

Til: Styret ved Vestre Viken HF

Dato utsendt: 17. februar

Vår ref. Styresekretær

Møtetype: Styremøte
Møtedato: 24. februar 2025
Møtetid: Kl. 10.00 – 15.00

Møtested: Drammen, Grønland 32

PROGRAM **Behandling av styresaker**

Publikum og media som ønsker å være til stede i møtet, bes melde fra om dette til styresekretær innen søndag 23. februar (hilde.enget@vestreviken.no).

Ved forfall vennligst gi beskjed til:

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

Med vennlig hilsen
For styreleder Siri Hatlen

Hilde Enget

Saksnr.	Tid (tentativt) Type sak	SAKER TIL BEHANDLING
12/2025	10.00 5 min	Godkjenning av innkalling og saksliste Vedlegg: Innkalling og saksliste til styremøte 24. februar 2025
13/2025	10.05 5 min	Godkjenning av møteprotokoller 27. januar og 6. februar 2025 Vedlegg: 1. Foreløpig protokoll 27. januar 2025 2. Foreløpig protokoll 6. februar 2025 <i>sak 10 unntatt offentlighet</i>
14/2025	10.10 20 min	Virksomhetsrapportering pr. 3. tertial 2024 Vedlegg: 1. Virksomhetsrapportering pr. 3. tertial 2024 2. IKT tertialrapport NSD 3. tertial 2024 3. Bærekraftsplan statusrapport desember 2024
15/2025	10.30 15 min	Utkast styrets årsberetning 2024 – 1. gangs behandling Vedlegg: Utkast styrets årsberetning 2024
16/2025	10.45 15 min	Årsrapport 2024 fra Varslingsutvalget Vedlegg: 1. Årsrapport 2024 Varslingsutvalget 2. Mandat for varslingsutvalget
17/2025	11.00 30 min	Årlig melding 2024 Vedlegg: 1. Årlig melding for VVHF 2024 2. Brukerutvalgets uttalelse til Årlig melding 2024
	11.30 30 min	Lunsj – inkl. styrets egnevaluering
18/2025	12.00 40 min	Virksomhetsrapportering per 31. januar 2025 Vedlegg: Virksomhetsrapport pr. 31. januar
19/2025	12.40 60 min	Status nytt sykehus Drammen Vedlegg: Samlet plan statusrapport januar 2025
	13.40 15 min	Pause
20/2025	13.55 5 min	Oppnevning av nye medlemmer til brukerutvalget for perioden 2025-2027 Vedlegg: 1. Retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå i helseforetak
21/2025	14.00 20 min	Revisjonsrapport Omstilling og endringsledelse ved innføring av IKT-løsninger Vedlegg: 1. Oversendelse av revisjonsrapport 2. Revisjonsrapport 3 – 2024 Omstilling og endringsledelse ved innføring av IKT-løsninger
22/2025	14.20	Referatsaker 1. Revisjonsplan 2025 for Konsernrevisjonen HSØ

	0 min	<ul style="list-style-type: none"> 2. Styrets årsplan 2025 per februar inkl. pendingliste 3. Kunngjøring valg av ansattes representanter til styret i VVHF 4. Referat HAMU 4. februar 2025 5. Referat fra BU 21. januar
23/2025	14.20 5 min	Eventuelt
24/2025	14.25 25 min	Driftsorientering fra administrerende direktør
	14.50	Møteslutt

Dato: 17.02 2025
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Godkjenning av innkalling og saksliste

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	12/2025	24.02.25

Forslag til vedtak

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Drammen, 17. februar 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: 1. Innkalling og saksliste til styremøte 24. februar 2025

Dato: 17. februar 2025
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Godkjenning av møteprotokoller

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	13/2025	24.02.25

Forslag til vedtak

Styret godkjenner møteprotokoller datert 27. januar og 6. februar 2025

Drammen, 17. februar 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

- Vedlegg:
1. Foreløpig protokoll 27. januar 2025
 2. Foreløpig protokoll 6. februar 2025 *sak 10 unntatt offentlighet*

Saksbehandler: Hilde Enget

Møteprotokoll for styret i Vestre Viken

Møtested: Digitalt, teams
Dato: 27. januar 2025
Tidspunkt: Kl. 09.00 – 10.00

Følgende medlemmer deltok:

Navn	Funksjon
Siri Hatlen	Styreleder
Hans Tore Frydnes	Nestleder
George Harold Fulford	Styremedlem
Kari Fjelldal	Styremedlem
Robert Bjerknes	Styremedlem
Kristin Vinje	Styremedlem
Hege Mørk	Styremedlem
Gry Lillås Christoffersen	Styremedlem
Tom Roger Heggelund Frost	Styremedlem
Maria Josefsen Gundersen	Styremedlem
Toril Anneli Kiuru Morken	Styremedlem

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

Følgende fra administrasjon og ledelse møtte:

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

Styreleder Siri Hatlen ledet møtet og administrerende direktør la fram sakene.
Protokollfører: Hilde Enget.

I forkant av møtet orienterte administrerende direktør og direktør økonomi om at det pågår sluttforhandlinger i forbindelse med behandling av midlertidige parkeringsplasser ved nytt sykehus Drammen. Det vil være behov for et ekstraordinært styremøte i denne forbindelse, mest sannsynlig før 10. februar.

Sak 1/2025 Godkjenning av innkalling og saksliste

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 2/2025 Godkjenning av styreprotokoller fra 16. desember 2024

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret godkjenner møteprotokoller datert 16. desember 2024.

Sak 3/2025 Virksomhetsrapportering pr. 31. desember 2024 og foreløpig årsresultat 2024

Oppsummering av innhold

Foreløpig resultat for året 2024 er 173 MNOK, som er 73 MNOK mer enn den resultatprognose som ble lagt til grunn for investeringsbudsjett for 2025. Dette skyldes økt basistildeling på slutten av 2024 med 105 MNOK. Resultatet i desember måned er følgelig lavere enn forutsatt i tidligere prognose. Dette var ventet som følge av årsverksutviklingen i desember måned. Akkumulert resultatavvik mot budsjett er på 65 MNOK, og 71,8 MNOK korrigert for lavere vedlikehold over drift. Tilleggsbevilgningen på 105 MNOK som ble besluttet i desember styrker foretakets evne til å gjøre nødvendige investeringer. Endelig årsregnskap fremlegges for styret til behandling i mars måned.

Kommentarer i møtet

Styret takker for en god gjennomgang. Det er grunn til å glede seg over at flere områder viser en positiv utvikling og at det systematiske arbeidet innen ventetider gir resultater. Viktigheten av å rette innsats mot de mest sårbare gruppene og samarbeidet på tvers blant de somatiske klinikkene er noe styret støtter og ønsker å høre mer om. Styret ønsker en grundigere gjennomgang av resultater på Kongsberg sykehus i februar møtet.

Styret kommenterer at det blir viktig å følge ventetidsutviklingen i forbindelse med endring av sengepoststruktur på somatiske klinikker og omstillingen innen Psykisk Helse og Rus.

Styrets enstemmige

Vedtak:

1. Styret tar virksomhetsrapportering pr. desember 2024 og foreløpig årsresultat 2024 til orientering.

Sak 4/2025 Konsernrevisjonens undersøkelse om etterlevelse og oppfølging av nasjonale faglige råd

Oppsummering av innhold

Helsedirektoratet utarbeider nasjonale faglige retningslinjer på områder med behov for nasjonal normering. Dette skal sikre likeverdige helsetjenester og redusere uønsket variasjon i helsetilbudene.

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst gjennomførte høsten 2024 planlagt revisjon av implementering og oppfølging av nasjonale faglige retningslinjer i Vestre Viken HF. Hensikten med revisjonen var å undersøke hvordan foretaket jobber med innføring av nasjonale faglige retningslinjer innenfor områdene hjerneslag, multippel sklerose (MS) og diabetes hos voksne.

Konsernrevisjonen i HSØ v/ Tove Marie Farstad presenterte rapporten. Denne legges i admincontrol.

Kommentarer i møtet

Styret takker konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst for en god og informativ gjennomgang av revisjonsrapporten, og deres anbefalinger for det videre arbeidet. Styret imøteser at det lages en handlingsplan med tiltak, og ønsker å få en oppdatering i et styremøte i løpet av 1. halvår 2025.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret tar rapporten til etterretning. Styret er orientert om at administrerende direktør vil gjennomgå konklusjon og anbefalinger i det videre arbeidet med å iverksette nødvendige tiltak. Styret får en oppdatering i løpet av 1. halvår 2025.

Sak 5/2025 Status kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet – Rapport utvalgte kvalitetsindikatorer 2024

Oppsummering av innhold

Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren er førende for arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Forskriften skal gjennom å gi tydeligere og mer tjenestetilpassede krav bidra til å gi helseforetaket et godt verktøy for systematisk styring og ledelse, samt kontinuerlig forbedring. I kravet ligger det en plikt til å ha rutiner for systematiske gjennomganger av virksomhetens tjenester og resultater. Gjennomgangen skal identifisere de aktiviteter eller prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverk.

Kommentarer i møtet

Styret takker for presentasjonen og kommenterer at oversikten viser at VVHF har gode resultater på mange områder av vår kjernevirksomhet. Styret opplever det positivt at arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet prioriteres og er systematisert på en god måte, slik at det settes inn tiltak der det avdekkes forbedringsområder.

Styret kommenterer at det blir spennende å følge utviklingen innen pakkeforløp strålebehandling etter at det nye sykehuset i Drammen har etablert dette tilbudet.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret tar gjennomgang av status for arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet til orientering.

Sak 6/2025 Kjøp av tjenesteboliger på Blakstad

Oppsummering av innhold

Vestre Viken HF har en pågående prosess for salg av eiendommen Blakstad sykehus. På eiendommen eier stiftelsen Emma Hjort Boligselskap fire tjenesteboliger. Det er lagt til grunn at boligene står på festet tomt. For å kunne selge hele eiendommen Blakstad sykehus samlet, er det forhandlet frem en pris for utkjøp av boligene fra stiftelsen. Prisen baserer seg på innhentede takster fra begge parter. Anskaffelsen er ikke inkludert i foretakets investeringsbudsjett og legges derfor frem for styret for godkjenning.

Kommentarer i møtet

Ingen kommentarer.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Styret godkjenner kjøp av tjenesteboliger ved Blakstad sykehus Stiftelsen Emma Hjort Boligselskap.

Sak /2025 Eventuelt

Ingen saker.

Drammen 27. januar 2025

Siri Hatlen
styreleder

George Harold Fulford

Hans Tore Frydnes
nestleder

Robert Bjercknes

Kristin Vinje

Kari Fjelldal

Hege Mørk

Tom Roger H Frost

Toril A K Morken

Maria Josefsen Gundersen

Gry L Christoffersen

Dato: 17. februar 2025
Saksbehandler Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Virksomhetsrapportering for Vestre Viken pr. 3. tertial 2024

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	14/2025	24.02.2024

Forslag til vedtak

Styret tar virksomhetsrapport og risikovurdering pr. 3. tertial 2024 til etterretning.

Drammen 17. februar 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Administrerende direktør legger fram rapportering pr. 3. tertial i tråd med årshjulet for virksomhetsstyring. I hht. administrerende direktørs instruks skal tertialrapporteringen være en utvidet rapportering fra virksomheten og inneholder risikovurdering vedrørende måloppnåelse, status for tilsynssaker og redegjøre for kvalitet og pasientsikkerhet.

En oppsummering av kvalitet og pasientsikkerhet ble fremlagt for styret som egen sak i januar, sak 5/2025. Tertialrapporteringen per 3. tertial for virksomheten overlapper i stor grad med årlig melding, årsregnskap og styrets årsberetning, samt virksomhetsrapport pr. desember 2024 som også ble fremlagt for styret i januar, sak 3/2025. Denne saken gir følgelig kun en oppsummering på områder som ikke er dekket av annen rapportering. Dette omfatter status på risikovurdering og planlagte tiltak for å redusere risiko, tilsynssaker, samt status på realisering bærekraftsplan og prosjekter som inngår i foretakets kritiske portefølje. I tillegg gis en status og vurdering av tiltak knyttet til IKT-området for nytt sykehus i Drammen.

Saksutredning

Rapportering på virksomheten for 2024, herunder måloppnåelse i hht. lederavtaler og oppdrag og bestilling følger av årlig melding som fremlegges for styret i sak 15/2025.

Rapporteringen gjennom 2024 har vært innrettet etter hovedområdene i utviklingsplanen:

- Styrke brukermidvirkning og brukerstyring
- Skape trygge og helhetlige pasientforløp
- Styrke samhandling og nettverk
- Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi
- Sikre personell med rett kompetanse
- Sikre bærekraftig økonomi, herunder arealbruk, vedlikehold og utvikling av bygningsmassen

I tillegg rapporteres det tertialvis på miljøtiltak.

Oppsummering av 2024

Brukerne har gitt tydelige signaler om at foretaket må styrke innsatsen på økt digitalisering av tjenesten. Måltallene for video- og telefonkonsultasjoner for 2024 er ikke oppnådd, men det er en liten forbedring gjennom året. Videreutvikling av det virtuelle sykehuset vil bidra til økt digitalisering av helsetilbud til befolkningen, med vridning fra kalenderstyrt til behovsstyrt oppfølging og økt innsats for pasientbehandling der pasienten bor (hjemmesykehus).

Foretaket har gjennomgående gode resultater på nasjonale kvalitetsindikatorer, jf. styresak 5/2025 fremlagt i januar 2025. Det iverksettes tiltak på områder som krever forbedring. Innsatsområdene i 2025 vil rette seg spesielt mot fortsatt reduksjon i ventetidene og forbedring i resultatene for gjennomføring av pakkeforløp kreft innenfor anbefalt tid.

Samhandling med kommunene er også et viktig satsingsområde. Det ble høsten 2024 startet et prosjekt for å pilotere nye samhandlingsløsninger mellom Kongsberg sykehus og Kongsberg kommune, og dette arbeidet videreføres gjennom 2025. Det ble i desember tildelt rekrutterings- og samhandlingsmidler fra Helsefelleskapet Vest-Viken til prosjektet. I tillegg prøves det ut delte jordmorstillinger mellom Drammen og Lier kommune og Drammen sykehus innenfor fødsels- og svangerskapsoppfølging.

Bærekraftsplanen 2.0 har to viktige områder som omhandler samhandlingen internt i foretaket, spesielt mellom de somatiske klinikkene. Med støtte fra ressursteamet planlegges tiltak for økt standardisering i drift av sengepostene. I tillegg skal det utredes fag- og funksjonsfordelinger for fagområder som spenner over to eller flere klinikker (fra november 2025 overtas også Martina Hansen Hospital med aktivitet innenfor ortopedi og reumatologi) for å sikre best mulig

ressursbruk på tvers av klinikkene og sikre faglig bærekraft innenfor mindre og sårbare fagmiljø.

Foretaket har lyktes med å styrke forskningsområdet med avsetting av midler i tråd med økonomisk langtidsplan. Foretaket nærmer seg målet på 1% av samlet driftsbudsjett. I tillegg har VVHF utmerket seg i arbeidet med å ta i bruk innovative løsninger, der spesielt bruk av KI på radiologiområdet har fått stor oppmerksomhet. Foretaket bistår nå andre helseforetak i regionen med implementeringen.

Det er fortsatt stort potensiale for å forbedre arbeidet med uttak av gevinster når nye digitale systemer tas i bruk. Jf. sak 21/2025. Dette er også et innsatsområde i 2025. Implementeringen av DIPS Arena har vært utfordrende gjennom 2024. Det har vært flere driftsavbrudd og dette har påvirket klinikkens aktivitet og har vært oppfattet av de ansatte som krevende. Vestre Viken HF var tidlig ute med innføring av DIPS Arena på regional plattform, og implementering i de øvrige HF-ene i regionen medfører flere planlagte perioder med nedetid. I 2025 vil foretaket rulle ut Helselogistikk i forbindelse med innflyttingen i nytt sykehus i Drammen og bredding til de andre klinikkene vil skje suksessivt utover i 2026. Systemet innebærer endringer i arbeidsprosesser som skal bidra til bedre ressursbruk og derav gevinster.

Informasjonssikkerhet er et komplekst område i vår virksomhet og trusselbildet er økende. Det er derfor nødvendig med ytterligere opplæring og oppfølging av at tiltak iverksettes som forutsatt.

Året 2024 har vært preget av et fortsatt høyt sykefravær. Dette kommer til å bli et viktig innsatsområde i 2025 der kravet er å komme ned til 2019 nivået. Innsatsområdene i bærekraftsplanen retter seg spesielt inn på områder som bidrar til en bedre arbeidshverdag. Dette handler om oppgavedeling, introduksjon av nyansatte, herunder mottak og oppfølging av LIS-leger og innføring av mentor- og fadderordninger for flere yrkesgrupper, økt bruk av langvakter og fleksible arbeidstidsordninger, lederstøtte og opplæring. Omfang av volds- og trusselhendelser er økende, også innenfor somatikken. Opplæring i håndtering av hendelser, samt sikkerhetstiltak i sykehusene er viktig. Økt sikkerhet medfører imidlertid økte kostnader og krever at foretaket evner å sette av tilstrekkelige midler. Opplæringsaktiviteter pågår og videreføres.

De økonomiske resultatene i 2024 er ikke i tråd med målene. Det høye sykefraværet, kombinert med noe lavere aktivitet medfører avvik på lønnskostnader og inntektene. De ekstra bevilgningene som kom gjennom revidert nasjonalbudsjett og budsjettsalderingen på slutten av året bidra til at resultatet endte på 173 MNOK, 65 MNOK lavere enn budsjett.

Det er spesielt de somatiske klinikkene som ikke har oppnådd resultatmålene. Det pågår nå et utvidet samarbeid om tiltak som kan bidra til en samlet bedre ressursutnyttelse. Dette omfatter innføring av beste praksis i driftskonseptene for sengeposter, samt utredning av funksjonsfordelinger som kan styrke fagområdene og bidra til bedre ressursbruk. Dette vil også kunne påvirke investeringsbehovene utstyr. PHR og KMD har gjennom hele 2024 vist god utvikling og har levert resultater i tråd med eller bedre enn forventet. Bærekraftsplanen 2.0 er grunnlaget for en videre utvikling som sikrer en bærekraftig drift og økonomi de kommende årene. Utfordringen de nærmeste årene er å sette av tilstrekkelige midler til vedlikehold av bygg og investeringer.

Vestre Viken har levert i henhold til bestilling på området klima og miljø gitt i OBD for 2024, vedr. utslippsbaner. Måloppnåelse i 2024 på de nasjonale klima og miljømålene, ble innrapportert 10. februar og resultater vil bli publisert 3. mars 2025.

Vedlegg 1 oppsummerer status på planlagte tiltak for å redusere risiko innenfor hvert hovedområde, herunder tiltak som vil tas med videre inn i 2025. Rapporten angir vurdert risiko ved utgangen av året og oppsummeres nedenfor.

For 2025 er det to områder som vil ha særskilt fokus i rapportering og oppfølging av klinikkene – utvikling i ventetider og utvikling i de økonomiske resultatene. Bærekraftsplanen omhandler de viktigste satsingsområdene for å sikre forbedring på disse to primære målene. I tillegg har vi sekundære mål som også vil understøtte oppnåelse av de primære målene. Innretningen i rapporteringen i 2025 vil være i tråd med dette.

Eksterne tilsyn

En rekke eksterne instanser fører tilsyn med ulike deler av virksomheten. Helsetilsynet varslet i desember 2024 et tilsyn i Pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4A, bruk av tvang i somatikk. Tilsynet er svart ut og vi avventer tilbakemelding. Under gjennomgangen av tilsynet fremkommer det flere områder hvor foretaket må tydeliggjøre og forbedre rutinene.

I tillegg er det gjennomført egenrevisjonstilsyn fra statsforvalteren i Psykisk helse og rus.

Konsernrevisjonen har gjennomført revisjon av området legemiddelberedskap samt implementering og oppfølging av nasjonale faglige retningslinjer innen fagområdene diabetes hos voksne, multippel sklerose og hjerneslag. Resultatet ble fremlagt for styret i januar og det ble påpekt to hovedområder hvor vi må iverksette tiltak. Tiltaksplanen skal fremlegges for styret i mars.

Innenfor HMS-lovgivningen har det i 2024 vært gjennomført 18 eksterne tilsyn fra ulike tilsynsmyndigheter, herunder Arbeidstilsynet, Kommunalt Brannvesen, El-tilsynet og Direktoratet for Strålevern og Atomberedskap. Det ble gitt til sammen 9 avvik, hvorav 2 er lukket og de resterende er under arbeid.

Merknader og avvik som resultat av eksterne tilsyn blir fulgt opp i avvikssystemet Synergi. Handlingsplaner etableres og følges opp i henhold til foretakets prosedyrer.

IKT tertialrapport NSD

IKT-leveranser til NSD er fortsatt et kritisk område. Risikoen samlet sett vurderes til å være bedret siden forrige rapportering.

Status er forbedret i enkelte prosjekter siden forrige rapportering. I helselogistikkprosjektet rapporteres en bedre status for funksjoner knyttet til innsjekk/oppgjør radiologi og stråling, køhåndtering i ventesoner og ved styring av pasientflyt/ressurser. Helselogistikk delområde for mobilitet med stille sykehus og varsling ble flyttet fra regionalt prosjekt til byggprosjektet for å sikre leveransene til NSD. Dette har hatt positiv effekt og det forventes å få en bedring i risikonivå tidlig i 1.tertial 2025. Prosjekter for sporingssystem sterilsentral og sanntidslokalisering har også en forbedret status.

Risikoen er for funksjoner knyttet til mobil arbeidsflate som mottak av kritiske alarmer og internkommunikasjon bedret og vurderes til å komme under kontroll ved inngang til 1.tertial 2025. Innføring av mellomvare Atlas for legemiddelkjeden og innføring av regionalt multimediearkiv er fulgt med oppdaterte planer og justert ned på risiko nivå siden forrige rapportering.

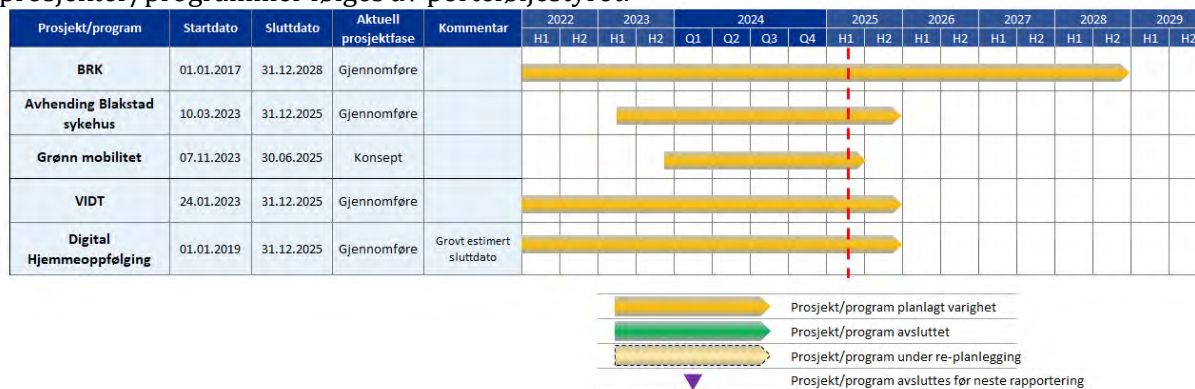
Det arbeides systematisk med oppfølging av økonomiske og pasientsikkerhetsmessige konsekvenser av forsinkelsene som har vært i leveranser over tid. Forsinkelsene øker økonomisk risiko for VV der installasjon og endringer er i fare for å bli skjøvet til etter innflytting.

Foretakets prosjekt- og programportefølje

Foretakets porteføljestyre avholder regelmessig møter, og prosjektkontoret sammenstiller og gjennomgår status i de prosjektene foretaket har vurdert som kritiske. Porteføljen omfatter prosjekter som griper inn i store deler av virksomheten, og som vil være kritiske for den videre utviklingen. Strategien for porteføljestyring i Vestre Viken er å aktivt styre strategisk viktige initiativer fra et helhetlig perspektiv, og sørge for at porteføljen som helhet er optimalisert med hensyn til usikkerhet og effektmål, og ikke minst tilgang på nødvendige ressurser.

Prosjektporteføljen skal understøtte realisering av Vestre Vikens Utviklingsplan 2035. Sammensetningen av porteføljen vurderes og oppdateres fortløpende. Prosjektene favner hele virksomheten, og kommer i tillegg til oppfølgingen av bærekraftsplanen. Sykefravær og andre ressursutfordringer forsinket etableringen av delporteføljene «Digital transformasjon» og «Intern service». Fra midten av november ble prosessen imidlertid intensivert. Porteføljekoordinatorer ble allokert, og en prosess for sammensetning av delporteføljer og kategorisering av prosjekter er påbegynt. Målet er å oppnå bedre innsikt, kontroll og styring som balanserer innsatsen mellom strategiske, taktiske og operasjonelle initiativer i områder med flest investeringsprosjekter. Beste praksis innen porteføljestyring, MoP-rammeverket (Management of Portfolios), skal anvendes for porteføljestyring på delporteføljenivå.

I 3. tertial 2024 var det ingen endringer i sammensetningen av porteføljen. Følgende prosjekter/programmer følges av porteføljestyret:



Sluttdataen for prosjektet Grønn mobilitet er oppdatert basert på en revidert tidsramme.

Initiativenes bidrag til å nå foretakets overordnede mål er uendret i forhold til det som ble rapportert i 2. tertial. Kolonnen «Total poengsum» illustrerer den totale poengverdien av effektene som hvert enkelt initiativ har på realiseringen av Vestre Vikens strategiske mål.

Skala			
Stor effekt	Moderat effekt	Ingen effekt	Negativ effekt
★ 2	+ 1	○ 0	■ -1

Strategisk mål	Total poengsum	BRK	Avhending Blakstad sykehus	Digital Hjemmeoppfølging	Vestre Vikens Digital Transformasjon	Grønn mobilitet
Styrke brukermedvirkning og brukerstyring	5	+	○	★	★	○
Skape trygge og helhetlige pasientforløp	5	★	○	+	★	○
Styrke samhandling og nettverk	6	★	○	+	★	+
Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi	4	○	○	★	★	○
Sikre personell med rett kompetanse	3	+	○	+	+	○
Sikre bærekraftig økonomi*	7	★	★	+	+	+
Bidra til realisering av Klima- og miljømål for spesialisthelsetjenesten 2022-2030**	7	+	+	★	+	★

* Sikre bærekraftig økonomi er ikke definert som strategisk mål i den oppdaterte VVHF strategi 2035. Men en bærekraftig økonomi er en viktig forutsetning til at andre strategiske mål kan oppnås.

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

Prosjekter og programmer i porteføljen bidrar mest til å realisere målene om «Bidra til realisering av Klima- og miljømål for spesialisthelsetjenesten 2022-2030» (7 poeng) og «Sikre bærekraftig økonomi» (7 poeng). Prosjektporteføljen har minst effekt på realisering av følgende mål: «Sikre personell med rett kompetanse» (3 poeng) og «Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi» (4 poeng). Det er imidlertid mange tiltak i bærekraftsplanen som bidrar til realisering av disse målene.

Matrisen under visualiserer status for de viktigste styringsparameterne pr. 31.12.2024:

Prosjekt/program	Område	Prosjekteier	Prosjektleder	Overordnet status	Kostnad / ressurser	Fremdrift	Omfang / kvalitet	Risiko	Gevinst-potensial
BRK	KIS	Lisbeth Sommervoll	Tom Darre Lybeck	⚠ →	◆ ↑	⚠ →	◆ →	⚠ →	⚠ →
Avhending Blakstad sykehus	KIS	Lisbeth Sommervoll	Irene Beheim	◆ →	⚠ →	◆ →	◆ →	⚠ →	◆ →
Grønn mobilitet	KIS	Kristin Fagerhaug	Gro Sølvberg-Øien	◆ ↑	◆ →	◆ ↑	◆ ↑	⚠ →	◆ →
VIDT	Teknologi	Robert Nystuen og Anders Debes	Thomas Iversen	⚠ →	◆ →	◆ →	◆ →	⚠ →	⚠ →
Digital Hjemmeoppfølging	Fag	Anders Debes	Kristine Kleivi Sahlberg	◆ →	◆ →	◆ →	◆ →	⚠ →	◆ →

→ Ingen endring
 ↑ Forbedring
 ↓ Forverring

Vestre Vikens Digital Transformasjon (VIDT)

Programmet VIDT er under restrukturering i forbindelse med etableringen av delporteføljen Digital transformasjon. De større, regionale mottaksprosjektene ble som følge av dette trukket ut av programmet og følges via egne styringsgrupper. VIDT-programmet skal samle prosjekter som kjennetegnes av brukernær utvikling og smidig gjennomføring.

Helselogistikk – Planlegging for bredning av helselogistikk i hele VVHF pågår. Målet er å gjennomføre implementeringen innen slutten av 2026. Sykehuspartners leveringsevner er imidlertid en kritisk risikofaktor i denne prosessen. Ressurssituasjonen på prosjektsiden er forbedret, noe som reduserer den interne risikoen knyttet til implementeringen. Arbeidet med gevinstrealiseringsplanen pågår.

LVMS og Digital Patologi – Løsningene ble satt i drift i slutten av november. Prosjektets avslutningsfase vil pågå fram til slutten av mars 2025.

Grønn mobilitet

Det ble gjennomført store strukturelle endringer i prosjektet Grønn mobilitet. Revidert mandat ble godkjent av Foretaksledelsen 26. november 2024. Prosjektet ble delt i to delprosjekter: delprosjekt Grønn mobilitet og delprosjekt Parkering. Delprosjektet Parkering starter når delprosjektet Grønn mobilitet er fullført. Prosjektplanen for 2025 ble oppdatert. Beslutning i

foretaksledermøtet ang. konsept for grønn mobilitet er planlagt 11. februar og beslutning ang. konsept for parkering er planlagt i uke 17/2025.

Digital Hjemmeoppfølging

Over 13 000 personer har nå blitt fulgt opp i det virtuelle sykehuset. Digital hjemmeoppfølging har nådd måltallene for 2024, med unntak av video og telefoni. Det er til sammen 52 DHO prosjekter under utvikling og i drift; 5 prosjekter i planlegging, 8 prosjekter under tjenesteutvikling, 7 prosjekter under implementering og 32 prosjekter er avsluttet og satt i drift.

Rapportering bærekraftsplan

Foretaket skal ha et betydelig løft i resultat fra ordinær drift de nærmeste årene. Bærekraftsplanen er det viktigste virkemiddelet for å få dette til.

Klinikker og staber arbeidet strukturert med sine respektive handlingsplaner for bærekraftig utvikling i 2024. Status på fremdrift, risiko og resultatoppnåelse ble rapportert månedlig. Sluttresultatet i 2024 ble imidlertid lavere enn planlagt, men prosessen knyttet til planlegging og oppfølging av tiltak i bærekraftsplanen ga Vestre Viken verdifull erfaring og læring. Denne erfaringen vil bli brukt i forbindelse med gjennomføringen av bærekraftsplanen i 2025.

Status per desember 2024 er som følger:

- Realisert gevinst ble 93,7 millioner kroner, som utgjør 65 % av den opprinnelig planlagte effekten på 145 millioner kroner, og 55 % av den oppdaterte planlagte effekten på 171,7 millioner kroner.
- PHR realiserte 24,7 millioner kroner. 24% mer enn planlagt.
- KMD realiserte 7,2 millioner kroner. 20% mer enn planlagt.
- Tiltakene knyttet til tiltaksområdet «Organisering og struktur» har gitt størst gevinst, 37,53 millioner kroner.
- 8,3 millioner kroner av den realiserte gevinsten er knyttet til NSD-relaterte tiltak.

En detaljert statusrapport for gjennomføring av handlingsplanen for bærekraftig utvikling er vedlagt.

Risikovurdering av måloppnåelse for 2024 pr. 3. tertial

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

Risikoområde	Vurdering plan 2024	Vurdering pr. 1. tertial 2024	Vurdering pr. 2.tertial 2024	Vurdering pr. 3. tertial 2024	Kommentar
Styrke bruker-medvirkning og brukerstyring	Moderat	Moderat	Moderat	Moderat	Samhandling med brukerne og tiltak for økt digitalisering av tjenesten i samsvar med brukernes forventninger.
Skape trygge og helhetlige pasientforløp	Betydelig	Betydelig	Moderat	Moderat	Ventetider viser positiv utvikling, særlig innenfor PHR-området, men også somatikken. Tiltakene i Ventetidsløftet videreføres i 2025. Pakkeforløp får økt oppmerksomhet og tettere oppfølging.
Styrke samhandling og nettverk	Moderat	Moderat	Moderat	Moderat	Positiv utvikling innenfor flere fagområder som i økende grad samhandler og standardiserer.

					Somatiske klinikker samarbeider om flere av tiltakene og understøttes av Ventetidsteamet.
Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi	Moderat	Moderat	Moderat	Moderat	Forsinkede IKT leveranser Komplekse systemer. Program VIDT fokuserer på tiltak som kan effektivisere arbeidsprosessene og ta bort plunder og heft. Planlegging av gevinster ved nye løsninger stilles som krav i oppstart av alle prosjekter. KI satsingen videreføres. Generelt høyt trusselbilde knyttet til informasjonssikkerhet. Tett oppfølging fra sikkerhetsfunksjonen i foretaket.
Sikre personell med rett kompetanse	Betydelig	Moderat	Moderat	Moderat	Vedvarende for sykefravær, redusert tilgang på kvalifisert personell, men flere virkningsfulle tiltak er godt i gang. Helhetlig og systematisk arbeid for å redusere sykefravær vil prioriteres høyt i 2025. Fortsatt arbeid med tiltak for å sikre fornuftig oppgavedeling, standardisering av prosesser, fleksible arbeidstidsordninger og oppfølging av nyansatte.
Sikre bærekraftig økonomi	Moderat	Betydelig	Betydelig	Betydelig	Forsinkede og manglende effekter av planlagte tiltak, høyt sykefravær, manglende midler til investeringer. Betydelig risiko knyttet til finansiering av fremtidige investeringer som følge av økt styringsramme for NSD. Videreutvikle internhusleiemodellen, prioriteringer i ØLP og tett oppfølging av tiltakene i bærekraftsplanen for å sikre resultatoppnåelse i tråd med budsjett eller bedre.
Miljøkrav	Moderat	Moderat	Moderat	Moderat	Måloppnåelse publiseres per mars 2025.

Administrerende direktørs vurderinger

Det økonomiske resultatet for 2024 ble vesentlig bedre enn antatt, som følge av tilleggsbevilgninger ved årets slutt. Dette bidrar til en styrket evne til å gjennomføre nødvendige investeringer. Resultatutviklingen i underliggende drift innenfor somatikken er imidlertid ikke i tråd med forventningene, og det er styrket innsats for å sikre forbedringer i løpet av 2025. Utviklingen i ventetidene viste gode resultater mot slutten av året, og vil være et høyt prioritert område i 2025.

Bærekraftsplanen 2.0, som styret behandlet i desember, redegjør for hvordan foretaket skal forbedre sine resultater, både på økonomi, kvalitet i pasientbehandlingen og for et bedre arbeidsmiljø for våre ansatte. Planen utvikles fortløpende med konkretisering av tiltak og viktige milepæler. Dette følges tett opp i klinikkene, og i administrerende direktørs oppfølging av klinikkene. Styret vil få rapportering på utviklingen i handlingsplanen og resultatoppnåelse tertialvis.

Prosjekt- og programporteføljen omfatter de større foretaksovergrepene som skal bidra til å understøtte en bærekraftig utvikling. På IKT området er det store avhengigheter til den regionale porteføljen og til Sykehuspartner.

Risikovurderingen peker på en moderat til høy risiko for at målene ikke vil oppnådd. Risikoreducerende tiltak blir derfor iverksatt. Flere tiltak som var planlagt i 2024 vil videreføres i 2025. Vurdering av risiko for å sikre måloppnåelsen i klinikkens lederavtaler og kravene i OBD for 2025 vil fremlegges for styret i mars 2025.

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

- Vedlegg:
1. Virksomhetsrapportering pr. 3. tertial 2024
 2. IKT Tertialrapport NSD 3. tertial 2024
 3. Bærekraftsplan statusrapport desember 2024

Vedlegg 1

Virksomhetsrapportering for Vestre Viken HF pr. 3. tertial 2024

Innholdsfortegnelse

Mål 2024 med risikovurderinger.....	2
1. Styrke brukermedvirkning og brukerstyring	2
2. Skape trygge og helhetlig pasientforløp.....	5
3. Styrke samhandling og nettverk	7
4. Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi.....	9
5. Sikre personell med rett kompetanse.....	12
6. Sikre bærekraftig økonomi.....	19
6.1. Areal – bruk, vedlikehold og utvikling	21
7. Klima og miljø (ISO14001)	27

Mål 2024 med risikovurderinger

Nedenfor følger statusrapportering, planlagte tiltak for å nå målene og vurdering av risiko knyttet til målene i utviklingsplanen. I tillegg kommer et kapittel om foretakets økonomi, herunder drift og utvikling av eiendommene, samt foretakets miljømål.

1. Styrke brukermedvirkning og brukerstyring

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

Etter pandemien har altfor mange pasienter stått på venteliste for utredning eller behandling. Det er flere grunner til at sykehusene ikke har klart å ta igjen etterslepet. Fortsatt for høy andel ikke-møtt, for kort planleggingshorisont og det at det i for stor grad fortsatt settes opp kalenderbaserte kontroller der en skjemasert kontroll burde redusert behovet for antallet kontrolltimer, er noen av årsakene til at vi ikke benytter kapasiteten på riktig måte.

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

Med brukerstyring menes i denne sammenheng at tilbudene skal være behovsstyrt, ikke kalenderstyrt som har vært tradisjonen. Blant annet gjennom bruk av teknologi og digital hjemmeoppfølging legges det til rette for økt bruk av behovsstyrt oppfølging.

Brukermedvirkning på systemnivå ivaretas gjennom Brukerutvalget og Ungdomsrådet. Brukermedvirkning tilstrebes ivaretatt på alle aktuelle områder, også utover de rent medisinske områdene. Blant annet er det brukermedvirkning ved utforming av arealer, som på nytt sykehus Drammen.

VVHF		Desember	Hittil i år
AKTIVITET - Telefon- og videokonsultasjoner - ANDEL	Resultat	12,7	11,6
	Plan	15,0	15,0
	Avvik	-2,3	-3,4
	I fjor	13,2	11,7

Risiko for ikke å oppnå målene

Det gjennomføres fortsatt fysiske konsultasjoner hvor en digital konsultasjon kunne vært tilbudt og/eller at digitale konsultasjoner kommer i tillegg til tradisjonell oppfølging av pasienter. Klinikene har ikke tilstrekkelig kapasitet til å sikre innføring i alle egnede forløp.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• Ved inngangen til 2025	3	3	Moderat
• Vurdering per 1.tertial 2025	3	3	Moderat
• Vurdering per 2. tertial 2025	3	3	Moderat
• Vurdering per 3.tertial 2025	3	3	Moderat

Prioriterte risikoreducerende tiltak	Forventet full effekt	Status
Innføre digitale brukerundersøkelser via SMS-lenke	1.3.2026	Helse Sør-Øst har tatt initiativ til å videreutvikle forbedringsundersøkelsen som benyttes i hele HSØ, til også å omfatte tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende. Dette vil gi oss muligheten til å sende ut undersøkelsen på SMS. Sykehuspartner vil ha ansvaret for undersøkelsen og vi er forespeilet oppstart 2026. For å kunne motta tilbakemeldinger frem til den regionale løsningen planlegges det i løpet av februar å lansere en midlertid løsning basert på QR kode. Lenke vil også være på www.vestreviken.no .
Vestre Viken-kortet og et nytt Ungdoms-kort	1.6.2025	Et Vestre Viken-kort er etablert for voksne. Det skal nå utvikles et ungdomskort i samarbeid mellom ungdomsrådene i Vestre Viken og Ahus.
Informasjon til pasienter om muligheten til å få konsultasjoner på telefon eller video.	1.4.2025	En informasjonskampanje rettet mot pasienter og pårørende i ventesonene på sykehusene skjer i samarbeid med Brukerutvalget, Ungdomsrådet, samhandlingsansvarlige på klinikkene og samhandlingslegene, og gjennomføres i februar-mars 2025. Formålet er brukerne skal informeres om muligheten for å etterspørre digital oppfølging slik at de kan etterspørre dette fra behandler i oppfølgingen.
Transformasjon av det virtuelle sykehuset	1.9.2025	Viser til omtale i Bærekraftsplanen 2.0
Midlertidig ressurs til målrettet innsats for økning av bruk av videokonsultasjoner	1.5.2025	Det er gjort fremstøt for å gjøre en midlertidig ansettelse, dette har tatt tid grunnet vansker med å skaffe vikar. Vi ser på andre løsninger om det kan løses ved bruk av andre ressurser fra stab.

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

2. Skape trygge og helhetlig pasientforløp

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

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

VVHF		Desember	Hittil i år
KVALITET - Kreftbehandling: Pakkeforløp gjennomført innen definert forløpstid - ANDEL	Resultat	0	61
	Plan	70	70
	Avvik	-70	-9
	I fjor	63	70
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avviklet Somatikk - DAGER	Resultat	69	77
	Plan	65	65
	Avvik	4	12
	I fjor	74	73
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avviklet PHR - DAGER	Resultat	35	42
	Plan	40	40
	Avvik	-5	2
	I fjor	40	46
KVALITET - Overholdelse av pasientavtaler - ANDEL	Resultat	87	85
	Plan	95	95
	Avvik	-8	-10
	I fjor	88	87
AKTIVITET - Avslag BUPA - ANDEL	Resultat	12,0	11,6
	Plan	10,0	10,0
	Avvik	-2,0	-1,6
	I fjor	16,3	17,5

Risiko for ikke å oppnå målene

Økt ventetid for helsehjelp med økt sykkelighet for pasienter/brukere dersom vi ikke får til å øke kapasiteten. Uønsket variasjon og manglende standardisering mellom klinikkene. Økte kostnader for bemanning. Inntektssvikt som følge av redusert ø-hjelp og elektiv drift.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• Ved inngangen til 2024	4	3	Betydelig
• Vurdering per 1.tertial 2024	4	3	Betydelig
• Vurdering per 2. tertial 2024	3	3	Moderat
• Vurdering per 3.tertial 2024	3	3	Moderat

Prioriterte risikoreduserende tiltak	Forventet full effekt	Status
Gjennomføre minst to fagrevisjoner på utvalgte (risikobasert) områder årlig.	01.04.2025	Det er i perioden fra november 2023 til desember 2024 gjennomført klinisk fagrevisjon <i>Bruk av kirurgi ved degenerative meniskrupturer</i> på fire somatiske lokasjoner og henvisninger og vurderinger av voksne pas. til CT hode ved Bærum og Drammen. Identifisere nye risikoområder for 2025/2026 innen 01.04.25.
Øke intensivkapasitet, fleksibilitet: - Opplæringstiltak for å kvalifisere personell til å håndtere intensivpasienter, oppgavedeling. Gjennomføre strukturelle grep for å øke fleksibilitet og kapasitet	31.06.25	Videreføre og fullføre arbeidet med å øke intensivkapasiteten i henhold til oppdrag gitt fra HSØ RHF i 2023/2024. Bygge på rapport levert HOD desember 2022 samt regional rapport fra våren 2023. Det er etablert døgnkontinuerlig, legebemannet ambulanse for transport av syke nyfødte og intensivtransport mellom klinikkene. Dette gir økt mulighet for å utnytte samlet intensivkapasiteten mellom klinikkene. Arbeidet med økt kapasitet gjennom økt fleksibilitet har ikke hatt ønsket fremgang og frist for gjennomføring må forskyves.

Implementere metodikk «kloke valg» for å redusere overbehandling og unødvendig ressursbruk	31.12.2025	Informasjon om “kloke valg” er del av introduksjonsprogram for LIS1 fra 2024. Det må gjennomføres et systematisk arbeid for innføring av Kloke valg i øvrige aktuelle fagområder for VVHF i samråd med samhandlingslegene.
Ventetidsløftet 2024-2025	31.12.2025	Videreføre arbeidet med Ventetidsløftet for varig økt kapasitet.
Økt planleggingshorisont for poliklinisk aktivitet	31.12.2025	Viser til Bærekraftsplanen 2.0 og Ventetidsløftet for arbeid med økt planleggingshorisont, etablering av oppgaver i GAT og innføring av integrasjon mellom GAT og DIPS Arena.
Tettere oppfølging av pakkeforløp/pakkeforløpseiere	01.06.25	Det er tilført økte ressurser til oppfølging av pakkeforløpene fra stab Medisin og helsefag. Det etableres nå en systematisk oppfølging av pakkeforløp hvor det er manglende måloppnåelse. Regelmessige møter med pakkeforløpseiere og interessenter som kan representere flaskehals og kapasitetsutfordringer.

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

3. Styrke samhandling og nettverk

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

Samhandlingsarenaer og faglige møteplasser med kommunene skal videreutvikles i helsefellesskapet.

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

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

Risiko for ikke å oppnå målene

Uønsket variasjon i innretning av pasientforløp, samt forbruksrater og resultater av behandlingen ved foretakets klinikker. Ulik arbeidsbelastning og unødvendig merbelastning på fast personell. Økte kostnader.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• Ved inngangen til 2024	3	3	Moderat
• Vurdering per 1.tertial 2024	3	3	Moderat
• Vurdering per 2. tertial 2024	3	3	Moderat
• Vurdering per 3.tertial 2024	3	3	Moderat

Prioriterte risikoreducerende tiltak	Forventet full effekt	Status
Helhetlig ambulansetjeneste i VVHF	Innen sommeren 2025	Pågående regional utredning for organisering av prehospitaltjenester, planlagt sluttført i løpet av 3. tertial 2024, men forsinket.
Etablere tverrgående fagråd mellom klinikkene for å øke ressursutnyttelsen på tvers samt samarbeid om faglige spørsmål og standardisering.	01.06.2025	Allerede etablert fagråd innen ortopedi og svangerskapsomsorg. Utvide med flere fagområder. Det er påstartet arbeid for beslutning omkring innretning og roller/ansvar/mandat/ oppgaver.
Urologi: overføre leger (LIS og overleger) ved Ringerike sykehus til Bærum. Dette for å beholde utdanningsstatus samt redusere effektene av et lite og sårbart fagområde på Ringerike sykehus.	30.06.25	Arbeidet ble påbegynt september 2024, det faglige ansvaret og legerressursene er nå overført til Bærum. Videre prosess vil omfatte vurdering av overføring av aktivitet fra Ringerike til Bærum for å opprettholde kapasitet og konsolidere fagmiljøet.
Urologi: Sikre faglig bærekraft og hensiktsmessig organisering og ressursbruk på tvers i foretaket.	31.12.25	Gjennomføre en prosess i samråd med tillitsvalgte og vernetjenesten for å gjennomgå faglig bærekraft som involverer hele urologi-miljøet i VV.
Nytt tiltak: Felles henvisnings- og ventetidsadministrasjon innenfor fagområder som har aktivitet som spenner over to eller fler klinikker/lokasjoner.	01.09.25	Påstartet forberedelser til å gjennomføre en pilot på felles henvisnings- og ventelisteadministrasjon innenfor gynekologi/svangerskap mellom Drammen sykehus og Kongsberg sykehus. Erfaringene fra

		piloten vil danne grunnlag for utbredelse innenfor øvrige aktuelle fagområder i VV.
--	--	---

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

4. Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi

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

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

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

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

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

En sentral aktivitet for å undersøke akseptabel risiko og etablerte sikkerhetsmål for informasjonssikkerhet er å gjennomføre kontroller av om iverksatte tiltak eller prosesser fungerer etter hensikten. En konkret og enkelt metode for å utføre kontroller er å foreta stikkprøver innenfor konkrete og avgrensede områder. Ifm. Gjennomført stikkprøvekontroll ble rettet mot Sykehuspartner og internt i Vestre Viken. Det er avdekket funn i stikkprøvekontrollen som ble rettet internt i Vestre Viken som krever tiltak. Negativt funn omhandler tydeliggjøring av roller, ansvar og oppgaver for håndtering og oppfølging av risikoer i risiko- og sårbarhetsvurderinger. Ansvar for oppfølging av funn er lagt til Teknologi og systemeierforumet.

Risiko for ikke å oppnå målene

Innovasjon/forskning: Antall kliniske behandlingsstudier når ikke årlig mål om prosentvis økning. God aktivitet på innovasjon.

Digitalisering – Ta i bruk teknologi:

Forsinkelser i prosjekter og vedtatte investeringer resulterer i senere gevinstuttak.

Digital kompetanse og modenhet til å ta i bruk teknologi på nye måter og flere områder.

Manglende oppfyllelse av krav definert i IKT-styringssystem og systemeiers ansvar for forvaltning og utvikling.

Informasjonssikkerhet:

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

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• Ved inngangen til 2024	2	3	Moderat
• Vurdering per 1.tertial 2024	3	3	Moderat
• Vurdering per 2. tertial 2024	3	3	Moderat
• Vurdering per 3.tertial 2024	3	3	Moderat

Prioriterte risikoreduserende tiltak	Forventet full effekt	Status
Program Vestre Viken digital transformasjon (VIDT)	30.12.2025	Programmet VIDT restruktureres. Programmet har rettet fokus på raskere læring og en metodikk for brukernær digital utvikling. Digital medarbeider og automatisering av prosesser, samt anvendelse av utviklingsplattformer for å løse plunder heft er i fokus. Dette for å raskere komme i gang med tiltak som forbedrer brukeropplevelsen for medarbeidere og pasienter, samt løser plunder og heft.
Ferdigstille system for oppfølging av risiko- og restanserrapportering ifm risikovurderinger for informasjonssikkerhet	30.06.2025	Registeret er forsinket som årsak av utvikler har avsluttet sitt arbeidsforhold i Vestre Viken. Ny ansatt har nå startet arbeidet med ferdigstillelse av rapporteringssystemet for risiko- og restanser
Etablere delportefølje Digital transformasjon i Vestre Vikens portefølje	31.12.2024	Delporteføljen etablert er etablert. Formål er å sikre fremdrift og prioritering av tiltak knyttet til realisering av gevinstpotensiale i henhold til bærekraftsplan 2.0.
Etablere systemeierforum	29.05.2025	Følges opp videre i 2025, med plan for oppdatering av rolle og ansvarsbeskrivelser som del av styringssystem IKT.
Strategisk dialog med legemiddelindustri	01.06.2025	Det gjennomføres dialogmøter med de større legemiddelselskapene gjennom Testbed, for å øke kjennskap til Vestre Viken HF, samt gjøre kjent hva vi kan tilby og tilrettelegge som samarbeidspartner.
Ressurser til studiepersonell/koordinator i klinikkene	01.06.2025	Det avsettes ressurser til deltidsstillinger til studiepersonell/koordinatorer i alle klinikkene for å støtte opp om kliniske studier.

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

5. Sikre personell med rett kompetanse

Pasientens behov skal være styrende for fremtidens kompetanseutvikling og kompetansesammensetning. Vestre Viken skal være en faglig attraktiv arbeidsplass med tilbud om utviklingsmuligheter og faglige karriereveier for alle yrkesgrupper. Det observeres økende turnover og frafall fra helsetjenesten, særlig innenfor områder med høy aktivitet gjennom hele døgnet og uka. Medarbeidere etterspør i økende grad fleksibilitet i arbeidslivet, og er opptatt av balanse mellom jobb og fritid i livets ulike faser. Arbeidstidsordninger, teamarbeid og oppgavedeling skal tilpasses nye arbeidsformer. Det ble gjennomført utprøving av langvakter ved 20 enheter gjennom sommeren 2024. Langvakter ble videreført i høstturnusen ved 21 enheter. Ordningen evalueres ved hjelp av ekstern bistand fra Oslo Economics. Rapport vil foreligge i februar 2025.

Helseforetaket skal ta i bruk ny kunnskap og nye arbeidsmetoder som bidrar til sikker og virksom pasientbehandling. Det er gjennomført en pilot med bruk av kunstig intelligens i turnusplanlegging ved Medisin 1 på Drammen sykehus. Videre arbeid med å innføre automatisering og/eller bruk av kunstig intelligens i turnusplanlegging, vil skje i regi av Helse Sør-Øst RHF. Vestre Viken HF er klare til å bidra i arbeidet, og ønsker å være i gruppen av de første som tar i bruk løsningen når den er på plass.

Et helsefremmende arbeidsmiljø med trygge ansatte som opplever mestring i arbeidsdagen gir bedre behandling og pasientsikkerhet. Psykologisk trygghet og et godt arbeidsmiljø er en av faktorene for å beholde kompetanse og lykkes med nødvendige omstillingsprosesser. Utdanning av helsepersonell for å dekke fremtidens kompetansebehov skal skje i samarbeid med utdanningsinstitusjonene. Vestre Viken skal ha en ledelseskultur som er preget av åpenhet og forbedring.

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

Risiko for ikke å oppnå målene

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

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• Ved inngangen til 2024	4	3	Betydelig
• Vurdering per 1.tertial 2024	4	3	Betydelig
• Vurdering per 2. tertial 2024	4	3	Betydelig
• Vurdering per 3.tertial 2024	4	3	Betydelig

Prioriterte risikoreducerende tiltak	Forventet full effekt	Status
Iverksette tverrfaglig gruppe for strategisk kompetansestyring og forbedre styringsdata for oppfølging av kritisk kompetanse.	31.12.2025	Påbegynt, men det har ikke vært kapasitet til å prioritere dette høsten 2024. Arbeidet restartes i løpet av 1. tertial 2025.

<p>Arbeide systematisk med oppgavedeling.</p>	<p>31.12.2025</p>	<p>Det er utarbeidet en overordnet retningslinje i eHåndbok for system og rammer rundt arbeidet med oppgavedeling i samarbeid med tillitsvalgte og vernetjeneste.</p> <p>Flere tiltak er iverksatt. Øyeavdelingen ved Drammen sykehus drifter sin operasjonsaktivitet nå også med bruk av helsesekretærer. Ved samme avdeling har sykepleiere fått selvstendige oppgaver knyttet til enkelte pasientforløp som tidligere ble håndtert av leger. Dette gir økt kapasitet. I Akuttmottaket ved Drammen sykehus har helsesekretærer overtatt sykepleieroppgaver knyttet til frakturklinikk. Ved Ringerike sykehus er det gjennomført sertifisering av helsefagarbeidere ved sengetun ved bruk av målinger, evaluering og systematisk opplæring. Intern service har overtatt portørtjenester fra klinikk for Medisinsk diagnostikk ved Ringerike sykehus, og ved Kongsberg sykehus er det overført oppgaver med varebestilling og påfylling fra operasjonssykepleiere til logistikk.</p> <p>Flere seksjoner har deltatt i oppgavedelingsprosjekt i regi av Helse Sør-Øst RHF. Ved fødeseksjonen ved Drammen sykehus er det oppgavedeling mellom jordmor, barnepleier og helsefagarbeider. 86% av barnepleierne og 100% av helsesekretærene har fått opplæring i oppgaver som er egnet for oppgavedeling.</p> <p>Kompetanseplanen "VV Teamledelse i Vestre Viken" er tildelt nesten 1600 stillinger. Ved utgangen av året har 42 % fullført opplæringen, og det arbeides videre i 2025 for å øke gjennomføringsgraden.</p>
---	-------------------	---

		<p>Flere seksjoner har deltatt i oppgavedelingsprosjekt i regi av Helse Sør-Øst, og har fått tildelt midler gjennom TØRN-programmet. Ubenyttede midler er godkjent overført til 2025, og arbeidet videreføres.</p> <p>To team i Vestre Viken HF deltar i pilot del 2 i Læringsnettverk som del av Tørn-programmet i Helse Sør-Øst.</p>
Forbedre systemer og strukturer for HMS i virksomhetsstyringen, og styrke lederes kompetanse innen forebyggende HMS-arbeid og arbeidsmiljø.	31.12.2024	Sjekkliste HMS-runden er oppdatert og digitalisert i 2024. Bistand og opplæring til ledere og kvalitetsrådgivere innen risikovurderinger og forebyggende HMS-arbeid er gjennomført og videreføres. Forbedring av HMS-tematikken i virksomhetsstyringen pågår. HMS-årsrapporter for klinikkene med årsrapportering, overordnet risikobilde og tilhørende tiltak er utført for 2023 og 2024.
Iverksette tiltak fra utredningen av jordmørsituasjonen fra den partssammensatte arbeidsgruppen.	31.12.2024	Arbeidet tar lengre tid enn opprinnelig planlagt. Føde/-barsel området utredes nærmere i samarbeid med klinikkene og avdelingene. Den nye nasjonale retningslinjen for føde- og barselområdet, utgitt i mai 2024, implementeres, og medfører endringer i seleksjonskriteriene for differensiert fødselsomsorg.
Iverksette elektroniske sluttundersøkelse til alle som slutter i VV og følge opp resultatene med konkrete tiltak. Formål: samle inn informasjon som kan gjøre helseforetaket bedre rustet til å beholde og rekruttere medarbeidere	31.08.2025	Sluttundersøkelsen sendes ut til alle som slutter helt i foretaket. Per 1. februar 2025 er svarprosenten 40% (av 675 utsendte spørreskjemaer har 268 valgt å svare). Resultatene er fremlagt i HAMU og i medvirkningsmøter med FHTV og FHVO. Fra februar 2025 sendes undersøkelsen ut til ansatte på et tidligere tidspunkt - 7 dager før ansatte har sin siste arbeidsdag, noe som forventes vil gi flere svar.
Iverksette tiltak for å sikre god onboarding for nyansatte medarbeidere	30.04.2025	En handlingsplan vil utarbeides i løpet av 1. tertial 2025. Det er viktig å øke svarprosenten ved sluttundersøkelsen for å sikre et godt underlag for tiltakene.
Iverksette mentorprogram for ledere	31.12.2025	Det er siden oppstart i 2023 gjennomført to kull av mentorprogram for ledere. Til sammen har nå 26 mentorpar

		gjennomført programmet. Det er gode tilbakemeldinger fra både mentorer og adepter når det gjelder nytteverdi for utøvelsen av lederrollen.
Aktiv og målrettet bruk av digitale medier og sosiale plattformer ved rekruttering til ledige stillinger	31.12.2025	Det benyttes i utstrakt grad henvisningsannonser på sosiale medier. Tilbakemeldingene på dette har vært gode, og er en profilering av foretaket som vi håper fører til flere jobbsøkere. Samordning av utlysninger for flere poster samt økt støtte til ledere fra HR er igangsatt, og har så langt fått positive tilbakemeldinger fra linjer. Dette er planlagt i økt grad utover i 2025, og skal sørge for at rekrutteringen opplever med profesjonell - både for søker og de som rekrutterer. Påbegynt arbeidet videreføres i 2025.
Iverksette arbeid med systematisk kompetanseheving og kvalifisering av medarbeidere til nye oppgaver ifbm. oppgavedeling	31.12.2025	Pågår i klinikkene. Se eksempler over i fm. Rapportering på OBD styringsbudskap. Videre arbeid med kvalifisering til oppgavedeling fortsetter i 2025.
Nytt oppsett for opplæringstilbud innen vold og trusler i somatiske klinikker	30.06.2025	Pilotering av MAP-somatikk er gjennomført og plan for opplæring i 2024 er fulgt opp. Prosedyre for opplæring vold og trusler ble oppdatert i januar 2024, og opplæring ihht. risikonivå i den enkelte seksjon/avdeling pågår. HAMU har sendt bestilling til alle klinikkens AMU om å følge opp risikovurderinger vold og trusler, samt tilhørende planer for opplæring i 2025.
Pilot av 2-årig traineeprogram for helsefagarbeidere som har gjennomført lærlingeløp i VV	30.06.2026	Tiltaket utsettes pga. at det må jobbes mer med forankring og forberedelse før iverksetting.
Felles internundervisning for LIS i alle fag på tvers av lokasjoner i VV	31.12.2025	Felles internundervisning utvides i takt med at fagmiljøene tar i bruk teams. Følgende fag har nå felles internundervisning på tvers av lokasjon; ortopedi, pediatri, onkologi, gyn/føde, radiologi, lunge, psykiatri, rus og avhengighetsmedisin, infeksjon og akutt- og mottaksmedisin. Arbeidet med implementering for flere fag fortsetter i 2025.
Mal for overordnet utdanningsplan for leger i spesialisering er utarbeidet og godkjent	31.12.2024	Det jobbes med å implementere utdanningsplaner i alle fag VV utdanner innen (33 fag). Utdanningsavdelingen støtter

		<p>prosessen, og implementering av utdanningsansvarlig overleger øker gjennomføringshastighet på arbeidet.</p> <p>Det ble gjennomført oppstartsamling for Utdanningsansvarlige overleger i foretaket 30.10.2024.</p>
Pilot gruppeveiledning for psykologisk trygghet utarbeidet i samarbeid med Villa Sana og Legeforskningsinstituttet	31.10.2025	<p>Pilot inkluderer alle klinikker. Egne overleger deltar som ko-veiledere for å nedarve kompetansen slik at vi kan implementere tematikken inn fast i vår LIS-utdanning.</p> <p>Det gjennomføres instruktørsamling våren 2025 med Karin Rø og Ingunn Amble (Villa Sana) for å styrke veilederkompetansen og planlegge harmonisering inn i gjeldende rigg for gruppeveiledning. Planlegger overføring fra prosjekt til drift i klinikkene høst 2025.</p>
Pilotere fadderordning for LIS i medisinske avdelinger	31.12.2025	<p>Pilot med implementering av fadderordning for LIS etter mal fra Sykehuset Vestfold. Tilskudd fra HSØ. Felles oppstartsseminar med fadderansvarlige LIS fra alle klinikker ble gjennomført 4. september 2024. Implementeringen gjennomføres som et forbedringsarbeid med prosess støtte fra Team kontinuerlig forbedring. UiO-siste-års studenter gjør sin KLOK-oppgave i tilknytning til forbedringsarbeidet for å finne oppdatert kunnskapsgrunnlag og sikre spirallæring gjennom utdanningens ulike deler. Fadderordningen spres til øvrige fag gjennom 2025/2026.</p>
Samarbeid med UiO for spirallæring i kvalitet og forbedringsarbeid i helsetjenesten. Utprøving av verktøy for kompetansevurdering i LIS-utdanningen.	31.12.2025	<p>VVHF samarbeider med UiO og siste års medisinstudenter som via sin KLOK-oppgave kobles opp mot LIS forbedringsarbeid for spirallæring. Studentene gjør «første etappe» og finner frem til kunnskapsgrunnlag for relevant tematikk i LIS forbedringsarbeid. LIS prøver ut endring i praksis. Våren -24 var tema validerte vurderingsverktøy for formativ kompetansevurdering i LIS-utdanningen. Høsten-24 var tema fadderordning og god onboarding. Vinter -25 er tema kloke valg i billediagnostikk.</p>
Utprøving av modeller for økt fleksibilitet i arbeidstidsordninger	31.12.2024	<p>Utprøving av arbeidsplaner med langvakter pågår i somatikken. 21 piloter i 2. og 3. tertial. Evaluering med bistand av ekstern</p>

		konsulent (Oslo Economics) startet opp i august. Det er bl.a. gjennomført spørreundersøkelse og dybdeintervjuer. Rapporten skal være ferdig innen utgangen av februar 2025.
Interne kurs i endringsledelse	31.12.2025	Det gjennomføres interne kurs i endringsledelse etter ADKAR-modellen for ledere og ressurser som skal støtte ledere i gjennomføring av endringsprosesser. Siden oppstart har ca. 250 ledere og fagressurser deltatt på kurset.
Temasamlinger for ledere	31.12.2025	Det videreføres ½ dags temasamlinger for ledere som startet opp høsten 2024 etter inspirasjon fra Sykehuset i Vestfold. Målgruppe er alle ledere. Samlingene inneholder faglige innledninger etterfulgt av refleksjon og dialog med andre ledere. Temasamlingene gjennomføres fire ganger årlig.
Utprøving med bruk av kunstig intelligens innen arbeidsrett	30.04.2025	Pilot i perioden mai til desember 2024. 20 pilotbrukere i klinikk og sentral stab. Pilot vurderes videreført i 2025.
Opplæring for ledere sykefraværsoppfølging	31.12.2025	Vestre Viken har vært pilot i ny modul for sykefraværsoppfølging i Personalportalen. Tiltaket er iverksatt og mange ledere har allerede deltatt på kurset. Nytt webinar om "Generell sykefraværsoppfølging" er utviklet og tilbys ledere. Planlegges gjennomført 5 ganger i 2025. Videre er det laget kompetanseplan for sykefravær for ledere og ansatte som kan tildeles i Kompetanseportalen. Her får ledere og ansatte en helhetlig oversikt over rettigheter og plikter i forbindelse med sykefravær, tilgang til informasjonfilmer fra NAV mv. Disse ble gjort tilgjengelige i 3. tertial 2024. Så langt er det mottatt gode tilbakemeldinger fra leder og ansatte.

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

6. Sikre bærekraftig økonomi

Økonomistyring

En drift der kostnadene er høyere enn inntektene er ikke bærekraftig på sikt. Plan for bærekraftig utvikling ble behandlet av styret i august og september 2023 og ble fremlagt i revidert versjon for styret i desember 2024. Bærekraftsplanen er foretakets viktigste satsing for å sikre en bærekraftig økonomi de kommende årene.

VVHF		Desember		Hittil i år	
ØKONOMI - Driftsresultat - TNOK	Resultat	93 070		172 671	
	Plan	19 833		238 000	
	Avvik	73 237		-65 329	
	I fjor	-25 634		23 251	
HR - Brutto Månedsverk - ANTALL	Resultat	8 352		8 231	
	Plan	8 041		8 088	
	Avvik	-311		-143	
	I fjor	8 189		8 109	
AKTIVITET - DRG-Poeng Somatikk - ANTALL	Resultat	10 096		122 505	
	Plan	9 707		124 756	
	Avvik	389		-2 251	
	I fjor	9 414		120 383	
AKTIVITET Voksenpsykiatri og rusbehandling - Polikliniske konsultasjoner - ANTALL	Resultat	11 849		163 367	
	Plan	12 579		170 798	
	Avvik	-730		-7 431	
	I fjor	11 270		166 797	
AKTIVITET Barne- og ungdomspsykiatri - Polikliniske konsultasjoner - ANTALL	Resultat	7 404		98 318	
	Plan	7 382		102 008	
	Avvik	22		-3 690	
	I fjor	6 066		95 499	

Investeringer

Det er foretatt investeringer på til sammen 301,5 MNOK i 2024, målt mot et investeringsbudsjett på 365 MNOK og 154 MNOK overført fra tidligere års investeringsbudsjetter. Det store avviket mellom rammer tilgjengelig for investering og faktisk pådratt skyldes at flere investeringer går over lengre tid og den likviditetsmessige belastningen kommer dermed senere. Investeringsbudsjettene sikrer at foretaket har fullmakt til å inngå forpliktelser om leveranser.

Det er i tillegg til påløpt 37,1 MNOK i kostnader til tomt til nytt sykehus i Drammen som ikke inngår i budsjettet. VVHF har aktivert 882 MNOK i anlegg under utførelse for Nytt sykehus i Drammen som heller ikke er en del av foretakets ordinære investeringsbudsjett.

Det er kostnadsført 71,2 MNOK i byggvedlikehold over driftsregnskapet, 15 MNOK lavere enn budsjettet på 86 MNOK over drift.

Aktiviteten på bygg hittil omfatter i all hovedsak pågående BRK-prosjekter, ambulanse- og basestasjon på Ål, samt noen mindre vedlikeholdstiltak. Byggnær IKT og grunnutrustning er i stor grad planlagt knyttet opp mot prosjektene i BRK. Som kjent vil en del av BRK prosjektene treffe driftsresultatet som vedlikehold over drift. Det er også der noe lavere forbruk enn budsjett.

Arbeid på ambulanse- og basestasjonen på Ål er i god framdrift, på tross av forsinkelser vinteren 2024 grunnet ekstreme snømengder. Det er pr. august 24 produsert for 12,6 MNOK. Arbeidet pågår for fullt og er planlagt ferdigstilt i andre halvår 2024.

For MTU er investeringene i anskaffelse ut fra den prioriterte anskaffelseslisten. Prosesser for anskaffelsene er godt i gang på mange områder.

Ambulanser til finansiell leasing – totalt 10 biler er bestilt. Det har dessverre vært store forsinkelser på leveranser av ambulanser og det har vært usikkerhet rundt hvor mange som vil bli levert i løpet av året. Det er nødvendig å opprettholde antall i henhold til flåteplanen for å opprettholde kvaliteten på bilene i flåten og for å holde vedlikeholdskostnadene nede. Det ble levert 5 ambulanser i løpet av 2024. De resterende 5 ambulansen vil bli levert i 2025

Investeringsnivået er avhengig av at vi leverer de økonomiske resultater som forutsatt. Lavere resultater vil medføre behov for å redusere totalt investeringsnivå. Dette følges nøye opp utover året.

Investeringer - MNOK	Budsjett i år	Overført fra i fjor	Forskuddert budsjett 2021	Ekstern finansiering	Disponibelt i år totalt	Investering hittil i år
BRK	131	19	-	-	150	46
Øvrige bygg	26	70	0	6	103	55
NSD	-	-	-	37	37	919
MTU	123	16	-	27	167	135
Annet	15	0	-	-	15	12
Ambulanse	28	1	-	-	30	16
IKT	26	47	-	-	73	14
EK-innskudd	25	-	-	-	25	24
Ikke fordelt	0	-	-	-	0	-
Totale investeringer	365	154	0	81	600	1 221

6.1.Areal – bruk, vedlikehold og utvikling

Foretaket skal til enhver tid forsøke å optimalisere arealbruken i egneide og leide arealer, redusere eksterne leieavtaler til et minimum, og avhende bygningsmasse som ikke er egnet for virksomheten i fremtiden. Det generelle vedlikeholds nivået har vært for lavt over lang tid, og det er et akkumulert vedlikeholdsetterslep. Dette vil fortsette å vokse med dagens nivåer på vedlikeholdsbudsjettene, og er ikke bærekraftig realkapitalforvaltning.

Manglende vedlikehold medfører akselererende drifts- og havarikostnader, og forkorter bygningenes levetid. De fysiske rammebetingelsene (i form av bygg og lokaler) blir ofte nedprioritert i kampen om midlene. Samtidig er de fysiske omgivelsene i form av blant annet lokaler og bygninger, lys, luft, renhold og mat viktige for pasientsikkerheten, for et godt behandlingsmiljø og for et godt arbeidsmiljø.

Mål	Status per 3. tertial	Tiltak
Eiendomsplan PHR del 2: Starte prosess for finansiering og effektuering	Ref. styresak 90/ 2023 <i>Eiendomsplan PHR del 2</i> . Oppstart er satt til 2030 med effekt i 2040. Det pågår nå et arbeid i PHR vedr. konkretisering av kortsiktige tiltak som skal gjennomføres før innflytting i nytt sykehus i Drammen. Tiltakene innebærer en rocade, slik at flere bygg kan fristilles for salg/andre formål. Det er i denne forbindelsen budsjettert med 10 MNOK i investeringsmidler for 2025 for å gjøre tilpasninger i enkelte av byggene som da får ny funksjon for fortsatt drift (bla. samling av DPS-døgnplasser)	Ytterligere detaljering av selve eiendomsplanen er avhengig av resultatet fra arbeidet som pågår i PHR vedr. konkretisering av kortsiktige tiltak. Finansiering av eiendomsplan PHR del 2 vil innarbeides i kommende års budsjett og ØLP i takt med konkretiseringen. Det planlegges for å starte konseptfase for konkrete prosjekter del 2 i eiendomsplan PHR i 2028.
Arealplan PHT Behandling i styret og starte prosess for finansiering og effektuering.	PHT arealbruksplan og Drammen ambulansestasjon ble behandlet og godkjent i styremøte 23.09.2024. En stor del av arealene som PHT disponerer er innleide, og svært mange av dem har mangler som krever vesentlige oppgraderinger. Det er laget en plan frem til 2040 som dekker behovet for oppgraderinger mht. beredskap , arbeidsmiljøhensyn (HMS) og smittevern.	Finansiering av Drammen ambulansestasjon er innarbeidet i ØLP. Kontrakt ble signert 13.02.2025 Plan for effektuering av resterende tiltak utarbeides deretter med plan for AMK-sentral som først i rekken.
BRK Som følge av manglende investeringsmidler ble BRK-planen revurdert i 2023 etter en	Gjennomføringen av BRK er forsinket med to til tre år i forhold til opprinnelig plan, og dette har bidratt til at tilstandsgraden er	VVHF må levere resultat i tråd med ØLP eller bedre for å opprettholde fremdrift i programmet. Det vil i forbindelse med

<p>ROS-analyse. Det er kun røde/kritiske tiltak som nå inngår i BRK. Programmet inneholder nå 26 kritiske tiltak, hvorav hovedtyngden av tiltakene er av teknisk/driftskritisk karakter, mens noe er av virksomhetskritisk tjenestekarakter. Ferdigstillelse for de 26 kritiske tiltakene planlegges innen utgangen av 2028. Dette krever et budsjett på ca 240 MNOK pr år for 2026, 2027 og 2028.</p>	<p>forverret. I utgangspunktet var kun 60% av bygningsmassen til Bærum, Ringerike og Kongsberg dekket av prosjektet. Siden oppstart har det utviklet seg etterslep også i de resterende 40% av bygningsmassen. Årsaken er redusert investeringsnivå de siste årene, og for lavt nivå på det ordinære, løpende vedlikeholdet. Det vil som følge av dette ta lengre tid å hente inn vedlikeholdsetterslepet på bygningsmassen. Kostnaden til vedlikehold kan øke som følge av en dårligere tilstandsgrad.</p> <p>15 av 26 tiltak i programmet er igangsatt pt.</p> <p>Det er et betydelig antall kvadratmeter som ikke er inkludert i dagens BRK-program. Det er våren 2024 utarbeidet et vedlikeholdsprogram for alle VVHF's lokasjoner, men dette er ikke finansiert p.t. Vedlikeholdsprogrammet inkluderer alle arealer, samt oppdaterte behov utfra dagens tilstandsgrader og de aller mest nødvendige tilpasningene til tjenestenes behov</p>	<p>budsjett 2025 vurderes ytterligere effektiviseringskrav på klinikkene for å kunne avsette økte midler til vedlikehold.</p> <p>Oppdatert vedlikeholdprogram vil bli forsøkt inkludert i prioriteringer i neste ØLP, men foretakets nåværende rammer gir i utgangspunktet ikke rom for dette. Det er i 2025 satt av 21 MNOK til vedlikeholdstiltak som er vurdert å være nødvendige for liv og helse</p>
<p>Internhusleie Intern husleiemodell innføres fullt ut i samsvar med modell i løpet av 2023.</p> <p>Redusere leid areal</p>	<p>Implementering av internhusleie i VVHF skal ivareta incentiver til minimering av eksternt innleie av arealer, effektiv arealbruk, og sikre økte midler til forvaltning, drift og vedlikehold av arealer og bygg.</p>	<p>Det jobbes videre med kvalitetssikring av areal ned på nivå 3 nå i 2024, og utrede bruk av incentivordninger.</p>

	<p>Husleiekontrakter på klinikknivå ble ferdig i 2023. Fakturering er i gang, og underlag for arealbruk per klinikk er tilgjengeliggjort for den enkelte klinikk ned på nivå 3.</p> <p>Nivået på internhusleien er ikke tilstrekkelig til å dekke det ordinære, løpende behovet for vedlikehold. Internhusleien i sin nåværende form har begrenset effekt mht. incentiver for å effektivisere arealbruk.</p> <p>Innføring av internhusleie har blitt evaluert i regi av HSØ høsten 2024. Dette resulterte i en anbefaling om at helseforetakene fortsetter arbeidet med å styrke og utvikle ordningen, da den trenger mer tid og modning for å fungere etter intensjonen.</p> <p>Administrerende direktør i HSØ vurderer at det er nødvendig å oppnå økonomisk forutsigbarhet og stabilitet for verdibevarende vedlikehold i helseforetakene. Oppfølging av byggenes tilstand styrkes gjennom tertialvis rapportering for planlagt og gjennomført vedlikehold til det regionale helseforetaket.</p>	<p>Det er en målsetning at internhusleien skal speile etablerte nøkkeltall for forvaltning, drift, vedlikehold og kapitalslit.</p> <p>Det forventes at HSØs evaluering av internhusleieregimet vil avstedkomme konkrete forslag til tiltak.</p> <p>Det arbeides med standardisering av både innleie- og utleiekontrakter.</p>
<p>Avhending Blakstad Avhendingsprosessen starter opp og gjennomføres i hht plan. Det oppnås gevinst ved salg som er minimum høyere enn prisregulert salgssum minus estimerte omkostninger ved salg.</p>	<p>Avhending av Blakstad er under arbeid: Megler ble anskaffet ved årsskiftet 23/24, og en mulighetsstudie for eiendommen er avsluttet pr. august 2024. Mulighetsstudien er en viktig input til planprogrammet for Blakstad, og i salgsøyemed. Det ble i juni</p>	<p>Foretaket fortsetter samarbeidet med Asker kommune om planprogram utover høsten 2024/våren 2025.</p> <p>Det er planlagt å legge eiendommen Blakstad ut for salg våren 2025.</p>

	<p>2024 etablert samarbeidsavtale med Asker kommune vedr. felles planprogram for eiendommen, som en fremtidig kjøper kan tre inn i. Arbeidet er i henhold til fremdriftsplan, med mål om å legge eiendommen ut for salg våren 2025. Ny kommunedelplan fra 2023 gir begrensende føringer på boligantall i forhold til tidlige estimater. Samtidig åpner mulighetsstudien opp for et høyere boligantall med utgangspunkt i et landsbykonsept. Mulighetsstudien har blitt godt mottatt av offentlige instanser.</p>	
<p>Forbedre tilstandsgrad i foretakets eiendomsmasse, dvs. opprettholde verdien av foretakets realkapital</p>	<p>HSØs TG-mål er 1,2, og kostnadene ved økende TG øker eksponentielt. Trenden med årlig forbedring de siste årene snudde i 2022, som følge av reduserte investeringsbehov. Pr 2024 så er helseforetaket på TG 1,63.</p>	<p>En bedre resultatutvikling for VVHF de nærmeste årene er nødvendig for å øke investeringsnivået.</p> <p>Se pkt. vedr. BRK mht. utarbeidet vedlikeholdsprogram</p>
<p>Arealeffektivisere administrative kontorplasser</p>	<p>G32: Det har skjedd en fortetting gjennom at ansatte som jobber med stråleenhet, som skal inn i NSD, har flyttet inn midlertidig, mens ledelse og stab i ambulanseavdelingen og BUPA har flyttet inn permanent.</p> <p>Pilot 4.etg. avsluttes formelt Q1 2025. Vedtatte tiltak fra den enkelte arbeidsgruppe per etasje, effektueres. Det</p>	<p>Saksbehandles i felles AMU-møte for sentral stab, PHT/PHT og KIS/ KMD 18. februar 2025 for videre saksgang, og</p>

	etableres etasjeråd per etasje, som et koordinerende ledd mtp endringer og forslag til endringer som måtte komme.	deretter informasjon ut til ansatte. Frist 1. mars.
Avhending Hvalstadåsen	Styrebehandlet desember 2023, saksnr. 123/2023 <i>Salg av Hvalstadåsen DPS-bolig</i> , Eiendommen er solgt.	Overdragelse til ny eier ble utført november 2024

Risiko for ikke å oppnå målene

Redusert investeringsnivå kommende år som gir for lavt vedlikeholds nivå, og manglende utvikling av eiendomsmassen for understøttelse av pasientbehandling. For BRK kan det medføre at prosjekter utsettes lenger enn det som er akseptabelt for liv og helse i hht gjennomført ROS-analyse. Manglende finansiering av styringsramme for NSD som overstiger P50 og er innenfor P85. Eiendomsplan PHR og Arealbruksplan PHT blir ikke gjennomført pga manglende investeringsevne
Økende tilstandsgrad som gir økte vedlikeholdskostnader og behov for økte investeringer i framtiden.
Det blir kun havarier som håndteres.
Større fare for driftsstop og avbrudd i pasientflyt i sykehusene.
Avhending av eiendom utsettes, fordi en ikke får realisert nye eiendomstiltak.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• Ved inngangen til 2024	4	3	Betydelig
• Vurdering per 1.tertial 2024	4	3	Betydelig
• Vurdering per 2. tertial 2024	4	3	Betydelig
• Vurdering per 3.tertial 2024	4	3	Betydelig

Prioriterte risikoreducerende tiltak	Forventet full effekt	Status
Vestre Viken må levere resultat iht budsjett kommende år	2026	Alle klinikker følges opp for budsjettbalanse. Nye tiltak må iverksettes der allerede planlagte tiltak ikke har forventet effekt.
Gevinstrealisering iht til bærekraftsplanen, sak 77/2023, for årene 2024 – 2025 og 2026 må hentes ut av alle klinikker	2026	Det jobbes kontinuerlig med oppfølging og effektivering av bærekraftsplanen og å definere nye tiltak. Bærekraftsplan 2.0 legges til grunn for oppfølgingen i 2025.
Styrebehandling av ØLP i HSØ 21.6.2024 omfatter beslutning om fremtidig inntektsstøtte for å opprettholde nødvendige investeringer i foretaket etter overtakelse av NSD til en vesentlig høyere kostpris enn forutsatt.	21.6.2024	Fremtidig inntektsstøtte vedtatt i HSØ styret. Foretaket vil vurdere å søke om slik inntektsstøtte til finansiering av nødvendige investeringer fra 2026 og fremover. Konsekvensen av at foretaket er belastet for styringsrammen innenfor P85 påvirker også resultatet i 2025.
Avhending av Blakstad sykehus – salgsprosess iverksettes V2025	2025/2026	Planarbeid pågår.

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

7. Klima og miljø (ISO14001)

Vestre Viken miljødelmål består av felles klima- og miljømål for spesialisthelsetjenesten, samt lokale mål fra Vestre Vikens Avfallsstrategi. Det er totalt 7 delmål og ett overordnet mål. Baseline er 2019, og målsettingen er fram til 2030.

Datafangst for måloppnåelse 2024 pågår og resultatet publiseres 3. mars 2025. Status 3. tertial kommenteres derfor ikke i denne rapporteringen, utover det som fremkom per. 2. tertial.

Risiko for ikke å oppnå målene

Utslippene reduseres ikke i tråd med målsettingen til Vestre Viken og HSØ
Dårlig omdømme for foretaket ved at foretaket ikke klarer å opprettholde miljøstyringssystemet og -sertifiseringen.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• Ved inngangen til 2024	4	3	Betydelig
• Vurdering per 1.tertial 2024	3	3	Moderat
• Vurdering per 2. tertial 2024	3	3	Moderat
• Vurdering per 3.tertial 2024	3	3	Moderat

Prioriterte risikoreducerende tiltak	Forventet full effekt	Status
Redusere energiforbruket, herunder utskifting av armatur fra halogen til LED.	2030	Energiforbruket skal reduseres med 20% fra 2018 til 2030. Per 31.12.2023 hadde VVHF oppnådd 11 prosentpoeng av målet for 2030. Datafangst for 2024 pågår og resultat vil være klart tidlig i mars 2025. Det forventes måloppnåelse i 2024, ved hjelp av blant annet utskifting til LED, som er igangsatt. Utskifting til LED vil pågå ut 2026, og full effekt av prosjektet kommer i 2027.
Øke andel fossilfrie tjenestebiler og redusere antallet biler totalt	2030	Fossilbiler utskiftes til fossilfrie biler ved utløp av leasingavtaler der det er mulig, sett opp mot hva bilene skal brukes til. Andel fossilfrie biler er 29 % ved utgangen av 2024. 38 fossilbiler ble skiftet ut i 2024.
Øke andel av avfall til material gjenvinning	2030	Rullering av <i>Avfallsstrategien VV</i> er utsatt fra 2024 til 2025. I rulleringen vil det ses på muligheter for å øke antall fraksjoner og lokasjoner.
Øke andel digital oppfølging av pasienter	2030	Viser til rapportering på innsats omkring økt digital oppfølging under avsnittet " <i>Styrke brukermedvirkning og brukerstyring</i> ".
Redusere bruk av anestesigassene Isofluran (kg) og Sevofluran (kg)	2030	På intensiv brukes anestesigassene til sedasjon av pasienter over tid. Utstyret som benyttes gjør imidlertid at gassene fanges opp i et filter som binder gassene og det er derfor tilnærmet ingen utslipp til omgivelsene. På anestesi brukes intravenøs anestesi som hovedregel (uten gass). Det er allikevel noen få tilfeller hvor pasientens tilstand tilsier at det må benyttes gass. Det er et svært lavt antall pasienter hvor dette er aktuelt. Resultat for bruk 2024 publiseres ti

Iverksettelse av målkrav om at klima og miljø skal vektes 30% opp mot pris og / eller kvalitet i offentlige anskaffelser (fom 1. januar 2024)	2024	<p>Følgende vurderes i alle anskaffelser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oppnås best klima- og miljøeffekt ved å vekte klima- og miljø med 30% opp mot pris og/eller kvalitet? - Vil bruk av minstekrav i kravspesifikasjonen gi en bedre klima- og miljøeffekt enn det man kan oppnå ved å vekte klima- og miljø med 30%? <p>Benyttes sistnevnte må det begrunnes.</p>
Redusere tjenestereiser med fly (2023=2019)	2030	Ledere må vurdere nytteverdi og legge til rette for digital deltakelse der dette er mulig.

Vurdering av restrisiko	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Restrisiko</i>
• etter gjennomførte tiltak	2	3	Moderat

IKT Tertialrapport NSD

3. tertial 2024

Status reflekterer informasjon innhentet pr 31.12.2024

GODKJENT AV:

Navn	Stilling	Dato	Versjon
Lisbeth Sommervoll	Administrerende direktør	17.02.25	

INNHOLD

1	INNLEDNING	3
2	STATUS	3
3	KRITISKE PROSJEKTER SOM VIL PÅVIRKE GEVINSTREALISERING FOR NSD	4
4	RISIKOVURDERING	5

1 Innledning

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

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

2 Status

I NSD er det lagt til grunn bruk av flere IKT-systemer som skal bidra til å oppnå en rekke ønskede resultatmål. Oversikten viser status opp imot risiko for leveranse i tråd med behov og tidsplan for NSD. Status er angitt med fargekode grønn (liten risiko), gul (middels risiko) og rød (høy risiko). Statusen reflekterer etter at tiltak innen blant annet helselogistikk ble iverksatt i desember 2024, noe som har hatt stor effekt inn i første tertial 2025. Statusen viser en positiv trend ovenfor tidligere rapportering.

Resultatmål knyttet til funksjonelt behov	Status	Kommentar
Pasientløsninger		
Løsning for innsjekk og betaling		
Løsning for innsjekk og betaling for bildediagnostikk		Løsning er under etablering og det er planlagt gjennomført test av løsning i uke 6-10.
Løsning for innsjekk og betaling for strålebehandling		Løsning er under etablering.
Løsning for kjøhåndtering med flere ventesoner inkludert varsel til pasient		
Løsning for pasientbestilling av mat		
Kvalitet		
Løsning for mottak av kritiske alarmer (overfallsalarm, stans-team osv.) på en mobil arbeidsflate		Løsning er under etablering, testing er påbegynt. Knapp tidslinje frem til ibruktakelse, etablert ny prosjektorganisering for å samkjøre aktiviteter.
Løsning for mottak av byggtekniske alarmer på en mobil arbeidsflate		Løsning er under etablering, testing er påbegynt med eiendomsdrift.
Løsning for mottak av varsler fra pasientsignal på en mobil arbeidsflate		Varsel fra pasientsignal mottatt på mobiltelefon er nylig pilotert på Medisin 3. Foreløpige positive resultater. Stille sykehus er tatt i bruk.
Løsning for styring av pasientflyt og ressurser		Pasientoversikt er tatt i bruk, enkelte restanser fra regionalt prosjekt gjenstår. Integrasjoner mot MetaVision og labsvar er ikke på plass.
Løsning for sterilisering og sporing av sterilt utstyr		Manglende integrasjon mot Dips kan medføre endrede arbeidsprosesser og behov for økt bemanning. Problemstillingen er eskalert overfor Dips.
Løsning for regional lagring av multimedia		Avtale om leveranse av integrasjoner er etablert med Rad 2.0 prosjektet. Overvåker at leveranser blir levert i henhold til avtale.
Løsning for patologi og digital patologi		Regional løsning ble implementert i oktober 2024.
Løsning for høsting av data fra MTU til kurve via regional integrasjonstjeneste		Regionalt prosjekt utvikles iløpet av januar, restanser overføres til Sykehuspartner samt videre oppfølging av leveranser til NSD.
Løsning for legemiddelhåndtering med pasientmerket endose		PNSD varsler om at leveranse vil bli tatt ut av omfang til NSD pga. forsinkelser og vil ikke være klar til ibruktakelse.
Løsning for legemiddelhåndtering med lukket legemiddelsøyfe		
Løsning for digitalisering av bygg og FDV dokumentasjon		
Løsning for IKT for bruk i strålebehandling		
Løsning for planlegge, bestille, produsere og levere måltider		
Effektivitet		
Løsning for robust, brukervennlig og helhetlig arbeidsflate på en mobil enhet		Det arbeides med flere initiativ for å etablere en mer helhetlig og brukervennlig mobil arbeidsflate med bruk av Intune. Løsning er under test og verifisering.
Løsning for brukervennlig og helhetlig telefonitjeneste inkludert bruk av telefonkatalog		Pågående arbeid med arbeidsprosesser for å ivareta helhetlig tjeneste.
Løsning for kjøhåndtering ved drop-in lab		Regional løsning tilgjengelig med bruk av Helselogistikk. Uenighet internt i VVHF om løsning leverer ønsket funksjonalitet.
Løsning for sporing og lokalisering av MTU og annet flyttbart materiell (senger, rullestoler etc.)		Pågående avklaringer knyttet til ibruktakelse av passiv sporing/RFID-anlegg grunnet utfordringer med strålingsverdier som kan påvirke medisinsk teknisk utstyr. Diskusjoner knyttet til valg av løsning.
Løsning for sporing av vaskefrekvens på senger		
Løsning for behandlingsvarsel knyttet til senger		Løsning avhenger av infrastruktur for passiv sporing. Diskusjoner knyttet til ibruktakelse av teknologi.
Løsning for oppgavehåndtering for servicemedarbeidere (portør, logistikkmedarbeider, renhold etc.) inkludert selvplukk og oppgavetildeling		Uavklart innsikt i om verktøystøtten er dekkende for ønskede arbeidsprosesser. Manglende fokus som følge av at andre kritiske prosjektleveranser har blitt prioritert. Må følges tett fremover.

3 Kritiske prosjekter som vil påvirke gevinstrealisering for NSD

Helselogistikk og mobilitet

Funksjonalitet levert gjennom løsningen helselogistikk er kritisk for åpning av NSD. Bruk av mobiltelefon med meldingsvarsling skal erstatte dagens bruk av personsøkere, da nåværende infrastruktur er utdatert og er ikke videreført i NSD. Mobiltelefonen skal benyttes for håndtering av meldinger for både kliniske og byggtekniske alarmer, som for eksempel pasientsignal, overfallsalarm, tilkalling av kritiske team, forvarsel brann, AGV, rørpost, SD-anlegg osv.

NSD er utformet med tanke på å benytte funksjonalitet fra Helselogistikk. Sykehuset har begrenset med ekspedisjoner og ventesoner, i tillegg har nye teknologiske løsninger lagt til grunn bruk av Helselogistikk.

For at helselogistikk skal kunne tas i bruk på en mobiltelefon, er mobil arbeidsflate en forutsetning. For å lykkes både med helselogistikk og andre tjenester som skal benytte en mobil enhet er det viktig med en helhetlig og brukervennlig arbeidsflate som er stabil. Tidligere har det blitt rapportert at tjenesten fremstår med feil og mangler, men siden forrige rapportering er det gjennomført flere grep for å løse feil og mangler. Det arbeides i tillegg med overgang til nytt mobiladministrasjonsverktøy basert på Microsoft Intune. Det nye verktøyet vil bidra til å skape en enklere og mer brukervennlig mobil arbeidsflate for de ansatte. Helselogistikk påvirker mange arbeidsprosesser som etableres eller endres i VVHF. Ved manglende funksjonalitet eller leveranse, vil det være behov for å se på tiltak som:

- endring av arbeidsprosesser
- økning i bemanning
- endringer i bruk av rom og behov for ombygging

Mottaksprosjektet har tett oppfølging av leveransene og prosjektstatus tilsier at avtalte leveranser vil komme som avtalt uten nevnte konsekvenser. Regional løsning for helselogistikkprosjektet gjennomførte en faseovergang i september 2024. Ansvar for å sikre leveranse av Område C - mobiltelefon som arbeidsverktøy er overført til byggeprosjektet PNSD. Leveransen knyttet til løsning for innsjekk og oppgjør for radiologi er planlagt klar for test i perioden uke 6-10.

Pasientmerket endose

Innføring av mellomvaren Atlas er en forutsetning for innføring av pasientmerket endose. PNSD varsler om at leveranse av Atlas tas ut av omfang grunnet forsinkelse av leveranse og vil ikke være klar til ibruktagelse. Delprosjekt Legemiddelkjeden NSD fase 2 har fått i oppdrag å etablere plan B og utforme arbeidsprosesser uten bruk av pasientmerket endose. Alternativ plan vil ikke ha innvirkning på ibruktagelse av sykehuset da eksisterende arbeidsprosesser vil benyttes.

RHF – Radiologi 2.0

Bruk av regionalt multimediearkiv er lagt til grunn i NSD. Det er signert en avtale om leveranse av integrasjoner mellom PNSD og Radiologi 2.0 prosjektet. PNSD og VVHF har tett dialog med Radiologi 2.0 prosjektet for å påse at leveranser blir levert i henhold til avtale.

Tilpasningsprosjekt sanntid, sporing og lokalisering

Ved forrige rapportering ble det meldt positive resultater etter utredningsprosess mellom Vestre Viken, Sykehusbygg og Sykehuspartner. Installasjon av planlagt infrastruktur fortsetter som avtalt med byggherre. VVHF vil i samarbeid med Sykehuspartner og Sykehusbygg fortsette videre testing for bruk av passiv sporingsteknologi i tillegg til at det utredes videre om det er mulig å benytte aktiv sporing basert på "bluetooth" for enkelte områder der det er stor bruk av pasientkritisk utstyr. Dette arbeidet vil gi erfaringer som gjør at vi kan etablere løsningen med å ivareta både pasientsikkerhet og hente ut tiltenkte gevinster i våre driftskonsepter

4 Risikovurdering

Risikovurderingen gjelder helhet i leveranser som er nødvendig for å sikre ibruktakelse av nytt sykehus. Det jobbes på tiltakssiden for å håndtere risikobildet, spesielt med avklaringer rundt kapasitet og kartlegging av avhengigheter. Numrene knyttet til risiko id er endret fra tidligere rapporteringer som følge av nytt rapporteringssystem i VV-NSD.

Risiko id 90 og 119 er relatert til implementering av Helselogistikk. Leveranse av Helselogistikk område C er svært forsinket i henhold til opprinnelig tidsplan. Det er iverksatt tiltak som etablering av en ny prosjektorganisering for å sikre tettere samhandling mellom leveranseområdene som er avhengig av hverandre.

Risiko knyttet til tilgang på ressurser fra henholdsvis VVHF, Sykehuspartner og eksterne leverandører er identifisert ved risiko id 42, 125 og 124. Det er mange sammenfallende aktiviteter som krever tilgang på sentrale fagressurser. Av VVHF ressurser er det estimert et stort behov til gjennomføring av IKT-tilpasningsprosjektene. I tillegg er det et stort arbeid knyttet til både organisasjonsendringer, konfigurering av kliniske og administrative systemer, innføring av helselogistikk og et stort testregime som skal gjennomføres. Ressursbelastningen som organisasjonen påføres er stadig økende. Det er viktig at det prioriteres for å få gode løsninger som støtter opp under gode arbeidsprosesser.

Risiko id 38 er relatert til avhengigheter mellom leveranseområder og aktiviteter. Som et tiltak er det gjennomført flere kartlegginger av avhengigheter og arbeidsmøter mellom Sykehuspartner, VVHF og PNSD.

Risiko id 118 bygger på kompleksiteten i organisasjonsendringen som er bestilt. Organisasjonsendringene som skal gjennomføres i forbindelse med NSD vil være den største som er gjennomført i HSØ. Dette er et stort og omfattende arbeid som krever tett samarbeid mellom VVHF, SP og DIPS ASA for å lykkes. Det er iverksatt tiltak hvor man skal benytte elektronisk innlesning for å redusere manuelt arbeid. Organisasjonsstrukturen i DIPS er førende for mange av systemene som skal tas i bruk og er således kritisk for fremdrift.

Risiko id 41 omhandler leveranser fra regionale prosjekter, hvor flere prosjekter har pågående leveranser under arbeid som VV-NSD er usikker på om ferdigstillelse nås i tide til innflytting. Dette henger videre sammen med risiko id 113, hvor mangel på avklaringer knyttet til funksjonalitet som vil være klart til ibrukttagelse påvirker ferdigstillelse av arbeidsprosesser.

Risiko id 44 er knyttet til en fremdriftsplan med stram tidslinje hvor tid avsatt til test er knapt. Dersom systemene med tilhørende integrasjoner og utstyr ikke blir testet tilstrekkelig øker risikoen for at feil ikke avdekkes.

Risiko id 117, 114 og 121 er knyttet til opplæring i nye og endrede IKT-systemer. Risikoen knytter seg til etablering av opplæringsmateriell og opplæring av henholdsvis superbrukere og den totale brukermassen. Det forsøkes å pilotere ny funksjonalitet i dagens sykehus for å introdusere de ansatte for nye løsninger. Det er iverksatt tiltak hvor det er ansatt opplæringsansvarlig for IKT i VV-NSD som skal følge dette området tett.

ID	Risikobeskrivelse	Sannsynlighet	Konsekvens	Risikoskår	Tiltak
	Manglende erfaring og uklare ansvarslinjer ved gjennomføring av komplekse organisasjonsendringer i HSO kan føre til forsinkelse i etablering, test og produksjonsetting av organisasjonsendringene.				
118		Stor	Svært alvorlig	20	Alokering av DPS-ressurs til å bistå VVSP
90	Knapphet på tid til å integrere byggnære løsninger (som pasientsigna, akuttalarmer m.m) med IKT applikasjoner kan føre til leveranse av ufullstendige løsninger.	Stor	Alvorlig	10	Tydelig formidle hvilke prioriteringer som må gjøres, og konsekvensen for ulike valg. Hvilke løsninger og avhengigheter er vi helt avhengig av til innflytting, og hvilke kan man vente. Risikoscoren er lik etter tiltak, men kommunikasjon vil kunne redusere risikoen for misforståelse ved ibruktakelse.
42	Manglende kapasitet hos Sykehuspartner (SP) kan føre til svekket leveranseevne og/eller fremdrift	Stor	Alvorlig	10	Tett oppfølging av leveranser fra SP. VHF stab teknologi har jevnlig møter med SP for å prioritere leveranser som er viktige for NSD. Mulig å koble på eksterne leverandører for å styrke kapasitet.
41	Forsinkelser i innføring av regionale løsninger kan føre til konsekvenser for arbeidsprosesser og løsninger som er forutsatt.	Stor	Alvorlig	10	1. VHF eskalere avvik, forsinkelser og konsekvenser iht. avtalte rutiner. 2. Påse at det blir fulgt opp i avviksbehandling hos løsningsforum
38	Mangelfull identifikasjon av avhengigheter mellom leveranseområder (U5, U6, U7) og mellom de ulike tilpasningsprosjektene i U7 kan føre til at aktiviteter som er avhengig av hverandre ikke er tatt høyde for i fremdriftsplanen.	Stor	Alvorlig	10	1. Følger opp de ulike prosjektene vi er koblet på. 2. Kommuniser gjennom tidslinjer for de ulike testene.
119	Hvis ikke kvaliteten på Helselogistikk område C forbedres, kan dette medføre at NSD må åpne med begrenset funksjonalitet for Helselogistikk	Moderat	Svært alvorlig	10	Delta i delvis testing for å følge funksjonalitet. Det er et HL-innsatsteam (7700) for å få det realisert.
39	Stans og overfallsalarm: Risiko for at det ikke kan leveres via helselogistikk	Moderat	Svært alvorlig	10	Hvis løsningen ikke kan leveres gjennom helselogistikk, må andre løsninger leveres. Dette vil kjeve en mellomløsning, da bygget ikke er prosjektert for eksisterende løsning.
121	Mangelfull utprøving av nye IKT-løsninger fører til et større behov for opplæring for sluttbrukere.	Moderat	Alvorlig	12	
44	Stram tidslinje knyttet til gjennomføring av testløpet kan føre til at testene ikke utføres tilstrekkelig og at feil ikke oppdages.	Moderat	Alvorlig	12	1. Eterspørre oppdaterte fremdriftsplaner knyttet til test fra PNSD 2. Prioriterer deltakelse i SAT/SIT og IST
117	Forsinkelser i etablering av opplæringsmaterieil rettet mot alle ansatte kan påvirke gjennomføringen av opplæringen og forberedelsene av alle ansatte til innflytting.	Liten	Svært alvorlig	10	
114	Dersom utarbeidelse av opplæringsmaterieil fra prosjektene tilpasset superbruker for IKT-løsninger ikke ferdigstilles tidnok eller har god nok kvalitet kan det føre til at funksjonalitet ikke tas i bruk og at superbrukerne ikke forstår nye arbeidsprosesser med bruk av ny teknologi, samt er i stand til å videreformidle dette til de andre ansatte.	Liten	Svært alvorlig	10	Ansatt ressurs som skal ha overordnet ansvar for opplæringsplan og påse at materieil er klart i tide.
126	Dersom ikke infrastruktur for passivsporing kan tas i bruk i NSD, er det behov for å vurdere bruk av aktivsporing på flyttbart utstyr, og vurdere alternativ løsning for beholdningsoversikt for senger og annet flyttbart materieil.	Moderat	Moderat	9	Vurdere bruk av aktivsporing Kartlegge alternativ løsning for beholdningsoversikt
125	Knapphet på tilgang på ressurser fra eksterne leverandører kan føre til at det tar lenger tid til å få gjort nødvendige avklaringer for å sikre fremdrift.	Moderat	Moderat	9	Få på plass dedikerte ressurser fra Dips til å bistå SP og VHF
113	Uklarheter i hvilken funksjonalitet som vil være klar til åpning påvirker ferdigstillelse av arbeidsprosesser.	Moderat	Moderat	9	Fastsette frysdato for å avstemme hvilken funksjonalitet vi flytter inne med.
124	Mangel på tilstrekkelig kapasitet i VHF til konfigurering av kliniske og administrative systemer kan føre til forsinkelse i test av løsninger.	Liten	Alvorlig	8	

Statusrapport

Handlingsplan for bærekraftig utvikling

Desember 2024



Alle monetære verdier i denne rapporten er oppgitt i MNOK.

Opprinnelig plan 2024 (MNOK)

Oppdatert plan 2024 (MNOK)

Realisert i 2024 (MNOK)

Avvik ift. realisert (MNOK)

Prosent realisert 2024

145,10

171,7

93,7

-78,1

55 %

Klinikk	Opprinnelig plan 2024	Oppdatert plan 2024	Realisert i 2024	Prosent realisert	Kommentar
PHR	20,0	20,0	24,7	124 %	<ul style="list-style-type: none"> Rokade bygg - forsinket Endret døgndrift og opprettelse av spesialpoliklinikk BUPA – realisert 7,7 mill Pasientforløp VOP/TSB - forløpsstyring forbedres, tilbud etter utskrivning, FACT - forsinket Tilpasning til ramme DPS - liggetid, KPP og beste praksis - forsinket Tilpasning til ramme Blakstad - liggetid. bemanning avd. for spesialpsyk. – realisert 1,4 mill Bemanning - ferieavvikling/sommerstenging – realisert 0,9 mill DPS - tiltak for å klare gevinster i bærekraftsplanen, avvente ansettelse i vakante stillinger realisert 14,7 mill. <p>Vi har erfart at fordi noe er blitt forsinket har vi måttet etablere andre kompenserende tiltak som å avvente ansettelse i vakante stillinger. Dette er et tiltak vi ikke bør bruke over lengere perioder da det vil kunne ha negative konsekvenser både mht kapasitet og kvalitet. Det er derfor av stor betydning at handlingsplanene for 2025/26 er realistiske og gjennomarbeidet, samt at fremdrift følges tett.</p>
KMD	6,3	6,0	7,2	120 %	Det største tiltaket var relatert til Lab automasjon og standardisering på tvers av HF, sparte reagens kostnader har vi oppnådd, til og med litt bedre enn forventet. Riktig Bruk tiltaket begynner å vise effekter selv om det var begrenset effekt i 2024, men et viktig tiltak de neste mange år hvor vi må få til store gevinster.
KIS	6,4	1,6	1,4	88 %	Det ble realisert en noe mindre energieffektiviseringsgevinst i 2024 enn planlagt. Dette skyldes at utskiftingen av LED-belysning (del 1 av 5) , som lå til grunn for tiltaket, ble gjennomført noe senere enn forutsatt.
Økonomi/Innkjøp	15,0	22,3	13,6	61 %	Opprinnelig plan for 2024 var på 15 MNOK. Forventet gevinst på medikamentområdet ble senere økt til 20 MNOK som følge av nye avtaler. Realiseringen ble lavere som følge av senere oppstart av de nye avtalene, samt prisvekst på andre medikamenter. For innkjøp av forbruksvarer faller gevinstene på klinikk. Dette er derfor fjernet fra stab økonomi i plan for 2025. Innkjøpsavdelingen påser at nye avtaler tas i bruk og har hatt tiltak i 2024 som omhandler redusert bruk av fritekst som også sikrer at nye avtaler benyttes og derav gevinster oppnås. Arbeidet med besparelser på medikamentområdet styres av høykostgruppen. Basert på de målinger som fremlegges av Sykehusinnkjøp fremkommer det at foretaket ligger godt an mht å ta nye avtaler på redusert pris i bruk. Gevinsten treffer fellesøkonomien og klinikkene og ikke stab økonomi. Dette er derfor endret i 2025 planen.
Teknologi	1,9	4,5	2,6	57 %	Avvik fra plan vs realisert forsinkede og/eller ikke mulig realiserbare gevinster knyttet til innføring av M365. Arbeidet tas med videre i plan 2025
Bærum sykehus	30,2	49,5	25,8	52 %	Gevinst er ikke rapportert i høst 2024 som avtalt mtp. klinikkens økonomisk utfordring og behov for nye tiltak. Flere av tiltakene i budsjett 2024 er implementert og realisert og klinikken har trolig hentet mer enn de 25,8 MNOK. Likevel det er utfordrende å identifisere eksakt gevinst per tiltak spesielt når andre forhold treffer inn inkl. høyere nedgang i ø-hjelp enn forutsett ved MED, KIR og ORT.
Drammen sykehus	33,5	28,1	12,0	43 %	
Stab/støtte	2,9	2,9	1,1	38 %	Stabene Kommunikasjon og samfunnskontakt og Medisin og helsefag har redusert bemanningen i forhold til 2023, noe som ga en besparelse på 0,68 MNOK. Redusert bruk av Finn.no ga en besparelse på 0,4 MNOK. Den implementerte rutinen for vurdering av ansettelse og reansettelse i sentrale staber har ikke vist noen målbar effekt.
Ringerike sykehus	11,3	8,0	1,8	22 %	Realisert poliklinikkprosjektene (gasto/hjerte) ARP ortopedi ikke realisert - dog innenfor kirurgi og gyn mht robotkirurgi Ang. døgnområdene - ikke mulig å talfeste tiltakene
Kongsberg sykehus	15,7	28,9	3,5	12 %	

Tiltaksområder

Planlagt ift. realisert per område



Område	Planlagt i 2024	Realisert i 2024
Teamarbeid og oppgavedeling	63,31	22,53
Standardisering	65,12	30,91
Organisering og struktur	35,80	37,53
Digital transformasjon	7,51	2,71
Totalt	171,74	93,68

NSD

Realisert i 2024

Klinikk	Planlagt i 2024	Realisert i 2024
DS	13,63	0,62
2.2 Turnusplaner 24/7 - Rekruttere og beholde	7,00	0,00
2.6 Kodesikring pasientaktivitet	1,65	0,00
2.7 Sykefraværsoppfølging	4,98	0,62
PHR	8,98	7,68
Endret døgndrift og opprettelse av spesialpoliklinikk BUPA	8,98	7,68
Totalt	22,61	8,30

Planlagt 2025 - 2027

Klinikk	Planlagt i 2025	Planlagt i 2026	Planlagt i 2027
PHR	-18,38	-23,60	
Opprette seksjon Rusakutt NSD	-2,08	-2,90	
Opprette seksjon Akutt 4 NSD	-16,30	-20,70	
KMD	1,90	7,30	1,30
Kontortjeneste Bilde	0,00	0,90	1,30
Felles analysehall	1,90	5,80	
Endre arkivering av restmateriale fra makroskopisk undersøkelse	0,00	0,60	
KIS	3,40	3,10	
NSD - delprosjekter	3,40	3,10	
Totalt	-13,08	-13,20	1,30

Planlagt i 2025 (MNOK)

Planlagt i 2026 (MNOK)

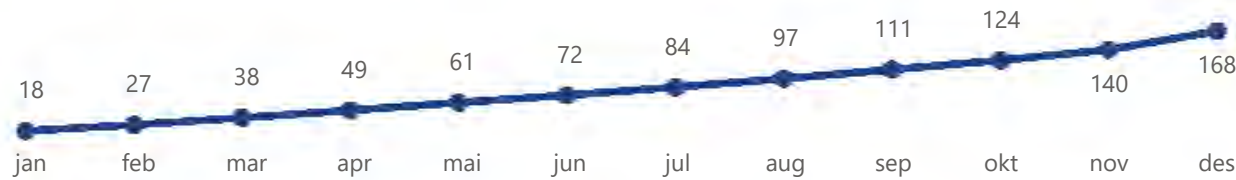
Fullført %

168,5

118,7

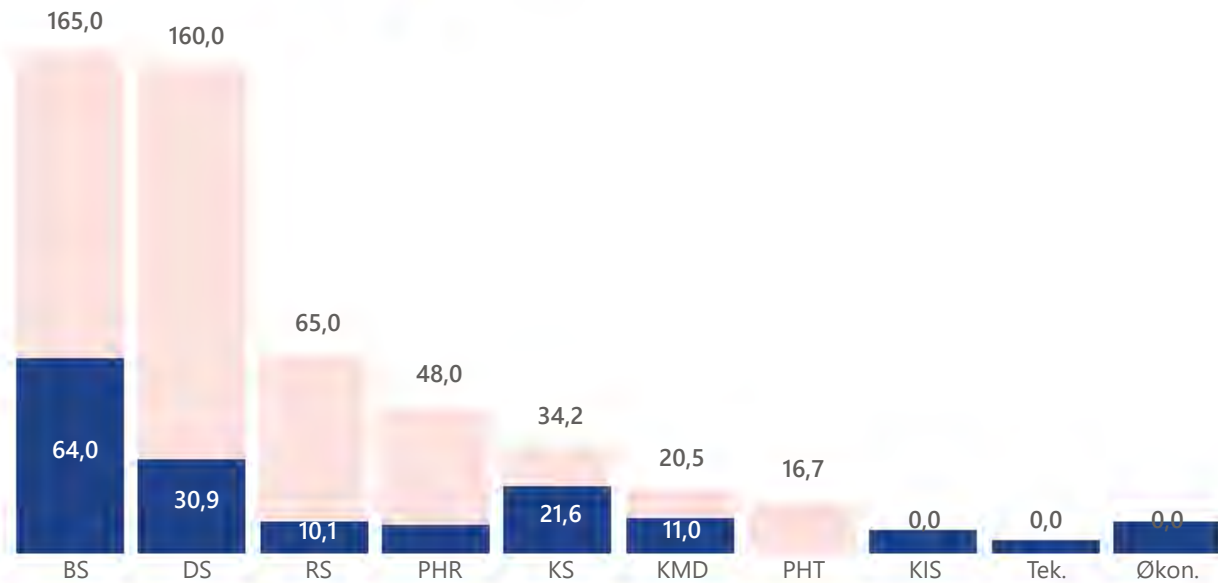
4 %

Akkumulert planlagt gevinstuttak i 2025 (MNOK)



Planlagt i 2025 ift. restutfordring (MNOK)

Plan 2025 Prognostisert utfordring



Status på gjennomføring av planen

Fullført Forsinket Status ukjent



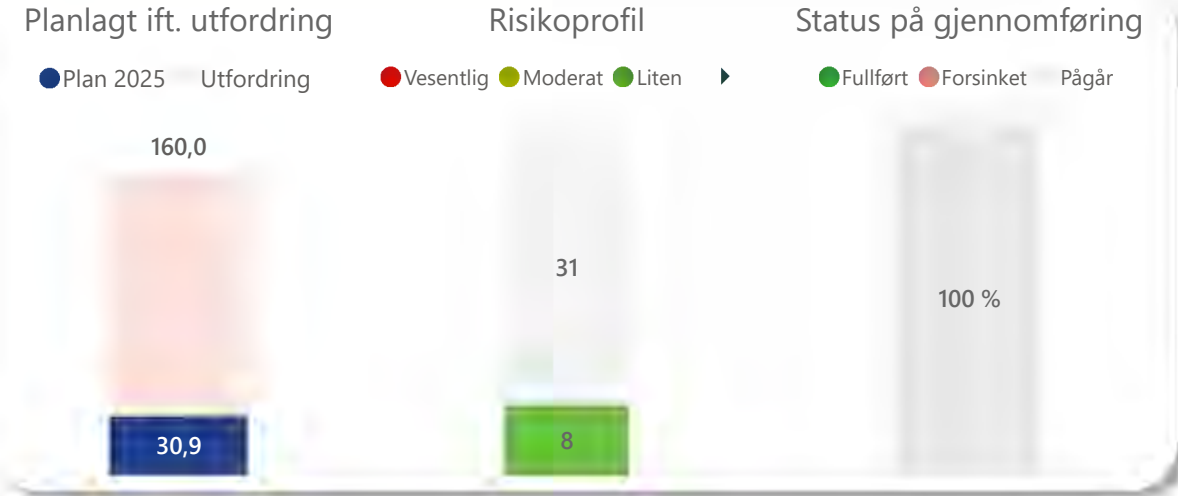
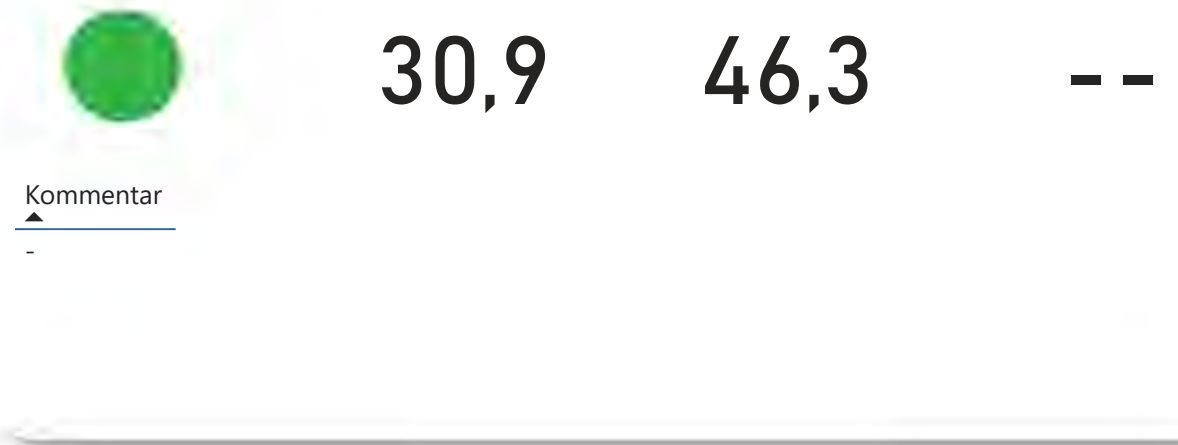
Risikoprofil

Vesentlig Moderat Liten Ikke vurdert



Navn	Status	Risiko	Prognose 2024	Planlagt 2025	Planlagt 2026
Bærum sykehus	✓	🚩	-165,00	64,01	
Drammen sykehus		🚩	-160,00	30,93	46,30
Ringerike sykehus		🚩	-65,00	10,14	
PHR		🚩	-48,00	9,32	40,80
Kongsberg sykehus		🚩	-34,20	21,61	
KMD	✓	🚩	-20,50	11,01	15,50
FellesØkonomi		🚩	0,00	10,00	10,00
KIS	✓	🚩	0,00	7,48	6,10
Teknologi		🚩	0,00	3,99	
Totalt	✓	🚩		168,50	118,70

Overordnet status Planlagt i 2025 (MNOK) Planlagt i 2026 (MNOK) Fullført %



Tiltak/Aktivitet	Planlagt start	Planlagt slutt	Status	Risiko	Planlagt 2025	Planlagt 2026
DS	01.01.2025	31.12.2026		🚩	30,93	46,30
10-3 Bedre utnyttelse av poliklinisk kapasitet	01.03.2025	31.12.2026		🚩	10,18	10,40
10-8 Sommerplaner leger				🚩	6,29	
10-2 Bemanning døgnområdet NSD	01.03.2025	31.12.2026		🚩	5,46	26,59
10-5 Bedre kapasitet sentraloperasjon	01.01.2025	31.12.2025		🚩	4,68	4,00
10-1 Varekostnader	01.03.2025	05.10.2026		🚩	4,00	4,38
10-10 Dagkirurgisk kapasitet	05.10.2025	05.10.2026			0,31	0,93

Overordnet status



Planlagt i 2025 (MNOK)

64,0

Planlagt i 2026 (MNOK)

--

Fullført %

10 %

Kommentar

Handlingsplanen er lagt i samsvar med budsjett. Det arbeides kontinuerlig med handlingsplaner både på klinikk, avdeling og seksjonsnivå for å realisere tiltak i henhold til budsjett. Videre er det kalt inn til budsjettseminar med klinikkTV og VO samt brukerrepresentant 5.februar for videre arbeid inn mot nåværende resultat og budsjett 2026 inkludert mulige tiltak knyttet til det uløst utfordring og resultatmål 2025.

Planlagt ift. utfordring

Plan 2025 Utfordring

165,0

64,0

Risikoprofil

Vesentlig Moderat Liten

7

12

Status på gjennomføring

Fullført Forsinket Pågår

90 %

10 %

Tiltak/Aktivitet

Planlagt start

Planlagt slutt

Status

Risiko

Planlagt 2025

Planlagt 2026

BS

Sengeposter og bemanning

01.01.2023

31.12.2025



64,01

Engangseffekter

01.11.2023

31.12.2025



39,45

Optimalisere poliklinikk

01.10.2024

31.12.2025



12,20

Aktivitet døgn MED

01.01.2023

31.12.2025



4,96

AKU

01.01.2024

31.12.2025

2,00

Revisjon av pasientforløp og reduksjon liggetid

01.06.2024

30.06.2025



1,50

Operasjonsaktivitet døgn

01.10.2024

30.06.2025



1,50

Operasjonsaktivitet dagkirurgi

04.09.2023

31.12.2025



0,90

Endring ferieavvikling og bemanning i lavdriftsperioder.

01.05.2023

31.12.2025



0,80

01.03.2025

01.06.2025



0,70

Overordnet status Planlagt i 2025 (MNOK) Planlagt i 2026 (MNOK) Fullført %



10,1

--

--

Kommentar

Vi er avhengig av å få tilført pasienter fra de andre sykehusene i VV for å realisere tiltaket økt robotkirurgi.
 Ventetider Helfo satt ned.
 Tiltakene er utprøvd i desember med godt resultat
 Tiltak med reduksjon sykefravær starter i uke 3.

Planlagt ift. utfordring

● Plan 2025 Utfordring

65,0

10,1

Risikoprofil

● Vesentlig ● Moderat ● Liten

3

4

Status på gjennomføring

● Fullført ● Forsinket ● Pågår

100 %

Tiltak/Aktivitet

Planlagt start

Planlagt slutt

Status

Risiko

Planlagt 2025

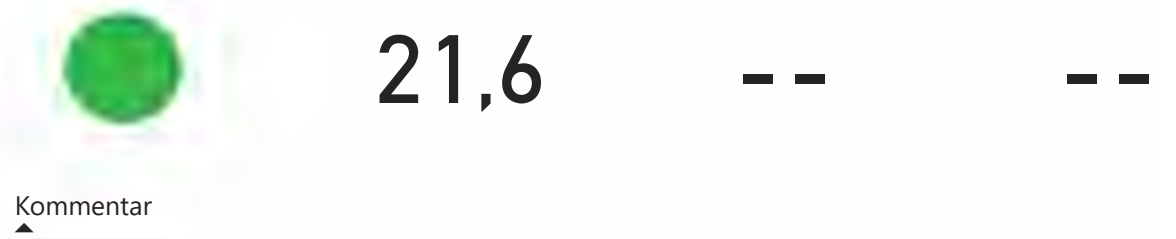
Planlagt 2026

RS

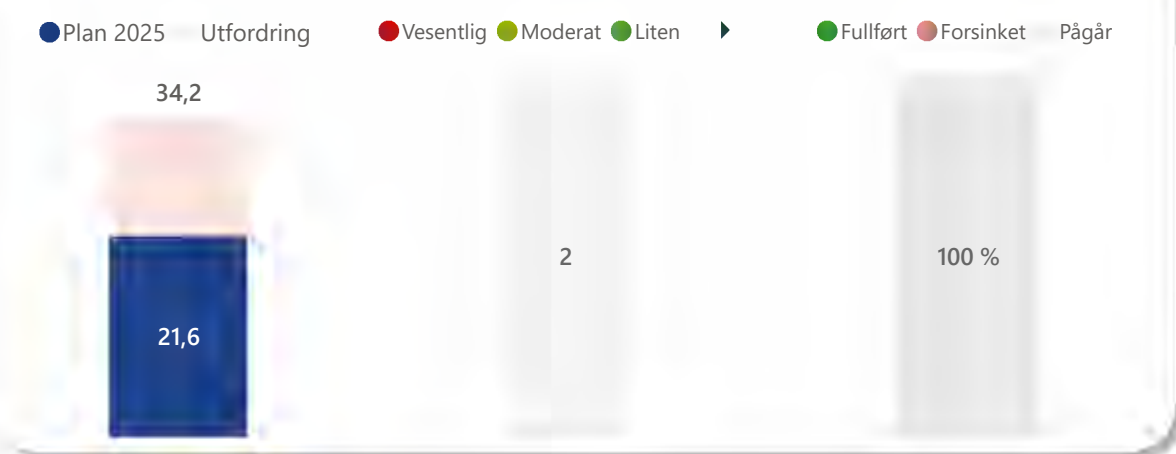
- Diverse effektivisering i drift og kostnadsbesparelser
- Robotkirurgi KIR
- Redusere sykefravær med 1%
- Øke antall kneproteser
- Robotkirurgi GYN
- LUNA fødetilbud

Planlagt start	Planlagt slutt	Status	Risiko	Planlagt 2025
01.01.2025	31.12.2025	Fullført	Liten	10,14
01.02.2025	31.12.2025	Fullført	Liten	4,00
01.01.2025	31.12.2025	Forsinket	Moderat	2,98
01.01.2025	31.12.2025	Forsinket	Moderat	2,00
01.01.2025	31.12.2025	Forsinket	Moderat	0,44
01.02.2025	31.12.2025	Forsinket	Moderat	0,40
01.01.2025	31.12.2025	Fullført	Liten	0,32

Overordnet status Planlagt i 2025 (MNOK) Planlagt i 2026 (MNOK) Fullført %



Planlagt ift. utfordring Risikoprofil Status på gjennomføring



	Tiltak/Aktivitet	Planlagt start	Planlagt slutt	Status	Risiko	Planlagt 2025	Planlagt 2026
▼							
KS						21,61	
	Økt operativ aktivitet					12,13	
	Tilpasning bemanning pleie					9,48	

Overordnet status Planlagt i 2025 (MNOK) Planlagt i 2026 (MNOK)



7,5

6,1

Fullført %

25 %

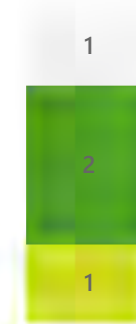
Planlagt ift. utfordring

Plan 2025 Utfordring



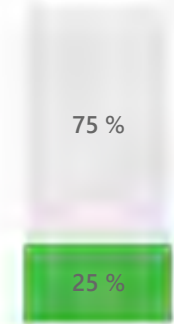
Risikoprofil

Vesentlig Moderat Liten



Status på gjennomføring

Fullført Forsinket Pågår



Kommentar

Vedr. tiltaket oppfølging av delrapporter i NSD:

Det er lagt inn nedtrekk i bemanning i 2025 på 3,4 MNOK, og på 3,1 MNOK i 2026, totalt 6,5 MNOK. Intern service har i OPM-møter høsten 2024 og i andre møter med økonomidirektør dokumentert at Intern service har tatt ned bemanningen i forkant av innflytting til NSD for beløp høyere enn 6,5 MNOK. Dette gjaldt bla. etableringen av logistikkorganisasjonen, da mange ressurser ble overflyttet fra renhold til logistikk i et foretaksprosjekt.

Intern service påberoper seg derfor at gevinster knyttet til bemanningsnedtak allerede er hentet ut. Det forhindrer selvfølgelig ikke Intern service i å følge nøye opp gevinstrealisering der det er mulig, men mulige nye gevinster vil ikke la seg realisere i praksis før i 2026, ref. omfang av pukkelkostnader i 2025, og behov for dobbel drift i deler av året.

Tiltak/Aktivitet	Planlagt start	Planlagt slutt	Status	Risiko	Planlagt 2025	Planlagt 2026
KIS	01.10.2023	31.12.2026	✓	🚩	7,48	6,10
Arealeffektivisering	01.01.2024	31.12.2026	✓	🚩	3,08	2,00
Miljøtiltak	01.10.2023	30.06.2025		🚩	1,00	1,00
NSD - delprosjekter					3,40	3,10

Overordnet status

Planlagt i 2025 (MNOK)

Planlagt i 2026 (MNOK)

Fullført %

Planlagt ift. utfordring

Risikoprofil

Status på gjennomføring



9,3

40,8

--

Plan 2025 Utfordring

Vesentlig Moderat Liten

Fullført Forsinket Pågår

48,0

14

100 %

9,3

Kommentar

Det skal gjennomføres omfattende omstillingsarbeid i PHR i 2025. Omstillingene omfatter alle avdelingene i klinikken. Det foreligger konkrete handlingsplaner for arbeidet. Det må imidlertid påregnes at det allikevel kan oppstå forsinkelser.

Tiltak for å understøtte prosessene:

- OU vil bidra gjennom å fasilitere og legge til rette for nødvendige prosesser i samarbeid med lederne.
- Bedriftshelsetjenesten bistår medarbeidere med viktig støtte i krevende omstillinger som for mange betyr bytte av arbeidsplass med mer.
- Det er etablert utvidede ledermøter slik at alle ledernivåer blir involvert.
- Det lages egen lederopplæring for nivå 5 lederne.
- Behov for å gjøre ROS analyser vurderes jevnlig - slik at vi kan utøve nødvendig styring basert på analyse av ROS.
- Vi planlegger for tett oppfølging av fremdrift i de ulike prosessene / omstillingene - bla felles rapporteringsmøter.
- Det er ukentlige dialogmøter med tillitsvalgte og vernetjenesten på klinikknivå

Tiltakene i 2025:

- Opprette seksjon Akutt 4 NSD
- Opprette seksjon Rusakutt NSD
- Samling av ARA på Konnerud (Rokade bygg)
- Omstilling av DPS døgn fra 5 til 3 lokasjoner (Rokade bygg)
- Slutføre omstilling BUPA i NSD
- Ny driftsmodell BET
- Nye bemanningsplaner sykehuspsykiatrien i NSD
- Planlegger innføring av langvakter ved en akuttseksjon

Tiltak/Aktivitet

Planlagt start

Planlagt slutt

Status

Risiko

Planlagt 2025

Planlagt 2026

Tiltak/Aktivitet	Planlagt start	Planlagt slutt	Status	Risiko	Planlagt 2025	Planlagt 2026
PHR	24.08.2025				9,32	40,80
Slutføre omstilling BUPA i NSD					15,00	
Omstilling DPS døgn fra 5 til 3 lokasjoner	24.08.2025				7,30	35,70
Nye bemanningsplaner sykehuspsykiatrien i NSD	24.08.2025				2,32	4,70
Samling av ARA på Konnerud					1,83	8,20
Ny driftsmodell BET	24.08.2025				1,25	3,80
Digitalisering	01.02.2026				0,00	5,00
Forventet inntektsvekst ved styrking av poliklinikk DPS					0,00	7,00
Fremtidens kontortjeneste/ helselogistikk-løsninger	24.08.2025				0,00	3,00
Ny driftsmodell SUA	24.08.2025				0,00	7,00
Styrke poliklinikk DPS					0,00	-20,00
Utvikling av teammodeller etter innflytting NSD	01.02.2026				0,00	5,00
Videre arbeid med oppgaveglidning	01.02.2026				0,00	5,00
Opprette seksjon Rusakutt NSD	24.08.2025				-2,08	-2,90
Opprette seksjon Akutt 4 NSD	24.08.2025				-16,30	-20,70

Overordnet status

Planlagt i 2025 (MNOK)

Planlagt i 2026 (MNOK)

Fullført %



11,0

15,5

6 %

Kommentar

På slutten av 2024 vi gjennomført en Bærekrafts Workshop. Avdelings ledere jobber nå med å oppdatere 2025, og kommer et forslag til 2026-2030. Ingen tvil at 2025 med NSD kommer til å bli en utfordrende år, og enda mer viktig å ikke miste fokus på de hoved gevinst områder som skal gi oss gevinster og bærekraft de neste flere år.

Planlagt ift. utfordring

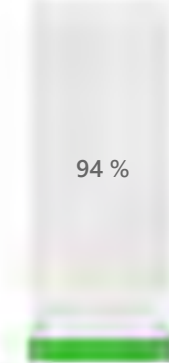
Risikoprofil

Status på gjennomføring

Plan 2025 Utfordring

Vesentlig Moderat Liten

Fullført Forsinket Pågår



Tiltak/Aktivitet

Planlagt start

Planlagt slutt

Status

Risiko

Planlagt 2025

Planlagt 2026

KMD

Felles analysehall

Riktig Bruk Lab og Bilde

Kunstig intelligens innen bildediagnostikk

Sammen om pasienten

PAT KI

01.08.2023

31.12.2026

✓

🚩

11,01

14,00

01.03.2024

31.12.2026

✓

🚩

6,14

6,50

01.03.2024

30.12.2026

✓

🚩

2,64

2,00

01.08.2023

28.11.2025

✓

🚩

1,73

3,20

01.07.2025

✓

🚩

0,30

1,30

01.07.2025

✓

🚩

0,20

1,00

Overordnet status Planlagt i 2025 (MNOK) Planlagt i 2026 (MNOK) Fullført %



Kommentar

I 2024 har PHT lyktes i holde aktivitetsveksten nede og derav unngått oppbygging av ambulanseflåten. I hht til handlingsplan skal ikke antall ressurser økes for 2025 og det er heller ikke planlagt.

Planlagt ift. utfordring

● Plan 2025 Utfordring

16,7

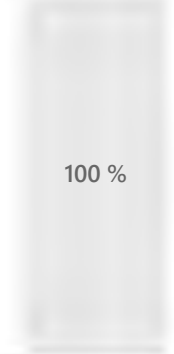


Risikoprofil

● Vesentlig ● Moderat ● Liten ▶

Status på gjennomføring

● Fullført ● Forsinket ● Pågår



Tiltak/Aktivitet

Planlagt start

Planlagt slutt

Status

Risiko

Planlagt 2025

Planlagt 2026

Overordnet status Planlagt i 2025 (MNOK) Planlagt i 2026 (MNOK) Fullført %



10,0

10,0

--

Kommentar

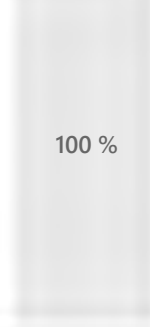
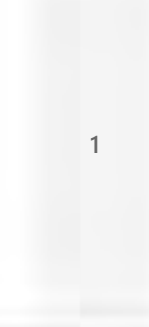
Fra Bærekraftsplanen som ble vedtatt i styret i august 2023 var det lagt til grunn en gevinst på 6 MNOK. Dette omfattet i stor grad innkjøpsområdet som nå ligger på klinikkene og ikke stab økonomi siden staben kun utgjør støtte i arbeidet. Planlagt gevinst er satt til 10 MNOK på medikamentområdet og dette tilfaller fellesøkonomi og ivaretas av Høykostgruppen.

Planlagt ift. utfordring

Risikoprofil

Status på gjennomføring

● Plan 2025 Utfordring ● Vesentlig ● Moderat ● Liten ▶ ● Fullført ● Forsinket Pågår



Tiltak/Aktivitet

Planlagt start

Planlagt slutt

Status

Risiko

Planlagt 2025

Planlagt 2026

FellesØkonomi

01.01.2023

31.12.2026

10,00

10,00

2.13 Legemidler

01.01.2023

31.12.2026

10,00

10,00

Overordnet status Planlagt i 2025 (MNOK) Planlagt i 2026 (MNOK) Fullført %



4,0

--

--

Kommentar

Hovedgrepet for Teknologi i 2025 er å bidra til gevinster på Helselogstikk for de klinikkene som starter opp i 2025. Drammen er i gang på flere avdelinger med å identifisere både prosesser og gevinster, samt planlegge realisering.

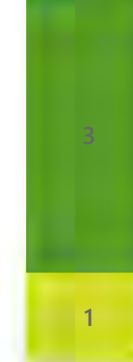
Planlagt ift. utfordring

● Plan 2025 Utfordring



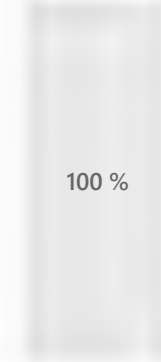
Risikoprofil

● Vesentlig ● Moderat ● Liten



Status på gjennomføring

● Fullført ● Forsinket ● Pågår



Tiltak/Aktivitet	Planlagt start	Planlagt slutt	Status	Risiko	Planlagt 2025	Planlagt 2026
Teknologi	06.01.2025	31.12.2025		🚩	3,99	
Kostnadsreducerende tiltak	06.01.2025	31.12.2025		🚩	3,99	
Avtalelojalitet VVHF, risikoreducerende tiltak, unngåelse av bot	06.01.2025	31.12.2025		🚩	0,00	
IKT kostnader, reduserende tiltak	06.01.2025	31.12.2025		🚩	2,00	
MTU Serviceavtale	06.01.2025	31.12.2025		🚩	0,00	
Varekostnader, reduserende tiltak	06.01.2025	31.12.2025		🚩	2,00	

Planlagt i 2026 (MNOK)

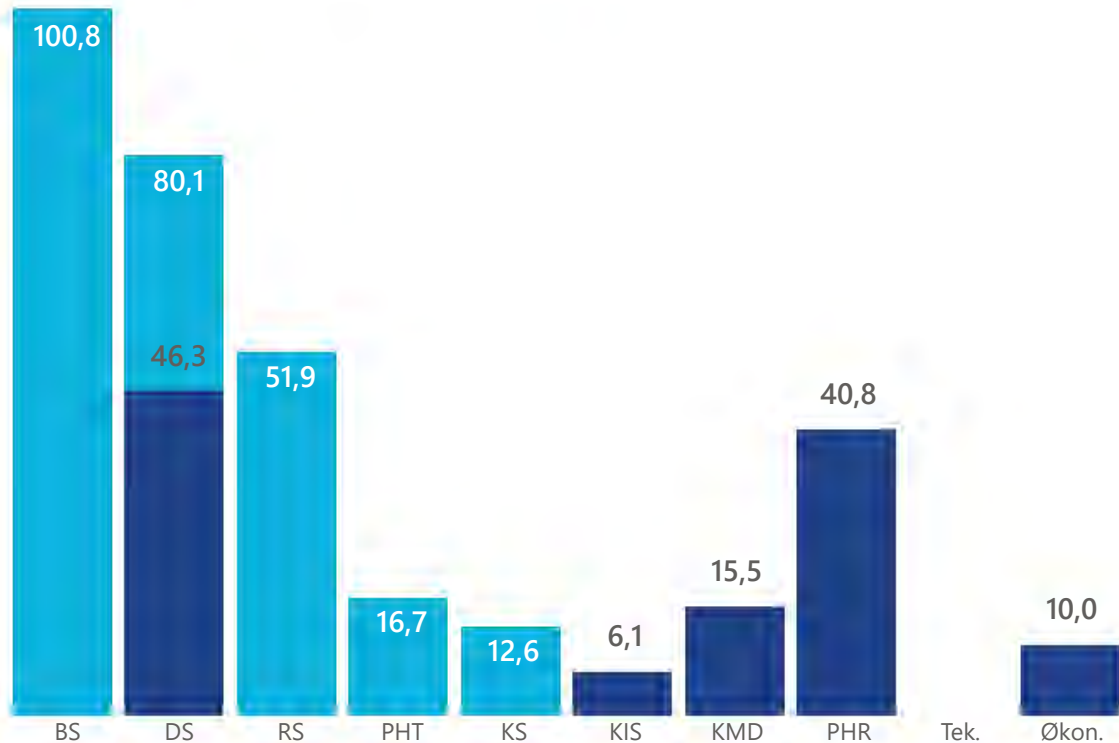
118,7

Fullført %

4 %

Planlagt i 2026 ift. restutfordring (MNOK)

Planlagt i 2026 Restutfordring 2027



Klinikk	Status	Risiko	Planlagt 2026
PHR			84,40
Videre arbeid med oppgaveglidning			5,00
Utvikling av teammodeller etter innflytting NSD			5,00
Samling av ARA på Konnerud			8,20
Omstilling DPS døgn fra 5 til 3 lokasjoner			35,70
Nye bemanningsplaner sykehuspsykiatrien i NSD			4,70
Ny driftsmodell SUA			7,00
Ny driftsmodell BET			3,80
Fremtidens kontortjeneste/ helselogistikk-løsninger			3,00
Forventet inntekstvekst ved styrking av poliklinikk DPS			7,00
Digitalisering			5,00
KMD			15,50
Sammen om pasienten	✓	🟢	1,30
Riktig Bruk Lab og Bilde		🟡	2,00
PAT KI		🟡	1,00
Kunstig intelligens innen bildediagnostikk	✓	🟢	3,20
Kontortjeneste Bilde	✓	🟡	0,90
Felles analysehall	✓	🟢	6,50
Endre arkivering av restmateriale fra makroskopisk undersøkelse		🟢	0,60
KIS			6,10
NSD - delprosjekter	✓	🟢	3,10
Miljøtiltak		🟡	1,00
Arealeffektivisering	✓	🟢	2,00
FellesØkonomi			10,00
2.13 Legemidler			10,00
DS			46,30
10-5 Bedre kapasitet sentraloperasjon		🟢	4,00
10-3 Bedre utnyttelse av poliklinisk kapasitet		🟢	10,40
10-2 Bemanning døgnområdet NSD		🟢	26,59
10-10 Dagkirurgisk kapasitet		🟢	0,93
10-1 Varekostnader		🟢	4,38

Klinikk	Opprinnelig mål 2024	Opprinnelig mål 2025	Opprinnelig mål 2026	Opprinnelig TOTALT	Resultatmål 2024	Resultatmål 2025	Resultatmål 2026	Prognose 2024	Revidert mål 2025	Revidert mål 2026	Estimert restutfordring 2026	Estimert restutfordring 2027	Avvik fra mål 2025	Avvik fra mål 2026
Drammen sykehus	33,50	41,10	35,70	110,30	-98,00	-56,90	-21,20	-160,00	30,93	46,30	-129,07	-82,77	-72,17	-61,57
Bærum sykehus	30,20	20,40	16,00	66,60	-60,50	-40,10	-24,10	-165,00	64,01		-100,99	-100,99	-60,89	-76,89
Ringerike sykehus	11,30	2,00	0,00	13,30	-24,40	-22,40	-22,40	-65,00	10,14		-54,86	-54,86	-32,46	-32,46
PHR	20,00	9,30	40,70	70,00	-50,00	-40,70	0,00	-48,00	9,32	40,80	-38,68	2,12	2,02	2,12
PHT	0,00	0,00	0,00	0,00	-9,00	-9,00	-9,00	-16,70			-16,70	-16,70	-7,70	-7,70
Kongsberg sykehus	15,70	17,90	0,00	33,60	-6,00	11,90	11,90	-34,20	21,61		-12,59	-12,59	-24,49	-24,49
KMD	6,30	17,20	30,10	53,60	-22,00	-4,90	25,30	-20,50	11,01	15,50	-9,49	6,01	-4,59	-19,29
Stab/støtte	2,90	0,00		2,90	0,00	0,00		0,00			0,00	0,00	0,00	0,00
Teknologi	1,90	5,30	3,40	10,60	0,00	5,30	8,70	0,00	3,99		3,99	3,99	-1,31	-4,71
KIS	6,40	6,20	5,10	17,70	0,00	6,20	11,20	0,00	7,48	6,10	7,48	13,58	1,28	2,38
FellesØkonomi	15,00	6,00		21,00		6,00	6,00	0,00	10,00	10,00	10,00	20,00	4,00	14,00
Totalt	143,20	125,40	131,00	399,60	-269,90	-144,60	-13,60		168,50	118,70	-340,90	-222,20	-196,30	-208,60



Dato: 2. februar 2024
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Styrets årsberetning for 2024, førstegangs behandling av utkast

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte Vestre Viken HF	15/2025	24.02.2025

Forslag til vedtak

Styret tar det fremlagte utkast til Styrets årsberetning for 2024 til orientering med de innspill som ble gitt i møtet.

Drammen, 17. februar 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Styret skal behandle foretakets årsrapport i styremøtet 31. mars 2025. For at styret skal gis mulighet til å påvirke innholdet i styrets årsberetning som følger årsrapporten er det lagt til rette for en første gangs behandling av denne en måned tidligere.

Saksutredning

Styrets årsberetning følger innretningen i tråd med tidligere år, og formalkrav i samsvar med Regnskapsloven. Beretningen gir ellers uttrykk for hovedlinjene i det året som er gått. Årsberetningen vil til en viss grad være overlappende med årlig melding, men må utarbeides på grunnlag av en rekke formalkrav. Formalkravene er dekket gjennom overskrifter og underoverskrifter, og er sånn sett en rettesnor for hvilke områder som skal omtales. Utover dette står foretaket fritt til omtale virksomheten.

Tallgrunnlaget i vedlagte utkast er ikke ferdig revidert av foretakets revisor og vi tar derfor forbehold om eventuelle endringer. Det er likevel ikke forventet vesentlige endringer, slik at omtalen forventes å være tilnærmet likelydende i den endelige årsberetningen som styret får til behandling sammen med årsregnskapet 31. mars 2025.

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør imøteser styrets supplerende innspill til årsberetningens innhold, og foreslår at styret tar saken til orientering, med de innspill som ble gitt i møtet.

Vedlegg: 1. Styrets årsberetning for 2024 v. 0.9



UTKAST

Vestre Viken HF

Styrets Årsberetning

2024

OM HELSEFORETAKET

Vestre Viken er et av de største helseforetakene i Norge, og er eid av det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst. Vestre Viken ble stiftet 30. mars 2009, og leverer sykehus- og spesialisthelsetjenester til om lag 500 000 mennesker i 22 kommuner, fordelt på fylkene Buskerud, Akershus og Vestfold.

Helseforetakets hovedoppgaver er pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell, samt opplæring av pasienter og pårørende.

Innen somatisk virksomhet består helseforetaket av Bærum sykehus, Drammen sykehus, Kongsberg sykehus og Ringerike sykehus med Hallingdal sjukestugu. Foretaket har en psykiatrisk sykehusavdeling ved Blakstad, fem distriktpsikiatriske sentre, tilbud innen barne- og ungdomspsykiatri samt tverrfaglig spesialisert rus- og avhengighetsbehandling.

Ansvar for prehospitaltjenester er delt mellom Vestre Viken HF og Oslo universitetssykehus HF, hvor sistnevnte har AMK-ansvar for Bærum og nye Asker kommune og ambulansetjeneste for Bærum og gamle Asker, mens Vestre Viken har ansvaret for den øvrige delen. Organiseringen av prehospitaltjenester mellom helseforetakene er under utredning.

Administrerende direktør i foretaket er Lisbeth Sommervoll.



VIRKSOMHETSSTYRING OG INTERN KONTROLL

Foretaket har lagt opp virksomhetsstyring og internkontroll i samsvar med bestemmelser i lov- og regelverk, samt krav og føringer fra Helse Sør-Øst RHF.

Ledelsens gjennomgang (LGG) er den overordnede styrende og kontrollerende delen av virksomhetsstyringen i foretaket, og skal sikre at styringssystemet fungerer etter sin hensikt og bidrar til forbedring. Foretakets prosess for ledelsens gjennomgang er under revisjon. Formålet er å sikre at gjennomgangen gir verdi og sikrer kontinuerlig forbedring.

Vestre Viken bruker fullmakter i delegering av ansvar og myndighet i organisasjonen. Fullmaktene tar utgangspunkt i relevant lov- og regelverk som regulerer foretakets rolle som helseforetak, sykehus, forskning/utdanningsinstitusjon, arbeidsgiver, offentlig myndighetsorgan og forretningspart. Ansatte med fullmakter (fullmektiger) forplikter seg til å anvende disse i overensstemmelse med grensene som er fastsatt i fullmaktene. Fullmaktsystemet gjennomgår årlig oppdatering og styrebehandling.

Foretaket bruker avvikssystemet Synergi for å melde, behandle og følge opp uønskede hendelser/avvik. Meldinger om uønskede hendelser er en viktig kilde til forbedring, og det arbeides systematisk med å bevisstgjøre og fremme en god meldekultur.

I 2024 ble det gjennomført 18 eksterne tilsyn fra ulike tilsynsmyndigheter innenfor HMS-området, fra Arbeidstilsynet, Brannvesenet, El-tilsynet og Direktoratet for Strålevern og Atomberedskap. Det ble gitt til sammen 9 avvik, hvorav 2 er lukket, og de resterende er under arbeid. Pålegg og avvik blir fulgt opp i Synergi. Handlingsplaner etableres og følges opp i henhold til foretakets prosedyrer. Fra helselovgivningen er det gjennomført eksterne tilsyn innenfor legemiddelberedskap og implementering av nasjonale faglige råd fra Konsernrevisjonen. I tillegg er det gjennomført egenrevisjonstilsyn fra statsforvalteren i Psykisk helse og rus.

Hensikten med å utføre interne kvalitetsrevisjoner i Vestre Viken er først og fremst å identifisere forbedringsområder. Revisjonene vil også kunne avdekke manglende etterlevelse av lover, forskrifter og nasjonale retningslinjer. Eventuelle avvik og forbedringsområder beskrives i en revisjonsrapport som overleveres leder av revidert enhet. Det er klare forventninger om at påpekte forhold rettes opp og lukkes. Det er god praksis at revisjonsteamet følger opp at relevante tiltak er igangsatt, og at effekten av tiltakene vurderes.

Revisjonsteam på foretaksnivå gjennomfører kliniske fagrevisjoner, der fagrevisor med relevant fagkompetanse deltar.

- 2023/2024 - Klinisk fagrevisjon med tema *Bruk av kirurgi ved degenerative meniskrupturer* er gjennomført på alle de fire somatiske klinikkene i VV. Revisjonen hadde fokus på kodepraksis, etterlevelse av «best practice», om nasjonale anbefalinger følges, opplæring og variasjon.
- 2024 - Klinisk fagrevisjon med tema *Bruk av røntgentjenester i henhold til anbefalingene i Kloke valg* er gjennomført på to klinikker, henholdsvis på Drammen sykehus og Bærum sykehus. Revisjonen hadde hovedfokus på: Bruk av «Kloke valg» og etterlevelse av egne krav (Best practice), konfereringsrutiner i legegruppene, dokumentasjon i journal/henvisingskvalitet, opplæring i henvisningspraksis og variasjon mellom klinikkene

Rapporter med avvik og forbedringsområder er utarbeidet på klinikknivå og overlevert reviderte enheter. I tillegg er det utarbeidet samlerapporter på foretaksnivå.

Risikovurderinger brukes aktivt i styring av virksomheten. Foretaket gjør en vurdering av risiko knyttet til oppnåelse av mål for kommende år, og for foretakets utvikling og økonomiske bærekraft på lengre sikt. Risikovurderingene oppdateres tertialvis og fremlegges for styret. Risikovurderingene er viktige for virksomhetsstyringen gjennom å identifisere hvilke tiltak som skal tillegges vekt, og hva styret og ledelsen må ha særskilt oppmerksomhet på.

Vestre Viken har igangsatt et arbeid for å forbedre prosessene i virksomhetsstyring med mål om mer helhetlig, proaktiv og integrert styring. I dette ligger at kontinuerlig forbedring er del av kulturen og arbeidsformen på alle nivå. For å oppnå dette følges definerte prinsipper og normer for hvordan lede, styre og utvikle virksomheten.

- Helhetlig tilnærming som gjør oss i stand til å se ting i sammenheng.
- Proaktivitet som gjør oss i stand til å se fremover og være i forkant.
- Planlegging, kontroll og forbedring er en integrert del av daglig drift
- En kultur for læring som gjør oss i stand til å møte morgendagens behov

Det er identifisert flere innsatsområder for å få dette til. I 2024 er det utviklet et E-læringskurs i virksomhetsstyring, videreutviklet lederopplæring, undervisning i risikostyring, opplæringsmateriell om bruk av data for bedre beslutninger, framstilling av data og sjekkliste for endringsledelse og praktisk endringsarbeid. Erfaringer fra gjennomføringen av «Ventetidsløftet» er i 2024 brukt inn i videreutvikling av virksomhetsstyringen. Arbeidet fortsetter i 2025.

Pasientbehandling

Det er i 2024 oppnådd 130 500 Innsatsstyrt finansiering (ISF)- poeng innen somatikk, ca. 1,0 prosent mer enn fjoråret. Innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er også poliklinisk behandling ISF finansiert. Dette utgjorde om lag 67 200 ISF-poeng i 2024, en økning på 3,3 prosent fra året før.

Det var ca. 67 800 døgnopphold på de somatiske sykehusene, og om lag 4 200 døgnopphold innen psykisk helse og rus/avhengighetsbehandling. Det var til sammen 803 870 polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger innenfor somatikk og psykisk helsevern/rus- og avhengighetsbehandling.

Innen somatikk har antall døgnopphold vært på samme nivå som i 2023, dagopphold har økt med 3,2 prosent og polikliniske konsultasjoner har økt med 1,6 prosent fra året før. Innen psykisk helsevern/rus- og avhengighetsbehandling har det vært en reduksjon i antall døgnopphold på 1,7 %, mens antall polikliniske konsultasjoner er på sammen nivå som i 2023 samlet. Innen barne- og ungdomspsykiatrien har det vært en økning på 3,0 %.

Foretaket har som mål at aktivitetsøkning hovedsakelig skal skje innen dagbehandling og poliklinisk behandling, blant annet ved at flere av akuttpatientene behandles poliklinisk ved de somatiske sykehusene. Antall pasienter som unngår innleggelse ved akuttmottak og behandles videre hjemme er økende, og antall pasienter som mottar ambulante tjenester som FACT-team innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er økt i løpet av året.

Det er en målsetning å øke andelen hjemmebehandling ved hjelp av digitale løsninger som video- og telefonkonsultasjoner og bruk av egenregistreringer. Tilbud om egenregistrering som kan bidra til en mer brukertilpasset helsetjeneste har høy prioritet. Åtte prosent av konsultasjonene innen somatikk og 18 prosent innenfor psykisk helsevern/rusbehandling ble gjennomført digitalt. Samlet foregikk 12 prosent av polikliniske konsultasjoner over video eller telefon, en nokså uendret status sammenliknet med 2023 og under måltall på 15% men allikevel godt sammenliknet med andre foretak. Psykisk helsevern og rus og prehospitale tjenester har

aktivitetstall på video/ telefon godt over 15%. Ved AMK-sentralen ble videokonsultasjoner brukt i over 30% av samtalene, dette er over mål på 25%.

Vestre Vikens virtuelle sykehus ble etablert i 2022, og har vært i stadig vekst siden. Bærebjelken har til nå vært hovedsakelig digital hjemmeoppfølging (skjemabasert). Vestre Viken har ved årets slutt ca. 12 000 individuelle pasienter i disse forløpene, noe som er betydelig flere enn andre foretak i Norge. Potensialet antas allikevel å være langt større. Det er en målsetting å videreutvikle det virtuelle sykehuset i 2025. Det å sikre overgang fra innovasjon til drift for etablerte områder, samt videre utvikling for andre, er prioriterte områder.

Kvalitet i pasientbehandlingen

Kvalitetsmålinger, pasientsikkerhetsmålinger, forskningsbasert kunnskap og pasienterfaringer brukes aktivt i utformingen av tjenestetilbudet og i systematisk forbedringsarbeid. Lite effektive metoder og tjenester skal fases ut. Klinikkene bruker nasjonale kvalitetsindikatorer i sitt forbedringsarbeid. Konsernrevisjonen har gjennom revisjon av implementering og oppfølging av nasjonale faglige råd påpekt at foretaket har gode rutiner for bruk av kvalitetsregistre, men at det er et behov bedre koordinering og samhandling på tvers av fagmiljøene.

Helseatlas for 24 kvalitetsindikatorer viser at våre pasienter får behandling av høy kvalitet på de fleste områder. Det arbeides kontinuerlig for å forbedre pasientforløp, forbedre logistikk og sikre likeverdighet i tilbudet.

Foretaket har etablert et system som identifiserer risikoområder og trender innen pasientsikkerhet og arbeidsmiljø for å redusere antall utilsiktede hendelser. Ved alvorlige hendelser analyseres årsaken til hendelsen gjennom enten fullverdige hendelsesanalyser eller noe forenklete hendelsesgjennomganger. Erfaringene fra utilsiktede hendelser blir brukt til læring i hele virksomheten. Det er etablert et system for å utarbeide og dele læringsnotater og risikovarsler på tvers i foretaket både når det gjelder pasientsikkerhet og innen HMS. Det er fortsatt et potensiale for å spre erfaringer og læring etter hendelser. Som et ledd i å lære og dele av det gode arbeidet som ble #Råbra implementering som verktøy som endel av Safety-II. Det har blitt godt mottatt og i 2024 ble det registrert over 300 #Råbra tildelinger.

Det er etablert gode systemer for endrings- og implementeringsarbeid i foretaket. Spesielt kan nevnes forbedringsarbeider ledet av leger i spesialisering som et ledd i deres utdanningsprogram. I 2024 er det gitt teoretisk og praktisk opplæring til over 150 ansatte og ledere. Kompetansen bidrar til økt måloppnåelse ved forbedring og utvikling av bærekraftige helsetjenester.

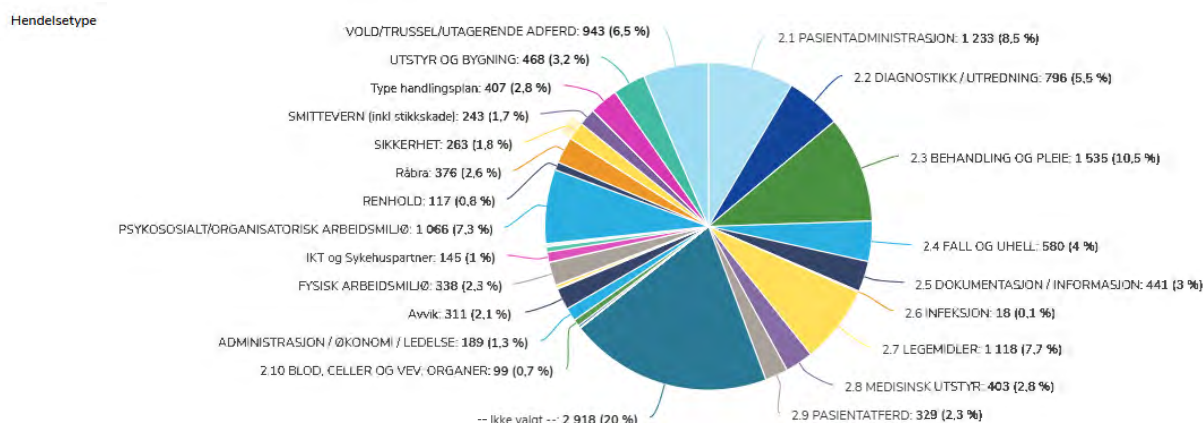
Det holdes ukentlige "forbedringspoliklinikker", og det er etablert et endringsteam og modulbasert e-Læring, workshops og sjekkliste for endringsledelse og endringsarbeid for ansatte som skal inn i Nytt Sykehus Drammen. Life QI er en plattform for dokumentasjon, gjennomføring og porteføljestyling av endringsarbeider. Denne er videreutviklet i foretaket og vi har bidratt til at lisensavtaler og praktisk håndtering er overtatt av Sykehuspartner, slik at den nå er tilgjengeliggjort for hele HSØ. I Life QI er det nå registrert 437 aktive forbedringsarbeider.

Håndtering av uønskede hendelser

I 2024 var det totalt 14.565 saker registrert i Synergi, inkludert handlingsplaner, revisjoner og #Råbra. Sakene fordeler seg på følgende sakstyper:

Sakstype	Saker, Telle
Faktisk hendelse	9 427
Nesten-uhell	2 001
Forbedringer og avvik (for helsepersonell)	1
Forbedringsforslag	1 581
Andre saker	750
Revisjoner og eksterne tilsyn	427
Råbra!	378
Sum 14 565	

Dette fordeler seg over følgende hendelsestyper:



Antall pasientskade, betydelig og død, registrert i Synergi i 2024:

Pasientskade - Betydelig	136
Pasientskade - Død	77

Det er gode rutiner for håndtering av meldte hendelser med årsaksanalyse og tiltak. Læring etter utilsiktede hendelser både innad i klinikker og mellom klinikker vil fortsatt prioriteres.

Ventetid

Gjennom 2024 har det fra politisk hold vært stor oppmerksomhet omkring reduksjon i ventetider, og helseforetakene er fulgt tett opp gjennom spesielt siste halvdel av 2024. Målet har vært forbedring i gjennomsnittlig ventetid for pasienter som har fått oppstart helsehjelp per desember 2024 sammenlignet med samme periode i 2023. Ved utgangen av året var ventetiden på mål.

Den gjennomsnittlige ventetid avviklet for somatikk i desember 2024 var på 69,6 dager, som er lavere enn i 2023, da snittet for måneden var på 70,9. Gjennomsnittet for 2024 samlet var 75,9

dager, noe høyere enn snittet for 2023 som var på 72,9. Fagområder med flest antall ventende har vært ortopedi, øyesykdommer, ØNH, kvinnesykdommer, plastikkirurgi og urologi..

Den gjennomsnittlige ventetid avvirket for PHR samlet, var i 2024 på 42,4 dager. Dette er lavere enn snittet for 2023 som var på 46,0. Snittet for desember 2024 endte på 34,3. Dette er lavere enn i 2023, da snittet for måneden var på 39,8. Innen psykisk helsevern for barn og unge var gjennomsnittlig ventetid for året samlet 39 dager. Dette er noe lavere enn året før, men fortsatt 4 dager lengre enn målet på 35 dager. Antall henvisninger er noe redusert sammenlignet med 2023, men er fortsatt på et høyt nivå.

Ventetidsløftet

Oppdraget om å redusere ventetider ble gitt i mai 2024, og har siden vært et prioritert innsatsområde, dette vil det være også for 2025. Oppdraget følges opp i linje gjennom ordinære strukturer for oppfølging og rapportering. Hver klinikk har organisert arbeidet lokalt, med egne kontaktpersoner for Ventetidsløftet. Fagdirektør er prosjekteier og det er utpekt en prosjektleder og en styringsgruppe. I tillegg er det etablert en tverrgående ressursgruppe bestående av deltagere i relevante sentrale staber samt klinikk-kontakter. Gruppen har sørget for oppfølging av tildelte midler, koordinering av forbedringsprosesser og erfaringsutveksling mellom klinikkene, innspill til utvikling av styringsdata og kompetanseheving i klinikkene vedrørende registrering i datasystemer. Det pågår mange tiltak og rapportering til HSØ foregår i både oppfølgingsmøter og i tertialrapportering.

Tiltakene i 2024 bestod initialt i å gjennomgå ventelister, rydde og korrigere feilregistreringer samt opplæring av merkantilt personell. Oppdraget Ventetidsløftet kom rett etter Vestre Viken innførte DIPS Arena og systemet var nytt og særlig var det endrede arbeidsprosesser for merkantilt personell. Det ble videre jobbet med å identifisere langtidsventende, og rydding i listene for å avklare om pasienter på ventelisten fortsatt har behov for helsehjelp. Det er igangsatt tiltak for å øke aktiviteten som f.eks. ekstra/kveldspoliklinikk og bruk av avtalespesialister og private med avtale der det har vært mulig. Tildelte, øremerkede midler for 2024 har vært prioritert til tiltak som øker aktiviteten som f.eks. investering i medisinsk utstyr, videreutvikling av det virtuelle sykehuset og effektiviseringsprosjekter. Det arbeides klinikkvis med en systematisk gjennomgang av aktuelle behandlingsforløp for å vurdere behovet for fysiske kontroller samt hyppighet av nødvendige kontroller. For 2025 er det prioritert å rette oppmerksomheten mot strukturelle og organisatoriske tiltak som vil gi varig økt kapasitet, samt fortsette forbedringsarbeid knyttet til gode pasientforløp med oppmerksomhet på poliklinikker.

Pakkeforløp kreft

Det er fortsatt variasjon i måloppnåelse innen de ulike pakkeforløpene, og i 2024 har vi ikke nådd målet om 70% innen definerte forløpstider. Det har av flere årsaker vært vanskelig å få tilgang til de riktige dataene, blant annet har overgang til DIPS Arena på regional plattform har gitt utfordringer med datakvalitet. Innsatsen i 2024 har vært rettet mot å få oversikt og finne årsaker til feil i rapporter. Vi ser allikevel tydelig at det er behov for å sette inn en større innsats innenfor de enkelte forløpene får å ha bedre styring og kontroll for å nå mål og redusere uønsket variasjon. Det er særlig innenfor bryst-, tykktarm-, lungekreft vi skal rette innsatsen videre.

Det er satt i gang læringsnettverk for å gi forløpseiere og forløpskoordinatorer kompetanse i forbedringsarbeid. PET-CT ble etablert i foretaket i 2020 og tilbudet ble utvidet i 2022. Dette er et viktig bidrag til å bedre forløpstiden for noen av pakkeforløpene. Målet er at enda flere kreftpasienter skal få behandling i pakkeforløpene innenfor standard forløpstid.

FORSKNING OG INNOVASJON

Forskningsaktivitet er viktig for å sikre at pasientene får kunnskapsbasert behandling som er trygg og av høy kvalitet. Det er også viktig å stimulere til å utvikle eller å ta i bruk nye, innovative løsninger for å skape tjenester og produkter som kan komme pasientene til gode.

Forskning

Helseforetaket er ansvarlig for ca. 200 pågående forskningsprosjekter. I tillegg bidrar forskere i mange nasjonale og internasjonale samarbeidsprosjekter. Forskning innen hjerte, infeksjon, kreft og alvorlige psykiske lidelser er de mest omfattende.

Vestre Viken har for tiden elleve vitenskapelige stillinger; fire professorer og tre førsteamanuenser ved Universitetet i Oslo (UiO), en professor ved Universitetet i Bergen, en førsteamanuensis ved Oslo Met, en førsteamanuensis ved Lovisenberg diakonale høgskole og en førsteamanuensis ved Universitetet i Tromsø (UiT).

Av foretakets totale driftsbudsjett ble 0,95% prosent brukt på forskning samme som året før. Det er lagt en plan for opptrapping for å nå 1% av samlet driftsbudsjett.

Seks doktorgrader utgikk fra Vestre Viken i 2024. En av disse var innenfor brystkreft, en innen psykiatri, en innen ortopedi, en innen MS, en innen prehospital behandling og en innen infeksjoner.

Forskningsproduksjonen måles nasjonalt med forskningspoeng, og inkluderer publiserte vitenskapelige artikler, doktorgrader, finansieringspoeng og poeng for kliniske behandlingsstudier. I 2023 publiserte Vestre Viken 188 vitenskapelige publikasjoner og fikk 126 forskningspoeng (tallene for 2024 er ikke tilgjengelig før juni 2025).

Foretaket hadde 17 eksternt finansierte forskningsprosjekter; seks doktorgradsprosjekt, fire postdoktor prosjekter, ett forskerstipend, samt driftsmidler til seks prosjekter. Til sammen utgjør dette ca. 12,8 millioner kroner i ekstern finansiering.

Satsing på kliniske studier

Det er satset på å legge til rette for kliniske studier. Den nasjonale rapporteringen for kliniske studier foregår på våren. Tallene for 2024 er derfor ikke klare. Vestre Viken inkluderte 1609 pasienter i 51 klinisk behandlingsstudier i 2023. Dette er en økning på 67 % i antall pasienter og 6% økning i antall studier sammenlignet med året før.

Infrastruktur for næringslivssamarbeid

Vestre Viken ønsker å bidra til utvikling av fremtidens helsetjenester i samarbeid med næringslivet. For dette formålet er det opprettet en testbed, det vil si en infrastruktur for næringslivssamarbeid innen forskning og innovasjon. Det ble inngått syv avtaler på innovasjon og ni på oppdragsforskning med industri i 2024. Dette er en nedgang på 30 % fra året før.

Ved årsslutt i 2024 hadde foretaket 19 pågående kliniske studier i samarbeid med industrien.

Innovasjon

Innovasjonsaktiviteten måles gjennom nasjonale indikatorer. I 2024 oppnådde foretaket 283 poeng, noe som er en liten nedgang fra 293 poeng i 2023. Vestre Viken er fortsatt blant de foretakene i landet med høyest innovasjonsaktivitet.

Ved utgangen av året var det 69 pågående innovasjonsprosjekter registrert i Ideportalen. Av disse var 20 (29%) av prosjektene innen digital hjemmeoppfølging, som er organisert i eget program. I tillegg er 31 forløp innen digital hjemmeoppfølging i drift i Vestre Vikens virtuelle sykehus, med flere under utvikling.

Innen kunstig intelligens har Vestre Viken bidratt til en nasjonal teknisk infrastruktur for ibruktage av KI innen radiologi, slik at alle regioner nå får tilgang til de tre samme KI-plattformene.

Tre innovasjonsprosjekter har fått tildelt til sammen 110 000 kroner i interne innovasjonsmidler.

Fem innovasjonsprosjekter fikk til sammen 3,1 millioner kroner i eksterne innovasjonsmidler fra Helse Sør-Øst og Norges Forskningsråd:

- Utprøving av KI som journalstøtte
- DelMedMeg - digital kartlegging av pasienter innen psykisk helse og rus
- Automatisert beslutning på mangelfulle henvisninger til gastromedisinsk seksjon
- Automatisert løsning for effektiv epikriseutsendelse for pasienter som er i behov av kommunale tjenester.
- Ny form for samarbeid til alvorlig psykisk lidende med høy voldsrisiko i psykisk helsevern

I tillegg til har Vestre Viken mottatt 4 millioner kroner i strategiske innovasjonsmidler til brukerstyrt oppfølging og kunstig intelligens.

UTDANNING

Utdanningsstillinger

Høsten 2024 var det 83 utdanningsstillinger i Vestre Viken HF, en reduksjon på 19 i forhold til høsten 2023. Reduksjonen er naturlig pga at det har vært gjennomført en stor satsing på utdanningsstillinger de to foregående årene, og at behovet for utdanningsstillinger innen anestesisykepleie er redusert, samt at det har vært liten søkermengde til intensivutdanning.

Utdanningsstillingene fordeles slik: anestesisykepleie 12, barnesykepleie 3, intensivsykepleie 26, jordmor 14, akuttisykepleie 2. I løpet av 2024 ble 46 spesialsykepleiere og jordmødre ferdig med sin utdanning og startet på sin bindingstid i helseforetaket. Vestre Viken HF har i 2024 valgt å benytte 5 utdanningsstillinger til videreutdanning i klinisk sykepleie med fordypningsområde for 7 sykepleiere på sengepost. I tillegg er det benyttet 4 utdanningsstillinger til videreutdanning av helsefagarbeidere innen intensivpleie.

Praksisgjennomføring for bachelor, videre- og masterutdanningsstudenter

Det foregår et stort arbeid med studenter i hele helseforetaket. Det er gjennomført ca. 1500 praksisperioder av ca. 1000 studenter ute i klinikkene i løpet av 2024. Utdanningsavdelingen har startet utvikling av et digitalt verktøy for å ha best mulig digital oversikt over utdanningsvirksomheten / praksisgjennomføringen.

HSØ prosjektet «Praksisprosjektet» med fokus på økt kvalitet i praksisstudiene for bachelorstudenter gikk over i full drift 1.1.24. Tiltak som innføring av hovedveiledere, flytskjema for gjennomføring av praksisstudier, kompetanseplan for studenter, kompetanseplan for praksisveileder, fagspesifikke ressursgrupper og teamsgrupper/- kanaler følges opp og videreutvikles. I forlengelsen av prosjektet er det startet med fagspesifikke samarbeidsmøter mellom hovedveiledere – universitet/ høyskoler – utdanningsavdelingen, digital internundervisning til nye hovedveiledere og evaluering av praksisstudiene for sykepleiestudenter. Arbeidet med overføringen av relevante tiltak til master og videreutdanningene startet høsten 24.

Veiledningskompetanse

I Praksisprosjektet var et av fokusområdet økt veiledningskompetanse hos det kliniske personalet. Tilbud om dagskurs i veiledning ble etablert. Det er gjennomført 11 tverrfaglige dagskurs i veiledning med 25-30 deltaker på hvert kurs. Det ble også gjennomført et kurs med fokus på tospannsveiledning. Utvikling av veiledningskompetanse har stor prioritet, både gjennom kompetanseplan, e-læring, dagskurs og oppfølging av veiledere.

Lærlinger

Helseforetaket har godkjent «Opplæringskontor for lærlinger», og gjennomfører VG3 i sin helhet (2 år i lærebedrift) for lærlinger i helsearbeiderfaget, ambulansefaget, portørfaget og service- og administrasjonsfaget. I august 2024 ble det ansatt 16 nye lærlinger i helsearbeiderfaget som ga totalt 34 lærlinger (1. årslærlinger og 2. årslærlinger). Gjennom 2024 har vi satt søkelys på lokal rekruttering. Det ble i oktober gjennomført en felles samling for de som er utdanningsansvarlige overleger (UAO) i foretaket for å skape nettverk og delekultur.

Det ble gjennomført 4 kurs i veiledning og supervisjon for LIS og overleger i 2024, med til sammen rundt 80 deltakere.

Det er avholdt 2 felles samlinger for nye LIS1 våren 2024 på Bærum sykehus og høsten 2024 i Drammen. Samlingene har fokus på god on-boarding, bli kjent, trygge læringsmiljø, felles kompetansemål og de 7 legeroller.

I samarbeid med Villa Sana er det igangsatt et pilotprosjekt med gruppeveiledning for LIS på tvers av fag og erfaringsnivå med tema «mestring av legerollen» som en fast del av LIS-utdanningen. Temaer for erfaringsutveksling og refleksjon er eksempelvis å stå med ansvar, psykologisk trygghet, når feil skjer, rollekonflikt, jobb-hjem-balanse, kollegastøtte og lignende.

Fadderordning for LIS

Høsten 2024 startet fadderordning for LIS opp ved våre medisinske avdelinger ved Drammen, Bærum, Kongsberg og Ringerike sykehus. Ordningen er ment å gi nye LIS i avdelingene en bedre velkomst, praktisk opplæring og sosial støtte.

Fadderne er erfarne LIS og ordningen består av fire deler:

- Fadderansvarlig informerer den nye legen om ordningen to uker før oppstart.
- Fadder er sammen med den nye legen hele første arbeidsdag.
- Fadder kontakter den nye legen etter to uker.
- Fadder kontakter legen etter et halvt år.

Vestre Vikens Instagramkonto for informasjon rundt LIS-utdanningen ble startet opp i 2021 og har nå over 2700 følgere.

Teams er implementert som primær samhandlingsplattform for LIS-utdanningen internt, og flere spesialiteter har startet felles internundervisning på tvers av lokasjoner/klinikker.

Foretaket er representert i Utdanningsrådet i Helse Sør-Øst og i UKO-nettverk nasjonalt.

Læringsportalen og kursutvikling

HSØ innførte ny Læringsportal i oktober 2023 Implementering har pågått første halvdel av 2024.

Foruten utvikling av kurs i Vestre Viken, har foretaket bidratt med utvikling av 5 strålevernkurs for HSØ og RegDig (det siste kurset er under arbeid). I tillegg har foretaket kurset "Innføring i virksomhetsstyring - Felles for Helse Sør-Øst" under arbeid, og dette kurset vil bli tilgjengelig for alle helseforetakene i HSØ.

Kursutvikling 2024 i eget foretak:

- Innføring i virksomhetsstyring - Vestre Viken (under arbeid)
- Helselogistikk poliklinikk
- Varsling og kommunikasjon via telefoni i Helselogistikk
- Systematisk pårørendesamarbeid (BISP) – delt med HSØ
- Risikomodul i eHåndbok
- Clinical Frailty Scale (skrøpeligheitscreening) – delt med HSØ

SAMHANDLING

Vestre Viken har ansvaret for spesialisthelsetjenester til 22 kommuner, samt en del av befolkningen i Holmestrand kommune (tidligere Sande kommune). Samarbeidet med kommunene er formalisert i Helsefelleskapet Vest-Viken.

Partnerskapsmøte i 2024 samlet rundt 100 deltakere fra 22 kommuner, Vestre Viken, fastleger og brukere. Siri Hatlen, styreleder, innledet om behovet for å sikre en bærekraftig utvikling. Det er i økende grad konkurranse om de samme hendene og i vår felles helsetjeneste må oppgaver løses og fordeles på nye måter. Hatlen var opptatt av hvordan vi bedre kan løse oppgavene og benytte ressursene på tvers.

Statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet, Karl Kristian Bekeng (Ap) snakket om hvilke forventninger som ligger i ny helse- og samhandlingsplan. Direktør for Helse og velferd i Bærum kommune, Grete Syrdal og fagdirektør i Vestre Viken, Anders Debes delte refleksjoner rundt året som har gått og veien videre.

Tema var vår felles helsetjeneste, og partene diskuterte felles utfordringer for sikre kvalifisert personell og behovet for nye digitale arbeidsformer. Tilbudet til barn og unge og personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblem er satsingsområder i helsefelleskapet, og det ble presentert modeller for samskaping av tjenester og tverrfaglige team i vårt område.

Det er Bærum kommune på vegne av kommunene i Helsefelleskapet som i denne perioden har ledet Strategisk samarbeidsutvalg. Det er videreført et faglig samarbeidsutvalg for barn og unge

og et faglig samarbeidsutvalg for voksne med alvorlig psykisk lidelse og rusproblem. Det er under planlegging et nytt faglig samarbeidsutvalg for digital hjemmeoppfølging.

Samhandlingslegene (tidligere praksiskonsulentene) i helseforetaket har et særlig ansvar for informasjonsutveksling, faglige møter og kurs for fastleger. Samhandlingslegene er et viktig bindeledd mot kommunehelsetjenesten og deltar i utviklingsarbeid både sentralt og lokalt. Vi har i 2024 styrket samarbeidet mellom samhandlingslegene og de samhandlingsansvarlige på klinikkene, og vil fortsette med dette ytterligere i året som kommer.

BRUKERMEDVIRKNING

Brukerutvalget har månedlige møter. I tillegg deltar medlemmene i et høyt antall prosjekt, råd og utvalg. Mange av disse skjer i forbindelse med Nytt sykehus i Drammen. Utvalgets leder og nestleder deltar på styremøter, og leder sitter i det sentrale kvalitetsutvalget, foretakets kliniske etikkomiteer og andre sentrale styringsgrupper i foretaket.

Administrerende direktør og fagdirektør deltar på brukerutvalgsmøtene og har dialog om aktuelle saker. Leder og nestleder i Brukerutvalget og avdelingssjef for samhandling, brukermedvirkning og helsekompetanse har utvidet dialogmøte med administrerende direktør fire ganger i året.

Ungdomsrådet har hatt månedlige møter. Særlig overgangen fra barneavdelingene og inn på voksenavdelingene har rådets oppmerksomhet. De har også startet arbeidet med å utvikle et Ungdoms-kort som på samme måten som Vestre Viken-kortet minner ansatte på deres plikter og pasienter og pårørende på deres rettigheter.

To av utvalgets medlemmer har deltatt i styringsgruppe og arbeidsgrupper i forbindelse med FACT Ung. Ungdomsrådet bidrar i stadig større grad i utviklingsprosjekter i Vestre Viken, og spesielt tar BUPA Ungdomsrådet med i utvikling og planlegging av tiltak.

Brukerutvalget og Ungdomsrådet har to felles møter i året. Ungdomsrådet møter styret en gang i året og orienterer om sitt arbeid.

SIKKERHET OG BEREDSKAP

Informasjonssikkerhet

Det utenrikspolitiske situasjonsbildet er komplisert og utfordrende, og påvirker den digitale sikkerheten ned i verdikjedene. Global statistikk viser at angrep mot helsesektoren har økt, der organiserte kriminelle aktører står bak de fleste angrep. Med dette som bakgrunn ser vi likevel at informasjonssikkerhetstilstanden i Vestre Viken har holdt seg på et godt og stabilt nivå gjennom 2024. Ansatte og prosjekter oppfordres til høy årvåkenhet knyttet til phishing (svindelforsøk) og manipulering, som er en typisk inngangsportale til IKT-infrastruktur.

Sett opp mot utfordringsbildet knyttet til digital sikkerhet er det svært viktig at systemer og tjenester holder et høyt sikkerhetsnivå. Deteksjon, sporbarhet, risikoreduserende tiltak og gode sikkerhetsfaglige vurderinger er et kriterium for å lykkes med å fortsatt holde et godt og stabil informasjonssikkerhetstilstand i Vestre Viken HF.

Meldte avvik knyttet til informasjonssikkerhet har økt med 8 prosent fra 2023. Det vurderes ut fra meldte hendelser at styringssystem for informasjonssikkerhet etterlevs i høy grad, i tillegg er meldekulturen for området økende. Avvik og uønskede hendelser legges til grunn for innsatsområder for å styrke informasjonssikkerheten og sikkerhetskultur blant ansatte.

Sykehuspartner som helseforetakets databehandler har gode sikkerhetsmekanismer i IKT-infrastrukturen med kontinuerlig overvåking. For systemer som konsumeres utenfor ordinær IKT-infrastruktur og direkte mot andre leverandører, påhviler det helseforetaket ved risikoeier et ansvar å følge opp de sikkerhetsmessige, herunder forebyggende tiltak og revisjoner, direkte mot leverandørene.

Beredskap

Vestre Viken har i 2024 håndtert et betydelig antall beredskapshendelser. Den dominerende hendelsestypen var svikt/bortfall IKT. Håndteringen viser at grunnberedskapen er god, at foretaket har god evne til å omstille seg, tilpasse driften til endrede forutsetninger og utnytte ressursene på en god måte. Hendelsene viser imidlertid også at vi er sårbare, og at sårbarheten øker med økt avhengighet av teknologi og infrastruktur, og med økt kompleksitet og lengde i de digitale verdikjedene.

Risiko- og trusselbildet er i stadig endring. Dette påvirker behovet for og innretningen av planer, og det stiller nye krav til utvikling for å sette oss i stand til å møte et stadig bredere spekter av uønskede hendelser på en hensiktsmessig måte. I 2024 er det, blant annet som ledd i forberedelsene til innflytting i nytt sykehus, utviklet en felles, enhetlig planstruktur. I tillegg er det arbeidet med forenkling, med å sikre at planen er lett tilgjengelige, og med å finne metoder og verktøy som sikrer at informasjonen når ut til sluttbrukerne.

Det er gjennomført beredskapsopplæring (pilot) for de operative beredskapsledelsene ved de somatiske sykehusene. Opplæringen vil bli videreført i 2025. Det er i samarbeid med Heimevernet gjennomført massetilstrømningsøvelser ved Drammen sykehus og Ringerike sykehus, samt en mindre øvelse for å trene Kongsberg sykehus beredskapsledelse, akuttmottak og stabiliseringsteam. Prehospitale tjenester har gjennomført PLIVO og CBRNE øvelser i samarbeid med de andre nødetatene. I tillegg er det gjennomført foretaksomfattende diskusjonsøvelser med fokus på hhv håndtering av vold og trusler og bortfall av EKOM, samt en diskusjonsøvelse i foretaksledelsen med fokus på sivilt-militært samarbeid.

PERSONALET

Per desember 2024 hadde Vestre Viken 10 360 ansatte som til sammen utførte 8 230 årsverk. Året før utførte 10 172 ansatte 8 186 årsverk. Andelen fast ansatte var 85 %.

Foretaksledelsen består av 15 personer, hvorav 60 prosent kvinner og 40 prosent menn.

Ledernivå 3 – 5 består av:

- 75 avdelingsledere
- 233 seksjonsledere
- 33 enhetsledere

Lederne har det overordnede og helhetlige ansvaret for å drifte egen enhet, og for å sørge for at målene som er satt blir nådd innenfor gitte tidsfrister og økonomiske rammer. Foretaket har en helhetlig modell for lederutvikling. Gode ledere bidrar til pasientsikkerhet, HMS, ansattes trivsel og skaper utvikling. «Introduksjonskurs for nye ledere» er obligatorisk, også for erfarne ledere som er nye i Vestre Viken. Dette bygger felles lederkultur og sikrer kjennskap til systemer og prosedyrer.

Det er krav til praktiske lederferdigheter på en rekke områder, blant annet innen ressurs- og aktivitetsplanlegging, arbeidsplaner, GAT-analyse, lov- og avtaleverk knyttet til arbeidstid og lønn. Lederne tilbys en rekke kurs på disse områdene gjennom året.

Helseforetaket forholder seg til gjeldende lov- og avtaleverk, både når det gjelder ansatte og involvering og medvirkning av tillitsvalgte og vernetjeneste.

Vestre Viken har en Velferdsforening som er et spleiselag mellom de ansatte og helseforetaket. Gjennom Velferdsforeningen tilbys ansatte en rekke aktiviteter i fritiden som kan bidra til både god helse og godt samhold mellom kollegaer.

Arbeidsmiljø

Foretaket skal ha en kultur som er preget av et utviklingsorientert, godt og helsefremmende arbeidsmiljø med motiverte og engasjerte medarbeidere. Vestre Viken skal være en trygg arbeidsplass med et godt arbeidsmiljø. Medarbeiderne skal oppleve at sosiale forhold og samspill vektlegges, og at det er fokus på deres helse og trivsel. Et tiltak for å bidra til dette kan være innføring av fadder- og mentorordninger for flere yrkesgrupper enn leger. I tillegg skal helseforetaket legge til rette for at ansatte får en faglig god utvikling.

For å lykkes i dette arbeidet må foretaket blant annet gjennomføre opplæring, ha tydelige rutiner og sørge for ansattes medvirkning. Foretaket arbeider systematisk for å oppnå et skadefritt og helsefremmende arbeidsmiljø.

Psykososialt og helsefremmende arbeidsmiljø er en del av grunnleggende lederopplæring og kurs for verneombud. Vestre Viken involverer bedriftshelsetjeneste (BHT) innenfor flere områder knyttet til arbeidsmiljø.

Ledere, vernetjeneste og tillitsvalgte tilbys kurs i helsefremmende arbeidstidsordninger. Ansatte kan ønske å jobbe intensivt, med mindre hviletid, for å få mere sammenhengende fri. Her må arbeidsgiver ha et helsefremmende perspektiv før slike ønsker godkjennes. Dette tas med inn i det pågående arbeidet rundt bruk av kunstig intelligens i turnusplanleggingen. Det er viktig å få til en god balanse mellom ansattes ønsker og en mest mulig helsefremmende turnus, som samtidig også dekker helseforetakets behov.

Økt fleksibilitet i arbeidstidsordninger, for eksempel langvakter, kan være et gode for både arbeidstakere og arbeidsgiver, gitt at dette er basert på frivillighet for arbeidstakersiden og forankret i partssamarbeid. Det er gjennomført pilotering av langvakter ved 20 enheter gjennom sommeren 2024. Langvakter ble videreført i høstturnusen ved 21 enheter. Andelen langvakter i den enkelte enhet varierer mellom enhetene, alt fra 3 % til 75 % langvakter. I samarbeid med HSØ er Oslo Economics engasjert for å evaluere pilotene. Evalueringsrapporten vil foreligge i slutten av februar 2025.

Vestre Viken gjennomførte i januar 2024 en spørreundersøkelse for leger, med utgangspunkt i #legermåleve som sommeren 2023 rettet oppmerksomheten på legers arbeidsbelastning. Undersøkelsen ble iverksatt i samarbeid med foretakstillitsvalgte i DNLF, og er fulgt opp i de ulike klinikkene. Undersøkelsen hadde god oppslutning. Det pågår i forlengelsen av dette også et arbeid med mer systematikk rundt aktivitets- og arbeidsplaner for leger. Dette inkluderer behovsanalyse, også mht. utdanningselementer, samt risikovurdering av planene.

I arbeidet med fleksible arbeidstidsordninger er det gjennomført en pilot med kunstig intelligens i turnusplanlegging i samarbeid med Sykehuspartner våren 2024. Videre arbeid med å innføre automatisering og/eller bruk av kunstig intelligens i turnusplanlegging, vil skje i regi av Helse Sør-Øst RHF. Vestre Viken HF er klare til å bidra i arbeidet, og ønsker å være i gruppen av de første som tar i bruk løsningen når den er på plass.

ForBedringsundersøkelsen

Forbedringsundersøkelsen er en nasjonal årlig spørreundersøkelse som kartlegger ulike forhold innen hovedområder som virker inn på pasientsikkerheten, spesielt med tanke på ansattes trivsel, motivasjon og arbeidshelse. Oppfølging i form av gode tiltak og arbeid med kontinuerlig forbedring er viktig, og det arbeides systematisk for å forbedre arbeidsmiljøet og pasientsikkerheten. Opplevelsen av arbeidsbelastning, leders engasjement og sikkerhetsklima følges opp særskilt ved de enhetene som utmerker seg i uheldig retning. Dette krever ledelse, styring, organisering og aktiv medvirkning fra fagorganisasjoner og vernetjeneste.

Tiltak etter ForBedring skal følges gjennom hele lederlinjen. Sammen med tiltak etter HMS-runden, risikovurderinger og «Snakk om forbedring» skal alle enheter etablere en handlingsplan med tiltak. Det lokale forbedringsarbeidet, med tiltak og handlingsplaner følges opp i klinikkens AMU og administrerende direktørs oppfølgingsmøter med klinikkene. Resultatene fra Forbedringsundersøkelsen 2024 indikerer mange gode tilbakemeldinger, men variasjonen mellom avdelinger kan være stor. Resultatene på totalnivå viser en positiv økning i den ansattes opplevelse av arbeidsbelastning, sammenlignet med fjorårets undersøkelse.

Arbeidstidsbestemmelser

Det var ca. 40 000 brudd på arbeidstidsbestemmelsene, tilsvarende som i 2023. AML-brudd i forhold til antall vakter utgjør i snitt 2,8 prosent i 2024. Det har vært jevn fordeling av AML-brudd gjennom året. Omfang av brudd er høyest knyttet til samlet arbeidstid per dag, ukentlig arbeidsfri og AML timer per uke. AML-brudd følges opp i ledermøter og i Arbeidsmiljøutvalget (AMU) på klinikk- og foretaksnivå.

Sykefravær

Sykefraværet måles i antall sykefraværsdager delt på antall mulige arbeidsdager. Sykefraværet inkluderer ikke fravær på grunn av barns sykdom. Totalt var sykefraværet på 7,8 prosent i 2024, tilsvarende som i 2023. Korttidsfraværet i 2024 (1-16 dager) var 2,5 prosent (2,6 prosent i 2023). Langtidsfraværet endte på 5,3 prosent (5,1 prosent 2023).

Vestre Viken jobber målrettet og systematisk med flere innfallsvinkler for å redusere sykefravær. Høyt sykefravær kan være en konsekvens av at arbeidet ikke er organisert godt nok, jobben er belastende over tid, eller det kan være konflikter i arbeidsmiljøet. Det er derfor ikke nok å "bare" jobbe med sykefravær. Vestre Viken jobber for at lederlinjen ser helhetlig på utfordringene, vurderer risikofaktorer i arbeidsmiljøet og jobber med konkrete tiltak for å redusere risiko, sikre jobbglede og et godt arbeidsmiljø.

Samarbeidet med NAV Arbeidslivssenter Vest-Viken er videreført. Målene i samarbeidsavtalen er knyttet til reduksjon av sykefravær og hindre frafall, herunder redusere turnover. Tiltak iverksettes i klinikker og de lokale Arbeidsmiljøutvalgene (AMU) er involvert.

Vestre Viken er pilot i ny modul i sykefraværsoppfølging, som er utarbeidet av Sykehuspartner. Systemet gjør det enklere å følge opp sykemeldte, også i forebyggende fase. Systemet har integrasjon mot NAV, og dokumenter lagres på samme sted.

Ulykker, vold og trusler

I 2024 er det registrert 44 tilfeller av ulykker eller uønskede hendelser som har ført til fravær. 21 av disse er som følge av vold og/eller trusler, 11 av hendelsene gjelder fall, støt, lag eller klem-skader og 5 hendelser skyldes overbelastning under forflytning.

Det er i 2024 registrert 933 hendelser i avviks- og forbedringssystemet som gjelder vold, trusler om vold, utagerende atferd og trakassering. En økning på 161 saker fra 2023, med tilsvarende økning fra 2022. Av sakene i 2024 er 680 fra Klinikk for psykisk helse og rus (PHR), 56 fra Prehospitale Tjenester og 197 fra de somatiske klinikkene. Klinikk Drammen og Klinikk Bærum har en økning i antall vold og trusselhendelser i 2024

Hovedtyngden av utfordringen med vold og trusler gjelder i PHR, men problematikken er også økende i somatikken, der hendelsene ofte kan komme mer uventet. Ansatte i PHR får systematisk opplæring når det gjelder å forebygge og håndtere vold og trusler. PHR bruker opplæringsmodellen «Møte med aggresjonsproblematikk» (MAP). Det er også utviklet tilpasset MAP-opplæring for somatikken, og instruktører fra PHR bistår i opplæringen. Oppfølging av anbefalinger i rapport fra Helse Sør-Øst/fra regionalt innsatsteam for vold og trusler pågår. Tverrfaglig overordnet arbeidsgruppe for vold og trusler på foretaksnivå starter opp i januar 2025 for å forsterke arbeidet. Prosedyre for forebygging av vold og trusler er oppdatert for å tydeliggjøre systematikken i det forebyggende arbeidet, herunder bla. risikovurderinger og opplæring i hht. risikonivå i hver enkelt enhet. Risikovurderinger og opplæringsplaner er fulgt opp i klinikkens arbeidsmiljøutvalg i 2024, etter bestilling fra Hovedarbeidsmiljøutvalget. Flere klinikker har hatt samarbeidsmøter med lokalt politi i 2024.

Helseforetaket har politianmeldt 29 vold- og trusselforhold i 2024.

Likestilling og diskriminering

Ansattes rettigheter har vært sikret ved at man over lang tid har arbeidet med, og hatt en kultur for, å sikre likestillings- og diskrimineringslovens formål. Forbudet mot diskriminering følges opp i aktiviteter knyttet til rekrutteringsprosesser, inkluderende arbeidsliv, lønns- og arbeidsvilkår, kompetanse- og utviklingsmuligheter og beskyttelse mot trakassering.

I 2024 er den planmessige oppfølgingen av aktivitets- og redegjøringsplikten videreført jf. likestillings- og diskrimineringsloven. Oppfølgingsområder har vært likelønn, arbeidsbelastning og arbeidsforhold for leger.

Organisasjonen FRI har avholdt kurs med fokus på kunnskap om seksuell legning, kjønnsidentitet og kjønns mangfold. Temaene er relevante både i de ansattes arbeidsmiljø, men også i forhold til pasienter og pårørende.

Det har vært avholdt seminar i tema rundt kvinnehelse, hvor bevisstgjøring og fokus på kvinnehelse i overgangsalderen kan redusere sykefravær, med økt kunnskap og tilrettelegging. Dette vil også være et satsningsområde i 2025.

Vestre Viken skal hindre diskriminering av gravide. Bedriftshelsetjenesten (BHT) viderefører tilbud om samtale for gravide og mulige behov for tilrettelegging. Dette er et tilbud i alle klinikker som del av BHT sine faste møtepunkter i klinikkene.

Mangfold

Foretakets rekrutteringspolicy fremmer at ansatte skal gjenspeile mangfoldet i samfunnet - også når det gjelder etnisk bakgrunn, nedsatt funksjonsevne og alder. Rekrutteringspolitikken skal være åpen og inkluderende. Rutinene for rekruttering vektlegger likestilling gjennom åpenhet fra stillinger blir lyst ut, til tilsetting. Det er tidligere utarbeidet en mangfolderklæring som fremgår i alle utlysninger for ledige stillinger. Denne er revidert og bildebruken er gjennomgått med tanke på å synliggjøre at Vestre Viken ønsker mangfold både med hensyn til kjønn, etnisitet, religion, seksuell legning mv. Det er i 2024 ansatt ca. 5 % av de søkere som oppgir "Nedsatt funksjonsevne" og "Hull i CV" i sin søknad. Blant søkere som oppgir "Innvandrerbakgrunn" er 16

% innkalt til intervju og ca. 8 % ble ansatt. I disse tallene er det ikke vurdert om alle søkerne faktisk var kvalifisert for stillingen.

Vestre Viken ønsker å beholde eldre arbeidstakere for å bevare og videreføre deres kompetanse. Seniorsamlinger har vært et satsingsområde som det gis gode tilbakemeldinger på fra de ansatte. To digitale seniorsamlinger er gjennomført i 2024 med 169 deltakere.

Foretaket etterstreber kjønnsbalanse i alle typer stillinger. I henhold til likestillings- og diskrimineringsloven § 26 skal det blant annet redegjøres for faktiske forhold knyttet til kjønnsbalanse. Per desember var 78 prosent av de ansatte i Vestre Viken kvinner og 22 prosent menn. Kvinner utgjør 72 prosent av de som er midlertidig ansatt og 86 prosent av de som er ansatt i deltidsstillinger. Deltidsansatte blir oppfordret til å registrere om de har ønsket eller uønsket deltid i personalportalen. 30 prosent oppgir å ha uønsket deltid, mens 50 prosent har ønsket deltid. De resterende 20 prosentene oppgir ulike årsaker til deltid, blant annet turnusbelastning, familieforhold, helse, reisevei og studier. Ledere er informert om lovfestet heltidsnorm (§ 14-1b) Før beslutning om ansettelse i deltidsstilling, skal arbeidsgiver skriftlig dokumentere behovet for deltidsansettelse. Dokumentasjonen skal være tilgjengelig for tillitsvalgte, og spørsmålet om deltidsansettelse skal drøftes med de tillitsvalgte.

MILJØ OG SAMFUNNSANSVAR

Spesialisthelsetjenesten forvalter store ressurser på vegne av fellesskapet, og har en plikt overfor samfunnet å forvalte disse ressursene på en bærekraftig måte. Statens krav og forventninger er nedfelt i Eierskapsmeldingen: Et grønnere og mer aktivt statlig eierskap, St.6 (2022-2023). Eierskapsmeldingen beskriver ambisjoner, mål og strategier innen «sosiale forhold», «miljøforhold» og «økonomiske forhold». For alle områdene skal spesialisthelsetjenesten styres etter prinsipp om å opptre ansvarlig.

Bærekraft og sosial ulikhet

Det er vist at det er helseforskjeller i befolkningen, og at dette gir særskilt utslag for noen pasientgrupper, for eksempel personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer. Det er også vist at befolkningens helsekompetanse varierer mye, og at rundt en tredjedel av befolkningen ikke har klarer å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å ta kunnskapsbaserte beslutninger om egen helse. Vestre Vikens opptaksområde har en stor innvandrerbefolkning med både varierende språkkunnskaper og helseforståelse. I tillegg gir utenforskap i seg selv eller som følge av sykdom, økt risiko for helsetap og sykdom.

For å møte disse utfordringene har foretaket i flere år arbeidet systematisk med likeverdige helsetjenester til befolkningen. I dette arbeidet fokuseres det på ansattes holdninger og kunnskap om diskriminering, kultur og helseutfordringer hos sårbare grupper. Satsning på kommunikasjonsverktøy som «4 gode vaner» og «samvalg» bidrar til god og likeverdig kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell. Opplæring i flerkulturell forståelse og systematisk bruk av tolk er andre virkemidler som motvirker diskriminering og forskjellsbehandling.

Åpenhetsloven

Vestre Viken HF er forpliktet av åpenhetsloven som skal fremme virksomheters respekt for grunnleggende menneskerettigheter, anstendige arbeidsforhold mm samt sikre allmenheten tilgang til informasjon. Vestre Viken HF utfører aktsomhetsvurderinger i tråd med OECDs retningslinjer og systematikk og legger stor vekt på overholdelse av menneskerettigheter, sikring av anstendige arbeidsforhold, klima og miljø både internt og i foretakets avtaler samt jobber med forebygging av økonomisk kriminalitet. Risiko på området samfunnsansvar ses i

sammenheng med annen risikostyring som beskrevet i «Rammeverk for virksomhetsstyring» i Helse Sør-Øst. Vestre Viken har i 2024 oppdatert antikorrupsjonsprogrammet og interne prosedyrer på området.

Foretaket jobber helhetlig med sitt samfunnsansvar, samhandler og har god dialog med både felleseide helseforetak og øvrige helseforetak i foretaksgruppen, som gjør egne aktsomhetsvurderinger for å forebygge risiko for brudd på menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold, inkludert i leverandørkjeden. Foretaket har dialog med felleseide helseforetak og tjenesteleverandører blant annet for å ivareta det medansvaret Vestre Viken har for disse tjenestenes lovlighet. For mer informasjon se nettsidene: Sykehusinnkjøp HF, Sykehusbygg HF, Pasientreiser HF, Luftambulansetjenesten HF, HDO HF og hos helseforetak i foretaksgruppen som leverer fellestjenester Sykehuspartner HF og Sykehusapotekene HF.

Klima og miljø

Klimaendringene er ifølge Verdens helseorganisasjon den største helsetrusselen vi står ovenfor. Sykehusdrift bidrar til betydelige klimagassutslipp og belaster miljø og klima gjennom forbruk av varer og utstyr, transport av varer, ansatte og pasienter, byggeaktiviteter og drift av bygg, bruk og håndtering av legemidler, kjemikalier og avfall.

Vestre Viken er sertifisert etter NS-EN ISO14001, miljøledelse, og arbeider systematisk med miljø- og klimatiltak for å redusere miljøfotavtrykket. Helseforetaket ble resertifisert for tredje gang i desember 2023. Mellom hver resertifisering er det krav til årlige periodiske revisjoner. Periodisk revisjon ble gjennomført høsten 2024 med følgende hovedtemaer:

- Sikre at intern revisjonsplan ivaretar intern revisjon av hele miljøstyringssystemet over 3-års periode
- Gjennomføre risikokovurdering av oljetanker/ fyrrom / generatorstasjoner
- Sikre tilgang på sikkerhetsblad og sikker lagring
- Sikre oversikt over relevant fagkompetanse for styring av miljørelaterte oppgaver
- Styrke oppdatering av risikovurdering av kjemikalier som er merket med miljøskadelige
- Styrke registrering av evt. miljøavvik/ uønskede forhold/ nesten uhell/ forbedringsforslag knyttet til ytre miljø for forbedringsarbeid

Resultatet av revisjonen var fire mindre avvik og 3 forbedringspunkt. Dette er svart ut til frist 15. januar 2025.

Felles klima- og miljømål for spesialisthelsetjenesten 2022-2030 inngår i foretakets miljødeltmål, og er inkludert i foretakets virksomhetsrapportering.

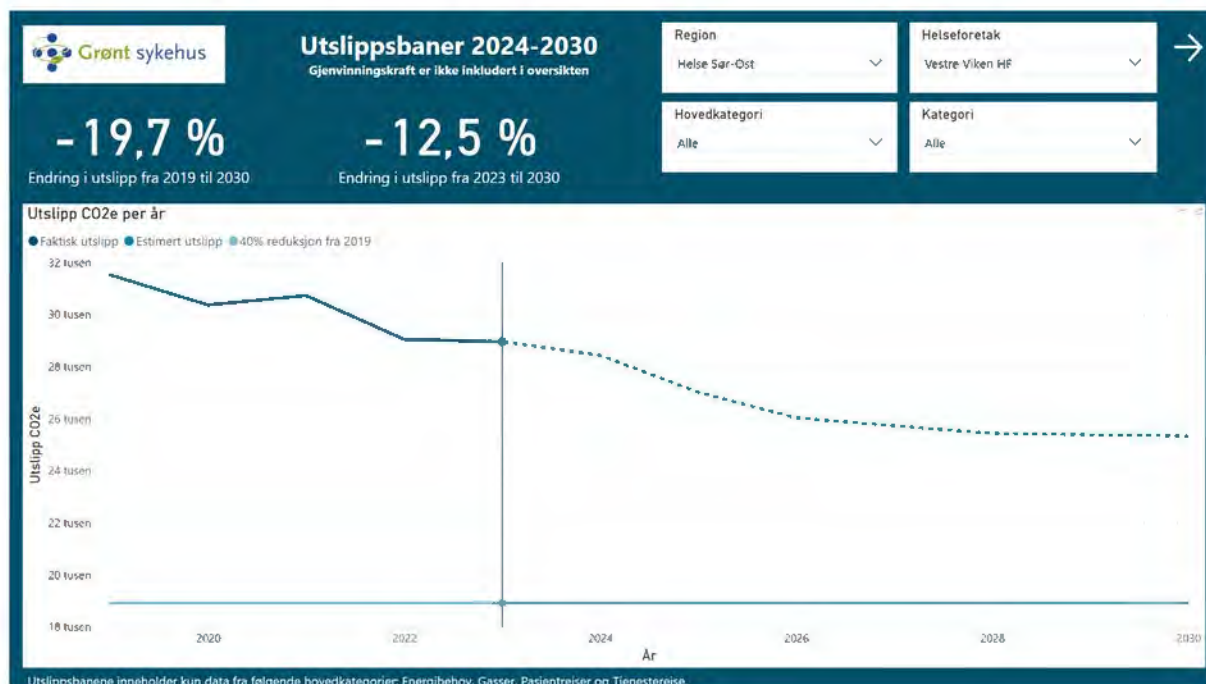
I Oppdrag og bestillingsdokumentet fra Helsedepartementet ble følgende bestilling gitt i 2024: *Helseforetaket skal bidra inn i det regional helseforetakets arbeid med å utarbeide en oversikt over utslippsbaner for hvordan ulike tiltak vil påvirke framtidig CO2-utslipp for spesialisthelsetjenesten.*

Vestre Viken HF bidrar inn i arbeidet som pågår i Helse Sør-Øst for å få oversikt over utslippsbaner. Per 31.12.2024 inneholder utslippsbaner 2024 – 2030 kun data fra følgende hovedkategorier:

- Energibehov
- Gasser
- Pasientreiser
- Tjenestereiser

Gjenvinningskraft er ikke inkludert i oversikten.

Utklipp fra det nasjonale klimadashboardet for spesialisthelsetjenestens klima og miljømål 2030:



Klimarisiko

Klimaendringene vi står overfor skaper utfordringer og dette krever tiltak og tilpasset vedlikehold som hindrer alvorlige klimarelaterte skader. Eiendomsmassen i Vestre Viken er kartlagt, og tiltak, samt tilpasset vedlikehold, er satt i verk for å hindre alvorlige klimarelaterte skader.

Naturmangfold og økosystemer

Naturmangfoldet gir grunnlaget for menneskenes liv på jorda. FNs naturpanel har dokumentert at menneskelig aktivitet har endret naturen betydelig over hele kloden, og at en rekke økosystemer er truet som en følge av dette. For å minimere påvirkningen på naturmangfoldet, skal spesialisthelsetjenesten ta hensyn til miljøet og implementere tiltak som reduserer utslipp av farlige kjemikalier og medisiner, og sørge for at de ikke ødelegger vegeterte og naturlige områder.

Vestre Viken har i prosjektet Nytt sykehus i Drammen fulgt opp «Standard for klima og miljø i sykehusprosjekt», utarbeidet av Sykehusbygg HF, og det er lagt vekt på plassering som er gunstig for klima- og miljø. Det er i tillegg skapt et godt uterom for lokalmiljøet.

Det er ikke registrert utslipp til jord, luft eller vann som er i strid med gjeldende lovverk.

ÅRSREGNSKAPET

Det økonomiske målet for 2024 var et resultat på 238 millioner kroner. Det regnskapsmessige resultatet ble 173 millioner kroner, som er 65 millioner kroner lavere enn resultatmålet.

Vestre Viken er gjennom revidert nasjonalbudsjett og ved budsjettsalderingen på slutten av året blitt tildelt ekstra midler for å redusere ventetider og styrke sykehusøkonomien, herunder til investeringer.

Lavere resultat enn målet skyldes høyere kostnadsnivå enn budsjettet i tillegg til lavere aktivitet enn forutsatt. Blant annet ble lønnsoppgjøret i 2024 høyere enn budsjettforutsetningen. Sykefraværet har vært vedvarende høyt gjennom 2024 og dette resulterer i økt bruk av overtid og innleie. I tillegg påvirker sykefraværet aktiviteten. Finanskostnadene har økt, både som følge av økning i rentesatser og finansieringen av nytt sykehus i Drammen.

Likviditet, finansiering og investeringer

Likviditetsbeholdningen var 283 millioner kroner pr. 31. desember 2024. Dette er en økning på 14 millioner kroner fra året før.

Samlet kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter var 855 millioner kroner. De samlede investeringene utgjorde 1 190 millioner kroner, inkludert finansiell leasing for 14 millioner kroner og anlegg under utførelse knyttet til nytt sykehus med 882 MNOK.

Foretaket har rentebærende gjeld og endringer i rentenivået får dermed konsekvenser for resultatet. Netto økning i rentebærende gjeld er 531 millioner kroner som i hovedsak kommer fra Nytt Sykehus Drammen.

Ved utgangen av året utgjorde langsiktig gjeld totalt 1 346 millioner kroner. Lån knyttet til ervervelse av tomten på Brakerøya, inkludert overtakelse av ankomstbygg, tilsvarer 1 184 millioner kroner og har flytende rente. Den resterende låneporteføljen har fastrente som løper frem til 2026. Det er lagt opp til at 70 prosent av investeringen knyttet til nytt sykehus i Drammen skal lånefinansieres. Sykehuset skal stå ferdig i 2025.

I juni 2017 vedtok styret i Vestre Viken et oppgraderings- og vedlikeholdsprogram for sykehusene i Bærum, Ringerike og Kongsberg (BRK-prosjektet) med en total kostnadsramme på 1,6 milliarder kroner. Planen er at det innen utgangen av 2028 skal investeres for om lag 800 millioner kroner på Bærum sykehus, 400 millioner kroner på Ringerike sykehus og 400 millioner kroner på Kongsberg sykehus. Prosjektet ligger etter den oppsatte planen.

Forsinkelsene har medført forverring i tilstandsgradene, og det er flere områder ved sykehusene som ikke var omfattet av den opprinnelige planen som nå krever vedlikehold.

Vedlikeholdsprogrammet har høy prioritet, men finansiering avhenger av at vi klarer å levere de planlagte resultater for de kommende årene.

Egenkapital

Vestre Viken har betydelig egenkapital. Egenkapitalen var 4 895 millioner kroner ved utgangen av året, tilsvarende 47 prosent av totalkapitalen.

Styret vurderer egenkapitalsituasjonen i selskapet per 31.12.2024 som tilfredsstillende.

Forslag til føring av årets resultat

Årsresultatet viser et overskudd på 173 millioner kroner. Styret foreslår at årsresultatet overføres til annen egenkapital.

Foretakets innskutte egenkapital er 3 511 millioner kroner. Den totale egenkapitalen, inkludert akkumulert resultat, er 4 895 millioner kroner.

Forutsetninger for fortsatt drift

Fra 01.01.2002 ble det inngått avtale med Helse Sør-Øst RHF om leveranse av spesialisthelsetjenester, og avtalen revideres årlig. I samsvar med regnskapsloven § 3-3 bekreftes det at forutsetning om fortsatt drift er til stede og er lagt til grunn ved avleggelsen av årsregnskapet. Statens ansvar for helseforetakene er regulert i Lov om helseforetak. Konkurs og gjeldsforhandling etter konkursloven kan ikke åpnes i helseforetak, jf. lovens § 5.

FREMTIDSUTSIKTER OG UTFORDRINGER

I mars 2022 vedtok styret en revidert Utviklingsplan 2035. Utviklingsplanen er en oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan, og danner grunnlaget for den videre utviklingen av foretaket. Den er operasjonalisert gjennom Handlingsplan for bærekraftig utvikling, også kalt Bærekraftsplanen, som beskriver årene 2024, 2025 og 2026.

Foretakets evne til å finansiere nødvendig utstyr, gjøre bygningsmessig vedlikehold og oppgraderinger og ta i bruk teknologi er viktig for å nå målene i Bærekraftsplanen. Tilgang på nødvendig kompetanse er kritisk for å kunne levere likeverdige tjenester også i fremtiden, og det gjør at tjenesteinnovasjon og digitalisering vil ha høyeste prioritet fremover.

Stortinget vedtok i 2017 finansiering av nytt sykehus på Brakerøya i Drammen. Sykehuset skal være lokalsykehus for de nåværende og tidligere kommunene Lier, Drammen, Nedre Eiker, Røyken, Hurum, Sande og Svelvik. Dagens områdefunksjoner innen somatikk ved Drammen sykehus videreføres i nytt sykehus, og dekker hele Vestre Viken. Stråleterapi etableres som ny funksjon. Psykisk helsevern på sykehusnivå for hele vårt opptaksområde skal inn i det nye sykehuset. Nye Drammen sykehus vil derfor erstatte dagens Drammen sykehus og Blakstad sykehus.

Byggeprosjektet har hatt merkostnader på grunn av komplekse grunnforhold og omfattende infrastrukturkrav. Pandemien og krigen i Ukraina medførte ekstraordinære kostnadsøkninger som følge av økte råvarepriser og leveranseutfordringer. Dette har resultert i en høyere kostnadsramme enn forutsatt.

Det er vedtatt i styret i Helse Sør-Øst RHF at økt ramme for byggeprosjektet ikke skal være til hinder for foretakets videre utvikling. Foretaket mottar derfor midlertidig inntektsstøtte som delvis finansiering av den økte kostnadsrammen. Styret er av den oppfatning at den inntektsstøtten som er besluttet ikke er tilstrekkelig til å sikre Vestre Viken nødvendig investeringsevne i fremtiden. Styret ser det som avgjørende å ha dialog med Helse Sør-Øst slik at man sikrer at foretaket kan opprettholde sin økonomiske bærekraft gitt de betydelige krav til effektivisering og omstilling som foretaket allerede er pålagt, og samtidig sikre at det kan tilbys forsvarlige, gode og likeverdige helsetjenester til befolkningen i foretakets opptaksområde.

For å betjene låneopptak knyttet til nytt sykehus i Drammen og samtidig oppgradere og utvikle Bærum, Ringerike og Kongsberg sykehus er det avgjørende å nå målene i Bærekraftsplanen. I tillegg kommer oppgraderingsbehovene for bygningsmassen i Klinikk for psykisk helse og rus, Prehospitaltjenester.

Det nye sykehuset står ferdig i 2025, med første del av innflytting i august og full drift fra oktober.

Prosjektstyret for byggeprosjektet, oppnevnt av Helse Sør-Øst, har ansvar for å følge opp byggeprosjektet og påse at det gjennomføres i tråd med rammer og forutsetninger.

Vestre Vikens mottaksprosjekt for nytt sykehus har pågående aktiviteter for å ta imot leveranser fra byggeprosjektet (bygg, teknikk, IKT og utstyr), samt koordinere og forberede klinikkene til innflytting og at nytt sykehus i Drammen skal tas i bruk. Det legges særlig vekt på å gi ansatte god opplæring i nye systemer, og avdekke og følge opp forhold som kan utgjøre en risiko for innflytting og sikker drift i nytt sykehus.

Styret vil ha spesiell oppmerksomhet knyttet til utviklingen før, under og etter innflytting.

Foretaket har utarbeidet en plan for den videre utvikling av virksomheten, kalt Bærekraftsplanen. Planen gir retning i utviklingsarbeidet gjennom fire satsingsområder: standardisering, teamarbeid og oppgavedeling, digital transformasjon og organisering og struktur. Planen innebærer betydelige resultatforbedringer, og skal sikre at økonomien utvikler seg i tråd med forutsetningene. Samtidig omhandler planen tiltak som forventes å bidra til kvalitet og likeverdighet i pasientbehandlingen og et bedret arbeidsmiljø for medarbeiderne. Det er et mål å påvirke sykefraværet, og også evnen til å rekruttere og beholde helsepersonell.

STYRET

Styret har gjennom største delen av 2024 bestått av syv kvinner og fire menn. Fire av styremedlemmene (tre kvinner og en mann) er valgt av og blant de ansatte. Styret ledes av Siri Hatlen.



Styret har hatt 12 møter og behandlet 122 saker. Den økonomiske situasjonen har preget styrets møter. Styret har hatt tett oppfølging av tiltaksarbeidet i foretaket i sine møter og det har blitt rapportert om utvikling i aktiviteten, personalsituasjonen, de økte kostnadene og reduserte inntektene hver måned.

Styret følger arbeidet med Nytt sykehus i Drammen (NSD) ved faste statusrapporter i møtene. Handlingsplanen for bærekraftig utvikling av foretaket har fått og vil fortsatt få stor oppmerksomhet i styremøtene fremover.

Fire av styrets medlemmer utgjør et styreutvalg (underutvalg). Styreutvalget er et rådgivende og forberedende organ for styrets behandling av særskilte saker. I 2024 har styreutvalget fulgt prosessene med etablering av parkeringsplasser ved nytt sykehus Drammen og forberedelse av salget av eiendommen Blakstad sykehus. Dette forventes lagt ut for salg i 2. kvartal 2025.

Helse Sør-Øst RHF har tegnet en masteravtale på styreansvarsforsikring i Gjensidige Forsikring ASA som gjelder alle foretak under Helse Sør-Øst RHF, inklusiv Vestre Viken HF. Forsikringssummen er NOK 25 000 000. Det er ikke egenandel på forsikringen. Forsikringen gjelder for ethvert nåværende, tidligere og fremtidig styremedlem eller ledende ansatt inkl. daglig leder. Forsikringen omfatter sikredes rettslige erstatningsansvar for formueskade som sikrede kan pådra seg i egenskap av sin rolle.

Styret er fornøyd med foretakets utviklings- og kvalitetsarbeid og trekker særlig frem det gode arbeidet som gjøres for å redusere ventetider innen Psykisk Helse og Rus og klinikkens resultatoppnåelser for øvrig.

Styret takker ledere og medarbeidere for innsatsen i året som ligger bak oss.

Drammen, 31. mars 2025.

Siri Hatlen
Styreleder

Hans Tore Frydnes
Nestleder

Kari Fjelldal
Styremedlem

Robert Bjerknes
Styremedlem

Georg Harold Fulford
Styremedlem

Kristin Vinje
Styremedlem

Hege Mørk
Styremedlem

Tom Roger Frøst
Ansattes representant

Gry L. Christoffersen
Ansattes representant

Maria Josefsen Gundersen
Ansattes representant

Toril A. K. Morken
Ansattes representant

Lisbeth Sommervoll
Administrerende direktør

Dato: 7. februar 2025
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Overskrift

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	16/2025	24.02.25

Forslag til vedtak

Styret tar Årsrapport 2024 for varslingsutvalget til orientering.

Drammen, 17. februar 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Årsrapporten beskriver aktiviteten til varslingsutvalget i 2024, herunder utvalgets mandat, saker til behandling og utvalgets evaluering. Årsrapporten legges frem for administrerende direktør, HAMU og styret i VVHF.

Det er en målsetting å tilrettelegge for et trygt og åpent arbeidsmiljø for alle ansatte i helseforetaket. I dette ligger at kritikkverdige forhold skal kunne tas opp på arbeidsplassen ved dialog, gjennom ordinære tilbakemeldingsverktøy og ved bruk av varslingsordningen.

Vestre Viken HF ivaretar arbeidsmiljølovens bestemmelser om varsling

- Ved at ansatte kan varsle til nærmeste leder /eller leders leder. Det er også anledning til å varsle via tillitsvalgt/verneombud
- Gjennom varslingsutvalget
- Via eksternt varslingsmottak BDO Compliance

Det er sentralt at varslingsutvalget oppleves som et uavhengig organ som har fagkompetanse til å saksbehandle saker i tråd med gjeldende prosedyrer.

Utvalget har i 2024 mottatt kun én sak som ble overført og håndtert i linjen med støtte fra HR. Denne saken hadde imidlertid 90 varslinger totalt. Varslingsutvalget bistod med råd og veiledning i denne saken.

Det har vært en markant økning i varslingssaker håndtert i linjen i samarbeid med HR, fra 10 saker i 2023 til 27 saker i 2024. Dette er i tråd med målsetningen om at saker skal håndteres på lavest mulig nivå. Samtlige av sakene er ferdigbehandlet og avsluttet.

Det er gjennomført en rekke informasjonstiltak om varslingsordningen i 2024, og varslingsutvalgets vurdering er at utviklingen i antall saker behandlet i linjen er et resultat av at varslingsordningen er bedre kjent ute i organisasjonen.

Administrerende direktørs vurderinger

Varslingsutvalget skal fungere som et uavhengig organ med fagkompetanse til å saksbehandle saker i tråd med gjeldende prosedyrer.

En viktig forutsetning for at ansatte benytter mulighetene for å varsle om kritikkverdige forhold er at ordningen er godt kjent. Informasjonsarbeid har derfor vært prioritert. En økning i antall saker til behandling i linjen er slik sett en ønsket utvikling. Årsrapporten viser at varslingsutvalget fortløpende evaluerer sitt arbeid, og iverksetter tiltak for å bedre sin praksis.

Administrerende direktør foreslår at styret tar årsrapport 2024 for varslingsutvalget til orientering.

- Vedlegg:
1. Årsrapport 2024 for varslingsutvalget
 2. Mandat for varslingsutvalget (2024)

Årsrapport 2024 for Varslingsutvalget

Vestre Viken HF har i tråd med arbeidsmiljølovens § 2A et varslingsutvalg der ansatte kan varsle om kritikkverdige forhold. Varslingsutvalgets rolle og oppgaver er fastsatt i eget mandat, som vedlegg til prosedyre for varsling av kritikkverdige forhold i Vestre Viken. For å ivareta muligheter til anonym varsling er det inngått avtale med BDO som eksternt varslingsmottak.

Varslingsutvalget er et internt organ som en del av det systematiske HMS- og forbedringsarbeidet. Utvalget skal ha solid kompetanse på varsling, håndtering av komplekse saker, rådgivning, opplæring og bevisstgjøring overfor ansatte, ledere, vernetjenesten og tillitsvalgtapparatet.

Varslingsutvalget skal årlig utarbeide årsrapport som redegjør for varslingsutvalgets arbeid, herunder evaluering av eget arbeid. Årsrapporten skal videre omtale behandlede varslings saker på en nøytral måte. Årsrapporten legges frem for HAMU, administrerende direktør og styret.

I 2024 har utvalget bestått av følgende medlemmer:

Hilde Enget (leder), administrasjonssjef	Joan Sigrun Nygard, foretakstillitsvalgt
Janne Hjelm-Gabrielsen, foretaksjurist	Monica Holmen Skjeldrum, avdelingssjef HR
Tove Svensli, jurist HR	Bente Kristensen, foretakshovedverneombud
Cecilie Søfting Monsen, sekretær	

Utvalget er satt sammen for å sikre nødvendig kompetanse i samsvar med mandatet. Utvalget kan ved behov søke råd internt eller eksternt.

Når et varsel er mottatt peker utvalget ut et par representanter som skal følge opp og utrede saken i samsvar med gjeldende prosedyre. Habilitet skal alltid vurderes.

Ved overføring av saker til behandling i linjen ber Varslingsutvalget om tilbakemelding fra linjen om resultatet av oppfølgingen. I de tilfeller der Varslingsutvalget saksbehandler varslet skal det gis informasjon til linjen om saken.

Administrerende direktør (AD) følger ved behov saker opp i linjen i de regelmessige oppfølgingsmøtene med klinikkdirektørene.

Informasjon om varsling i Vestre Viken HF ligger tilgjengelig på foretakets intranettside og på hjemmesiden. Prosedyren for håndtering av varsling i Vestre Viken HF ligger i e-håndboken samt Varslingsutvalgets mandat.

Saker som er behandlet av Varslingsutvalget i 2024:

Utvalget har avholdt 7 møter i løpet av 2024.

I løpet av 2024 har varslingsutvalget mottatt en sak, som er håndtert i linjen og HR.

Varslingsutvalget har bistått med råd og veiledning i denne saken. Nærmer bestemt kartlegging av sakens faktiske side, samt juridisk vurdering av om varslet omhandler et varsel i arbeidsmiljølovens forstand.

Det er i tillegg registrert 27 antall saker og en sak med totalt 90 varslinger i 2024 som er behandlet i linjen. Dette er en merkbar økning sammenliknet med 2023, der antall saker behandlet i linjen var 10. Sakene behandles med støtte fra HR. Sakene omhandler i hovedsak påstander om et uforsvarlig arbeidsmiljø og pasientsikkerhet. Aktuell sak med totalt 90 stk.

varslinger er meldt via Synergi, varlingsutvalget, BDO og ved klager direkte til leder, og disse har i hovedsak vært anonyme. Samtlige av sakene er ferdigbehandlet og avsluttet.

Varslingsutvalget vurderer at utviklingen i antall saker behandlet i linjen er et resultat av at varslingsordningen er bedre kjent, og i tråd med at saker skal håndteres på lavest mulig nivå i Vestre Viken. Ingen av varslingssakene i 2024 er eskalert til styret.

Linjen har i tillegg håndtert flere varslinger fra eksterne/ klager fra pasienter, noe som ikke er en del av varslingsinstituttet. Slike saker håndteres i linjen med bistand fra HR og også Foretaksjurist. Videre meldes noen saker videre til Statsforvalter og også Politiet.

Opplæring av ledere ivaretas i programmene for lederutvikling i helseforetaket. Samtlige ledere oppfordres til å gjennomføre tilgjengelige e-læringskurs, og oppfordre sine ansatte til det samme. HR utvikling og lederstøtte har også ansvaret for kompetanseheving og opplæring, i tillegg stiller Varslingsutvalget seg også til rådighet for opplæring i klinikkene, etter forespørsel.

Evaluering av eget arbeid

Varslingsutvalget evaluerer sin egen saksbehandling for å sikre kontinuerlig læring og forbedring.

Tiltak i 2024	Vurderingen bak tiltakene
Revidering av avtale med BDO (eksternt varslingsmottak)	Sikre dialog med ekstern leverandør slik at avtalen er oppdatert
Etablert rutine for involvering av klinikker i forbindelse med evaluering av saker	Fortløpende forbedring av praksis
<ul style="list-style-type: none">• Forbedret informasjon om varsling på hjemmesiden og intranett• Lederopplæringsprogrammene for lederutvikling• Innlegg på avdelingsmøter og samlinger• Sak i foretaksledermøte• Informasjon i medvirkningsmøte (inkl. e-læringskurs)	Informasjon om ordningen står sentralt for at ansatte skal være kjent med hvordan man kan varsle om kritikkverdige forhold i VVHF.

Oppfølging i 2025:

- Fortløpende informasjonsvirksomhet om varslingsordningen
- Revidering av malverk for saksbehandling av varsler

Drammen 31. januar 2025
Hilde Enget, leder Varslingsutvalget

Mandat for Varslingsutvalget i Vestre Viken HF (VV)

Bakgrunn

Varslingsutvalget er et uavhengig organ som skal bidra inn i VV systematiske HMS- og forbedringsarbeid. Dette betyr at Varslingsutvalgets rolle, kompetanse og funksjon må tydeliggjøres.

Kompetanse og sammensetning

Varslingsutvalgets leder utpekes av administrerende direktør. Foretakssekretariatet sørger for sekretærfunksjon for utvalget. Direktør kompetanse peker ut representanter fra sitt område.

Varslingsutvalget bør være representert fra både arbeidsgiver- og arbeidstakersiden, slik at hensynet til (relativ) uavhengighet er ivaretatt. Representant fra de tillitsvalgte utpekes av fagorganisasjonene, fortrinnsvis fra en av de mindre organisasjonen for å minimere risiko for habilitet.

Varslingsutvalget består av personell med ulike fagkompetanse. Viktige kompetanseområder er juridisk/ arbeidsrett, HR personalsaker og ledelse, HMS og systematiske HMS arbeid, samt systemer for registrering og dokumentasjon.

Roller og funksjon

Varslingsutvalget skal bidra med rådgivning, veiledning generelt og i enkeltsaker. I tillegg skal varslingsutvalget saksbehandle varslingssaker som ikke håndteres i linjen.

Varslingsutvalget kan beslutte at utvalget selv håndterer et mottatt varsel, eller at varslet oversendes linjen for håndtering. I de tilfeller varslingsutvalget oversender saker til behandling i linjen er det den enkelte leder i foretaket som endelig avgjør hvordan saken skal følges opp videre.

Dersom varslingsutvalget har behandlet en varslingssak skal informasjon om håndtering og utfallet oversendes linjen til orientering. Varslingsutvalget skal samtidig anmode om en tilbakemelding på utvalgets håndtering av varslet i forhold til I linjen, inkludert eventuelle forbedringspunkter.

Dersom saken har vært behandlet i linjen skal informasjon om håndtering og utfallet sendes varslingsutvalget til orientering.

Leder av varslingsutvalget skal holde administrerende direktør orientert om saker som er til behandling i utvalget. Orienteringen skal om nødvendig ivareta varsler og omvarsledes anonymitet.

Forholdet til styreleder

Administrerende direktør informerer styret dersom det er nødvendig, i tråd med Instruks for administrerende direktør.

Oversikt over saker

Varslingsutvalgets skal ha en samlet oversikt over antall og type varslingssaker, og dette som et bidrag til det systematiske HMS- og forbedringsarbeid.

Årsrapport

Utvalget skal årlig, innen 31. januar, utarbeide en årsrapport. Årsrapporten skal redegjøre for varslingsutvalget arbeid, omtale av behandlede varslingssaker på en uidentifiserbar måte, samt egen evaluering av sitt arbeid. Årsrapporten legges frem for HAMU, Styret og Administrerende direktør.

Dato: 17.februar 2025
Saksbehandler: Cecilie S. Monsen/
Anders Debes

Saksfremlegg

Årlig melding 2024

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte Vestre Viken HF	17/2025	24.02.25

Forslag til vedtak

1. Styret godkjenner årlig melding 2024.
2. Administrerende direktør gis fullmakt til å slutføre endelig dokument basert på styrets eventuelle innspill i møtet. Årlig melding 2024 oversendes Helse Sør-Øst RHF innen fristen 1. mars 2025.

Drammen, 17.februar 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Ifølge § 14 i vedtektene for foretaket skal styret i Vestre Viken HF hvert år sende en årlig melding til Helse Sør-Øst RHF. Meldingen omfatter virksomhetens rapport for foregående år og styrets plandokument for virksomheten. Den utarbeides etter mal gitt av Helse Sør-Øst RHF, og er en rapportering på oppfølging av *Oppdrag og bestilling 2024 for Vestre Viken HF*.

Årlig melding fra helseforetakene danner grunnlag for Årlig melding fra Helse Sør-Øst RHF til Helse- og omsorgsdepartementet.

Saksutredning

I tillegg til innledning inneholder Årlig melding to deler:

- Rapporteringsdel (del II) hvor det rapporteres på hvordan helseforetaket har svart opp mål for 2024 i *Oppdrag og bestilling 2024 for Vestre Viken HF* og øvrige bestillinger/pålegg gitt i foretaksmøter gjennom året.
- Styrets plandokument (del III) skal være av strategisk og overordnet karakter, og vise hovedtrekkene i fremtidig drift innenfor de rammebetingelser som er gitt av det regionale foretaket som eier. Her legger Helse Sør-Øst RHF til grunn at det kan henvises til andre styregodkjente dokumenter.

En foreløpig rapportering (del II) ble oversendt Helse Sør-Øst RHF innen fristen 20. januar 2025. Etter styrets behandling 24. februar 2025 vil meldingen i sin helhet bli sendt inn til Helse Sør-Øst RHF innen fristen 1. mars 2025.

Årlig melding er utarbeidet med medvirkning fra ansattes representanter, vernetjenesten og brukerutvalget. Utkastet til Årlig melding 2024 for Vestre Viken HF er gjennomgått med de foretakstillitsvalgte og foretakshovedverneombud i dialogmøte, og det er mottatt innspill som er innarbeidet i dokumentet. Brukerutvalget og Ungdomsrådet har fått oversendt utkastet til årlig melding med mulighet til å fremme innspill. Innspill fra Brukerutvalget er vedlagt årlig melding 2024.

Administrerende direktørs vurderinger

Årlig melding for 2024 er utarbeidet i samsvar med eiers føringer. Plandelen bygger på Utviklingsplan 2035, Bærekraftsplanen, gjeldende økonomisk langtidsplan og vedtatt budsjett og mål for 2024. Planene er forankret i Regional utviklingsplan og de regionale føringer om mål og oppdrag.

Administrerende direktør mener Årlig melding 2024 for Vestre Viken HF til Helse Sør-Øst RHF gir et dekkende bilde av virksomheten. Det kan vises til mange gode resultater og vellykkede enkelttiltak, mens det fortsatt er enkelte områder som må arbeides videre med.

Administrerende direktør foreslår på bakgrunn av dette at styret vedtar det fremlagte forslag til Årlig melding 2024.

- Vedlegg:
1. Årlig melding 2024
 2. Brukerutvalgets kommentarer til Årlig melding 2024

VESTRE VIKEN HF
ÅRLIG MELDING 2024

til Helse Sør-Øst RHF

Drammen, 17. februar 2025

Innhold

DEL I: INNLEDNING OG VURDERING	3
1. Innledning.....	3
1.1 Oppgaver og organisering.....	3
1.2 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag	3
1.3 Mål for virksomheten.....	4
1.4 Virksomhetsstyring - styrets arbeid, herunder intern styring og kontroll.....	4
1.5 Medvirkning fra brukere og ansatte.....	5
2. Vurdering av virksomheten	6
2.1 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2024.....	6
2.2 Evaluering av egen virksomhet og organisering	6
DEL II: RAPPORTERINGER.....	7
3. Oppfølging av styringsbudskap for 2024.....	7
3.1 Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling	7
3.2 Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet.....	8
3.3 Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp	17
3.4 Øvrige krav og rammer for 2024.....	27
3.5 Tildeling av midler og krav til aktivitet.....	31
4. Andre rapporteringer	33
4.1 Oppfølging av andre oppdrag	33
4.2 Andre forhold ved driften.....	33
DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT.....	35
5. Utviklingstrender og rammebetingelser.....	35
6. Strategier og planer.....	35
DEL IV: VEDLEGG.....	36
7. Vedlegg 1: Brukerutvalgets uttalelse til Årlig melding 2024.	36

DEL I: INNLEDNING OG VURDERING

1. Innledning

1.1 Oppgaver og organisering

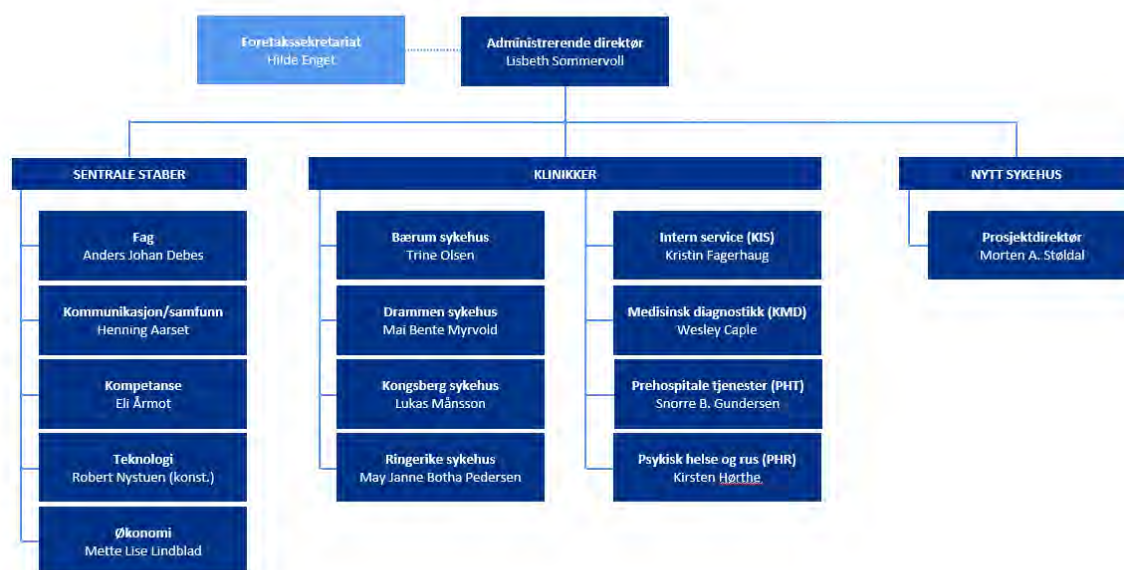
Vestre Viken HF er et av de største helseforetakene i Norge, og leverer spesialisthelsetjenester til rundt 500 000 mennesker i 22 kommuner. Helseforetaket legger også til rette for forskning, innovasjon, undervisning og rådgivning som er naturlig knyttet til disse tjenestene.

Det er somatisk virksomhet ved klinikkene Bærum sykehus, Drammen sykehus, Kongsberg sykehus, Ringerike sykehus og Hallingdal sjukestugu. Fire klinikker er organisert ut fra funksjoner og går på tvers av lokasjonene; klinikk for medisinsk diagnostikk (KMD), intern service (KIS), psykisk helse og rus (PHR) samt prehospitale tjenester (PHT). Ansvar for prehospitale tjenester er delt mellom Vestre Viken HF og Oslo universitetssykehus HF hvor sistnevnte har ambulansetjeneste og AMK-ansvar for kommunene Asker og Bærum, mens Vestre Viken HF har ansvar for øvrige kommuner i nedslagsfeltet. Helseforetaket har virksomhet ved 15 ambulansestasjoner.

Aktivitet innen PHR fordeler seg mellom sykehusavdelingene på Blakstad sykehus, fem distriktspsykiatriske sentre (DPS), tilbud innen barne- og ungdomspsykiatri (BUPA) samt tverrfaglig spesialisert rus- og avhengighetsbehandling (ARA).

Vestre Viken HF hadde gjennomsnittlig ca. 10 360 ansatte fordelt på 8 230 årsverk i 2024.

Organisasjonskartet for Vestre Viken HF pr desember 2024:



1.2 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Vestre Viken HF legger eiers visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag til grunn for virksomheten. Visjonen er å skape gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi, i samsvar med formålet for helseforetakene slik dette er tatt inn i helseforetaksloven § 1

Vestre Viken HF verdier er: *Kvalitet, trygghet og respekt*. Verdiene baserer seg på de etablerte felles nasjonale verdiene for helsetjenester.

1.3 Mål for virksomheten

Målene for utvikling av helsetjenestene er gitt i Nasjonal helse- og sykehusplan. Frem mot 2035 er Vestre Viken HFs hovedmål å skape pasientens helsetjeneste. I dette er det videre et mål at sykehuset skal komme nærmere pasienten. For å realisere dette er det fem langsiktige satsingsområder beskrevet i Utviklingsplan 2035 for foretaket:

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

En bærekraftig økonomi er et viktig fundament for måloppnåelsen. Styret i Vestre Viken HF vedtok i desember 2024 en revidert versjon av Handlingsplan for bærekraftig utvikling v 2.0 (heretter kalt Bærekraftsplanen), med tydelige mål og prioriteringer. Bærekraftsplanen viderefører operasjonaliseringen av utviklingsplanen og tiltakene grupperes fortsatt i fire innsatsområder:

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

1.4 Virksomhetsstyring - styrets arbeid, herunder intern styring og kontroll

Styret i Vestre Viken HF vedtar strategier, planer og mål for virksomheten, herunder oppfølging av tilsyn og revisjoner og krav og bestillinger fra eier. Styret holder seg orientert om foretakets virksomhet og gjør vedtak om eventuelle korrigerende tiltak for å styre i tråd med planer og mål. Ut fra vedtatt årsplan har styremøtene faste aktivitets- og økonomirapporteringer og orienteringer fra virksomheten. Hvert tertial utvides rapporteringen og det fremlegges risikovurderinger på sentrale områder som også rapporteres til Helse Sør-Øst RHF. Styret følger opp utvalgte områder og saker over tid. Risiko knyttet til IKT-systemer i Nytt sykehus Drammen og støtte til omstillingsbehovet i bærekraftsplanen har fått mye oppmerksomhet i 2024. Det har vært flere møter i styreutvalget knyttet til bla. salg av eiendom.

Styret gjennomgår årlig overordnede styrende dokumenter, Instruks for styret og Instruks for administrerende direktør. Fullmaktsystemet gjennomgår en årlig oppdatering og styrebehandling i forbindelse med budsjettprosessen i desember.

Mål og oppdrag fra eier operasjonaliseres årlig i organisasjonen. Ansvar for gjennomføring, oppfølging og rapportering på helseforetakets måloppnåelse fordeles i organisasjonen i tråd med foretakets styringssystem. Styringssystemet er i samsvar med gjeldende bestemmelser i forskrift- og lovverk, samt krav og føringer fra Helse Sør-Øst RHF. Styringssystemet samler de overordnede prosessene for å planlegge, gjennomføre, følge opp, evaluere og forbedre virksomheten. Ledelsens gjennomgang (LGG) er den overordnede styrende og kontrollerende delen av virksomhetsstyringen i foretaket, og som skal sikre at styringssystemet fungerer etter sin hensikt og bidrar til forbedring. LGG 2024 er besluttet utsatt grunnet pågående utvikling av et mer hensiktsmessig verktøy for gjennomføring.

Det inngås årlig lederavtaler mellom administrerende direktør og klinikkdirektører og tilsvarende mellom klinikkenes ledernivåer. Stabsdirektørene har fra 2024 inngått egne lederavtaler med administrerende direktør. Lederavtalene konkretiserer mål for den enkelte klinikk eller stabsområde med utgangspunkt i årets Oppdrag og Bestilling for Vestre Viken HF og

helseforetakets egne satsingsområder. Klinikkene har regelmessige møter med administrerende direktør med oppfølging av målene i lederavtalene.

Foretaket bruker avviks- og forbedringsystemet Synergi for å melde, behandle og følge opp uønskede hendelser/avvik og dokumentstyring av prosedyrer. Meldinger om uønskede hendelser er en viktig kilde til forbedring, og det arbeides systematisk med å bevisstgjøre og fremme en god meldekultur.

Styret har gitt innspill til konsernrevisjonens plan for 2024. Styret har hatt møte med revisor, Pasient- og brukerombudet, Brukerutvalget og Ungdomsrådet. Styreleder deltar i oppfølgingsmøtene med Helse Sør-Øst RHF når hun har anledning. Administrerende direktør deltar i direktørmøtene i regi av Helse Sør-Øst RHF.

I 2024 ble det gjennomført 18 eksterne tilsyn fra ulike tilsynsmyndigheter innenfor HMS-området, fra Arbeidstilsynet, Brannvesenet, El-tilsynet og Direktoratet for Strålevern og Atomberedskap. Det ble gitt til sammen 9 avvik, hvorav 2 er lukket, og de resterende er under arbeid.

1.5 Medvirkning fra brukere og ansatte

Ansatte

Involvering av ansatte i helseforetaket skjer gjennom tillitsvalgte og verneombud på alle nivåer. Tillitsvalgte er valgt av organisasjonene, mens verneombudene er valgt etter AML kap. 6. På foretaksnivå er det korte ukentlige dialogmøter samt månedlige medvirkningsmøter med alle foretakstillitsvalgte og foretakshovedverneombudet. Involvering skjer ellers gjennom informasjon, arbeidsmiljøutvalg, ulike dialogmøter, drøfting og forhandlinger. Tillitsvalgte og vernetjenesten er godt representert og bidrar med råd, erfaringer og informasjon i en rekke fora, prosjekter og utviklingsområder i helseforetaket. Helse Sør-Øst sine “12 prinsipper for medvirkning”, samt lov og avtaleverk med tillitsvalgte og vernetjeneste legges til grunn for samarbeidet. Mange ansatte deltar i lokale forbedringsteam med direkte involvering i endringsarbeid. Ved utarbeidelse av Årlig melding er tillitsvalgte og vernetjeneste invitert til å komme med innspill. Her fremkommer at det ikke oppleves like god medvirkning i alle klinikker, men det er variasjon mellom klinikkene og internt mellom avdelinger. Det understrekes samtidig at det mange steder i foretaket oppleves strukturert og god medvirkning. Videre understrekes det at det er viktig at tillitsvalgte og vernetjenesten involveres så tidlig som mulig i ulike prosesser.

Brukere

Brukerutvalget har månedlige møter. I tillegg deltar medlemmene i et stort antall prosjekt, råd og utvalg. Utvalgets leder og nestleder deltar på styremøtene og leder sitter i det sentrale kvalitetsutvalget og andre sentrale styringsgrupper. Helseforetakets kliniske etikkomiteer har alle brukerrepresentant. Administrerende direktør, fagdirektør og andre ansatte deltar i brukerutvalgsmøtene og har dialog om aktuelle saker.

Ungdomsrådet har månedlige møter. I 2024 har ungdomsrådet fortsatt sin innsats inn mot BUPA og arbeidet med barn på sykehus mer generelt. Særlig overgangen fra barneavdelingene og inn på voksenavdelingene har rådets oppmerksomhet. Ungdomsrådet har i 2024 startet arbeidet med å utvikle et Ungdomskort etter modell av Vestre Viken – kortet gir pasienter, pårørende og ansatte samtidig informasjon om rettigheter og plikter i kontakt med våre tjenester. Ungdomsrådet skal samarbeide med ungdomsrådet på Akershus Universitetssykehus i dette arbeidet.

Brukerutvalget og Ungdomsrådet har to felles møter i året. Brukerutvalget og Ungdomsrådet møter styret en gang i året og orienterer om sitt arbeid.

Leder og nestleder i Brukerutvalget og avdelingssjef for samhandling, brukermedvirkning og helsekompetanse har fast dialogmøte med administrerende direktør fire ganger i året.

Pasienter og pårørendes helsekompetanse har avgjørende betydning for deres deltakelse i egen helse. Brukerutvalget, ungdomsrådet og Læring- og mestringssenteret har dette som en rettesnor i sitt utviklingsarbeid for å bidra til mer bærekraftige og likeverdige tjenester.

2. Vurdering av virksomheten

2.1 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2024

Bærekraftsplanen har vært foretakets viktigste styringsdokument gjennom 2024 og ligger til grunn for de tiltak som iverksettes både for å sikre god kvalitet i pasientbehandlingen og en bærekraftig økonomi. Omstillingsarbeidet er tidkrevende og med et samtidig høyt og vedvarende sykefravær er det utfordrende for lederne å sette av tilstrekkelig tid til å drive omstillingene. Det har gjennom året vært en meget god utvikling innen klinikkene Psykisk helse og rus og Medisinsk diagnostikk. Begge klinikkene leverer resultater i tråd med budsjett. Utviklingen i ventetider er også svært god for psykisk helse og rus. De somatiske klinikkene har ikke nådd sine resultatmål. Arbeidet vil ytterligere intensiveres og detaljeres gjennom Bærekraftsplanen 2.0 (2025) og 3.0 (2026 og 2027). Vestre Viken HF oppnådde samlet målkravet for ventetider i 2024, og ventetidene ved utgangen av desember var lavere enn samme periode i 2023, i tråd med mål fra Oppdrag og bestilling Vestre Viken HF. PHR var allerede ved utgangen av 2024 på nivået som er satt som mål pr. juni 2025 og somatikken er godt på vei.

2.2 Evaluering av egen virksomhet og organisering

Organiseringen av de somatiske klinikkene i fire selvstendige enheter utfordrer helhetlig styring og utvikling av den faglige virksomheten. Dette er spesielt satt på agendaen for 2025 gjennom den reviderte Bærekraftsplanen 2.0. De to høyest prioriterte områdene i denne planen er drift og organisering av sengeområder og fag- og funksjonsfordeling. Det er flere fagmiljø som grunnet drift på flere klinikker blir små og sårbare, og drift på fire steder kan medføre fordyrende effekter som følge av vaktordninger og økt behov for medisinsk teknisk utstyr. Faglig bærekraft blir et viktig innsatsområde i de nærmeste årene.

Klinikk for psykisk helse og rus har utredet sin organisering og har lagt planer for bedre samordning av virksomheten. Dette arbeidet viser allerede gunstige effekter.

Vestre Viken HF har behov for å videreutvikle styringssystemet for virksomhetsstyring mot et høyere modningsnivå. Det er derfor gjennomført en gap-analyse som peker på flere aktuelle tiltak for testing og gjennomføring. Det arbeides med tiltak innen hovedområdene kompetanse, strukturer, verktøy og prosedyrer. Arbeidet fortsetter i 2025.

I forbindelse med flytting og ibruttakelse av nytt sykehus i Drammen, arbeider klinikkene i tett samarbeid med prosjektorganisasjonen for å klargjøre organisasjonen. Det kreves omfattende endringer i prosedyreverket som følge av nytt utstyr, nye lokaler, nye arbeidsprosesser og ibruttakelse av ny teknologi. Det kliniske miljøet har vært sterkt delaktige i å utvikle og endre organisasjonen og driften slik at Nytt sykehus Drammen skal bidra til mer effektiv pasientbehandling og gevinstuttak på andre områder. Det er i samarbeid med staber gjennomført kurs i endringsledelse for å forberede ledere til endringsreisen de må gjennomføre sammen med sine medarbeidere og det jobbes i nettverk for å sikre at nye løsninger blir implementert i forkant av flytting.

3. Oppfølging av styringsbudskap for 2024

3.1 Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling

3.1.1 Behandlingstilbud psykisk helsevern og TSB

- *Styrke psykisk helsevern og TSB slik at pasientene får rask og likeverdig tilgang til riktig behandling og helhetlige pasientforløp. Barn, unge og de med alvorlige og sammensatte lidelser er prioriterte grupper.*

Vestre Viken HFs Bærekraftsplan og Eiendomsplan PHR er førende for videre utvikling på området, og arbeidet påbegynt i 2023 videreføres i 2025.

For Blakstad (samt deler av ARA og BUPA) står endring av arbeidsprosesser og optimalisering av drift/bemanning sentralt, som et ledd i forberedelse til innflytting i nytt sykehus. For avdelingene som ikke skal inn i nytt sykehus, DPS-ene og ARA, står samlokalisering av døgnbehandling sentralt. Det er etablert egne prosjekter, og bedre rekruttering og større fagmiljøer er en del av målsettingen. En såpass stor omstillingsprosess, samtidig med krav om økt aktivitet og øvrige tiltak i forbindelse med Ventetidsløftet, er krevende for både ansatte og ledelsen.

BUPA utenfor Nytt sykehus Drammen samler spesialiserte polikliniske funksjoner og videreutvikler dialogbasert inntak for barn og unge med alle kommunene, samt FACT ung. Arbeidet i faglig samarbeidsutvalg barn/unge i Helsefelleskapet videreføres også over i 2025.

- *Realveksten i kostnader innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere enn realveksten i de regionale helseforetakenes ordinære, frie driftsbevilgninger, jf. Prop. 1 S (2023–2024). Det innebærer at den nominelle kostnadsveksten skal være høyere enn 5,5 pst. (deflator 4,3 pst. pluss vekst i ordinære, frie driftsbevilgninger 1,2 pst.).*

Realveksten i kostnader er 5,2 % innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samlet. Dette er noe under kravet, og dette skyldes bl.a. et høyt samlet kostnadsnivå for 2023 og gjennomføring av tiltak i bærekraftsplan for å redusere merforbruk i 2024.

- *Den polikliniske aktiviteten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere i 2024 sammenlignet med 2023.*

I 2024 er antall polikliniske konsultasjoner økt innen BUP (1 %). Under og etter pandemien har det generelt vært en sterk vekst i aktiviteten i BUPA. VOP og TSB ligger bak (hhv. 1 % og 5 %) sammenlignet med 2023. Her har også aktivitetsveksten vært stor og mulige årsaker til noe lavere aktivitet i 2024 er høyt sykefravær, rekrutteringsutfordringer og vakanser knyttet til budsjett-tiltak.

Vestre Viken HF vil videre styrke poliklinikkene i DPS-ene i 2025, for å øke kapasitet og aktivitet. Det er i budsjett 2025 lagt inn midler for en nødvendig økning i antall årsverk.

- *Døgnaktiviteten i psykisk helsevern skal være høyere i 2024 sammenlignet med 2023.*

Antall utskrivinger i døgnbehandling i psykisk helse og rus er samlet 1 % færre i 2024 enn i 2023. TSB ligger 6 % over, og VOP og BUP er henholdsvis 2 % og 17 % bak.

Antall liggedøgn er samlet 2 % færre enn 2023, hvorav VOP er 0,1% over, mens TSB og BUP er henholdsvis 1 % og 26 % bak.

Aktiviteten innen BUP døgn er således lavere enn i 2023, hovedårsak antas å være justering i etterkant av pandemien og er en ønsket utvikling. Videre utvikling i aktivitet vil følges tett. Aktiviteten innen DPS døgn har i snitt vært under måltallet, mens det ved Blakstad i snitt har vært markant over anbefalt beleggspersent. Helhetlig plan for omstilling i klinikken har tiltak som vil balansere kapasiteten mellom DPS og sykehuspsykiatrien, noe som vil påvirke døgnaktiviteten.

- *Døgnkapasiteten i psykisk helsevern skal være høyere i 2024 sammenliknet med 2023. Helseforetaket skal gi en halvårlig status for faktisk døgnkapasitet i psykisk helsevern sett opp mot framskrevet behov.*

Det er utarbeidet en helhetlig plan for å styrke kapasiteten i akuttpsykiatrien i sykehuset, utvikle døgn driftet ved DPS-ene med større grad av temabasert organisering (ref. rapporten Forenklet og forbedret), samt å samle TSB døgnvirksomhet utenfor nytt sykehus i Drammen. Samlet sett opprettholdes døgnkapasiteten. For å realisere dette gjennomføres det en større koordinert omstilling i klinikken som vil omfatte anslagsvis 700 medarbeidere. Gjennomføringen av omstillingen vil muliggjøre styrking av kapasiteten i DPS poliklinikkene, som er helt nødvendig ut fra henvisningsveksten de senere årene.

- *Helseforetaket skal planlegge for at alle barnevernsinstitusjoner er tilknyttet et ambulant spesialisthelsetjenestetsteam forankret i psykisk helsevern barn og unge, med kompetanse innen psykisk helse og ruslidelser, og med bruk av eksisterende personell. Et helseteam kan betjene en eller flere barnevernsinstitusjoner. Teamene skal vurdere og tilby helsehjelp til barn og unge i barnevernsinstitusjonene og gi nødvendig veiledning til personellet ved institusjonen, jf. Barnevernsinstitusjonsutvalgets NOU 2023:24 «Med barnet hele veien». Tilbudene skal også ivareta behovene samiske barn og unge vil ha når det gjelder språklig og kulturell kompetanse. Teamene bør på egnet måte knytte til seg relevant personell fra kommunal helse- og omsorgstjenesten, og samarbeidet bør vurderes forankret i samarbeidsavtaler. Planlegging av slike tilbud bør også bygge på Helsedirektoratets gjennomgang og vurdering om bruk av ambulante helsetjenester, herunder FACT-Ung, rettet mot barn i barnevernet.*

Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling i Vestre Viken HF har siden 2016 hatt et ambulant team med særskilt ansvar for ungdom under barnevernets omsorg. Teamet arbeider tett opp mot barnevernsinstitusjonene i vårt opptaksområde. Dette tilbudet er nå del av nyetablert Spesialpoliklinikk i BUPA Vestre Viken HF. Teamet følger opp de institusjonene som har ungdom som er i behandling ved BUPA, og fungerer i stor grad som beskrevet av institusjonsutvalget i NOU 2023:24 – Med barnet hele veien.

Høsten 2023 ble samarbeidsavtalen med Bufetat Sør revidert og rutiner/rammer for samhandling mellom lokal BUP og aktuelle institusjoner i opptaksområdet er etablert. Den nyetablerte Spesialpoliklinikken er tillagt samarbeidsansvaret med akuttinstitusjonen i opptaksområdet, og har en tettere møtefrekvens uavhengig av hvilke ungdommer som er ved denne institusjonen.

3.2 Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet

3.2.1 Bemanning og kompetanse

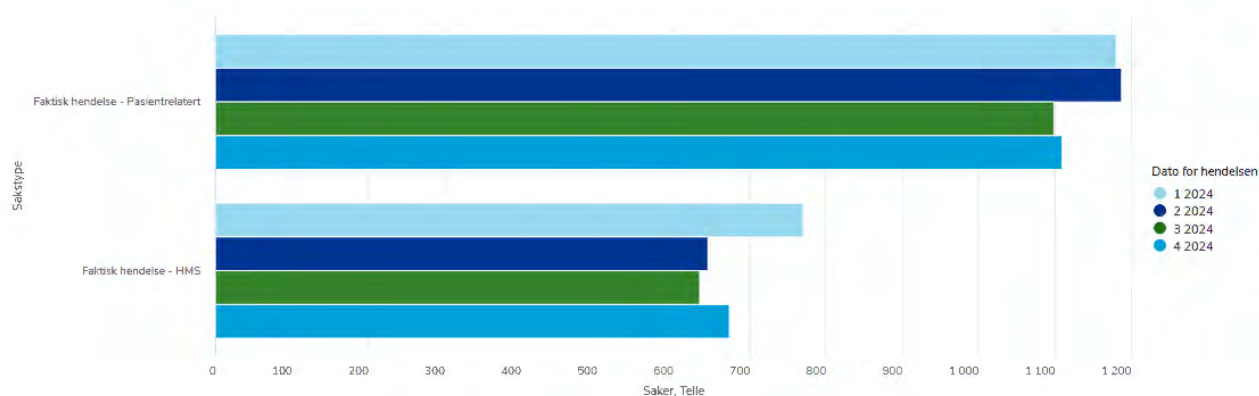
- *Ansatte i spesialisthelsetjenesten skal oppleve det som trygt å melde om uønskede hendelser og forbedringspunkter, og helseforetakets system og kultur for tilbakemelding, oppfølging og læring skal bidra til færre pasientskader.*

Vestre Viken HF har et system for å registrere hendelser, nesten-uhell og forbedringsområder. I all hovedsak er systemet godt kjent, men vi registrerer at det er ulik tilnærming i saksbehandling

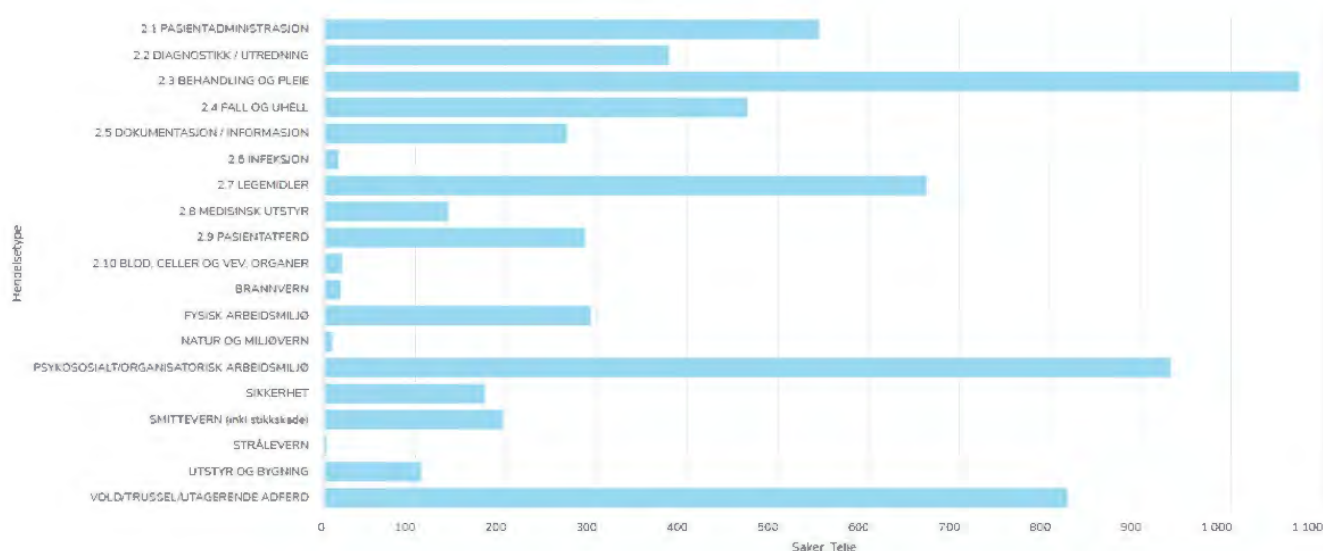
av registrerte hendelser. I 2024 er det gjort flere tiltak som videreføres i 2025. Det er gjennomført undervisning på fagdager, og det er laget tre opplæringsfilmer som er linket til avvikssystemet. Opplæring av nye ledere er satt i system, og innsatsen økes ytterligere i 2025. Det brukes mye tid på veiledning og rådgivning til saksbehandlere. Tilbakemeldingene er at det oppleves som nyttig. I 2024 har «Team Pasientsikkerhet» vektlagt forbedringsmetodikk som en del av opplæring og veiledning, noe som også videreføres i 2025.

NPE viser til at Vestre Viken har stort samsvar mellom saker som har fått medhold i NPE samtidig gjenfinnes i avvikssystemet Synergi. Dette er et signal på at alvorlige hendelser fanges opp, registreres og håndteres. Foretaket arbeider kontinuerlig med å få til bedre læring på tvers i foretakene etter hendelser, både mellom fagområder innad og i andre helseforetak.

I 2024 ble «#Råbra» tatt i bruk i helseforetaket, systematisert gjennom avvikssystemet Synergi. Dette har blitt svært godt mottatt og det ble registrert over 376 «#råbra»-tildelinger og flere av disse inneholder god informasjon for læring og refleksjon. Det er høyest andel tildelinger for kategorien *Behandling og pleie, Legemidler, Psykososialt arbeidsmiljø*, samt *Vold, trussel og utagerende adferd*.



Tabell 1: Faktiske hendelser, pasientrelatert og HMS, 2024 /kvartal



Tabell 2: Fordelt på faktiske hendelser i 2024

Det er høyest andel av typen *Behandling og pleie, Legemidler, Psykososialt arbeidsmiljø*, samt *Vold/Trussel/Utagerende adferd*.

- *Helseforetaket skal øke kunnskap om og innføring av personellbesparende løsninger i tjenestene gjennom helsetjenesteforskning og implementeringsforskning.*

Vestre Viken HF har jobbet med å øke kunnskapen om, og innføre personellbesparende løsninger. Det er spesielt to områder som foretaket har hatt økt oppmerksomhet, implementering av kunstig intelligens og digitale helsetjenester. På begge områder har Vestre Viken HF implementeringsforskning og helsetjenesteforskning. For kunstig intelligens, se beskrivelse under punkt 3.2.2. I digitale helsetjenester som tilbys i det virtuelle sykehuset har helseforetaket helsetjenesteforskning på epilepsi, prehabilitering før kirurgi, diabetes, hjertesvikt, brystkreft og KOLS.

Foretaket har også samarbeid med eksterne institusjoner, eksempelvis for forskning på innføring av helselogistikk.

- *Antall lærlinger i helsearbeiderfaget og andre lærefag som er relevante i sykehus, skal økes sammenlignet med 2023.*

Høsten 2024 har helseforetaket 33 lærlinger i helsearbeiderfaget etter tilsetting av 15 nye lærlinger i august 2024. Dette er tre færre enn i 2023. Nedgangen skyldes redusert søkermengde til lærlingstillingene, samt at noen lærlinger ombestemte seg etter å ha fått tilbud.

I tillegg har foretaket en lærling i service- og administrasjonsfaget (ny i 2024), 26 nye lærlinger i ambulanséfaget (økning med 16 i forhold til 2023) og 3 lærlinger i portørfaget (en fler enn i 2023).

- *Antall utdanningsstillinger for sykepleiere innen anestesi-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie (ABIOK), samt jordmødre skal økes sammenlignet med 2023.*

Høsten 2024 var det 83 utdanningsstillinger i Vestre Viken HF, en reduksjon på 19 i forhold til høsten 2023. Utdanningsstillingene fordeles slik: anestesisykepleie tolv, barnesykepleie tre, intensivsykepleie 26, jordmor 14 og i tillegg akuttisykepleie to. Reduksjonen skyldes at behovet for utdanningsstillinger innen anestesisykepleie er redusert, samt at det har vært liten søkermengde til intensivutdanning. I løpet av 2024, ble 46 spesialsykepleiere og jordmødre ferdig med sin utdanning og startet på sin bindingstid i helseforetaket.

Vestre Viken HF har i 2024 valgt å benytte fem utdanningsstillinger til videreutdanning for syv sykepleiere på sengepost innen klinisk sykepleie med fordypningsområde. I tillegg er det benyttet fire utdanningsstillinger til videreutdanning av helsefagarbeidere innen intensivpleie.

- *Helseforetaket skal kartlegge muligheter for kombinerte stillinger i samarbeid med kommuner, særlig innen svangerskap-, føde- og barselomsorgen og psykisk helse.*

Drammen kommune og Drammen sykehus samarbeider om det nye prosjektet "Min Jordmor" (etter modell fra "case load midwifery"). Det etableres to team med fire jordmødre. Tre vil være ansatt i Drammen kommune og seks vil være ansatt på Drammen sykehus. Betingelsene for stillingene er identiske, uavhengig av hvor de er ansatt. Jordmødrene skal jobbe i team, og vil veksle på å ha beredskapsvakter for fødsler, dager på helsestasjonen samt ansvar for barselbesøk hjemme. Dersom en av kvinnene som følges av teamet går i fødsel, følger vakthavende jordmor den fødende inn på sykehuset og forløser kvinnen. Ved utskrivelse følger den samme jordmor opp i barseltiden. Det er gjennomført rekruttering til stillingene, og gravide med termin på våren er allerede allokert til teamene. Oppstart av tilbudet vil være 1. mars 2025.

- *Helseforetaket skal sørge for at arbeidet med hensiktsmessig oppgavedeling skal ha en systematisk tilnærming, pågå kontinuerlig og gi bedre organisering av arbeidsprosesser. Det skal legges til rette for partssamarbeid og medarbeiderinvolvering på alle nivåer i arbeidet. Videreføring av Tørn-programmet skal understøtte og forsterke dette arbeidet.*

Det er utarbeidet en overordnet retningslinje i eHåndbok for system og rammer rundt arbeidet med oppgavedeling i samarbeid med tillitsvalgte og vernetjeneste.

I Vestre Viken HF arbeides det aktivt med oppgavedeling, eksempelvis så drifter Øyeavdelingen ved Drammen sykehus sin operasjonsaktivitet nå også med bruk av helsesekretærer. Ved sammen avdeling har sykepleiere fått selvstendige oppgaver knyttet til enkelte pasientforløp som tidligere ble håndtert av leger (injeksjoner) som gir økt samlet kapasitet. I Akuttmottaket ved Drammen sykehus har helsesekretærer overtatt sykepleieroppgaver knyttet til frakturklinikk. Ved Ringerike sykehus er det gjennomført sertifisering av helsefagarbeidere ved sengetun ved bruk av målinger, evaluering og systematisk opplæring. Intern service har overtatt portørtjenester fra klinikk for Medisinsk diagnostikk ved Ringerike sykehus, og ved Kongsberg sykehus er det overført oppgaver med varebestilling og påfylling fra operasjonssykepleiere til logistikkmedarbeidere. Ved alle sykehusene har logistikkmedarbeidere overtatt oppgavene med bestilling, distribusjon og vareplassering/påfyll på lager, oppgaver som tidligere lå til sykepleiere, helsefagarbeidere og andre kliniske faggrupper. Dette bidrar til økt standardisering, reduserte kostnader, reduserte behov for lagerareal og en bedre vareflyt. Arbeidet med oppgavedeling pågår, og det er fortsatt områder der riktig kompetanse til riktig oppgave vil gi økt kapasitet, arbeidsglede og økonomiske besparelser.

Flere seksjoner har deltatt i oppgavedelingsprosjekt i regi av Helse Sør-Øst RHF. Ved fødeseksjonen ved Drammen sykehus er det oppgavedeling mellom jordmor, barnepleier og helsefagarbeider. 86% av barnepleierne og 100% av helsesekretærene har fått opplæring i oppgaver som er egnet for oppgavedeling.

Kompetanseplanen "VV Teamledelse i Vestre Viken" er tildelt nesten 1600 stillinger. Ved utgangen av året har 42 % fullført opplæringen, og det arbeides videre i 2025 for å øke gjennomføringsgraden.

Flere seksjoner har deltatt i oppgavedelingsprosjekt i regi av Helse Sør-Øst, og har fått tildelt midler gjennom TØRN-programmet. Ubenyttede midler er godkjent overført til 2025, og arbeidet videreføres.

To team i Vestre Viken HF deltar i pilot del 2 i Læringsnettverk som del av Tørn-programmet i Helse Sør-Øst.

- *Økt fleksibilitet i arbeidstidsordninger kan være et gode både for arbeidstakere og arbeidsgivere, gitt at dette er basert på frivillighet for arbeidstakersiden og forankret i partssamarbeid. Det er ønskelig å vurdere alternative arbeidstidsordninger som kan bedre den samlede ressursbruken og styrke heltid. Det vises i denne sammenheng til rammeverk og avtale som er inngått i Vestre Viken HF med lokale parter. Helseforetaket skal vurdere egnede områder for utprøving av alternative arbeidstidsordninger (f.eks. langvakter), og iverksette tidsavgrensede utprøvinger med sikte på å vinne erfaringer. Arbeidet må skje i nært samarbeid med partene lokalt. Det skal rapporteres på status i forbindelse med oppfølgingsmøtet i mai.*

Som ledd i arbeidet med å rekruttere og beholde helsepersonell er ett av tiltakene å tilby økt fleksibilitet i arbeidstid. Dette er gjeldende for alle yrkesgrupper og det pågår flere initiativer for å utrede og prøve ut ulike løsninger i foretaket.

Det ble gjennomført utprøving av langvakter ved 20 enheter gjennom sommeren 2024. Langvakter ble videreført i høstturnusen ved 21 enheter. Andelen langvakter i den enkelte enhet varierer fra 3 % til 75 % langvakter. I samarbeid med Helse Sør-Øst RHF er Oslo Economics engasjert for å evaluere pilotene. Evalueringsrapporten forventes å foreligge i slutten av februar 2025.

Nye avtaler om rammeverk for videreføring av modell med bruk av langvakter ble inngått med ansattes organisasjoner i desember 2024 og gjelder frem til sommeren 2025. Arbeid med mer langsiktig rammeverk starter opp i januar 2025.

Ved Medisinsk avdeling på Drammen sykehus og Ringerike sykehus pågår et pilotprosjekt for forsvarlighetsvurdering av legenes arbeidsplaner. Dette er en del av oppfølgingen etter legeundersøkelsen som er gjennomført i Vestre Viken.

Pilotprosjekt for bruk av kunstig intelligens i turnusplanlegging ble gjennomført i samarbeid med Sykehuspartner våren 2024. Videre arbeid med å innføre automatisering og/eller bruk av kunstig intelligens i turnusplanlegging, vil videre skje i regi av Helse Sør-Øst RHF. Vestre Viken HF er klare til å bidra i arbeidet, og ønsker raskt å ta i bruk løsningen når den er på plass.

- *Sykefraværet ser ut til å ha festet seg på et urovekkende høyt nivå etter pandemien. Dette gjelder i alle regioner. Det er behov for forsterket innsats og økt oppmerksomhet for å redusere sykefraværet, hvilket også er av betydning for bemanningssituasjonen og innleiebehov. Helseforetaket skal forsterke arbeidet med sykefravær sinnsats og -oppfølging, med sikte på reduksjon i sykefravær sammenholdt med 2023. Det skal rapporteres på status i forbindelse med oppfølgingsmøtet i mai.*

Gjennomsnittlig sykefravær i Vestre Viken HF i 2024 var 7,8 %, noe som er tilsvarende 2023-nivå. Det er rapportert på status i oppfølgingsmøtet i mai.

Vestre Viken HF jobber målrettet og systematisk med flere innfallsvinkler for å redusere sykefraværet. Det arbeides helhetlig med utfordringene, blant annet å vurdere risikofaktorer i arbeidsmiljøet og jobbe med konkrete tiltak for å redusere disse, samt økt jobblede og et godt arbeidsmiljø. Innenfor områdene organisering, teamarbeid og oppgavedeling arbeides det aktivt. Konkrete tiltak er økt bruk av fleksible arbeidstidsordninger, blant annet gjennom bruk av langvakter og gjennomgang av arbeidsplaner for jevnere fordeling av arbeidsbelastning. Metodikk for kontinuerlig forbedring benyttes i stor grad sammen med verktøy som "Snakk om forbedring", medarbeiderundersøkelsen, grønt kors og #råbra i arbeidsmiljøarbeidet. Dette sammen med involvering og samarbeid, blant annet ved hjelp av partsduk (verktøy) utviklet gjennom bransjeprogram IA sykehus, er tiltak som vil bidra til redusert sykefravær. Det ble i 2024 etablert en partssammensatt arbeidsgruppe, ledet av stab Kompetanse, som arbeider med tiltak som f.eks. kollegastøtte for å redusere psykisk belastning. Målet er å unngå at medarbeidere slutter som følge av psykiske belastninger eller andre utfordringer i arbeidsforholdet.

Foretaket har videre satt lederopplæring i system, innen områdene sykefravær oppfølging, psykososialt arbeidsmiljø, HMS, helsefremmende arbeidstidsordninger, risikovurderinger, konflikthåndtering og kommunikasjon.

- *Helseforetaket skal forebygge vold og trusler mot helsepersonell i tråd med anbefalinger i rapport fra Helse Sør-Øst om forebygging av vold og trusler mot ansatte.*

Oppfølging av anbefalingene i rapporten fra Helse Sør-Øst er påbegynt og følges videre opp i 2025. Det er etablert en overordnet arbeidsgruppe på foretaksnivå for å ivareta det videre arbeidet.

- *Det er utfordringer med tilgang til personell i helse- og omsorgstjenestene. Helsepersonellkommisjonen mener at konsekvenser for personellbehov og bemanningsmessige effekter må vurderes særskilt ved innføring av nye tiltak i helse- og omsorgstjenesten. I tråd med Helsepersonellkommisjonens anbefalinger vil regjeringen at det skal stilles krav om at personellkonsekvenser skal utredes som del av beslutningsgrunnlaget for tiltak innenfor Helse- og omsorgsdepartementets sektoransvar. Helseforetaket skal utrede personellkonsekvenser særskilt som del av beslutningsgrunnlaget for alle tiltak innenfor eget ansvarsområde. Vurderingen bør inneholde*

personellkonsekvenser gitt dagens organisering og oppgavedeling, konsekvenser for forbruk og tilbud av andre typer helsetjenester, samt konsekvenser for utdanningskapasitet.

Vestre Viken HF utarbeidet i 2023 Handlingsplan for bærekraftig utvikling (omtalt som «Bærekraftsplanen») som en operasjonalisering av Vestre Vikens utviklingsplan 2035. Planen tar opp i seg en rekke tiltak innenfor innsatsområdene standardisering, teamarbeid og oppgavedeling, digital transformasjon og organisering og struktur, som ses i sammenheng med tilgangen til personell og konsekvenser av de utfordringene man ser blant annet i Helsepersonellkommisjonen. Bærekraftsplanen er oppdatert og revidert i 2024 (2.0 versjon) og i samråd med partene er områdene «standardisering» og «organisering og struktur» gitt ekstra prioritert i 2025.

Helseforetaket har en overordnet og strategisk tilnærming til rekrutteringsarbeidet, noe som skal bidra til synergier og effektivisering i rekrutteringsprosessene. Bistand, støtte og veiledning til ledere samt ulike tiltak knyttet til felles utlysninger og rekrutteringsprosesser, felles introduksjonstiltak, herunder fadder- og mentorordninger, er en del av dette arbeidet. I tillegg er det ulike aktiviteter knyttet til en tydelig varemerking av foretaket. Tilbakemeldingene fra ledere og tillitsvalgte er at dette er til stor hjelp og har effekt.

For å ivareta tilstrekkelig utdanningskapasitet er det arbeidet systematisk med å forenkle de administrative rutinene rundt praksisgjennomføring, samt utarbeidet tilbud om kompetanseheving for veiledere. I tillegg er samarbeidet med utdanningsinstitusjonene styrket og strukturert.

- Helseforetaket skal, med utgangspunkt i antallet LIS2/3-stillinger i 2023, kartlegge og utarbeide en oversikt over behov for endringer i utdanningskapasitet (LIS-stillinger) for å dekke opp behovet for overleger for de ulike sykehusspesialitetene. Det skal utarbeides en plan som særskilt beskriver hvordan dekke behovet for tilstrekkelig antall LIS og overlegestillinger innenfor breddespesialitetene generell indremedisin og kirurgi. Tilbakemelding skal oversendes Helse Sør-Øst RHF innen 15. juni 2024.*

I arbeidet med å kvalitetssikre foretakets datagrunnlag er det sammenlignet informasjon fra datakilder for LIS-gruppen med hvilke spesialitet de er registrert med i Legestillingsregisteret (LSR) og hvilke læringsmålplaner de er tildelt i Kompetanseportalen. I forlengelsen av dette er det gjort et omfattende arbeid med å rydde opp og kvalitetssikre registrert spesialitet for både LIS- og overlegegruppen i LSR (via Personalportalen).

Den resterende delen av oppdraget trengs det mer tid på å svare ut, og arbeidet med dette videreføres i 2025.

- Helseforetaket skal utarbeide en skriftlig handlingsplan for hvordan arbeide for å rekruttering og beholde personell innen psykisk helsevern. Planen skal særskilt omtale hvordan øke og understøtte tilstrekkelig utdanningskapasitet (LIS3 stillinger) av spesialister innen VOP/BUP basert på framtidig framskrivninger. Tilbakemelding skal oversendes Helse Sør-Øst RHF innen 15. juni 2024.*

Arbeidet med Handlingsplan for å rekruttere og beholde personell innen psykisk helsevern har bestått av en rekke kartlegging- og forankringsaktiviteter. Innledningsvis ble det gjennomført møter med alle avdelinger i Klinikk for psykisk helse og rus (PHR). Innsamlet data ble bearbeidet og oppsummert i fem hovedpunkter med tilhørende tiltak. Høsten 2024 har Handlingsplanen blitt fulgt opp med spesiell vekt på rekruttering av, og beholde, LIS3-leger. Planen har vært behandlet i PHR sitt ledermøte, etterfulgt av gjennomgang i avdelingene i PHR. Det har vært godt engasjement i gjennomgangene og det oppleves som positivt å kunne diskutere og ta opp temaet for diskusjon i tider der omstilling og endringer preger klinikken.

Rekruttere og beholde personell i psykisk helsevern var et av hovedtemaene på en utvidet ledersamling i PHR i desember 2024. Handlingsplanen vil være sentral i det videre arbeidet

innen dette området i 2025. Det vil arbeides videre med å få opp ytterligere tallgrunnlag og analyser for å følge opp situasjonen for LIS3 innen PHR på en målrettet måte.

- *Helse Sør-Øst RHF viser til tidligere stilte krav om at det må arbeides med tiltak som kan redusere innleie som del av bemanningen. Helseforetakene er tidligere bedt om å foreta en kritisk gjennomgang av behov for innleie i foretaket med sikte på reduksjon i omfanget. Det bes om at dette arbeidet videreføres og forsterkes. Det vises i denne forbindelse til Stortingets behandling av Nasjonal helse- og samhandlingsplan, hvor det framgår at Stortinget ber regjeringen sørge for en årlig rapportering av utviklingen i bruken av innleie i helseforetakene med mål om ytterligere reduksjon. Videre ba Stortinget om at det settes mål om en vesentlig reduksjon innen to år. Helseforetakene skal rapportere på utviklingen i bruken av innleie, med målsetting om en vesentlig reduksjon innen to år. Helse Sør-Øst RHF vil komme tilbake med nærmere informasjon om oppdraget.*

Vestre Viken HF følger den Nasjonale avtalen om innleie fra eksterne bemanningsforetak inngått via Sykehusinnkjøp. Bruken av innleie er restriktiv, og fullmakt til å beslutte ekstern innleie er løftet til nivå 2. Forut for en eventuell beslutning gjøres en forhåndsvurdering av andre mulige løsninger. Det er en reduksjon i forbruk av innleie fra 2023 til 2024 på 14 %, regnet i prosent av innleide timer. Vestre Viken HF har ellers et lavt forbruk av innleie sammenlignet med andre helseforetak i regionen. Helseforetaket har et etablert Bemanningscenter med faste ansatte og tilkallingsvikarer innenfor pleie som skal dekke kortere bemanningsbehov. Det er også et nyetablert team som skal bistå ledere i alle deler av rekrutteringsprosessen, og som også på sikt skal fungere som "en dør inn" for søkere til foretaket. Dette for å styrke egen bemanning og redusere behovet for innleie.

- *Det skal legges til rette for systematisk og dokumenterbar kompetanseutvikling for fagarbeidere i helseforetak over hele landet med formål å ivareta lokale, regionale og nasjonale kompetansebehov. De regionale helseforetakene skal etablere et samarbeid for å identifisere nasjonale kompetansebehov som kan ivaretas av fagarbeidere og de skal i samarbeid med øvrige sentrale aktører, særlig fagskolene, utvikle nasjonale videreutdanningsløp. De nasjonale videreutdanningsløpene skal omtales som spesialutdanninger. Utdanningene skal være tjenestenære og skje i et ansettelsesforhold i helse- og omsorgstjenestene. Samarbeidet skal også bidra til at det utvikles god bestillerkompetanse til fagskolene og andre relevante samarbeidspartnere.*

Det skal legges vekt på kunnskapsoverføring som kan bidra til å dekke behov for slike utdanninger i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Partssamarbeidet skal vektlegges i arbeidet. Arbeidet skal være løpende og det skal rapporteres årlig i de regionale helseforetakenes felles rapport om personell, kompetanseutvikling og utdanning.

Helse Sør-Øst RHF vil komme tilbake med nærmere informasjon om oppdraget.

Standardisering, teamarbeid og oppgavedeling er satsingsområder innenfor Vestre Vikens Bærekraftsplan. Systematisk og dokumenterbar kompetanseutvikling er en viktig del av dette og foretaket har utviklet egne kompetanseplaner og sertifiseringsløp for fagarbeidere i Kompetanseportalen.

Foretaket har et godt samarbeid med Fagskolen, og flere ansatte har deltatt i utviklingsarbeidet med ny videreutdanning i intensivpleie for helsefagarbeidere.

3.2.2 Forskning og innovasjon, kvalitet og pasientsikkerhet

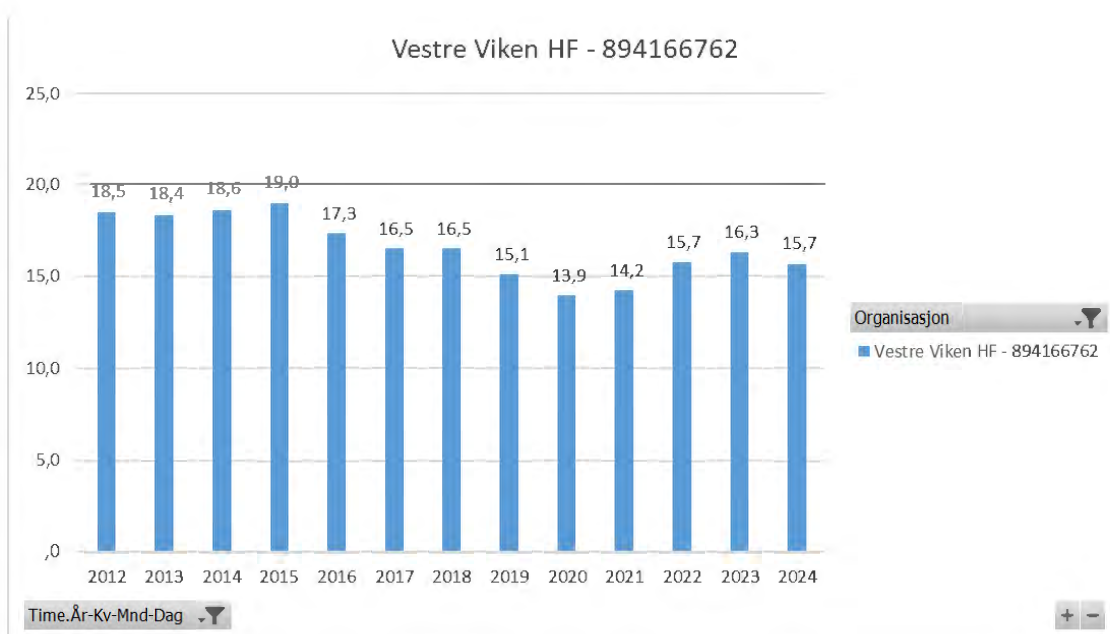
- *Helseforetaket skal videreføre antibiotikastygingsprogram med ledelsesforankring, overvåkning og rapportering om antibiotikabruk og -resistens, samt antibiotika-team.*

Vestre Viken HF overvåker og rapporterer antibiotikaforbruk, herunder forbruk av bredspektrede antibakterielle midler. Rapporteringen gjøres månedlig av smittevernoverlegen i

direkte dialog med aktuelle ledergrupper og fremlegges i Sentralt kvalitetsutvalg. Rapportering av antibiotika resistens pr. sykehus er derimot ikke mulig. Dette skyldes laboratorienes ulike systemer. Tilsvarende utfordring sees ved flere av Helse Sør-Øst sine sykehus, og saken er løftet til Sykehuspartner. Ledelsesforankring og oppfølging av antibiotika styringsprogram er langsiktig arbeid som pågår ved alle Vestre Vikens fire somatiske sykehus.

- *Forbruket av bredspektrede antibiotika skal holdes på samme nivå, eller lavere, enn i 2019 (målt i DDD/100 liggedøgn).*

Forbruket av bredspektrede antibiotika i foretaket har økt med 4 % siden 2019. Det er viktig å bemerke at hovedårsaken til at målet ikke er nådd, oppfattes å være endrede nasjonale anbefalinger for bruk av bredspektrede midler. Et riktig antibiotikabruk vil uansett være overordnet mål, og det skal velges så spesifikt antimikrobielt legemiddel som mulig til enhver tid.



- *Antall kliniske behandlingsstudier i helseforetakene som inkluderte pasienter i 2023 skal økes med minst 15 pst. sammenliknet med 2022, jf. målene i Nasjonal handlingsplan for kliniske studier.*

Det har vært arbeidet strategisk for å øke antall kliniske behandlingsstudier (KBS) gjennom en egen tiltaksplan i foretaket. 34 nye KBS ble innmeldt i Vestre Viken HF i 2024, i tillegg til pågående studier. Omtrent 55 KBS inkluderte aktivt pasienter i 2024. Det er en økning på 8 % sammenliknet med 2023. Dette er et anslag, da rapporten over antall KBS og antall pasienter inkludert for 2024 foreligger nasjonalt først i juni 2025.

- *Helseforetaket skal ta i bruk løsninger med kunstig intelligens som kan bidra til å frigjøre tid hos helsepersonell og redusere ventetider. Effekten av løsningene skal dokumenteres slik at det legger til rette for videre innføring.*

Innen radiologi har foretaket tatt i bruk en applikasjon for frakturdeteksjon i alle somatiske sykehus og ved Hallingdal Sjukestugu. Gevinster dokumenteres ved uttrekk fra PACS, og hovedgevinstene er frigjøring av tid for leger og redusert ventetid for pasienter. Det jobbes med

å hente ut ytterligere gevinster fra denne applikasjonen, og implementere flere andre applikasjoner. Erfaringer fra Vestre Viken HF deles med andre foretak i Helse Norge, og i 2024 har Sykehuset Telemark og Ahus implementert samme løsning med støtte fra Vestre Viken. Flere sykehus vil implementere i løpet av vinteren.

For å hente ut gevinster fra implementeringer jobbes det målrettet med dette gjennom hele implementeringsprosessen. Fundamentalt er det at løsningen løser et behov som er fremmet av helsepersonell. Deretter gjennom tidlige gevinstestimater og -planer, samt god oppfølging av gevinstrealiseringen og målinger.

I tillegg jobbes det aktivt med uttesting av ulike KI-løsninger, f.eks. ved brystkreftscreening, turnusplanlegging, pasientovervåkning, og oppsummeringer og tekstgjenkjennelse i elektronisk journal. Det jobbes med både intern kvalitetssikring og forskning på uttesting og implementering av KI løsninger.

- *Helseforetaket skal sørge for, sammen med Sykehusapotekene HF, å gi flest mulig pasienter hurtig tilgang på, og god veiledning i riktig bruk av legemidler, ved første gangs utlevering av H-resept. Helseforetaket skal sørge for bedre avtaleoppfølging/utnyttelse av legemiddelinnkjøpsavtaler ved til enhver tid å velge anbefalt avtalepreparat.*

Ved ekspedering av legemidler i publikumsutsalget ivaretar sykehusapotekene informasjon til kunder slik at de kan bruke legemidler riktig. Ved forskrivning av injeksjonsbehandlinger ivaretar forskriver veiledning av oppbevaring, bruk og teknikk. Det er en velfungerende legemiddelkomite og høykostmedisin faggruppe som har søkelys på avtalelojalitet og innkjøpsavtaler. Begge grupper utreder nye metoder for bedre etterlevelse.

- *Helseforetaket skal, i samarbeid med Sykehusapotekene HF, vurdere å ta i bruk bruksklare infusjonsløsninger (legemidler) og gjennomføre opplæring av kommunene, f.eks. via helsefelleskapene, slik at kommunene kan ta imot utskrivningsklare pasienter hurtigere.*

Ledelsen ved de fire somatiske klinikkene har gjort en vurdering av innføring av bruksklare løsninger og starter innføring av dette fra 1. februar 2025. Når dette er innført vil det bli gjort en vurdering av behov og evt. hvordan å gjennomføre opplæring rettet mot kommunene, for hurtigere mottak av utskrivningsklare pasienter.

- *Helseforetakene skal sørge for at helsefaglig oppfølging av mindreårige mistenkte skjer innenfor tilsvarende rammer gitt for fornærmede og vitner i Felles retningslinjer for Statens barnehus. Det vises til Politidirektoratets brev av 8. februar 2024 til landets politidistrikter om utvidelse av barnehusenes mandat. Utvidelsen omfatter målgruppen barn under 16 år mistenkt for forhold som rammes av straffelovens kapittel 26 om seksuallovbrudd. Dette innebærer en utvidelse av mandatet til Statens barnehus for en særlig gruppe av mindreårige mistenkte. Det vises til Prop. 36 S (2023-2024) Opptappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner.*

Politidistriktene og Statens Barnehus overstemmer ikke med opptaksområdene til helseforetakene. Barna som tilhører Vestre Viken HF fordeles derfor mellom Statens Barnehus i Oslo (barn fra Asker og Bærum), og Statens Barnehus i Sandefjord (barna fra Buskerud) og OUS HF og Sykehuset Telemark HF deltar i arbeidet.

3.2.3 Intensiv- og beredskapskapasitet

- *Intensivkapasiteten (kategori 2- og 3-senger) i ordinær drift og beredskapskapasiteten (dvs. kapasiteten som kan mobiliseres ved økt behov) skal økes sammenliknet med 2023. Beredskapskapasiteten skal ha en større økning enn økningen i intensivkapasitet i ordinær drift.*

Det drives intensivvirksomhet ved alle fire somatiske sykehus i Vestre Viken HF og kapasiteten er uendret siden etter pandemien. Det oppleves ikke at det i ordinær drift er et vesentlig

kapasitetsunderskudd. Arbeidet med å øke kapasiteten er påstartet, men forsinket, og arbeidet fortsetter gjennom våren 2025. En døgnkontinuerlig, legebemannet ambulanse er etablert i 2024 for flytting av syke nyfødte til Drammen sykehus samt for flytting av intensivpasienter mellom sykehusene for fleksibel bruk av intensivkapasiteten.

- *Det vises til indikator for intensivkapasitet. Helseforetaket skal årlig rapportere både den totale overvåknings- og intensivkapasiteten ved ordinær drift og beredskapskapasitet. Rapporteringen skal både være i absolutte tall og som andel per 100 000 av befolkningen som det enkelte helseforetak har ansvar for. Det vises for øvrig til tidligere oppdrag om intensivkapasitet og -beredskap.*

Rapportering er gjennomført i henhold til oppgaven.

3.3 Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp

3.3.1 Ventetid

- *Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2023 for somatikk. Målsetningen på sikt er gjennomsnittlig ventetid lavere enn 50 dager for somatikk.*

Den gjennomsnittlige ventetid avvirket for somatikk i desember 2024 var på 69,6 dager, som er lavere enn i 2023, da snittet for måneden var på 70,9. Gjennomsnittet for 2024 samlet var 75,9 dager, noe høyere enn snittet for 2023 som var på 72,9. Ventetidsløftet er lokalt organisert som eget prosjekt med prosjektleder og fagdirektør som prosjekteier. Det pågår mange tiltak og rapportering til HSØ foregår i både oppfølgingsmøter og i tertialrapportering.

Gjennomsnittlig ventetid avvirket per somatisk sykehus				
Sykehus	2023	2024	Des 2023	Des 2024
Bærum sykehus	75,6	77,7	71,3	81,5
Drammen Sykehus	82,1	89,1	82,2	75,1
KMD	29,9	24,8	28,1	23,6
Kongsberg sykehus	44,4	51,7	39,3	56,1
Ringerike sykehus	58,3	58,8	60,7	48,2

- *Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2023 for psykisk helsevern for barn og unge, psykiske helsevern for voksne og TSB. Målsetningen på sikt er gjennomsnittlig ventetid lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og 30 dager for TSB.*

Den gjennomsnittlige ventetid avvirket, for PHR samlet, var i 2024 på 42,4 dager. Dette er lavere enn snittet for 2023 som var på 46,0. Snittet for desember 2024 endte på 34,3. Dette er lavere enn i 2023, da snittet for måneden var på 39,8.

Gjennomsnittlig ventetid avvirket PHR per område				
Område	2023	2024	Des 2023	Des 2024
VOP	47,4	45,0	41,3	38,0
BUP	46,1	39,5	38,7	29,6
TSB	32,5	29,6	33,3	19,2
PHR totalt	46,0	42,4	39,8	34,3

- *I forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2024 er det bevilget 2000 mill. kroner for å bidra til at ventetidene i spesialisthelsetjenesten skal reduseres markant, i tråd med ambisjonene i Ventetidsløftet. Av dette er 400 mill. kroner til ettårige tiltak og 1600 mill. kroner til en varig*

bevilgningsøkning som også skal legge til rette for aktivitet og investeringer som målrettet og effektivt bidrar til å redusere ventetidene raskt. Det vises til Ventetidsløftet, hvor regjeringen, de regionale helseforetakene, ansattes organisasjoner og arbeidsgiverorganisasjoner i offentlig og privat sektor er enige om mål og aktuelle tiltak for å redusere ventetidene.

Helseforetakene skal umiddelbart iverksette tiltak for å redusere ventetidene, i tråd med Ventetidsløftet, slik at trenden snus og vi i perioden 2024 til 2025 får en markant reduksjon i ventetidene. De tre hovedsporene for tiltak i Ventetidsløftet er; helsepersonell; innovasjon; og samarbeid. Eksempler på tiltak er arbeid for bedre oppgavedeling, kvelds- og helgeåpne poliklinikker, digitale løsninger og innovasjoner som frigjør arbeidstid og samarbeid med private aktører, blant annet gjennom kjøp av ledig kapasitet etter avtale med og prioritering av det offentlige. Det skal legges særlig vekt på tiltak som raskt kan gi resultater og samtidig varige effekter, og som i tillegg ivaretar de ansatte og arbeidsmiljø.

Det forventes at helseforetakene tar i bruk alle tiltak som er beskrevet i Ventetidsløftet, etter en prioritering av hva som virker mest effektivt for å nå målene for de ulike delene av spesialisthelsetjenesten. Partssamarbeidet skal benyttes aktivt og lokale tillitsvalgte skal involveres på en god måte i arbeidet. Personellkonsekvenser av tiltakene skal vurderes.

Tiltakene skal rettes mot områder der minst ett av følgende kriterier er oppfylt:

- tjenestene har pasienter med alvorlige tilstander med høy risiko for forverret helse ved lange ventetider*
- tjenestene har mange pasienter på venteliste og/eller i forløp*
- tjenestene har lang ventetid*

Helseforetakene kan også iverksette tiltak for å redusere ventetidene som er utenfor rammene av Ventetidsløftet, herunder tiltak for bedre samhandling med den kommunale helse- og omsorgstjenesten, innenfor forventningene over. Arbeidet må også ses i sammenheng med rekrutterings- og samhandlingstilskuddet.

I oppdrag og bestillingsdokument for 2024 fastsatte Helse Sør-Øst RHF et mål om at gjennomsnittlig ventetid skulle reduseres i 2024 sammenliknet med 2023 for somatikk, psykisk helsevern barn og unge, psykiske helsevern voksne og TSB. I forlengelse av ventetidsløfte forventes det at helseforetakene ikke bare snur trenden i inneværende år, men fortsetter reduksjonen i ventetider slik at vi får en markant nedgang i perioden 2024 og 2025.

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet i styremøtet 21. juni 2024 sak om Fordeling av bevilgninger i revidert nasjonalbudsjett 2024, jf. styresak 073-2024.

Etter bevilgningen til Helse Sør-Øst RHF i Prop. 104 S (2023-2024), revidert nasjonalbudsjett for 2024, har styret i Helse Sør-Øst RHF besluttet følgende fordeling i foretaksgruppen: <jf. tabell i tilleggsdokument til oppdrag og bestilling>.

Det vises for øvrig til protokoll fra foretaksmøtet 13. juni 2024, sak 8, om fordeling av de ettårige midlene for å redusere ventetider.

Helseforetakene skal rapportere på tiltakene som iverksettes innenfor rammen av bevilgningen på 2000 mill. kroner i årlig melding 2024, herunder hvordan midlene er benyttet og hvilken effekt tiltakene har hatt på ventetider og andre relevante indikatorer. Helseforetakene skal videre gi månedlige statusrapporter om ventetider, iverksatte tiltak og ressursbruk.

Vestre Viken HF har fra sommeren 2024 etablert en tverrgående ressursgruppe bestående av deltagere i relevante sentrale staber samt klinikk-kontakter. Gruppen har sørget for oppfølging av tildelte midler, koordinering av forbedringsprosesser og erfaringsutveksling mellom klinikkene, innspill til utvikling av styringsdata og kompetanseheving i klinikkene vedrørende registrering i datasystemer. Det rapporteres på Ventetidsløftet ved hver månedsavslutning og dette avstemmes mot mottatte midler. Klinikkerne har fått tilbakeført midler likt registrert forbruk hver måned. Tiltakene består stort sett av ekstra poliklinikk/ekstra aktivitet, investering i medisinsk utstyr for økt kapasitet og merkantil rydding/oppfølging av ventelister for å se om pasienten fremdeles skal motta helsehjelp. Det er også avsatt dedikerte midler til videreutvikling av det virtuelle sykehuset for å øke andelen behovsprøvd poliklinikk og utvikle tilbud som gir behandling til pasienter i hjemmet. Det arbeides klinikkvis med en systematisk gjennomgang av aktuelle behandlingsforløp for å vurdere behovet for fysiske kontroller samt hyppighet av nødvendige kontroller.

Vestre Viken HF var tidlig ute med å få etablert avtaler med profesjonsforeningene slik at aktiviteten med ekstrapoliklinikk lot seg gjennomføre.

- *I forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2024 er rekrutterings- og samhandlingstilskuddet til Helse Nord RHF varig styrket med 90 mill. kroner, slik at det til sammen er på 130 mill. kroner. I forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2024 er det varig bevilget 150 mill. kroner i et rekrutterings- og samhandlingstilskudd til Helse Sør-Øst RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF. Tilskuddsmidlene fordeles etter samme nøkkel som basisbevilgningen til de regionale helseforetakene. Det innebærer 92,85 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF, 32,85 mill. kroner til Helse Vest RHF og 24,30 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF.*

I Meld. St. 9 (2023-2024) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027, framgår det at finansieringen av helse- og omsorgstjenestene oppleves som en barriere for samarbeid mellom nivåene. Dette gjelder for eksempel i tilfeller der tiltak ikke blir gjennomført fordi kostnaden kommer på et nivå i tjenesten, mens gevinsten tilfaller det andre nivået. Regjeringen foreslo derfor i planen å innføre et økonomisk virkemiddel, et rekrutterings- og samhandlingstilskudd. Tilskuddet skal understøtte forpliktende samarbeid mellom kommuner og helseforetak om tjenesteutvikling og gode pasientforløp.

Formålet med rekrutterings- og samhandlingstilskuddet er videre å legge til rette for et godt desentralisert helsetilbud, med god kvalitet og riktig arbeidsdeling.

Tilskuddsmidlene skal brukes etter enighet mellom helseforetak og aktuell(e) kommune(r).

Det legges til grunn at det skal være likeverdighet mellom kommuner og sykehus med hensyn til å foreslå hvordan midlene skal benyttes. Helsefelleskapene er en arena for samhandling mellom helseforetaket og kommunene og denne arena er dermed egnet for å vurdere og prioritere aktuelle tiltak som gis støtte. Det forutsettes dokumentert enighet mellom aktuell(e) kommune(r) og helseforetak.

Tilskuddet kan understøtte tiltak som fremmer rekruttering og god bruk av personell i helseregionen på tvers av nivåene, for eksempel utprøving og etablering av kombinerte stillinger. Videre skal tilskuddet understøtte tiltak som bidrar til bedre samhandling. Særlig prioritert er tiltak og områder som kan få ned ventetidene i sykehus. Prioriterte grupper er de fire pasientgruppene med sammensatte behov, samt tjenester innenfor svangerskap-, fødsel- og barselomsorg, integrert psykisk helsetjeneste og rustjeneste, rehabilitering og tiltak for å redusere antall utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehus. I tildeling av midler skal det legges vekt på tilrettelegging for lokale løsninger i opptaksområdet til de minste sykehusene (akuttisykehus og sykehus uten akuttfunksjoner).

Tilskuddsmidlene kan dekke påløpte kostnader der samarbeidstiltaket bidrar til at en av partene får økte kostnader, mens den andre får innsparinger. Det legges til grunn for tildeling av midler at helseforetaket og kommunen(e) utarbeider en avtale som dokumenterer enighet mellom foretak og aktuell(e) kommune(r), gir en beskrivelse av tiltaket og hvordan tiltaket støtter opp om formålet med tilskuddsordningen, samt budsjett for gjennomføring av tiltaket – herunder hvilke ressurser kommune(r) og helseforetak bidrar med. Når det er relevant, må avtalen som utarbeides også avklare hvem som har ansvaret for pasienten(e) i gjennomføringen av tiltaket.

Helseforetakene skal rapportere på status for tiltak i oppfølgingsmøtet. Helseforetakene bes videre rapportere i årlig melding om bruk av midlene. Rapporteringen skal omfatte vurderinger av effekt av tiltak så langt, læringspunkter og mulighet for spredning. Ordningen med rekrutterings- og samhandlingstilskudd vil også evalueres.

Det vises for øvrig til sak 094-2024 til styret i Helse Sør-Øst RHF.)

Helsefellesskapet Vestviken ble tildelt rekrutterings- og samhandlingsmidler med totalt 13,2 MNOK. Midlene skal fordeles etter søknad i Helsefellesskapets strategiske samarbeidsutvalg (SSU), i henhold til gjeldende kriterier. Helsefellesskapet arbeider med å utarbeide endelig prosedyre og plan for søknadsprosessen, men SSU besluttet likevel i sitt møte 02.12.2024 å behandle to søknader. Prosjektet Personsentrerte helsetjenester for Ringeriksregionen ble bedt om å komme med en tydeligere fremdriftsplan i neste møte. Prosjekt Kongsberg samhandlingsarena fikk tilslutning til fase 1/forprosjekt og ble tildelt 2,9 MNOK, med forventning om en utfyllende søknad for fase 2 i løpet av første halvår 2025.

Kongsberg samhandlingsarena er pr i dag et prosjekt mellom Kongsberg kommune, Responssenteret på Kongsberg og Vestre Viken HF v/ Kongsberg sykehus. Målet er å utvikle en mer sammenhengende helsetjeneste til eldre med skrøpeligheit, med innsats rettet mot å forebygge skrøpeligheit, hindre forverring og tilby tjenester der pasienten er i samskaping mellom kommune, sykehus og frivilligheten. En slik utvikling av helsetjenestene forutsetter en god oppslutning fra innbyggerne og det vil fra oppstarten av legges stor vekt på informasjon og involvering av innbyggere i Kongsberg kommune. Deler av midlene som er tildelt i forprosjektet vil derfor benyttes til informasjons- og møteaktivitet i form av folkemøter der felles forventninger og mulige innsatsområder kan deles og utvikles.

Prosjektet har engasjert prosjektleder og Q1 vil den videre prosjektorganiseringen besluttes. Flere delprosjekter diskuteres; ambulerende team med geriater, helsestasjon for eldre som aktivt jobber for både å forebygge og hindre forverring, at sykehuset opprettholder et oppfølgings- og behandlingsansvar for pasientene inntil 72 timer etter utskrivelse, Prehospitaltjenester kan bidra til å redusere unødige innleggelser ved bruk av videoutstyr og samhandling med sykehuset på skadestedet/hjemme hos pasienten, utvikling av hjemme-KAD, tilrettelegging for hjemmedød (som allerede er et samhandlingsprosjekt på Kongsberg), det samme er utvikling av felles trainee-stillinger for sykepleiere mellom sykehus og kommune og andre delte stillinger. Alle initiativer i samskaping med brukere og innbyggere. Det blir også tatt initiativer overfor næringslivet, som gir rom for økt samhandling og utvikling av digitale- og teknologiske løsninger. Kongsberg er en teknologiby, og økt samhandling på dette området kan gi store gevinster i utvikling av helsetjenester.

Samhandlingsarena Kongsberg er starten på et arbeid for å utvikle helsetilbud med en bedre felles utnyttelse av de ressursene på tvers av tjenestenivåene. Målet er å raskt skalere til flere kommuner i opptaksområdet til Kongsberg sykehus, for å så å ta løsningene i bruk også i andre sykehusområder. Representanter fra Universitetssykehuset i Nord-Norge følger arbeidet og bidrar med egne erfaringer.

3.3.2 Pasientavtaler

- *Helseforetaket skal overholde minst 95 pst. av pasientavtalene (passert planlagt tid).*

84,9 % av pasientavtalene ble overholdt i 2024. Dette viser en svak nedgang fra 2023. Det arbeides kontinuerlig med å øke andelen. Ett av de sentrale tiltakene er å øke langtidsplanleggingen, bl.a. ved å sørge for at oppgaver synliggjøres i GAT for relevante yrkesgrupper og etablere integrasjon mellom DIPS Arena og GAT. Andre tiltak er økt bruk av digitale tilbud til pasientene (video, telefon og skjemabasert oppfølging).

- *Helseforetaket skal øke bruken av digital hjemmeoppfølging og digitale behandlingsprosesser for å styrke total behandlingsskapitet. Aktuelle tiltak inkluderer brukerstyrt (behovsstyrt) poliklinikk med digital monitorering og interaksjon, også innenfor psykisk helsevern. Andelen pasienter som mottar digital hjemmeoppfølging, video- eller telefonkonsultasjoner skal øke sammenliknet med 2023. Her inngår digital skjemabasert pasientoppfølging og monitorering og nettbaserte behandlingsprogram.*

Ved utgangen av 2024 hadde Vestre Viken HFs virtuelle sykehus 32 forløp satt i drift innen digital hjemmeoppfølging. Forløpene fordeler seg på 14 fagområder og er en økning på 88 % i antall forløp sammenliknet med 2023. Det er to forløp under utvikling innen psykisk helse. Antall pasienter som har fått digital oppfølging i 2024 er 8377. Dette er en økning på 60% fra 2023. 61 pasienter var inkludert i nettbasert behandlingsprogram innen psykisk helse og rus, Dette er en nedgang i forhold til 2023. Reduksjonen skyldes overgang til nytt eBehandlingsverktøy. Det jobbes systematisk med opplæring av nye terapeuter som vil bidra til å kunne rekruttere flere pasienter i eBehandling. Siden Vestre Viken HF startet digitalt hjemmeoppfølging, har til sammen 13 500 pasienter mottatt digital hjemmeoppfølging gjennom det virtuelle sykehuset.

Samtlige klinikker viser en positiv økende trend i andel video/telefonkonsultasjoner, selv om måltall ikke er oppnådd. Det er imidlertid viktig at andel video/telefonkonsultasjoner også sees i sammenheng med økning i antall pasienter som følges med digital hjemmeoppfølging. Andel video/telefonkonsultasjoner var ved utgangen av 2024 på 11,6%, mot 11,1% i 2023. Det har vært gjennomført flere tiltak gjennom 2024 for å øke andelen video- og telefonkonsultasjoner. Økt bruk av digitale konsultasjoner er ett av virkemidlene for å oppnå målene i Ventetidsløft og Bærekraftsplan 2.0.

- *Helseforetaket skal innføre DelMedMeg innen psykisk helsevern.*

Kartleggingspakken DelMedMeg for pasientrapportert helsedata er innført i alle voksenpolikliniske seksjoner. Til og med november er det utsendt i gjennomsnitt i overkant av 550 oppstartskartlegginger pr. måned; pasientene rapporterer før oppstart utredning/ behandling, ved evalueringpunkter og ved avslutning av behandling. Den estimerte svarprosentraten er 65 % ved oppstart og 60 % under oppfølging/evaluering. Dette anses som en god svarprosent. Informasjon om DelMedMeg er også nå tilgjengelig for pasienter på nettsidene til Virtuelt sykehus. Vår vurdering er at arbeidet er i henhold til plan og det jobbes videre med pasientgruppen barn/unge.

3.3.3 Epikriser

- *Minst 70 pst. av epikrisene skal være sendt innen én dag etter utskrivning innen somatikk.*

I somatikken er 79,3 % av epikrisene sendt innen første dag.

- *Minst 70 pst. av epikrisene skal være sendt innen én dag etter utskrivning innen psykisk helsevern for voksne og TSB.*

For PHR er 63,0 % av epikrisene sendt innen 1 dag.

Epikrisetiden i avdelingene følges opp kontinuerlig og er noe ulik:

- BUPA har hatt en positiv utvikling i 2024 med et gjennomsnitt på 67% der det var 55 % året før. Tallet går noe ned på slutten av 2024 og tiltak må videreføres.
- Blakstad ligger stabilt på rundt 63 % og det å øke kapasiteten innen sykehuspsykiatrien inn i NSD er et vesentlig poeng for å bedre måloppnåelsen. Dette vil i neste omgang redusere overbelegg og bidra til bedre kapasitet hos behandlere.
- DPS-ene varierer på epikrisetid og på DPS døgn er det få behandlere og effekten av vakanser blir raskt synlig. Tiltaket med å opprette en felles døgnavdeling vil være viktig i denne forbindelse.
- ARA ligger over måltall og er stabile på dette (72 %).

3.3.4 Pasientforløp

- *Pasienter med store og sammensatte behov, herunder eldre med skrøpelighet og personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, skal oppleve sammenhengende tjenester med trygge overganger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.*

Status FACT i Vestre Viken HF

Det er 6 FACT Ung-team og 10 FACT Voksen-team i tillegg til 1 FACT Sikkerhet-team i vårt område. Aktivitet i FACT Voksen: 22 688 pr. september 2024, 5% flere enn samme tid i fjor. Aktivitet i FACT Ung: 9 498 pr. september 2024, 45% flere enn samme tid i fjor.

Aktiviteten er for FACT samlet 15 % høyere enn i fjor (FACT Ung + FACT Voksen). Ettersom FACT Ung er under oppbygging øker naturlig nok aktiviteten mer.

Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) har gjennomført en internrevisjon av alle FACT Ung-teamene etter 1 års drift. Revisjonen konkluderer med at BUPA som helhet planlegger, tilrettelegger og gjennomfører behandling for sine pasienter på en faglig forsvarlig måte. Det er funnet merknader og enkelte avvik, men ikke lovbrudd. Dette er det iverksatt tiltak mot.

- *Reduksjon i andel ikke-planlagte reinnleggelses innenfor somatikk.*

I 2024 er andelen ikke-planlagte reinnleggelses redusert med 13 % i forhold til 2023.

- *Andel pasienter i pasientforløp innen psykisk helsevern og rusbehandling som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan, skal være minst 80 pst.*

I løpet av 2024 er det skjedd flere endringer knyttet til monitorering og rapportering av nasjonale pasientforløp og dette har gjort det har vært krevende å følge opp måltall på en god måte. Helsedirektoratet lanserte reviderte nasjonale pasientforløp i oktober –24., og det er kommunisert at det frem til 2026 ikke vil tas imot rapportering. Dette for å gi regionen tid til å utvikle nye løsninger med automatisert rapportering. En automatisert rapportering vil være et positivt og nødvendig bidrag for å videreutvikle pasientforløp PHR.

Revideringen av pasientforløp PHR innebærer en forenkling av forløpene hvor de generelle forløpene beholdes, mens de tilstandsspesifikke forløpene nå inngår i de generelle.

Virksomhetenes ansvar tydeliggjøres og registrering reduseres i tillegg til at innholdet i forløpene er forenklet. Endringene trer i kraft i januar –25. Klinikken vil vurdere hvilke tilpasninger som er nødvendig for å imøtekomme de reviderte pasientforløpene.

- *Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 24 kreftformene skal være minst 70 pst*

Vestre Viken HF har over tid ikke oppnådd mål for andel pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid. Det er stor variasjon mellom de enkelte kreftforløpene, hvor flere har oppnådd målet, for eksempel malignt melanom, blærekreft og testikkelkreft.

I 2024 har helseforetaket et samlet gjennomsnitt på 60 % (NB: det har vært utfordringer med datakvaliteten siden innføring av DIPS Arena). Høsten 2024 ble det iverksatt et arbeid for å

analysere de enkelte forløpene for å finne rotårsaker til den manglende måloppnåelse for bryst-, lunge og tarmkreft. Det er også besluttet gjennomføring av regelmessige oppfølgingsmøter mellom forløpseier og kvalitetsavdelingen/fagdirektør for de forløpene som viser manglende måloppnåelse. Flere av flaskehalsene er kjente; forsinkelser i timer til MR, CT, PET-skanning og patologisvar, samt tilstrekkelig kapasitet for enkelte operasjoner. Noe mener vi også skyldes manglende kapasitet ved OUS for kirurgiske inngrep og strålebehandling. Området ble styrket ved at det ble ansatt en medisinsk rådgiver i kvalitetsavdelingen 1. september, vedkommende ble tillagt pakkeforløp som en av sine hovedoppgaver. Arbeidet med forbedring av måloppnåelse fortsetter med ytterligere økt innsats i 2025.

Forløp	Tot #	OF1	OF2	OF3	OF4
A01 - Brystkreft	991	71 %	65 %	34 %	44 %
A04 - Myelomatose	3	100 %	100 %	50 %	100 %
A06 - Lymfomer	63	70 %	46 %	46 %	43 %
A07 - Bukspyttkjertelkreft	91	93 %	46 %	75 %	54 %
A12 - Tykk- og endetarmskreft	961	53 %	81 %	67 %	59 %
A14 - Blærekreft	510	73 %	94 %	56 %	83 %
A15 - Nyrekreft	107	61 %	94 %	12 %	54 %
A16 - Prostatakreft	475	74 %	81 %	75 %	63 %
A17 - Peniskreft	19	53 %	89 %		
A18 - Testikkelkreft	53	87 %	83 %	100 %	80 %
A20 - Livmorkreft (endometrie)	51	75 %	59 %	38 %	52 %
A21 - Eggstokkreft (ovarial)	48	83 %	64 %	34 %	52 %
A22 - Livmorhalskreft (cervix)	23	91 %	41 %	44 %	38 %
A23 - Hjernekreft	13	62 %	55 %	67 %	64 %
A26 - Lungekreft	300	85 %	63 %	64 %	53 %
A32 - Kreft i spiserør og magesekk	190	45 %	92 %	64 %	57 %
A34 - Primær leverkreft (HCC)	8	50 %	63 %	100 %	100 %
A36 - Sarkom	3	100 %	67 %		
A37 - Skjoldbruskkjertelkreft	25	75 %	53 %	0 %	40 %
A38 - Malignt melanom	261	52 %	85 %	92 %	95 %
A39 - Nevroendokrine svulster	10	90 %	60 %	100 %	100 %
A40 - Galleveiskreft	21	76 %	62 %	67 %	78 %
Totalt	4 226	67 %	77 %	58 %	60 %

- Reduksjon i andel ikke-planlagte reinnleggelser innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Andelen reinnleggelser totalt innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling var per september 2024 10,3 %

Reinnleggelser etter behandlingssted HiÅ					
Helseforetak > Behandlingssted	Antall reinnleggelser	Andel reinnleggelser	Gj dager siden forrige innleggelse	Gj liggetid reinnleggelser	Liggedøgn reinnleggelser
Vestre Viken	342	10,3 %	11,7	14,12	4 829
Totalt	342	10,3 %	11,7	14,12	4 829

Fordelt på fagområdene var antallet reinnleggelser per september 2024 henholdsvis 12,4 % for VOP, 10,9 % for BUP og 0,9 % for TSB. Dette er den laveste andelen reinnleggelser sammenlignet med de foregående 5 årene. (kilde: [Aktivitet og ventetider_PROD - Power BI Report Server](#))

- Helseforetaket skal sørge for at organisatorisk plassering av koordinerende enhet lokalt bidrar til at enhetene på best mulig måte understøtter god koordinering i sykehusene og ivaretar sitt overordnede ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Helseforetaket skal også iverksette tiltak for å

realisere målet med de lovregulerte koordineringsordningene i spesialisthelsetjenesten (koordinator, kontaktlege, koordinerende enhet og individuell plan).

Vestre Viken HF har deltatt i det regionale arbeidet med å videreutvikle ordningen med koordinerende enhet (KE) til en bedre tjeneste. KE er plassert i Avdeling for samhandling, brukermedvirkning og helsekompetanse, som anses som riktig plassering. Vestre Viken HF har mot slutten av 2024 inngått samarbeid med Ringerike kommune for å vurdere muligheten for å utvikle en felles koordinerende enhet mellom sykehus og kommune. Dette arbeidet vil videreføres i 2025.

- *Det vises til «Rammeavtale mellom de regionale helseforetakene og den norske legeförening om samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegene», inngått høsten 2023. Helseforetaket skal legge til rette for økt samhandling og koordinering mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten i tråd med inngått rammeavtale.*

Vestre Viken HF har ved slutten av 2024 totalt 16 samhandlingsleger (SL), en leder i 40 % stilling, de resterende i 20 % stilling, fordelt på de ulike sykehusene og tjenesteområdene. Avtalene er knyttet til Avdeling for samhandling, brukermedvirkning og helsekompetanse. Leder for SL møter hver 14. dag representanter for ledelsen i foretaket. Hver tredje uke møtes representanter for SL på de ulike klinikkene med ledelsen. Hver enkelt SL har direkte kontakt med en eller flere av sykehusavdelingene og deltar på morgenmøter og klinikkledermøter. Det avholdes også regelmessige møter med ledelsen i KMD, PHT og PHR. Samhandlingslegene er i dag representert i Strategisk samarbeidsutvalg i Helsefellesskapet Vestviken, ettersom fastlegerepresentanten der i dag samtidig er samhandlingslege. I tillegg er de representert i de lokale samarbeidsutvalgene og i våre to faglige samarbeidsutvalg. Samhandlingslegene publiserer og distribuerer jevnlig digitalt Praksisnytt til sitt oppland. 2-4 ganger i året publiseres et mer omfattende Samhandlingsnytt som rettes både mot ansatte i sykehuset og fastlegene ute i kommunene. I 2024 arrangerte SL et emnekurs i fysikalsk medisin i samarbeid med fysikalsk medisinsk avdeling og emnekurs i akuttmedisin i samarbeid med klinikk for prehospitale tjenester. I tillegg arrangeres det regelmessige kurs kalt møteplassen ved hvert av sykehusene. SL deltar i økende grad i pasient- og pårørendeopplæring i samarbeid med Lærings- og mestringssenteret i Vestre Viken HF.

3.3.5 Behandlingstilbud

- *Kvinner skal oppleve et sammenhengende, trygt og helhetlig tilbud gjennom svangerskap-, fødsels- og barseltiden, blant annet gjennom å øke antall jordmødre som har tilknytning til både sykehus og kommuner.*

Kommunene Drammen og Lier og Drammen sykehus har i 2024 fått på plass et samarbeid om omsorgsmodellen "Min jordmor". Det vil etableres to team med tre jordmødre i hvert team. To jordmødre vil være ansatt i Drammen kommune og fire vil være ansatt på Drammen sykehus. Jordmødrene vil jobbe i team, og veksle på å ha beredskapsvakter for fødsler, dager på helsestasjonen, samt ansvar for barselbesøk hjemme. Ansettelse tilknyttet modellen ble gjennomført i desember 2024, og tilbudet starter opp 1. mars 2025. Gravide er allerede rekruttert og allokert til ett av de to teamene. Det er etablert følgeforskning tilknyttet prosjektet.

- *Helseforetaket skal arbeide systematisk med prioritering på alle nivåer i tjenesten for å sikre effektiv bruk av fellesskapets ressurser, best mulig bruk av personellens kompetanse, og for å unngå overdiagnostikk og overbehandling.*

Helseforetaket har en 3-årig strategiplan - Bærekraftsplanen, som legger sentrale føringer for effektiv bruk av våre ressurser via standardisering, teamarbeid, digital transformasjon og endring i organisasjon/struktur. Den revideres årlig og er besluttet i styret. I følgende år skal vi ha større oppmerksomhet rundt standardisering av sengeposter og funksjonsfordeling i ortopedien. Klinikk for medisinsk diagnostikk gjennomfører tiltak basert på kampanjen Kloke

valg innenfor radiologi og laboratorietjenester. Det er gjennomført kliniske fagrevisjoner innenfor praksis på artroskopisk meniskkirurgi og rekvirering av CT caput ved to av våre sykehus. Helseforetaket deltar ellers i Sykehuset Sørlandets "Ta tiden tilbake"-prosjekt innenfor flere fagområder.

- *Helseforetaket skal sørge for at alle potensielle donorer blir vurdert for organdonasjon. Det skal sikres at helseforetaket har tilstrekkelig kompetanse på området samt rutiner for at aktuelle pasienter på intensivavdelinger systematisk vurderes med tanke på organdonasjon. Vurderingene skal dokumenteres i intensivregisteret.*

Vestre Viken HF har nylig gjennomgått prosedyreverket for organdonasjon og oppdatert dette i henhold til nye retningslinjer, inkl. DBD/cDCD (Dok ID: 109136). Gjennom året er det gjennomført flere organuttak i godt samarbeid med OUS v/ transplantasjonsteamet. Drammen sykehus og Bærum sykehus har oppnevnt donoransvarlig lege i anestesivdelingene. Donoransvarlig deltar i regionalt ressursteam, er kontaktperson for OUS og har lokalt ansvar for kompetanseheving og oppfølging av de ansatte. De donoransvarlige bidrar også til å identifisere mulige organgivere og stiller som diskusjonspartnere for kolleger i aktuelle tilfeller. Donoransvarlig lege sikrer at dokumentasjon i Intensivregisteret ved dødsfall er gjennomført. Rollen som donoransvarlig lege har egen prosedyre (Dok ID: 37191) som beskriver ansvar og oppgaver.

- *Helseforetaket skal videreføre arbeidet med å vurdere hvilken elektiv aktivitet som helt eller delvis kan flyttes fra større til mindre sykehus.*

Vestre Viken HF arbeider med å flytte oppfølging av digitale forløp til de mindre sykehusene, men foreløpig har dette vært vanskelig da de har vist seg mindre digitale enn de større sykehusene. Dette vil følges tett opp i det videre arbeidet med Ventetidsløftet og vil treffes av videreutviklingen av det virtuelle sykehuset, hvor samling av digital oppfølging uavhengig av geografien er ett av de sentrale tiltakene. Ringerike Sykehus har i 2024 etablert et tilbud om robotkirurgi innenfor gastrokirurgi og gynekologi hvor kirurger fra Bærum sykehus også bidrar til kapasitetsutnyttelse. Videre skal Vestre Viken HF i løpet av 2025 i gang med fag- og funksjonsfordeling innenfor f.eks ortopedi, hematologi og urologi. Å sikre faglig bærekraft ved våre mindre sykehus vil være et overordnet mål. Helseforetaket har hatt for lav kapasitet på CT-hjerte undersøkelser. Dette utvides med en ny CT maskin på Ringerike Sykehus som også innebærer flytting av ca. 1000 pasienter fra andre sykehus i Vestre Viken HF i 2025.

- *Helseforetaket skal rapportere på hvordan den kommende retningslinjen for fødselsomsorgen blir satt i verk, spesielt hvordan anbefalingen om kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor i aktiv fase av fødselen følges opp.*

Etter den reviderte retningslinjen for fødselsomsorg ble publisert har fagrådet for fødselshjelp i Vestre Viken HF (med representanter fra alle de fire fødestedene) gjennomført et konsensusarbeid for å implementere retningslinjene. Fra tidligere var det innarbeidet rutiner for kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor under aktiv fase av fødsel ved alle fire enheter, og tilstedeværelsen dokumenteres i det elektroniske journalsystemet Partus. Her kan ledelsen hente ut rapporter på gjennomføring og sette inn tiltak dersom andelen ikke er tilfredsstillende. Vestre Viken HF har over tid ligget på omkring 90 % tilstedeværelse.

- *Helseforetaket skal etablere rutiner for at mor kan henvende seg til barselavdelingen uten henvisning den første uken etter utskriving.*

Det er lav terskel for å motta henvendelser fra nylig utskrevne mødre på alle fire fødeenheter, og det informeres om at dersom det er mistanke om komplikasjoner eller spørsmål, så kan barselkvinnene ta direkte kontakt frem til etter første jordmor-kontroll i hjemmet er gjennomført (vanligvis innen 3-7 dager) og kontakt med kommunal jordmor er etablert. Viser også til punktet ovenfor om etablering av tilbudet Min jordmor i Drammens-området.

- *Helseforetaket skal, i samarbeid med kommuner, gjennomgå og vurdere de konkrete forbedringstiltakene som er foreslått i Helsedirektoratets rapport «Konsekvensene av en anbefaling om følgetjeneste ved over en times reisevei», og sette i verk tiltak for å forbedre følgetjenesten for gravide.*

To av helseforetakets sykehus har kommuner hvor det er aktuelt med følgetjeneste, Ringerike sykehus og Kongsberg sykehus. Ringerike sykehus har gjennom 2024 hatt et samarbeid med Hallingdals-kommunene for en revisjon av avtalene som har foreligget. Arbeidet er pågående, men har trukket ut i tid da kommunene har ulike prioriteringer. Flere momenter er diskutert, blant annet interkommunale samarbeid, delte stillinger etc. Kongsberg sykehus har kun en kommune hvor dette er aktuelt og starter arbeidet når Ringerike har landet sine avtaler slik at man kan bruke erfaringene på tvers i arbeidet.

- *Helseforetaket skal etablere et definert rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt i tråd med regional fagplan for fysikalsk medisin og rehabilitering.*

En arbeidsgruppe er etablert for oppfølging av fagplanen for rehabilitering og fysikalsk medisin. Deres første oppgave har vært å etablere et definert tyngdepunkt, som er besluttet at ligger i Drammen Sykehus ved avdeling for Fysikalsk medisin og Rehabilitering. Fagansvaret er tillagt avdelingsoverlege ved Avdeling for fysikalsk medisin ved Drammen sykehus. Vestre Viken HF har imidlertid et spredt og mindre fysikalskmedisinsk miljø, sammenliknet med flere andre helseforetak. Det videre arbeidet vil omfatte å videreutvikle det rehabiliteringsfaglige tyngdepunktet og gjennomgå organisering, innretning og fremtidig kapasitetsbehov for Vestre Viken HF opp mot føringer fra den regionale fagplanen.

- *Helseforetaket skal foreslå tiltak for hvordan de minste fødestedene kan utvikles og hvordan de ansatte kan få mengdetrening hvis det er få fødsler ved institusjonen.*

I 2024 var det i overkant av 4700 fødsler i Vestre Viken HF. Drammen og Bærum har til sammen cirka 3700 av disse. Ringerike sykehus hadde 700 fødsler i 2024. Kongsberg sykehus hadde færrest fødsler (360 fødsler i 2024), men har som ledd i implementeringen av de nye retningslinjene for fødselsomsorgen fått utvidet seleksjonskriteriene og vil få et økt antall fødsler i 2025 som følge av dette. Det arbeides med et økt samarbeid mellom fødeavdelingene Drammen og Kongsberg for å bidra til mengdetrening for jordmødre og gynekologer ved Kongsberg sykehus.

- *Helseforetaket skal sørge for at aktuelle kandidater (eldre med brudd) identifiseres og tilbys behandling med sekundær osteoporose profylakse (f.eks. Fracture Liaison Service – FLS).*

Ved alle fire somatiske sykehus foreligger det fra tidligere godt innarbeidede rutiner for identifisering av aktuelle pasienter og tilbud om sekundær osteoporose profylakse.

- *Helseforetaket skal gjennomgå organiseringen av behandling av pasienter med kroniske smerter ved sine sykehus. Det skal legges til rette for at pasienter med kroniske smerter blir vurdert for behandling, og at helseforetaket har adekvat kapasitet for denne pasientgruppen.*

I Vestre Viken HF er poliklinisk utredning og behandling av kroniske smerter organisert ved Drammen sykehus under AIO som gir dette tilbudet til hele Vestre Viken HF's opptaksområde. Kapasiteten oppfattes å være tilstrekkelig pr i dag og det er ingen fristbrudd. For å kunne gi et mer tverrfaglig tilbud arbeides det med en reorganisering av tilbudet. Arbeidet innebærer at tilbudet legges inn under Avdeling for Nevrologi, rehabilitering og habilitering (NRH).

- *Helseforetaket skal følge opp anbefalingene fra Nasjonal operativ gruppe for revurdering (NOR) om prosedyrer for revurdering og redusere forbruket av følgende prosedyrer:*
 - *Artroskopisk skulderkirurgi; cuff-sutur og akromionreseksjon jf. vedtak i Beslutningsforum*
 - *Øvre endoskopi hos pasienter < 55 år*

○ *Koronar angiografi hos pasienter med kronisk myokardisikemi*

Vestre Viken HF er aktivt involvert i et forbedringsprosjekt i regi av Sørlandet Sykehus knyttet til bl.a. ønsket reduksjon av øvre endoskopi hos pasienter under 45 år. De kliniske miljøene og samhandlingslegene er tett involvert og motivert. Helseforetaket har en bred kunnskapsdeling og oppmerksomhet rundt de øvrige fokusområdene fra Helse Sør-Øst RHF; skulderkirurgi og invasiv CT-angiografi. Helseforetaket mener det ligger godt an i dette arbeidet, men savner sentrale dashbord for sanntids sammenlikning og styring. Pågående kapasitetsøkning av CT angiografi i foretaket vil bidra til ytterligere reduksjon av koronar angiografi.

3.4 Øvrige krav og rammer for 2024

3.4.1 Sikkerhet og beredskap

- *Det vises til gjennomførte risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) og kartlegginger knyttet til kritisk infrastruktur. Helseforetaket skal gjennomgå sine handlingsplaner for kritisk infrastruktur basert på gjennomført ROS-analyse og sørge for at relevante funn følges opp og inngår i helseforetakets oversikt over verdier, øvrige ROS-analyser og risikovurderinger. Eventuelle relevante tiltak skal fremkomme i helseforetakets beredskapsplanverk.*

Funn følges opp i relevante handlingsplaner. En del funn er av en slik karakter at lukking krever til dels betydelige investeringer og tid. Svikt i, eller bortfall av, kritisk infrastruktur er omhandlet i foretakets overordnede risikovurdering på beredskapsområdet. Relevante tiltak reflekteres i beredskapsplanverket.

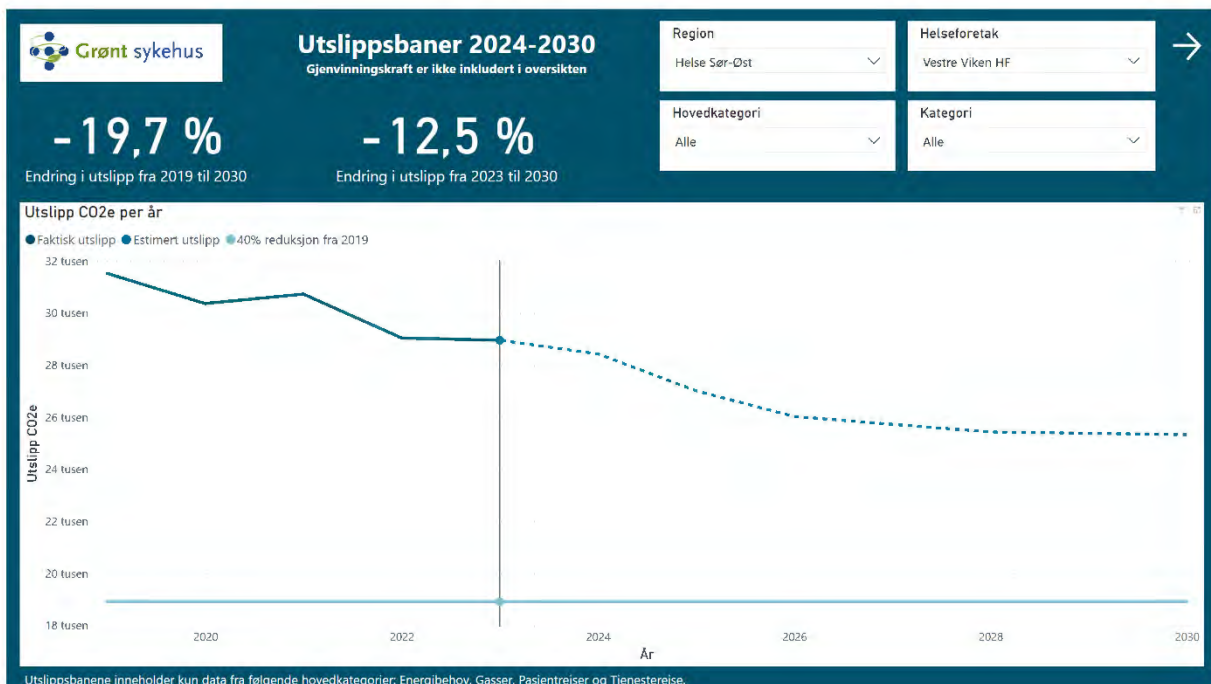
3.4.2 Klima og miljø

- *Helseforetaket skal bidra i det regionale helseforetakets arbeid med å utarbeide en oversikt over utslippsbaner for hvordan ulike tiltak vil påvirke framtidig samlet CO₂-utslipp for spesialisthelsetjenesten.*

Vestre Viken HF bidrar inn i arbeidet som pågår i Helse Sør-Øst rundt det å få oversikt over utslippsbaner. Per 31.12.2024 inneholder utslippsbaner 2024–2030 kun data fra følgende hovedkategorier:

- Energibehov
- Gasser
- Pasientreiser
- Tjenestereiser

Utklipp fra det nasjonale klimadashboardet for spesialisthelsetjenestens klima og miljømål 2030:



3.4.3 Teknologi, digitalisering og informasjonssikkerhet

- *Helseforetaket skal delta i kartleggingsanalyse fra Sykehuspartner HF for å få mer eksakt informasjon om oppgraderingsbehovet av de lokale IKT-rommene inkludert prisestimat for dette arbeidet. Anbefalt oppgraderingsplan per helseforetak må hensynta planene for nye bygg der dette er relevant, for å minimere «sunk cost». Videre må planene koordineres med planene for modernisering av nett ved helseforetakene. Arbeidet må skje i tett samarbeid mellom Sykehuspartner HF og både teknologi og eiendom ved det enkelte helseforetak og forankres med administrerende direktør ved helseforetaket.*

Gjennom det regionale prosjektet Modernisering av nett (Monet) har infrastruktur oppdatering blitt gjennomført i to delprosjekt, hvorav det ene innebærer fysisk oppdatering av infrastruktur. I tillegg har det vært etablert planer for migrering av nettverkstjenestene til nytt og moderne nettverkstjenester i regi av Sykehuspartner med underleverandør. Prosjektet er forsinket og ny migrering for sykehusene Ringerike, Kongsberg og Bærum er planlagt til Q1 2025.

- *Helseforetaket, med underliggende virksomheter, skal som hovedregel ha nettstedene sine på felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten (FNSP). Det vil sikre deling av innhold nasjonalt, krav til personvern, universell utforming og informasjonssikkerhet. Helseforetaket skal kartlegge og vurdere risikoen ved nettsteder som har andre publiseringsløsninger enn FNSP. Dersom det er nettsteder som inneholder informasjon til pasienter og pårørende, skal disse flytte til FNSP. Helseforetaket skal også prioritere å flytte nettsteder med innhold som kan styrke spesialisthelsetjenestens og helseforetakets posisjon som attraktiv arbeidsgiver og som ledende aktør innen helseforskning, utdanning og opplæring av helsepersonell. Eventuelle unntak skal avklares med lokal kommunikasjonsdirektør.*

Vestre Viken HF har kun ett nettsted. Løsningen er en del av FNSP. Foretaket eier en rekke domener, men disse er ikke i bruk med unntak av www.vestreviken.no. Foretaket eier domeneene kun av strategiske årsaker, for eksempel slik at ingen andre skal tilegne seg disse. Samtlige er forvaltet av Norsk Helsenett SF på våre vegne.

3.4.4 Oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelser

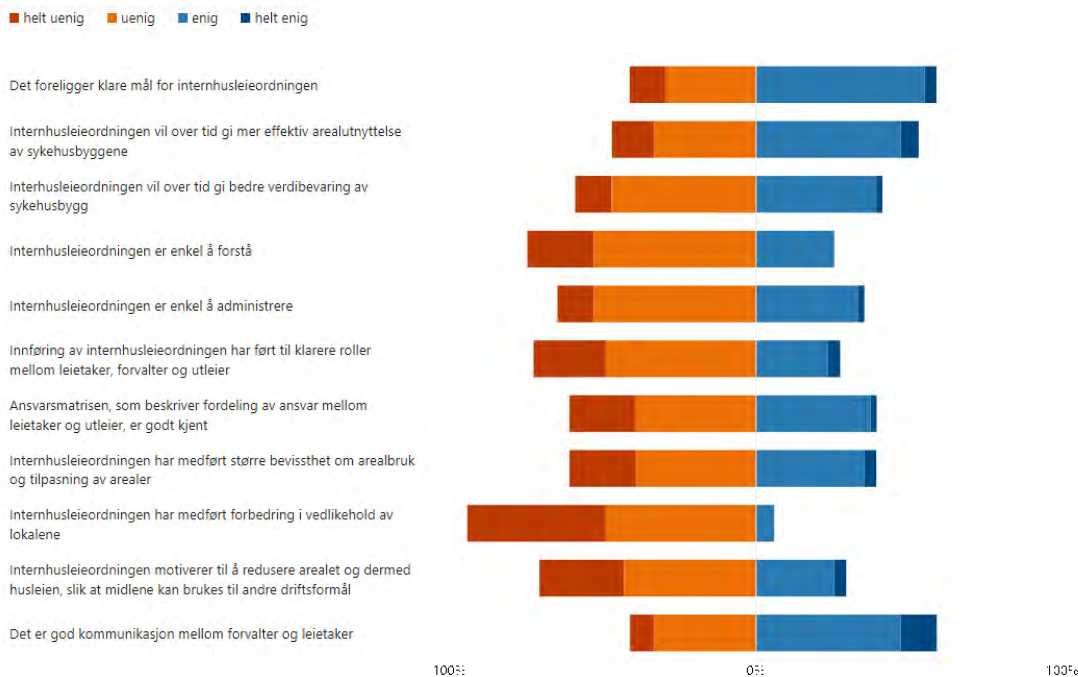
- *Det vises til Dokument 3:6 (2023–2024) Utnyttelse av IT-systemer på sykehus. Helseforetaket skal vurdere forbedringsarbeid i lys av rapporten, og følge opp hovedfunn, vurderinger og anbefalinger.*

Vestre Viken HF har i 2024 etablert Systemeierforum for å skape ytterligere oppmerksomhet omkring hvordan helseforetaket kan etterleve lovpålagte oppgaver gjennom korrekt og hensiktsmessig bruk av IT-systemene. Gjennom Systemeierforum er det søkelys på nødvendig digital kompetanseutvikling slik at helseforetaket blir bedre forberedt på innføring av regionale IT-systemer og er i stand til å bedre forstå og håndtere systemrisiko og identifisere korrektive tiltak.

3.4.5 Bygg og eiendom

- *Helseforetaket skal i 2024 evaluere innført kostnadsdekkende husleieordning.*

Husleieordningen er evaluert ved en spørreundersøkelse i regi av Helse Sør-Øst. Det er for tiden kun mulig å få ut data på regionnivå. Vestre Viken HF deltar regionalt i oppfølgingen av denne evalueringen. Resultat på Vestre Viken HF-nivå er etterspurt, men det antas ingen vesentlige avvik fra den overordnede.



- *Helseforetaket skal i 2024 utarbeide en konkret gevinstrealiseringsplan for å ta i bruk regional FM-plattform. Det vises til RHF-styresak 101-2023 Digitalisering av eiendomsforvaltningen.*

Det pågår et arbeid i regi av Helse Sør-Øst med å konkretisere det eventuelle gevinstpotensialet ved å innføre Omega 365. Vestre Viken HF, og alle øvrige foretak innen Helse Sør-Øst deltar i dette arbeidet.

For Vestre Viken HF vil Omega 365 erstatte systemet Lydia. Hvilke eventuelle andre systemer som blir overflødig som følge av innføring av Omega 365 er foreløpig usikkert. Det vil blant annet avhenge av hvilke muligheter og funksjonaliteter som blir tilgjengelig i det nye systemet. Foreløpig er det for liten erfaring med Omega 365 til å si noe mer konkret om dette.

Det antas også at Omega 365 vil føre til bedre og mer effektive arbeidsprosesser. Det er foreløpig for tidlig i prosessen til å estimere hvor stor en slik eventuell besparelse vil være for Vestre Viken HF.

3.4.6 Prosjektstyring

Det vises til utfordringer helseforetakene har i enkelte større investeringsprosjekter, spesielt når det kommer til implementerings-/mottaksfasen. Det må etableres gode rutiner for implementerings-/mottaksfasen. Det er tidligere gitt krav om evaluering av alle prosjekter. Implementerings-/mottaksfasen skal også inkluderes i evalueringen, for å muliggjøre erfaringsoverføring mellom ulike prosjekter, helseforetak og helseregioner. Helseforetaket skal arbeide med god prosjekteier- og prosjektstyring for større investeringsprosjekter.

Det er etablert et prosjekteierforum og et prosjektlederforum i foretaket. Disse fungerer som arenaer for erfaringsutveksling og læring for prosjekteiere. Helseforetaket har fortsette på prosessen med å evaluere og forbedre rutiner knyttet til implementerings- og mottaksfasen av regionale prosjekter. Det er særlig innsats rettet mot interessenthåndtering, risikostyring og gevinstrealisering. Det er viktig å ta hensyn til at i de større mottaksprosjektene er helseforetaket avhengig av prosjektstyringsprosesser i de regionale prosjektene. I henhold til gjeldende prosjektstyringsprosedyrer skal alle prosjekter som gjennomføres i helseforetaket gjennomgå en prosjektevaluering/“lessons learned”, som skal dokumenteres i sluttrapporten. Det er lagt til rette for at alle sluttrapporter lagres sentralt. En sentral erfaringslogg er også opprettet.

3.4.7 Rapportering

- *Regjeringen ønsker å redusere den samlede rapporteringen i helse- og omsorgstjenesten. Helseforetaket skal regelmessig gjøre en kritisk gjennomgang av indikatorer og rapportering internt, med sikte på å redusere den samlede rapporteringen.*

Det jobbes kontinuerlig med tiltak for å redusere rapporteringsbyrden internt i Vestre Viken HF. Blant annet er lederavtalene med klinikkene og stabene vesentlig forenklet. Utvikling av mer automatiserte rapporteringsløsninger er ønsket, men foreløpig ikke blitt prioritert som følge av knappe ressurser på utviklingssiden. Det er en målsetting å iverksette ytterligere tiltak i 2025. Kravene til rapportering øker når helseforetaket ikke når sine mål.

3.4.8 Pasientreiseområdet

- *Gevinstrealisering innen pasientreiseområdet*
Pasientreiser HF skal dokumentere gevinster og gevinstrealisering internt i foretaket og i de fire helseregionene. Denne dokumentasjonen skal innarbeides i årlig sak om kostnadsutvikling på pasientreiseområdet. Helseforetaket skal rapportere tertialvis til Helse Sør-Øst RHF, basert på aktiviteten utført ved helseforetakets pasientreisekontor, om helseforetakets faktiske gevinstuttak (definerte KPI-er fra tiltakene).

Pasientreiser i Vestre Viken HF har sendt inn nødvendig data og informasjon til Pasientreiser HF.

- *Effektivisering og kvalitetsfremmende tiltak innen reiser med rekvisisjon*
Helseforetaket skal, i samarbeid med de regionale helseforetakene og Pasientreiser HF, videreføre arbeidet med effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak innenfor området reiser med rekvisisjon.

Vestre Viken HF er delaktige i effektiviserende og kvalitetsfremmende tiltak, både med representanter og med aktive innspill i de pågående tiltakene som er prioritert videre.

- *Ny rekvisisjonspraksis*

Pasientreiser HF skal pilotere vedtatt rekvisisjonspraksis sammen med helseforetakene i 2024 med sikte på nasjonal implementering primo 2025. Helseforetaket skal bidra i dette arbeidet.

Vestre Viken HF er med i piloteringen og jobber aktivt for å få med flere rekvirenter på pilot-løsningen.

- *Innmelding klage og avvik*
Pasientreiser HF skal i 2024 igangsette arbeidet med neste fase i utvikling av selvbetjeningsløsning for reiser med rekvisisjon som skal gi innbygger mulighet til å melde inn et avvik eller en klage. Helseforetaket skal gjøre nødvendige forberedelser for kommende løsning, herunder tilpasse og følge anbefalinger i felles retningslinjer for avviksmelding og oppfølging.

Vestre Viken HF har implementert første del av prosjektet, og følger med på utviklingen av neste del. Det har ikke vært mye aktivitet på neste del av utviklingen i 2024.

- *Serviceparametere*
Helseforetaket skal følge opp og rapportere utviklingen på felles regionale serviceparametere.

Vestre Viken HF følger opp serviceparametre og statistikken som er tilgjengelig via rapporter i Power BI. Status rapporteres jevnlig til klinikkledeksen.

3.5 Tildeling av midler og krav til aktivitet

3.5.1 Økonomiske krav og rammer

- *Vestre Viken HF skal i 2024 basere sin virksomhet på de tildelte midler.*

- *Vestre Viken HF skal benytte midlene som er stilt til rådighet på en effektiv måte og slik at de kommer pasientene til gode. Resultatkrav skal nås gjennom god drift og riktig bruk av ressurser.*

- *Helseforetaket skal innrette virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som er gitt fra Helse Sør-Øst RHF i oppdrag og bestilling og foretaksmøter, slik at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.*

Vestre Viken HF har budsjettet med basisfinansiering, forskningsmidler og statlige tilskudd i tråd med tildeling fra Helse Sør-Øst. ISF-refusjoner er budsjettet i klinikkene basert på erfaring og forventede endringer i budsjettåret.

Vestre Viken HF er gjennom Revidert nasjonalbudsjett tildelt 93,5 MNOK i varige midler for å bedre sykehusøkonomien og redusere ventetider. I tillegg er det gjennom Revidert nasjonalbudsjett tildelt 105,8 MNOK som engangsbevilgning i 2024. Videre er Vestre Viken HF gjennom revidert nasjonalbudsjett tildelt 27,7 MNOK i øremerkede midler for reduksjon av ventetider. Basisramme er også økt fra budsjett på grunn av høyere pensjonskostnader. Det er samtidig en økning i resultatbasert finansiering for 2024.

Planlagt virksomhet for 2024 var i overensstemmelse med de rammer som var tildelt.

Resultatet for året er ikke i samsvar med styringsmålet og omtales nærmere nedenfor.

- **Resultatkrav**

- *Årsresultat 2024 for Vestre Viken HF skal minst være 238 millioner kroner.*

Vestre Viken HF har et foreløpig årsresultat med et overskudd på 173 MNOK for 2024. Dette er 65 MNOK lavere enn resultatkravet. Gevinst ved salg av Hvalstadåsen og ambulanser bidrar positivt med 16 MNOK. Vedlikehold over drift utgjør 7 MNOK mindre enn budsjett, og denne

posten møtes av høyere investeringer og er slik sett ikke et netto mindreforbruk på investeringer som helhet.

Kostnadsnivået har i 2024 vært betydelig høyere enn budsjett. Det er flere årsverk enn budsjett både på fast og variabel lønn. Året har vært preget av høyt sykefravær og rekrutteringsutfordringer innenfor flere stillingsgrupper. I tillegg kommer høyere lønnsoppgjør. Det har vært lavere aktivitet enn budsjettet. Aktivitetsbaserte inntekter er følgelig lavere enn budsjett.

• Likviditet og investeringer

- *Helseforetakets styring av samlet likviditet skal skje innenfor tilgjengelige rammer til drift og investeringer.*

Helseforetaket styrer total likviditet innenfor de til enhver tids tilgjengelige rammer som tildeles via årlige inntektsrammer. Dette gjelder både til drift og til investeringer. Lavere resultat enn budsjett møtes av lavere investeringer slik at samlet likviditetsmessig forbruk ikke avviker vesentlig fra rammene.

- *Etablerte prinsipper for likviditetsstyring skal følges opp. Budsjettet resultat for 2024 skal ikke benyttes til investeringer i 2024 uten etter særskilt avtale med Helse Sør-Øst RHF.*

Vestre Viken HF følger opp etablerte prinsipper for likviditetsstyring og sørger for effektiv styring av kontantstrømmer. Dette gjøres ved å følge etablerte prosesser som ved å:

- utarbeide forventningsrette likviditetsprognoser
- optimalisere kontantstrømmene ved å, der det er mulig, fremskynde innbetalinger og tilsvarende forskyve utbetalinger i tid (herunder utnytte kontraktsfestet kredittid der dette er hensiktsmessig)
- minimalisere effektiv kredittid ved å fokusere på avtaleinnhold og sikre effektive ordregistrerings-, fakturerings- og purrerutiner, blant annet ved effektiv bruk av regional avtale om innfordringstjenester
- sørge for effektive betalingsrutiner for inn- og utbetalinger
- minimalisere kredittrisiko ved å sørge for god kredittkontroll

- *Det skal tas høyde for resultatrisiko og risiko ved pågående investeringsprosjekter før etablering av nye investeringsforpliktelser.*

Styret avventet vedtak av helseforetakets samlede investeringsbudsjett for 2024 som følge av resultatutviklingen mot slutten av 2023. Ved negativ resultatutvikling gjennom året tar helseforetaket initiativ til revurdering av planlagte investeringer. Investeringsrammer for 2024 ble først besluttet i styremøte i januar etter at endelig resultat for 2023 ble klart. Investeringsrammene ble ca. 100 MNOK lavere enn forutsatt i ØLP grunnet lavere resultat.

- *Helseforetak med regionalt prioriterte prosjekter i gjennomføringsfase skal oppdatere gevinstoversikter og øvrige økonomiske tiltak ved årlig rullering av økonomisk langtidsplan. Førstkommende år fra økonomisk langtidsplan skal innarbeides i årsbudsjett, og rapporteres i helseforetakets tertialvise rapportering. Oppdatering av gevinstoversikter skal vises som endringer mot forprosjektets gevinstrealiseringsplan, med forklarende kommentarer. Helseforetaket må føre endringslogg for hvert enkelt prosjekts gevinstrealiseringsplan.*

Det er i 2024 gjennomført en revisjon (versjon 2.0) av bærekraftsplanen. Bærekraftsplanen er innarbeidet i økonomisk langtidsplan 2025-2028 slik den lå på det tidspunktet og den reviderte versjonen er innarbeidet i budsjett 2025.

Gevinster er og blir rapportert fortløpende gjennom den tertialvise rapporteringen i SAS. Gevinst realisert totalt for 2024 er 93,7 MNOK mot budsjett 172,4 MNOK.

3.5.2 Aktivitetskrav

- Vestre Viken HF skal i 2024 ha en aktivitet innen sine tjenesteområder i samsvar med aktivitetskravene fra Helse Sør-Øst RHF. En oversikt over de detaljerte kravene er tatt inn i vedlegg.

Aktivitet i 2024	Somatikk	VOP	BUP	TSB
ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk og pasientadm. legemidler) "sørge for" ansvaret				
Krav i oppdrag og bestilling	132 256	28 994	34 538	4 967
Resultat 2024	130 468	28 731	33 792	4 719
Avvik	-1 788	-263	-746	-248
Pasientbehandling				
<i>Antall utskrivninger døgnbehandling</i>				
Krav i oppdrag og bestilling	68 556	3 360	200	773
Resultat 2024	67 798	3 257	167	785
Avvik	-758	-103	-33	12
<i>Antall liggedøgn døgnbehandling</i>				
Krav i oppdrag og bestilling	221 467	65 938	5 214	14 455
Resultat 2024	217 100	65 962	3 785	13 965
Avvik	-4 367	24	-1 429	-490
<i>Antall oppholdsdager dagbehandling</i>				
Krav i oppdrag og bestilling	36 494			
Resultat 2024	36 158			
Avvik	-336			
<i>Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner</i>				
Krav i oppdrag og bestilling	527 403	144 765	102 008	26 033
Resultat 2024	505 455	139 347	98 318	24 590
Avvik	-21 948	-5 418	-3 690	-1 443

Somatikk

Aktivitet innenfor somatikk inkludert H-resepter målt som antall ISF-poeng er 1 788 poeng lavere enn budsjettet. Enkelte avdelinger har hatt høyt sykefravær, vakante stillinger og rekrutteringsutfordringer som til sammen har påvirket aktiviteten.

4. Andre rapporteringer

4.1 Oppfølging av andre oppdrag

4.2 Andre forhold ved driften

Helse Sør-Øst besluttet i forbindelse med utarbeidelse av ØLP 2025 – 2028 å tildele Vestre Viken HF inntektsstøtte for den del av styringsrammen for NSD som oversteg P85-estimatet. Det presiseres at helseforetakets investeringsbeslutning i 2019 var basert på en bærekraftsanalyse som la til grunn en investering til P50. Vestre Viken HF har følgelig ikke dokumentert bærekraft

til å håndtere investeringen til P85-nivå. Konsekvensen av dette blir at foretaket i kommende budsjetter må søke om ekstra tilskudd fra Helse Sør-Øst til å gjennomføre nødvendige investeringer. Helseforetaket vil samtidig tilstrebe å forbedre sine økonomiske resultater utover forutsetningen som lå til grunn i bærekraftsanalysen for forprosjektet NSD.

5. Utviklingstrender og rammebetingelser

[Utviklingsplan 2035](#) og [Bærekraftsplanen 2.0](#) er Vestre Viken HF's viktigste strategiske dokumenter. Disse peker ut retningen for videreutvikling av virksomheten i årene fremover. For nærmere omtale av utviklingstrender og rammebetingelser vises det til disse.

6. Strategier og planer

Det vises til punkt 5 med lenke til blant annet Bærekraftsplanen. Andre pågående aktiviteter er:

Det nye sykehuset i Drammen ferdigstilles første halvdel av 2025, med planlagt innflytting av Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling i slutten av august og flytting av resterende aktivitet fra Drammen sykehus tidlig i november. Prosjektstyret for byggeprosjektet, oppnevnt av Helse Sør-Øst, har ansvar for å følge opp byggeprosjektet og påse at det gjennomføres i tråd med rammer og forutsetninger.

Det er avgjørende at planlagte resultater oppnås, både for å ta i bruk Nytt sykehus i Drammen og for å oppgradere og videreutvikle sykehusene i Bærum, Ringerike og Kongsberg. I tillegg utredes oppgraderingsbehovene for bygningsmassen i Klinikk for psykisk helse og rus og Prehospitale tjenester.

Perioden frem til innflytting i nytt sykehus er økonomisk og ressursmessig krevende. Samtidig med dette skal Martina Hansen Hospital (MHH) overtas av Vestre Viken HF fra 1. november 2025, arbeidet med forberedelser pågår og krever økt innsats fremover mot overtakelse. I hele virksomheten forutsettes det vesentlige effektiviseringer, omstillinger og tjenesteinnovasjon, både i forkant av innflytting i nytt sykehus og i årene etterpå. Koronapandemien i årene 2020 til 2022 bidro til en svekket resultatutvikling og etterslep på aktivitet. Året 2024 har i tillegg vært påvirket av redusert aktivitet og høyere personalkostnader. utfordringer knyttet til tilgang på helsepersonell og små og sårbare fagmiljø innenfor flere fagområder medfører behov for omstilling av virksomheten de kommende årene.

7. Vedlegg 1: Brukerutvalgets uttalelse til Årlig melding 2024.

BRUKERUTVALGETS KOMMENTARER TIL ÅRLIG MELDING 2024

Medvirkning fra brukere og ansatte

Brukerinvolvering gjennom brukerundersøkelser Brukerutvalget har over lengre tid etterlyst en SMS-løsning som kan bidra til en høyere svarprosent på sykehusets brukerundersøkelser. Brukerutvalget etterspør en intensivering av arbeidet med brukerundersøkelser og ser frem til innføring av den regionale undersøkelsen som er planlagt innført i 2026. I påvente av at dette løses må administrasjonen se nærmere også på alternativer for å innhente brukererfaringer og støtter planen om en midlertidig brukerundersøkelse.

Vurdering av virksomheten

Bemanning og kompetanse Brukerutvalget ønsker en kultur i helseforetaket der det oppleves som trygt å melde om uønskede hendelser og forbedringspunkter. Forbedringsmetodikk, kultur for tilbakemelding, oppfølging og læring skal bidra til færre pasientskader. Foretaket har fortsatt mye å hente på læring etter hendelser, mellom fagområder innad og i andre helseforetak for å styrke pasientsikkerheten.

Brukerutvalget er opptatt av standardisering og å samle fagmiljøer for å styrke pasientsikkerheten og likeverdige helsetjenester. #råbra gir god informasjon for læring, motivasjon og refleksjon og bør fortsette. Tørn-prosjekter bør prioriteres.

Brukerutvalget er positive til oppgavedeling og langvakter. Nye måter å jobbe på og mer fleksibilitet i turnusordningene kan bidra til økt trivsel og bedre kvalitet i tjenestene.

For økt pasientsikkerhet ønsker utvalget minst mulig innleie og mer bruk av egne bemanningscenter med faste ansatte og tilkallingsvikarer innenfor pleie. En nedgang i innleie fra 2023 til 2024 på 14 %, regnet i prosent av innleide timer viser at iverksatte tiltak virker.

Ventetider Økte ventetider skaper utrygghet for pasienter og pårørende og er en slitasje for de ansatte som ønsker å gi gode tjenester. Brukerutvalget erkjenner at det ikke finnes enkle løsninger, men forutsetter at det jobbes kontinuerlig med ulike løsninger for å bidra til best mulig tjenester til befolkningen. Vi er kjent med at de fleste ventende er i polikliniske konsultasjoner.

Her må helseforetaket jobbe med å ta i bruk og videreutvikle gode digitale løsninger, som kan være en av flere løsninger til å få ned ventelistene. Ventetidsløftet setter store krav til omstilling, der oppgavedeling og standardisering blir viktig. Tørn-prosjekter bør prioriteres.

Kunstig Intelligens Brukerutvalget vil at helseforetaket skal ta i bruk løsninger med kunstig intelligens som kan bidra til å frigjøre tid hos helsepersonell og redusere ventetider.

Bruk av videokonsultasjoner og andre digitale løsninger Digital hjemmeoppfølging har skutt fart, men bruken av telefon- og videokonsultasjoner har avtatt i etterkant av pandemien og ligger nå under nasjonale mål. Dette er løsninger som kan bidra til en enklere hverdag for mange pasienter og pårørende, og til økt effektivitet i tjenesten. Her er det på sin plass å minne om “digitalt først”, som en føring for utvikling av tjenester i Vestre Viken. Utvalget vil gjenta sin oppfordring om at det skilles mellom telefon- og videokonsultasjoner for å gi et bedre bilde av de tjenestene som gis og de utfordringene som må løses. Dette blir nå viktig å forankre i ledergruppene. Vestre Viken kortet må gjøres bedre kjent og tas i bruk. Brukerutvalget mener dette er et viktig tiltak. Kartleggingspakken “DelMedMeg” for pasientrapportert helsedata bør innføres i hele klinikk for psykisk helsevern.

Epikriser Brukerutvalget ønsker at epikrisen skal være klar samme dag som utskrivelse. Dette kan bidra til en mer helhetlig behandling. Her gjentar vi en tidligere oppfordring om at alle pasienter får med seg sin *epikrise* ved utskrivning. Dette gjør det enklere for pasient og pårørende å følge opp behandlingen som er gitt, eventuelt for kommunen dersom pasienten skal ha fortsatt oppfølging derfra.

Pakkeforløp kreft Brukerutvalget registrerer at Vestre Viken HF ikke har nådd måloppnåelse for antall pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid. Det er bekymringsverdig. Det må også jobbes bedre for å få til gode overganger mellom sykehusene og kommunene.

Samvalg, informasjon og kommunikasjon Å styrke brukermedvirkning på individnivå må fortsatt være et fokusområde i 2025. Samvalg er etter brukerutvalgets mening strategisk viktig for å oppfylle pasientrettighetslovens intensjoner og realisere «pasientens helsetjeneste».

Bygg og vedlikehold Brukerutvalget er bekymret for at kuttene i BRK prosjektene vil gå ut over pasientsikkerheten.

Pasientreiser Kvaliteten på pasientreisetjenestene er forbedret i 2024 sammenlignet med 2023. Brukerutvalget forventer fremdeles en innsats som gir pasientene tryggere transport til og fra sykehuset.

Fleksible samhandlingsarenaer i psykisk helse Å møte pasientene der de bor gir bedre samhandling og færre brudd i behandlingen. Fortsatt satsing på FACT Ung, FACT Voksen og FACT Sikkerhet team er viktig for å få til dette.

Oppfølging av andre større oppdrag Brukerutvalget har bidratt i EU-innovasjonsprosjektet Carematrix der VVHF er med å utvikler systemer for pasienter med sammensatte diagnoser. Fokus er på individuelle behandlingsplaner, koordinering mellom tjenestenivåer og samhandling på tvers av faggrupper.

Helsefelleskapet Helsefelleskapet er en viktig arena for diskusjoner og tilrettelegging for økt samarbeid mellom sykehuset og våre 22 kommuner. Brukerutvalget deltar på flere områder i dette arbeidet og vil understreke betydningen av dette arbeidet for en felles helsetjeneste, med gode overganger mellom forvaltningsnivåene og best mulig utnyttelse av våre felles ressurser. I den sammenhengen gjentar vi en tidligere oppfordring om at alle pasienter får med seg sin *epikrise* ved

utskrivning. Dette gjør det enklere for pasient og pårørende å følge opp behandlingen som er gitt, eventuelt for kommunen dersom pasienten skal ha fortsatt oppfølging derfra.

Brukerutvalget vil styrke helsefellesskapet. Utvalget vil jobbe for et tydeligere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, der pasientsikkerheten forbedres gjennom at, rett person, får rett behandling, på rett sted, til rett tid.

Et slikt samarbeid gjennom team, vil kunne være med å forhindre innleggelse og eller reinleggelse.

Oppfølging av styringsbudskap på 2024

Behandlingstilbud psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB)

Brukerutvalget er opptatt av at arbeidet med å styrke psykisk helsevern og TSB slik at pasientene får rask og likeverdig tilgang til riktig behandling og helhetlige pasientforløp fortsetter. Implementering av endringsprosesser og optimalisering av drift/bemanning, samlokalisering av DPS døgn samt innflytting i nytt psykiatrisykehus er en stor og krevende omstilling i klinikken. Brukerutvalget er opptatt av at alle endringene blir til det beste for pasienter og pårørende. Samlokaliseringen på Brakerøya kan bidra til at pasienter med både psykiske og fysiske helseproblemer kan få en mer integrert og koordinert behandling, noe som reduserer risikoen for at viktige helseaspekter blir oversett. Med tettere samarbeid og nærhet mellom avdelinger kan man raskere identifisere og håndtere medisinske komplikasjoner eller akutte situasjoner, som kan gi økt pasientsikkerhet.

Brukerutvalget mener det er bekymringsfullt at voksenpsykiatri og TSB har noe lavere aktivitet i 2024, hvor høyt sykefravær, rekrutteringsutfordringer og vakanser knyttet til budsjetttiltak oppgis som mulige årsaker. Å styrke poliklinikkene i DPS'ene i 2025, for å sikre økt aktivitet ser Brukerutvalget som et nødvendig tiltak.

Brukerutvalget er positive til felles henvisningsmottak DPS og avtalespesialister.

Det er en utfordring at mange som trenger behandling i spesialisthelsetjenesten ikke blir fanget opp og får et kommunalt tilbud, men kun avslag fra DPS.

Barn, unge og de med alvorlige og sammensatte lidelser er prioriterte grupper. Brukerutvalget ønsker at videreutvikling av dialogbasert inntak for barn og unge med alle kommunene, samt at FACT ung og videreføring av faglig samarbeidsutvalg barn/unge i helsefellesskapet fortsetter for å sikre en mer integrert og helhetlig behandling for denne pasientgruppen.

Det er positivt at det er etablert en spesialpoliklinikk i BUPA med et ambulant team som har et særskilt ansvar for ungdom under barnevernets omsorg.

Dato: 13. februar 2025
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Virksomhetsrapportering pr. januar 2025

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	18/2025	24.02.2025

Forslag til vedtak

Styret tar virksomhetsrapporteringen pr. januar 2025 til orientering.

Drammen, 17. februar 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

I tråd med instruks for administrerende direktør fremlegges rapport for virksomheten og resultatutviklingen i januar 2025.

Foretaket har to primære mål for 2025. Disse er en fortsatt reduksjon av ventetider og en forbedring i de økonomiske resultater. Lederavtalene med klinikker og staber fastsetter utvalgte indikatorer og konkrete tiltak som understøtter dette. Tiltakene i bærekraftsplanen er førende. Oppdrag og bestilling for 2025 forventes mottatt i foretaksmøtet i slutten av februar måned, og vil gjennomgås i styremøtet i mars. Målsettinger i lederavtaler vil bli justert i tråd med dette. Sykefraværet er allerede omtalt som et viktig område der det forventes betydelige krav til forbedringer i 2025.

I vedlegget presenteres status og utvikling med utdypende kommentarer.

Saksutredning

Resultatet i januar viser et overskudd på 6,0 MNOK, som er 2,6 MNOK bedre enn budsjett. Av dette skyldes 2 MNOK et mindreforbruk på vedlikehold over drift. Dette følges opp i sammenheng med investeringsplanene. De somatiske klinikkene har behov for å identifisere ytterligere tiltak for å oppnå resultatmål for 2025. Inntil tiltak er konkretisert og iverksatt vil det være resultatavvik. Det er avsatt buffer i fellesøkonomien for å møte dette. I oppfølgingen av disse klinikkene vil det derfor primært følges med på at planlagte tiltak iverksettes, og at de har de forventede resultater. Arbeidet med konkretisering av nye tiltak får støtte fra ressursteamet, og retter seg mot drift og organisering av sengeposter og funksjonsfordeling.

I januar viser Kongsberg sykehus en forbedring. PHR har merforbruk på lønnsområdet i januar, og dette skyldes i stor grad høyt sykefravær i desember. Utviklingen følges opp for å sikre at effekter av planlagte tiltak realiseres eller om nye tiltak må identifiseres.

Variable inntekter er 16 MNOK bedre enn budsjett i januar. Kun Drammen og Ringerike sykehus har negative avvik mot budsjett. Dette vil følges opp med klinikkene.

Varekostnader er 11,5 MNOK høyere enn budsjett i januar, og det skyldes i hovedsak medikamentkostnader. Det er 7 MNOK høyere kostnader enn budsjett på H-resepter, der 4 MNOK vedrører et medikament som det ikke var kostnader på i fjor. Høyere aktivitet står for 3,5 MNOK av de økte kostnadene. Det jobbes videre med analyser av medikamentkostnader for å finne mulige tiltak.

Ventetidene er gått noe opp igjen i januar, trolig som følge av ordinær sesongvariasjon. Utviklingen følges tett opp i samarbeid med klinikkene på de ulike fagområdene, og i egne møter. Det er tilbud om fritidspoliklinikk, i tråd med inngått avtaler. Det er fagområdene ortopedi, øye og ØNH som har størst omfang av ventende pasienter.

Utviklingen i brutto månedsverk er så langt tilnærmet som budsjett. Det er ikke funnet tiltak for hele den økonomiske utfordringen, så arbeidet med å konkretisere tiltak må fortsette.

Administrerende direktørs vurderinger

Januar måned avsluttes med et resultat i tråd med planen, og gir på dermed en oppløftende start på året.

Det arbeides godt i klinikkene med å identifisere tiltak og legge planer, og spesielt samarbeidet mellom de somatiske klinikkene forventes å gi resultater utover i 2025.

Tiltakene i Ventetidsløftet har, sammen med arbeidet med Bærekraftsplanen, høyest prioritet i Vestre Viken. Det pågår mange samtidige tiltak, flere av disse treffer også begge innsatsområdene.

Administrerende direktør foreslår at styret tar virksomhetsrapporteringen pr. januar 2025 til orientering.

Vedlegg: 1. Virksomhetsrapport pr. januar 2025

Vedlegg 1

Virksomhetsrapportering pr
31. januar 2025



Primære mål
- ventetider
- bærekraftig økonomi

Ventetidsløftet

Ventetid

VVHF		Januar	Hittil i år	Prognose	
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avviklet Somatikk - DAGER	Resultat	78	78	50	↓
	Plan	68	68	50	
	Avvik	10	10	0	
	I fjor	77	77	69	
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avviklet VOP - DAGER	Resultat	47	47	40	↓
	Plan	40	40	40	
	Avvik	7	7	0	
	I fjor	52	52	44	
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avviklet BUP - DAGER	Resultat	36	36	35	→
	Plan	35	35	35	
	Avvik	1	1	0	
	I fjor	43	43	39	
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avviklet TSB - DAGER	Resultat	29	29	30	→
	Plan	30	30	30	
	Avvik	-1	-1	0	
	I fjor	45	45	35	
KVALITET - Andel passert planlagt tid - ANDEL	Resultat	11,2	11,2	8,0	↑
	Plan	8,0	8,0	8,0	
	Avvik	3,2	3,2	0,0	
	I fjor	11,9	11,9	11,9	
KVALITET - Andel fristbrudd - ANDEL	Resultat	4,9	4,9	0,0	→
	Plan	0,0	0,0	0,0	
	Avvik	4,9	4,9	0,0	
	I fjor	0,0	0,0	0,0	

Farge= status akkumulert mot mål
 Pil opp = forbedring siste tre måneder
 Pil ned= forverring siste tre måneder

Status

Somatikk: Ventetiden er på vei nedover, antallet ventende synker, men fortsatt et stykke til målnivå og ikke rask nok effekt.

PHR: Ventetiden innen BUP og TSB er på plan i januar. Innen VOP er ventetiden 7 dager over plan, men er lavere enn samme måned i fjor.

Tiltak

Somatikk:

- Ventetidsløftet pågår, regionale ekstratiltak innenfor Øye og ØNH, systematisk gjennomgang av alle behandlingsforløp mtp. reduksjon i kontroller.

PHR:

- Dialogbasert inntak innen BUPA videreutvikles
- Kompetanseheving innen obsessiv-kompulsiv lidelse (tvangslidelser) i DPS og BUPA for å redusere ventetid for disse pasientene
- Kveldspoliklinikk i BUPA
- Kvalitetssikring og rydding i registreringer, samt kompetanseheving hos kontorfaglig personell

Gjennomsnittlig ventetid avviklet helsehjelp somatikk

Gj. snitt ventetid for avviklede

År ● 2019 ● 2022 ● 2023 ● 2024 ● 2025



Gjennomsnittlig ventetid avviklet helsehjelp PHR

Gj. snitt ventetid for avviklede

År ● 2019 ● 2022 ● 2023 ● 2024 ● 2025



Antall ventende over 1 år totalt

Antall langtidsventende (ventet med enn 364 dager)

Helseforetak	Antall langtidsventende 01.mai 24	Mål for langtidsventende 01.juni 25	Langtidsventende nå	Avvik fra mål	Avvik i %	Avvik fra mål for ventende over 90 dager	Andel med fast tildelt time nå
⊖ VVHF	571	44	386	342	89 %	2 571	29 %
⊕ VV - Bærum sykehus	51	11	11	0	0 % ↓	950	45 %
⊕ VV - Drammen sykehus	483	29	355	326	92 %	1 495	25 %
⊕ VV - Klinikk for medisinsk diagnostikk	2					21	
⊕ VV - Klinikk for psykisk helse og rus	4		1	1	100 %	3	100 %
⊕ VV - Kongsberg sykehus	16	4	18	14	78 %	71	100 %
⊕ VV - Ringerike sykehus	15		1	1	100 %	32	
Totalt	571	44	386	342	89 %	2 571	29 %

Andel fristbrudd for ventende

Helseforetak	Antall åpne henvisninger uten planlagt kontakt	Antall med frist innen 30d uten fast tildelt time	Fristbrudd for ventende	Andel fristbrudd av antall ventende
☐ VVHF	5 628	1 168	934	4,9 %
☐ VV - Bærum sykehus	1 109	86	55	1,2 %
☐ VV - Drammen sykehus	2 373	921	811	7,7 %
☐ VV - Klinikk for medisinsk diagnostikk	197	99	28	8,5 %
☐ VV - Klinikk for psykisk helse og rus	450	11	3	0,3 %
☐ VV - Kongsberg sykehus	556	24	28	3,6 %
☐ VV - Ringerike sykehus	943	27	9	0,5 %
Totalt	5 628	1 168	934	4,9 %

Status

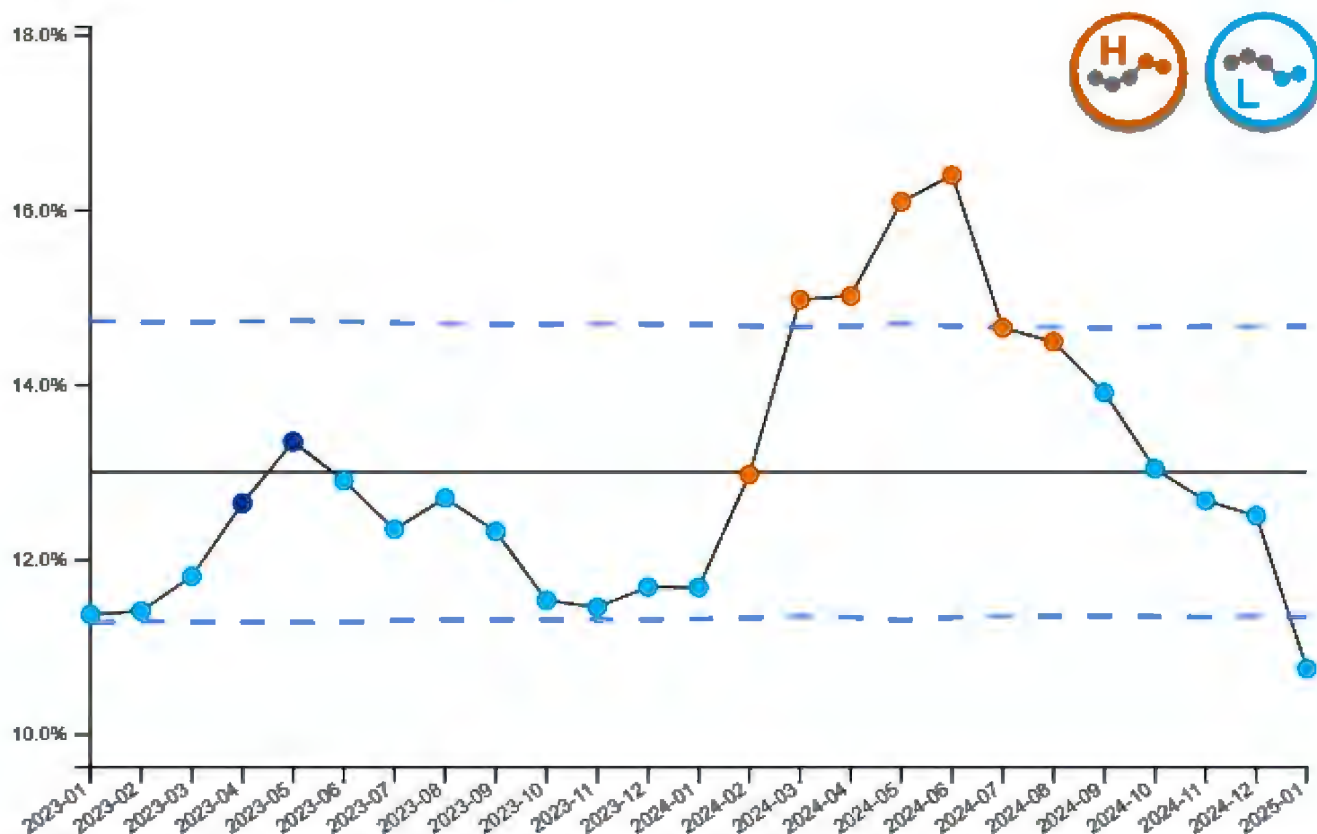
Fristbrudd hovedsakelig innenfor øye (utgjør omkring 70%), her pågår mange tiltak med effekt.

Tiltak

Kampanjen Lys Vår (HSØ) er igangsatt. Det etableres to nye avtalehemler i vårt område - dette vil avhjelpe situasjonen fremover.

Andel kontakter med passert planlagt tid

Andel kontakter med passert tid



Status

Fagene med flest kontakter med passert planlagt tid er øyesykdommer, hjertesykdommer, ØNH og reumatologi. Antallet med passert planlagt tid er det laveste siden før 2023.

Tiltak

For øyesykdommer pågår effektive tiltak. For øvrige fag er det pågående systematisk arbeid med å redusere antallet kontroller ved gjennomgang av alle behandlingsforløp og overføring til behovsbasert oppfølging.

Bærekraftig økonomi

Bærekraftig økonomi

VVHF		Januar	Hittil i år	Prognose	
ØKONOMI - Driftsresultat - TNOK	Resultat	5 966	5 966	40 000	➔
	Plan	3 333	3 333	40 000	
	Avvik	2 632	2 632	0	
	I fjor	-2 221	-2 221	172 671	
ØKONOMI - Andel avdelinger som drifter utenfor ramme - ANDEL	Resultat	38	38	0	⬆
	Plan	0	0	0	
	Avvik	38	38	0	
	I fjor	47	47	50	
HR - Brutto Månedverk - ANTALL (Februar)	Resultat	8 180	8 214	8 307	⬆
	Plan	8 189	8 189	8 307	
	Avvik	10	-24	0	
	I fjor	8 063	8 095	8 231	
AKTIVITET - ISF-Poeng Somatikk - ANTALL	Resultat	11 628	11 628	125 046	⬆
	Plan	11 376	11 376	125 046	
	Avvik	252	252	0	
	I fjor	10 887	10 887	122 505	
AKTIVITET - ISF-poeng PHR poliklinisk behandling - ANTALL	Resultat	6 858	6 858	67 833	⬆
	Plan	6 450	6 450	67 833	
	Avvik	408	408	0	
	I fjor	5 812	5 812	67 242	

Farge= status akkumulert mot mål
 Pil opp = forbedring siste tre måneder
 Pil ned= forverring siste tre måneder

Status

Inntekter: Positivt avvik mot budsjett på både ISF og andre pasientrelaterte inntekter både for somatikk og psykiatri.

Varekostnader: Negativt avvik på 11,5 MNOK mot budsjett i januar. De største avvikene er på H-reseptkostnader og legemidler.

Lønn: Avvik vesentlig redusert fra tidligere, samlet et lite positivt avvik mot budsjett i januar pga. høye sykelønnsrefusjoner. Brutto månedverk i februar er 10 månedverk lavere enn budsjett.

Finans: Høyere kostnader enn budsjettet i januar.

Tiltak

Bærekraftsplanen er førende i alt tiltaksarbeid og følges opp med klinikkene. De somatiske klinikkene, med støtte fra ressursteamet, er godt i gang med utredning av standardisert modell for drift av sengeposter og vurdering av funksjonsfordelinger.

Klinikkene vil følges spesielt opp på de avdelinger som ikke drifter innenfor budsjetttrammene.

Aktivitet

VVHF		Januar	Hittil i år	Prognose	
AKTIVITET Somatikk - Polikliniske konsultasjoner - ANTALL	Resultat	49 245	49 245	520 465	↑
	Plan	49 636	49 636	520 465	
	Avvik	-391	-391	0	
	I fjor	46 410	46 410	505 455	
AKTIVITET - Polikliniske konsultasjoner VOP - ANTALL	Resultat	13 332	13 332	141 305	→
	Plan	13 229	13 229	141 305	
	Avvik	103	103	0	
	I fjor	12 910	12 910	139 347	
AKTIVITET - Polikliniske konsultasjoner BUP - ANTALL	Resultat	9 843	9 843	102 191	↑
	Plan	9 813	9 813	102 191	
	Avvik	30	30	0	
	I fjor	8 815	8 815	98 318	
AKTIVITET - Polikliniske konsultasjoner TSB - ANTALL	Resultat	2 360	2 360	25 414	↑
	Plan	2 493	2 493	25 414	
	Avvik	-133	-133	0	
	I fjor	2 325	2 325	24 590	

pr januar	Denne måned	Avvik mot budsjett	% avvik	Hittil i fjor	% ift i fjor
Antall utskrevne pasienter døgn somatikk	6 068	39	0,6 %	5 819	4,3 %
Antall liggedøgn - døgnbehandling somatikk	19 900	630	3,3 %	19 425	2,4 %
Antall dagopphold somatikk	3 477	-136	-3,8 %	3 347	3,9 %
Antall utskrevne pasienter VOP og TSB	280	-73	-20,7 %	348	-19,5 %
Antall utskrevne pasienter BUP	18	4	28,6 %	22	-18,2 %

Farge= status akkumulert mot mål
 Pil opp = forbedring siste tre måneder
 Pil ned= forverring siste tre måneder

Status

Somatikk: Døgnaktiviteten er over plan samlet. Drammen og Ringerike sykehus ligger noe bak plan i januar. Aktiviteten samlet er høyere enn samme periode i fjor for alle klinikker.

PHR: Samlet aktivitet for PHR er på plan per januar. Antall polikliniske konsultasjoner innen BUP er 12 % høyere i januar enn samme periode i fjor, og 3 % høyere innen VOP og TSB.

Tiltak

Aktivitetsutviklingen følges tett opp med klinikkene slik at justerende tiltak iverksettes om måltallene ikke nås.

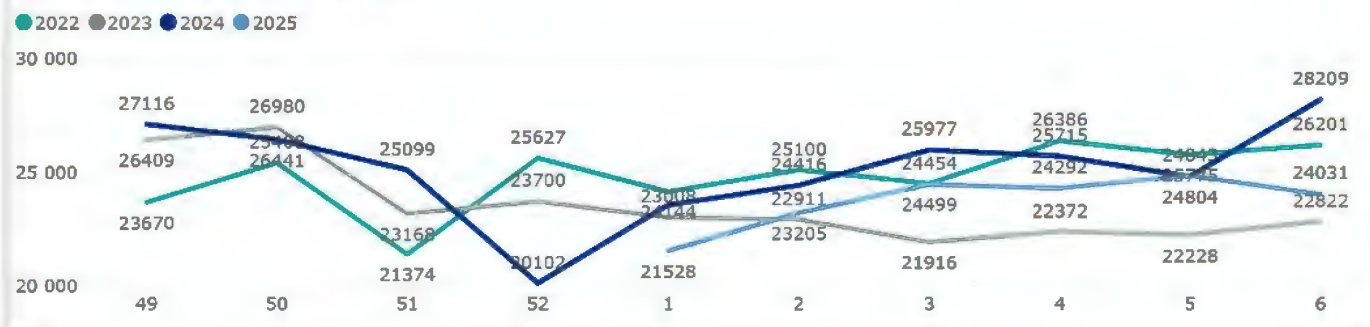
Nedetid i DIPS Arena har vært en utfordring i januar og har påvirket aktiviteten og derav også ventetidene. Dette er fulgt opp med Sykehuspartner. Utbedringer er iverksatt og det er forventet forbedringer. Når nye HF skal på løsning blir det imidlertid planlagt nedetid som påvirker de foretakene som er på løsningen.

Brutto månedsverk



Utvikling i forbruk av timer

Samlet antall timer siste 10 uker



Status

Forbruk av dyre timer ligger noe lavere enn samme periode i 2024. Hovedsakelig er det ø-hjelpsområdene på Drammen og Bærum sykehus som har et lavere timeforbruk.

Tiltak

Det er pågående prosesser for døgnområdene vedrørende standardisering av bemanningsfaktorer, samt gjennomgang av turnusordninger.

HR

HR

VVHF		Januar	Hittil i år	Prognose	
HR - Sykefravær totalt - PROSENT	Resultat	8,5	8,5	7,2	➔
	Plan	8,2	8,2	7,2	
	Avvik	-0,3	-0,3	0,0	
	I fjor	8,9	8,9	7,8	
HR - Brudd på arbeidstidsbestemmelsene - ANDEL	Resultat	2,2	2,2	0,0	➔
	Plan	0,0	0,0	0,0	
	Avvik	-2,2	-2,2	0,0	
	I fjor	2,6	2,6	2,8	

Status

Sykefravær:

Korttidsfraværet (3,2%) er sammenlignbart med fjoråret. Langtidsfraværet er 0,4 prosentpoeng lavere enn samme periode i fjor.

AML-brudd:

Det har vært en liten nedgang i AML-brudd sammenlignet med januar i fjor. AML-brudd forklares med redusert tilgang på kvalifisert personell, sykefravær og vakante stillinger.

Tiltak

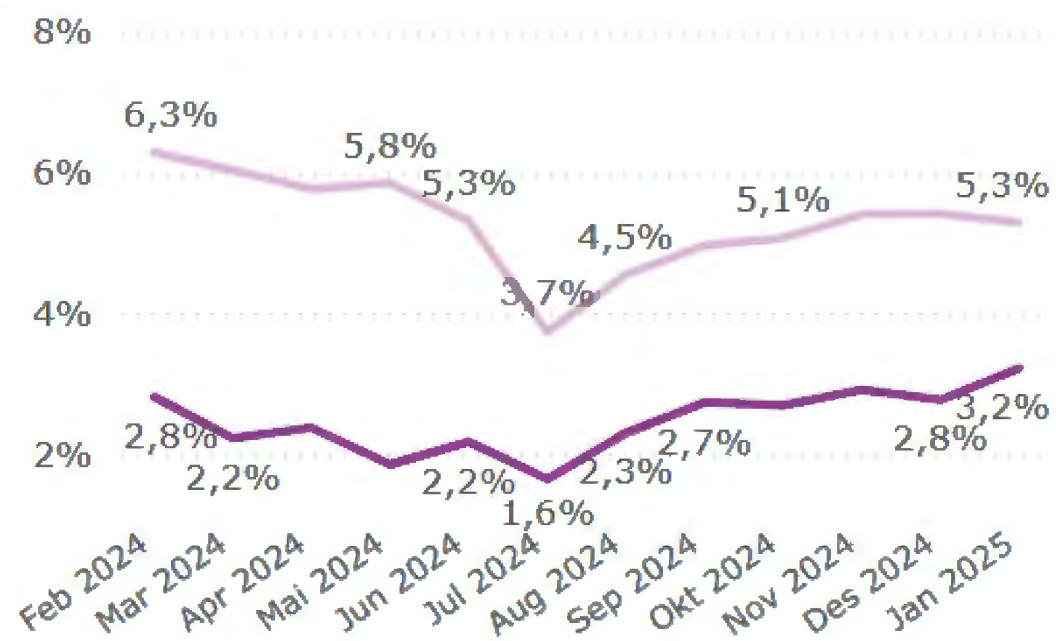
- Ledere oppfordres til å delta på kurs i ny modul for sykefraværsoppfølging og forebyggende oppfølging.
- Det gis tilbud om systematisk oppfølging til seksjoner med høyt sykefravær og lav score på ForBedring.
- Ledere må kartlegge årsaken til sine AML-brudd, og sørge for at avtaler og dispensasjoner er oppdatert og registrert i GAT.
- HR/Ressursstyring (RAPS) tilbyr kurs og opplæring i GAT og arbeidstidsplanlegging.

Farge= status akkumulert mot mål
Pil opp = forbedring siste tre måneder
Pil ned= forverring siste tre måneder

Sykefravær

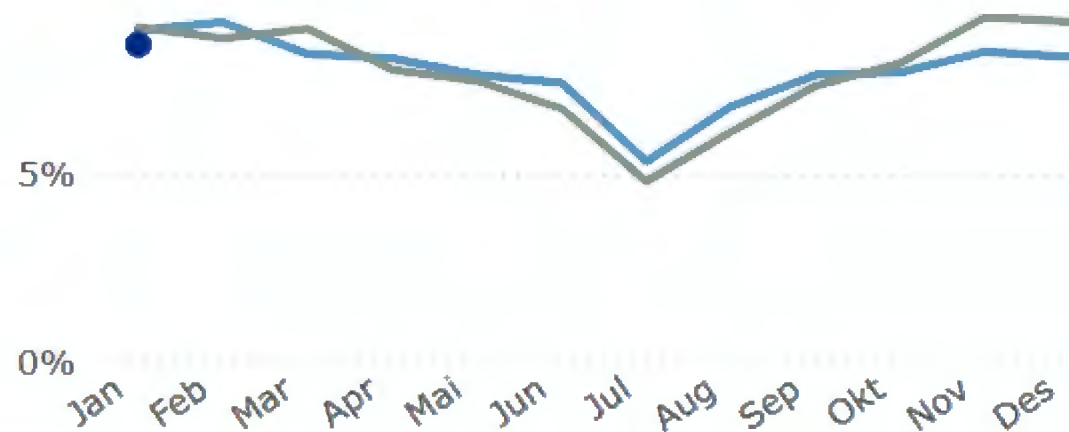
Utvikling i kort- og langtidssykefravær

● Korttid ● Langtid



Utvikling i sykefraværsprosent 2023 til 2025

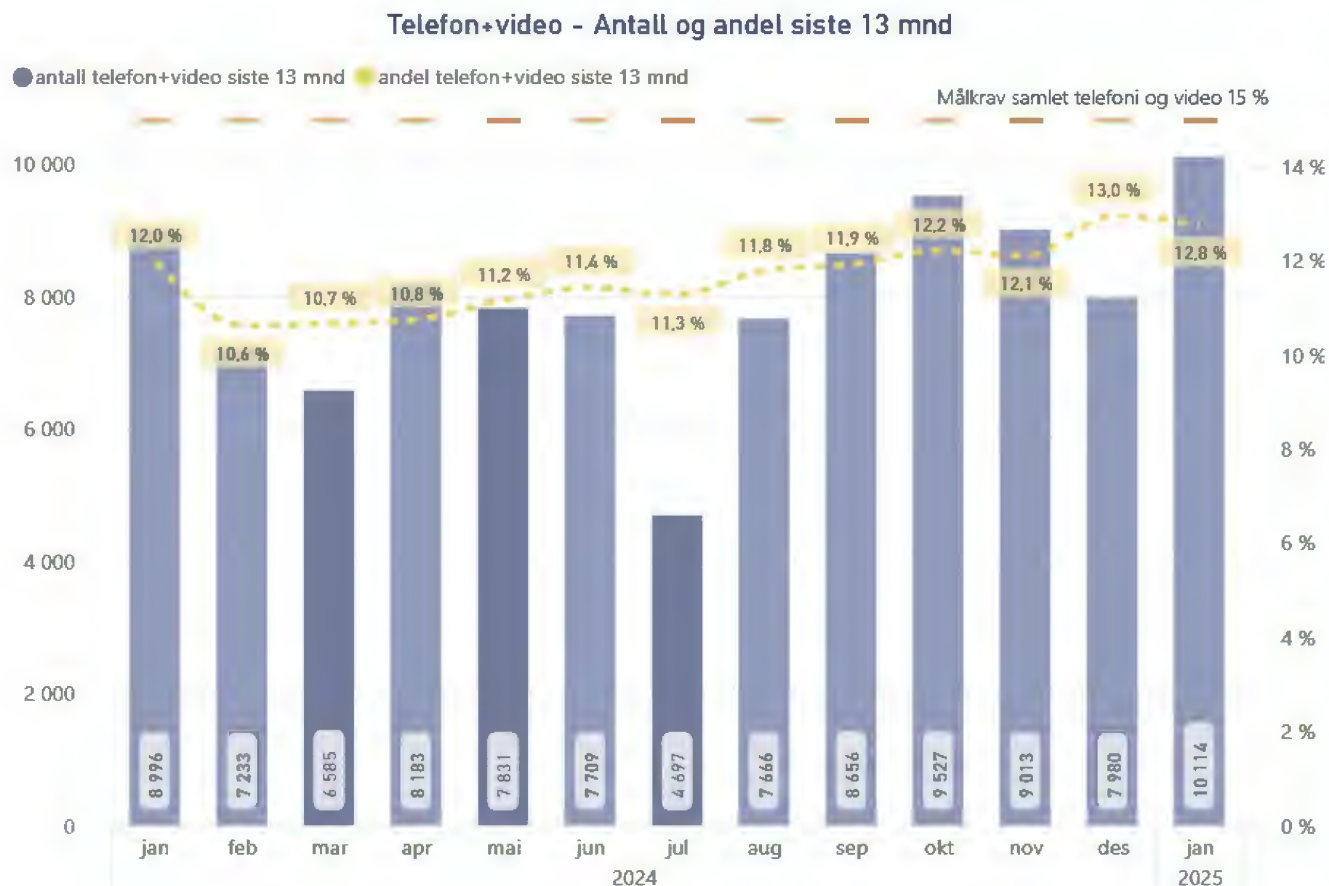
● Valgt år ● Ett år før valgt år ● To år før valgt år



Sykefravær fra RDAP (Regional data og analyseplattform) per 10. februar

Sekundære mål

Telefon- og videokonsultasjoner



Status

Somatikk: Relativt stabilt nivå, men trend mot økt andel gjennom året, fortsatt under mål om 15%.

PHR: Andel telefon og videokonsultasjoner i PHR er 21 % i januar. Klinikken har et mål om minimum 20 % og er dermed på plan.

Tiltak

Somatikk: Brukerutvalget og ungdomsrådet, sammen med MoH (samhandling) vil gjennom å henge plakater opp i venterom/-soner bevisstgjøre pasientene om at de kan etterspørre digitale konsultasjoner. Økt innsats fra stab for opplæring og motivering av klinikkene til i økende grad tilby digitale konsultasjoner.

PHR: Klinikken har pågående tiltak for å øke andelen videokonsultasjoner, som å tilby video ved avbestilling og øke aktiviteten innenfor eBehandling (digitalt)



Dato: 14. februar 2025
Saksbehandler: Stine Lindahl
Vangstein

Saksfremlegg

Status nytt sykehus Drammen

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styret i VVHF	19/2025	24.2.25

Forslag til vedtak

1. Styret tar status nytt sykehus Drammen til orientering.

Drammen 17. februar 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

For å sikre arbeidet i slutfasen av prosjekt nytt sykehus er det besluttet at byggeprosjektet og mottaksprosjektet skal utarbeide en felles månedlig rapport som legges frem for Prosjektstyret NSD og Styre i VVHF.

Saksutredning

Det er god dialog og samhandling mellom PNSD og Mottaksprosjektet. Det er høyt fokus på fremdrift og risiko for å nå målet om full klinisk drift og reetablering av akuttstøyle i nytt sykehus i oktober. Det vil i kommende fase være viktig å fokusere på de aktivitetene som truer dette målet. I forhold til planlagte aktiviteter er det i øyeblikket ingen aktiviteter eller milepæler som truer ibruktakelse i henhold til plan.

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør konstaterer at prosjektorganisasjonene har stor oppmerksomhet på å fremdrift og viktig milepæler. Det er viktig med god samhandling og fokus på tiltak for risikoer som truer klinisk ibruktakelse.

Vedlegg:

1. Samlet plan_Statusrapport_Januar 2025

Prosjekt:

Nytt sykehus i Drammen

Tittel

STATUSRAPPORT

Januar 2025

(cut-off 26-Jan-2025)

Samlet plan

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	3
2	Sammendrag.....	3
3	Viktige milepæler	3
4	Status aktiviteter	4
4.1	Status tester	5
5	Eierskifte	5
5.1	Myndighetsforhold	5
6	Status aktiviteter for VV HF	6
6.1	Opplæring.....	6
6.2	Virksomhetstester	7
6.3	Flytting.....	7
6.4	Ibruktakelse.....	7
7	Status aktiviteter for Sykehuspartner	8
7.1	Status prosjektdrift.....	8
7.2	Status ekstra oppstartsstøtte	9
7.3	Status eierskifte og overlevering til Sykehuspartner HF	9
8	Status Sykehusapoteket.....	9
9	Risikoforhold	10

Vedlegg 1: Samlet plan

Vedlegg 2: Plan for ibruktakelse (ikke vedlagt)

Vedlegg 3: Vestre Vikens aktiviteter og milepæler (ikke vedlagt)

1 Innledning

PNSD, VV-NSD, VVHF, SA og SP har organisert slutfasen gjennom etablering av en felles "Samlet plan". Dette er en omforent beskrivelse av prosjektets slutfase og den inneholder en felles styringsplan. Dette er beskrevet i dokumentet "Samlet plan – forberedelse til drift og klinisk *ibruktakelse* NSD-0000-Z-AA-0012. I sammenheng med baselinerevisjon pågår det en opprydding, samt oppdatering av manglende aktiviteter i selve planen. Datoer for tidlig ibruktakelse og hovedmilepæler er oppdatert i forhold til de som er beskrevet i overnevnte dokument. Oppdaterte datoer legges i samlet plan (se vedlegg).

Hensikten med denne rapporten er å gi en status på aktiviteter i Samlet plan, samt angi sentrale risikopunkter knyttet til gjennomføringen av planen fram mot full klinisk ibruktakelse 05.10.2025.

Det gjennomføres møter i Samlet plan forum hver mnd. I tillegg er det etablert et mer overordnet møte; parathetsmøte der alle parter rapporterer status for kritiske aktiviteter for ibruktakelse av nytt sykehus.

2 Sammendrag

I neste periode skal baseline revisjon slutføres. I tillegg skal gjenstående aktiviteter kompletteres i Samlet Plan, eksempelvis opplæring av klinisk personell, beredskap, samt validering. Tidsplan for sertifisering av blodbank skal ferdigstilles innen utgangen av februar 2025. Det utarbeides planer for kritiske områder som krever myndighetsgodkjenning før ibruktakelse. Det arbeides aktivt med ned og opptrappingsplan for klinisk virksomhet. I forhold til planlagte aktiviteter er det i øyeblikket ingen aktiviteter eller milepæler som truer ibruktakelse i henhold til plan.

3 Viktige milepæler

I slutfasen er det definert følgende hovedmilepæler:

Milepæl	Planlagt	Status
Eierskifte 1: Psykiatri bygg, Servicebygg, poliklinikkbygg E og D*, kjeller etg.	01.04.25	
Eierskifte 2: Behandlingsbygg A	19.05.25	
Eierskifte 3: Behandlingsbygg B og Sengebygg A og B	12.08.25	
KIB 1: Alle områder tilhørende psykisk helse og rus, med tilhørende servicetjenester	24.08.25	
KIB 2: Full klinisk drift og reetablering av akuttsøyle	05.10.25	

*) poliklinikkbygg E og D er ikke besluttet i prosjektstyret hva gjelder eierskifte.

4 Status aktiviteter

Byggeprosjektet er inne i en hektisk uttestingsfase hvor det gjennomføres Site aksept tester (SAT) og integrerte funksjonstester (IFT). I tillegg pågår registrering og utbedringer av avvik. Dette for å være mest mulig ferdig frem til oppsatte eierskifter. Innsamling av FDV data (til Omega365) er i hovedsak på plass. Dette skal være til hjelp i prøvedrift og fullskaletester m.m.

04.03.25 er det berammet fullskala test av sikker strømforsyning til sykehuset. Testen gjennomføres med Glitre Nett, Å-energi, samt PNSD. Testen skal verifisere at redundans i normalkraftforsyning, samt innkopling av reservekraft (fra energisentral) er operativ og velfungerende. Etter denne dato vil reservekraftforsyning være i prøvedrift.

Prøvedrift (tekniske anlegg, infrastruktur):

Prøvedrift er startet for Adkomstbygget og psykiatri. Det er SD-leverandøren (K5601) som leder prøvedriftsmøtene. Brann og adgangskontroll vil bli delaktig i nevnte prøvedrift.



Når idriftsettelse (også omtalt som SAT) er gjennomført for et system er anlegget i status prøvedrift. Selve prøvedriften er kontraktsfestet med respektive entreprenører til å vare i 12 mnd. Det vil være PNSD/ entreprenørene som er ansvarlig for gjennomføring og ledelse av prøvedriften frem mot klinisk ibruktakelse (KIB). Etter KIB er det VVHF som drifter. Videre prøvedrift fra entreprenører blir dermed mye bestående av optimalisering og eventuelle utbedringer.

Følgende plan prøvedrift er lagt (tabellen synliggjør hvordan vi oppnår minimum 6 mnd. Før KIB):

Prøvedrift					Delovertagelser og eierskifter			
Bygg		Antall måneder	Fra	Til	Eie0	Eie1	Eie2	Eie3
110	Adkomstbygget (K)	6	06.08.2024	26.02.2024	20.11.2024			
131	Psykiatribygg (F)	6	06.01.2025	30.06.2025		01.04.2025		
132	Psykiatribygg (G)	6	06.01.2025	30.06.2025		01.04.2025		
133	Psykiatribygg (H)	6	06.01.2025	30.06.2025		01.04.2025		
140	Servicebygg (C)	6	03.03.2025	24.08.2025				
152	Poliklinikk (D)	6	03.03.2025	24.08.2025				
151	Poliklinikk (E)	6	03.03.2025	24.08.2025				
121/122/140	Kjeller og energisentraler	6	03.03.2025	24.08.2025				
121	Behandlingsbygg (A)	6	01.04.2025	05.10.2025			19.05.2025	
122	Behandlingsbygg (B)	6	01.04.2025	05.10.2025				12.08.2025
161	Sengebygg (A)	6	01.04.2025	05.10.2025				12.08.2025
162	Sengebygg (B)	6	01.04.2025	05.10.2025				12.08.2025

Merk: som prinsipp følger oppstart prøvedrift eierskiftene, dog har vi valgt å tilrettelegge for tidligere starte prøvedrift for bygg som kommer i eierskifte 2 og 3. Dette for å kunne dokumentere stabil drift i teknisk infrastruktur og alle tekniske systemer før klinisk i ibruktakelse (KIB). Det er viktig at teknisk drift i VVHF er aktiv/delaktig i prøvedriften frem mot KIB.

4.1 Status tester

Gjennomføring av tester og leveranser av MTU utstyr har høy prioritet. Det er nå et mindre antall SAT tester for tekniske anlegg som gjenstår. SAT tester for IKT er startet og følger plan. SAT for tekniske systemer vil være komplett utført til kommende eierskifte 1 (01.04.25). Det er påstartet IST tester, VV-NSD er også her invitert og deltar etter eget ønske og prioritering.

5 Eierskifte

PNSD har forberedt overtagelsesbefaringer med respektive entreprenører i Poliklinikk D og E slik at disse kan inngå i eierskifte 1. Det pågår avklaringer med VVHF hvorvidt det er gjennomførbart med å inkludere poliklinikk byggene i kommende eierskifte.

Eierskifter er således tilrettelagt og planlagt som følger:

Tidslinje eierskifte og klinisk ibruktakelse



*) Avventer endelig beslutning i prosjektstyre.

5.1 Myndighetsforhold

Det pågår prosess med å innhente samsvarserklæringer fra de firmaene som har ansvarsretter på arbeider innenfor de byggene som omfattes av eierskifte 1. Så langt går innhentingen av samsvarserklæringene som planlagt.

Søknad om midlertidig brukstillatelse planlegges sendt inn primo mars slik at midlertidig brukstillatelse kan gis 1. april. Midlertidig brukstillatelse er avhengig av at dispensasjonssøknadene på parkering er innvilget.

Parkering

Dispensasjonssøknad om antall parkeringsplasser samt plassering utenfor reguleringsområdet ble sendt inn til kommunen den 12.12.24. Den 23.01.25 kom det merknader til dispensasjonssøknadene fra advokaten til Tomtegata 64. Merknadene førte til at den planlagte politiske behandlingen i Drammen kommune den 06.02.25 ble trukket.

Dispensasjonssøknadene er sendt på utvidet nabovarsling og Wikborg og Rein er engasjert for å hjelpe til med å utarbeide svar på disse merknadene. Det legges opp til at dispensasjonssøknadene behandles i hovedutvalget for tekniske tjenester i Drammen kommune den 27.03.25 og Lier kommune 01.04.25. Dette er en forutsetning for gjennomføring av eierskifte.

6 Status aktiviteter for VV HF

VV-NSD har for første periode 2025 hatt fokus på å sikre planer for opplæring, mottak av bygg, eierskifter, samt flytting inn i nytt sykehus. Vi er over i «flytteåret», og detaljplaner for opplæring, mottakskontroll og flytting kvalitetssikres i januar, samt inn i neste periode. VV-NSD har styrket, samt endret struktur inn mot sluttfasen i prosjektet.

Kompleksiteten øker frem mot innflytting, og det vil være viktig med god dialog og styring mellom PNSD og VV-NSD mellom eierskifter og KIB. Det er jobbet med å samle alle aktiviteter som anses som relevante for VV inn i én samlet visning i PlanWeb. Dette for å enklere kommunisere ut relevant informasjon til alle involverte i Mottaksprosjektet til VVHF. Det kobles til aktiviteter med PNSD ansvar, der det er hensiktsmessig å vite om f.eks. datoer for validering og testing. Dette legger blant annet grunnlag for når fysisk opplæring i bygget kan gjennomføres.

VV er i gang med en detaljert ned- og opptrappingsplan for å sikre kapasitet i flyttefase, samt ivareta trygg og sikker pasientbehandling under og etter flyttefase. Planen skal beskrive hvordan opptrapping til full drift, innen 14 dager, skal oppnås.

Planen over validering og myndighetsgodkjenninger, der VVHF er ansvarlige, kvalitetssikres, slik at vi er trygge på at dette er på plass før ibruktakelse.

6.1 Opplæring

Det er økende aktivitet knyttet til opplæring i perioden frem mot ibruktakelse, som gjør det hensiktsmessig å tilknytte flere ressurser til området for opplæring. Målet for neste periode er å legge frem en plan for sentral opplæring, samt iverksette denne, og videre tydeliggjøre hvilken opplæring klinikkene må bistå med lokalt. Det jobbes med å tydelig definere hva som leveres fra VV-NSD, slik at klinikkene kan lage egne planer for produksjon og gjennomføring av opplæring som treffer en avdeling eller seksjon lokalt.

Det er besluttet å gjennomføre opplæringer i moduler, hvor noe kan utføres lokalt, gjennom kompetanseportalen, mens andre moduler gjøres fysisk i nytt bygg. Ved å definere lokasjon og

omfang gjennom moduler, vil man sikre en tydelig kommunikasjon ut mot ledere og medarbeidere som skal inn i nytt sykehus.

Opplæring teknisk drift er startet. En komplett opplæringsplan for samtlige systemer er under slutføring. Kompendier inkl. E-læringsmoduler blir tilgjengeliggjort i dokumentregisteret. Dette vil være på plass ila. februar 2025.

6.2 Virksomhetstester

I denne perioden har det vært viktig for områdeleder å oppnå god dialog med nøkkelressurser i stab, forvaltning og klinikk, for videre å avklare roller og forventninger både før og i gjennomføring av de ulike testene. Videre har det vært jobbet med plan for detaljerings- og gjennomføringsfasen av virksomhetstestene.

Det jobbes med å koordinere deltakelse i alle tester som gjennomføres av PNSD. Virksomhetstester planlegges gjennomført etter eierskifte, men før klinisk ibruktakelse.

6.3 Flytting

Det utarbeides detaljerte flytteplaner for alle flyttefasene, flyttefase 0 (overflyttbart utstyr), 1 (PHR) og 2 (Somatikk). Det jobbes med å ferdigstille detaljerte flyttelister, for å definere endelig omfang av flyttevolum. Listene "fryses" tre måneder før respektive flyttedatoer.

For utstyr som skal demonteres, tas med og monteres opp i nytt sykehus, er det laget egne planer.

6.4 Ibruktakelse

6.4.1 Klinikker

Klinikkene har fokus på å avslutte aktivitetene tilknyttet tilpasning av drift i nytt sykehus, f. eks. arbeidsprosesser. Fokuset fremover vil også være knyttet til test og validering, i regi av PNSD, samt egne tester, opplæring og ferdigstillelse av flytteplaner.

6.4.2 Oppstartsstøtte

Før, under og etter klinisk ibruktakelse vil det bli avdekket feil og mangler, hvor det vil være behov for støtte til klinikkene. Det er behov for å sette av dedikerte ressurser til denne oppgaven, samt planlegge for denne fasen.

Det utarbeides nå en plan for gjennomføring, der aktuelle aktører er involvert, herunder f.eks. sykehuspartner, fagarbeidere innen bygg (eks. Elektriker, rørlegger, ventilasjon mm.), stabene, eiendomsdrift mm. Arbeidet pågår videre i neste periode.

6.4.3 Spesialområder

Laboratoriet

Klinikk for medisinsk diagnostikk (KMD) bistår PNSD med validering og testing i laboratoriet, inkludert analysehall. Krav til funksjonalitet må være på plass til ibruktakelse, for at sykehuset kan åpne.

Blodbanken

VVHF har ansvaret for sertifisering av Blodbanken må sertifiseres før ibruktakelse. Sertifiseringen må på plass før ibruktakelse for å kunne åpne sykehuset. Det utarbeides nå en plan, i samarbeid med PNSD, for å sikre at aktivitetene kan gjennomføres.

Sterilsentral

Validering og testing av utstyr og IKT, med bistand fra VV, går etter planen. Det utarbeides en plan for klinisk prøvedrift, for å sikre funksjonen før ibruktakelse av sykehuset.

Medisinsk stråling

VV utarbeider plan for godkjenning av alle aktiviteter som innebærer medisinsk stråling.

6.4.4 Klinisk prøvedrift

Det er påbegynt et arbeid med planer for klinisk prøvedrift for kritiske funksjoner i nytt sykehus.

7 Status aktiviteter for Sykehuspartner

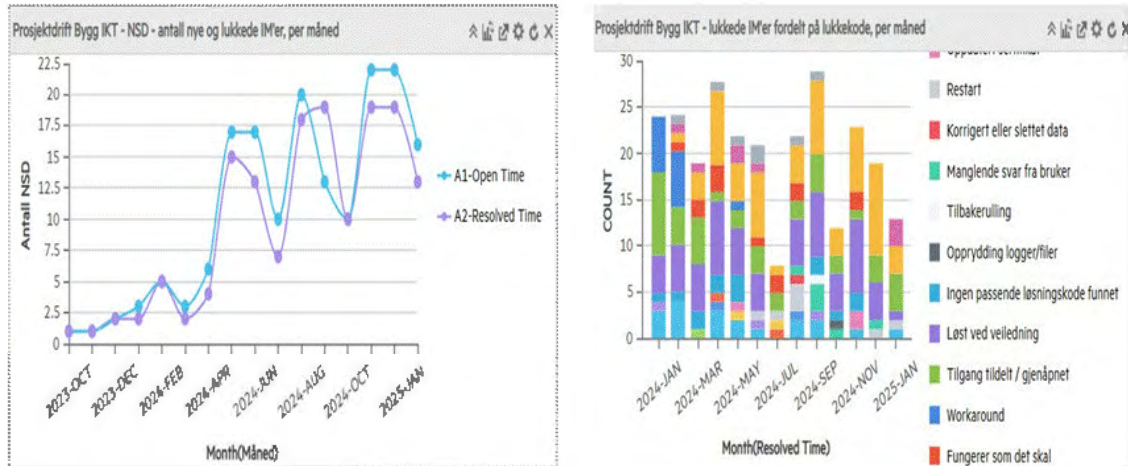
7.1 Status prosjektdrift

Prosjektdrift er en tjeneste som Sykehuspartner tilbyr til alle entreprenører, prosjekter og leveranser som har mottatt sin leveranse fra Løsningsfabrikken. Prosjektdrift ytes på hverdager fra kl. 08:00 til 15:30. Beredskap ved planlagt aktivitet utenfor normal arbeidstid kan bestilles ved behov. Prosjektdriftsperioden varer fra overlevering fra Løsningsfabrikken til entreprenør og frem til klinisk ibruktakelse, eller tidligere dersom entreprenør har overlevert til VVHF eller SPHF for drift og forvaltning.

Det pågår oppkoblingsaktiviteter og nettverksarbeid for entreprenører ved NSD. De vanligste utfordringene som prosjektdrift bistår entreprenørene med å løse, er feil eller endringer i brannmursåpninger, nye leverandørbrukere og tilgangsbestillinger, samt fjernaksess og pålogging for leverandører. Entreprenørene melder saker til prosjektdrift via eget telefonnummer eller e-post. I januar ble det registrert to telefonhenvendelser og 17 IM-saker åpnet av brukerservice, som betjener telefon og e-post. Av disse 17 sakene ble 13 lukket umiddelbart. Alle 17 saker er løst per februar.

Prosjektdrift opererer med en dashbordvisning fra Sykehuspartners Service manager:

PROSJEKTDRIFT BYGG IKT- DASHBOARD I SM



Idet systemene settes i normal produksjon avsluttes prosjektdrift og henvendelser håndteres via Sykehuspartners normale rutiner for drift og vedlikehold, inklusive 24/7 helpdesk.

7.2 Status ekstra oppstartsstøtte

Den overordnede planen for oppstartsstøtte har vært på høring i Omega og er godkjent. En operativ ELS-plan (oppstartsstøtteplan) skal utarbeides ved hvert eierskifte og skal detaljere omfanget av nødvendig oppstartsstøtte for teknisk ibruktakelse (støtte uten pasientbehandling) og klinisk ibruktakelse.

Ekstra oppstartsstøtte eller prosjektspesifikk/systemspesifikk oppstartsstøtte er under planlegging hos de tilpasningsprosjektene, byggherrestyrte eller Sykehuspartner-styrte prosjektene som har behov for dette.

7.3 Status eierskifte og overlevering til Sykehuspartner HF

Arbeidet med å planlegge overlevering til Sykehuspartner HF for drift og forvaltning av alle nye eller endrede tjenester er igangsatt. Det er etablert en fast møteserie mellom PNSD og Sykehuspartner hvor fremdriften i arbeidet rapporteres. Sykehuspartners metodikk for overlevering til drift og forvaltning benyttes i denne prosessen.

8 Status Sykehusapoteket

Sykehusapoteket er i gang med installering av plukk og varelagerrobot i publikumsutsalg og sykehusleveranser. Installeringen er noe forsinket 1 uke og kan gi mulig konflikt med lukking av himling på sykehusleveranser som ligger i Behandlingsbygg A.




Leverandør Becton Dickinson er årsak til forsinkelsen. Installeringen skal ferdigstilles i neste periode. Ikke meldt som risiko.


9 Risikoforhold

Se utdrag av PNSD risikoregister, samt utdrag av parathetslogg.

Status per 13.02.2025

O, F, og N: Henviser til gjennomførte konsekvensvurdering, og følger utviklingen av risikoen iht. gjennomføring av tiltak.

ID Tittel	Beskrivelse / Vurderingskommentar	Ansvarlig	Saker / tiltak	Ekspontert til
11988 	Leveranse av nødstrøm til sykehuset Å Energi og VVHF har inngått avtale om levering av nødstrøm til sykehuset. I avtaler og reviderte milepeler er det uklart når dette er klart til testing. Samtidig erfarer PNSD at det er forsinkelser i leveransen. Sykehuset kan ikke åpne uten sikker leveranse av nødstrøm, og dette må testes i god tid før ibruktageelse. Det er avtalt møte på direktørnivå for å sette høyt fokus på fremdriften i dette prosjektet.	Torstein Tveiten	Tittel tiltak: Beskrivelse oppdatert: 10.02.2025 <i>Workshop og planlegging av fullskala test utført. Alle parter melder p.t. å være klare til felles fullskala test 04.03.25</i>	
12225 	Manglende NSD organisasjonsstruktur i Dips-test Manglende NSD organisasjon i Dips testmiljø fører til forsinket test og veldig lite tilgjengelig org å teste på. Hele organisasjon som det skal utføres SAT-testing (IST) på må være etablert 12.12.24 i Helselogistikk.	Jens M. Gleditsch	Tittel tiltak: Beskrivelse oppdatert: 10.02.2025 <i>Justerer sannsynlighet ned et hakk da Dips testmiljø er oppe igjen nå i en kort periode. Fortsatt stor usikkerhet rundt tilgjengelighet i uke 9 (planlagt nedetid uke 8).</i>	
12270 	Levering av glass til gangbro	Torgrim Dalseg	Tittel tiltak: Beskrivelse oppdatert: 12.02.2025	

	Glassleverandør har utestående fordringer fra Skatt-Øst		<i>Risiko realisert, glassleverandør har meldt oppbud. HAB er i dialog med andre entreprenører om å ferdigstille glassarbeidene. . HAB har også vært i kontakt med glassprodusenten i Polen, som er klare for å sende glasset til Norge når de får betalt, av HAB eller noen andre.</i>	
12366 	For dårlig kommunikasjon, samhandling, ressurstildeling og til dels kompetanse rundt produksjon av konfigurasjonsunderlag med utgangspunkt i DIPS Dette har potensiale for alvorlige forsinkelser i arbeidene for flere PNSD U7-prosjekter som i ytterste konsekvens kan forsinke åpning og ibruktakelse av sykehuset.	Jens M. Gleditsch	Tittel tiltak: Etablere tverrfaglig task-force <i>Tverrfaglig task-force gruppe er etablert 17.januar (i regi av PNSD/SP) for å intensivere tiltak og koordinering (ressurssituasjon, felles planverk, kommunikasjon og fremdrift)</i>	

Nytt Sykehus i Drammen

Dokumentnr.: NSD-0101-25-0003

Tittel: Statusrapport samlet plan 2025

Dato: 14.02.2025

Side: 12 av 12

Nr.	Hovedkategori	Emne/oppgave	Beskrivelse	Ansvarlig organisasjon	Ansvarlig avdeling	koordinerende person	Avtalt frist (samlet plan der det)	Status 14.01.25	Status 19.02.25	Status 12.03.25	Status 23.04.25	Status 18.06.25	Status 06.08.25	Status 11.09.25	Kommentar til status
7	Brukstillatelse	Eierskifte 1 Alle rekkefølgekrav for å få brukstillatelse er oppfylt, og det er mottatt brukstillatelse	Fokus på fremdrift slik at kriteriene for brukstillatelse møtes. Kritiske utestående punkter følges opp på egne rekker i	PNSD				Få plan	Forsinker						Parkering - innsigelse på dispensasjonssøknad
16	El/nødstrøm	Strøm Forsyningen av elektrisitet er etablert, testet og 100% klar til drift.	Kontrollrapport skal dokumentere at elforsyningen er fullt ut etablert i overensstemmelse med krav og spesifikasjoner, testet og klar til full drift. Kontroll omfatter sjekk av samtlige el-uttak.	PNSD			04.03.2025	På plan	Noe etter plan						
17	El/nødstrøm	Nødstrøm Nødstrømsforsyningen er etablert, testet og 100% klar til drift. Tydelig merking av nødstrømsforsyninger er etablert.	Kontrollrapport skal dokumentere at nødstrømsløsninger er fullt ut etablert i overensstemmelse med krav og spesifikasjoner, testet og klar til drift.	PNSD			04.03.2025	På plan	Noe etter plan						
24	Sterilsentral	Arbeidsprosesser Alle nye arbeidsprosesser ifm. ny sterilsentral er definert, testet og koblet opp mot T-doc.		Vestre Viken				På plan	Noe etter plan						
30	Helselogistikk	Interkommunikasjon mobil arbeidsflate		PNSD (Sykehuspartner)				På plan	Noe etter plan						Noe uklart med hvordan løsningen påvirker arbeidsprosessene i nytt sykehuset. Hvordan får vi en helhetlig løsning på telefoni.
	IKT	Mobil arbeidsflate Robust og helhetlig arbeidsflate er testet, medarbeiderer er opplært og klare for drift.		PNSD				Noe etter plan	Noe etter plan						Piloterer ny løsning på DS i slutten av februar.
38	IKT	Dips (poliklinikk, sengepost, administrasjon) Dips er konfigurert/tilpasset, testet og 100% klar for drift. Prosedyrer for overføring og konvertering av data er definert, prosess etablert og opplæring		PNSD (Sykehuspartner)				Noe etter plan	Noe etter plan						Tiltak: Dialog med DIPS, satt inn flere DIPS-ressurser. Aktivert direktørnivå i PNSD, VV og SP. Workshops mellom alle aktører for å få innsikt i problemer og muligheter.
39	IKT	Dips (poliklinikk, sengepost, administrasjon)		Vestre Viken				På plan	Noe etter plan						Det er satt inn flere ressurser fra VV.
44	Søknader / godkjenninger	Andre godkjenninger/søknader Alle sertifikater, lisenser eller lovmessige godkjenninger er utstedt.	Det bør lages en egen liste med antatt tidspunkt for når nødvendige godkjenninger må foreligge. Det må avklares om det er PNSD eller Vestre Viken som må søke om de ulike godkjenningene.	PNSD				På plan	Forsinker						Parkering. Ref. egen sak. Kan påvirke midlertidig brukstillatelsen. Tiltak iverksatt.
	Opplæring	Opplæring IKT Alle ansatte har gjennomført opplæring i henhold til den enkelte opplæringsplan innen første pasientdag.		Vestre Viken				Noe etter plan	Noe etter plan						Det utarbeides en plan for IKT-opplæring, men det er et stort område som nå må få et høyere fokus.
91	Handlingsplaner	Handlingsplaner Aktiviteter i klinikkens handlingsplaner er fulgt opp og avsluttet		Klinikker				På plan	Noe etter plan						Bordtester viser at det er noen oppgaver/arbeidsprosesser som ikke er helt avklart.

Dato: 05.02.2025
Saksbehandler: Anders Debes

Saksfremlegg

Oppnevning av nye medlemmer til brukerutvalget for perioden 2025-2027

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	20/2025	24.02.25

Forslag til vedtak

Følgende personer oppnevnes til Vestre Vikens brukerutvalg for perioden 2025-2027:

- Rune Kløvtveit, leder
- Gudrun Breistøl, nestleder
- Christine Martinsen
- David Hemmingsen
- Jan Helge Tuv
- Toril Naper Hauge
- Jan Ørum Uldall Søs Leth Christensen
- Gro Iren Johnsen Stenberg (permisjon)
- Cathrine Amanda Blisten Johansen

Oppnevningene gjelder for 2 år.

Administrasjonen får mandat til å komplettere og supplere med nye medlemmer om noen faller fra til brukerutvalget for perioden 2025-2027.

Drammen, 17. februar 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Brukerutvalget skal ha 10 medlemmer. Medlemmene oppnevnes for en periode på 2 år, og kan reoppnevnes for i alt 3 perioder.

Rune Kløvtveit ble oppnevnt som leder for perioden 2023-2025. Gudrun Breistøl har vært nestleder. Dette foreslås videreført.

Saksutredning

Brukerutvalget har pr. i dag følgende sammensetning:

Navn	Organisasjon	Oppnevnt periode
Rune Kløvtveit	FFO Viken Blindforbundet	2020-2024
Gudrun Breistøl	FFO Viken	2020-2024
Christine Martinsen	RIO	2023-2024
Mark Miller	FFO Viken, Momentum	2020-2024
David Hemmingsen	Kreftforeningen	2020-2024
Jan Helge Tuv	FFO Viken, Norsk forening for slagrammede	2021-2024
Toril Naper Hauge	Pensjonistforbundet	2023-2024
Nasim Rizvi	Buskerud innvandrerråd	2023-2024
Elisabeth Schwencke	FFO Buskerud, ME foreningen	2018-2024

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO, paraplyorganisasjon kronisk syke, funksjonshemmede inkl pårørende), Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (RIO), Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes Organisasjoner (SAFO) og Kreftforeningen har vært invitert til å foreslå nye medlemmer til brukerutvalget. Organisasjonene har foreslått til sammen 13 kandidater, seks av disse sitter i dagens brukerutvalg og kan reoppnevnes for ny periode. Det er gjennomført samtaler med alle innmeldte kandidater og medlemmer pr i dag.

Sammensetning av brukerutvalget er beskrevet i brukerutvalgets mandat og skal ta hensyn til:

- *Medlemmer i brukerutvalget skal selv ha erfaring som pasient- og/eller pårørende og ha tilknytning til foretakets geografiske og faglige virksomhetsområde.*
- *Sammensetningen av brukerutvalget må gjenspeile bredden i helseforetakets virksomhet gjennom balansert representasjon fra somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer.*
- *Det skal legges vekt på representasjon fra brukergrupper med erfaring innen kreftomsorgen, pårørendeperspektivet med særlig vekt på foreldre til syke barn, samt representasjon fra eldre og etniske minoriteter.*
- *Alminnelige prinsipper for kjønnsmessig representasjon skal ivaretas. Aldersmessig og geografisk representasjon ivaretas i størst mulig grad.*
- *Ved oppnevning av nytt brukerutvalg skal både hensynet til kontinuitet og fornyelse ivaretas. Både små og store organisasjoner skal være representert.*

Ny sammensetning av Vestre Vikens Brukerutvalg foreslås:

Navn	Organisasjon	Oppnevnt periode
Rune Kløvtveit	SAFO, NHF og Blindeforbundet	2025-2027
Gudrun Breistøl	FFO Viken Mental helse	2025-2027
Christine Martinsen	RIO	2025-2027
David Hemmingsen	Kreftforeningen	2025-2027
Jan Helge Tuv	FFO Viken, Norsk forening for slagrammede	2025-2027
Toril Naper Hauge	Pensjonistforbundet	2025-2027
Jan Ørum Uldall Søres Leth Christensen	SAFO, Angstforeningen	2025-2027
Gro Iren Johnsen Stenberg (permisjon)	FFO, Autismeforeningen	2025-2027
Cathrine Amanda Blisten Johansen	SAFO, NHF og Landsforeningen for ryggmarksskadde	2025-2027

Administrerende direktørs vurderinger

Etter en helhetlig vurdering foreslås oppnevning av ovennevnte personer som medlemmer i brukerutvalget for perioden 2025-2027:

Ny sammensetning av Vestre Vikens Brukerutvalg foreslås:

- Rune Kløvtveit
- Gudrun Breistøl
- Christine Martinsen
- David Hemmingsen
- Jan Helge Tuv
- Toril Naper Hauge
- Jan Ørum Uldall Søres Leth Christensen
- Gro Iren Johnsen Stenberg (permisjon)
- Cathrine Amanda Blisten Johansen

Vedlegg:

1. [Retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå i helseforetak](#)

Brukermedvirkning på systemnivå i helseforetak

Retningslinjer for

- Mandat
- Oppnevning og konstituering
- Arbeidsform

HELSE ● ● ● VEST
● ● ●
HELSE ● ● ● NORD
● ● ●

HELSE ● ● ● SØR-ØST
● ● ●
HELSE ● ● ● MIDT-NORGE
● ● ●

REVISJONSHISTORIE

Revisjon nr.	Revisjonsdato	Endringer	Revidert av
1.0	10.01.2017		Arbeidsgruppe
2.0	07.11.2023	Tekst sendt på høringsrunde	
2.1	Våren 2024	Revidering etter innspill fra høring	Arbeidsgruppe
2.2	August 2024	Revidering etter vurderinger fra interregionalt eierdirektørmøte	Eierdirektører
2.3	Oktober 2024	Revidering etter behandling i AD-møtet	AD-er
		Styrebehandlet og godkjent	

INNHold

Revisjonshistorie	1
Definisjoner	3
Innledning.....	4
1. Prinsipp for brukermedvirkning	5
2. Retningslinjer for brukerutvalg	6
3. Mandat for brukerutvalg.....	7
3.1 Brukerutvalg skal bidra til å oppnå.....	7
3.2 Brukerutvalgets oppgaver er å	7
4. Arenaer for brukermedvirkning	8
4.1 Møter.....	8
4.2 Deltakelse i prosjekt, råd og utvalg.....	8
5. Brukerutvalgets sammensetting.....	9
5.1 Nominasjon.....	9
5.2 Oppnevning	10
5.3 Arbeidsutvalg.....	10
6. Arbeidsform og administrasjon av brukerutvalget	11
7. Kompetanse	12
8. Forventninger til medlemmer i brukerutvalg	13
9. Habilitet og konfidensialitet	14
10. Økonomi	15
Vedlegg 1 – Uttrekk fra lover og vedtekter	16
Vedlegg 2 - Taushetserklæring.....	18
Vedlegg 3 - Honorering	19

DEFINISJONER

I dette dokumentet forstås dersom ikke annet er presisert:

«Helseforetak» anvendes både om regionale helseforetak, felleseide helseforetak og heleide helseforetak. Særskilte føringer for brukermedvirkning til de felleseide helseforetakene er tydeliggjort i retningslinjene der dette er relevant.

«Brukernes erfaringskompetanse» og «brukerkompetanse» benyttes synonymt. Slik kompetanse innehas slik vi forstår det i dette dokumentet, av personer med egne erfaringer som pasienter og pårørende, fortrinnsvis i spesialisthelsetjenesten. Personer med brukerkompetanse har gjennom dialog med andre i samme situasjon (vanligvis i brukerorganisasjoner) vært gjennom en prosess hvor personlige erfaringer er bearbeidet slik at de blir omgjort til generalisert kompetanse.

En viktig presisering er forskjellen på en brukermedvirker og en erfaringskonsulent. Brukermedvirkning på systemnivå handler om å bruke sin bearbeide generaliserte kompetanse gjennom deltakelse, innflytelse og evaluering av helse- og omsorgstjenestens beslutninger. En erfaringskonsulent er ansatt direkte i tjenestene på bakgrunn av egenerfaring med å benytte tilsvarende tjenester.

INNLEDNING

I lovgrunnlag, vedtekter, oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene og i styringsdokument fra de regionale helseforetakene til foretakene er det lagt til grunn at det skal etableres gode systemer for brukermedvirkning på ulike nivå. På (strategisk) systemnivå skjer slik medvirkning i hovedsak gjennom brukerutvalg. I protokoll fra foretaksmøte mellom Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene den 7. januar 2015 ble følgende oppdrag gitt:

«Punkt 3.5.2 Fellesretningslinjer for brukermedvirkning

Helseforetakene har ulike rutiner og praksis for brukermedvirkning på systemnivå. Dette gjelder for eksempel for rutiner ved oppnevning brukerutvalg og brukermedvirkning i styret. Brukermedvirkning på systemnivå er et viktig virkemiddel for å sikre at pasienter og pårørende stemmer blir hørt i pasientens helsetjeneste. Prinsipper og rutiner for brukermedvirkning bør derfor være enhetlig på tvers av helseforetak.»

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å etablere felles retningslinjer og enhetlig praksis for brukermedvirkning på systemnivå for regionale helseforetak innen 1. juni 2015. Arbeidet forutsettes å skje i samarbeid med de regionale brukerutvalgene.

I protokoll fra foretaksmøte mellom Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetak 12. januar 2016 ble følgende oppdrag gitt:

«Punkt 3.2.4 Etablering av ungdomsråd

Brukermedvirkning er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven og i helseforetaksloven. Regjeringen ønsker mer enhetlig praksis ved oppnevning av brukerutvalg og brukermedvirkning i styrene. Det er derfor stilt krav om etablering av felles retningslinjer for brukermedvirkning for regionale helseforetak og helseforetak. Det er ønskelig at retningslinjene også har bestemmelser om at alle helseforetak skal etablere ungdomsråd.

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om at det i felles retningslinjer for brukermedvirkning for regionale helseforetak og helseforetak tas inn bestemmelser om at alle helseforetak skal etablere ungdomsråd.

Retningslinjene kan være veiledende for private ideelle sykehus med driftsavtale.

De felleseide helseforetakene er i oppdragsdokument for 2024 bedt om å etablere hensiktsmessige strukturer for brukermedvirkning:

Helseforetaket må påse at det er etablert systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaring og synspunkter der dette er relevant, i tråd med helseforetaksloven § 35.

Felles retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå, vedtatt av styrene i de regionale helseforetakene, skal tilpasses virksomheten i det felleseide helseforetaket.

Forslaget til retningslinjer, som skal være et felles minstemål for brukermedvirkning på systemnivå, er utarbeidet i samarbeid mellom de regionale helseforetakene og lederne i de regionale helseforetakenes brukerutvalg.

1. PRINSIPP FOR BRUKERMEDVIRKNING

- A. Brukerutvalget skal representere alle pasienter og pårørende i helseforetakets virksomhets- og opptaksområde.
- B. Brukerrepresentantenes erfaringskompetanse er likeverdig med helsefaglig og administrativ kompetanse, og er relevant på alle nivå i helsetjenesten.
- C. To representanter fra brukerutvalget, hvorav den ene er brukerutvalgets leder, møter i styremøtene og styreseminarene som observatør med tale- og forslagsrett. Brukerrepresentantene har plass ved styrebordet.¹
- D. Observatører til styremøtet fra brukerutvalgene deltar på styreseminar på lik linje med øvrige styremedlemmer.
- E. Brukerrepresentanter må ha bevissthet på sin rolle som representant og ha et bearbeidet forhold til egne brukererfaringer.
- F. Brukerutvalget skal ikke behandle saker om enkeltpasienter.
- G. Helseforetaket skal legge til rette for brukermedvirkning:
 - a. Det skal skje gjennom at brukerrepresentanter gis reell innflytelse, og at brukerkompetansen blir benyttet ved planlegging, beslutning, gjennomføring og evaluering.
 - b. Brukersynspunkt skal fremkomme i rapportering etter plan- og meldesystemet.
(jf. [helseforetaksloven §34](#) og [vedtekter for regionale helseforetak § 14](#))
 - c. Det skal etableres ungdomsråd ved alle sykehusforetak.
 - d. Brukermedvirkning skal honoreres etter vedtatte satser.

¹ For de felleseide helseforetakene presiseres det at *krav til brukerrepresentasjon i styret bare er tatt inn i vedtektene for Pasientreiser HF.*

2. RETNINGSLINJER FOR BRUKERUTVALG

- A. Retningslinjene for brukermedvirkning på systemnivå vedtas i de regionale helseforetakenes styrer.
- B. Antall medlemmer i brukerutvalget skal vedtas i styret, i henhold til punkt 5.1 og 5.2.
- C. Brukerutvalgets funksjonsperiode er to år.
- D. Medlemmer skal som hovedregel ikke oppnevnes for mer enn tre perioder sammenhengende, det vil si seks år. Ved særlige utfordringer med hensyn til å sikre kontinuitet og riktig sammensetning av brukerutvalget, kan medlemmer unntaksvis oppnevnes for flere perioder.
- E. Sammensetningen av brukerutvalget skal gjenspeile helseforetakets virksomhets- og opptaksområde.

3. MANDAT FOR BRUKERUTVALG

3.1 BRUKERUTVALG SKAL BIDRA TIL Å OPPNÅ

- A. gode og likeverdige helsetjenester, ref. [Helseforetaksloven](#) og [menneskerettighetene](#).
- B. god samhandling og helhetlige pasientforløp.
- C. god medvirkning fra pasienter, pårørende og deres organisasjoner.
- D. samarbeid mellom brukerutvalg.

3.2 BRUKERUTVALGETS OPPGAVER ER Å

- A. være et rådgivende organ for styret og administrerende direktør i saker på systemnivå, som angår tilbudet til pasienter og pårørende i virksomhet- og opptaksområde.
- B. følge med på helseforetakets årshjul og bidra i mål- og strategiarbeid, hovedprosesser, forbedrings- og omstillingsprosesser og i prosjekt samt medvirke i råd og utvalg i saker som angår tjenestetilbudet.
- C. fremme saker av betydning for brukere, pasienter og pårørende.
- D. avgi høringsuttalelser til relevante planer og utredninger.
- E. møte på helseforetakets styremøter og styreseminarer i henhold til punkt 1C
- F. etter invitasjon, foreslå brukerrepresentanter fra brukerutvalg eller organisasjoner til plan- og prosjektarbeid, råd og utvalg.
- G. etter nærmere behov og avtale, arrangere og/eller delta på relevante konferanser og kurs.
- H. ved behov, samarbeide med andre brukerutvalg, og brukerorganisasjoner og brukerrepresentanter.
- I. ha kontakt med pasient- og brukerombudene.
- J. evaluere egen virksomhet minst en gang i løpet av funksjonsperioden.
- K. gi innspill til helseforetakets årlige melding.
- L. lage årsrapport om egen virksomhet.

4. ARENAER FOR BRUKERMEDVIRKNING

4.1 MØTER

Brukerutvalgsmøtene bør holdes i forkant av helseforetakets ordinære styremøter, slik at brukervalget kan behandle og komme med innspill til aktuelle styresaker før endelig beslutning i styret. Det skal være dialog mellom brukervalget og helseforetaket i styresaker som er av spesiell interesse for brukervalget. Møteform og innretning skal tilpasses den enkelte virksomhet.

I hver helseregion skal det minst en gang i året arrangeres møte mellom representanter fra henholdsvis det regionale brukervalget og brukervalg i regionen. Representanter fra ungdomsrådene kan inviteres til møtet.

Samarbeidet mellom representanter fra de regionale brukervalgene ivaretas gjennom halvårlige møter, hvorav ett av møtene er forbeholdt innspill til oppdragsdokumentet. Representanter fra brukervalg i felleseide helseforetak kan inviteres inn til ett av de halvårlige møtene mellom representanter fra de regionale brukervalgene.

4.2 DELTAKELSE I PROSJEKT, RÅD OG UTVALG

En viktig del av brukervalgets arbeidsoppgaver er å bidra med brukerkompetanse i prosjekt, råd og utvalg i form av deltakelse i arbeids- og styringsgrupper på systemnivå.

Brukerutvalget kan henvende seg til andre brukervalg i regionen evt. brukerorganisasjoner for å få forslag til representanter med relevant erfaringskompetanse til deltakelse i prosjekt, råd og utvalg. Det bør sikres dialog mellom brukervalget og representantene.

5. BRUKERUTVALGETS SAMMENSETTING

Ved oppnevning av nytt brukerutvalg skal både hensynet til kontinuitet og fornyelse ivaretas. Medlemmer i brukerutvalget skal selv ha erfaring som pasient- og/eller pårørende, og ha tilknytning til foretakets virksomhets- og opptaksområde.

Det er opp til hvert enkelt helseforetak å bestemme behov og omfang av vararepresentasjon til brukerutvalgene.

Antall medlemmer besluttes lokalt, bl.a. ut fra foretakets størrelse og kriteriene for sammensetning. Representantene er personlig oppnevnt av helseforetakets styre på bakgrunn av erfaringer, kompetanse, og organisasjonstilknytning. Sammensetningen skal:

- A. gjenspeile helseforetakets virksomhets- og opptaksområde.
- B. bidra til balansert representasjon fra somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- C. bidra til mangfold blant representantene med hensyn til alder, kjønn, bosted og etnisk og flerkulturell bakgrunn. Samiske pasienters rettigheter som urfolk skal ivaretas.
- D. vektlegge pårørendeperspektivet.
- E. bidra til at både små og store organisasjoner skal være representert, slik at utvalget totalt sett har en god forankring i en bredde av organisasjoner.

5.1 NOMINASJON

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO), Samarbeidsforumet av Funksjonshemmedes Organisasjoner (SAFO), Kreftforeningen og organisasjoner som representerer brukere innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) inviteres til å foreslå kandidater.

Det må gjøres kjent at organisasjonene må foreslå flere kandidater enn de kan påregne å få inn i utvalget.

Dersom innkomne forslag ikke tilfredsstillir kriteriene for sammensetning kan andre forespørres, som for eksempel:

- A. For å ivareta eldres særlige behov kan Pensjonistforbundet forespørres.
- B. For å ivareta behovet for flerkulturell representasjon kan aktuelle råd/utvalg i regionen forespørres.
- C. For å ivareta behovet for samisk representasjon kan Sametinget forespørres.
- D. For å ivareta behovet for ung representasjon kan Unge funksjonshemmede forespørres.

I tillegg kan de felleseide helseforetakene henvende seg til de regionale brukerutvalgene for forslag på kandidater.

5.2 OPPNEVNING

Styret i helseforetaket oppnevner brukerutvalgets medlemmer, samt leder og nestleder, etter innstilling fra administrerende direktør på grunnlag av innsendte forslag.

God dialog mellom helseforetaket og organisasjonene sikres i nominasjons- og oppnevningsprosessen. Organisasjonene som foreslår kandidater, skal sende informasjon om relevant kompetanse. Eventuelt intervju og kriterier for sammensetning danner grunnlaget for oppnevning.

5.3 ARBEIDSUTVALG

Det bør etableres arbeidsutvalg på inntil fire personer, minimum bestående av leder og nestleder, som sammen med administrasjonen skal ha særskilt ansvar for å forberede sakslister til brukerutvalgsmøtene, samt sikre brukermedvirkning i aktuelle saker mellom ordinære møter i brukerutvalget. Mandat for arbeidsutvalget utarbeides og vedtas av brukerutvalget.

6. ARBEIDSFORM OG ADMINISTRASJON AV BRUKERUTVALGET

Det skal sikres en god arbeidsform i og tilstrekkelig sekretariatsfunksjon for brukerutvalget, dette gjøres ved blant annet at:

- A. Brukerutvalgsmøtene ledes av utvalgets leder eller nestleder.
- B. Helseforetaket sørger for sekretariatfunksjon, at sakene blir tilstrekkelig opplyst for behandling i brukerutvalget og at innkalling, saksliste og saksdokumenter sendes ut en uke før møtet.
- C. Helseforetaket skal sørge for universell utforming og god tilrettelegging for brukerrepresentantene.
- D. Brukerutvalget forelegges oversikt over årsplaner for styret og planleggings- og rapporteringsarbeidet i helseforetaket som grunnlag for egen årsplan.
- E. Brukerutvalgets møter er i utgangspunktet åpne. Det kan besluttes at møtet skal lukkes der det foreligger et behov for dette.
- F. Brukerutvalgets medlemmer og administrasjonen kan foreslå saker til utvalget.
- G. Helseforetaket møter i brukerutvalget med administrerende direktør og/eller administrerende direktørs representant.
- H. Protokoll, som inneholder brukerutvalgets innspill og vedtak, godkjennes av møteleder og publiseres på helseforetakets nettside.
- I. Brukerutvalget uttaler seg i media gjennom leder eller annet medlem etter avtale med leder.

7. KOMPETANSE

Det er en forutsetning at representantene har god brukerkompetanse.

Helseforetaket skal ved oppnevning av nytt brukerutvalg gi grunnleggende opplæring om helseforetaket og deres hovedoppgaver, lover og rettigheter, styrings- og finansieringssystem samt klargjøre forventninger til brukerutvalget sin rolle.

Brukerrepresentantene oppfordres til å ta nettkurset [Digital grunnopplæring for brukerrepresentanter på systemnivå](#).

Brukerutvalget kan be helseforetaket om mer opplæring om nødvendig.

8. FORVENTNINGER TIL MEDLEMMER I BRUKERUTVALG

Medlemmer i brukerutvalg skal:

- A. prioritere deltagelse og delta aktivt i brukerutvalgsmøter og andre møter/ oppgaver de tar på seg som medlem i brukerutvalget, og sette seg inn i sakene som skal behandles.
- B. bidra til et godt samarbeidsklima i brukerutvalget, og til et godt samarbeid med helseforetaket.
- C. være en tydelig stemme for pasienter og pårørende.
- D. holde kontakt med egen organisasjon og/eller paraplyorganisasjon.
- E. gjøre seg kjent med og følge helseforetakets etiske retningslinjer.
- F. ha bearbeidet personlige erfaringer slik at de blir omgjort til generalisert kompetanse.
- G. levere reiseregninger og evt. krav om møtegodtgjørelse jevnlig i henhold til retningslinje for honorering.

9. HABILITET OG KONFIDENSIALITET

Brukerutvalget er et viktig organ i helseforetaket, og vil i kraft av sin rolle kunne få tilgang til informasjon av sensitiv karakter og kunne påvirke beslutninger som angår helseforetak, private aktører og andre interessenter.

[Forvaltningslovens regler for habilitet](#) gjelder også for medlemmer i brukerutvalg.

Medlem i brukerutvalg skal ikke samtidig være involvert i virksomheter med forretningsmessige interesser i helseforetak.

Medlem i brukerutvalget skal som hovedregel ikke samtidig være ansatt i helseforetak.

Medlem i brukerutvalg skal som hovedregel ikke være medlem i andre brukerutvalg i spesialisthelsetjenesten.

Medlemmer i brukerutvalget undertegner taushetserklæring.

10. ØKONOMI

Brukerutvalgets budsjett vedtas av helseforetaket i forbindelse med helseforetakets årlige budsjettbehandling. Det er opp til hvert enkelt helseforetak å fastsette økonomiske rammer for brukermedvirkning.

Brukermedvirkning på systemnivå skal godtgjøres i henhold til felles nasjonale retningslinjer for honorering.

VEDLEGG 1 – UTTREKK FRA LOVER OG VEDTEKTER

Uttrekk fra Lov om helseforetak

§34. Årlig melding om virksomheten mv. i regionalt helseforetak

Regionalt helseforetak skal hvert år utarbeide en melding om foretaket og foretakets virksomhet som forelegges departementet. Meldingen skal også omfatte de helseforetak som det regionale helseforetaket eier.

Meldingen skal blant annet redegjøre for virksomheten i det foregående år, herunder skal det redegjøres for gjennomføringen av krav departementet har stilt til virksomheten. Meldingen skal inneholde en plan for virksomheten i de kommende år.

Nærmere regler om meldingens innhold og frist for å forelegge den for departementet fastsettes i vedtektene.

§ 35. Pasienters og andre brukeres innflytelse

Regionalt helseforetak skal sørge for at representanter for pasienter og andre brukere blir hørt i forbindelse med utarbeidelse av plan i henhold til § 34 annet ledd annet punktum.

Regionalt helseforetak skal sørge for at virksomheter som yter spesialisthelsetjenester og andre tjenester som hører naturlig sammen med dette, etablerer systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter.

Regionalt helseforetak skal sørge for at den enkelte pasients utvidede rett til bruk av samisk språk i spesialisthelsetjenesten blir ivaretatt, jf. [sameloven § 3-1](#) nr. 4 og [§ 3-5](#).

Uttrekk fra vedtekter for de regionale helseforetak (likelydende i alle regioner)

§ 14 Medvirkning fra pasienter og pårørende

Styret skal påse at pasienters og pårørendes rettigheter og interesser blir ivaretatt, blant annet gjennom et fast samarbeid med deres organisasjoner.

Styret skal også påse at samiske organisasjoner, nasjonale minoritetsorganisasjoner og innvandrersorganisasjoner i helseregionen blir hørt i arbeidet med planlegging og drift av tjenestene.

Styret skal også påse at erfaringer, behovsvurderinger, prioriteringer og synspunkter som innhentes fra pasienter og pårørende og deres organisasjoner, gis en sentral plass i arbeidet med planleggingen og i driften av virksomhetene. Det skal fremgå av oversendelsen av årlig melding at brukerutvalg har fått forelagt meldingen før denne sendes departementet, jf. § 15. 5. Melding fra pasientombudene skal legges ved meldingen til departementet

§ 15 Melding til departementet

Styret skal innen den 15. mars hvert år sende en melding til departementet som omfatter styrets plandokument for virksomheten og styrets rapport for foregående år.

Plandokumentet skal være av strategisk og overordnet karakter og vise hovedtrekkene i virksomhetens fremtidige drift innenfor de rammebetingelser som er gitt av staten som eier og helsemyndighet. Denne delen av plandokumentet vil inngå i vurderings-grunnlaget for behandlingen av de enkelte års statsbudsjett.

Plandokumentet skal videre, med utgangspunkt i vurderinger av eksisterende drift, gi beskrivelse av forventede endringer i befolkningens behov for helsetjenester og i den helsefaglige utviklingen på fagområdene, vise behovet for utvikling og endring av tjenestene og driften av virksomheten og styrets vurdering av ressursbruken for de nærmeste årene, med forslag til finansiering.

Rapporten om virksomheten fra foregående kalenderår skal vise hvordan pålegg og bestemmelser som er gitt i foretaksmøtet eller satt som vilkår for bevilgninger, er fulgt opp. Rapporten skal også vise virksomhetens utvikling i forhold til det regionale foretakets plandokument.

VEDLEGG 2 - TAUSHETSERKLÆRING

Taushetserklæring for brukerutvalgets representanter.

Det følger av helseforetaksloven § 5 og spesialisthelsetjenesteloven § 6-1 at forvaltningslovens bestemmelser om taushetsplikt (§§ 13 til 13e) gjelder for enhver som utfører tjeneste eller arbeid for foretaket. Brukerrepresentanters deltakelse i brukerutvalg mv. innebærer å utføre en tjeneste for et helseforetak/regionalt helseforetak og forvaltningslovens taushetspliktsregler gjelder derfor.

Taushetspliktsreglene bestemmer også at den som utfører tjeneste eller arbeid for foretaket plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han i forbindelse med tjenesten eller arbeidet får vite om:

- A. noens personlige forhold, eller
- B. tekniske innretninger og fremgangsmåter samt drifts- eller forretningsforhold som det vil være av konkurransemessig betydning å hemmeligholde av hensyn til den som opplysningen angår.

Jeg er oppmerksom på at taushetserklæringen også gjelder etter at jeg har sluttet i brukerutvalget. Jeg er kjent med at overtredelse av disse bestemmelsene kan føre til straffeansvar etter straffelovens §§ 209 og 210.

I saker der det kan være tvil om i hvilken utstrekning opplysninger og dokumenter kan diskuteres fritt, skal brukerutvalget selv/medlemmet selv ta dette opp med oppdragsgiver.

Undertegnede forplikter seg til å overholde den lovbestemte taushetsplikten om forhold jeg blir kjent med i min tjeneste som brukerrepresentant i brukerutvalget.

Sted/dato

Underskrift

.....

.....

VEDLEGG 3 - HONORERING

Retningslinje for honorering av brukerrepresentanter

1 Innledning

Retningslinjen gjelder honorering, dekning av reiseutgifter og eventuelt tapt arbeidsfortjeneste av brukerrepresentanter på systemnivå, for deltakelse i prosjekt, råd og utvalg etter oppdrag fra helseforetak.

Formålet med retningslinjen er å klargjøre og informere om hva som honoreres, herunder hva som er å regne som aktivitet som utløser honorar.

Helseforetaket følger statens personalhåndbok for refusjon av utgifter knyttet til reise.

Retningslinjen kan skape presedens for lignende råd og utvalg. Honoraret skal derfor samsvare med alminnelige prinsipper for honorering av verv i offentlig sektor.

[Statens personalhåndbok](#) er utgangspunkt for retningslinjen, med unntak av honorar for reisetid. Reisetid som medfører tapt arbeidsfortjeneste dekkes. Ved forskjeller mellom statens satser og retningslinjen, så gjelder statens satser. Ved tvil om forståelse av retningslinjen skal saken tas opp med helseforetaket i forkant.

Det honoreres for medgåtte timer i møter og evt. forberedelse til møte. Honoraret utløser ikke grunnlag for feriepenger og mottaker inngår heller ikke i helseforetaket sin pensjonsordning.

Brukerrepresentantene er ikke omfattet av helseforetakets ansvar- og ulykkesforsikring.

2 Honorering

2.1 Honorering for brukerrepresentanter i prosjekt, råd og utvalg

Satsene gjelder for 2024.

Brukerrepresentanter får honorering pålydende kr 545,- pr. time for inntil seks timer pr. møtedag. Ved flere møter på samme dag, godtgjøres hvert enkelt møte. Leder får møtegodtgjørelse på kr 721,- pr. time inntil seks timer pr. møtedag for møter som ledes av vedkommende. Digitale møter honoreres etter samme sats.

Ved forfall fra leder, honoreres annen møteleder etter avtale.

Tilsvarende honorering gis for møtende observatører fra brukerutvalget i styret i helseforetaket.

2.2 Møteforberedelse

Brukerrepresentanter som deltar i brukerutvalg/styremøte kan få møteforberedelse i forkant av møter, dette honoreres med kr 545,- pr. time i inntil to timer. Leder kan få

honorar for inntil fire timer for forberedelser til møter som ledes av vedkommende. Krav om møteforberedelse skal avklares i forkant.

2.3 Andre møter og konferanser

Deltagelse på møter og konferanser hvor utgifter til reise, diett og/eller konferanseavgift påløper, skal godkjennes på forhånd av helseforetaket.

Møtehonorerer kan gis for deltakelse hvor brukerrepresentant er en aktiv bidragsyter i h.t. programmet. Honorering kan gis for inntil 6 timer, dette inkluderer forberedelser og evt. etterarbeid. Avtale skal inngås i forkant.

2.4 Dokumentasjonskrav

- Ved krav om honorering for møter skal alltid dokumentasjon vedlegges der møtets varighet fremgår samt eventuell forhåndsgodkjenning for deltakelse.
 - Møter som blir lengre enn planlagt, kan honoreres med inntil 6 timer. Faktisk møtetid skal dokumenteres skriftlig.
- Møter med **fysisk** oppmøte, som varer under to timer, godtgjøres med to timer.

2.5 Reise- og kostgodtgjørelse

- Brukerrepresentanter kan gis reise- og kostgodtgjørelse. Det henvises til helseforetakets eget reglement for reise.
- Ved krav om refusjon av reiseutgifter skal alltid dokumentasjon på utgifter vedlegges. Unntak kan eksempelvis være bompenger, tog- ferjebilletter og piggdekkavgift. (For mer informasjon kontakt helseforetaket)
- Reiser gjennomføres på rimeligste måte. Som hovedregel benyttes offentlig transportmiddel. Brukerrepresentanter gis alminnelig samtykke til å bruke egen bil på reiser i forbindelse med vervet etter regulativets satser.

2.6 Tapt arbeidsfortjeneste

Dersom deltakelsen medfører tapt arbeidsinntekt kan helseforetaket i det enkelte tilfelle samtykke i at det gis erstatning i henhold til statens personalhåndbok. Dette gjelder også for tapt arbeidsfortjeneste i forbindelse med reise til og fra møte.

2.7 Andre legitimerede utgifter

Utgifter til nødvendig ledsager og tolk dekkes når dette er et dokumentert behov og ikke dekkes av andre offentlige instanser. Helseforetaket skal godkjenne ordningen i forkant.

Utgifter til barnepass og andre omsorgsoppgaver dekkes etter forhåndsavtale og det kan kreves dokumentasjon (ref. [statens personalhåndbok 9.11.8 § 8](#)). Refusjon gis ikke når omsorgsperson er en person som normalt har omsorgsforpliktelser.

2.8 Generelle presiseringer

Fly og hotell i forbindelse med reise bestilles av helseforetaket, eller etter avtale.

Kostnader til bruk av telefon/internett m.v. godtgjøres ikke særskilt.

Møtehonorerar utbetales ikke ved sykdom eller annet fravær.

Ved avlysning av planlagte møter gis det som utgangspunkt ikke honorar, hvis ikke annet avtales.

Refusjonskrav skal sendes så snart som mulig, fortrinnsvis innen en måned etter at reisen/møtet er avviklet.

Mottaker av honorar for møter og reiser som får trygdeytelser, er selv ansvarlig for å opptre i samsvar med NAV sitt regelverk.

Mottaker av honorar er selv ansvarlig for å sette seg inn i retningslinjen for honorering og i forkant be om eventuelle avklaring.

Ved behov for tilrettelegging eller særlige forhold, kan saken tas opp med helseforetaket.

Referanser:

[Statens personalhåndbok 2024 - Lovdata](#)

Dato: 12. februar 2025
Saksbehandler: Robert Nystuen

Saksfremlegg

Konsernrevisjonens rapport - Omstilling og endringsledelse ved innføring av IKT-løsninger

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	21/2025	24.02.25

Forslag til vedtak

Styret tar rapporten til etterretning, og ber administrerende direktør ta anbefalingene med i videre arbeid med endringsprosesser ved innføring av IKT-løsninger.

Drammen, 17. februar 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Konsernrevisjonens revisjonsrapport 3-2024 omhandler omstilling og endringsledelse ved innføring av IKT-løsninger i Vestre Viken HF. Formål har vært å undersøke om helseforetakene har en strukturert tilnærming til å lede endringer ved innføring av IKT-løsninger. Rapporten er utarbeidet for å evaluere effektiviteten av implementeringsprosessen og identifisere områder for forbedring. Den gir en analyse av utfordringer og suksessfaktorer knyttet til endringsledelse i forbindelse med innføring av nye teknologiske løsninger. Undersøkelsen er gjort ved to helseforetak og det er særskilt sett på arbeidet med innføring av eBehandling.

Saksutredning

I Konsernrevisjonens rapport presenteres konklusjoner og anbefalinger.

Konklusjon fra rapporten

Endringsledelse er nøkkelen for å lykkes i endringsprosesser ved innføring av IKT-løsninger. IKT-løsninger får en stadig viktigere rolle i pasientbehandlingen og for å effektivisere helsetjenesten. Nye løsninger medfører endringer i måten å tenke og jobbe på for å kunne hente ut effektene av innføringen. Dette krever engasjement fra ledere og medarbeidere, riktig ibruktakelse, samt justeringer og optimalisering av arbeidsprosesser og ansvarsforhold.

Rapporten fremhever flere nøkkelområder med anbefalinger som krever oppmerksomhet, blant annet:

Kommunikasjon:

Behov for forbedret kommunikasjon mellom ledelse og ansatte for å sikre forståelse og engasjement. Det anbefales å etablere klare kommunikasjonskanaler og regelmessige oppdateringer for å sikre at alle ansatte er informert om fremdrift og endringer.

Opplæring:

Manglende opplæring og støtte til ansatte i bruk av nye IKT-løsninger. Det bør utvikles et omfattende opplæringsprogram som inkluderer både grunnleggende og avanserte kurs. Opplæringen bør være tilgjengelig i ulike format, som e-læring, workshops og veiledning på arbeidsplassen. Det er også viktig å tilby kontinuerlig støtte og oppfølging.

Ressursallokering:

Utilstrekkelig ressurser allokert til endringsprosessen, noe som har ført til forsinkelser og ineffektivitet. Det bør gjennomføres en grundig vurdering av ressursbehovet for å sikre tilstrekkelig finansiering og bemanning. Dette kan innebære å omfordele eksisterende ressurser eller søke ekstra midler. Det er også viktig å ha en dedikert prosjektgruppe som kan fokusere på implementeringen.

Kultur:

Motstand mot endring blant ansatte, som kan hindre vellykket implementering. For å adressere denne motstanden, bør det legges vekt på å bygge en positiv endringskultur. Dette kan inkludere å involvere ansatte tidlig i prosessen, anerkjenne og belønne positiv atferd, og skape en åpen dialog om utfordringer og bekymringer. Det kan også være nyttig å gjennomføre workshops og teamaktiviteter for å styrke samholdet og tilliten i organisasjonen.

Rapporten gir ytterligere detaljerte anbefalinger for å adressere disse utfordringene, inkludert økt fokus på opplæring, bedre kommunikasjon og mer ressurser til endringsledelse.

Administrerende direktørs vurderinger

Rapporten peker på grunnleggende forhold som vedrører vår evne og kapasitet til endring og utvikling, ikke bare med hensyn til å ta bruk og hente ut effekter av nye IKT-løsninger.

Anbefalingene fra rapporten vil følges videre opp som del av bærekraftsplanen i Vestre Viken. Systematisk opplæring i endringsledelse er en integrert del av dette arbeidet. Administrerende direktør anbefaler at styret tar rapporten til etterretning.

Vedlegg:

1. Oversendelse av revisjonsrapport
2. Revisjonsrapport 3-2024 Omstilling og endringsledelse ved innføring av IKT-løsninger

Adresseinformasjon fylles inn ved ekspedering. Se mottakerliste nedenfor.

Vår referanse:
19/01000-5

Deres referanse:

Dato:
30.01.2025

Saksbehandler:
Signe Sagabraaten

Oversendelse av revisjonsrapport

Vedlagt følger rapport 3-2024 fra revisjonen *Omstilling og endringsledelse ved innføring av IKT-løsninger*.

Revisjonens formål har vært å undersøke om helseforetakene har en strukturert tilnærming til å lede endringer ved innføring av IKT-løsninger. Dette innebærer å skape oppslutning om ønskede endringer og utvikling, og planlegge og gjennomføre endringer i organisasjonen. Hensikten har vært å kartlegge og vurdere ulike erfaringer ved innføring av løsningen eBehandling i regionen, for å bidra til læringspunkter for senere innføringer.

Revisjonen er gjennomført i Sykehuset Innlandet HF og Akershus universitetssykehus HF. Det er utarbeidet og oversendt en felles rapport for helseforetakene som er involvert.

Revisjonen peker på tiltak som vil kunne øke sannsynligheten for vellykkede innføringer av IKT-løsninger. Rapportens læringspunkter og anbefalinger er rettet mot de reviderte helseforetakene, men vi oppfordrer også hvert enkelt helseforetak til å gjennomgå egen praksis og opp mot læringspunkter. Videre anbefaler vi at de identifiserte læringspunktene legges til grunn for ledelse og gjennomføring av fremtidige omstillinger og endringer ved innføring av IKT-løsninger i Helse Sør-Øst.

Rapporten sendes styret som overordnet ansvarlig for helseforetakets styring og kontroll, og til administrerende direktør som har det utøvende ansvaret. Vi ber om at rapporten legges frem som sak til etterretning i helseforetakets styre.

Ved spørsmål til revisjonsrapporten kan oppdragsleder Signe Sagabraaten kontaktes på e-post signe.sagabraaten@helse-sorost.no eller telefon 416 90 503.

Med vennlig hilsen
Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst



Espen Anderssen
konsernrevisor

Signe Sagabraaten
internrevisor

Mottakere:

SYKEHUSET TELEMARKE HF
SYKEHUSET I VESTFOLD HF
SYKEHUSET ØSTFOLD HF
SØRLANDET SYKEHUS HF
SUNNAAS SYKEHUS HF
SYKEHUSAPOTEKENE HF
OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF
VESTRE VIKEN HF

Kopi til:

Administrerende direktører for aktuelle helseforetak
Styreledere for aktuelle helseforetak

Konsernrevisjonen

Rapport 3/2024

**Omstilling og endringsledelse
ved innføring av IKT-løsninger**

Sykehuset Innlandet HF

Akershus universitetssykehus HF

22. januar 2025

Innhold

1. Bakgrunn og gjennomføring	3
2. Om eBehandling	5
3. Læringspunkter	6
4. Anbefalinger	12
Vedlegg 1 – Informasjonsgrunnlag	13
Vedlegg 2 – Revisjonskriterier	14

1. Bakgrunn og gjennomføring

IKT-løsninger får en stadig viktigere rolle i pasientbehandlingen og for å effektivisere helsetjenesten. Nye løsninger medfører endringer i måten å tenke og jobbe på for å kunne hente ut effektene av innføringen. Dette krever engasjement fra ledere og medarbeidere, riktig ibruktakelse, samt justeringer og optimalisering av arbeidsprosesser og ansvarsforhold.

Nye IKT-løsninger påvirker eksisterende prosesser og menneskene i organisasjonen

Det er behov for å styre og lede de nødvendige endringene for å kunne hente ut mulige effekter ved innføring av nye IKT-løsninger. Endringsledelse handler om å endre adferd på individnivå, gjennom en strukturert tilnærming som tar hensyn til de menneskelige sidene ved organisatoriske endringer. Dette forutsetter en kultur hvor endringer betraktes som forbedringer for å oppnå bedre måloppnåelse og ressursutnyttelse. Samtidig er det avgjørende med tilstrekkelig endringskompetanse, og at det prioriteres ressurser til arbeidet.

Forskning viser at der hvor endringsledelse er dårlig håndtert, lykkes kun 15 prosent.

- McKinsey

En av de største utfordringene ved innføring av nye IKT-løsninger er å få de ansatte med på omstillingen. I større eller mindre grad vil det alltid være medarbeidere og ledere som er skeptiske eller motstandere av den planlagte endringen. Endringsmotstand oppstår når de ansatte opplever å ikke bli involvert eller betrygget underveis. Stadig nye rammebetingelser og effektiviseringskrav kan over tid føre til endringstretthet. Misnøye og kritikk kan lede til forsinket ibruktakelse av nye løsninger og arbeidsprosesser, og redusere antall medarbeidere som engasjerer seg i endringen og tar ny løsning og prosesser i bruk. Likeledes er opplæring og veiledning viktig for at medarbeiderne kan utføre oppgavene på en tilfredsstillende måte.

Konsernrevisjonen har valgt å vurdere helseforetakenes endringsledelse ved å se på innføringen av eBehandling som en case. eBehandling er en regional IKT-løsning for behandling av pasienter innen psykisk helsevern og rus. I perioden etter at eBehandling ble innført, er det blitt stadig færre pasienter som er i behandling ved hjelp av løsningen. Frafall av pasienter underveis i behandlingen er en utfordring. Den største utfordringen er likevel å rekruttere nye pasienter til dette behandlingstilbudet.

Formål og problemstillinger

Formålet med revisjonen har vært å undersøke om helseforetakene har en strukturert tilnærming til å lede endringer ved innføring av IKT-løsninger. Dette innebærer å skape oppslutning om ønskede endringer og utvikling, og planlegge og gjennomføre endringer i organisasjonen. Hensikten har vært å kartlegge og vurdere ulike erfaringer ved innføring av eBehandling i regionen, for å bidra til læringspunkter for senere innføringer.

Følgende problemstillinger er definert for oppdraget:

- I hvilken grad har helseforetakene lagt til rette for en hensiktsmessig endringsledelse ved innføring av IKT-løsninger?
- Har helseforetakene etablert tilstrekkelige prosesser for å forberede, lede og forsterke endringer ved innføring av eBehandling?

Tilnærming

Konsernrevisjonen har kartlagt de viktigste elementene knyttet til endringsledelse. Dette inkluderer sentrale komponenter i styringssystemet, aktiviteter i gjennomføringen av endringsprosessen, samt verktøy og støtte, og forhold knyttet til organisasjon og ledelse. Figuren på neste side gir en oversikt over de ulike aspektene som er undersøkt i revisjonen.



Figur 1: Endringsprosessen og aspekter undersøkt i revisjonen.

Metode

Problemstillingene i revisjonen er belyst ved å gjennomgå relevante dokumenter, og intervju sentrale ledere og nøkkelpersoner.

Omfang og avgrensninger

Konsernrevisjonen har undersøkt hvordan helseforetakene har lagt til rette for en hensiktsmessig endringsledelse gjennom å kartlegge organisering og eierskap ved innføring av IKT-løsninger generelt og særskilt for eBehandling. Vi har også undersøkt hvordan endringsledelse inngår i lederutvikling, samt læringsløyfen basert på tidlige innføring av IKT-løsninger.

For å belyse prosessen for endringsledelse ved innføring av eBehandling har vi undersøkt hvilke forberedende aktiviteter som er gjennomført for å sikre at innføringsplanen og sammensetning av endringsteamet bygger på relevante analyser. Videre har vi undersøkt om det er utarbeidet en kommunikasjonsplan som sikrer eierskap og forankring, tilpasset opplæring for ulike interessenter, samt en gjennomføringsplan for endringsaktivitetene relatert til arbeidsprosesser og roller internt i enhetene. Vi har også undersøkt hvilke tiltak som ble etablert for å følge opp endringsaktivitetene slik at endringene blir en

¹ Rapportering eBehandling Helse Sør-Øst, per 20.04.2024.

² ADKAR-modellen i PROSCI definerer fem steg for å lede medarbeidere gjennom endring; Awareness, Desire, Knowledge, Ability og Reinforcement.

del av de daglige rutine. Bruk av nøkkelpersoner, oppmerksomhet på eventuell motstand, gapanalyser og jevnlig evalueringer er sentrale aktiviteter som også er omfattet av kartleggingen.

Revisjonen er gjennomført ved Sykehuset Innlandet HF (SI) og Akershus universitetssykehus HF (Ahus). Disse to helseforetakene er blant de som har kommet lengst med innføring av eBehandling¹. Behandlingstilbudet innen e-behandling er i dag knyttet til psykisk helsevern. Kartleggingen har omfattet divisjonene for psykisk helsevern, med henholdsvis DPS Lillehammer og DPS Gjøvik, og DPS Follo og DPS Nedre Romerike. Intervjuer er gjennomført med representanter fra foretaksledelsen og linjeledelsen, samt inntaksansvarlige, teamledere, terapeuter og superbrukere.

Revisjonen har ikke omfattet:

- gevinster/effekter og gevinsthåndtering ved innføring av IKT-løsninger
- utvikling og «teknisk» innføring av nye IKT-løsninger
- styring av regionale investeringsmidler til digitaliseringsprosjekter
- endringsstyring på tvers av helseforetakene i regionen.

Revisjonsgrunnlag

Revisjonsgrunnlaget inkluderer relevante lover og forskrifter, rammeverket for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll i Helse Sør-Øst, samt rammeverket for PROSCI endringsledelse, inkludert ADKAR-modellen² for involvering og fasilitering av endringsreisen.

Styringsdokumentet på området gevinst- og endringsarbeid innen IKT-styringssystem for Helse Sør-Øst³, gir føringer om å følge fasene i den standardiserte prosessen for endringsledelse.

Revisjonskriteriene er vist i vedlegg 2.

³ Versjon 1.0, godkjent 20.09.2021.

2. Om eBehandling

eBehandling er en regional IKT-løsning som bidrar til å øke tilgangen til evidensbasert psykologisk behandling ved hjelp av teknologi, fremmer en aktiv pasientrolle og bruk av terapeutressursene på en mer effektiv måte.

Økt tilgjengelighet og bedre ressursutnyttelse

I sykehustalen 2020 viste daværende helseminister til e-behandling som et godt eksempel på «pasientens helsetjeneste», og ga tydelige signaler om å ta i bruk denne type behandlingstilbud. Helse Sør-Øst RHF har gjennom oppdragsdokumenter til helseforetakene fulgt opp med forventninger om økt bruk av teknologi til nettbasert behandling og støtte i arbeidsprosessene.

E-behandling er kunnskapsbasert behandling via en digital plattform til pasienter og pårørende i spesialisthelsetjenesten. Tilbudet er behandlerveiledet og omfatter blant annet tekst, video, øvelser og kartlegginger. Behandlingstilbudet er tidligere kjent som veiledet internettbehandling eller eMestring, og ble godkjent som behandlingsmetode i Beslutningsforum for nye metoder i 2019.

Løsningen ble innført i Helse Sør-Øst i 2020/2021. Det regionale behandlingstilbudet omfatter depresjon, sosial angst og panikk lidelse. Flere behandlingsprogrammer kommer. Terapeutene i SI som jobber med e-behandling er sentralisert i et team i divisjon for psykisk helsevern, mens Ahus har valgt en desentralisert organisering med terapeuter i team ved hvert av DPS-ene.

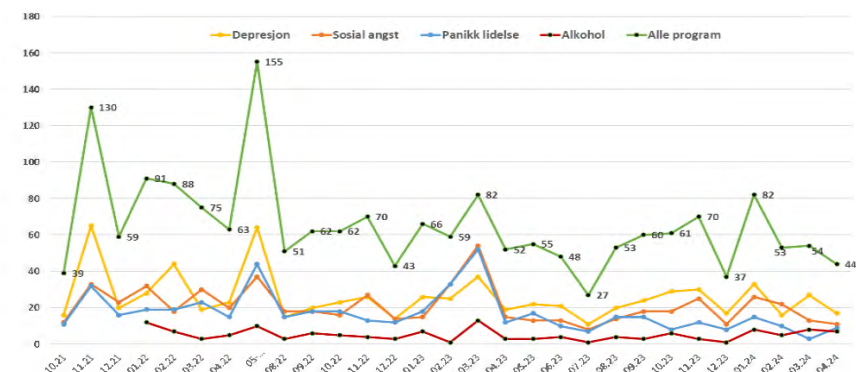
E-behandling ble tatt i bruk i Helse Bergen HF i 2012/ 2013. Erfaringen er at behandlingsformen gir bedring i symptomer hos et flertall av pasientene⁴. Behandlingen er mindre tid-, ressurs- og personellkrevende enn ansikt-til-ansikt-behandling, og rutinemessig tilbud om e-behandling til egnede pasienter vil bidra til å redusere antall pasienter som venter på å komme til behandling.

⁴ Forenkle og forbedre, Rapport fra ekspertutvalg for tematisk organisering av psykisk helsevern, høsten 2023.

Fra 1. juli til medio november 2024 var systemet eBehandling ute av drift i forbindelse med overgang til ny leverandør. Inntaket av nye pasienter til e-behandling stoppet opp, og pasientene som var til e-behandling ble ivaretatt i en alternativ løsning.

Utfordringer med å rekruttere nye pasienter

Etter den regionale innføringen i 2020/2021 har frafall av pasienter til behandlingstilbudet vært en utfordring. Særlig utfordrende har det vært at rekrutteringen av nye pasienter har gått betydelig ned. Figuren under viser utviklingen i regionen for programmene samlet og enkeltvis. I februar 2022 var det 447 aktive pasienter til behandling, mot 177 i mars 2024. Ved utgangen av mars 2024 har det vært i underkant av 2 000 pasienter til behandling i Helse Sør-Øst.



Figur 2: Antall startede pasienter til e-behandling per program per måned i Helse Sør-Øst. Kilde: Regional forvaltning eBehandling, Helse Sør-Øst v/Sykehuset i Vestfold HF.

3. Læringspunkter

Endringsledelse er nøkkelen for å lykkes i endringsprosesser ved innføring av IKT-løsninger

Innføring av IKT-løsninger medfører endringer både i teknologi og organisasjon. Å ta i bruk en ny IKT-løsning og endre organisasjonen er imidlertid ikke tilstrekkelig i seg selv til å kunne hente ut effektene av innføringen. Menneskene i organisasjonen må endre seg – måten å tenke på og jobbe på.

Det er viktig å erkjenne kompleksiteten i skjæringspunktet mellom teknologi og det sosiale knyttet til mennesker. Teknologi, arbeidsoppgaver, rutiner og organisasjonsstrukturer spiller sammen.

For å lykkes med innføring av nye IKT-løsninger må medarbeidernes behov for trygghet balanseres med behovet for tilpasninger til endrede betingelser. Det er særlig tre faktorer som påvirker resultatet:

- hvor fort medarbeiderne tar i bruk den nye løsningen og tilhørende arbeidsprosesser (adopsjonshastighet)
- hvor mange medarbeidere som engasjerer seg i endringen og viser at de er med og tar i bruk løsningen og arbeidsprosesser (brukerandel)
- hvor godt medarbeiderne utfører de nye oppgavene (ferdigheter).

Konsernrevisjonen har kartlagt og vurdert erfaringer ved innføring av eBehandling i Helse Sør-Øst. Undersøkelsene viste at helseforetakene kan ha god nytte av å legge bedre til rette for en hensiktsmessig endringsledelse ved innføring av IKT-løsninger. Videre viste kartleggingen at helseforetakene i mindre grad hadde etablert tilstrekkelige prosesser for å forberede, lede og forsterke endringene som følger av innføringen. Basert på undersøkelser i Sykehuset Innlandet HF (SI) og Akershus universitetssykehus HF (Ahus) er det etter vår vurdering særlig åtte læringspunkter som vil kunne øke sannsynligheten for vellykkede innføringer av IKT-løsninger. I det følgende er hvert av læringspunktene begrunnet ut fra våre observasjoner og anerkjent teori og praksis.

Følgende tiltak vil kunne øke sannsynligheten for vellykkede innføringer av IKT-løsninger:

1. Ta i bruk endringsledelse for å styre prosessen
2. Analyser, planlegg og etabler endringsteam
3. Kommuniser behovet for endring
4. Skap nødvendig handlingsrom
5. Forstå og juster berørte arbeidsprosesser
6. Forebygg og håndter skepsis og motstand
7. Stå løpet ut og bruk endringsagenter
8. Forankre i ledelse og strategier

1. Ta i bruk endringsledelse for å styre prosessen

Endringsledelse er en viktig disiplin innen organisasjonsutvikling med oppmerksomhet på å håndtere og styre endringsprosesser. Endringsledelse er en tilnærming som tar sikte på å lede enkeltpersoner, grupper og organisasjoner fra nåværende tilstand til en ønsket fremtidig tilstand på en systematisk og strukturert måte. Det handler om å forstå dynamikken og de særskilte utfordringene knyttet til endringsprosesser, og å implementere effektive strategier og verktøy for å lette overgangen.

En forutsetning for å benytte endringsledelse er at organisasjonen har et system og en kultur for å bygge endringskompetanse. Med det mener vi innsikt i endringsprosesser og aktuelle verktøy, og forståelse for den aktuelle situasjonen, samtidig som det er evne og vilje til å gjennomføre endringen.

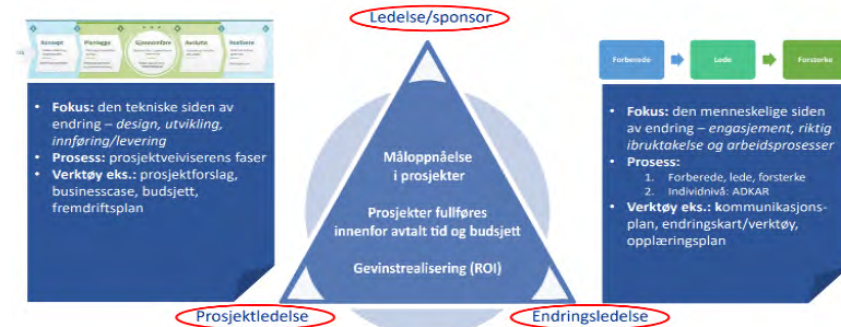
Kartleggingen viser at SI de senere år har styrket lederopplæringen relatert til ledelse av endring. Endringsledelse er en del av lederopplæringen på alle nivå. Den siste av fem moduler i lederutviklingsprogrammet handler om å være

endringsleder. Flere av informantene har deltatt på lederutviklingsprogrammet. De opplyser å ha lært mye, men at det er utfordrende å holde kunnskapen vedlike og omsette den i praksis. Det blir også uttalt at flere må ha samme kunnskap for å kunne endre praksis i divisjonen.

Videre viser kartleggingen at det er lite systematisk bruk av endringsledelse i begge helseforetakene. Det vurderes ikke om endringer skal styres gjennom en endringsprosess. Samtidig fremstår det som at det er etablert en god kultur for omstilling og endringsarbeid. SI legger en overordnet rolle- og ansvarsfordeling og forbedringsmodellen til grunn ved endringsarbeid, mens Ahus viser til prosjektmetodikken og forbedringsmetodikken. Prosjektmetodikken bygger på Prosjektveiseren, og forbedringsmodellen/-metodikken i pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/7». Disse rammeverkene ivaretar ikke i tilstrekkelig grad det menneskelige aspektet, som ligger i endringsledelse, på en systematisk måte.

Basert på kartleggingen knyttet til innføring av eBehandling ser vi at det er behov for større bevissthet om endringsledelse som disiplin. Å bruke en metodisk tilnærming for å ivareta ledere og medarbeidere som berøres av endringen, vil øke muligheten for å hente ut effektene av endringen på en rask og effektiv måte.

Ved å bruke prinsipper og metoder fra endringsledelse kan organisasjoner bedre forstå de menneskelige, strukturelle og kulturelle aspektene ved endring. Dette bidrar til å skape en sterkere endringskapasitet og øke sannsynligheten for at endringene blir godt akseptert og implementert. Det er flere teoretiske perspektiver på endringsledelse. IKT-styringssystem for Helse Sør-Øst gir føringer om å bruke PROSCI endringsledelse, inkl. ADKAR. ADKAR-modellen belyser hvordan den enkelte medarbeider opplever endring, og betydningen av individuell omstilling for en helhetlig vellykket endring.



Figur 32: Endringstrekanten og rammeverket for den tekniske og menneskelige siden av endring, henholdsvis Prosjektveiseren og PROSCI endringsledelse, inkl ADKAR.

Figuren over illustrerer endringstrekanten med elementer som er nødvendig for at endringsprosjekter skal lykkes, med rammeverk som ivaretar den tekniske og den menneskelige siden ved innføring av IKT-løsninger.

2. Analyser, planlegg og etabler endringsteam

En strukturert tilnærming til endringsaktivitetene, med tydelige roller og ansvar, er viktig for et målrettet og forutsigbart endringsarbeid. Detaljnivå og formalisering må tilpasses omfanget av den planlagte endringen.

Kartleggingen viser at divisjonsledelsen i begge de kartlagte helseforetakene valgte å etablere et team bestående av motiverte fremtidige e-terapeuter. Det var imidlertid ikke en del av teamenes oppgave å arbeide med planmessige endringer eller omlegging av pasientstrømmer og arbeidsprosesser, herunder de menneskelige sidene knyttet til innføringen. Det ble valgt ut teamledere som i ulik grad har utført oppgaver innen kommunikasjon, opplæring og koordinering blant e-terapeutene.

For å bidra til tydelige roller og ansvar bør endringsarbeid av et visst omfang gjennomføres som et prosjekt hvor et endringsteam har mandat og støtte fra øverste ledelse, på lik linje med en prosjektleder. Sammensetningen bør sikre god faglig forankring, og kompetanse til å forberede og gjennomføre de nødvendige endringsaktivitetene i samarbeid med linjeledelsen.

Samtaler i begge de kartlagte helseforetakene viser at det er gjort enkelte vurderinger før innføring av eBehandling. Imidlertid er det i liten grad gjennomført systematiske analyser som grunnlag for innføringen. Det er heller ikke utarbeidet en plan som viser helheten i endringene for medarbeiderne. En plan for opplæring i bruk av selve løsningen og i kognitiv terapi ble riktig nok utarbeidet og gjennomført av det regionale innføringsprosjektet. Flere av informantene erkjenner at analyser, mål og planer hadde vært nyttig for å kunne følge opp arbeidet, og bidra til oppmerksomhet om endringene.

Rammeverket for PROSCI endringsledelse anbefaler å starte med å analysere hvor godt forberedt organisasjonen er på å ta imot og håndtere endringene som følge av innføringen. Vurderingene gir viktig informasjon om utfordringer og hvordan risikoene bør håndteres. Basert på analysene bør det utformes en helhetlig plan for innføringen og målrettede tiltak knyttet til kommunikasjon, opplæring og for de enkelte endringsaktivitetene. Dette vil gi et godt grunnlag for å følge opp og justere arbeidet i tråd med målsettingen.

For å få frem behovet for de nødvendige endringsaktivitetene bør det gjennomføres analyser av:

- ledelsens betydning – endringens rammevilkår, dvs. de tre elementene i endringstrekanten, jf. figur 3
- organisasjonens modenhet og endringens karakter
- hvem som berøres av endringen og hvordan.

En aktiv og synlig ledelse er sentralt også i endringsprosesser. Det er derfor viktig å kjenne gruppen av lederkrefter, og hvilken lederstøtte som er nødvendig. Kunnskap om hvordan de ansatte opplever behovet for endring, tidligere erfaringer knyttet til innføring av IKT-løsninger og kapasitet er avgjørende for en god innføring. Dessuten er det viktig å erkjenne hvilken endringskompetanse ledere og medarbeidere har.

Det er viktig å forstå og planlegge ut fra omfanget av endringen. Det handler om hvor mange og hvem som blir berørt, og i hvilken grad endringen treffer den enkelte medarbeider og leder. ADKAR-modellen setter den enkelte medarbeider i sentrum og bygger på hvordan den enkelte eller en gruppe stiller seg til planlagte endringer, jf. læringspunkt 6.

3. Kommuniser behovet for endringer

Det viktigste for medarbeiderne ved endring er å forstå virksomhetens begrunnelse for endring. Studier viser at ansatte ønsker å få budskap om organisatoriske og strategiske endringer fra sine ledere.

Kartleggingen viser at det regionale innføringsprosjektet utarbeidet en overordnet kommunikasjonsplan for ulike målgrupper internt og eksternt, med kommunikasjonsmål og plassering av ansvar. Ahus operasjonaliserte planen, og det var primært koordinatoren for e-behandling som sto for kommunikasjonen i samhandling med avdelingsledelsen. Informantene opplyser at det i hovedsak var god kommunikasjon internt. SI benyttet innledningsvis assisterende divisjonsdirektør til å kommunisere om e-behandling. Senere har lederen for behandlingsteamet overtatt oppgaven internt i helseforetaket.

I samtaler i begge helseforetakene blir det pekt på hvor viktig det er at slike endringer er på dagsordenen og at behovet for endring stadig gjentas. Flere avdelings- og seksjonsledere opplyser at de er opptatt av å skape forståelse for endringene ved å fortelle hvorfor det er behov for endringer og hva organisasjonen skal oppnå. Videre er de opptatt av å formidle hva endringen vil bety for den enkelte medarbeider.

Flere av informantene anfører imidlertid at mer målrettet kommunikasjon til fastleger, men også ut til publikum via brukerorganisasjoner og ulike medier, vil kunne øke tilgangen av pasienter til behandlingstilbudet.

eBehandling ble mye top-down. Dette er viktig for myndighetene og ledelsen, men terapeutene har ikke helt tro på det. Det ble litt frivillig.

– Avdelingsleder

Et læringspunkt etter vår kartlegging av innføring av e-behandling er å være bevisst på kommunikasjon som et sentralt virkemiddel i endringsprosesser. For å øke adopsjonshastigheten og brukerandelen bør det utarbeides en kommunikasjonsplan for identifiserte målgrupper med tilpasset budskap, hvem som skal kommunisere hva og når, samt kommunikasjonsform og -kanal.

Øverste ledelse må skape en forståelse av behovet for endring ved å formidle hva som skal endres, hvorfor og risikoen ved å ikke gjøre endringer. Ledere på lavere nivå må fortelle medarbeiderne hvordan de påvirkes av endringen. En hovedregel er dessuten at budskapet må gjentas flere ganger før det fester seg.

4. Skap nødvendig handlingsrom

En forutsetning for å kunne gjøre endringer er at det er frigjort kapasitet til å planlegge og gjennomføre selve endringsarbeidet. Det handler om å prioritere hva ressursene skal anvendes til.

Kartleggingen viser at endringsarbeid ofte kommer i tillegg til øvrige oppgaver, og at det sjelden settes av egne midler til nødvendige tiltak. Det er ledere på laveste nivå som i stor grad må gjøre prioriteringene. Omdisponering av ressurser i en hardt presset enhet skaper ofte misnøye og utfordrer seksjonsledernes evne til å prioritere.

Heller ikke lederne var nødvendigvis så positive. De sto jo i en prioriteringsskvis.

– Avdelingsleder

I forbindelse med innføringen av eBehandling ble det i begge helseforetakene satt av egne ressurser til e-behandling, men disse var i all hovedsak knyttet til selve pasientbehandlingen i det nye tilbudet, og ikke til endringsarbeid som sådan.

Det å prioritere tid og personell til nødvendige endringsaktiviteter, og sette av økonomiske midler, skaper handlingsrom og gir samtidig et signal om betydningen av arbeidet.

5. Forstå og juster berørte arbeidsprosesser

Nye IKT-løsninger skal understøtte virksomhetens arbeidsprosesser og pasientforløp. For å kunne utnytte potensialet ved innføring av nye løsninger er det viktig å forstå hvordan prosesser og ansvars-/oppgavefordeling påvirkes av nye løsninger, og hvilke muligheter for å effektivisere arbeidet som oppstår.

Kartleggingen viser at ingen av de kartlagte helseforetakene planla tiltak for å undersøke og optimalisere de berørte arbeidsprosessene. Dette på tross av at det har kommet fram at det er behov for å endre pasientstrømmen for å sikre bedre utnyttelse av eBehandling. Innføringen handlet i hovedsak om å om-disponere ressurser til et nytt behandlingstilbud og å ta i bruk et nytt system. Ved DPS Lillehammer ble e-behandling innlemmet i eksisterende pasientforløp og rutiner.

Videre viser kartleggingen at tiltak for å forbedre arbeidsprosesser og pasientflyt først er kommet som følge av sviktende rekruttering av pasienter til behandlingstilbudet. DPS Lillehammer startet i første del av 2024 et pilot-prosjekt med omlegging av arbeidsprosessene for å øke andelen pasienter til e-behandling. Ahus har i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett høsten 2024 etablert et prosjekt som skal se på muligheten for å bredde eBehandling, i tillegg til at det er satt i gang et initiativ ved DPS Follo for å få pasientene raskere til behandlingstilbudet.

Basert på kartleggingen ser vi at det er behov for sterkere oppmerksomhet om både konsekvensene og mulighetsrommet ved fremtidige innføringer av IKT-løsninger. Det er viktig å erkjenne at arbeidet med innføringen av nye IKT-løsninger er todelt. Det handler både om innføring av en teknisk løsning og optimalisering av arbeidsprosesser. Dette må henge sammen for å kunne ta ut effektene. En analyse av omfanget og påvirkningen av endringene i arbeidsflyt og rutiner vil gi et godt grunnlag for videre planlegging. Dette bør inngå i forberedelsene til gjennomføringen av endringene, jf. læringspunkt 2.

6. Forebygg og håndter skepsis og motstand

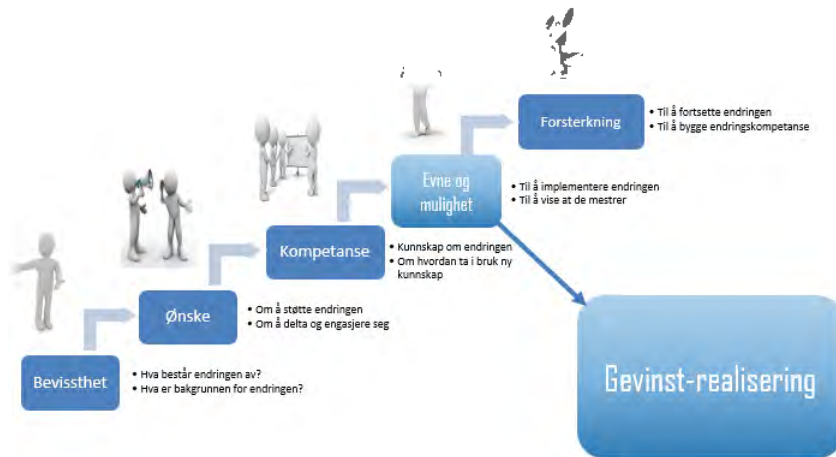
Det faktiske resultatet av en endringsprosess er ofte forskjellig fra de opprinnelige intensjonene. I mange tilfeller skyldes dette hindringer som følge av misnøye i organisasjonen.

Kartleggingen viser at skepsis og motstand mot innføringen av eBehandling var kjent både blant medarbeidere og ledere i begge helseforetak. Basert på samtaler fremstår det som at årsakene var sammensatte, og blant annet relatert til at innføringen av løsningen innebar et nytt alternativt behandlingstilbud. Verken i forkant av innføringen eller senere er det gjennomført

systematiske vurderinger for å fange opp og analysere eventuell endringsmotstand. Begge helseforetakene har imidlertid en bevissthet om å håndtere misnøye gjennom lederlinjen. Konkrete tiltak blir opp til den enkelte leder. På Ahus var lederlinjen tydelig på viktigheten av å raskt finne årsaken til misnøyen.

Hindringer i arbeidsmiljø, policyer og beslutningsmyndighet som står i veien for gjennomføringen av vedtatte endringer, bør i størst mulig grad identifiseres og fjernes. Det er viktig å huske at alle er hele mennesker med ulike preferanser og erfaringer, også i endringsprosesser. Selv om de ansatte har forskjellige roller i endringsprosesser, så berøres den enkelte på et personlig plan.

Ved å bruke ADKAR-metoden kan man øke gjennomslaget for endringene som er besluttet og samtidig håndtere motstand på en god måte. Gjennom en stegvis prosess bygges forståelse og aksept hvor usikkerhet tas på alvor, og vendes til et ønske om å delta på en positiv måte. Tilnærmingen er illustrert i figuren under. En ADKAR-analyse kan gjennomføres på individ- eller gruppenivå, og kan benyttes til å utforme tiltak for å sikre «evne og mulighet» til å gjennomføre endringen. Analysen bør være en del av forberedelsesfasen i endringsprosjekter, og sees i sammenheng med andre planer og tiltak, eksempelvis kommunikasjonsplanen, jf. læringpunkt 2.



Figur 4: ADKAR er et verktøy som bidrar til å øke motivasjon og ønske om endring, og samtidig håndtere motstand på en god måte. Kilde: E-læringskurs PROSCI endringsledelse, utviklet av Sykehuspartner HF.

En planmessig vurdering som grunnlag for tilpassede tiltak vil kunne redusere skepsis og motstand, og dermed øke adopsjonshastigheten og andelen medarbeidere som engasjerer seg i endringen og tar løsningen og justerte arbeidsprosesser i bruk.

7. Stå løpet ut og bruk endringsagenter

Endringsforløpet er ikke over før medarbeiderne har internalisert nye arbeidsprosesser slik at endrede arbeidsmåter har blitt en del av de vanlige rutinene. Målinger og tilbakemeldinger gir grunnlag for å følge opp endringsarbeidet ved å vurdere endringens effekt og gjøre forbedringer. Endringsagenter er en drivkraft i endringsprosesser, og et bindeledd mellom ledelse og medarbeidere.

Kartleggingen viser at begge helseforetakene kom godt i gang med å ta i bruk løsningen, etablere behandlerteam og lansere behandlingstilbudet. Etter oppstarten har imidlertid utviklingen ikke vært som forventet, da antall pasienter til behandling har avtatt. Data fra behandlingstilbudet har vært brukt til å følge med på utviklingen, eksempelvis i tavlemøter. Imidlertid har data i liten grad vært brukt til å vurdere oppnåelse av konkrete mål for endringen og til å overvåke effekt og pasienttilfredshet. Med utgangspunkt i måldata har det imidlertid ved SI blitt en uhytidelig konkurranse om å være best DPS-ene imellom.

Kartleggingen viser også at endringsagenter er benyttet aktivt underveis i prosessen for å informere om e-behandling, gi opplæring og støtte til medarbeidere, og etter hvert for å prøve ut nye måter for å styre pasientstrømmen inn mot dette nye behandlingstilbudet. Det framstår som at agentene gjennom sitt virke har hatt en positiv påvirkningskraft på organisasjonen, og bidratt til å redusere motstand mot endring. I perioder uten en fremtredende endringsagent har momentet i endringsarbeidet blitt svekket.

Basert på kartleggingen ser vi at et læringspunkt kan være å etablere tydelige forventninger gjennom å fastsette mål for endringsaktivitetene. Måleparametere knyttet til eksempelvis adopsjonshastighet, brukerandel og ferdigheter kan benyttes som verktøy for å overvåke fremdrift, og sikre at organisasjonen utvikler seg i riktig retning. Ikke minst er måltall egnet til å kommunisere fremgang og resultater, som igjen kan motivere til videre innsats. Objektive data kan dessuten bidra til at problemer identifiseres tidlig, og danne grunnlag for å justere eller utarbeide nye tiltak. For å kunne utnytte erfaringsdata til kontinuerlige forbedringer, er det viktig å ha etablert tydelig rapporterings- og oppfølgingsansvar.

Ledende praksis viser at sammen med ledelsen har endringsagenter en nøkkelrolle i å bidra til en effektiv innføring av endringer slik at organisasjonen tilpasser seg nye måter å arbeide på. En rolle som er aktiv gjennom hele endringsprosessen, kan medvirke til at endringsarbeidet blir stående høyt på dagsordenen, og bidra med nødvendige tilpasninger og justeringer i nye arbeidsprosesser.

8. Forankre i ledelse og strategier

En forutsetning for at omstilling og endringer som følge av innføring av IKT-løsninger skal lykkes, er en tydelig forankring i virksomhetens ledelse, strategier og planer. Strategier legger premissene for videre utvikling av helseforetaket og prioritering av innsats og fordeling av ressurser. Endring som er forankret i overordnede planer, sikrer at organisasjonen arbeider mot felles mål.

Innføringen av systemet eBehandling har vært et regionalt initiativ hvor Sykehuset i Vestfold HF har ledet det regionale innføringsprosjektet. Prosjektets kontakt inn mot helseforetakene som skal innføre systemet, har vært direkte mot divisjonsledelsen. Divisjonsledelsen har vært endringseier og ledet innføringen lokalt i ledermøter.

Veien inn [for et prosjekt] blir avgjørende for hvordan oppfølgingen blir.
– Direktør

Endring i og digitalisering av tjenestetilbud og arbeidsprosesser som følge av innføring av IKT-løsninger, bør være forankret opp mot virksomhetsstrategi og overordnede utviklingsplaner i helseforetakene. Et læringspunkt kan være at nye initiativer inngår i en helhetlig utviklingsportefølje, og prioriteres og samordnes med eksisterende virksomhetsprosesser og øvrige initiativer for på en best mulig måte realisere et samlet målbilde på divisjons- og foretaksnivå.

En tydelig lederforankring er med på å sikre at alle i organisasjonen forstår hvorfor en endring iverksettes og hva målet for endringen er. Ved at ledelsen setter endring på dagsordenen blir det lettere å få aksept og engasjement fra medarbeiderne. Likeledes vil et endringsteam med et klart mandat understreke betydningen av endringen, jf. læringspunkt 2. God lederforankring bidrar til å redusere motstand og øker sjansen for en vellykket innføring.

4. Anbefalinger

Endringsledelse er nøkkelen for å lykkes i endringsprosesser ved innføring av IKT-løsninger. Konsernrevisjonen har kartlagt og vurdert erfaringer ved innføring av eBehandling i Sykehuset Innlandet HF og Akershus universitetssykehus HF.

Basert på undersøkelsene har vi følgende anbefalinger til de reviderte helseforetakene:

- gjennomgå identifiserte læringspunkter og vurder disse opp mot egen praksis i helseforetakene
- orienter styret om egen praksis for endringsledelse som virkemiddel for å realisere effekter
- legg læringspunktene til grunn for ledelse og gjennomføring av fremtidige omstillinger og endringer ved innføring av IKT-løsninger.

Vi anbefaler at de øvrige helseforetakene i Helse Sør-Øst følger opp anbefalingene på tilsvarende måte.

Det viktigste er å lage rom og tid til å gjøre ting på en annen måte.

– Seksjonsleder

Vedlegg 1 – Informasjonsgrunnlag

Dokumentasjon	
Regionalt prosjekt for innføring av eMestring: Mandat, milepælsplan og prosjektoppgaver for helseforetakene, notat om ulike måter å organisere tilbudet på i foretakene, overordnet kommunikasjonsplan og informasjonsmateriell, opplæringsplan og -materieill, presentasjoner i helseforetakene, sluttrapport	SI: eMestring/eBehandling – organisering og deltagere i teamet, beskrivelser av roller/funksjoner som vurderes tillagt teamleder, presentasjoner i ledermøter og for tillitsvalgte, kompetanseoversikt for eMestringsteamet, månedlig oversikt med henvisningsårsaker og antall henvisninger per lokasjon
Sykehuset i Vestfold HF: Månedlige rapporter til helseforetakene og det regionale helseforetaket om aktivitet i eMestring	SI: Planer og strategier – Virksomhetsstrategi 2024-2027, styresaker om digitalisering og tiltaksområder, utdrag fra planverk digitalisering, måling av digital modenhet
Helse Sør-Øst – Fagdirektørmøter: Statusrapportering og vedtak om eMestring/eBehandling	SI: Rolle- og ansvarskart ved forbedrings- og implementeringsarbeid i SI og for PHV, maler for kommunikasjonsplan og evalueringsrapport
Ahus: eMestring/eBehandling – organisering og deltagere i team, videre organisering (LG-sak PHR), prosedyrer/rutinebeskrivelser, oppgaver og kriterier for sentrale roller i e-behandling, teamleders presentasjoner i ledermøter og på teamledersamlinger, kommunikasjonsplan	SI: Kvalitetssystemet/Administrative rutiner – organisasjonsstruktur, rutiner, vurderingskriterier og pasientinformasjon ifm eMestring
Ahus: Planer og strategier – Årlig melding 2023, Utviklingsplan 2040, Teknologiplan 2020-2025, Delplan 8: Nye arbeidsprosesser og teknologi, 2022-2026, (Mobilstrategi), presentasjon om teknologistrategi	SI: Ledelsesutvikling og lederopplæring i SI, innhold i kursmoduler og ledelsesutviklingsprogrammet, utdrag fra kjøreplan samling 5 Jeg er endringsleder
Ahus: Kvalitetssystemet/EQS-dokumenter – rutiner, vurderingskriterier og pasientinformasjon ifm eMestring, systemeier, systemansvarlig, maler for utviklingsprosjekter, kompetanseledelse	
Ahus: Presentasjon av Ahus lederskole	

Vedlegg 2 – Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene er fordelt på hver av de to problemstillingene.

Problemstilling 1:

I hvilken grad har helseforetakene lagt til rette for en hensiktsmessig endringsledelse ved innføring av IKT-løsninger?

- Roller og ansvar er tydelige definert og plassert for å sikre hensiktsmessig og faglig eierskap.
- System og kultur for å bygge endringskompetanse og -kapasitet er etablert.
 - Opplæring og utvikling innen endringsledelse
 - Ledernes bevissthet om egen adferd og kommunikasjon
 - Prioritering av ressurser til endringsarbeid
- System for å evaluere og lære av tidligere innføringer er etablert.
 - Måle effekter og dele kunnskap

Problemstilling 2:

Har helseforetakene etablert tilstrekkelige prosesser for å forberede, lede og forsterke endringer ved innføring av eBehandling?

- Felles rammeverk og metodikk er etablert for styring og gjennomføring av planlagte aktiviteter.
- Relevante analyser er vurdert og gjennomført av
 - endringens rammevilkår
 - organisasjonens modenhet og endringens karakter
 - hvem som berøres av endringen og hvordan
- Basert på nødvendige analyser er det utarbeidet en helhetlig/overordnet innføringsplan og etablert et endringsteam (og en sponsorkoalisjon).
- Kommunikasjonsplan er utarbeidet og sikrer eierskap og forankring blant alle aktører.
- Opplæringsplan er utarbeidet og gjennomført for ulike målgrupper og interessenter.
- Plan for alle endringsaktiviteter er utarbeidet og fulgt opp. Planen omfatter endringer i arbeidsprosesser og ansvarfordeling.
- Nøkkelpersoner og endringsagenter benyttes som veiledere (og coachere) til endringsaktivitetene.
- Motstand mot endringene kartlegges, anerkjennes og håndteres systematisk på relevant nivå i organisasjonen.
- Måloppnåelse og suksess anerkjennes og kommuniseres underveis i endringsprosessen.
- Evaluering og målinger gjennomføres for å få tilbakemelding om engasjement og oppslutning, hva som fungerer bra og hva som eventuelt bør korrigeres.

Om konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst

Konsernrevisjonen er organisert direkte under styret i Helse Sør-Øst RHF og rapporterer funksjonelt til styrets revisjonsutvalg og administrativt til administrerende direktør i det regionale helseforetaket. Våre rapporter behandles av styret i det reviderte helseforetak.

Konsernrevisjonen ble etablert i 2005, og er fra 1. januar 2013 hjemlet i helseforetaksloven §37a.

Konsernrevisjon skal på vegne av styret i Helse Sør-Øst bidra til forbedring i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst RHF og underliggende helseforetak.

Vår visjon

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

Dette skal vi oppnå gjennom:

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

Om revisjonsprosjektet

Revisjonsperiode: September - november 2024
Virksomheter: Sykehuset Innlandet HF og Akershus universitetssykehus HF
Oppdragsgiver: Styret i Helse Sør-Øst RHF

Revisorer:

- Espen Anderssen (oppdragseier)
- Signe Sagabraaten (oppdragsleder)
- Anders Blix (internrevisor)

Rapporten er oversendt til:

- Styret i Sykehuset Innlandet HF og Akershus universitetssykehus HF
- Administrerende direktør i Sykehuset Innlandet HF og Akershus universitetssykehus HF
- Revisjonsutvalget i Helse Sør-Øst RHF
- Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF

Konsernrevisjonens rapporter

Rapporter er tilgjengelig på følgende web-adresse:

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

Revisjonsplan 2025

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst

Behandlet av
styret i Helse Sør-Øst RHF
19. desember 2024

Innholdsfortegnelse

1. Konsernrevisjonens formål	3
2. Revisjonsplanens formål.....	3
3. Hovedaktiviteter 2025	3
4. Revisjoner skal bidra til læring og forbedring.....	3
5. Risikoområder og planlagte prosjekter 2025	4
5.1 REVISJONSOMRÅDE: PASIENTBEHANDLING.....	5
5.2 REVISJONSOMRÅDE: FORSKNING.....	5
5.3 REVISJONSOMRÅDE: MEDARBEIDER OG KOMPETANSE.....	6
5.4 REVISJONSOMRÅDE: TEKNOLOGI OG SIKKERHET	6
5.5 REVISJONSOMRÅDE: VIRKSOMHETSSTYRING	7
5.6 REVISJONSOMRÅDE: BYGGEPROSJEKTER	8
5.7 REVISJONSOMRÅDE: OPPFØLGING AV TIDLIGERE REVISJONER.....	8
6. Oversikt over planlagte prosjekter i 2025	9

1. Konsernrevisjonens formål

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst er en uavhengig og objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon med formål å bistå styret og ledelsen ved det regionale helseforetaket i utøvelsen av god virksomhetsstyring. Dette gjøres gjennom å vurdere virksomhetsstyring, risikostyring og internkontroll i det regionale helseforetaket og underliggende helseforetak. Konsernrevisjonen arbeider i overensstemmelse med de internasjonale standardene for profesjonell utøvelse av internrevisjon som er fastsatt av The Institute of Internal Auditors (IIA).

2. Revisjonsplanens formål

Revisjonsplanen skal gi styret i Helse Sør-Øst RHF et beslutningsgrunnlag for å vurdere om de planlagte revisjonsaktivitetene er hensiktsmessige og tilstrekkelige opp mot styrets behov. Videre skal planen gi konsernrevisjonen et grunnlag for å styre egne aktiviteter, samt koordinere revisjonsarbeidet med ledelsen i foretaksgruppen og andre revisjonsmiljøer.

Revisjonsplanen er utarbeidet i tråd med helseforetakslovens § 37a og instruks for konsernrevisjonen. Styret skal i henhold til § 21a i helseforetaksloven godkjenne konsernrevisjonens revisjonsplan. Revisjonsplanen skal være basert på vurderinger av risiko knyttet opp mot overordnede strategier og mål for foretaksgruppen.

Konsernrevisjonen er valgt som internrevisor av styret i Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH). Konsernrevisjonens revisjonsplan inkluderer ikke revisjoner av PKH.

3. Hovedaktiviteter 2025

Konsernrevisjonen har et budsjett med 10 stillinger i 2025. I tillegg disponerer konsernrevisjonen et budsjett tilsvarende om lag 0,15 årsverk til å engasjere helsefaglige spesialister og eksterne konsulenter ved behov for spesialkompetanse i prosjektene. Ressursene vil i 2025 bli anvendt på følgende hovedaktiviteter:

- Revisjons- og rådgivningsoppdrag i henhold til plan
- Eventuelle nye revisjoner som revisjonsutvalget beslutter gjennom året
- Oppfølging av anbefalinger i tidligere revisjonsprosjekter
- Dialog og erfaringsutveksling med Helse Sør-Øst RHF, helseforetakene og eksterne aktører
- Utvikling av konsernrevisjonens kompetanse, arbeidsprosesser og leveranser
- Aktiviteter for å opprettholde innsikt i foretaksgruppens virksomhet
- Årsplanlegging og rapportering

4. Revisjoner skal bidra til læring og forbedring

Det er et mål at resultatene fra konsernrevisjonens arbeid skal bidra til læring og forbedring i helseforetakene, i det regionale helseforetaket og på tvers i foretaksgruppen. Konsernrevisjonen arbeider kontinuerlig med å utvikle revisjonsprosessen for å skape verdi gjennom revisjonene. Vi søker å bidra til forbedring gjennom å skape innsikt fra den enkelte revisjon, samt ved å støtte ledelsen i arbeidet med å etablere et grunnlag for videre forbedringsarbeid.

Revisjonsplanen er utformet med et mindre antall kritiske risikoområder, der det gjennomføres flere revisjoner i foretaksgruppen. Dette vil gi konsernrevisjonen mulighet til å rapportere samlet om tilstanden på styring og kontroll i foretaksgruppen innenfor disse områdene. Tilnærmingen vil samtidig gi konsernrevisjonen mulighet til å sammenligne praksis mellom helseforetakene og dele læringspunkter i foretaksgruppen.

5. Risikoområder og planlagte prosjekter 2025

Revisjonsplanen skal være basert på risiko og vesentlighet i foretaksgruppens virksomhet. Det er samtidig en målsetting at revisjonsoppdragene understøtter mål og krav fra eier. Dette gjelder både styringsmålene for 2025, og et lengre perspektiv uttrykt i regional utviklingsplan. Ved utarbeidelse av revisjonsplanen er det tatt utgangspunkt i oppdragsdokument og risikovurderinger for Helse Sør-Øst RHF. Tabellen under viser ledelsens rapporterte risikoområder i Helse Sør-Øst RHF per 2. tertial 2024, og hvordan planlagte revisjoner kan knyttes til identifiserte risikoområder:

Rest-risiko	Risikoområder Helse Sør-Øst RHF	Tidligere prosjekter			Plan for 2025
		2022	2023	2024	
Moderat	1: Risiko for å ikke nå mål om å styrke psykisk helsevern og TSB	●	●	●	
Moderat	2: Risiko for at manglende behandlingsskapasitet medfører lange ventetider, at pasientavtaler ikke overholdes og ikke sammenhengende pasientforløp	●	●		<ul style="list-style-type: none"> Utskrivningsklare pasienter – samhandling med kommuner
Moderat	3: Risiko for redusert kvalitet og pasientsikkerhet	●	●	●	<ul style="list-style-type: none"> Uønsket variasjon - implementering av nasjonale faglige retningslinjer
Moderat	4: Risiko forbundet med å beholde og rekruttere personell, og HMS	●			<ul style="list-style-type: none"> Forebygging og oppfølging av sykefravær
Moderat	5: Risiko forbundet med digitalisering av helsetjenesten	●	●	●	<ul style="list-style-type: none"> Regionale IKT-prosjekter Regional løsning for helselogistikk Omstilling og endringsledelse ved innføring av IKT-systemer
Moderat	6: Risiko forbundet med informasjonssikkerhet og personvern	●		●	<ul style="list-style-type: none"> IKT-sikkerhet – beredskap for alvorlige hendelser
Moderat	7: Risiko forbundet med driftsøkonomi og resultatkrav		●	●	<ul style="list-style-type: none"> Operativ planlegging og budsjettering Bærekraft (rådgivning)
Moderat	8: Risiko forbundet med planlegging og gjennomføring av regionale byggeprosjekter			●	<ul style="list-style-type: none"> Risikostyring i byggeprosjekter (rådgivning)
Moderat	9: Risiko forbundet med å ikke benytte de muligheter som ligger i å ta i bruk helsedata			●	
	Inngår ikke i ledelsens risikovurdering. Inntatt pga at forskning ikke har vært dekket av revisjoner de senere år.				<ul style="list-style-type: none"> Styring og kontroll med forskningsmidler

Tabell 1 – Ledelsens rapporterte risikoområder per 2. tertial, utførte revisjoner 2022-2024 og planlagte revisjoner 2025. Mørkeblå kuler viser revisjonsprosjekter, lyseblå er rådgivning.

De planlagte revisjonene som er vist i tabellen ovenfor er i det videre sortert innenfor de seks revisjonsområdene pasientbehandling, forskning, IKT og sikkerhet, medarbeider og kompetanse, virksomhetsstyring samt byggeprosjekter. Under gis en kort omtale av planlagte revisjoner. Innretningen av den enkelte revisjon vil bli nærmere fastsatt i planleggingen.

5.1 Revisjonsområde: Pasientbehandling

Revisjonsområdet omhandler pasientforløp innenfor somatikk og psykisk helsevern. Dette omfatter både planlagt behandling og øyeblikkelig hjelp. Det er planlagt med ett nytt revisjonstema i 2025, med flere revisjoner. I tillegg blir ett revisjonstema fra 2024 videreført i 2025.

Uønsket variasjon – implementering av nasjonale faglige retningslinjer (pågår)

Å redusere uønsket variasjon i helsetilbudet er et av flere mål for å sikre likeverdige og forutsigbare helsetjenester. Medisinske kvalitetsregistre og helseatlas har vist at det er uønsket variasjon i både kvalitet på pasientbehandlingen og i forbruk av helsetjenester. Uønsket variasjon gir økt risiko for svekket kvalitet og pasientsikkerhet.

Konsernrevisjonen vil i løpet av 2024 ferdigstille tre revisjoner om bruk av nasjonale faglige retningslinjer. Formålet har vært å undersøke hvordan helseforetakene i regionen jobber med å innføre nasjonale faglige retningslinjer og sikre at disse tas i bruk og følges opp. I 2025 vil vi i tillegg foreta en avgrenset kartlegging i noen flere helseforetak som grunnlag for en oppsummerende rapport om tilstanden i regionen.

Utskrivningsklare pasienter – samarbeid med kommuner

Det er et mål at utskrivningsklare pasienter fra helseforetakene skal overføres til kommunale tjenester på en trygg og effektiv måte. Det er imidlertid store utfordringer med å nå dette målet, noe som vises gjennom manglende koordinering og kommunikasjon mellom helseforetak og kommuner.

Helseforetakene har utfordringer med å forberede pasientene tilstrekkelig før utskrivning, og mange kommuner mangler kapasitet til å ta imot pasientene. Dette skaper flaskehals i systemet, hvor pasienter blir liggende lengre på sykehus enn nødvendig. I tillegg kan manglende informasjon fra sykehusene til kommunene få konsekvenser for pasientsikkerheten.

Konsernrevisjonen vil undersøke hvordan helseforetakene og kommunene samarbeider for å sikre en trygg overgang for pasientene. Dette inkluderer vurdering av helseforetakenes forberedelser før utskrivning og kommunenes kapasitet til å ta imot pasientene, samt hvordan ansvarsfordelingen for oppfølging etter utskrivning er definert og praktisert.

5.2 Revisjonsområde: Forskning

Revisjonsområdet omhandler prosessene knyttet til utlysning og tildeling av forskningsmidler samt prosjektrapportering, oppfølging og publisering av helseforskning ved helseforetakene.

Styring og kontroll med forskningsmidler

Forskning er en av fire lovfestede hovedoppgaver i helseforetakene. Forskning finansieres gjennom forskningsmidler fra det enkelte helseforetak, regionale tildelinger og andre eksterne kilder med ulike regulatoriske krav og krav til rapportering. Internkontroll på området er nødvendig for å være trygg på at forskningsmidlene brukes i samsvar med formålet og at det finnes effektive oppfølgingsmekanismer.

Konsernrevisjonen vil undersøke om helseforetakene har etablert tilstrekkelig og effektivt styring og kontroll med finansieringen av forskningsaktivitetene, og om det sikres at tildelte forskningsmidler anvendes, følges opp og rapporteres i samsvar med lov, krav og retningslinjer.

5.3 Revisjonsområde: Medarbeidere og kompetanse

Området dekker HMS, medarbeiderutvikling og kompetanseutvikling. Det er planlagt med en revisjon på området i 2025.

Forebygging og oppfølging av sykefravær

Det samlede sykefraværet i regionen har vært jevnt stigende fra 2019 til 2024. Per august 2024 var sykefraværet i regionen 8,2 prosent. Det er kostbart å ha et høyt sykefravær sett i et individ-, virksomhets- og samfunnsperspektiv.

Alle helseforetakene har et klart mål om at sykefraværet skal reduseres, og har iverksatt tiltak for å redusere sykefraværet. Det jobbes med nærværarbeid inklusive særskilt oppfølging av enheter med høyt fravær, og med bistand fra HMS-avdelingene for å tilrettelegge for enkeltansatte. Årsakssammenhengene tilknyttet sykefravær er imidlertid sammensatte, og det er tidvis vanskelig å identifisere effekten av det enkelte tiltak.

Konsernrevisjonen vil undersøke om foretakene etablerer systematiske og kunnskapsbaserte tiltak i arbeidet med å redusere sykefraværet.

5.4 Revisjonsområde: Teknologi og sikkerhet

Området dekker overordnet styring av teknologi og informasjonssikkerhet. Det er planlagt med fire oppdrag på området i 2025, der en revisjon planlegges i 2025 og gjennomføres i 2026.

Omstilling og endringsledelse ved innføring av IKT-løsninger

IKT-løsninger får en stadig viktigere rolle i pasientbehandling og for å effektivisere tjenestene. Nye løsninger medfører endringer i måten å tenke og jobbe på for å kunne hente ut effektene av innføringen. Dette krever god endringsledelse.

Konsernrevisjonen gjennomfører i 2024 en revisjon om omstilling og endringsledelse ved innføring av IKT-løsninger. Revisjonen kartlegger erfaringene fra innføringen av løsningen eBehandling i regionen, for å bidra til læringspunkter for senere innføringer. eBehandling bidrar til å øke tilgangen til behandling ved hjelp av teknologi, og fremmer en aktiv pasientrolle samt effektiv bruk av terapeutressurser. Løsningen har imidlertid ikke fått ønsket oppslutning i helseforetakene.

Konsernrevisjonen vil i 2025 videreføre revisjonen med en begrenset kartlegging av årsakene til manglende oppslutning, med rapportering til ledelsen i det regionale helseforetaket.

Regional løsning for helselogistikk

Prosjektet Regional løsning for helselogistikk skal levere på løsningsområdene innsjekk og oppgjør (A), styring av pasientflyt og ressurser (B) og intern kommunikasjon og varsling på mobil (C). Prosjektet har nå fem faser med en total kostnadsramme på 963 millioner kroner.

Fase 4 skal starte neste år og avsluttes i begynnelsen av november 2025. Denne fasen omfatter etablering og pilotering av område A og B på tre nye foretak, men inkluderer også gjennomføring av restanser fra fase 3 og prioriterte forbedringsleveranser for område A og B. Fase 3 omfattet leveranser på område C til fire foretak, og videre leveranser foreslås gjennomført samordnet med byggeprosjektet Nytt sykehus i Drammen. I løpet av 2025 skal videre utvikling og innføring av område C avklares i regionen med utgangspunkt i prioritet mot byggeprosjektene til Oslo universitetssykehus HF, som omtales som fase 5.

I 1. tertial 2024 ble det rapportert at merarbeid og forsinkelser medførte at det ikke var midler til å dekke innføring av område C ved de tre planlagte foretakene. Selv om alle leverandørens leveranser var på tid og

med forventet kvalitet dette tertialet, var kvalitet i løsningen fremdeles vurdert som den største risikoen. I 2. tertial 2024 startet Vestre Viken HF utprøvingen av område C, med betydelig ustabilitet i løsningen. For å lykkes med område C-leveransene til nytt sykehus i Drammen (NSD), ble det anbefalt å samle leveransene under felles ledelse i Sykehuspartner HFs leveranseorganisasjon til NSD og byggeprosjektet til nytt sykehus i Drammen.

Konsernrevisjonen vil gjennom en følgerevisjon i 2025 undersøke hvordan prosjektet håndterer leveranser på område A og B til tre nye helseforetak og hvordan byggeprosjektet håndterer leveranser på område C til NSD.

Regionale IKT-prosjekter

Helse Sør-Øst har per 1. tertial 2024 en IKT-portefølje¹ med en styringsramme på cirka 2,5 milliarder kroner. Valg av nye prosjekter og styring av porteføljen er en viktig del av porteføljestyrets forpliktelser og det er det regionale porteføljestyret i Helse Sør-Øst RHF som har ansvaret for styringen av porteføljen.

God styring og kontroll av porteføljen krever at porteføljestyret arbeider planmessig og gir ledelsen i Sykehuspartner HF tydelige og rettidige styringssignaler, slik at Sykehuspartner HF kan ferdigstille igangsatte prosjekter i tråd med porteføljestyrets bestillinger.

Konsernrevisjonen vil undersøke hvordan porteføljestyret fungerer i rollen og om porteføljestyringen bidrar til å realisere regionens strategier og derigjennom levere forventede verdier.

IKT-sikkerhet – beredskap for å håndtere alvorlige hendelser

God styring krever at helseforetakene har god oversikt over eget risikobilde, hvilket inkluderer også risikoer innen informasjonssikkerhet (IS). For å få bedre oversikt over regionens risikoer innen IS, gjennomførte konsernrevisjonen i 2024 et rådgivningsoppdrag som inkluderte alle helseforetak i regionen. Gjennomgangen viste at hendelseshåndteringen ble rapportert som et av de områdene med høyest modenhet på prosesser og retningslinjer innen IS.

Deteksjon av og respons på sikkerhetshendelser er prioriterte områder innen IS. Dette begrunnes med at angrepene på informasjonssystemene blir stadig mer sofistikerte og hyppige. Rask identifisering av hendelser kan forhindre skader, og effektiv respons kan redusere bortfall av IKT-tjenester. For å få en effektiv respons er det anbefalt at praktiske øvelser vektlegges mer i beredskapsplanleggingen.

Konsernrevisjonen vil undersøke helseforetakenes beredskap og evne til å respondere ved konkrete scenarier.

5.5 Revisjonsområde: Virksomhetsstyring

Området dekker økonomi- og risikostyring samt prosesser og systemer for å sikre god styring og kontroll. Det er planlagt med to temaer på området i 2025.

Operativ planlegging og budsjettering (pågår)

Det er et mål at pasienter i spesialisthelsetjenesten skal få riktig helsehjelp til riktig tid. Det er imidlertid store utfordringer med å nå dette målet, noe som vises gjennom mange fristbrudd, lange ventetider og manglende behandling. Disse problemene skyldes ofte at det planlagte aktivitetsbehovet ikke samsvarer med den tilgjengelige kapasiteten, noe som fører til økte kostnader og at budsjettene ikke overholdes.

¹ Ekskl. infrastrukturprosjekter

Revisjonen vil undersøke hvordan helseforetakene operativt planlegger for effektiv ressursutnyttelse og tjenestekvalitet for kommende budsjettår, og hvordan budsjettprosessen brukes for å sikre en best mulig ressursallokering innenfor budsjettammen.

Konsernrevisjonen gjennomfører revisjonen ved to foretak i 2024 og planlegger ytterligere en revisjon i 2025. I tillegg vil vi gjennomføre en avgrenset kartlegging i øvrige helseforetak, som grunnlag for å utarbeide en oppsummerende rapport om tilstanden i regionen.

Bærekraft (rådgivning – pågår)

Staten stiller krav og forventninger til at virksomhetene de eier skal opptre ansvarlig, være ledende i arbeidet med å ivareta menneskerettigheter, arbeidstakerrettigheter, redusere klima- og miljøavtrykk, samt ha en ansvarlig og etisk forretningsstyring (governance). Det er også uttrykt en forventning om at statlig eide virksomheter skal være ledende i arbeidet med åpenhet og rapportering, og at det benyttes anerkjente rapporteringsstandarder i dette arbeidet. Det er en kontinuerlig utvikling av regulatoriske krav på området. Dersom bærekraftsrapporteringen ikke oppdateres i tråd med disse, er det risiko for at rapporteringen ikke gir et rettviseende bilde.

Konsernrevisjonen vil kartlegge nå-situasjonen for bærekraftsrapportering i Helse Sør-Øst, for å gi et grunnlag for å vurdere hvordan Helse Sør-Øst bør arbeide videre med rapportering på dette området.

Løpende rådgivning

Konsernrevisjonen bistår hvert år det regionale helseforetaket og helseforetakene med rådgivning knyttet til virksomhetsstyring, risikostyring og internkontroll. Rådgivningen er knyttet til oppfølging av revisjoner, forbedringsarbeid og opplæring.

5.6 Revisjonsområde: Byggeprosjekter

Revisjonsområdet omfatter prosesser for styring av regionens byggeprosjekter. Helse Sør-Øst har per september 2024 en byggportefølje med 13 byggeprosjekter i gjennomføringsfasen med en styringsramme på nesten 70 milliarder kroner.

Risikostyring i byggeprosjekter (rådgivning)

Ledelsen i HSØ RHF har tidligere vurdert restrisikoen i regionens byggprosjekter som høy. Som et resultat av det har konsernrevisjonen vurdert kvaliteten både i prosjekteier- og risikostyringen av et klinikkbygg i Radiumhospitalet og et nytt psykiatribygg i Akershus universitetssykehus HF.

Begge revisjonene synliggjør flere forbedringsområder både innen eier- og risikostyring av prosjekter. Selv om byggeprosjektene har blitt styrt forskjellig, er det også gjort noen generiske funn som gjelder begge revisjoner.

Spesielt størrelsen av de nyeste byggprosjektene i Helse Sør-Øst vil stille høye krav til regionens styringssystemer. Konsernrevisjonen vil derfor dele våre erfaringer med Sykehusbygg HF og Helse Sør-Øst RHF gjennom avgrensede rådgivningsaktiviteter.

5.7 Revisjonsområde: Oppfølging av tidligere revisjoner

Konsernrevisjonen følger hvert opp anbefalingene fra revisjoner som ble utført foregående år. Formålet er å undersøke om helseforetakene har ivaretatt anbefalingene, slik at risikoer og identifiserte svakheter er tilfredsstillende fulgt opp og håndtert. Resultatet fra oppfølgingen blir rapportert til styrets revisjonsutvalg.

6. Oversikt over planlagte prosjekter i 2025

Tabellen under gir en samlet oversikt over planlagte revisjoner og rådgivningsoppdrag for 2025. Ved behov kan konsernrevisjonen også gjennomføre ad hoc-revisjoner etter godkjenning av revisjonsutvalget, eksempelvis ved endringer i risikobildet.

De angitte tidspunktene er konsernrevisjonens tentative tidsplan for revisjonene. Det kan oppstå endringer i året ved behov for ad hoc-revisjoner, etter koordinering med andre revisjonsmiljøer eller ved interne forhold hos helseforetakene.

Revisjonsområde	Revisjon	Tilnærming/helseforetak	Tentativt tidspunkt
Pasientbehandling	Uønsket variasjon - implementering av nasjonale faglige retningslinjer	Oppsummering etter revisjon av tre foretak i 2024	1. tertial
	Utskrivningsklare pasienter – samhandling med kommuner	Revisjon av tre foretak med oppsummering	1. - 3. tertial
Forskning	Styring og kontroll med forskningsmidler	Revisjon av tre foretak med oppsummering	1. -3. tertial
Medarbeidere og kompetanse	Forebygging og oppfølging av sykefravær	Revisjon av tre foretak med oppsummering	1. - 3. tertial
IKT og sikkerhet	Omstilling og endringsledelse ved innføring av IKT-systemer	Begrenset gjennomgang som omfatter flere helseforetak	1. tertial
	Regional løsning for helselogistikk	Følgerevisjon av prosjektet. Sykehuspartner HF Flere helseforetak	1. -3. tertial
	Regionale IKT-prosjekter	Sykehuspartner HF	2. tertial
	IKT-sikkerhet - beredskap for å håndtere alvorlige hendelser	Flere helseforetak	3. tertial 2025- 2. tertial 2026
Virksomhetsstyring	Operativ planlegging og budsjettering	Sykehuset Østfold HF samt oppsummering	1. tertial
	Bærekraft (rådgivning)	Helse Sør-Øst RHF	1. tertial
Byggeprosjekter	Risikostyring i byggeprosjekter (rådgivning)	Sykehusbygg HF Helse Sør-Øst RHF	1. tertial
Løpende rådgivning	Rådgivning og opplæring innenfor virksomhetsstyring, risikostyring og internkontroll	Helse Sør-Øst RHF og andre foretak	Løpende
Oppfølging av tidligere revisjoner	Oppfølging av anbefalinger fra revisjoner utført i 2024 og tidligere	Flere helseforetak	3. tertial

Tabell 2 - Planlagte revisjoner per revisjonsområde og foretak

Årsplan for styret 2025

Ajourført pr. februar 2025

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Mandag 27. januar Digitalt / teams (09.00 – 11.00)	<ul style="list-style-type: none"> Kjøp av tjenesteboliger Blakstad 	Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport per 31. Desember 2024 og foreløpig årsresultat 2024 Kvalitetsindikatorer VVHF Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet 	
Torsdag 6. februar Digitalt / teams (08.00 - 09.00)	<ul style="list-style-type: none"> Midlertidige parkeringsplasser ved nytt sykehus Drammen 		Ekstraordinært styremøte
Mandag 24. februar G 32, Drammen	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapportering pr 3. tertial 2024, inkludert risikovurdering og IKT Årlig melding 2024 Oppnevning av medlemmer i Brukerutvalget 2025 - 2027 	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr. 31. januar 2025 Utkast styrets årsberetning Årsrapport 2024 Varslingsutvalget Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> Nytt sykehus Drammen – flytteforberedelser Referatsaker: <ul style="list-style-type: none"> Styreprotokoll fra HSØ 6. februar Revisjonsplan 2025 for Konsernrevisjonen HSØ SKU 28. januar HAMU 4. februar Styrets årsplan pr februar 	

		<ul style="list-style-type: none"> • Brukerutvalg 21. Januar 	
28. februar – foretaksmøte og felles styreseminar kl. 09.00 – 16.00 i regi av HSØ (Gardermoen)			Oppdrag og bestilling (OBD) 2025. Program formidles per epost.
Mandag 31. mars Bærum sykehus	<ul style="list-style-type: none"> • Årsberetning/årsregnskap 2024 • <i>Etablering av parkeringsselskap*</i> • <i>Parkeringsløsning Brakerøya*</i> • Styrende dokumenter for VVHF 2025 • Instruks for styret i VVHF • Instruks for AD i VVHF • Protokoll fra foretaksmøte og Oppdrag og bestilling for 2025 <p>*mars eller maimøtet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 28. februar 2025 • ØLP forutsetninger <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • Bærum sykehus <p>Referatsaker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 6. mars • Brukerutvalg 18. februar (25. mars) • SKU 11. mars • Styrets årsplan pr mars 	Eget møte mellom styret og revisor.
Mandag 26. mai Brakerøya Styremøte og styreseminar	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 1. tertial 2025 inkludert risikovurdering, bærekraftsplan og IKT • ØLP 2026 – 2029 • Styrets møteplan 2026 	<p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etske retningslinjer i VVHF • Nytt sykehus Drammen <p>Referatsaker</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 7/8. mai • HAMU 8. april • Brukerutvalg 20. mai • SKU 6. mai • Styrets årsplan pr mai 	Program styreseminar Flytteforberedelser NSD Bærekraftsplan 2.0
Mandag 16. juni Drammen, G 32	<ul style="list-style-type: none"> • Status sykefraværsoppfølging i VVHF 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. mai 2025 <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • Status investeringsramme 2025 	<i>Dialog med Pasient- og brukerombudet</i>

		<ul style="list-style-type: none"> Pasientombudenes årsmelding 2024 Referatsaker: <ul style="list-style-type: none"> SKU 10. juni HAMU 3. juni Brukerutvalg 10. juni Styrets årsplan pr juni 	E-læringskurs "Etikk for alle"
20. juni - foretaksmøte kl. 09.00 – 16.00 (Grev Wedels plass 5, Oslo)			Program formidles når dette er klart
Mandag 25. august Digitalt / teams (09.00 - 11.00)	•	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr. 31. juli 	
Mandag 22. september Ringerike sykehus	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr 2. tertial 2025 inkludert risikovurdering, bærekraftsplan og IKT Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2026 	Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> Ringerike sykehus Status nytt sykehus Drammen Forbedringsundersøkelsen 2025 Referatsaker: <ul style="list-style-type: none"> Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 28. august HAMU 9. september SKU 2. september Brukerutvalg 16. september Styrets årsplan pr september 	Forskning i VVHF
Mandag 20. oktober Styremøte og styreseminar G 32, Drammen	<ul style="list-style-type: none"> Lønnsoppgjør 2025 for administrerende direktør 	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr 30. September 2025 Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet Andre orienteringer:	Program styreseminar Evaluering av styrets arbeid

		<ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • Budsjett 2025 <p>Referatsaker</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra HSØ 25. september • SKU 14. oktober • Brukerutvalg 14. oktober • Styrets årsplan pr oktober 	
<p>Mandag 17. november Nytt sykehus Drammen, Brakerøya</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. oktober 2025 <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen <p>Referatsaker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 23. oktober • Brukerutvalg 11. November <p>Referatsaker:</p>	<p>Dialogmøte med Brukerutvalget og Ungdomsrådet.</p>
<p>Mandag 15. desember G 32, Drammen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Budsjett og mål 2026 • Styrets årsplan 2026 • Revidering av bærekraftsplanen 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 30. november 2024 <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fullmakter i VVHF • Nytt sykehus Drammen <p>Referatsaker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 20. november • SKU 2. desember • HAMU 9. desember • Brukerutvalg 9. desember 	

		• Styrets årsplan pr desember	
--	--	-------------------------------	--

Merk:

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

Saker til behandling på senere tidspunkt / pendingliste styremøter:

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

Bestilling fra styret	Bestillings- dato	Forventet leveranse	Status
Sak 76/2024 Strukturendringer i klinikk Psykisk Helse og Rus. Styret legger til grunn at det iverksettes tiltak for å redusere ulemper, som beskrevet i saken. Styret ønsker også å få en status på arbeidet hvert halvår	23.09.24	16.06.25	
Sak 102/2024 Status Nytt sykehus Drammen. Styret takker for en god rapport og ønsker at temaet flytteforberedelser NSD settes på dagsorden i februar møtet.	18.11.24	24.02.25	
Sak 111/2024 Bærekraftsplan versjon 2.0. Styret takker for en god presentasjon fra de fire somatiske klinikkdirektører og kommenterer at det vil være sentralt at det hentes ut gevinster fra helhetlig samarbeid i forbindelse med mer optimal ressursutnyttelse og flytting til nytt sykehus i Drammen. Styret ønsker en oppdatering fra de fire klinikkene knyttet til fremlagt skisse til plan for samarbeid på døgnpostene i løpet av 1. halvår 2025.	18.12.24	16.06.24	
Sak 114/2025 Sykefraværsarbeidet i VVHF. Styret kommenterer videre at det er positivt at det vektlegges en bred og systematisk innsats for å redusere sykefraværet i helseforetaket. Styret ønsker å høre status og resultater av sykefraværssinnsatsen i et styremøte før sommeren 2025.	18.12.24	16.06.25	

Sak 3/2025 Virksomhetsrapportering pr. 31. desember 2024 og foreløpig årsresultat 2024. Styret ønsker en grundigere gjennomgang av resultater på Kongsberg sykehus i februarmøtet.	27.01.25	24.02.25	
Sak 4/2025 Konsernrevisjonens undersøkelse om etterlevelse og oppfølging av nasjonale faglige råd. Styret takker konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst for en god og informativ gjennomgang av revisjonsrapporten, og deres anbefalinger for det videre arbeidet. Styret imøteser at det lages en handlingsplan med tiltak, og ønsker å få en oppdatering i et styremøte i løpet av 1. halvår 2025.	27.01.25	26.05.25	

KUNNGJØRING NR 2

De ansatte skal velge representanter i

- ✓ **styret for helseforetaket og**
- ✓ **styret for det regionale helseforetaket**

Fredag 7. mars 2025 er det valg på ansattvalgte representanter i styret for helseforetaket. Samtidig gjennomføres et tilsvarende valg til styret for det regionale helseforetaket. Valgene skal foregå som forholdstallsvalg. Valgperioden er 2 år.

Med dette oppfordres stemmeberettigede og fagforeninger om å fremme forslag på kandidater til styrevervene. Vi anmoder samtidig om at det vedlegges villighetserklæring fra samtlige kandidater som foreslås (skjema fås hos valgstyret). Videre forutsettes at de som fremmer et listeforslag gir opplysning om listens kontaktperson (med f.eks telefon/mobil/e-post).

Nærmere regler for hvordan listene skal settes opp og hvem som kan komme med forslag til lister framgår av forskriftens § 10. (Forskrift av 15.11.2002 nr. 1287, siste endret med virkning pr 10.04.2018, fastsatt med hjemmel i Helseforetaksloven av 15.06.2001, sist endret 10.06.2022). Et listeforslag må være undertegnet av minst 6 ansatte *eller* en/ flere fagforeninger.

For krav til listeforslaget, foreligger også egen "sjekklister" som fås hos valgstyret. Det gjøres særskilt oppmerksom på nye krav til kjønns sammensetning for styrerepresentanter valgt av og blant de ansatte, se Helseforetaksloven §21 jf. aksjeloven § 20-6, samt §§ 6-11 b (2) og 6-11 a (3) og (4). Kravene til kjønnsbalanse gjelder tilsvarende for vararepresentanter.

Til styret i Vestre Viken helseforetak skal det velges 4 styremedlemmer og minst 6 vararepresentanter (antall vara påvirkes av valgresultatet/fordelingen av de faste styrevervene). Listeforslag til Vestre Viken helseforetak styret skal inneholde 10 navn.

Tilsvarende skal det til styret for Helse Sør-Øst RHF velges 3 styremedlemmer og minst 5 vararepresentanter (listeforslag til RHF styret skal inneholde 8 navn).

FORSLAG TIL VALGLISTE må være det aktuelle valgstyret i hende skriftlig og signert) innen fredag 14. februar 2025.

Listeforslag til Vestre Viken sendes valgstyret v/Marianne Ono Njøten.

Drammen 6. februar 2025

Valgstyret for Vestre Viken HF
3004 Drammen

Eventuelle spørsmål kan rettes til valgstyret, v/Marianne Ono Njøten, mobiltelefon 916 14 643 eller e-post: maonjo@vestreviken.no

Referat

Møte:	HAMU	Tilstede:	Tom Frost, Bente Kristensen, Gry Christoffersen, Toril Morken, Lisbeth Sommervoll, Kirsten Hørthe, Kristin Fagerhaug, Mai Bente Myrvold, May Janne Bothe Pedersen, Eli Årnot, Hanne Misund, Hanne Juritzen, Kristin Besseberg
Møtedato:	4.februar 2025		
Tidspunkt:	0900 – 1105		
Sted:	Hallingskarvet		
Møteleder:	Tom Frost		
Referent:	Cecilie Søfting Monsen	Forfall:	Harald Baardseth, Maria Gundersen (delvis tilstede på Teams), Inger Bjurstrøm

Saksnr.	Beskrivelse/oppfølging/vedtak
	Konstituering av HAMU 2025 HAMU ledes av arbeidstakersiden i 2025. Leder: Tom Frost Nestleder: Harald Baardseth
	Godkjenning av innkalling og dagsorden Godkjent
	Godkjenning av referat 10.desember 2024 Godkjent
01/2025	Delprosjekt Grønn mobilitet v/Gro Sølvberg-Øien Prosjektet ønsker dialog rundt hvilke tiltak som er aktuelle å ta med videre i arbeidet. I forhold til sykling og fasiliteter for de syklende er det arealutfordringer alle steder i VVHF. Små skap, og lite tørkekapasitet. Sikker sykkelparkering er vesentlig. Det fremkom spørsmål om hvor mange sykklister det er snakk om og hvor mye tiltakene vil hjelpe på totalbildet i foretaket. Det bør derfor kartlegges hvor mange sykkeltilbudet er aktuelt for. Gruppen ansatte som kjører bil eller kollektiv er antakelig langt større og det bør settes inn tiltak i større grad der. Kampanjer; mulig med løpende dialog med kollektivselskapene for å avstemme hvilke tilskudd foretaket kan få og hvordan det skal brukes. Ansattrabatt må også arbeides videre med, med tanke på de som ikke sykler. HAMU støtter at de foreslåtte tiltak opprettholdes. Vedtak HAMU tar prosjektrapport for Grønn mobilitet til orientering, og ber om at innspill fra møtet videreformidles i Foretaksledermøtet når saken skal besluttes.
02/2025	Årsrapporter <u>Varslingsutvalget v/Hilde Enget</u> Kort gjennomgang av prosedyren for varsling samt generell informasjon om varslingsordningen i VVHF. Utvalget har i 2024 mottatt kun én sak som ble overført og håndtert i linjen. Varslingsutvalget bistod med råd og veiledning i saken. Det har derimot vært en markant økning i varslingssaker håndtert i linjen i samarbeid med HR. Det antas at dette er et resultat av at

	<p>varslingsordningen er bedre kjent, og i tråd med at saker skal håndteres på lavest mulig nivå i Vestre Viken.</p> <p>Utvalget vil i 2025 drive fortsatt informasjonsvirksomhet ut i foretaket. Det kom innspill om at informasjon også må ned på KTV-nivå.</p> <p>Vernetjenesten har elæringslurset i sin kompetanseplan.</p> <p><u>Vernetjenesten v/Bente Kristensen</u></p> <p>Det har vært svært stor møtevirksomhet utover ordinær drift i 2024, blant annet grunnet NSD, omstilling i PHR og overtakelse av MHH.</p> <p>FHVO anbefaler at vernetjenesten får 10 min på alle personalmøter, noe som kan virke forebyggende.</p> <p>Budsjettsamarbeid med vernetjenesten er svært lavt i alle klinikker, spesielt på nivå 4 og 5. Dette vil være et innsatsområde for 2025. Ellers er det generelt godt samarbeid på hoved- og klinikknivå, mens det generelt må gjøres en ekstra innsats på de lavere nivåene. God dialog mellom HAMU og klinikk AMU er et foreslått tiltak. I arbeidet med Bærekraftsplanen må vernetjenesten lenger ned i systemet også involveres.</p> <p>Legene har nå fått verneombud enkelte steder og ser fordeler ved dette. Ser blant annet på totalbelastning etc.</p> <p><u>Bedriftshelsetjenesten (BHT) v/Kristin Besseberg</u></p> <p>Rollen og mandatet til BHT er regulert i forskrift og forutsetter tett samarbeid mellom BHT og arbeidsgiver. Har faste hele dager i de 4 somatiske klinikkene samt i PHR. I PHR har det vært brukt mye tid, og dette er på bakgrunn av den omstillingsprosessen klinikken står i.</p> <p>Gravide er også en viktig gruppe å arbeide tett med da sykefraværet er relativt høyt for denne gruppen. Det må sees på forebyggende arbeid og individuell tilrettelegging. Ved å være tidlig på kan det bidra til å unngå sykemeldinger.</p> <p>VVHF har også i tillegg egne HR-rådgivere på hver klinikk som bistår.</p> <p>Det er for øvrig et kontinuerlig arbeid å informere ut i organisasjonen om hvilke områder BHT kan bistå på. BHT kommer snart med en video som kan benyttes i for eksempel personalmøter. Det minnes også om involvering av BHT i forbindelse med oppgraderinger og ombygginger.</p> <p>Vedtak</p> <p>HAMU tar årsrapportene og årlig rapportering fra vernetjenesten til orientering. HAMU ber om at innspill og anbefalinger fremkommet i møtet viderefremmes til klinikkvise AMU for oppfølging.</p>
03/2025	<p>Årsrapport 2024 HMS – Handlingsplan 2025</p> <p>Det har vært noe færre skader i 2024. Flest innen vold og trusler, i hovedsak i PHR.</p> <p>Meldte avvik har økt i 2024. Det er spesielt mange innen PHR og PHT, en god og ønsket økning. Det er fortsatt forbedringspotensiale innen avvikshåndtering og læring etter hendelser.</p> <p>Det har vært gjennomført flere tilsyn gjennom året, med totalt 9 avvik.</p> <p>Det er 5 prioriterte områder i handlingsplanen for 2025, se presentasjon.</p> <p>Kollegastøtte ordningen i PHT vurderes nå som en helhetlig plan for foretaket.</p> <p>Kombinasjon av Grønt kors og psykososial kalender; en etablert arena hvor man kan snakke sammen og avdekke utfordringer.</p>

	Vedtak Det foreslås at HAMU tar årsrapporten til orientering, og at anbefalte innsatsområder for HMS-arbeidet i Vestre Viken Helseforetak støttes.
04/2025	Faste orienteringer AML-brudd Sykefravær Vedtak HAMU tar de skriftlige notater til orientering.

Foreløpig protokoll

Møte:	Brukerutvalget Vestre Viken HF
Møtedato:	21.01.25
Tidspunkt:	1200-1800
Sted:	G32, Tyrifjord2
Møteleder:	Rune Kløvtveit
Deltakere:	<p>Fra Brukerutvalget: Rune Kløvtveit, Gudrun Breistøl, David C. Hemmingsen, Jan Helge Tuv (Teams), Toril Naper Hauge (Teams), Christine Malmberg, Jan Ørum Uldal Sjøes Leth Christensen, Cathrine Amanda Blisten Johansen.</p> <p>Fra Administrasjonen: Anne-Lise Kristensen og Kurt Kleppe Josefsen (koordinator)</p> <p>Fra Vestre Viken Lisbeth Sommervoll og Anders Debes (sak 6/25)</p>

Sak nr.	Sak/merknad
1/25	<p>Godkjenning av innkalling og sakliste</p> <p>Kommentarer/vedtak: Dessverre har ett av brukerutvalgets medlemmer gått bort. Mark Miller har vært et viktig medlem som har gitt mye til Vestre Viken og har vært et godt forbilde. Vi lyser fred over hans minne.</p>
2/25	<p>Presentasjon og velkommen til nye medlemmer</p> <p>Kommentarer/vedtak: Presentasjonsrunde hvor de nye medlemmene ble ønsket velkommen. Det var ønske om å få lenke til organisasjonskartet til Vestre Viken.</p>
3/25	<p>Protokoll brukerutvalgets møte 10. desember</p> <p>Kommentarer/vedtak: Godkjent</p>
4/25	<p>Referat arbeidsutvalgets møte 7. januar</p> <p>Kommentarer/vedtak: Tas til orientering</p>
5/25	Saker til orientering, innkommet post

Sak nr.	Sak/merknad
	<ul style="list-style-type: none"> • Foreløpig referat UR 12.12.24 • Foreløpig protokoll, BU HSØ 17. og 18.12.24 • Revidert retningslinje for brukerutvalg • Høringssvar - helsetilsynsloven, legg uttalelsene i vedlegg. Både VV og BU • Brukerkontoret, status • Behov for brukerrepresentant til prosjekt "pasientforløp eldre med skrøpeligheit". • Foreløpig protokoll BU HØS 15.01.25 (ettersendt) <p>Kommentarer/vedtak: Foreløpig protokoll fra BU HSØ 15. januar tas med på neste møte i BU</p> <p>Det er mottatt ønske om behov for brukerrepresentant i prosjekt i regi av Drammen kommune. Det er ikke ønskelig med representant fra Brukerutvalget i kommunale utvalg og det henstilles at kommunen finner brukerrepresentasjon fra "egne rekker". For eksempel kunne kanskje Pensjonistforbundet stille representasjon. David Hemmingsen tar dette opp i LSU DS og følger opp avsender.</p> <p>Brukerkontoret i Vestre Viken Det er et brukerkontor på Drammen sykehus. Det er nå litt varierende erfaringer med bruk av dette kontoret. Det er nå etablert en tre måneders testperiode, hvor det deretter vil bli vurdert brukerkontorets fremtid. Det er avsatt rom for brukerkontor på NSD. Tas opp som en sak på møtet i februar. Utkast sendes ut i forkant. Rune Kløvtveit, Anne-Lise Kristensen og Kurt Kleppe Josefsen lager et diskusjonsnotat i forkant av møtet.</p>
6/25	<p>Dialog med administrerende direktør og fagdirektør Forventninger til Brukerutvalget, erfaringer med BU</p> <p>Kommentarer/vedtak: Fri diskusjon rundt foretakets forventninger til brukerutvalget og diskusjon rundt prioriterte områder for Vestre Viken. En av tingene som ble diskutert er om personvern er til hinder for sømløse overganger. Kjernejournal vil kunne bidra til en bedring i utveksling av informasjon. En viktig faktor er felles legemiddelliste. Ellers fri diskusjon rundt oppdrags- og bestillerdokumentet.</p>

Sak nr.	Sak/merknad								
	Informasjon om og diskusjon om Kongsbergprosjektet tas på neste møte i BU sammen med det virtuelle sykehus og oppdrags- og bestillerdokumentet.								
7/25	<p>Oppnevninger prosjekt, råd og utvalg</p> <table border="1"> <tr> <td>Innovasjonsnettverket</td> <td>Christine Malmberg</td> </tr> <tr> <td>Ernæringsutvalget</td> <td>Tas opp neste måned</td> </tr> <tr> <td>Legemiddelkomiteen</td> <td>Gudrun</td> </tr> <tr> <td>Brukermedvirkning - KF prosjekt for å redusere feilrekvirerte rullestoloppdrag</td> <td>Cathrine Amanda</td> </tr> </table> <p>AU gjennomfører en gjennomgang av alle representasjoner og legger frem en egen sak i BU.</p> <p>Kommentarer/vedtak: I neste møte tas alle utvalg opp Rune går inn som erstatning for Mark i de møter som må gås på. David stiller som erstatning for Elisabeth frem til neste møte. Koordinator sender over informasjon om dette til PHT og BS. Det tas en spesiell gjennomgang i forhold til de utvalg og prosjekter Mark Miller har deltatt i. Sjekk ut hvem som har kontakt med de prosjektene som Mark har vært med i. Det tas kontakt med IKT i forhold til status på IKT Arbeidsutvalg.</p>	Innovasjonsnettverket	Christine Malmberg	Ernæringsutvalget	Tas opp neste måned	Legemiddelkomiteen	Gudrun	Brukermedvirkning - KF prosjekt for å redusere feilrekvirerte rullestoloppdrag	Cathrine Amanda
Innovasjonsnettverket	Christine Malmberg								
Ernæringsutvalget	Tas opp neste måned								
Legemiddelkomiteen	Gudrun								
Brukermedvirkning - KF prosjekt for å redusere feilrekvirerte rullestoloppdrag	Cathrine Amanda								
8/25	<p>Konferanser, seminarer</p> <ul style="list-style-type: none"> Webinar om brukermedvirkning 31.01.25 <p>Kommentarer/vedtak: Alle kan delta om de ønsker det.</p>								
9/25	<p>Årlig melding Ettersendes.</p> <p>Kommentarer/vedtak: Husk også årsmelding og tas det opp på februarmøtet Utkast til årlig melding forelå ikke ved møtestart og er således ikke utsendt. Gudrun, David og Toril danner arbeidsgruppe for Årlig melding og Gudrun er leder. Må være ferdigstilt og sendt administrasjonen 17. februar og sendes koordinator senest 13. februar.</p>								
10/25	<p>Kontinuerlig forbedring Gjennomgang av arbeidet og skjema.</p> <p>Kommentarer/vedtak:</p>								

Sak nr.	Sak/merknad
	David Hemmingen og Gudrun Breistøl ser videre på spørsmålene til målingene sammen med veileder. Utvalget stiller seg positiv til spørreskjemaet. Det legges opp til kvartals vise evalueringer.
11/25	Office 365 Kommentarer/vedtak: Workshop ble gjennomført slik at all dialog fremover kan skje gjennom Teams.
12/25	BU diskusjonen Drøfting rundt innmeldte saker. Innspill legges inn i aktivitetsrapporteringen Kommentarer/vedtak: Digital transformasjon Digital transformasjon betyr mer enn å lage gode tekniske løsninger. Den tekniske utvikling må samspilles med de menneskelige ressurser for å lage gode og effektive arbeidsprosesser. Spesielt dialogen mellom sykehus og pasient og de har mye å lære av kommunene. Hva kan brukerutvalget bidra til gode løsninger. De fleste medlemmer i BU sitter i klinikkens kvalitetsutvalg. Det er et handlingsrom hvor brukerutvalget kan bidra til bedre og brukersentrerte prosesser. Brukerutvalget har ellers i perioden vært med på: <ul style="list-style-type: none"> • Styremøte VV • NSD Styringsgruppe • Skilting NSD • Møte om Brukerkontoret • Arbeidsutvalget BU • Møte om Brukerkontoret • KEK møter BS • Møte m brukere av BET • Møte m sjef for FoU ang. fremtidig BET organisering • Samhandlingsarena Kongsberg • Høringsutkast, oppheving av UKOM og endringer i helsetilsynsloven • Møte i strategisk utvalg for fremtidens helse- og velferdstjenester 14 januar. • Høringsutkast, oppheving av UKOM og endringer i helsetilsynsloven
13/25	Kommende møter <ul style="list-style-type: none"> • Styrets årsplan • “Monsterarket”
14/25	Styresaker Styresaker ettersendes når de foreligger
15/25	Eventuelt

Sak nr.	Sak/merknad
---------	-------------

Forbehold om endringer