkerhet.

Den kvaliteten vi legger i grunnmur for skytjenester blir en del av en moderniseringsprosess for Helse Vest IKT der vi legger til rette for ekstern forvaltning av identiteter, moderne autentiseringsløsninger og endringer i egen organisasjon for å tilpasse oss fremtidige behov.

Fakta

Endring av UPN (User Principal Name)

I dagens Active Directory (AD) i Helse Vest har alle brukere UPN: <brukernavn>@ihelse.net. Dette er også brukernavnet for sertifikatene vi utsteder i Helse Vest IKT for bruk i smartkort.

Prosjektet har benyttet flere eksterne rådgivere for å finne gode tilnærminger til bruken av Azure og en hybrid identitetsforvaltning på tvers av eget datasenter og MS Azure. Alle vi har rådført oss med, inkludert identitetsforvalter i HEMIT, har rådet oss til å sette UPN = Mail = SIP. Dette vil medføre at brukerne alltid kun forholder seg til egen epost adresse ved pålogging til tjenester i Office365 og Azure. SIP adresse er den adressen man logger på med i Skype som vil være den samme som Mail (epost). Tjenester i skyen vil kunne fungere sømløst for bruker etter denne endringen.

Dette medfører endring av UPN til <fornavn>.<etternavn>@<helseforetak>.no i Helse Vest.

Drøfting

Endringer som følge bytte av UPN omfatter følgende:

- *Test av fagapplikasjoner (pålogging fungerer som før)*
- *Oppdatering av sertifikater*
- *Endringer i identitetsforvaltningen som en del av Grunnmur for Skytjenester*
- *Endringer i Samlepunktet for å støtte Grunnmur for Skytjenester*

Prosjektet anbefaler å endre UPN slik at denne blir lik epost og skype-adresse slik alle anbefalinger tilsier. Dette har en kostand i forbindelse med etableringen av Grunnmur for Skytjenester men vil gjøre driften enklere/mindre kostnadskrevenende over tid og brukeropplevelsen bedre.

Det anbefales også å utføre de beskrevne endringene i Samlepunktet knyttet for identitet- og tilgangsstyringsprosessen. All form for manuell håndtering av identiteter og tilganger vil bli veldig krevende i med en raskt økende brukermasse og vil kunne medføre høyt timeforbruk og stor slitasje på organisasjonen.

Prosjektet Skytjenester har utført en konsekvensanalyse for endring av UPN.

Strategi for utrulling basert på stegvis migrering av brukergrupper reduserer risiko for uforutsette hendelser og vil spre kostnader over tid.

Prosjektet anbefaler å gjennomføre endringer som er kartlagt i denne utredningen for å kunne etablere en kvalitetsmessig god Grunnmur for Skytjenester klargjort for utrulling av tjenester i skyen.

Konklusjon

Styringsgruppen har anbefalt at endringene prosjektet har foreslått skal gjennomføres. Grovt oppsummert gjelder dette gjelder følgende:

- *Autentiseringsmetode blir Alternativ 1 - Skyautentisering med hash synkronisering som beskrevet i eget notat.*
- *UPN endres i henhold til prosjektets anbefaling*
- *Det igangsettes en prosess for å ansette en person i rolle som identitetsforvalter*
- *Samlepunktet endres i henhold til prosjektgruppens forslag for å understøtte identitetsforvaltningen*

Beslutningen får konsekvenser for prosjektets tidsplan og kostnadsbruk. Prosjektet må derfor replanlegges. Som underlag for ny plan må prosjektet innhente informasjon om utviklingsplan for Samlepunktet og kostnader knyttet til foreslåtte endringer. Revidert prosjektplan legges frem for styringsgruppen for endelig godkjenning.

Gjennomføringen må forankres hos alle kunder av Helse Vest IKT, slik at den oppleves minst mulig forstyrrende for våre brukere.

SAK 028-19

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Vest IKT AS
DATO: 10.04.2019
SAKSHANDSAMAR: Geir Granerud og Erik M. Hansen
SAKA GJELD: **Plattform for virtuelle helsetenester**

ARKIVSAK:
STYRESAK: 028/19 O

STYREMØTE: 25.04.2019

.....

FORSLAG TIL VEDTAK

1. *Styret tek saka til orientering.*

Oppsummering

Virtuelle helsetenester er eit viktig tiltak i Helse Vest IKT forretningsplan, men er og sentralt i Helse2035, regionale og lokale utviklingsplanar, samt nasjonale satsingar. Helse Vest IKT støtter helseføretaka i deira pilotering av virtuelle helsetenester for forskjellige pasientgrupper, men har og lykkas med å få tilslutning til ein meir heilskapleg satsing gjennom eit nytt regionalt, strategisk forprosjekt innan virtuelle helsetenester. Fokus framover for Helse Vest IKT er støtte opp om dette forprosjektet og ta ansvar for planlegging av utvikling av, og investering i ein plattform for virtuelle helsetenester.

Fakta

Tiltaket «Plattform for virtuelle helsetenester» i Helse Vest IKT sin forretningsplan 2018 – 2019 har til hensikt å utarbeide ein plan for korleis den teknologiske infrastrukturen og applikasjonsarkitekturen skal støtte virtuelle helsetenester.

«Virtuelle helsetenester» blir nå i aukande grad omtala som «Medisinsk avstandsoppfølging», og på nasjonalt hald vert termen «*Medisinsk avstandsoppfølging*» nå nytta. I saka vidare vert begge omgrepa nytta.

Drøfting

I Helse2035 er ein av dei overordna målsettingane «*Spesialisthelsetenester skal utførast heime hos pasientane når det er formålstenleg og ressursparande*». Vidare står det at «*Innleggingar og fysiske konsultasjonar skal ikkje finne stad dersom tenesta kan ytast virtuelt med like godt eller betre resultat*». Dette krev ei satsing både organisatorisk, fagleg og teknologisk. For Helse Vest IKT er det viktig å støtte ønska retning med utvikling av ein teknologisk plattform med infrastruktur, systemløyser, forvaltning og støttetjenester.

Viktige perspektiv er at pasientar og pårørande vil være nye brukara av løysningane, at løysningane må vere tilgjengeleg på klientar (PC, nettbrett, smarttelefon) som ikkje er eigd eller blir forvalta av Helse Vest IKT og at løysningane må vere tilgjengeleg utanfor våre brannmurar. Vi har i dag allereie fleire slike tenester for pasient gjennom helsenorge.no og gjennom løysningar utvikla for einskilte områder slik som t.d. eMeistring, men for å nå måla i strategiar og utviklingsplaner må vi auke omfang og volum.

Helse Vest IKT har i perioden som er bak oss hatt fleire tiltak på området. Helse Stavanger har gjennom sitt prosjekt SUS2023 Organisasjonsutvikling pilotert videokonsultasjon for nokre klinikkar/pasientgrupper med spennande resultat. Helse Vest IKT har delteke i arbeidet, og har satt opp ein Skype-løysning mellom pasient og behandlar. I videokonsultasjonen kan behandlar også dele informasjon og bilete med pasient. Vidare har Helse Vest IKT etablert ei brukarstøttetjeneste for pasient gjennom eit eige telefonnummer på Kundesenteret, og med eit verktøy for fjernstyring av PC. Desse løysningane for teknologi og brukarstøtte er valt for å kunne komme hurtig i posisjon for å støtte opp om piloteringane, og dei er ikkje nødvendigvis riktig som langsiktige tenester. Videokonsultasjon vert no planlagt som teneste i helsenorge.no, noko som vil gi ein meir skalerbar teneste som kan nyttast for større pasientgrupper. Helse Vest støtter opp om utvikling av nasjonale løysningskomponentar, og vi vil ta i bruk videokonsultasjon i helsenorge.no så snart denne er klar. Inntil vidare vil vi tilby dagens Skype-løysning til helseføretaka der dei ynskjer å pilotere videokonsultasjon for nye pasientgrupper.

Eit anna døme er Helse Bergen som gjennom eit innovasjonsprosjekt for gravide med svangerskapsdiabetes har tatt i bruk ein samtaleagent («chatbot») som gjer det mogleg for

gravide å spørje og få svar på spørsmål relatert til svangerskapsdiabetes. Helse Vest IKT deltek aktivt i dette prosjektet og har levert chatbot-tenesta. Vi arbeidar nå med å kunne tilby denne tenesta til alle helseføretak og nye pasientgrupper.

eMeistring i Helse Bergen er det mest kjente døme vi har på internettbehandling/virtuell helseteneste. Dette er ei internettbehandling som inneheld dei same elementa som ordinær kognitiv adferdsterapi hos behandlar i poliklinikk. Tenesta har hatt stor suksess, er teke i bruk av andre helseføretak i andre regionar, og er ønska av enda fleire helseføretak. Helse Vest IKT samarbeider med Helse Bergen om korleis tenesta kan breddas ut nasjonalt.

Sjølv om det er mange gode døme på virtuelle helsetenester i dag, er Helse Vest IKT opptatt av ein heilskapleg og offensiv satsing på virtuelle helsetenester. Helse Vest IKT tok derfor initiativ til å starte eit regionalt, strategisk forprosjekt for virtuelle helsetenester. Dette forprosjektet vart godkjend av Teknologirådet i november 2018. Forprosjektet er no godt i gang og har fagdirektør Helse Vest RHF som prosjekteigar og alle helseføretaka deltek i styringsgruppa. Prosjektleiar er frå Helse Vest IKT, og forprosjektet skal levere sin rapport og forslag til vidareføring i desember 2019. Når det gjeld Helse Vest IKT sin vidare satsing på plattform for virtuelle helsetenester, vil fokus framover vere å bidra aktivt i og støtte opp om dette forprosjektet.

Forprosjektet sitt overordna mål er å beskrive moglegheitsrommet, plan og retning for ein heilskapleg satsing på medisinsk avstandsoppfølging i Helse Vest. Framtidsbilete er en situasjon der avstandsoppfølging av pasient er ein naturleg og integrert del av helsetenesta, og der avstandsoppfølging er like naturleg for pasient og for behandlar som behandling på sjukehuset. Behandling og oppfølging på og utanfor sjukehuset vil vere integrerte delar av eit pasientforløp og det bør ikkje opplevast som store forskjellar mellom dessa ulike måtane å utføre behandling og oppfølging av pasientane. Avstandsoppfølging vil bli basert på same prioriteringsprinsipp som annan behandling og vil bidra til å sikre alle pasientar lik rett til rett behandling.

Forprosjektet vil i tillegg til å utarbeide eit målbilete for medisinsk avstandsoppfølging i Helse Vest med erfaringsoppsummering av døme på medisinsk avstandsoppfølging regionalt, nasjonalt og internasjonalt. Det å lære frå andre og dele denne kunnskapen vil kunne inspirere til satsing på fleire og nye tenester. På nasjonalt nivå og innan kommunal sektor har ein pilotert med gode resultat medisinsk avstandsoppfølging gjennom Nasjonalt velferdsteknologiprogram.

Forprosjektet vil sjå nærare på kva for pasientgrupper og områder som er best egna for å ta i bruk medisinsk avstandsoppfølging. Sjølv om målbiletet er at avstandsoppfølging skal vere ein naturleg del av eit heilskapleg pasientforløp, er det viktig å skape suksesshistorier som motiverer til ytterlegare satsing. Erfaring frå andre land er at viktige suksessfaktorar er at framvekst av medisinsk avstandsoppfølging skjer gjennom eldsjeler i fagmiljøa, samstundes som at forankringa i leiinga er sterk.

Helse Vest IKT vil ha ansvar for å utvikle plattform for medisinsk avstandsoppfølging. Sjølv om deler av denne plattformen vil bli utvikla nasjonalt gjennom helsenorge.no og andre løysningar, vil det også måtte gjennomførast større satsingar og investeringar i Helse Vest på infrastruktur, integrasjonar og samhandlingsløysningar for pasient og behandlar. Derfor er ein viktig del av forprosjektet å sjå nærare på kost/nytte vurderingar for å kunne planlegge og forsvare investeringar i plattform.

Konklusjon

Gjennom det regional strategiske forprosjektet for medisinsk avstandsoppfølging er det nå ein heilskapleg satsing på medisinsk avstandsoppfølging/virtuelle helsetenester. Helse Vest IKT har tatt initiativet til dette forprosjektet og har ein viktig rolle i forprosjektet, spesielt i tilknytning til plattform for desse tenestane. Vi har derfor lykkast frå vår side med å auke fokus på dette området, og vi vil støtte helseføretaka og regionen i den vidare satsinga.

SAK 029-19

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Vest IKT AS
DATO: 10.04.2019
SAKSHANDSAMAR: Ørjan Andersen og Erik M. Hansen
SAKA GJELD: **Samanhengande forvaltning**

ARKIVSAK:
STYRESAK: Styresak 029/19 O

STYREMØTE: 25.04.2019

.....

FORSLAG TIL VEDTAK

1. *Styret tar saka til orientering.*

Oppsummering

Viser til styresak 035/18, Godkjenning av forretningsplan for Helse Vest IKT. Denne saka gir ein kort status for arbeidet som er utført så langt og forslag til plan for vidare oppfølging av forretningsplantiltak kap 11.7, «Samanhengande (helhetlig) forvaltning».

Fakta

Tiltaket «Samanhengande forvaltning» i Helse Vest IKT sin forretningsplan 2018 – 2019 har til hensikt å vidareutvikle vår evne til å sjå forvaltinga meir på tvers av ulike system og tenester og i større grad sikre at vi skal støtte opp om arbeidsprosessane til dei systema vi leverer forvaltning av.

Frå forretningsplanen:

Helse Vest IKT vil vidareutvikle ein meir samanhengande forvaltningsmodell som i større grad skal handtere behov på tvers av ulike system og tenester.

Ein framtidig samanhengande forvaltningsmodell må større grad støtte opp om arbeidsprosessane og informasjonsbehovet i verksemdene. Helse Vest IKT vil etablere eit utviklingsarbeid der vi mellom anna skal vurdere kva roller som skal inngå i forvaltninga, både generalistar og spesialistar.

Det må vurderast kva strukturelle endringar det er behov for i Helse Vest IKT si organisering for å bidra til at tenestene skal ha god kvalitet, vere kostnadseffektive og sikre god kommunikasjon internt og eksternt.

Grunnlaget for etablering av dette tiltaket i forretningsplanen var vurderingar og tilbakemeldingar om manglande samanheng på tvers av ulike system og tenester som vi forvaltar. Vi kan betre vår evne til å sjå felles problemstillingar på tvers av system og prosessar og styrke vår evne til å ta gode overordna val, samt sikre betre og meir koordinert kommunikasjon internt i Helse Vest IKT og ut mot dei ulike verksemdene vi leverar tenester til.

Helse Vest sine forvaltningsmodellar på ulike system- og prosessområder er utvikla gjennom mange år. Vi har etablert drift og forvaltning som eit resultat av dei mange store felles regionale systeminnføringane og vi har vidareført og tilpassa forvaltinga av den eksisterande systemporteføljen frå den gongen Helse Vest IKT blei etablert. I tillegg blir det løpande fasa inn og ut mange mindre system og tenester i tett dialog med helseføretaka, system som ikkje er ein del av den regionale systemporteføljen.

Vi har utvikla ein forvaltningsmodell som prøver å ta hensyn til både størrelse, kompleksitet og kritikalitet til det enkelte system. Hovudmengda av ressursinnsatsen blir styrt inn mot dei systema som sjukehusdrifta har størst behov for og vi byggjer opp intern forvaltningskapasitet og -kompetanse basert på dette. Dei største kliniske og administrative systema som Helse Vest IKT driftar stiller krav til god teknisk innsikt og prosesskompetanse for å løyse det utviklingsbehov og dei løpande driftsmessige problemstillingane som oppstår. Ei aukande mengde integrasjonar mellom fagapplikasjonane stiller også større krav til kompetanse for å sjå samanhengane mellom system og heilskapen i vår systemarkitektur. Ei god forvaltning krev med andre ord både breidde- og spisskompetanse.

Gjennom Helse Vest IKT sitt auka ansvarsområde og organisatoriske vekst dei siste åra er det behov for å vurdere korleis vi skal tilpasse våre forvaltningsmodellar, støtte meir opp om

eigarskapet og forvalting av prosessar, og utfordre vårt tradisjonelle fokus på drift av enkeltssystem og systemdomener.

Drøfting

Kartlegging av dagens situasjon

I denne forretningsplanperioden har vi gjennomført innleiande vurderingar og ei overordna kartlegging av korleis vi handterer drifta og forvaltinga av ulike system og tenester. Dette er diskutert i ulike leiarmøter og i fellesskap med alle leiarane på utvida leiarsamling. Vi har også fått resultat frå medarbeiderundersøkinga ForBetring, både i 2018 og 2019, som kan gi verdifulle innspel til vidareutvikling av vår organisering og handtering av forvaltingsansvaret.

Desse innspela peikar på fleire utviklingsområder i vår organisasjon som vi må gripe fatt i. Problemstillingane treff breitt i heile organisasjonen, men enkelte områder kan med fordel vidareutviklast i dialog mellom enkeltavdelingar og seksjonar. Dei tydelegaste områda og tilbakemeldingane der vi kan utvikle selskapet for å betre den samanhengande forvaltinga av system, tenester og prosessar, er desse:

- *Betre samhandling på tvers av organisasjonen.*
- *Behov for å revidere beskrivingane av rollar og ansvar mellom organisasjonseiningar og med helseføretaka for å reflektere dagens situasjon og sikre god etterleving*
- *Sjå samanhengar og auke prosessforståinga på tvers av system*
- *Sikre god informasjonsflyt, informasjonsdeling og dokumentasjon*
- *Styrke prosessen for overlevering frå prosjekt til forvalting/drift*
- *Rigge ei god rutine for etablering av nye tenester og utfasing av eksisterande system*
- *Tydeleggjera skilnader i forvaltingsnivå mellom ulike kategoriar system og tenester.*
- *Behov for gjennomgang av forvaltinga av enkelte etablerte tenester for å vurdere om vi må styrke eller endre måten desse er organisert*

Overgang frå system til prosess

Gjennom ein lengre periode har vi vurdert korleis vi i større grad skal utvikle forvaltinga meir i retning av å støtte arbeidsprosessane og ikkje berre ha eit systemfokus. Dei aller fleste applikasjonar som i dag blir nytta i Helse Vest er del av ein større samanheng, dei er gjerne tett integrerte med kvarandre og endringar ein stad i verdikjeda kan påverke oppsett og bruk på tvers mellom ulike system. Dette er tydeleg både i den kliniske og den administrative systemporteføljen.

Sjølv om vi skal bidra til å understøtte og vidareutvikle føretaka sine arbeidsprosessar, så har vi eit vesentleg arbeid igjen før vi klarer å etablere ei meir gjennomgåande organisering med både prosesseigarskap og prosessforvalting. Innanfor enkelte prosess- og systemdomener er denne utviklinga ganske moden, men vi er i startfasen på andre områder.

Nyleg har vi etablert ein forvaltingsorganisasjon som skal drifte og vidareutvikle prosessane som er etablert gjennom LIBRA-programmet. Dette området har ei gjennomgripande prosessorientering og prosjektet har organisert si systemleveranse og nye rollar basert på ulike verksemdsprosessar. Vi er no i startfasen av denne driftssettinga av LIBRA og vil bygge vidare på desse erfaringane til å utvikle våre forvaltningsmodellar av andre system og prosessområder.

Gjennom mange år er det også utvikle ei robust forvalting og ein regional styrings- og beslutningsmodell for Felles EPJ¹ som skal bidra til å sjå heilskapen innan behandling av helseopplysingar på tvers av system og føretak. Innføringar og endringshandtering blir handsama etter ein regional konsensusmodell og regionale føringar skal bidra til at vi ser samanheng mellom ulike system, informasjonselement og arbeidsprosessar.

Oppstartstidspunkt for gjennomgang og endring av forvaltingsstrukturen

Vår foreløpige kartlegging av forbetningsområder i forvaltinga i Helse Vest IKT har peika på fleire områder som er av svært ulik kompleksitet. Oppgåver som krev ei meir gjennomgåande analyse og potensielt store endringar på måten Helse Vest IKT blir organisert er krevjande å starte opp i den prosjekt- og driftsfasen vi er for tida. Prosjektporteføljen er i ein svært hektisk fase med mange store og viktige produksjonssettingar. Dette krev vesentleg innsats, både frå store delar av Helse Vest IKT i tillegg til representantar frå ulike systemeigarskap regionalt og lokalt. Om vi no startar eit større utviklingsarbeid for å etablere ei meir samanhengande forvalting, så har vi vurdert at risikoen blir for høg, både for leveransane til den totale prosjektporteføljen, det løpande driftsansvaret vi har, samt kvaliteten på utvikling av ein ny og betre forvaltingsmodell.

Vi vurderer også noverande tidspunktet som ikkje passande for å starte ein breiare overgang frå system til informasjons- og prosessforvalting. Erfaringane vi vil få i tida framover med oppstarten av LIBRA-forvalting kan danne eit betre grunnlag for nødvendige justeringar og deretter breidding av ein tilsvarende modell inn mot andre forretnings- og prosessområder.

Konklusjon

Etablering av forretningsplantiltaket «Samanhengande forvalting» viser at det er behov for å vurdere om dagens handtering av forvaltinga fungerer tilstrekkeleg innanfor dei ulike system- og prosessområda. Strukturen for forvalting av system er i stor grad basert på dei same rollebeskrivingane og organiseringa vi etablerte tilbake i 2010. Ansvarsområdet til Helse Vest IKT har auka betydeleg og bemanningsveksten og spesialisering innanfor ulike delar av IKT-drifta er tydelegare. Resultat frå medarbeidarundersøkinga ForBetring peikar også på behov for betre samhandling på tvers i organisasjonen, og tilbakemelding frå utvida leiarsamling i Helse Vest IKT påpeikar behovet for å revidere våre rolle og ansvarsbeskrivingar for å reflektere den utviklinga og dei endringane vi har vore gjennom dei siste åra.

Administrasjonen har vurdert at vi ikkje starter opp eit omfattande og gjennomgripande utviklingsarbeid av den totale forvaltingsmodellen i inneverande planperiode. Helse Vest IKT og resten av føretaksgruppa treng ytterlegare modning innan prosessforvalting før vi tek dette steget vidare til nye fagområder. Aktivitetsnivået i prosjektporteføljen er også svært høgt i 2019 og 2020, med mange viktige og krevjande produksjonssettingar.

I den gjenverande perioden av forretningsplanen vil vi fokusere på å forbetre og korrigere områder som er av mindre karakter som kan løysast i samarbeid mellom enkelte organisasjonseiningar internt i selskapet. Vi vil også rette inn spesifikke utviklingstiltak som oppfølging etter medarbeidarundersøkinga ForBetring, spesielt med tanke på samhandling på tvers mellom organisasjonseiningar. I tillegg vil starte eit arbeid med å revidere gjeldande rolle- og ansvarsdokument innan forvaltinga, slik at dette vil ta omsyn til den veksten og dei endringane som har skjedd i Helse Vest IKT dei siste åra.

¹ Felles EPJ er eit samlebegrep for dei system/løysingar som behandlar helseopplysingar i Helse Vest- Dette er informasjonssystem som er felles og i bruk i minst to helseføretak.