

**Til:** Styret ved Vestre Viken HF

**Dato utsendt:** 24. mars

**Vår ref.** Styresekretær

**Møtetype:** Styremøte  
**Møtedato:** 31. mars 2025  
**Møtetid:** Kl. 10.00 – 15.00

**Møtested:** Bærum sykehus, møterom Styrerommet (Hauger/Gjettum)

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

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

**Ved forfall vennligst gi beskjed til:**

Styresekretær: Hilde Enget  
Telefon: 48 16 66 24  
E-post:  
[hilde.enget@vestreviken.no](mailto:hilde.enget@vestreviken.no)

Med vennlig hilsen  
*For styreleder Siri Hatlen*

Hilde Enget

Saksnr.	Tid (tentativt) Type sak	SAKER TIL BEHANDLING
	Lukket møte	
	10.00 15 min	<b>Styrets møte med revisjonen</b> Styret har eget møte med PWC revisjon
	Ordinært møte	
25/2025	10.15 5 min	<b>Godkjenning av innkalling og saksliste</b> Vedlegg: Innkalling og saksliste til styremøte 31. mars
26/2025	10.20 0 min	<b>Godkjenning av møteprotokoll 24. februar 2025</b> Vedlegg: Foreløpig protokoll 24. februar 2025
27/2025	10.20  15 min	<b>Styrets årsberetning og årsregnskap for VVHF 2024</b> Vedlegg: 1. Styrets årsberetning og årsregnskap VVHF for 2024 2. Lederlønsrapport 2024 for VVHF
28/2025	10.35  15 min	<b>Virksomhetsrapportering pr 28. februar 2025</b> Vedlegg: 1. Virksomhetsrapport pr. 28. februar 2025
29/2025	10.50 20 min	<b>Evaluering av langvakter</b> Vedlegg: Rapport evaluering av pilot for langvakter
30/2025	11.10  10 min	<b>Status nytt sykehus Drammen</b> Vedlegg: 1. Samlet plan statusrapport februar 2025 2. Aktivitets- og milepælplan 3. VV aktiviteter og milepæler 4. Parathetslogg oppdatert per 12. mars
31/2025	11.20 20 min	<b>Plan for ibruktakelse nytt sykehus Drammen</b>
32/2025	11.40  20 min	<b>ØLP (Økonomisk langtidsplan) forutsetninger</b> Vedlegg: 1. Styresak HSØ 024-2025, 6. mars 2025 2. Protokoll sak 024-2025, 6. mars 2025
	12.00 30 min	<b>Lunsj inkl. seminar</b>
33/2025	12.30	<b>Fremtidig organisering av BET-seksjonen (Basal eksponeringsterapi), Psykisk Helse og Rus</b> Vedlegg: 1. Rapport fremtidig organisering av BET 2. Risikoanalyse 3. Hørings svar brukerrepresentanter 4. Hørings svar BET-seksjonen 5. Drøftingsnotat BET 6. Drøftingsreferat BET 7. Henvendelse fra Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO) til VVHF 8. Svar fra VVHF til LOD 9. Oppfølging av tidligere henvendelse fra LDO

	40 min	10. Svar på oppfølging av tidligere henvendelse fra VVHF til LDO
<b>34/2025</b>	13.10 45 min	<b>Status for oppfølging av bærekraftsplan 2.0 på Bærum sykehus</b> Presentasjon i møtet v/klinikkdirektør Trine Olsen
<b>35/2025</b>	13.55 10 min	<b>Protokoll fra foretaksmøte 28. februar og Oppdrag og bestilling 2025 for VVHF</b> Vedlegg: 1. Protokoll fra foretaksmøte 28.02.25 2. Oppdrag og bestilling 2025 for VVHF
	14.05 15 min	<b>Pause</b>
<b>36/2025</b>	14.20 5 min	<b>Styrende dokumenter i VVHF</b>
<b>37/2025</b>	14.25 5 min	<b>Instruks for styret i VVHF</b> Vedlegg: Instruks for styret
<b>38/2025</b>	14.30 5 min	<b>Instruks for administrerende direktør</b> Vedlegg: Instruks for administrerende direktør
<b>39/2025</b>	14.35 0 min	<b>Referatsaker</b> 1. Referat fra Brukerutvalget 18. Februar 2025 2. Referat fra Ungdomsrådet 27. Februar 2025 3. Styrets årsplan 2025 per mars inkl. Pendingliste 4. Referat HAMU 26. Februar 2025
<b>40/2025</b>	14.35 5 min	<b>Eventuelt</b>
<b>41/2025</b>	14.40 20 min	<b>Driftsorientering fra administrerende direktør</b>
	15.00	<b>Møteslutt</b>

Dato: 24. mars 2025  
Saksbehandler: Hilde Enget

## Saksfremlegg

### Godkjenning av innkalling og saksliste

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	25/2025	31.03.25

### Forslag til vedtak

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Drammen, 24. mars 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: 1. Innkalling og saksliste til styremøte 31. mars 2025

Dato: 24. mars 2025  
Saksbehandler: Hilde Enget

## Saksfremlegg

### Godkjenning av møteprotokoller

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	26/2025	31.03.25

### Forslag til vedtak

Styret godkjenner møteprotokoll datert 24. februar 2025

Drammen, 24. mars 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: 1. Foreløpig protokoll 24. februar 2025

## Møteprotokoll for styret i Vestre Viken

**Møtested:** Drammen, Grønland 32

**Dato:** 24. februar 2025

**Tidspunkt:** Kl. 10.00 – 13.15

---

### 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.

## **Sak 12/2025 Godkjenning av innkalling og saksliste**

### **Styrets enstemmige**

#### **Vedtak:**

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

## **Sak 13/2025 Godkjenning av styreprotokoller fra 27. januar og 6. februar 2025**

### **Styrets enstemmige**

#### **Vedtak:**

Møteprotokoller fra styremøtet den 27. januar og 6. februar 2025 godkjennes.

## **Sak 14/2025 Virksomhetsrapportering pr. 3. tertial 2024**

### **Oppsummering av innhold**

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. 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.

### **Kommentarer i møtet**

Styret takker for en god presentasjon og peker på at det har skjedd en positiv utvikling innenfor flere områder. Økt samhandling mellom klinikkene, satsningen på Forskning og innovasjon og arbeidet med Ventetidsløftet er eksempler som trekkes frem, og som vil kunne utvikles enda mer i 2025.

Styret kommenterer at satsningen rundt økt samarbeid mellom Kongsberg sykehus og Kongsberg kommune er spennende og viktig, og ønsker derfor å høre mer om dette i et kommende styremøte.

Tilleggsbevilgningene gjør at resultatet for 2024 blir bedre enn antatt. Styrets bekymring er utfordringene i den underliggende driften og hva dette gjør med investeringsevnen til helseforetaket over tid. De gevinster som satsningsområdene i bærekraftsplanen peker på og at de somatiske klinikkene klarer å hente ut disse, blir derfor avgjørende i tiden fremover.

Styret merker seg at IKT-tertialrapporten til NSD og risikoen knyttet til Helseloggistikk beskriver en bedring mot slutten av året. Styret ønsker å følge utviklingen knyttet til flytteforberedelser i styremøtene fremover og det legges opp til å avholde styremøte i mai på nytt sykehus Drammen.

### **Styrets enstemmige**

#### **Vedtak:**

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

## **Sak 15/2025 Utkast styrets årsberetning 2024 – 1.gangs behandling**

### **Oppsummering av innhold**

Styret skal behandle foretakets årsrapport i styremøtet 31. mars 2025. Det legges opp til en første gangs behandling av styrets årsberetning for å innhente styrets innspill til utforming og innhold. 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.

#### **Kommentarer i møtet**

Styret kom med flere innspill til årsberetningen. Blant annet foreslår de å få bedre frem hvilke områder der det har skjedd en forbedring, i tråd med innsatsområdene i bærekraftsplanen, samt informasjon rundt beslutningen om overtakelse av Martina Hansens hospital. Styret ønsket også presisert de utfordringer foretaket står overfor mht en fremtidig bærekraftig utvikling gitt de økonomiske forutsetningene med nytt sykehus i Drammen. Styrets innspill i møtet vil innarbeides i endelig versjon som behandles i styremøtet den 31. mars.

Dersom styret har flere innspill enn de som kom frem i møtet, inviteres styret til å sende disse til styresekretær innen 10. mars.

#### **Styrets enstemmige**

##### **Vedtak:**

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

### **Sak 16/2025 Årsrapport 2024 fra Varslingsutvalget**

#### **Oppsummering av innhold**

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.

#### **Kommentarer i møtet**

Styret takker for en god rapport og gir positive tilbakemelding på hvordan varslingsordningen fungerer.

#### **Styrets enstemmige**

##### **Vedtak:**

Styret tar Årsrapport 2024 for varslingsutvalget til orientering.

### **Sak 17/2025 Årlig melding 2024**

#### **Oppsummering av innhold**

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.

#### **Kommentarer i møtet**

Styret takker for en god presentasjon og en oversiktlig og informativ melding. Styret gav flere innspill, herunder å synliggjøre oppnådde resultater innen ventetider generelt og klinikk Psykisk



Helse og Rus spesielt. Videre ba styret om at de økonomiske utfordringene som er omtalt i styrets årsberetning gjentas i årlig melding.

Styret støtter Brukerutvalgets uttalelse om at det er mange gevinster å hente gjennom økt digitalisering i pasientbehandlingen.

### **Styrets enstemmige**

#### **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.

## **Sak 18/2025 Virksomhetsrapportering pr. 31. januar 2025**

### **Oppsummering av innhold**

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.

### **Kommentarer i møtet**

Styret kommenterer at det er gledelig med den høye aktiviteten i januar, samt den positive utviklingen innen brutto årsverk. Styret trekker frem at klinikk Psykisk Helse og Rus leverer meget godt på ventetider og at Kongsberg sykehus har et resultat som er bedre enn budsjett per januar.

Å få ned ventetidene engasjerer hele Norge, og det er positivt at det etableres gode systemer, ryddes i lister og at vi har egne oppfølgingsansvarlige i klinikkene. Samtidig understreker styret at det er viktig at ressursinnsatsen balanseres på en slik måte at kvelds- og fritidspoliklinikk brukes i tråd med bærekraftsplanens innsatsområde Organisering og struktur, slik at vi skaper varig bedre kapasitet. Bærekraftsplanen beskriver samarbeid på tvers, og dette vil være et viktig tiltak også med tanke på å få ned ventetidene.

Styret støtter at de somatiske klinikkene arbeider med standardiserte modeller for drift av sengeposter. Det pågår et arbeide med driftskonsepter planlagt i nytt sykehus Drammen, der planen er å bredde dette ut i hele helseforetaket. Ansattrepresentanten belyste usikkerheten rundt økonomiske gevinster ved å innføre redusert bemanningsfaktor på de klinikkvise døgnområdene, sett opp mot risikoen for høyere sykefravær og turnover.

Involvering av tillitsvalgte og inkludering av helhetlige vurderinger knyttet til sykefravær og AML-brudd blir viktig i denne sammenheng.

### **Styrets enstemmige**

#### **Vedtak:**

Styret tar virksomhetsrapporteringen pr. januar 2025 til orientering.

## **Sak 19/2025 Status nytt sykehus Drammen**

### **Oppsummering av innhold**

For å sikre arbeidet i sluttfasen 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. 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 akuttsøyle i nytt sykehus i oktober.

### **Kommentarer i møtet**

Styret takker for en meget god presentasjon og kommenterer den grundige systematikken som ligger bak planleggingen. Styret støtter innsatsen knyttet til opplæring og understreker viktigheten av godt samarbeid og god koordinering mellom mottaksprosjektet og de klinikker som skal inn i nytt sykehus. Styret uttaler at det er meget positivt at digital opplæringsmodul gir ansatte mulighet til å sette seg inn i nye arbeidsprosesser i forkant av flyttingen.

Styret bemerker at risiko vurderes noe ulikt i hhv. byggeprosjektet PNSD og IKT 3. tertialrapport fra NSD. Dette vil avstemmes bedre i tiden fremover.

Styret ser frem til fortløpende oppdateringer i tråd med plan presentert i møtet.

### **Styrets enstemmige**

#### **Vedtak:**

1. Styret tar status nytt sykehus Drammen til orientering.

## **Sak 20/2025 Oppnevning av nye medlemmer til brukerutvalget for perioden 2025 - 2027**

### **Oppsummering av innhold**

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.

### **Kommentarer i møtet**

### **Styrets enstemmige**

#### **Vedtak:**

Følgende personer oppnevnes til Vestre Vikens brukerutvalg for perioden 2025-2027:

- Rune Kløvtveit, leder
- Gudrun Breistøl, nestleder
- Christine Martinsen Malmberg
- David Hemmingsen
- Jan Helge Tuv
- Toril Naper Hauge
- Jan Ørum Uldall Sjøes 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.

## **Sak 21/2025 Revisjonsrapport Omstilling og endringsledelse ved innføring av IKT-løsninger**

### **Oppsummering av innhold**

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.

### **Kommentarer i møtet**

Styret takker for en god presentasjon og kommenterer viktigheten av å jobbe med endringsledelse og endringsvilje hos ansatte for å oppnå forventede gevinster ved innføring av ny teknologi.

### **Styrets enstemmige**

#### **Vedtak:**

Styret tar Konsernrevisjonens revisjonsrapport Omstilling og endringsledelse ved innføring av IKT-løsninger til etterretning.

## **Sak 22/2025 Referatsaker**

Ingen kommentarer.

## **Sak 23/2025 Eventuelt**

Styret ble informert om at NOKUT (Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen) gjennomfører en nasjonal evaluering av medisinstudiet. Sluttrapporten publiseres 14. mars på NTNU.

## **Sak 24/2025 Driftsorientering fra administrerende direktør**

### **Oppsummering av innhold**

Administrerende direktør informerte om at styreutvalget vil følge tilsvarende styringsmodell for salg av Blakstad sykehus som ved salg av Drammen sykehus (ref. sak 63/2022). Styret fikk også informasjon om salgsstrategi, fremdriftsplan og milepæler. Administrerende direktør gav også informasjon om status for å sikre 1398 midlertidige parkeringsplasser på Brakerøya.

Som en del av BRK-prosjektet er nyoppussede poliklinikklokaler åpnet ved Kongsberg sykehus. Helsepolitikere fra vertskommunene Lier og Drammen var invitert til å besøke det nye sykehuset. God morgen Norge fra TV2 har vært på besøk på føde- og barselavdelingen ved Bærum sykehus for å lage innslag om Luna-tilbudet. Overlege Arnljot Tveit ved Bærum sykehus er tildelt LHL Hjerneslag og Afasis ærespris 2025 for sitt arbeid på atrieflimmerområdet. Den nye, store intensivambulansen 626 satt i full drift i Vestre Viken HF. Administrerende direktør hospiterte hos Prehospitale tjenester og ble imponert over innsatsen og profesjonaliteten til de ansatte i tjenesten. VVHF har hatt besøk fra Levanger sykehus der temaene blant andre var virksomhetsstyring, Grønt

kors og fremtidens kontortjeneste. VVHF deltok i paneldebatt på lederkonferansen til NSH og vektla innovasjon som et av hovedmålene for sykehus.

Brukerrepresentant Mark J Miller gikk bort 19.01.25 og overlege Jannicke Mellin-Olsen gikk bort 06.02.25. Fred over deres minne.

### **Styrets enstemmige**

#### **Vedtak:**

Driftsorienteringen fra administrerende direktør tas til orientering.

### **Drammen 24. februar 2025**

Siri Hatlen  
styreleder

George Harold Fulford

Hans Tore Frydnes  
nestleder

Robert Bjerknes

Kristin Vinje

Kari Fjelldal

Hege Mørk

Tom Roger H Frost

Toril A K Morken

Maria Josefsen Gundersen

Gry L Christoffersen

## Saksfremlegg

### Styrets årsberetning og årsregnskap for VVHF 2024

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	27/2025	31.03.2025

#### Forslag til vedtak

1. Styret for Vestre Viken HF anbefaler at den fremlagte årsrapport for 2024, bestående av styrets årsberetning, resultat- og balanseoppstilling, kontantstrømoppstilling og noteopplysninger vedtas.
2. Styret tar den vedlagte lederlønnrapport for 2024 til orientering
3. Styret foreslår at resultatet for 2024, et overskudd på 173 MNOK, føres slik: Overføring til annen egenkapital: 173 MNOK.
4. Styret ber administrerende direktør om å oversende vedtaket med nødvendige vedlegg for videre behandling i foretaksmøte og sende årsrapporten til det nasjonale regnskapsregisteret i Brønnøysund.
5. Styret gir administrerende direktør fullmakt til eventuelt å gjøre mindre tekstredigeringer dersom det er påkrevd fra ekstern revisor eller lignende.

Drammen, 24. mars 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

### **Bakgrunn**

I denne saken fremlegges den endelige årsregnskapsrapporteringen pr. 31. desember 2024. Årsrapport består av styrets årsberetning, resultat, balanse, noter og kontantstrømpoppstilling. Det regnskapsmessige årsresultatet viser et overskudd på 173 MNOK. De innspill som er mottatt fra styret til årsberetningen etter den foreløpige behandlingen i styremøte 24. februar 2025 er innarbeidet i endelig forslag. I eget vedlegg fremlegges også lederlønsrapport for 2024. Styret skal gi sin anbefaling om at foretaksmøtet fastsetter årsresultatet for 2024.

### **Saksutredning**

Styret skal behandle årsregnskap og styrets årsberetning før endelig behandling skjer i foretaksmøte. Deretter oversendes årsregnskap og årsberetning til det nasjonale regnskapsregisteret i Brønnøysund. Det vises til årsberetning og årsregnskap for en oppsummering av året og ytterligere spesifisering og forklaring til regnskapet. Det økonomiske styringsmålet for 2024 var på 238 MNOK. Endelig resultat for 2024 er et overskudd fra driften på 173 MNOK. Resultatavviket inkluderer 6,8 MNOK i lavere kostnader til vedlikehold over drift, som møtes av tilsvarende lavere investeringer. Korrigert for dette utgjør resultatavviket 71,8 MNOK. Årsaken er et høyere kostnadsnivå enn budsjettert, samtidig som DRG-inntektene har vært lavere enn forutsatt. En tilleggsbevilgning i desember ga VVHF 105 MNOK, og sluttresultatet ble derfor bedre enn prognosen som var avgitt tidligere.

Lønnsoppgjøret i 2024 ble 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. EBITDA er 74 MNOK lavere enn forutsatt i budsjett 2024, altså tilnærmet resultatavviket på 71,8 MNOK. Et lavere resultat enn budsjett gir mindre midler til fremtidige investeringer. Ved utarbeidelsen av økonomisk langtidsplan for 2025-2028 var det imidlertid lagt til grunn et lavere resultat for 2024. Som følge av tilleggsbevilgningen som kom i desember 2024 har foretaket fått bedre finansiering av investeringer enn det som var lagt til grunn i ØLP.

Med bakgrunn i regler om lederlønn i allmennaksjeloven og retningslinje for lederlønn i selskaper med statlig eierandel av 30.4.2021, ble vedtektene endret i Foretaksmøtet januar 2022. Bestemmelsene i allmennaksjelovens § 6-16 b og tilhørende forskrift ble gjort gjeldende for Helse Sør-Øst RHF og dets helseforetak. Dette pålegger foretaket å utarbeide retningslinjer for godtgjørelse for ledende personer. Foretaksmøtet behandlet de nye retningslinjene i 2022. Retningslinjene skal revideres og godkjennes av Foretaksmøte ved vesentlige endringer, og minst hvert fjerde år.

Vedlagte lederlønsrapport er utformet i henhold til retningslinjene for lederlønn behandlet i Foretaksmøtet 2022. For hvert regnskapsår skal helseforetaket utarbeide en rapport som gir en samlet oversikt over utbetalt og inntående lønn (opptjent) og øvrig godtgjørelse til ledende personer som omfattes av disse retningslinjene. Ledende personer er i denne sammenhengen definert som Vestre Vikens styremedlemmer, administrerende direktør og dennes ledergruppe.

Lederlønsrapporten oppfyller de krav som fremgår av «Forskrift om retningslinjer og rapport om godtgjørelse for ledende personer». Rapporten tilfredsstiller også krav til noteopplysninger i årsregnskapet etter regnskapsloven § 7-31b og 7-32.

### **Administrerende direktørs vurderinger**

Det endelige resultatet for 2024 er lavere enn det som var forutsatt i budsjettet, men vesentlig bedre enn den prognosen som var gitt for året. Dette skyldes tilleggsbevilgningen som ble gitt i desember 2024. Foretaket kan derfor opprettholde planlagt investeringsnivå i 2025.

Sykefraværet er fortsatt på et vesentlig høyere nivå enn før pandemien. Dette har påvirket aktiviteten. Samtidig har det vært en vekst i brutto bemanning utover det som kan tilskrives et høyere sykefravær. Produktiviteten er fortsatt ikke på samme nivå som før pandemien. Sammen med en høyere lønnsvekst enn budsjettforutsetningen har dette bidratt til et lavere økonomisk resultat.

Administrerende direktør legger resultatet frem for styret med en anbefaling om at dette tilrås fastsatt som det endelige resultatet i foretaksmøtet. Det legges også frem forslag til hvordan overskuddet føres. Etter behandling i foretaksmøtet skal saken følges opp med innsending til det nasjonale regnskapsregisteret i Brønnøysund.

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret vedtar det fremlagt årsregnskap og styrets årsberetning for 2024, og tar lederlønsrapporten til orientering.

- Vedlegg:
1. Styrets årsberetning og årsregnskap VVHF for 2024
  2. Lederlønsrapport 2024 for VVHF



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 distriktpsykiatriske 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 (OUS). OUS 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 samt bidra til læring på tvers i foretaket.

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. Innenfor helselovgivningen er det gjennomført eksterne tilsyn med områdene 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 Legeforeningens «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, om lag 1,0 prosent mer enn fjoråret. Innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er også poliklinisk behandling ISF-finansiert. Aktiviteten resulterte i omkring 67 200 ISF-poeng i 2024. Dette representerer en økning på 3,3 prosent sammenlignet med året før. Oppnådde ISF poeng er noe lavere enn måltall for året på alle områder.

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 akuttpasientene 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 skjemabaserte egenregistreringer. Tilbud om egenregistrering som kan bidra til en mer brukertilpasset helsetjeneste har høy prioritet da dette vil bidra til økt kapasitet og reduserte ventetider. Åtte prosent av konsultasjonene innen somatikk og 18 prosent innenfor psykisk helsevern/rusbehandling ble gjennomført digitalt.

Samlet foregikk omtrent 12 prosent av polikliniske konsultasjoner over video eller telefon. Nivået har vært stabilt over tid, men gjennom 2024 har det vært en svak økende trend. Målet om minst 15% er ikke oppnådd, men likevel 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 eget mål på 25%.

Vestre Vikens virtuelle sykehus ble etablert høsten 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 nærmere 30 ulike forløpene, noe som er betydelig flere enn andre foretak i Norge. Potensialet antas allikevel å være langt større, både ved å etablere enda flere forløp som treffer de store pasientgruppene samt spredning av de enkelte forløpene til de øvrige klinikkene i Vestre Viken. Det er en målsetting å videreutvikle det virtuelle sykehuset i 2025. Det å sikre overgang fra innovasjon til vanlig drift for etablerte områder, samt videre utvikling for andre, er prioriterte områder. Vestre Viken HF er av Helse Sør-Øst RHF gitt ansvaret for å lede det regionale nettverket for digital hjemmeoppfølging.

### 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. Klinikken 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. Dette vil det arbeides med i 2025.

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 tilbudene.

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 forenklete hendelsesgjennomganger. Funn og erfaringer 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. Som et ledd i å lære og dele av det gode arbeidet ble modellen #Råbra implementert som verktøy som del av Safety-II tilnærmingen i foretaket. Dette er 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 forbedringsarbeid ledet av leger i spesialisering som et ledd i deres utdannings-program. 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 digital plattform for dokumentasjon, gjennomføring og porteføljestyling av endringsarbeider. Denne er videreutviklet i foretaket som har ført til at lisensavtaler og praktisk håndtering senere er overtatt av Sykehuspartner, slik at den nå er tilgjengeliggjort for hele Helse Sør-Øst. I Life QI er det nå registrert 437 aktive forbedringsarbeider i foretaket.

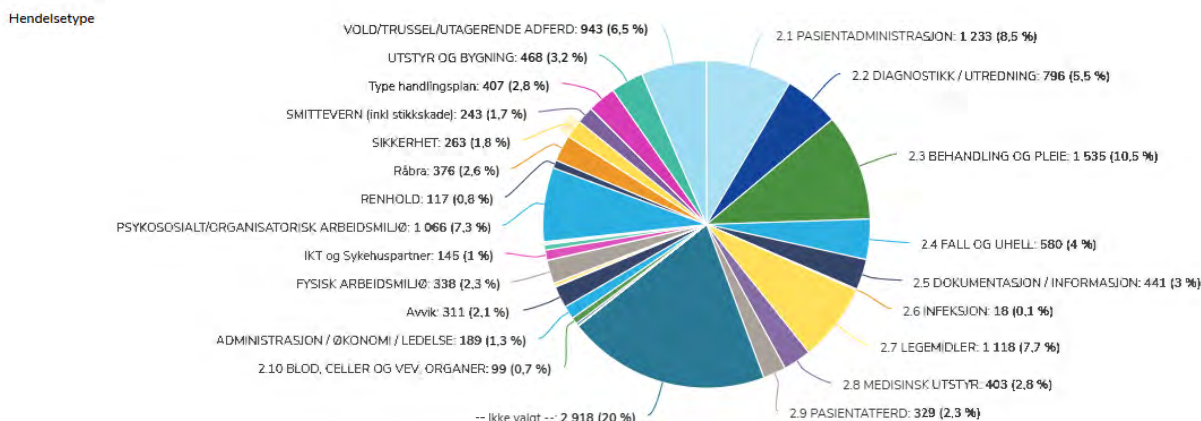
### Håndtering av uønskede hendelser

I 2024 var det totalt 14 565 saker registrert i avvikssystemet 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
<b>Sum 14 565</b>	

Saker registrert i Synergi 2024

Dette fordeler seg over følgende hendelsestyper:



Hendelsestyper i Synergi 2024

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 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 avvirket for somatikk i desember 2024 var på 70 dager, som er lavere enn i 2023, da snittet for måneden var på 71. Gjennomsnittet for 2024 samlet var 76 dager, noe høyere enn snittet for 2023 som var på 73. Fagområder med flest antall ventende har vært ortopedi, øyesykdommer, ØNH, kvinnesykdommer, plastikkirurgi, ortopedi og urologi.

Den gjennomsnittlige ventetid avvirket for PHR samlet, var i 2024 på 42 dager. Dette er lavere enn snittet for 2023 som var på 46 dager. Snittet for desember 2024 endte på 34. Dette er lavere enn i 2023, da snittet for måneden var på 40 dager. 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 rapporteres jevnlig til styret og det er tett oppfølging fra Helse Sør-Øst RHF.

Tiltakene i 2024 bestod initialt i å gjennomgå ventelister, rydde og korrigere feilregistreringer samt organisering av opplæring av merkantilt personell. Oppdraget Ventetidsløftet kom rett etter Vestre Viken innførte DIPS Arena og systemet var nytt og særlig medførte 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 ble igangsatt strakstiltak 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 teknisk utstyr, videreutvikling av det virtuelle sykehuset, oppgavedeling og effektiviseringsprosjekter. Det arbeides klinikkvis med en systematisk gjennomgang av aktuelle behandlingsforløp for å vurdere behovet for fysiske kontroller samt hyppighet av nødvendige kontroller samt hvilke kontroller som kan gjennomføres digitalt. 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.

### 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 korrekte data om aktiviteten, blant annet har overgang til DIPS Arena på regional plattform medført utfordringer med datakvaliteten. Innsatsen i 2024 har vært rettet mot å få oversikt og rette feil i rapporter for å kvalitetssikre tallene. Vi ser allikevel tydelig at det er behov for å sette inn en større innsats innenfor de enkelte forløpene for å i større grad oppnå målet om at minst 70% av pakkeforløpene gjennomføres innen anbefalt tid. Det er særlig innenfor bryst-, tykktarm-, lungekreft vi skal rette innsatsen videre. Gjennom 2024 har vi sett en gradvis økning i måloppnåelsen, men samlet er ikke 70% oppnådd.

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.

## 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 imidlertid 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 bruk av 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. Den store satsingen på utdanningsstillinger har gitt et stort antall nye spesialsykepleiere i Vestre Viken. Etter endt utdanning gjennomfører de umiddelbart 3 års bindingstid i 100 % stilling som spesialsykepleier, og svært mange blir værende i stillingen. Utdanningsstillinger bidrar således til å rekruttere og beholde spesialsykepleiere og jordmødre.

Utdanningsstillingene fordeles slik: anestesisykepleie 12, barnesykepleie 3, intensivsykepleie 26, jordmor 14, akuttsykepleie 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 tospanssveiledning. 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, ambulanséfaget, 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)
- Helseløgstikk poliklinikk
- Varsling og kommunikasjon via telefoni i Helseløgstikk
- 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 det samme helsepersonellet 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. I 2024 har Strategisk samarbeidsutvalg blant annet jobbet med å utarbeide en struktur for tildeling av rekrutterings- og samhandlingsmidlene som ble tildelt fra 2024.

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 for at brukerstemmen skal høres. Mye av deltakelsen nå er 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 inngangsportal 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 overvåkning. 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 er en jevn fordeling av AML-brudd gjennom året. Det er flest AML-brudd knyttet til samlet arbeidstid per dag, ukentlig arbeidsfri og AML timer per uke. AML-brudd oppstår fordi medarbeidere må jobbe ekstra på grunn av sykefravær, vakante stillinger, samt redusert tilgang på kvalifisert personell. Som et ledd i oppfølging av AML-brudd er dette et fast punkt i ledermøter og i Arbeidsmiljøutvalget (AMU) på klinikk- og foretaksnivå. Det tilbys veiledning og kurs for å bistå ledere med arbeidstidsplanlegging. Det oppfordres til at overtid og ekstravakter fordeles på flest mulig, for å unngå overbelastning hos enkeltpersoner. Så lenge det er en knapphet på ressurser vil AML-brudd være en utfordring. Det er viktig å beholde kompetanse, oppfordre til helsefremmende turnuser, god planlegging og jobbe for et robust arbeidsmiljø.

## 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

Svært høyt pasientbelegg i perioder av 2024 har påvirket frekvensen for tilfeller av vold og trusler, spesielt ved Blakstad sykehus, der også de fleste av sakene er registrert. Det har vært jobbet i klinikken med bedre saksbehandling av HMS-avvik. Riktig kategorisering av hendelsene og bedre kultur for å registrere avvik kan også ha bidratt til økningen. Blakstad sykehus og andre deler av Klinikk for Psykisk Helse og Rus flytter inn i nytt sykehus i 2025. Bedre bygningsmessige forhold, blant annet til skjerming, forventes å ha positiv effekt på risiko for eksponering for vold og trusler.

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 klinikkenes 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 tilsetning. 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.

For ytterligere informasjon om redegjørelse for åpenhetsloven, se [Miljø og samfunnsansvar - Helse Sør-Øst RHF](#) på hjemmesiden til Helse Sør-Øst.

### 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.

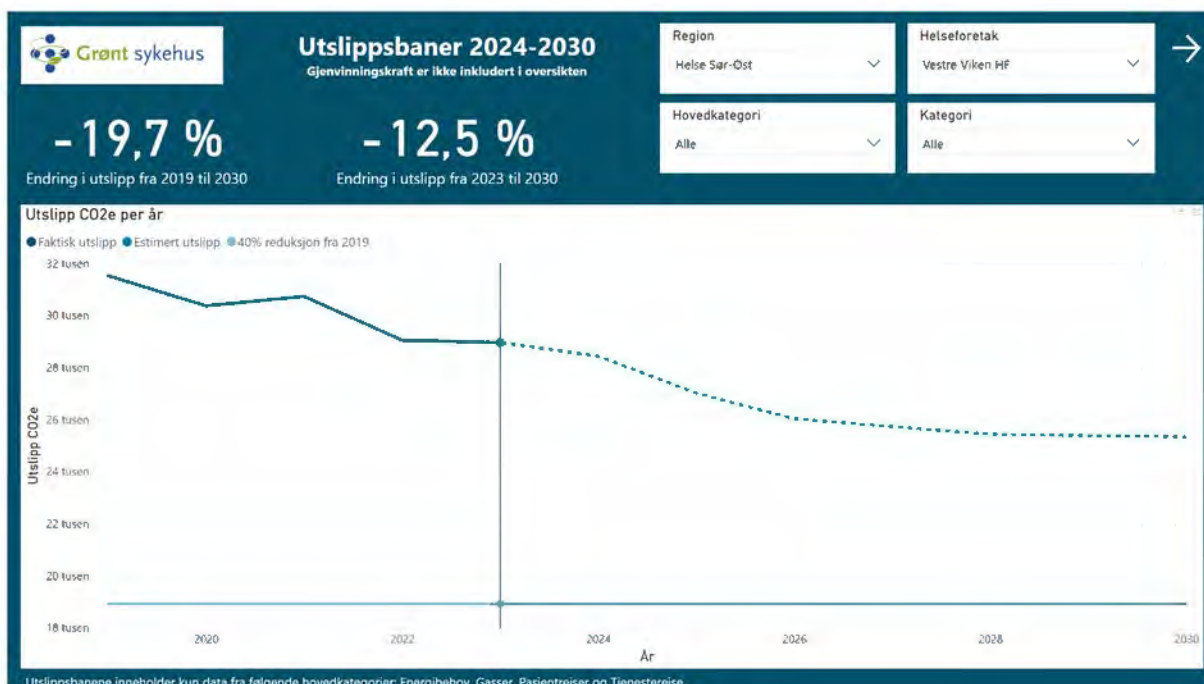
Felles klima- og miljømål for spesialisthelsetjenesten 2022-2030 inngår i foretakets miljødeltmål, og er inkludert i foretakets virksomhetsrapportering.

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 speialisthelsetjenestens 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 100 millioner kroner. De samlede investeringene utgjorde 1 191 millioner kroner, inkludert finansiell leasing for 13 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 (2017 kroneverdi). Prosjektet ligger nå ca. to år etter den oppsatte planen og om lag 50 % er realisert. 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. Planen ble revidert i desember 2025. Den 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.

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. Ved behandling av økonomisk langtidsplan for 2025 – 2028 konstaterte styret at den økte investeringskostnaden utfordrer foretakets fremtidige bærekraft. Allerede i 2026 er det forventet at foretaket må søke om ekstra investeringsmidler fra Helse Sør-Øst RHF. Det er avgjørende at foretaket har dialog med Helse Sør-Øst om hvordan 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.

I november 2025 skal foretaket overta virksomheten i Martina Hansens hospital. Dette medfører at Vestre Viken HF vil bli desidert størst i landet på ortopediområdet. I samarbeid med Martina Hansen hospital vil foretaket utrede fremtidig organisering av ortopediområdet. Overtakelsen av virksomheten forventes å gi synergier på flere områder.

## 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.

I mai behandlet styret en intensjonsavtale om overtakelse av virksomheten i Martina Hansens hospital. I november ble en overdragelsesavtale besluttet inngått med beslutning om iverksettelse 1. november 2025.

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.

Bærum 31. mars 2025

**Siri Hatlen**  
Styreleder

**Hans Tore Prydnus**  
Nestleder

**Kari Eghedal**  
Styremedlem

**Robert Høftnes**  
Styremedlem

**Georg Harold Fulford**  
Styremedlem

**Kristin Viste**  
Styremedlem

**Hage Mørk**  
Styremedlem

**Tom Roger Frost**  
Ansattes representant

**Harald Beardseth**  
Ansattes representant

**Marta Josefsen Gundarsen**  
Ansattes representant

**Toril A. K. Mørken**  
Ansattes representant

**Lisbeth Sommervoll**  
Administrerende direktør

(Alle tall i NOK 1000)

Resultatregnskap 01.01 - 31.12	Note	2024	2023
<b>DRIFTSINNETEKTER OG DRIFTSKOSTNADER</b>			
Basisramme	2	8 845 637	8 085 158
Aktivitetsbasert inntekt	2	3 880 837	3 654 743
Annen driftsinntekt	2	637 131	591 368
<b>Sum driftsinntekter</b>		<b>13 363 606</b>	<b>12 331 269</b>
Kjøp av helsetjenester	3	1 185 329	1 128 736
Varekostnad	4	1 717 948	1 609 370
Lønn og annen personalkostnad	5	8 185 267	7 693 441
Ordinære avskrivninger	9,10	331 611	326 160
Annen driftskostnad	6	1 617 384	1 448 587
<b>Sum driftskostnader</b>		<b>13 037 538</b>	<b>12 206 293</b>
<b>Driftsresultat</b>		<b>326 068</b>	<b>124 976</b>
<b>FINANSINNETEKTER OG FINANSKOSTNADER</b>			
Finansinntekt	7,12	16 711	12 486
Finanskostnad	7	170 107	78 267
<b>Netto finansposter</b>		<b>-153 397</b>	<b>-65 781</b>
<b>Resultat før skattekostnad</b>		<b>172 671</b>	<b>59 195</b>
Skattekostnad på ordinært resultat			
Ekstraordinære poster			
<b>ÅRSRESULTAT</b>		<b>172 671</b>	<b>59 195</b>
<b>OVERFØRINGER</b>			
Overføringer til/fra annen egenkapital	RS0530	-172 671	-59 195
<b>Sum overføringer</b>		<b>-172 671</b>	<b>-59 195</b>



(Alle tall i NOK 1000)

Balanse per 31.12	Note	2024	2023
<b>EIENDELER</b>			
<b>Anleggsmidler</b>			
<b>Immatrielle eiendeler</b>			
Immaterielle eiendeler	9	0	0
<b>Sum immaterielle eiendeler</b>		<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Varige driftsmidler</b>			
Tomter, bygninger og annen fast eiendom	10	3 093 241	3 177 559
Medisinskteknisk utstyr, Inventar, transportmidler og lignende	10	635 811	653 173
Anlegg under utførelse	10	1 146 761	189 548
<b>Sum varige driftsmidler</b>		<b>4 875 812</b>	<b>4 020 280</b>
<b>Finansielle anleggsmidler</b>			
Investeringer i andre aksjer og andeler	11	469 089	445 588
Andre finansielle anleggsmidler	12	1 655 133	1 701 103
Pensjonsmidler	17	2 840 534	2 542 564
<b>Sum finansielle anleggsmidler</b>		<b>4 964 756</b>	<b>4 689 255</b>
<b>Sum anleggsmidler</b>		<b>9 840 568</b>	<b>8 709 535</b>
<b>Omløpsmidler</b>			
<b>Varer</b>			
Varer	13	23 077	26 939
<b>Fordringer</b>			
Fordringer	14	277 202	307 838
<b>Sum fordringer</b>		<b>277 202</b>	<b>307 838</b>
<b>Bankinnskudd, kontanter o.l.</b>	<b>15</b>	<b>283 090</b>	<b>269 563</b>
<b>Sum omløpsmidler</b>		<b>583 369</b>	<b>604 339</b>
<b>SUM EIENDELER</b>		<b>10 423 938</b>	<b>9 313 875</b>

(Alle tall i NOK 1000)

Balanse per 31.12	Note	2024	2023
<b>EGENKAPITAL OG GJELD</b>			
<b>Egenkapital</b>			
<b>Innskutt egenkapital</b>			
Foretakskapital		100	100
Annen innskutt egenkapital		3 510 642	3 510 642
<b>Sum innskutt egenkapital</b>	<b>16</b>	<b>3 510 742</b>	<b>3 510 742</b>
<b>Opptjent egenkapital</b>			
Annen egenkapital		1 384 031	1 211 360
<b>Sum opptjent egenkapital</b>	<b>16</b>	<b>1 384 031</b>	<b>1 211 360</b>
<b>Sum egenkapital</b>		<b>4 894 772</b>	<b>4 722 102</b>
<b>Gjeld</b>			
<b>Avsetning for forpliktelser</b>			
Pensjonsforpliktelser	17	4 980	5 441
Andre avsetninger for forpliktelser	18	222 921	210 333
<b>Sum avsetninger for forpliktelser</b>		<b>227 901</b>	<b>215 774</b>
<b>Annen langsiktig gjeld</b>			
Øvrig langsiktig gjeld	12	1 345 862	837 540
<b>Sum annen langsiktig gjeld</b>		<b>1 345 862</b>	<b>837 540</b>
<b>Kortsiktig gjeld</b>			
Skyldige offentlige avgifter		542 412	552 881
Annen kortsiktig gjeld	19	3 412 990	2 985 578
<b>Sum kortsiktig gjeld</b>		<b>3 955 402</b>	<b>3 538 459</b>
<b>Sum gjeld</b>		<b>5 529 165</b>	<b>4 591 773</b>
<b>SUM EGENKAPITAL OG GJELD</b>		<b>10 423 938</b>	<b>9 313 875</b>

Bærum 31. mars 2025

Siri Hatlen  
Styreleder

Hans Tore Frydnes  
Nestleder

Kari Fjelldal  
Styremedlem

Robert Bjerknes  
Styremedlem

Georg Harold Fulford  
Styremedlem

Kristin Vinje  
Styremedlem

Hegge Mørk  
Styremedlem

Tom Roger Frost  
Ansattes representant

Harald Baardaeth  
Ansattes representant

Maria Josefsen Gundersen  
Ansattes representant

Toril A. K. Morken  
Ansattes representant

Lisbeth Sommervoll  
Administrerende direktør

## Note 0 – Regnskapsprinsipper

### Generelt om regnskapet

Årsregnskapet er avlagt i samsvar med regnskapsloven og god regnskapsskikk.

De regionale helseforetakene ble stiftet med basis i helseforetaksloven i forbindelse med at staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene. Staten overførte formuesposisjonene knyttet til spesialisthelsetjenesten i helseregionene øst og sør til nåværende Helse Sør-Øst 1. januar 2002. Virksomheten er regulert av lov om helseforetak m.m. Virksomhetsoverføringene skjedde som tings innskudd og transaksjonsprinsippet ble lagt til grunn.

Helse Sør og Helse Øst fusjonerte til Helse Sør-Øst med regnskapsmessig virkning 1. januar 2007.

I forbindelse med sykehusreformen utarbeidet uavhengige tekniske miljøer høsten 2001 takster for bygg og tomter basert på gjenanskaffelsesverdi. I gjenanskaffelsesverdien ble det tatt hensyn til slit og elde, teknisk og funksjonell standard etc. Også for andre anleggsmidler ble gjenanskaffelseskost beregnet. Tilsvarende ble gjennomført i 2003/2004 i tilknytning til overføringen av rusomsorgen.

I forbindelse med avleggelsen av regnskapet for 2002 ble det diskutert om foreliggende takster burde nedjusteres i forhold til forventninger om nivået på fremtidige kontantstrømmer (bevilgninger). Basert på verdier fastsatt av daværende Helsedepartementet ble regnskapet for 2002 avlagt med foreløpig åpningsbalanse der verdiene på bygg var lavere enn takstverdiene. Ved regnskapsavleggelsen for 2003 ble åpningsbalansen verdsatt til gjenanskaffelsesverdi, dvs. tilsvarende takstene utarbeidet høsten 2001. Dette ble basert på at helseforetakene er non-profit-virksomheter der eier har stilt krav om resultatmessig balanse i driften, men ikke krav til avkastning på innskutt kapital, og at bruksverdi dermed representerer virkelig verdi for anleggsmidler. Det ble samtidig gjort fradrag for overførte anleggsmidler der det per 1. januar 2002 var kjent at disse ikke ville være i bruk eller kun ville være i bruk en begrenset periode i fremtiden.

Det følger av Helseforetakslovens § 31- 33 at det er restriksjoner med hensyn til foretakets muligheter til å avhende faste eiendommer, avhende sykehusvirksomhet samt mulighet for opptak av lån, garantier og pantstillelser.

### Vurderings- og klassifiseringsprinsipper

#### Generelt om inntektsførings- og kostnadsføringsprinsipper

Inntektsførings- og kostnadsføringsprinsippene bygger på de grunnleggende regnskapsprinsippene om transaksjon, opptjening, sammenstilling og forsiktighet. I den grad regnskapet inneholder usikre poster bygger disse på beste estimat, basert på tilgjengelig informasjon på balansedagen

#### Prinsipper for inntektsføring

Driftsinntektene til helseforetakene kan deles i tre: Fast grunnfinansiering (basis) fra eier, aktivitetsbaserte inntekter og andre driftsinntekter. Inntekter fra Helse- og omsorgsdepartementet som går via det regionale helseforetaket er bruttoført i Helse Sør-Øst.

### Grunnfinansiering

Grunnfinansieringen består av basisramme drift. Grunnfinansieringen tildeles foretakene fra Helse Sør-Øst RHF som fast bevilgning til drift og investering i foretaket. Grunnfinansieringen er normalt et driftstilskudd uten bestemte vilkår som gis nærmest uavhengig av aktivitet for å opprettholde en kapasitet som er tilstrekkelig for det sykehusområde et helseforetak er ansvarlig for. Dette tilsier normalt sett at grunnfinansieringen inntektsføres i sin helhet innenfor det året bevilgningen gis.

### Aktivitetsbaserte inntekter

Aktivitetsbaserte inntekter består av ISF-inntekter (ISF = innsattsstyrt finansiering), polikliniske inntekter (refusjoner fra HELFO og egenandeler), gjestepasientinntekter, inntekter fra selvbetalende pasienter og salg av laboratorie- og røntgentjenester. Oppførte ISF-inntekter er basert på koding i Norsk Pasient Register (NPR). Det er noe usikkerhet med hensyn til kvaliteten på kodingen. Dette gjelder alle regioner og ikke spesielt Helse Sør-Øst. Gjennomgang har vist at det forekommer både positive og negative avvik. Det er fokus i helseforetakene på betydningen av riktig koding for å få vist korrekte inntektstall. Gjestepasientoppgjør føres brutto, det vil si kostnadsføring for kjøp av helsetjenester med tilhørende ISF-refusjon innen somatisk virksomhet, og inntektsføring for salg av helsetjenester. ISF-inntekter og poliklinikkinntekter inntektsføres i den perioden aktiviteten er utført

### Andre inntekter

Andre inntekter vil blant annet være salgsinntekter fra kantine, leieinntekter fra eiendom/boliger og gevinst ved salg av anleggsmidler. Andre inntekter inntektsføres i den perioden varen/tjenesten er levert.

I tillegg gis det øremerkede statstilskudd. Øremerkede tilskudd inntektsføres når aktivitetene gjennomføres og i takt med kostnadene som er knyttet til gjennomføringen av de aktiviteter som tilskuddet er knyttet til. Disse tilskuddene kan overføres til fremtidige år

### Prinsipper for kostnadsføring

Utgifter sammenstilles med og kostnadsføres samtidig med de inntekter utgiftene kan henføres til. Utgifter som ikke kan henføres direkte til inntekter, kostnadsføres når de påløper.

### Klassifisering og vurdering av balanseposter

Omløpsmidler og kortsiktig gjeld omfatter poster som forfaller til betaling innen ett år etter anskaffelsestidspunktet. Øvrige poster er klassifisert som anleggsmidler/langsiktig gjeld. Omløpsmidler vurderes til laveste av anskaffelseskost og virkelig verdi. Kortsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på opptakstidspunktet. Anleggsmidler vurderes til anskaffelseskost på anskaffelsestidspunktet og avskrives lineært over forventet brukstid. Langsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på etableringstidspunktet. Første års avdrag på langsiktig gjeld vises sammen med øvrig langsiktig gjeld.

### Varige driftsmidler

Varige driftsmidler balanseføres til anskaffelseskost og avskrives over driftsmidlets forventede levetid. Et driftsmiddel anses som varig dersom det har en økonomisk levetid på over tre år samt en kostpris på over 200 000 kroner. Driftsmidler avskrives fra det tidspunkt de tas i bruk. Dersom gjenvinnbart beløp av driftsmidlet er lavere enn balanseført verdi foretas en nedskrivning til gjenvinnbart beløp. Gjenvinnbart beløp er det høyeste av netto salgsverdi og verdi i bruk. Eiendeler som har varig verdifall nedskrives til gjenvinnbart beløp. Dersom grunnlag for tidligere foretatt nedskrivning bortfaller, vurderes denne reversert.

Utgifter forbundet med periodisk vedlikehold og reparasjoner på produksjonsutstyr, periodiseres. Utgifter forbundet med normalt vedlikehold og reparasjoner blir løpende kostnadsført. Utgifter ved større utskiftninger og fornyelser som øker driftsmidlenes levetid vesentlig, balanseføres. Driftsmidler som erstattes, kostnadsføres.

#### **Immaterielle eiendeler, herunder forskning og utvikling**

Utgifter til utvikling balanseføres i den grad det kan identifiseres en fremtidig økonomisk fordel knyttet til utvikling av identifiserbare immaterielle eiendeler. I motsatt fall kostnadsføres slike utgifter løpende. Balanseført utvikling avskrives lineært over den økonomiske levetiden. Utgifter til forskning kostnadsføres løpende. Andre immaterielle eiendeler som forventes å gi fremtidige inntekter, balanseføres og avskrives over økonomisk levetid.

#### **Usikre forpliktelser**

Dersom det etter selskapets oppfatning er sannsynlig at en usikker forpliktelse vil komme til oppgjør, og verdien av oppgjøret kan estimeres pålitelig, kostnadsføres forpliktelsen i resultatregnskapet og tas inn som en avsetning for forpliktelser i balansen.

#### **Egenkapitalinnskudd pensjonskasser**

Egenkapitalinnskudd i KLP og andre pensjonskasser er verdsatt til kost.

#### **Pensjoner**

Regnskapsføring av pensjonskostnader skjer i samsvar med Norsk Regnskapsstandard, NRS 6 Pensjonskostnader. Selskapets pensjonsforpliktelser, både sikret og usikret, beregnes som den diskonterte verdi av de fremtidige pensjonsytelser som anses påløpt på balansedagen. Det forutsettes at arbeidstakerne opparbeider sine pensjonsrettigheter lineært over den yrkesaktive perioden.

Pensjonsmidlene er vurdert til virkelig verdi og fratrukket i netto pensjonsforpliktelse i balansen. Eventuell overfinansiering balanseføres i den grad overfinansieringen kan utnyttes eller tilbakebetales. Den enkelte pensjonsordning vurderes for seg, men verdi av overfinansiering i en ordning og underfinansiering i andre ordninger nettoføres i balansen såfremt pensjonsmidlene kan overføres mellom ordningene. Netto pensjonsmidler presenteres som andre langsiktige fordringer, mens netto pensjonsforpliktelser presenteres som avsetning for forpliktelser.

Endringer i forpliktelsen og pensjonsmidlene som skyldes endringer i og avvik mot beregningsforutsetningene (estimatendringer), fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid for den del av avvikene som overstiger 10 prosent av det største av brutto pensjonsforpliktelser eller pensjonsmidler.

Det har er gjort en endring i NRS 6 Pensjonskostnader som påvirker regnskapsføring av planendringer. Det er besluttet at eventuelle planendringsevinster som oppstår i forbindelse med ubetingede planendringer, nå kan benyttes til å redusere uinnregnede estimatavvik. Dette er et likestilt alternativ med resultatføring av slike gevinster, og er et valg av regnskapsprinsipp som må anvendes konsistent for alle ordninger og fra periode til periode. Endringene fremkommer i NRS 6 punkt 56. Endringen trer i kraft for regnskapsår som starter 1. januar 2020 eller senere. Helse Sør-Øst har implementert endringen i NRS 6 med virkning for 2019. Øvrige planendringer innregnes i resultatregnskapet umiddelbart.

Periodens netto pensjonskostnad er inkludert i lønn og sosiale kostnader og består av periodens pensjonsopptjening, rentekostnad på den beregnede pensjonsforpliktelsen,

forventet avkastning av pensjonsmidlene, resultatført virkning av endringer i estimater og pensjonsplaner, resultatført virkning av avvik mellom faktisk og forventet avkastning, samt periodisert arbeidsgiveravgift.

Arbeidstakers andel av pensjonspremien er kommet til fradrag i lønnskostnaden.

### **Fordringer**

Kundefordringer og andre fordringer er oppført i balansen til pålydende etter fradrag for avsetning til forventet tap. Avsetning til tap gjøres på grunnlag av individuelle vurderinger av de enkelte fordringene. I tillegg gjøres det for øvrige kundefordringer en uspesifisert avsetning for å dekke antatt tap

### **Varebeholdninger**

Lager av innkjøpte varer er verdsatt til gjennomsnitt av anskaffelseskost og virkelig verdi. Varelageret nedskrives dersom virkelig verdi er lavere enn anskaffelseskost.

### **Kontantstrømoppstilling**

Kontantstrømoppstillingen er utarbeidet etter indirekte metode. Trekk på konsernkontoordningen er klassifisert som kortsiktig gjeld, og presentert på egen linje i kontantstrømoppstillingen. Likviditetsbeholdningen består av bundne midler og bankkonti utenfor konsernkontoordningen.

### **Konsernkontoordning**

Innskudd og gjeld på konsernkontoen er klassifisert som kortsiktig fordring/gjeld mot Helse Sør-Øst i det enkelte helseforetak. Renteinntekter-/kostnader er behandlet som konserninterne renter i helseforetaket.

### **Endringer i regnskapsprinsipp og feil i tidligere perioder**

Virkningen av endringer i regnskapsprinsipp og korrigering av feil i tidligere perioder er ført direkte mot egenkapitalen.

### **Skatt**

Foretakets virksomhet, sykehusdrift, er ikke skattepliktig.

### **Leieavtaler**

Helseforetak har anledning til å inngå finansielle leiekontrakter, jf. Helseforetaksloven § 33 og vedtektene til NN HF § 12. De finansielle leieavtalene er balanseført til verdien av vederlaget i leieavtalen, og avskrives over eiendelens levetid, fordelt på de ulike delkomponentene.

### **Nøytral merverdiavgift**

Gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2016-2017) for Helse- og omsorgsdepartementet, ble det fra 1. januar 2017 innført en ordning med nøytral merverdiavgift for helseforetakene. Ordningen innebærer at helseforetakene får kompensert utgifter til merverdi på en rekke varer og tjenester som inngår i driften av virksomheten.

(Alle tall i NOK 1000)

**Kontantstrømoppstilling**

2024

2023

**KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER:**

Årsresultat	172 671	53 155
Tap/gevinst ved salg anleggsmidler	-14 648	-2 037
Ordinære avskrivninger	331 611	326 160
Øvrige resultatposter uten kontanteffekt	150 777	-144 479
Endring i omløpsmidler	34 498	63 136
Endring i kortsiktig gjeld	43 473	208 461
Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn-/utbetalinger i	-298 431	-503 218
Inntektsført investeringstilskudd	-18 708	-17 622
<b>Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter</b>	<b>39 794</b>	<b>9 598</b>

**KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGSAKTIVITETER:**

Innbetalinger ved salg av driftsmidler	17 500	18 708
Utbetalinger ved kjøp av driftsmidler	-268 700	-208 181
Utbetalinger ved utlån (langs fordringer)	-205 000	-173 000
Utbetalinger ved kjøp av andre finansielle eiendeler	-23 502	-28 899
<b>Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter</b>	<b>-469 701</b>	<b>-391 372</b>

**KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER:**

Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld	20 000	0
Utbetalinger ved nedbetaling av langsiktig gjeld	-39 446	-36 114
Endring driftskreditt	373 464	384 008
Innbetaling av investeringstilskudd	31 296	13 187
Endring øvrige langsiktige forpliktelser	-1879	61 168
<b>Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter</b>	<b>383 435</b>	<b>402 247</b>

Netto endring i likviditetsbeholdning	13 528	20 470
Likviditetsbeholdning pr 01.01	269 563	249 092
<b>Beholdning av bankinnskudd, kontanter og lignende pr 31.12</b>	<b>283 090</b>	<b>269 563</b>

Ubenyttet trekkramme 31.12	1 330 895	1 335 652
----------------------------	-----------	-----------

<b>I likviditetsreserve 31.12</b>	<b>1 613 985</b>	<b>1 605 215</b>
-----------------------------------	------------------	------------------

Innvilget trekkramme 31.12:	1 393 300	2 626 265
-----------------------------	-----------	-----------

Bankinnskudd, kontanter o.l.	283 090	269 563
------------------------------	---------	---------

(Alle tall i NOK 1000)

Note 1 - Virksomhetsområder	2024	2023
<b>Driftsinntekter pr virksomhetsområde</b>		
Somatiske tjenester	9 768 066	9 090 809
Psykisk helsevern VOP	1 839 141	1 728 440
Psykisk helsevern BUP	678 953	594 203
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	360 936	301 629
Annet	716 510	616 188
<b>Driftsinntekter pr virksomhetsområde</b>	<b>13 363 606</b>	<b>12 331 269</b>
<b>Driftskostnader pr virksomhetsområde</b>		
Somatiske tjenester	-9 659 403	-9 053 302
Psykisk helsevern VOP	-1 722 383	-1 665 643
Psykisk helsevern BUP	-636 915	-584 859
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	-332 477	-307 515
Annet	-686 361	-594 974
<b>Driftskostnader pr virksomhetsområde</b>	<b>-13 037 538</b>	<b>-12 206 293</b>
<b>Driftsinntekter fordelt på geografi</b>		
Pasienter hjemmehørende i Helse Sør-Øst RHF sitt opptaksomr	13 265 234	12 238 946
Pasienter hjemmehørende i resten av landet	65 643	61 827
Pasienter hjemmehørende i utlandet	32 729	30 496
<b>Driftsinntekter fordelt på geografi</b>	<b>13 363 606</b>	<b>12 331 269</b>



(Alle tall i NOK 1000)

Note 2 - Inntekter	2024	2023
<b>DRIFTSINTEKTER</b>		
<b>Basisramme</b>		
Basisramme	8 845 638	8 085 158
<b>Basisramme</b>	<b>8 845 638</b>	<b>8 085 158</b>
<b>Aktivitetsbasert inntekt</b>		
Behandling av egne pasienter i egen region 1)	2 953 845	2 795 727
Behandling av pasienter internt i egen region	139 402	130 983
Behandling av egne pasienter i andre regioner 2)	24 342	26 008
Behandling av andre pasienter i egen region 3)	65 643	61 827
Poliklinikk, laboratorie og radiologi	602 511	544 970
Utskrivningsklare pasienter	33 737	30 919
Andre aktivitetsbaserte inntekter	61 357	64 310
<b>Aktivitetsbasert inntekt</b>	<b>3 880 837</b>	<b>3 654 743</b>
<b>Annen driftsinntekt</b>		
Øremerket tilskudd til psykisk helsevern		
Kvalitetsbasert finansiering	48 232	39 534
Øremerket tilskudd til "Raskere tilbake"	0	0
Øremerkede tilskudd til andre formål	44 339	46 744
Inntektsføring av investeringstilskudd 4)	18 708	17 622
Driftsinntekter fra apotekene 5)	0	0
Andre driftsinntekter	525 852	487 468
<b>Annen driftsinntekt</b>	<b>637 131</b>	<b>591 368</b>
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>13 363 606</b>	<b>12 331 269</b>

- 1) ISF inntekter (DRG-refusjon) for diagnostikk og behandling i egen helseregion av pasienter innenfor Helse Sør-Øst RHF sitt "sørge for"-ansvar
- 2) ISF inntekter (DRG-refusjon) for diagnostikk og behandling i andre helseregioner av pasienter innenfor Helse Sør-Øst RHF sitt "sørge for"-ansvar
- 3) Inntekter for diagnostikk og behandling av pasienter tilhørende andre regionale helseforetak (gjestepasienter)
- 4) Inntektsføring av del av balanseført investeringstilskudd
- 5) I regnskapet for foretaksgruppen er salg fra Sykehusapotekene HF til foretak i Helse Sør-Øst RHF eliminert

**Aktivitetstall**

**Note 2 - Inntekter, forts**

2024

2023

**Aktivitetstall somatikk**

Antall DRG poeng iht. "sørge for" ansvaret	130 468	129 211
Antall DRG poeng iht. eieransvaret	132 111	129 949
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	505 455	497 583

**Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og unge**

Antall utskrevne pasienter fra døgntilrettelagt behandling	167	200
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	98 318	95 499
Antall ISF-poeng iht eieransvar	33 792	31 818

**Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne**

Antall utskrevne pasienter fra døgntilrettelagt behandling	3 257	3 293
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	139 347	134 424
Antall ISF-poeng iht eieransvar	28 731	28 322

**Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere**

Antall utskrevne pasienter fra døgntilrettelagt behandling	785	789
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	24 590	25 689
Antall ISF-poeng iht eieransvar	4 719	4 972

Aktiviteten innen somatikk er delvis finansiert med basisbevilgning og delvis med inntekter koblet til behandlingsaktivitet. Ved sammenligning av foretakenes inntekter over tid må det hensyntas at andelen av inntektene som er koblet til behandlingsaktivitet og basisramme kan variere.

DRG-systemet klassifiserer sykehusopphold i grupper som er medisinsk og ressursmessig tilnærmet homogene. Inntektene i DRG-systemet er i 2024 satt til 40 % av full DRG-pris, det vil si kr 20.061 per DRG poeng.

Aktivitetstallene inkluderer ikke aktivitet finansiert av Raskere tilbake og eventuelt andre øremerkede midler/særskilt finansiering. Aktivitetstallene består også av pasienter behandlet hos private.

Fra og med 2017 er den aktivitetsbaserte finansieringen av poliklinisk psykisk helsevern og poliklinisk tverrfaglig spesialisert rusbehandling overført til ISF-ordningen. I antall polikliniske konsultasjoner for TSB og PH for 2017 inngår også de konsultasjonene som er finansiert gjennom ISF (antall DRG-poeng).

Ved innføring av ISF-refusjon er det samtidig endret tellemåte når det gjelder antall konsultasjoner.

(Alle tall i NOK 1000)

**Note 3 - Kjøp av helsetjenester**

2024

2023

**KJØP AV HELSETJENESTER**

Kjøp av offentlige helsetjenester somatikk eksternt	70 316	78 385
Kjøp av offentlige helsetjenester somatikk internt i foretaksgruppen	939 468	849 083
Kjøp av private helsetjenester somatikk	34 487	27 895
Kjøp av offentlige helsetjenester psykiatri eksternt	6 678	18 551
Kjøp av offentlige helsetjenester psykiatri internt i foretaksgruppen	53 530	49 790
Kjøp av private helsetjenester psykiatri	16 336	16 680
Kjøp av offentlige helsetjenester rus eksternt	925	1 541
Kjøp av offentlige helsetjenester rus internt i foretaksgruppen	3 219	8 368
Kjøp av private helsetjenester rus	68	10 446
Kjøp av helsetjenester utland	14 539	7 319
<b>Sum gjestepasientkostnader</b>	<b>1 139 566</b>	<b>1 068 058</b>
Innleie av helsepersonell fra vikarbyrå	41 625	55 682
Kjøp fra Luftambulansen ANS		
Kjøp av andre ambulansetjenester	383	1 007
Andre kjøp av helsetjenester	3 755	3 989
<b>Sum kjøp av andre helsetjenester</b>	<b>45 763</b>	<b>60 678</b>
RHF-ets kjøp av helsetjenester fra datterforetakene		
<b>Sum kjøp av helsetjenester</b>	<b>1 185 329</b>	<b>1 128 736</b>

(Alle tall i NOK 1000)

**Note 4 - Varekostnad**

2024

2023

**VAREKOSTNAD**

Legemidler	942 628	886 901
Medisinske forbruksvarer	657 583	609 543
Andre varekostnader til eget forbruk	98 405	94 076
Innkjøpte varer for videresalg	19 332	18 850
<b>Sum varekostnad</b>	<b>1 717 948</b>	<b>1 609 370</b>

(Alle tall i NOK 1000)

**Note 5 - Lønnskostn., antall ansatte, godtgjørelser mm.** 2024      2023

**LØNSKOSTNADER**

Lønnskostnader	6 154 745	5 768 977
Arbeidsgiveravgift	899 225	843 751
Pensjonskostnader inkl arbeidsgiveravgift	1 028 257	975 535
Andre ytelser	103 040	105 177
- balanseførte lønnskostnader egne ansatte		
<b>Sum lønn og andre personalkostnader</b>	<b>8 185 267</b>	<b>7 693 441</b>

Gjennomsnittlig antall ansatte	10 367	10 218
Gjennomsnittlig antall årsverk	8 231	8 108

(Tall i kroner)

**Revisjonshonorar fordeler seg på følgende tjenestekategorier:**

Lovpålagt revisjon	528 477	573 750
Andre tjenester utenfor revisjon*	818 594	2 106 527
<b>Sum godtgjørelse til revisor</b>	<b>1 347 071</b>	<b>2 680 277</b>

Honorar til revisor i henhold til inngåtte avtale

**Spesifikasjon av andre tjenester utenfor revisjon**

*\*Rådgivningstjeneste i forbindelse med prosjekt "Fremtidens kontortjeneste"nytt sykehus Drammen, og rapport om faktiske funn iht ISRS 4400 til Viken/Buskerud Fylkeskommune*

(Alle tall i NOK 1000)

**Note 6 - Andre driftskostnader** 2024      2023

Transport av pasienter	134 058	126 338
Bygninger og kontorlokaler inkl energi og forsikring	195 676	216 546
Kjøp og leie av medisinskteknisk utstyr, IKT, inventar mv.	139 133	107 751
Konsulenttjenester	72 747	91 918
Annen ekstern tjeneste	735 384	608 515
Reparasjon vedlikehold og service	165 355	144 081
Kontor og kommunikasjonskostnader	29 989	31 803
Kostnader forbundet med transportmidler	23 617	22 451
Reisekostnader	23 569	20 599
Forsikringskostnader	5 497	5 183
Pasientskadeerstatning	0	7
Lisenskostnad	42 776	40 615
Øvrige driftskostnader	49 597	32 780
<b>Andre driftskostnader</b>	<b>1 617 398</b>	<b>1 448 587</b>

(Alle tall i NOK 1000)

<b>Note 7 - Finansinntekter- og kostnader</b>		
	<b>2024</b>	<b>2023</b>
<b>Finansinntekter</b>		
Resultatandel FKV og TS		
Konserninterne renteinntekter	2 435	1 910
Andre renteinntekter	13 931	10 647
Andre finansinntekter	345	-71
<b>Finansinntekter</b>	<b>16 711</b>	<b>12 486</b>
<b>Finanskostnader</b>		
Resultatandel FKV og TS		
Konserninterne rentekostnader	163 559	71 529
Andre rentekostnader	95	45
Andre finanskostnader	6 453	6 693
<b>Finanskostnader</b>	<b>170 107</b>	<b>78 267</b>

(Alle tall i NOK 1000)

<b>Note 8 - Forskning og utvikling</b>		
	<b>2024</b>	<b>2023</b>
Øremerket tilskudd fra eier til forskning	12 033	13 749
Andre inntekter til forskning	17 734	15 375
Basisramme til forskning	94 035	87 180
<b>Sum inntekter til forskning</b>	<b>123 802</b>	<b>116 304</b>
Øremerkede tilskudd fra eier til utvikling	58	899
Andre inntekter til utvikling	249	751
Basisramme til utvikling	21 320	17 572
<b>Sum inntekter til utvikling</b>	<b>21 627</b>	<b>19 223</b>
<b>Sum inntekter til forskning og utvikling</b>	<b>145 429</b>	<b>135 526</b>
Kostnader til forskning :		
- somatikk	110 834	102 716
- psykisk helsevern	12 968	13 569
- TSB		19
<b>Sum kostnader til forskning</b>	<b>123 802</b>	<b>116 304</b>
Kostnader til utvikling :		
- somatikk	13 913	11 768
- psykisk helsevern	7 566	7 316
- TSB	148	139
<b>Sum kostnader til utvikling</b>	<b>21 627</b>	<b>19 223</b>
<b>Sumkostnader Forskning og utvikling</b>	<b>145 429</b>	<b>135 526</b>
Ant avlagte doktorgrader	6	6
Ant publiserte artikler	180	190
Ant årsverk forskning	79,1	77,8
Ant årsverk utvikling	14	13,6

(Alle tall i NOK 1000)

Note 9 - Immaterielle driftsmidler	Forskning og utvikling	EDB programvare	Anlegg under utførelse	Sum Immaterielle eiendeler
Anskaffelseskost 1.1	0	235	0	235
Korrigeringer IB				0
<b>Åpningsbalanse korrigerert</b>	<b>0</b>	<b>235</b>	<b>0</b>	<b>235</b>
Tilgang ekstern				0
<b>Anskaffelseskost 31.12.24</b>	<b>0</b>	<b>235</b>	<b>0</b>	<b>235</b>
Akkumulerte avskrivninger 1.1	0	-235	0	-235
Korrigeringer IB				0
<b>Akkumulerte avskrivninger korrigerert</b>	<b>0</b>	<b>-235</b>	<b>0</b>	<b>-235</b>
<b>Akkumulerte avskrivninger 31.12.24</b>	<b>0</b>	<b>-235</b>	<b>0</b>	<b>-235</b>

(Alle tall i NOK 1000)

Note 10 - Varige driftsmidler	Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	Medisinsk-teknisk utstyr	Transportmidl. og annet	Sum varige driftsmidler
Anskaffelseskost 1.1	1 095 831	5 673 985	189 548	1 637 282	431 825	9 028 471
Korrigeringer IB						
<b>Åpningsbalanse korrigerert</b>	<b>1 095 831</b>	<b>5 673 985</b>	<b>189 548</b>	<b>1 637 282</b>	<b>431 825</b>	<b>9 028 471</b>
Tilgang ekstern	37 109	0	258 483	0	12 502	308 095
Tilgang intern			882 000			882 000
Tilgang fra anlegg under utførelse	32	54 587	-183 271	116 993	11 659	
Avgang ved salg, ekstern		-1 927		-6 058	-7 645	-15 629
<b>Anskaffelseskost 31.12.24</b>	<b>1 132 972</b>	<b>5 726 644</b>	<b>1 146 761</b>	<b>1 748 218</b>	<b>448 342</b>	<b>10 202 936</b>
Akkumulerte avskrivninger 1.1	0	-3 592 257	0	-1 117 317	-298 617	-5 008 191
Korrigeringer IB						
<b>Akkumulerte avskrivninger korrigerert</b>	<b>0</b>	<b>-3 592 257</b>	<b>0</b>	<b>-1 117 317</b>	<b>-298 617</b>	<b>-5 008 191</b>
Årets avskrivning	0	-175 111	0	-118 883	-37 617	-331 611
Akk. Avskrivning ved avgang ekstern		993		4 041	7 645	12 678
<b>Akkumulerte avskrivninger 31.12.24</b>	<b>0</b>	<b>-3 766 375</b>	<b>0</b>	<b>-1 232 160</b>	<b>-328 589</b>	<b>-5 327 124</b>
<b>Bokført verdi 31.12.24</b>	<b>1 132 972</b>	<b>1 960 269</b>	<b>1 146 761</b>	<b>516 058</b>	<b>119 753</b>	<b>4 875 812</b>

1) herav balanseførte lånekostnader

0

Operasjonell leasing/ leieavtaler	Årlig leiebeløp	Varighet (år)
Medisinsk-teknisk utstyr	NDM200 5 604	0-5 år
<b>Medisinsk-teknisk utstyr</b>	<b>5 604</b>	
Transportmidler og annet	NDM204 28 232	3-5 år
<b>Transportmidler og annet</b>	<b>28 232</b>	

Finansielle leieavtaler	Bokført			Estimert leiebeløp		Årlige avskrivninger	Varighet kontrakt (år)
	verdi 31.12	Neste år	2 til 5 år	utover 5 år			
Medisinsk-teknisk utstyr	55 949	18 012	37 937		18 791		
<b>Medisinsk-teknisk utstyr</b>	<b>55 949</b>	<b>18 012</b>	<b>37 937</b>		<b>18 791</b>		
Transportmidler og annet	36 233	15 847	20 385		18 580	4 år	
<b>Transportmidler og annet</b>	<b>36 233</b>	<b>15 847</b>	<b>20 385</b>		<b>18 580</b>		

Investeringsprosjekter	Akk.verdi	Akk.verdi	Total kostnads-	Plan tidspunkt
	2412	2312	ramme	ferdigstillelse
Prosjekt Bærum, Ringerike-Kongsberg (BRK)	959 100	803 723	1 878 671	
Nytt sykehus Drammen	1 802 997	883 888	17 275 000	2025
<b>Sum</b>	<b>2 764 509</b>	<b>1 689 923</b>	<b>19 153 671</b>	

(Alle tall i NOK 1000)

Note 11 - Eierandel i datter- og tilkn. foretak	Total 2024	Total 2023
Andre aksjer og andeler		
Egenkapitalinnskudd i pensjonskasser/KLP	469 089	445 588
<b>Sum investeringer i andre aksjer og andeler</b>	<b>469 089</b>	<b>445 588</b>

Disposisjonsretten til medlemsinnskudd KLP er begrenset. Verdien av tilskuddet vil først kunne bli utbetalt dersom foretaket går ut av KLP (slik KLP er organisert p.t.). Ved en eventuell omdanning eller annen omorganisering av KLP antas det at medlemmene får tildelt aksjer.

(Alle tall i NOK 1000)

Note 12 - Finansielle anleggsmidler og gjeld	2024	2023
<b>Finansielle anleggsmidler</b>		
Lån og fordringer til foretak i samme foretaksgruppe	1 655 133	1 701 103
<b>Sum finansielle anleggsmidler</b>	<b>1 655 133</b>	<b>1 701 103</b>
<b>Langsiktig gjeld</b>		
Langsiktig gjeld til foretak i samme gruppe	1 253 385	722 199
Annen langsiktig gjeld	92 477	115 341
<b>Sum langsiktig gjeld</b>	<b>1 345 862</b>	<b>837 540</b>

(Alle tall i NOK 1000)

Note 13 - Varebeholdning	2024	2023
<b>VAREBEHOLDNING*</b>		
Øvrige beholdninger	4 931	4 141
<b>Sum lager til videresalg</b>	<b>4 931</b>	<b>4 141</b>
Annet medisinsk forbruksmateriell (eget bruk)	18 147	22 798
Andre varebeholdninger (eget bruk)		
<b>Sum lager til eget bruk</b>	<b>18 147</b>	<b>22 798</b>
<b>Sum varebeholdning</b>	<b>23 077</b>	<b>26 939</b>
Kontroll mot Balanse (BA1110)	23 077	26 939
Anskaffelseskost	23 077	26 939
<b>Bokført verdi 31.12</b>	<b>23 077</b>	<b>26 939</b>

(Alle tall i NOK 1000)

**Note 14 - Kundefordringer og andre fordringer**

2024

2023

<b>Fordringer</b>		
Kundefordringer	63 421	63 035
Fordringer på foretak i foretaksgruppen Helse Sør-Øst	160 737	192 923
Opptjente inntekter (inkl pasienter under behandl.)	3 257	7 198
Øvrige kortsiktige fordringer	49 786	44 682
<b>Fordringer</b>	<b>277 202</b>	<b>307 838</b>

**Avsetning for tap på fordringer 31.12**

Avsetning for tap på kundefordringer 1.1.	-8 450	-9 590
Årets endring i avsetning til tap på krav	-825	1 140
<b>Avsetning for tap på fordringer 31.12</b>	<b>-9 275</b>	<b>-8 450</b>

**Årets konstanterte tap**

<b>Årets konstanterte tap</b>	<b>11 486</b>	<b>9 788</b>
-------------------------------	---------------	--------------

**Kundefordringer pålydende 31.12**

Ikke forfalte fordringer	32 951	38 408
Forfalte fordringer 1-30 dager	8 290	5 314
Forfalte fordringer 30-60 dager	4 994	2 118
Forfalte fordringer 60-90 dager	1 331	3 646
Forfalte fordringer over 90 dager	15 856	13 550
<b>Kundefordringer pålydende 31.12</b>	<b>63 421</b>	<b>63 035</b>

(Alle tall i NOK 1000)

**Note 15 - Kontanter og bankinnskudd**

2024

2023

Innestående skattetrekksmidler	278 018	265 091
Andre bundne konti	4 660	4 061
<b>Sum bundne bankinnskudd</b>	<b>282 678</b>	<b>269 152</b>
Bankinnskudd og kontanter som ikke er bundet	413	411
<b>Sum bankinnskudd og kontanter</b>	<b>283 090</b>	<b>269 563</b>

Vestre Viken HF har en kredittamme på 2993 mill. kroner tilknyttet konsernkontoordningen.

Av trekkrammen er det benyttet 1663 mill. kroner.

Trekk på konsernkontoordning er klassifisert som kortsiktig gjeld i Helse Sør-Øst RHF og i foretaksgruppen.

(Alle tall i NOK 1000)

**Note 16 - Egenkapital**

	Foretaks- kapital	Strukturfond	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderings- forskjeller	Minoritets- interesser	Annen egenkapital	Total Egenkapital
<b>EGENKAPITAL 31.12.23</b>							
Inngående balanse 1.1	100	0	3 510 642	0	0	1 152 165	4 662 906
Korrigeringer IB, spesifiser nedenfor							
<b>Åpningsbalanse korrigert</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>3 510 642</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1 152 165</b>	<b>4 662 906</b>
Egenkapitaltransaksjoner, spesifiser nedenfor							
Årets resultat						59 195	59 195
<b>Egenkapital 31.12.23</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>3 510 642</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1 211 360</b>	<b>4 722 102</b>
<b>EGENKAPITAL 31.12.24</b>							
Inngående balanse 1.1	100	0	3 510 642	0	0	1 211 360	4 722 102
Korrigeringer IB, spesifiser nedenfor							
<b>Åpningsbalanse korrigert</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>3 510 642</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1 211 360</b>	<b>4 722 102</b>
Egenkapitaltransaksjoner, spesifiser nedenfor							
Årets resultat						172 671	172 671
<b>Egenkapital 31.12.24</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>3 510 642</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1 384 031</b>	<b>4 894 772</b>



### Note 17 - Pensjoner

Vestre Viken HF har pensjonsordninger som omfatter i alt 42.490 personer, hvorav 9.174 er yrkesaktive, 24.194 er oppsatte og 9.122 er pensjonister. Ordningene gir rett til definerte fremtidige ytelser etter sluttlønnprinsippet. Disse er i hovedsak avhenge av antall opptjeningsår, stillingsfaktor og lønnsnivå ved nådd pensjonsalder. Foretaket har en ytelsesbasert tjenstepensjonsordning i KLP. Denne pensjonsordningen tilfredsstiller kravene i Lov om offentlig tjenstepensjon.

#### Pensjonsordningen

Tariffestet tjenstepensjon for de ansatte er sikret i pensjonsordningen. Dette gjelder alders-, uføre-, etterlatte-, tidligpensjon, AFP og betinget tjenstepensjon. Årskullene født før 1963 er sikret tidligpensjon og AFP 62-67 år. Årskullene født fra 1963 er sikret betinget tjenstepensjon eller livsvarig AFP. Når regelverket krever det samordnes pensjonene med utbetalingene fra folketrygden. Det tjenes ikke opp pensjon for lønn over 12G (folketrygdens grunnbeløp).

Regnskapsføring av tjenstepensjonsordninger med vedtektsfestet ytelsesnivå følger norsk regnskapsstandard NRS 6 pensjonskostnader. Alle statlige helseforetak i KLP inngår i en flerforetakspensjon. Siden offentlig AFP er tett integrert med ordinær tjenstepensjon inngår forpliktelsen for AFP som del av beregningen av pensjonsforpliktelsen.

#### Regelverksendringer i offentlig tjenstepensjon

Partene i arbeidslivet ble enige om ny offentlig tjenstepensjon (OfTP) fra 01.01.2020. Stortinget vedtok 11.06.2019 endringer av flere lover som regulerer pensjon innen offentlig sektor. Regelendringene er innarbeidet i KLPs vedtekter. Regnskapsstiftelsen gav ut egen veiledning i august 2019 om regnskapsmessig håndtering av endringene i offentlig tjenstepensjon. Denne veiledningen er lagt til grunn ved beregningene for 2019. Fortsatt gjenstår deler av pensjonsreformen. Stortingets vedtak 50 (2021-2022) av 17. mars 2022 om endret regulering av løpende alderspensjoner er tatt inn i beregningene fra om med 2022.

Ny livsvarig avtalefestet pensjon (AFP) i offentlig sektor ble sanksjonert i lov om statens pensjonskasse i statsråd 12. april 2024. Ny AFP i offentlig sektor gjelder for ansatte som er født i 1963 eller senere og innebærer at AFP for ansatte i offentlig sektor endres fra å være en tidligpensjonsordning til å en ordning med livsvarig påslag til folketrygden. Det vil medføre en planendring. Det gjenstår fortsatt å få på plass regelverk for fordeling av finansieringen. Før et nytt avtaleverk er på plass, anses det som vanskelig å måle effekten av planendringen pålitelig, og regnskapsføringen av planendringen utsettes frem til avtaleverk knyttet til fordeling av finansiering er fastsatt. Beregningen for 2025 er derfor basert på gammelt regelverk også for ansatte født 1963 og senere. Planendringen vil medføre vesentlig økning i pensjonsforpliktelser og pensjonskostnader fra tidspunktet den tas inn i regnskapet. For den årlige premien vil effekten av ny AFP gi økning i premien over tid.

Regjeringen og partene i offentlig sektor inngikk 25.08.2023 avtale om endrede pensjonsregler for yrkesgrupper som har særaldersgrenser. Den nye avtalen innebærer at særalderspensjonen endres fra en tidligpensjonsordning for kullene født 1963 og senere til et livsvarig påslag til pensjonen for de som går av tidlig (overgangsregler for kullene født 1964 og 1965). Reglene antas vedtatt i 2025 og er ikke innregnet per 31.12.2024

Regjeringen har i Stortingsmelding 6 (2023-2024) kommet med en tilråding om å øke aldersgrenser, bedre alderspensjonen til uføre og endre regulering av minsteytelse i folketrygden. Dersom dette vedtas vil en naturlig konsekvens være at disse endringene gjøres samtidig i offentlig tjenstepensjon. Avtalen om endrede pensjonsregler for yrkesgrupper med særalder forutsetter at endringene foreslått i stortingsmeldingen vedtas.

#### Beregningsforutsetninger

De økonomiske forutsetninger per 31.12.2024 følger siste veiledning gitt av Regnskapsstiftelsen i januar 2025. Basert på disse er det beregnet beste estimat brutto pensjonsforpliktelse per 31.12.2024.

(Alle tall i NOK 1000)

**Note 17 - Pensjoner, forts.** 2024      2023

<b>Pensjonsforpliktelse</b>		
Brutto påløpte pensjonsforpliktelse	22 802 049	21 883 176
Pensjonsmidler	-21 664 973	-19 576 936
<b>Netto pensjonsforpliktelse</b>	<b>1 137 075</b>	<b>2 306 239</b>
Arbeidsgiveravgift på netto pensjonsforpliktelse	303 022	261 533
Ikke resultatført tap/(gev) av estimat- og planavvik inkl ag	-4 275 651	-5 104 896
<b>Netto balanseførte forpliktelse inkl arbeidsgiveravgift</b>	<b>-2 835 554</b>	<b>-2 537 123</b>
Herav balanseført netto pensjonsforpliktelse inkl aga	4 980	5 441
Herav balanseført netto pensjonsmidler inkl aga	2 840 534	2 542 564
<b>Spesifikasjon av pensjonskostnad</b>		
Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året	974 584	936 870
Rentekostnad på pensjonsforpliktelsen	712 740	629 878
<b>Årets brutto pensjonskostnad</b>	<b>1 687 324</b>	<b>1 566 747</b>
Forventet avkastning på pensjonsmidler	-1 050 490	-940 751
Administrasjonskostnad	23 643	23 127
<b>Netto pensjonskostnad inkl adm.kost</b>	<b>660 477</b>	<b>649 124</b>
Aga netto pensjonskostnad inkl adm kost	93 218	91 634
Resultatført aktuarielt tap/(gevinst)	237 092	202 545
Resultatført aga av aktuarielt tap/(gevinst)	37 470	32 232
Resultatført planendring		
<b>Årets netto pensjonskostnad</b>	<b>1 028 257</b>	<b>975 535</b>

**Pensjonsmidler - premiefond**

Brutto pensjonsmidler inkluderer premiefond med følgende beløp og bevegelser i løpet av regnskapsåret:

Premiefond 01.01.	183 828	534 858
Tilførte premiefond	234 185	65 989
Uttak fra premiefond	-399 740	-422 100
<b>Saldo per 31.12.</b>	<b>18 273</b>	<b>178 747</b>

**Økonomiske forutsetninger**

Diskonteringsrente	3,90	3,10
Forventet avkastning på pensjonsmidler	5,80	5,20
Årlig lønnsregulering	4,00	3,50
Årets pensjonsregulering	3,00	2,80
Regulering av folketrygdens grunnbeløp	3,75	3,25
Antall personer omfattet av helseforetakets pensjonsordn	42 490	41 261
herav aktive personer med i ordningen	9 174	9 101
herav oppsatte personer i ordningen	24 194	23 680
herav pensjonister med i ordningen	9 122	8 480

Pensjonskostnaden for 2024 er basert på forutsetninger i veiledning om pensjonsforpliktelser utarbeidet av Norsk regnskapsstiftelse.

Det er utarbeidet et beste estimat for pensjonsforpliktelser pr. 31.12.2024 basert på de økonomiske forutsetningene som er angitt for 2024. Basert på avkastningen i pensjonskassene for 2024 er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene pr. 31.12.2024. Pensjonsordningen tilfredsstiller kravene i Lov om offentlig tjenestepensjon

**Demografiske forutsetninger**

Med hensyn på dødelighet og uførhet mv. er det i beregningene benyttet forutsetninger som i pensjonskassens forsikringstekniske beregningsgrunnlag.

		2024	2023				
Anvendt dødelighetstabell		K2013BE	K2013BE				
Forventet uttakshyppighet AFP		15-46%	15-46%				
<b>Frivillig avgang for sykepleiere (i %)</b>							
Alder i år	<20	20-25	26-30	31-40	41-49	50-55	>55
Sykepleiere	25,00	15,00	10,00	6,00	4,00	3,00	0,00
<b>Frivillig avgang for sykehusleger og fellesordning (i %)</b>							
Alder i år	<24	24-29	30-39	40-49	50-55	>55	
Sykehusleger og fellesordning	25,00	15,00	7,50	5,00	3,00	0,00	

(Alle tall i NOK 1000)

<b>Note 18 - Andre avsetninger for forpliktelser</b>	<b>2024</b>	<b>2023</b>
Tariffestet utdanningspermisjon	67 127	67 127
Investeringsstilskudd	155 794	143 206
<b>Sum avsetning for forpliktelser</b>	<b>222 921</b>	<b>210 333</b>

Avsetning for overlegepermisjoner omfatter 929 overlege- og psykologspesialistårsverk. Uttakstilbøyeligheten er satt til 35 % for overlegestillingene og 30 % for psykologspesialister. Overordnede leger og spesialister i Vestre Viken HF har avtalefestet rett til fire måneders studiepermisjon hvert femte år. Under permisjonen mottar overlegene og spesialistene lønn. Lønnen kostnadsføres og avsettes som en langsiktig forpliktelse etter hvert som retten opparbeides. Uttakstilbøyeligheten kan variere mellom foretak i Helse Sør-Øst og internt mellom de enkelte avdelinger i foretakene.

(Alle tall i NOK 1000)

<b>Note 19 - Kortsiktig gjeld</b>	<b>2024</b>	<b>2023</b>
<b>Annen kortsiktig gjeld</b>		
Leverandørgjeld	231 163	260 289
Kortsiktig gjeld til foretak i foretaksgruppen Helse Sør-Øst	2 015 483	1 664 828
Påløpte feriepenger	701 923	652 563
Påløpte lønnskostnader	160 848	154 410
Annen kortsiktig gjeld	303 573	253 488
<b>Annen kortsiktig gjeld</b>	<b>3 412 990</b>	<b>2 985 578</b>

(Alle tall i NOK 1000)

<b>Note 20 - Eiers styringsmål</b>	<b>2024</b>	<b>2023</b>	<b>2002-2024</b>
Årsresultat	172 671	59 195	2 809 112
<b>Korrigert resultat</b>	<b>172 671</b>	<b>59 195</b>	<b>2 809 112</b>
Endrede pensjonskostnader som er blitt hensyntatt i resultat			-372 000
<b>Resultat jf økonomiske krav fra HOD</b>	<b>172 671</b>	<b>59 195</b>	<b>2 437 112</b>
Resultatkrav fra HOD	238 000	178 000	2 972 600
<b>Avvik fra resultatkrav</b>	<b>-65 329</b>	<b>-118 805</b>	<b>-535 488</b>

## Note 21 – Nærstående parter

Vestre Viken er 100 prosent eid av Helse Sør-Øst.

### Transaksjoner

Transaksjoner med andre helseforetak er i hovedsak knyttet til oppgjør for gjestepasienter. Det vil si pasienter bosatt i eget opptaksområde og som på grunn av midlertidig opphold, fritt sykehusvalg eller manglende kompetanse eller kapasitet i eget foretak får behandling i et annet helseforetak innen regionen, i annen region eller private sykehus som vår eller andre helseregioner har avtale med. Det henvises til tabellen under for ytterligere detaljer.

Utover dette er det ordinære kjøp av medikamenter og avtaler om tilsyn / legemiddelkontroll fra Sykehusapotekene på 500 millioner kroner. Inntekter knyttet opp mot Sykehusapotekene beløper seg til 4 millioner kroner og gjelder hovedsakelig leie/lokaler med tilhørende tjenester. Videre er det ordinære kjøp av medisinsk forbruksmaterieell fra den regionale leverandøren Forsyningscenteret på 251 millioner kroner og kjøp av IKT- og HR-tjenester av den regionale tjenesteleverandøren Sykehuspartner for 707 millioner kroner. Salg av tjenester til Sykehuspartner beløper seg til 8 millioner kroner.

Det er etablert rutiner som skal bidra til å sikre at ansatte som er ansvarlig for, eller har innflytelse på, inngåelse av vesentlige innkjøps- og/eller salgsavtaler ikke sitter med verv eller har andre relasjoner til leverandører eller kunder m.m. som kan tenkes å komme i konflikt med deres rolle i foretakene.

### Kartlegging av verv

Det er gjennomført en kartlegging og dokumentasjon av styremedlemmers og ledende ansattes verv som kan tenkes å komme i konflikt med relasjoner foretakene har til andre aktører.

- En av foretakets ledende ansatte innehar ledervervet i styret til Emma Hjorts Boligselskap. Ytterligere en av foretakets ledende ansatte har per årsskiftet styreverv i samme boligselskap.
- En av de ledende ansatte har styreverv i Røde Kors Sentrene AS i tillegg til Lier Everk Holding AS.
- En ledende ansatts ektefelle innehar lederposisjon i Posten Norge.
- En av de ledende ansatte har styreverv i Pensjonskassen for Helseforetak i hovedstadsområdet (PKH).
- En av styrets medlemmer har lederposisjon helseforetak med relasjoner til Vestre Viken HF.

Ingen av relasjonene, som er nevnt over, anses som en utfordring i forbindelse med kartleggingen.

Utover dette er det ingen ledende ansatte eller styremedlemmer i Vestre Viken som har roller, ansvar og/eller verv som kan tenkes å komme i konflikt med relasjoner foretaket har til andre aktører.

Helseforetak	Vårt kjøp	Vårt salg
Helse Sør-Øst RHF	118 651	204 830
Akershus universitetssykehus HF	36 133	31 594
Sykehuset Innlandet HF	12 804	22 081
Sykehuset Østfold HF	7 234	13 127
Oslo universitetssykehus HF	897 272	29 880
Sykehuset i Vestfold HF	37 809	32 645
Sykehuset Telemark HF	9 719	15 699
Sørlandet Sykehus HF	6 654	10 372
HSØ Forsyningscenteret	251 276	-
Sykehuspartner HF	707 084	7 566
Sykehusapotekene HF	499 540	3 804



# Lederlønnsrapport

**Vestre Viken HF 2024**

**31. mars 2025**

## Lederlønsrapport Vestre Viken HF 2024

### Innledning

Helse Sør-Øst RHF er 100 % eid av Helse -og omsorgsdepartementet. Foretaket følger Nærings- og fiskeridepartementets retningslinjer for lønn og andre ytelser til konsernledelsen i statlige selskaper fastsatt 30.4.2021.

Med bakgrunn i endrede regler om lederlønn i allmennaksjeloven og nye retningslinjer for lederlønn i selskaper med statlig eierandel 30.4.2021, ble vedtektene endret i Foretaksmøtet januar 2022 hvor bestemmelsene i allmennaksjelovens § 6-16b og tilhørende forskrift ble gjort gjeldende for Helse Sør-Øst RHF og dets helseforetak. Dette pålegger foretaket å utarbeide retningslinjer for godtgjørelse for ledende personer som skal behandles i Foretaksmøte. Foretaksmøtet behandlet de nye retningslinjene i 2022. Retningslinjene skal revideres og godkjennes av Foretaksmøte ved vesentlige endringer, og minst hvert fjerde år.

Denne lederlønsrapporten er utformet i henhold til retningslinjene for lederlønn behandlet i Foretaksmøtet 2022. For hvert regnskapsår skal styret utarbeide en rapport som gir en samlet oversikt over utbetalt og inntående lønn og øvrig godtgjørelse til ledende personer som omfattes av disse retningslinjene. Ledende personer er i denne sammenheng definert som Helse Sør-Østs styremedlemmer, administrerende direktør og dens ledergruppe. Det er ingen avvik fra retningslinjene i perioden.

Helse Sør-Øst RHF's formål er å sørge for gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til befolkningen i Helse Sør-Øst, samt å legge til rette for forskning og undervisning med god kvalitet. Virksomheten er rammestyr, og det stilles krav om bærekraftig utvikling over tid. Helseforetakene har et samlet ansvar for drift og investeringer innenfor gitte rammer. Det betyr at positive resultater er sparing til senere investeringer, og at positive økonomiske resultater ikke er et mål i seg selv. Vår lønnspolicy er å tilby konkurransedyktige betingelser, men samtidig vise moderasjon og ikke være lønnsledende.

Godtgjørelsen til våre ledende personer er i all hovedsak fastlønn. Det tilbys ingen variabel lønn som er knyttet opp mot eller er avhengig av foretakets oppnåelse av økonomiske og/eller andre fastsatte mål.

Denne lønnsrapporten oppfyller de krav som fremgår av «Forskrift om retningslinjer og rapport om godtgjørelse for ledende personer». Rapporten tilfredsstiller også krav til noteopplysninger i årsregnskapet etter regnskapsloven § 7-31b og 7-32

## Godtgjørelse til ledende ansatte

**Tabell 1 – Definisjoner og hovedelementer i godtgjørelsesordningen for ledergruppen.**

Samlet godtgjørelse er summen av fast lønn, andre ytelser og pensjonsordninger. Definisjoner og hovedelementene i godtgjørelsesordningen er oppsummert i tabellen nedenfor:

Godtgjørelse	Kommentarer
Fastlønn	<p>Fastlønn viser den årlige, opptjente lønnen inneværende år, inkludert opptjente feriepenger og overtid der det er aktuelt.</p> <p>Ved fastsettelse av lønn til ledergruppen legges det vekt på</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lønnsutviklingen i foretaket generelt</li> <li>- Lønnsutviklingen i sammenlignbare stillinger</li> <li>- Resultatutvikling i forhold til de mål og krav styret og eier har satt</li> </ul> <p>Lønnsutviklingen i foretaket generelt har som målsetting å tilby lederne konkurransedyktig lønn, men samtidig bidra til moderasjon i lederlønnene.</p> <p>Lønn til administrerende direktør fastsettes av styret. Lønn til ledergruppen for øvrig fastsettes administrativt og følger de samme prinsippene som lønnsutviklingen i foretaket generelt.</p>
Variabel lønn	Foretakets ledergruppe har ingen variable lønnslementer eller langtidsincentivordninger.
Pensjon	<p>Helse/Sør Øst RHF har ytelsesbasert pensjonsordning. En ytelsesbasert pensjonsordning er en tjenestepensjonsordning som gir en avkalt pensjonsutbetaling til de ansatte ved pensjonsalder. Pensjonen fra foretaket fastsettes slik at en beregnet folketrygd og pensjon til sammen utgjør en viss prosent av sluttlønnen.</p> <p>Pensjonsopptjening nedenfor viser opptjent pensjon inneværende år basert på pensjonsgivende inntekt. Denne er beregnet på bakgrunn av ulike parameter for den enkelte ansatte som er utenfor foretakets kontroll; herunder renterivå, prisstigning, avkastning, den ansattes alder, opptjeningstid, gjenværende tjenestetid til pensjonsalder m.fl. Disse beløpene kan derfor fluktuere i utakt med lønnsutviklingen for øvrig.</p> <p>Administrerende direktør og ledergruppen for øvrig har ordinære pensjonsbetingelser.</p>
Andre godtgjørelser	
Forsikringer	<p>Administrerende direktør og øvrige ledende ansatte har samme personal-, helse- og reiseforsikring som øvrige ansatte i foretaket.</p> <p>Helse/Sør-Øst RHF har tegnet en masteravtale på styreansvarforsikring (Gjensidige Forsikring ASA som gjelder alle foretak under Helse/Sør-Øst RHF, inklusiv Sunnaas sykehus 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 sikringsrettstilte erstattingsansvar for formueskade som skyldes kan pådras seg i egenskap av sin rolle.</p>
Eller godtgjørelse	Ingen i ledergruppen har firmabil eller fast bilgodtgjørelse.
Øvrige goder	Øvrige goder inkluderer avis, mobiltelefon og dekning av bredbåndskommunikasjon i samsvar med etablerte standarder.
Avtalefestede permisjoner	Ingen av de ansatte i ledergruppen har inngått avtale om avtalefestet permisjon.
Lån og garantier	Det er ikke gitt lån eller garantier til styreleder, medlemmer av styret, administrerende direktør eller noen andre i ledergruppen.
Sluttvederlag	Hverken adm.dir eller noen i ledergruppa har avtale om sluttvederlag på særskilte vilkår.



**Tabell 2 – Lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte**  
Tall i hele kroner

Navn på ledende ansatt og stilling	Regnskapsår	1. Fast lønn	2. Pensjonsopptjening	3.Variable tillegg	4. Andre godtgjørelser	5. Total godtgjørelse	6. Ytelser fra andre foretak i konsernet	
							6.1 Lønn	6.2 Annen godtgjørelse
Sommervoll, Lisbeth	2024	2 340 050	364 474			9 091	2 713 615	
Administrerende direktør 01.04.2018 -	2023	2 224 205	347 949			8 474	2 580 628	
Debes, Anders Johan	2024	1 953 877	238 493			6 713	2 209 083	
Direktør Medisin og helsefag 01.05.2023 -	2023	1 142 486	159 613			484	1 302 583	
Aarset, Henning	2024	1 626 576	345 747			7 394	1 979 717	
Direktør Kommunikasjon og samfunnskontakt 01.08.2021 -	2023	1 546 806	344 103			5 295	1 896 204	
Árnot, Eli	2024	1 660 184	324 715			5 378	1 990 277	
Direktør Kompetanse 01.02.2019 -	2023	1 568 065	304 091			852	1 873 008	
Lindblad, Mette Lise	2024	1 786 723	353 565			4 907	2 145 195	
Direktør Økonomi 19.02.2018 -	2023	1 698 652	344 604			816	2 044 072	
Løken, Cecilie Berggrav	2024	1 746 231	360 149			8 167	2 114 547	
Direktør Teknologi 07.03.2018 -	2023	1 660 184	350 010			6 969	2 017 163	
Nystuen, Robert	2024	1 272 761	283 456			6 553	1 562 770	
Konstituert Direktør Teknologi 01.10.2023 -	2023	350 000	69 777			1 763	421 540	
Støldal, Morten Asker	2024	573 097	98 581			233	673 911	
Prosjektleder Nytt sykehus i Drammen 15.08.2024 -	2023	-	-			-	-	
NSD Myrvold, Mai Bente	2024	883 902	215 298			2 834	1 102 034	
Prosjektleder Nytt sykehus i Drammen 01.10.2023 - 14.08.2024	2023	446 621	86 006			1 055	533 682	
Caple, Wesley Ward	2024	1 728 617	347 850			8 473	2 084 940	
Klinikkdirektør Medisinsk diagnostikk 29.05.2017 -	2023	1 643 988	333 691			4 760	1 982 439	
Fagerhaug, Kristin	2024	1 903 139	344 093			4 667	2 341 899	
Klinikkdirektør Intern service 15.05.2023 -	2023	1 067 121	272 032			360	1 339 513	
Gundersen, Snorre Birk	2024	1 716 874	319 001			4 667	2 040 542	
Klinikkdirektør Prehospitale tjenester 22.05.2023 -	2023	883 365	194 747			360	1 078 472	
Hørthe, Kirsten	2024	1 860 421	321 850			10 238	2 192 509	
Klinikkdirektør Psykisk helse og rus 12.04.2012 -	2023	1 710 394	297 621			3 675	2 011 690	
DS Myrvold, Mai Bente	2024	739 630	129 179			4 233	873 042	
Klinikkdirektør Drammen sykehus 15.08.2024 -	2023	-	-			-	-	
Buene, Inger Meland	2024	1 507 856	306 658			1 106	1 815 620	
Klinikkdirektør Drammen sykehus 01.12.2021 - 31.10.2024	2023	1 767 331	380 401			994	2 148 726	
Olsen, Trine	2024	1 880 868	369 276			7 273	2 257 417	
Klinikkdirektør Bærum sykehus 01.08.2020 -	2023	1 788 748	360 200			2 452	2 151 400	
Pedersen, May-Janne Rita Botha	2024	1 697 956	306 467			9 301	2 013 724	
Klinikkdirektør Ringerike sykehus 01.05.2017 -	2023	1 614 480	278 534			8 538	1 901 552	
Månsson, Lukas	2024	1 740 663	305 618			4 667	2 050 948	
Klinikkdirektør Kongsberg sykehus 14.03.2022 -	2023	1 655 123	286 938			608	1 942 669	
Abrahamsen, Rune Aksel	2024	-	-			-	-	
Prosjektleder Nytt sykehus i Drammen 01.02.2019 - 30.09.2023	2023	1 029 926	-			4 167	1 034 093	
Hochnowski, Krzysztof	2024	-	-			-	-	
Konstituert Fagdirektør 01.02.2023 - 31.08.2023	2023	849 409	157 353			1 002	1 007 764	
Hallgren, Inger Lise	2024	-	-			-	-	
Klinikkdirektør Prehospitale tjenester 01.01.2012 - 21.05.2023	2023	717 915	137 008			1 195	856 118	
Beheim, Irene	2024	-	-			-	-	
Konstituert klinikkdirektør Intern service 01.03.2023 - 21.05.2023	2023	262 387	42 473			950	305 810	
Furnes, Narve Henry	2024	-	-			-	-	
Klinikkdirektør Intern service 01.01.2010 - 28.02.2023	2023	271 822	49 049			99	320 970	
Spreng, Ulrich Johannes	2024	-	-			-	-	
Direktør Medisin og helsefag 01.01.2020 - 31.01.2023	2023	211 454	24 966			311	236 731	

**Fotnote tabell 2:**

I en offentlig ordning er det ikke pensjonsopptjening etter 67 år for de som er født før 1963 og ikke har påslagsordning. Dette gjelder Rune Aksel Abrahamsen.

**Tabell 3a – Sammenligningstabell fastlønn for ledende ansatte de siste 5 år**  
Tall i hele kroner og prosent

Årlig endring	Måleenhet	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Fast lønn for ledende ansatte</b>						
Sommervoll, Lisbeth	lønn i kroner	1 981 448	2 036 741	2 114 301	2 224 205	2 340 050
Administrerende direktør 01.04.2018 -	endring i prosent	-0,8%	2,8%	3,8%	5,2%	5,2%
Debes, Anders Johan	lønn i kroner				1 810 033	1 963 877
Direktør Medisin og helsefag 01.05.2023 -	endring i prosent					8,5%
Aarset, Henning	lønn i kroner		1 417 252	1 470 073	1 546 806	1 626 576
Direktør Kommunikasjon og samfunnskontakt 01.08.2021 -	endring i prosent			3,7%	5,2%	5,2%
Årnot, Eli	lønn i kroner	1 387 874	1 427 354	1 490 117	1 568 065	1 660 184
Direktør Kompetanse 01.02.2019 -	endring i prosent	1,8%	2,8%	4,4%	5,2%	5,9%
Lindblad, Mette Lise	lønn i kroner	1 505 301	1 547 819	1 614 631	1 698 652	1 786 723
Direktør Økonomi 19.02.2018 -	endring i prosent	1,5%	2,8%	4,3%	5,2%	5,2%
Løken, Cecilie Berggrav	lønn i kroner	1 479 994	1 521 498	1 578 390	1 660 184	1 746 231
Direktør Teknologi 07.03.2018 -	endring i prosent	1,5%	2,8%	3,7%	5,2%	5,2%
Nystuen, Robert	lønn i kroner				1 265 403	1 272 761
Konstituert Direktør Teknologi 01.10.2023 -	endring i prosent					0,6%
Støldal, Morten Asker	lønn i kroner					1 366 151
Prosjektleder Nytt sykehus i Drammen 15.08.2024 -	endring i prosent					
Myrvold, Mai Bente	lønn i kroner				1 444 421	1 516 662
Prosjektleder Nytt sykehus i Drammen 01.10.2023 - 14.08.2024	endring i prosent					5,0%
Caple, Wesley Ward	lønn i kroner	1 465 821	1 507 326	1 563 205	1 643 988	1 728 617
Klinikkdirektør Medisinsk diagnostikk 29.05.2017 -	endring i prosent	1,5%	2,8%	3,7%	5,2%	5,1%
Fagerhaug, Kristin	lønn i kroner				1 821 710	1 903 139
Klinikkdirektør Intern service 15.05.2023 -	endring i prosent					4,5%
Gundersen, Snorre Birk	lønn i kroner				1 536 935	1 716 874
Klinikkdirektør Prehospitale tjenester 22.05.2023 -	endring i prosent					11,7%
Hørthe, Kirsten	lønn i kroner	1 523 713	1 589 100	1 625 248	1 710 394	1 827 536
Klinikkdirektør Psykisk helse og rus 12.04.2012 -	endring i prosent	1,4%	4,3%	2,3%	5,2%	6,8%
DS Myrvold, Mai Bente	lønn i kroner					1 771 564
Klinikkdirektør Drammen sykehus 15.08.2024 -	endring i prosent					
Buene, Inger Meland	lønn i kroner		1 639 962	1 683 112	1 767 331	1 854 412
Klinikkdirektør Drammen sykehus 01.12.2021 - 31.10.2024	endring i prosent			2,6%	5,0%	4,9%
Olsen, Trine	lønn i kroner	1 588 693	1 673 797	1 699 867	1 788 748	1 880 868
Klinikkdirektør Bærum sykehus 01.08.2020 -	endring i prosent		5,4%	1,6%	5,2%	5,1%
Pedersen, May-Janne Rita Botha	lønn i kroner	1 468 467	1 479 040	1 534 431	1 614 480	1 697 956
Klinikkdirektør Ringerike sykehus 01.05.2017 -	endring i prosent	2,5%	0,7%	3,7%	5,2%	5,2%
Månsson, Lukas	lønn i kroner			1 593 212	1 655 123	1 740 663
Klinikkdirektør Kongsberg sykehus 14.03.2022 -	endring i prosent				3,9%	5,2%
Abrahamsen, Rune Aksel	lønn i kroner	1 269 085	1 305 655	1 358 371	1 428 903	
Prosjektleder Nytt sykehus i Drammen 01.02.2019 - 30.09.2023	endring i prosent	1,2%	2,9%	4,0%	5,2%	
Hochnowski, Krzysztof	lønn i kroner					1 549 273
Konstituert Fagdirektør 01.02.2023 - 31.08.2023	endring i prosent					
Hallgren, Inger Lise	lønn i kroner	1 437 516	1 479 040	1 534 431	1 606 502	
Klinikkdirektør Prehospitale tjenester 01.01.2012 - 21.05.2023	endring i prosent	3,8%	2,9%	3,7%	4,7%	
Beheim, Irene	lønn i kroner				1 054 049	
Konstituert klinikkdirektør Intern service 01.03.2023 - 21.05.2023	endring i prosent					
Fumes, Narve Henry	lønn i kroner	1 531 622	1 575 151	1 648 008	1 645 171	
Klinikkdirektør Intern service 01.01.2010 - 28.02.2023	endring i prosent	1,5%	2,8%	4,6%	-0,2%	
Spreng, Ulrich Johannes	lønn i kroner	1 593 372	1 637 914	1 703 714	1 703 739	
Direktør Medisin og helsefag 01.01.2020 - 31.01.2023	endring i prosent		2,8%	4,0%	0,0%	
Aass, Halfdan	lønn i kroner	1 620 116	1 666 417	1 644 004		
Direktør medisin og helsefag 30.08.2010 - 30.04.2022	endring i prosent	2,9%	2,9%	-1,3%		
Agledal, Stein Are	lønn i kroner	1 451 989	1 492 954	1 477 552		
Klinikkdirektør Kongsberg sykehus 15.08.2016 - 28.02.2022	endring i prosent	2,6%	2,8%	-1,0%		
Eidsvoll, Britt Elin	lønn i kroner	1 580 775	1 602 189			
Klinikkdirektør Drammen sykehus 01.09.2009 - 31.12.2021	endring i prosent	3,0%	1,4%			
Holm, Finn Egil	lønn i kroner	1 530 632				
Direktør Kommunikasjon og samfunnskontakt 01.05.2016 - 30.09.2020	endring i prosent	0,0%				
Hals, Jardar	lønn i kroner	1 501 089				
Klinikkdirektør Bærum sykehus 01.01.2009 - 31.07.2020	endring i prosent	0,0%				
<b>Foretakets resultat</b>						
Foretakets resultat	kroner	272 938 578	168 513 513	120 686 356	59 195 156	172 670 770
	endring i prosent	-4,2%	-38,3%	-28,4%	-51,0%	191,7%
<b>Gjennomsnittlig godtgjørelse fordelt på antall årsværk</b>						
Gjennomsnittlig godtgjørelse fordelt på antall årsværk	lønn i kroner	670 967	694 716	722 399	757 252	795 343
	endring i prosent	3,2%	3,5%	4,0%	4,8%	5,0%

Tabellen viser årlig endring i fast lønn. Når ledende ansatte har vært ansatt deler av året, er lønn annualisert.

**Fotnote tabell 3a:**

Eli Årnot var konstituert Direktør Kommunikasjon og samfunnskontakt fra august 2020 til juli 2021 i tillegg til Direktør Kompetanse.

**Tabell 3b – Sammenligningstabell samlet godtgjørelse for ledende ansatte de siste 5 år**  
Tall i hele kroner og prosent

Årlig endring	Måleenhet	2020	2021	2022	2023	2024
		<b>Godtgjørelse for ledende ansatte</b>				
Sommervoll, Lisbeth	lønn i kroner	2 319 302	2 400 172	2 490 268	2 580 628	2 713 615
Administrerende direktør 01.04.2018 -	endring i prosent	-0,9%	3,5%	3,8%	3,6%	5,2%
Debes, Anders Johan	lønn i kroner				2 050 179	2 209 083
Direktør Medisin og helsefag 01.05.2023 -	endring i prosent					7,8%
Aarset, Henning	lønn i kroner		1 783 123	1 867 509	1 896 204	1 979 717
Direktør Kommunikasjon og samfunnskontakt 01.08.2021 -	endring i prosent			4,7%	1,5%	4,4%
Årnot, Eli	lønn i kroner	1 716 187	1 783 655	1 804 057	1 873 008	1 990 278
Direktør Kompetanse 01.02.2019 -	endring i prosent	4,4%	3,9%	1,1%	3,8%	6,3%
Lindblad, Mette Lise	lønn i kroner	1 864 135	1 918 963	1 982 478	2 044 072	2 145 195
Direktør Økonomi 19.02.2018 -	endring i prosent	-2,2%	2,9%	3,3%	3,1%	4,9%
Løken, Cecilie Berggrav	lønn i kroner	1 851 853	1 906 466	1 960 416	2 017 164	2 114 547
Direktør Teknologi 07.03.2018 -	endring i prosent	-2,5%	2,9%	2,8%	2,9%	4,8%
Nystuen, Robert	lønn i kroner				1 551 562	1 562 770
Konstituert Direktør Teknologi 01.10.2023 -	endring i prosent					0,7%
Støldal, Morten Asker	lønn i kroner					1 626 760
Prosjektleder Nytt sykehus i Drammen 15.08.2024 -	endring i prosent					
Myrvold, Mai Bente	lønn i kroner				1 751 156	1 868 206
Prosjektleder Nytt sykehus i Drammen 01.10.2023 - 14.08.2024	endring i prosent					6,7%
Caple, Wesley Ward	lønn i kroner	1 773 558	1 850 764	1 915 521	1 982 438	2 084 940
Klinikkirkeleg Medisinsk diagnostikk 29.05.2017 -	endring i prosent	0,2%	4,4%	3,5%	3,5%	5,2%
Fagerhaug, Kristin	lønn i kroner				2 257 538	2 341 899
Klinikkirkeleg Intern service 15.05.2023 -	endring i prosent					3,7%
Gundersen, Snorre Birk	lønn i kroner				1 859 426	2 040 542
Klinikkirkeleg Prehospitaltjenester 22.05.2023 -	endring i prosent					9,7%
Hørthe, Kirsten	lønn i kroner	1 814 697	1 904 175	1 952 797	2 011 689	2 159 624
Klinikkirkeleg Psykisk helse og rus 12.04.2012 -	endring i prosent	1,0%	4,9%	2,6%	3,0%	7,4%
Myrvold, Mai Bente	lønn i kroner					2 123 109
Klinikkirkeleg Drammen sykehus 15.08.2024 -	endring i prosent					
Buene, Inger Meland	lønn i kroner		2 122 846	2 184 901	2 148 727	2 223 730
Klinikkirkeleg Drammen sykehus 01.12.2021 - 31.10.2024	endring i prosent			2,9%	-1,7%	3,5%
Olsen, Trine	lønn i kroner	1 961 228	2 041 514	2 094 425	2 151 400	2 257 417
Klinikkirkeleg Bærum sykehus 01.08.2020 -	endring i prosent		4,1%	2,6%	2,7%	4,9%
Pedersen, May-Janne Rita Botha	lønn i kroner	1 730 704	1 751 358	1 823 612	1 901 553	2 013 724
Klinikkirkeleg Ringerike sykehus 01.05.2017 -	endring i prosent	1,4%	1,2%	4,1%	4,3%	5,9%
Månsson, Lukas	lønn i kroner			1 926 177	1 942 669	2 050 949
Klinikkirkeleg Kongsberg sykehus 14.03.2022 -	endring i prosent				0,9%	5,6%
Abrahamsen, Rune Aksel	lønn i kroner	1 578 985	1 626 544	1 362 783	1 434 459	
Prosjektleder Nytt sykehus i Drammen 01.02.2019 - 30.09.2023	endring i prosent	1,9%	3,0%	-16,2%	5,3%	
Hochnowski, Krzysztof	lønn i kroner				1 820 739	
Konstituert Fagdirektør 01.02.2023 - 31.08.2023	endring i prosent					
Hallgren, Inger Lise	lønn i kroner	1 778 562	1 834 233	1 897 709	1 959 361	
Klinikkirkeleg Prehospitaltjenester 01.01.2012 - 21.05.2023	endring i prosent	3,2%	3,1%	3,5%	3,2%	
Beheim, Irene	lønn i kroner				1 247 037	
Konstituert klinikkirkeleg Intern service 01.03.2023 - 21.05.2023	endring i prosent					
Furnes, Narve Henry	lønn i kroner	1 828 594	1 899 251	1 963 147	1 940 059	
Klinikkirkeleg Intern service 01.01.2010 - 28.02.2023	endring i prosent	2,6%	3,9%	3,4%	-1,2%	
Spreng, Ulrich Johannes	lønn i kroner	1 896 612	1 937 351	2 032 351	2 007 067	
Direktør Medisin og helsefag 01.01.2020 - 31.01.2023	endring i prosent	2,1%	2,1%	4,9%	-1,2%	
Aass, Halfdan	lønn i kroner	1 621 894	1 674 359	1 648 449		
Direktør medisin og helsefag 30.08.2010 - 30.04.2022	endring i prosent	2,3%	3,2%	-1,5%		
Agledal, Stein Are	lønn i kroner	1 768 772	1 820 341	1 481 008		
Klinikkirkeleg Kongsberg sykehus 15.08.2016 - 28.02.2022	endring i prosent	1,0%	2,9%	-18,6%		
Eidsvoll, Britt Elin	lønn i kroner	1 886 156	1 602 711			
Klinikkirkeleg Drammen sykehus 01.09.2009 - 31.12.2021	endring i prosent	4,2%	-15,0%			
Holm, Finn Egil	lønn i kroner	1 863 832				
Direktør Kommunikasjon og samfunnskontakt 01.05.2016 - 30.09.2020	endring i prosent	2,0%				
Hals, Jardar	lønn i kroner	1 509 993,00				
Klinikkirkeleg Bærum sykehus 01.01.2009 - 31.07.2020	endring i prosent	-13,5%				

Tabellen viser årlig endring i samlet godtgjørelse, det vil si fastlønn, variable tillegg, feriepenger, pensjon og annen godtgjørelse. I den grad noen har vært ledende ansatt deler av året, er godtgjørelsen annualisert.

### Fotnote tabell 3b:

I en offentlig ordning er det ikke pensjonsopptjening etter 67 år for de som er født før 1963 og ikke har påslagsordning. Dette gjelder Rune Aksel Abrahamsen, Halfdan Aass, Stein Are Agledal, Britt Elin Eidsvoll og Jardar Hals.

## Godtgjørelse til styret

Godtgjørelse til styret blir fastsatt av foretaksmøtet, jfr. lov om helseforetak § 21 tredje ledd og fastsettes for 2 år om gangen.

Det blir fastsatt styregodtgjørelse for styremedlemmer, varamedlemmer og revisjonsutvalg. Styrets medlemmer gis fast honorar for de ulike verv og utvalg. Varamedlemmer godtgjøres per oppmøte.

### Tabell 4 – Godtgjørelse til styret for regnskapsårene

Tall i hele (tusen) kroner og prosent

Navn og stilling	Regnskapsår	1. Honorar		2. Annen godtgjørelse	3. Total godtgjørelse
		1.1 Styret	1.2 Revisjonsutvalg		
Hatlen, Siri Beate	2024	303 198	-	721	303 919
Styreleder 26.02.2020 -	2023	278 300	-	730	279 030
Frydnes, Hans Tore	2024	212 086	-	1 585	213 671
Nestleder 15.02.2022 -	2023	194 700	-	-	194 700
Bjerknes, Robert	2024	154 555	-	-	154 555
Styremedlem 26.02.2020 -	2023	141 800	-	-	141 800
Fjelldal, Kari	2024	154 555	-	1 033	155 588
Styremedlem 23.09.2022 -	2023	141 800	-	787	142 587
Fulford, George Harold	2024	20 854	-	-	20 854
Styremedlem 05.11.2024 -	2023	-	-	-	-
Mørk, Hege	2024	136 626	-	1 036	137 662
Styremedlem 15.02.2024 -	2023	-	-	-	-
Vinje, Kristin	2024	136 626	-	286	136 912
Styremedlem 15.02.2024 -	2023	-	-	-	-
Frost, Tom Roger Heggelund	2024	154 555	-	-	154 555
Styremedlem 31.03.2019 -	2023	141 800	-	-	141 800
Morken, Toril Anneli Kiuru	2024	154 555	-	-	154 555
Styremedlem 16.03.2019 -	2023	141 800	-	-	141 800
Christoffersen, Gry Lilleås	2024	154 555	-	-	154 555
Styremedlem 01.01.2021 -	2023	141 800	-	-	141 800
Gundersen, Maria Josefsen	2024	154 555	-	-	154 555
Styremedlem 16.03.2023 -	2023	112 450	-	-	112 450
Glesne, Hans Kristian	2024	76 355	-	-	76 355
Styremedlem 01.01.2021 - 30.06.2024	2023	141 800	-	-	141 800
Tjønn, Bovild	2024	-	-	-	-
Styremedlem 14.02.2018 - 30.12.2023	2023	141 800	-	-	141 800
Kvamsøe, John Egil	2024	-	-	-	-
Styremedlem 01.08.2017 - 16.03.2023	2023	29 352	-	-	29 352

**Tabell 5 – Sammenligningstabell godtgjørelse for styret de siste 5 år**  
Tall i hele (tusen) kroner og prosent

Årlig endring						
	Måleenhet	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Godtgjørelse for styret</b>						
Hatlen, Siri Beate	Lønn i kroner	263 480	263 477	276 715	279 030	303 919
Styreleder 26.02.2020 -	endring i prosent		0,0 %	5,0 %	0,8 %	8,9 %
Frydnes, Hans Tore	Lønn i kroner			195 320	194 700	213 671
Nestleder 15.02.2022 -	endring i prosent				-0,3 %	9,7 %
Bjerknes, Robert	Lønn i kroner	131 737	134 000	140 825	141 800	154 555
Styremedlem 26.02.2020 -	endring i prosent		1,7 %	5,1 %	0,7 %	9,0 %
Fjellidal, Kari	Lønn i kroner			140 825	142 587	155 588
Styremedlem 23.09.2022 -	endring i prosent				1,3 %	9,1 %
Fulford, George Harold	Lønn i kroner					154 555
Styremedlem 05.11.2024 -	endring i prosent					
Mærk, Hege	Lønn i kroner					155 739
Styremedlem 15.02.2024 -	endring i prosent					
Vinje, Kristin	Lønn i kroner					154 555
Styremedlem 15.02.2024 -	endring i prosent					
Frost, Tom Roger Heggelund	Lønn i kroner	131 737	134 000	140 825	141 800	154 555
Styremedlem 31.03.2019 -	endring i prosent	10,3 %	1,7 %	5,1 %	0,7 %	9,0 %
Mørken, Toril Anneli Kiuru	Lønn i kroner	131 737	134 000	140 825	141 800	154 555
Styremedlem 16.03.2019 -	endring i prosent	10,3 %	1,7 %	5,1 %	0,7 %	9,0 %
Christoffersen, Gry Lilleås	Lønn i kroner		139 404	140 825	141 800	154 555
Styremedlem 01.01.2021 -	endring i prosent			1,0 %	0,7 %	9,0 %
Gundersen, Maria Josefsen	Lønn i kroner				141 800	154 555
Styremedlem 16.03.2023 -	endring i prosent					9,0 %
Glesne, Hans Kristian	Lønn i kroner		139 404	140 825	141 800	154 555
Styremedlem 01.01.2021 -30.06.2024	endring i prosent			1,0 %	0,7 %	9,0 %
Tjønn, Bovild	Lønn i kroner	131 737	134 000	140 825	141 800	
Styremedlem 14.02.2018 - 30.12.2023	endring i prosent	10,3 %	1,7 %	5,1 %	0,7 %	
Kvamsøe, John Egil	Lønn i kroner	131 737	134 000	140 825	141 800	
Styremedlem 01.08.2017 - 16.03.2023	endring i prosent	10,3 %	1,7 %	5,1 %	0,7 %	
Städle, Morten	Lønn i kroner		139 404	140 825		
Styremedlem 01.01.2021 - 31.12.2022	endring i prosent			1,0 %		
Breivega, Ane Rongen	Lønn i kroner	131 737	134 000	141 060		
Styremedlem 03.11.2020 - 31.12.2022	endring i prosent		1,7 %	5,3 %		
Snekkerbakken, Margrethe	Lønn i kroner	181 636	184 000	194 700		
Nestleder 01.02.2018 - 15.02.2022	endring i prosent	8,7 %	1,3 %	5,8 %		
Almlid, Torbjørn	Lønn i kroner	263 000				
Styreleder 01.10.2012 - 26.02.2020	endring i prosent	9,5 %				
Bjørnson, Torkild	Lønn i kroner	134 281				
Styremedlem 14.02.2018 - 06.02.2020	endring i prosent	11,9 %				
Strømnen, Geir Kåre	Lønn i kroner	135 415				
Styremedlem 13.02.2014 - 03.11.2020	endring i prosent	13,4 %				

**Fotnote tabell 5:**

For styremedlemmer som har sittet og mottatt godtgjørelse for deler av et år, har denne godtgjørelsen blitt annualisert.

**Styreerklæring**

Styret har i dag behandlet og vedtatt rapport for godtgjørelse til ledende personer til Vestre Viken HF for regnskapsåret 2024.

Det er påsett at godtgjørelse til ledende personer er i henhold til foretakets vedtekter og Statens retningslinjer for lederlønn i selskaper med statlig eierandel, allmennaksjeloven §6-16a og b, samt forskrift om retningslinjer og rapport om godtgjørelse for ledende personer.

Godtgjørelsesrapporten vil fremlegges for Foretaksrådet for endelig vedtak.

Dato: 24. mars 2025  
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

## Saksfremlegg

### Virksomhetsrapportering pr. februar 2025

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	28/2025	31.03.2025

### Forslag til vedtak

Styret tar virksomhetsrapporteringen pr. februar 2025 til orientering.

Drammen, 24. mars 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

## Bakgrunn

I tråd med instruks for administrerende direktør fremlegges rapport for virksomheten og resultater pr februar 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. Målområdene i bærekraftsplanen ligger til grunn. Oppdrag og bestilling for 2025 gir konkrete føringer og mål for foretaket. Det vises til sak 33/2025. Målsettinger i lederavtaler vil bli justert i tråd med dette. Sykefraværet er omtalt som et område der det forventes intensivert innsats for å komme ned på 2019-nivå.

I vedlegget presenteres status og utvikling med utdypende kommentarer.

## Saksutredning

Resultatet per februar viser et overskudd på 8,0 MNOK, som er 1,4 MNOK bedre enn budsjett. Dette inkluderer et merforbruk på vedlikehold over drift på 1,0 MNOK. Dette vil bli utjevnet utover året. Resultat uten dette merforbruket er derfor 2,4 MNOK bedre enn budsjett.

Variable inntekter er 24,2 MNOK høyere enn budsjett per februar. Influensaseson og høy analyseaktivitet for eksterne rekvirenter har medført økte inntekter i klinikk for medisinsk diagnostikk (KMD). Aktiviteten har samtidig medført økte kostnader til laboratorierekvisita og andre medisinske forbruksvarer. Kostnader til H-resept og legemidler er vel 10 MNOK høyere enn budsjett pr. februar. Blant annet er det nye legemidler som er tatt i bruk. Høyere aktivitet innvirker også på medikamentkostnadene. Høykostgruppen følger utviklingen og vurderer alternative tiltak fortløpende.

Det er avsatt en buffer i fellesøkonomien, men resultatoppnåelsen i de somatiske klinikkene indikerer at avviket kan bli større enn den bufferen som er avsatt. Det er behov for å identifisere ytterligere tiltak for å oppnå resultatmål for 2025. Oppfølgingen av de somatiske klinikkene har derfor høyeste prioritet. Arbeidet med konkretisering av nye tiltak får støtte fra ressursteamet, og retter seg mot drift og organisering av sengeposter og funksjonsfordeling. Utbrudd av Norovirus har satt Drammen sykehus i en beredskapssituasjon store deler av mars, og det forventes å kunne påvirke neste måneds resultater negativt.

Samlet for foretaket er det en positiv utvikling i ventetidene. Det er en klar nedgang i antall ventende og gjennomsnittlig ventetid for ventende. For psykisk helsevern har vi nådd målet som er satt. I somatikken er det særlig fagområdene øye, øre/nese/hals, ortopedi, gynekologi, urologi og plastikkirurgi hvor det er flest ventende/lange ventetider. Øyesykdommer og ØNH utgjør det største volumet, og har den største påvirkningen på det samlede resultatet. Ser vi bort fra disse fagområdene så hadde vi vært nær målet også i somatikken. På fagområdet øyesykdommer er det gjort et stort omstillingsarbeid, som har ført til redusert antall langtidsventende med 81% siden 1. mai 2024. De ansatte bidrar med en betydelig ekstraordinær aktivitet for å redusere ventetidene, og administrerende direktør og fagdirektør er i ukentlig oppfølgingsmøter med HSØ RHF.

Med forsterket innsats (ekstraordinær poliklinikk, økt bruk av avtalespesialister, økt bruk av eksterne med avtale) er det forventet at vi vil oppnå målsetningen innen 1. juni. Foretaket har etablert nye avtaler med alle relevante profesjonsforeninger med nye timesatser for ekstraordinær poliklinikk. I tillegg pågår flere tiltak med mål om å oppnå varig økt kapasitet. Her kan nevnes systematisk gjennomgang av behandlingsforløp i poliklinikkene, forsterket innsats med kompetanseheving og strukturelle endringer innenfor kontorlaget, pilotering av felles venteliste per fagområde på tvers i foretaket, langtidsplanlegging av aktiviteten og spredning av digitale løsninger og det virtuelle sykehuset.



Utviklingen i brutto månedsverk er så langt tilnærmet på budsjett. Plantallene inkluderer den bufferen som er avsatt i fellesøkonomien.

Sykefraværet er fortsatt høyt, og høyere i februar enn januar, selv om det er noe lavere enn samme måned i 2024. Økt involvering og samarbeid mellom partene gjennomføres ved bruk av tiltak utviklet av bransjeprogram IA i sykehus. Tverrfaglig partsarbeid for å støtte og fremme ansattes psykiske helse er iverksatt, og det arbeides med felles rammeverk for kollegastøtte- og fadderordninger, samt spesifikke tiltak som er spesielt rettet mot kvinner i arbeidslivet. Det utvikles kompetanseplaner for ledere, ansatte, verneombud og tillitsvalgte for å klargjøre forventninger til sykefraværsoppfølging og arbeidsmiljøtiltak.

Metode for gjennomføring av oppgavedeling er satt i system med egen prosedyre. Det er også utarbeidet en enkel opplæring i hvordan lykkes med teamarbeid. Slik opplæring er under utvikling og forbedring.

### **Administrerende direktørs vurderinger**

Det økonomiske resultatet så langt i år er bedre enn budsjett. Underliggende drift i de somatiske klinikkene er imidlertid fortsatt mer kostnadskrevenne enn rammene som er til rådighet. De store merinntektene innenfor lab-området bidrar til det positive resultatet, men dette er sesongbetenget og ikke varig. Klinikkene arbeider godt med å identifisere tiltak og legge konkrete planer. Det etablerte samarbeidet mellom de somatiske klinikkene skal legge grunnlaget for måloppnåelse i tråd med bærekraftsplanen. Bærum sykehus vil gi styret en innsikt i dette arbeidet i styremøtet. Ressursteamet understøtter prosessen, og forbereder samtidig grunnlaget for en Bærekraftsplan 3.0 som vil fremlegges for styret i styreseminaret i mai.

Tiltakene i Ventetidsløftet har, sammen med arbeidet med Bærekraftsplanen, høyest prioritet i Vestre Viken. Det pågår mange samtidige tiltak, flere av disse treffer begge innsatsområdene. Samtidigskonflikter grunnet innflytting i NSD, overtakelse av MHH, arbeidet med bærekraftsplanen og omstrukturering i PHR påvirker i hvilken grad ansatte og ledere har anledning til samtidig å prioritere økt innsats på ventetider. Det har over lengre tid allerede vært gjort en betydelig innsats på å redusere ventetidene inn mot flytting. Den økte bruken av ekstraordinære poliklinikker som følge av innsatsen i Ventetidsløftet kan ha negative effekter på andre områder. Selv om ekstraordinær innsats er frivillig, kan det gi en økt risiko for sykefravær, turnover og rekrutterings-utfordringer. Andre negative vridningseffekter vil kunne være påvirkning av pasientsikkerhet som følge av redusert oppmerksomhet på andre områder (f. eks kreftpakkeforløp) og økt antall pasienter som venter på videre oppfølging (kontroller, operasjoner etc.). Situasjonen og indikatorer følges nøye.

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

Vedlegg: 1. Virksomhetsrapport pr. februar 2025

# Saksnr. 28/2025

## Vedlegg 1

Virksomhetsrapportering pr  
28. februar 2025



**Primære mål**  
**- ventetider**  
**- bærekraftig økonomi**

# Ventetidsløftet

# Ventetid

VVHF		Februar	Hittil i år	Prognose	
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avviklet Somatikk - DAGER	Resultat	74	76	56	↑
	Plan	57	57	56	
	Avvik	17	19	0	
	I fjor	78	77	77	
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avviklet VOP - DAGER	Resultat	39	43	40	↑
	Plan	40	40	40	
	Avvik	-2	3	0	
	I fjor	49	50	44	
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avviklet BUP - DAGER	Resultat	39	37	35	↓
	Plan	35	35	35	
	Avvik	4	2	0	
	I fjor	42	43	39	
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avviklet TSB - DAGER	Resultat	23	26	30	↑
	Plan	30	30	30	
	Avvik	-7	-5	0	
	I fjor	62	54	35	
KVALITET - Andel passert planlagt tid - ANDEL	Resultat	9,9	10,5	8,0	↑
	Plan	8,0	8,0	8,0	
	Avvik	1,9	2,5	0,0	
	I fjor	0,0	11,9	11,9	
KVALITET - Andel fristbrudd - ANDEL	Resultat	4,5	4,7	0,0	↑
	Plan	0,0	0,0	0,0	
	Avvik	4,5	4,7	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:** Målet er ikke periodisert. Det er en reduksjon i gj.snittlig ventetid for avviklede mot januar på 4 dager. Antallet ventende er på god vei ned og langtidsventende er redusert fra 567 i mai 2024 til 148 i februar. Det er nå kun på Øye og ØNH det er langtidsventende i noe grad. De nye tiltakene med ytterligere ekstraordinære poliklinikker forventes å gi effekter som gjør at vi samlet sett vil oppnå målet til 1. juni.

**PHR:** PHR er ikke langt unna målet som er satt med frist 1. juni, og vurderer at målet vil oppnås.

## Tiltak

**Somatikk:** Ekstraordinær poliklinikk, samtidig med fortsatt innsats på de pågående tiltakene som gir langvarig effekt på kapasiteten.

**PHR:** Konkrete tiltak fra høsten 2024 slik at pasienter med ADHD, OCD og angstlidelse får time til utredning raskere enn tidligere. Det planlegges utvidelse av ordinær arbeidstid ved bruk av ekstraordinær poliklinikk  
Ytterligere tiltak er gjennomført; rydding av ventelister i alle avdelinger og opplæring i korrekt registrering for varig endring.

I BUPA er pågående utviklingsarbeid kalibreringsmøte med kommunene om dialogbasert inntak og læringsnettverk med vekt på innhold i behandling og prioritering av avslutning

# Gjennomsnittlig ventetid avviklet helsehjelp somatikk

Gj. snitt ventetid for avviklede

År ● 2019 ● 2022 ● 2023 ● 2024 ● 2025



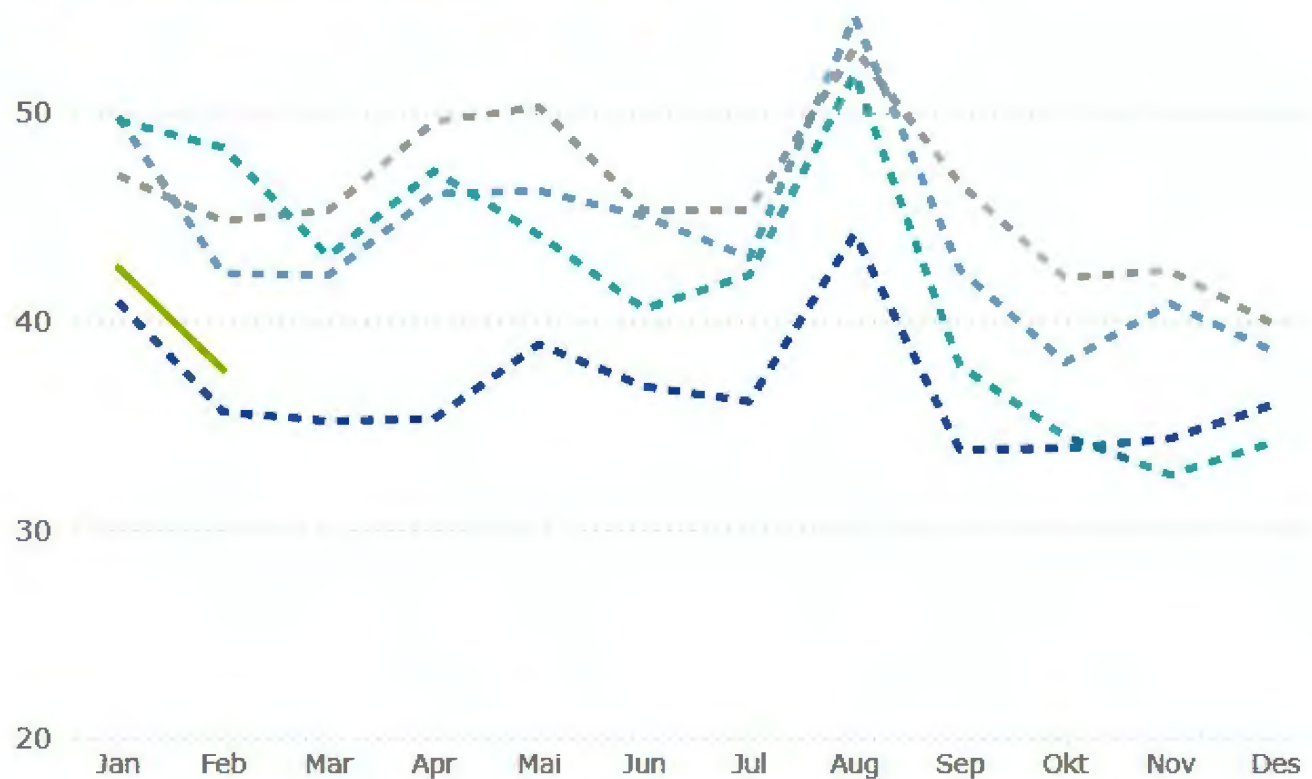
Antydnet raskere reduksjon de to første månedene enn tidligere år, og effekten av ekstraordinære poliklinikker (med nye, høyere takster) vil bidra til å bringe den ytterligere ned på kort sikt. Det er inngått avtaler med de aktuelle profesjonsforeningene om nye, høyere timetakster fra februar.

Målet innen 1. juni er 2019-nivå, da må vi følge den stiplede røde linjen.

# Gjennomsnittlig ventetid avviklet helsehjelp PHR

Gj. snitt ventetid for avviklede

År ● 2019 ● 2022 ● 2023 ● 2024 ● 2025



Ventetiden er redusert i forhold til de tre foregående år, og er nesten på 2019 nivå. Pågående tiltak for å sikre fortsatt positiv utvikling.

# Bærekraftig økonomi



# Bærekraftig økonomi

VVHF		Februar	Hittil i år	Prognose	
ØKONOMI - Driftsresultat - TNOK	Resultat	2 056	8 022	40 000	➔
	Plan	3 333	6 667	40 000	
	Avvik	-1 277	1 355	0	
	I fjor	-7 877	-10 098	172 671	
ØKONOMI - Andel avdelinger som drifter utenfor ramme - ANDEL	Resultat	48	43	0	➡
	Plan	0	0	0	
	Avvik	48	43	0	
	I fjor	53	50	50	
HR - Brutto Månedverk - ANTALL (Mars)	Resultat	8 259	8 229	8 307	➔
	Plan	8 247	8 209	8 307	
	Avvik	-12	-20	0	
	I fjor	8 116	8 102	8 231	
AKTIVITET - ISF-Poeng Somatikk - ANTALL	Resultat	10 100	21 728	125 046	⬇
	Plan	10 178	21 554	125 046	
	Avvik	-78	174	0	
	I fjor	10 385	21 272	122 505	
AKTIVITET - ISF-poeng PHR poliklinisk behandling - ANTALL	Resultat	6 173	13 031	72 318	➔
	Plan	5 757	12 207	67 833	
	Avvik	417	825	4 485	
	I fjor	5 243	11 055	67 242	

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

## Status

Resultat eks vedlikehold over drift er 1,8 MNOK høyere enn budsjett i februar, 2,4 MNOK høyere enn budsjett hittil i år. Klinikk for medisinsk diagnostikk bidrar til et godt resultat i februar. De somatiske klinikkene ligger fortsatt bak resultatmålene.

**Inntekter:** Positivt budsjettavvik på andre pasientrelaterte inntekter knyttet til labinntekter på 7,7 MNOK i februar grunnet influensasesong og høy aktivitet. Positivt avvik mot budsjett på ISF for både somatikk og psykiatri.

**Varekostnader:** Den høye aktiviteten på lab-området gir også merforbruk på varekostnader. Samlet negativt avvik på 4,0 MNOK mot budsjett i februar knyttet til laboratorierekvisita og andre medisinske forbruksvarer. Hittil i år er det så langt merforbruk på H-reseptkostnader og legemidler.

**Lønn:** Negativt avvik mot budsjett per februar på 2,1 MNOK. Dette inkluderer 2,0 MNOK i helligdagstillegg grunnet høyt timeforbruk i desember 2024. Brutto månedverk pr mars er 20 månedverk over budsjett.

**Finans:** Kostnader er 3,2 MNOK høyere enn budsjettet pr februar både som følge av rentenivået og høyere trekk på driftskreditt.

## 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. Fremdriften er imidlertid ikke helt i tråd med planen og flere av de somatiske klinikkene har resultatavvik som krever nye tiltak.

# Aktivitet

VVHF		Februar	Hittil i år	Prognose	
AKTIVITET Somatikk - Polikliniske konsultasjoner - ANTALL	Resultat	42 869	92 114	520 465	↑
	Plan	42 126	91 762	520 465	
	Avvik	743	352	0	
	I fjor	41 599	88 009	505 455	
AKTIVITET - Polikliniske konsultasjoner VOP - ANTALL	Resultat	12 464	25 796	141 305	↑
	Plan	12 060	25 289	141 305	
	Avvik	404	507	0	
	I fjor	11 900	24 810	139 347	
AKTIVITET - Polikliniske konsultasjoner BUP - ANTALL	Resultat	8 679	18 522	102 191	↑
	Plan	8 486	18 299	102 191	
	Avvik	193	223	0	
	I fjor	8 025	16 840	98 318	
AKTIVITET - Polikliniske konsultasjoner TSB - ANTALL	Resultat	1 951	4 311	25 414	↓
	Plan	2 266	4 759	25 414	
	Avvik	-315	-448	0	
	I fjor	2 290	4 615	24 590	
AKTIVITET - Antall operasjoner døgn og dag - ANTALL	Resultat	3 331	6 934	38 340	↑
	Plan	3 150	7 304	38 340	
	Avvik	181	-370	0	
	I fjor	3 235	7 498	39 402	

pr februar	Avvik mot budsjett			% ift i fjor	
	Hittil i år		% avvik	Hittil i fjor	% ift i fjor
Antall utskrevne pasienter døgn somatikk	11 634	78	0,7 %	11 412	1,9 %
Antall liggedøgn - døgnbehandling somatikk	37 181	260	0,7 %	37 656	-1,3 %
Antall dagopphold somatikk	6 433	-279	-4,2 %	6 360	1,1 %
Antall utskrevne pasienter VOP og TSB	561	-112	-16,6 %	681	-17,6 %
Antall utskrevne pasienter BUP	27	0	0,0 %	36	-25,0 %

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 pr februar. Aktiviteten samlet er høyere enn samme periode i fjor for alle klinikker. Drammen sykehus har vært rammet av utbrudd av norovirus i perioden januar til mars, og særlig det alvorlige utbruddet i mars vil påvirke aktiviteten negativt.

**PHR:** Samlet aktivitet for PHR er over plan per februar. Antall polikliniske konsultasjoner innen BUP er 10 % høyere per februar enn samme periode i fjor, og 2 % høyere innen VOP og TSB.

## Tiltak

Ingen særskilte tiltak pt. Det påses at varige avvik følges opp med tiltak.

# Brutto månedsverk



**HR**

# HR

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

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

## Status

### Sykefravær:

Sykefraværet har økt, hovedsakelig på grunn av korttidsfravær. FHI varslet at influensatoppen ville nås i februar. Influensa og andre sesongsykdommer som norovirus øker om vinteren. Vaksinasjonsdekningen for influensa varierer i klinikkene, men Drammen sykehus oppnådde 75%.

### AML-brudd:

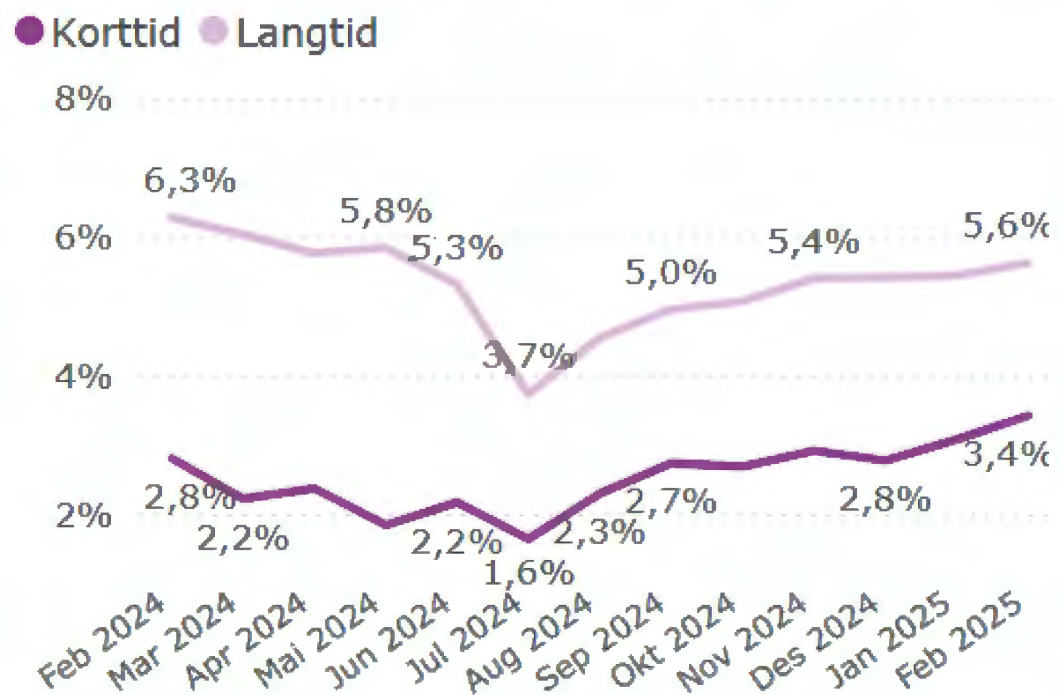
AML-brudd skyldes økt sykefravær, redusert tilgang på kvalifisert personell og vakante stillinger.

## Tiltak

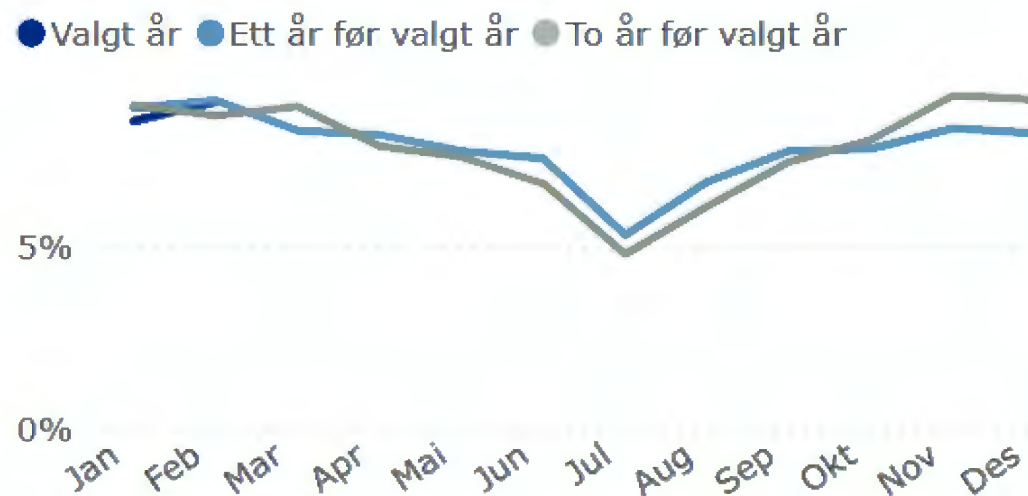
- Vaksinerer er et av de beste tiltakene for å begrense influensa
- Ledere oppfordres til å følge opp ansatte med hyppig og gjentakende korttidsfravær. Det tilbys kontinuerlig kurs og webinar i IA-arbeid og sykefraværsoppfølging
- Det er gitt tilbud om systematisk oppfølging til seksjoner med sykefravær over 10% og lave 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

# Sykefravær

## Utvikling i kort- og langtidssykefravær



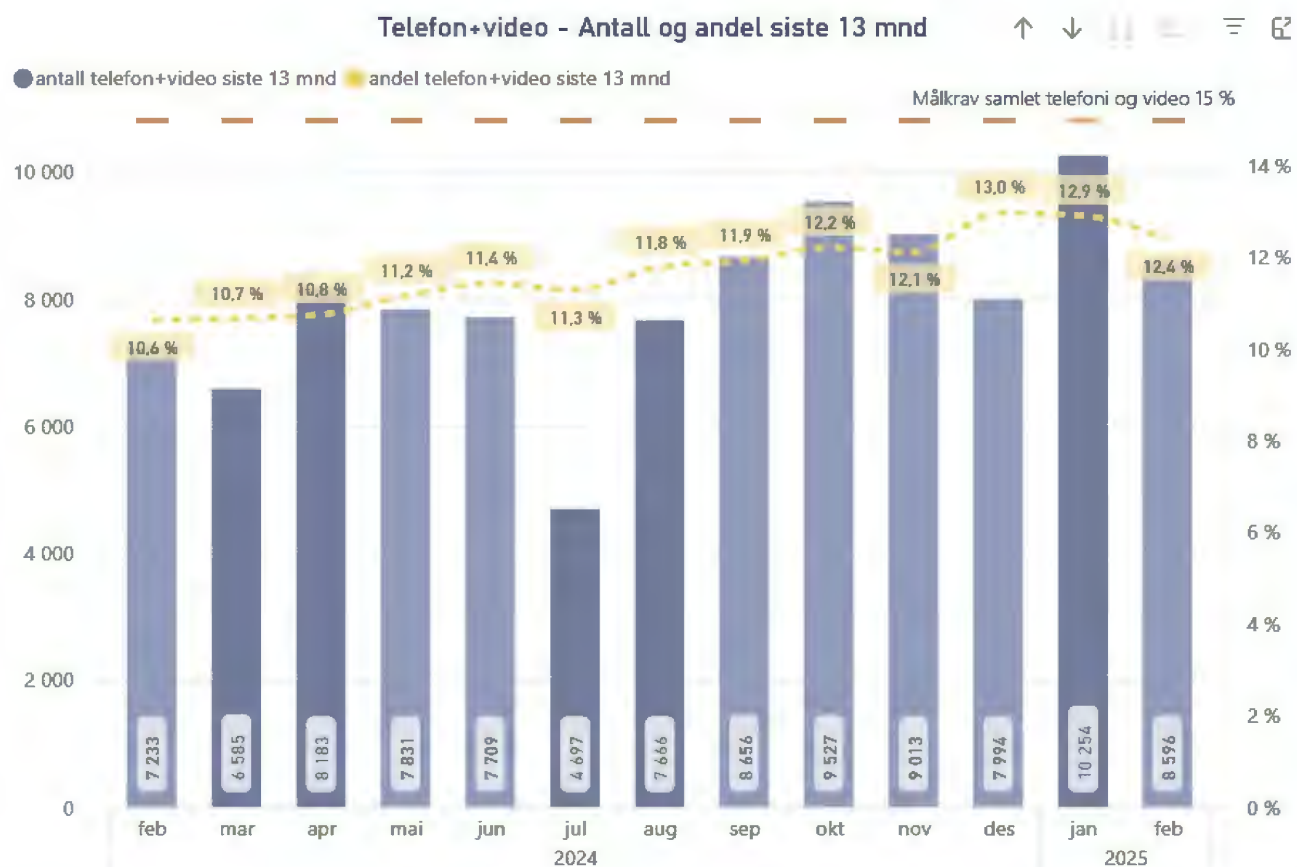
## Utvikling i sykefraværsprosent 2023 til 2025



Sykefravær fra RDAP (Regional data og analyseplattform) per 10. mars

# 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 % per februar. Klinikken har et mål om minimum 20 % og er dermed på plan.

## Tiltak

### Somatikk:

Pågående innsats fra flere hold men også ansatt ny rådgiver som starter i mai for økt innsats





Dato: 6. mars 2025  
Saksbehandler: Inger Lise Hallgren

## Saksfremlegg

### Evaluering av langvakter i Vestre Viken

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	29/2025	31.03.25

### Forslag til vedtak

1. Styret tar saken til orientering.

Drammen, 24. mars 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

## **Bakgrunn**

Vestre Viken HF (VVHF) erfarer allerede en sviktende tilgang på flere personellgrupper, økende turnover, særlig i de somatiske døgnsesksjonene og vedvarende høyt sykefravær. Til sammen medfører dette økt slitasje og belastning for de ansatte. Det var et ønske i VVHF å prøve ut en ordning med 12,5 timers vakter, for å få erfaring om denne arbeidstidsordningen kunne redusere belastningen for ansatte. Ordningen var frivillig for ansatte å prøve ut.

Arbeidsgiver, organisasjonene og vernetjenesten avtalte et rammeverk, gjeldende for somatiske og psykiatriske døgnsesksjoner med pasientbehandling, i perioden fra januar til ut desember 2024. Det ble avtalt at det skulle gjennomføres en ekstern evaluering etter gitte kriterier underveis og minimum hvert halvår. Det skulle utarbeides en sluttrapport etter endt periode. Evalueringen skulle skje i tett samarbeid med de tillitsvalgte, vernetjenesten og sentralt ressursteam.

## **Saksutredning**

Den interne evalueringen fra pilotene sommeren 2023, viste at de ansatte hadde færre oppmøter på jobb og opplevde mer forutsigbarhet og ro på vakt. Ordningen som ble prøvd ut var frivillig blant ansatte, og resultatene av den interne undersøkelsen i etterkant viste at ordningen bidro til fleksibilitet, sikret mer forutsigbare arbeidsdager og en bedre balanse mellom jobb og fritid.

Etter de tre pilotene, som ble gjennomført på seksjoner ved Ringerike-, Kongsberg- og Drammen sykehus sommeren 2023, økte interessen blant ansatte for å prøve ut langvakter i VVHF. Arbeidsgiver, organisasjonene og vernetjenesten ønsket å ha mere erfaring, når ordningen med langvakter ble utvidet og brukt i et lengre tidsrom, og jobbet mot å få på plass en ekstern evaluering av ordningen.

## Ekstern evaluering

VVHF fikk økonomisk støtte fra Helse Sør-Øst RHF (HSØ) til å gå til anskaffelse av en ekstern leverandør som kunne gjennomføre evalueringen. Det var Oslo Economics som vant anbudet, og som har gjennomført evalueringen i samhandling med VVHF. HSØ hadde en representant i gruppen. Målet med evalueringen var at VVHF, men også andre helseforetak i Norge skulle ha nytte av erfaringene.

## Sammensatt partsgruppe

Det ble etablert en sammensatt partsgruppe fra organisasjonene, vernetjenesten, representanter fra klinikkene, HR og kontrollere. Leder for sentralt ressursteam ledet arbeidet.

Gruppen har arbeidet tett og godt med hvordan evalueringen skulle gjennomføres, hvilke prosesser som måtte være på plass, metode og elementer som skulle være med i undersøkelsene og med evalueringsrapporten som nå fremlegges for styret.

## Oppsummering fra evalueringen

Langvakter kan tilrettelegge for bedre ressursutnyttelse og en heltidskultur i praksis. Det er imidlertid avhengig av hvor mange som ønsker å jobbe langvakter og bemanningsbehovet i hver avdeling. Evalueringen viser at fast ansatte dekket flere helgetimer, og at det var færre hull i turnus. Noen seksjoner erfarte en reduksjon i kostnader til vikarer, andre ikke. Pasientsikkerheten var godt ivaretatt. De ulike resultatene kan henge sammen med det har vært en liten andel ansatte ved den enkelte enhet som har jobbet langvakter.

Vi kan ikke se noen sikker effekt på sykefraværet i denne perioden. Det er vanskelig å vite hvordan sykefraværet vil påvirkes dersom andelen som jobber langvakter er høyere. Men trivsel, medvirkning til egen arbeidssituasjon og opplevd lavere totalbelastning kan gi mer stabilitet og lavere turn-over.

Målet for gruppen har hele tiden vært at vi skulle lære av de gode erfaringene, med også av de forholdene evalueringen viser at må forbedres.

Evalueringen og erfaringen viser at det ved innføring av langvakter er nødvendig å se på arbeidsflyten og bruke etablerte systemer for oppfølging av kvaliteten i arbeidet gjennom dagen (eks grønt kors/HMS - kollegastøtte).

Evalueringen viser at langvakter bidrar til å fylle helger med nødvendig kapasitet og kompetanse. Ansatte opplever flere fordeler når det gjelder oppfølging og behandling av pasienter. Det er tilbakemeldingen både fra de som selv går langvakter og de som ikke gjør det. Det er ingen funn som indikerer at langvakter reduserer pasientsikkerheten. Ansatte som har prøvd langvakter, opplever positive effekter for egen trivsel og balanse mellom jobb og fritid. De som ikke har jobbet langvakter uttrykker mer skepsis.

For de avdelingene som har lyktes med innføringen av langvakter har ledelsen vært sterk og synlig. Personell, tillitsvalgte, vernetjenesten, legegruppen og annet tverrfaglig personell har vært involvert i arbeidet med å etablere flyt gjennom arbeidsdagen.

I det videre arbeidet er det nødvendig å få på plass gode systemer for pauseavvikling, samt vurdere antall dager med 12,5 timer på rad.

Det er en nasjonal interesse for VVHF sine erfaringer med innføring av langvakter. Hensikten med å dele rapporten er at andre Helseforetak i Norge kan lære av våre erfaringer.

#### **Administrerende direktørs vurderinger**

Evalueringen indikerer at det er interesse for å prøve ut andre arbeidstidsordninger enn dagens tradisjonelle tredelte turnus. I perioden er det allikevel en liten andel av vaktene som har vært langvakter. Dette gjør det vanskelig å trekke konklusjoner når det gjelder effekten på sykefravær og driftsøkonomi.

Vi har fått nyttige erfaringer, som vi vil bruke i det videre arbeidet med å legge til rette for fleksible arbeidstidsordninger, profesjonalisere turnusplanlegging og ta i bruk teknologi som kan effektivisere turnusarbeidet. Det er av stor betydning hvordan driften ved den enkelte enhet organiseres og ledes når det introduseres nye arbeidstidsordninger. Dette for å sikre pauseavvikling og en hensiktsmessig dagsrytme for alle. Vi ønsker å etablere langsiktige rammeavtaler, og fortsette det tette samarbeidet med organisasjonene og vernetjenesten.

Vedlegg: 1. Rapport evaluering av pilot for langvakter.



Vestre Viken Helseforetak

## Evaluering av pilot for langvakter

oslo**economics**

**Tittel:** Evaluering av pilot for langvakter

**Utarbeidet av:** Oslo Economics

**Oppdragsgiver:** Vestre Viken HF

**Publisert:** Februar 2025

**Rapportnummer:** [2025-12]

**Kontaktperson:** Erik Magnus Sæther / Partner

**E-post:** [ems@osloeconomics.no](mailto:ems@osloeconomics.no)

**Tel:** +47 94058192

**Foto/illustrasjon forside:** Shutterstock

# Innhold

<b>Sammendrag</b>	<b>4</b>
<b>1. Evaluering av langvakter i Vestre Viken HF</b>	<b>6</b>
1.1 Mandat	6
1.2 Metode for evaluering	6
1.3 Gjennomføring	6
<b>2. Pilotering av langvakter i Vestre Viken HF</b>	<b>7</b>
2.1 Norge har et økende behov for helsetjenester	7
2.2 Langvakter	7
2.3 Pilotering av langvakter i Vestre Viken HF	8
<b>3. Omfang av langvakter i evalueringsperioden</b>	<b>9</b>
3.1 Omfang av langvakter	9
3.2 Langvakter i hverdag og helg	10
3.3 Stillingsbeskrivelse til ansatte med langvakter	11
3.4 Alder til ansatte med langvakter	11
3.5 Omfang av langvakter per klinikk	11
<b>4. Helse, miljø og sikkerhet</b>	<b>15</b>
4.1 Risiko- og forsvarlighetsvurderinger	15
4.2 Pauseavvikling	15
4.3 Arbeidsmiljø og ansattes opplevelser	17
4.4 Struktur i arbeidshverdagen	19
4.5 Ansatte som ikke har prøvd eller gått bort fra langvakter	21
<b>5. Pasientsikkerhet</b>	<b>24</b>
5.1 Rapportering mellom vaktskifter	24
5.2 Kompetanse-sammensetning og kapasitet	24
5.3 Oppfølging av pasienter	25
5.4 Pasientsikkerhet	25
<b>6. Økonomiske konsekvenser av turnuser som inkluderer langvakter</b>	<b>26</b>
6.1 Mer hensiktsmessig ressursutnyttelse	26
6.2 Effekter på sykefravær og turn-over	28
6.3 Foreløpige effekter i et utvalg seksjoner i Vestre Viken HF	28
<b>7. Oppsummering / konklusjon</b>	<b>31</b>
<b>8. Referanser</b>	<b>32</b>
<b>Vedlegg A Resultater fra spørreundersøkelse blant ansatte</b>	<b>33</b>
<b>Vedlegg B Intervjuguider</b>	<b>48</b>
<b>Vedlegg C Fordeling av seksjoner</b>	<b>49</b>
<b>Vedlegg D Beregning av årsverk ved ulike turnusordninger</b>	<b>52</b>

# Sammendrag

Langvakter trekkes ofte frem som et tiltak for å løse helgeutfordring og deltidsproblematikk, skape kontinuitet i helsetjenestene og redusere den opplevde belastningen ved turnusarbeid. Ved noen seksjoner i Vestre Viken har langvakter vært brukt i flere år. Sommeren 2023 ble det gjennomført en pilot ved ytterligere tre seksjoner for å vurdere om langvakter kan bidra til å løse de bemannings- og kostnadsutfordringer helseforetaket opplever. Piloten ble evaluert i etterkant og vurdert som et godt tiltak. I 2024 ble piloten utvidet, og alle ansatte i de somatiske klinikkene i Vestre Viken fikk tilbud om å teste langvakter.

Oslo Economics, i samarbeid med sentralt ressursteam i Vestre Viken HF, har primært evaluert piloten som ble gjennomført i 2024. Evalueringen belyser spørsmål knyttet til økonomi, helse, miljø og sikkerhet, pasientsikkerhet og ledelse. Evalueringen bygger på følgende informasjonskilder:

- Totalt 46 intervjuer med ansatte, ledere og tillitsvalgte
- Spørreundersøkelse distribuert blant ansatte i Vestre Viken HF (546 respondenter)
- Bemanningsdata i evalueringsperioden

Det er variasjon i hvordan langvakter har blitt praktisert. Ansatte har i hovedsak jobbet langvakter både hverdag og helg, med arbeid hver tredje helg. Noen seksjoner har også innført langvakter, men med arbeid hver fjerde helg. I tillegg har mange ansatte tidligere erfaring med langvakter utenom piloten. Disse erfaringene inngår også i evalueringen.

Langvakter har i løpet av analyseperioden blitt tatt i bruk ved alle sykehusene i Vestre Viken, men omfanget har variert på tvers av klinikkene, avdelingene og seksjonene. Basert på bemanningsdata ser man at om lag 15 prosent av ansatte som fikk tilbud har deltatt i piloten sommeren og høsten 2024. Denne andelen inkluderer ikke eventuelle ansatte som jobber langvakter utenom piloten.

Vår evaluering viser at langvakter bidrar til at det oppleves lettere for ledere å skrive turnus uten huller, og særlig bidrar langvakter til å fylle helgen med nødvendig kapasitet og kompetanse. Ansatte opplever flere fordeler for oppfølging og behandling av pasienter. Videre finner vi ikke pasientsikkerheten har vært redusert der langvakter har blitt tatt i bruk. Ansatte som har prøvd langvakter opplever i tillegg positive effekter for egen trivsel. Avvikling av lengre pauser er identifisert som et viktig tiltak for å redusere risiko ved langvakter, både for de ansatte og pasienter. Pauseavviklingen har imidlertid vært variabel i evalueringsperioden.

Relativt få ansatte har prøvd langvakter i perioden. De som ikke har ønsket langvakter peker på at de opplever belastningen som for høy, at det ikke passer med hverdagen sin og at de syntes helgebelastningen blir for stor.

På sikt kan langvakter åpne for en bedre bruk av avdelingens ressurser, avhjelpe rekruttering og bemanningsutfordringer. Videre kan langvakter ha positive effekter for ansatte som trives med langvakter, ved at arbeidsbelastningen totalt sett føles lavere.



# Læringspunkter fra evalueringen

Læringspunktene baserer seg på funn fra evalueringen, og er utarbeidet på bakgrunn av innspill fra ansatte og ledere.



## Ordningen må basere seg på frivillighet

*Langvakter må være frivillig for den ansatte. Få ansatte har valgt å delta i piloten og flere trekker i evalueringen frem at langvakter ikke passer for alle.*



## Utvikling av langvakter bør gjøres i tett samarbeid med organisasjonene og vernetjenesten

*Tidlig og tilstrekkelig involvering av relevante parter er viktig for gjennomføringen.*



## Videreutvikling av langvakter bør bygge på gode erfaringer

*Evalueringen viser at seksjoner har hatt ulike erfaringer med langvakter i piloten. For videre arbeid er det viktig å se hen til seksjoner som har lyktes og ta med seg gode erfaringer derfra.*



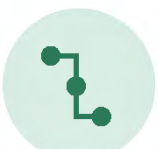
## Langsiktig planlegging er viktig for å skape forutsigbarhet

*I utprøvingen har bruk av langvakter vært regulert gjennom rammeavtaler. Langsiktige rammeavtaler kan bidra til å skape forutsigbarhet for ansatte og for ledere som utarbeider turnusplaner.*



## God pauseavvikling er avgjørende for bruk av langvakter

*Avvikling av lengre, sammenhengende pauser ble i forkant av piloteringen identifisert som et viktig tiltak for å lykkes med langvakter og unngå for høy belastning. Evalueringen viser at det bør etableres gode systemer i praksis.*



## Langvakter bør ses i sammenheng med andre tiltak

*Erfaring fra utprøvingen tilsier at bruk av langvakter bør ses i sammenheng med andre tiltak. Eksempler på dette er tiltak for oppgavedeling og tiltak for å sikre god arbeidsflyt gjennom dag/natt.*



## Fleksibilitet i arbeidstidsordningene bør videreutvikles

*Evalueringen finner et behov for å tilby ansatte fleksible arbeidstidsordninger. Det bør synliggjøre hva fleksible arbeidstids-ordninger er, samt standardisere og profesjonalisere turnusplanlegging.*

# 1. Evaluering av langvakter i Vestre Viken HF

*En omleggelse fra tredelt turnus til langvakter innebærer at ansatte jobber 12-timers vakter fremfor 8-timers vakter.*

*Langvakter er pilotert i Vestre Viken HF i 2024. Oslo Economics har i samarbeid med sentralt ressursteam i Vestre Viken HF, evaluert piloteringen.*

## 1.1 Mandat

For perioden fra 1. januar - 31. desember 2024 er det inngått en avtale mellom Vestre Viken helseforetak (HF), vernetjenesten og de tillitsvalgte, om utprøving av langvakter hver tredje helg (se boks 1 om innholdet i avtalen).

I den inngåtte avtalen er det forankret at det skal gjennomføres evaluering etter gitte kriterier underveis i perioden, og minimum hvert halvår. Evalueringen skal skje i tett samarbeid med tillitsvalgte og vernetjeneste, samt sentralt ressursteam i Vestre Viken HF. Evalueringen skal svare ut spørsmål knyttet til økonomi, helse, miljø og sikkerhet, pasientsikkerhet og ledelse. I evalueringen er også medarbeidere med erfaring fra langvakter utenom piloten blitt inkludert i undersøkelsene.

## 1.2 Metode for evaluering

### 1.2.1 Spørreundersøkelse

Høsten 2024 ble det distribuert en spørreundersøkelse blant ansatte i Vestre Viken HF. Spørreundersøkelsen ble utformet i Questback.

Undersøkelsen ble sendt på e-post til alle ansatte med relevante stillingstitler (ansatte som fikk tilbud om å delta i prøveordningen<sup>1</sup>). En flyer med informasjon om undersøkelsen ble distribuert på klinikkene og over intranett. 546 ansatte svarte på spørreundersøkelsen. Undersøkelsen i sin helhet, med svarfordeling, finnes i Vedlegg A.

Alle ansatte som har deltatt i piloten eller har tidligere erfaringer med langvakter inkluderes i analysen av hvordan langvakter oppleves. Respondentene har dermed ikke nødvendigvis erfaring med den samme innretningen av en langvaktsturnus.

### 1.2.2 Intervjuer

Det har totalt blitt gjennomført 46 intervjuer i forbindelse med evalueringen fordelt som følgende:

- Ansatte som har jobbet eller jobber langvakter sommer/høst 2024 (23)
- Ansatte som ikke har jobbet langvakter (7)
- Avdelingssykepleiere / assisterende avdelingssykepleiere (9)
- Tillitsvalgte (5)
- HR utvikling og lederstøtte (2)

De fire sykehusene valgte selv ut 2 seksjoner hver (3 ved Drammen sykehus) der langvakter har blitt pilotert. Avdelingssykepleiere valgte ut ansatte i sin seksjon til intervjuer, som ble gjennomført fysisk.

Det var et stort spenn i de valgte seksjonene i hvor mange som hadde prøvd ut langvakter og hva slags type seksjon det var. Intervjuer er gjennomført ved intensivavdeling, ulike sengeposter og akuttmottak.

Det er viktig å merke seg at seksjoner og ansatte ikke er valgt ut tilfeldig. De ulike seksjonene har imidlertid gjort seg ulike erfaringer, både positive og negative.

### 1.2.3 Analyser av data

Det er gjennomført analyser av bemanningsdata og lønnsdata i forbindelse med evalueringen. Analysen tar for seg bemanningsdata for perioden 17. juni til 31. desember 2024. I analysen er alle vakter som er gått av ansatte med stillingskategori som enten sykepleier, helsefagarbeider, vernepleier eller teknisk/fagpersonell inkludert<sup>2</sup>.

## 1.3 Gjennomføring

Prosjektet er gjennomført av Susanne Værnø i Oslo Economics, i samarbeid med sentralt ressursteam i Vestre Viken HF. En prosjektgruppe bestående av representanter fra hver av klinikkene, tillitsvalgte og administrasjonen i Vestre Viken HF har møttes månedlig i perioden august – februar (utenom desember). Gruppen har vært med å utvikle intervjuguider og spørreundersøkelsen, samt gitt innspill til den overordnede gjennomføringen. I møtene ble det oppdatert om fremdrift i prosjektet, videre fremgang og eventuelle avklaringer ble gjort. Antall intervjuer og hvem som skulle intervjues ble også avklart i møtene.

<sup>1</sup> Sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere og teknisk/fagpersonell

<sup>2</sup> Avdelinger og seksjoner der det ikke er gått minst én vakt med en av disse stillingskategoriene, inngår ikke i analysen.

## 2. Pilotering av langvakter i Vestre Viken HF

*Norge har et økende behov for helsetjenester, og mange peker på en økende etterspørsel etter helsepersonell. Norge har imidlertid et høyt antall helsepersonell per innbygger, men helse- og omsorgssektoren er preget av høy andel deltidsansatte, sykefravær og turnover. En omlegging fra tredelt turnus til langvakter diskuteres som et av flere nødvendige tiltak.*

### 2.1 Norge har et økende behov for helsetjenester

Helsepersonellkommisjonen viser at det vil være utfordrende å få tak i nok helsepersonell i årene fremover. I 2022 ble det estimert en mangel på nærmere 16 000 sysselsatte innen helse, pleie og omsorg i Norge. Norge har imidlertid allerede et høyere antall helsepersonell per innbygger enn andre sammenlignbare land, som Sverige, Danmark, Island og Tyskland (NOU 2023:4).

Det er flere faktorer som gjør at det er en høy etterspørsel etter helsepersonell. For det første står man overfor store demografiske endringer, med en aldrende befolkning. Helsepersonellkommisjonen viser videre til at det er en høy andel deltidsansatte i helse- og omsorgssektoren (NOU 2023:4). Flere heltidsansatte kan bidra til å utnytte de ansatte som allerede er i sektoren. Per 1. januar 2024 var andelen heltidsansatte i helseforetakene på 53 prosent (NSF, 2024). Norsk Sykepleierforbund, KS, Fagforbundet, FO og Delta har inngått en heltidserklæring som et ledd i arbeidet med å skape en heltidskultur, som de opplever er nødvendig for å sikre blant annet tilstrekkelig kompetanse i helse- og omsorgssektoren (NSF, u.d.).

Videre er det et relativt høyt sykefravær i helse- og omsorgssektoren sammenlignet med andre sektorer, og tiltak for å bedre dette vil øke tilgangen til personell og øke kapasiteten til eksisterende personell. I tillegg ser man en relativt høy andel turnover i sektoren. En utredning gjort av Riksrevisjonen fra 2019 fant at hver åttende sykepleier i helseforetakene slutter årlig, uten å få en ny jobb innad i helseforetaket. Ifølge Riksrevisjonen slutter sykepleiere for å begynne i kommunen (Riksrevisjonen, 2019).

#### Boks 1: Rammeavtale langvakter

Erfaringer etter piloteringer av langvakter i tre seksjoner i Vestre Viken HF i 2023 tilsa at det var nødvendig med et rammeverk knyttet til etablering av langvakter.

En rammeavtale gjeldende for 1.1.2024–31.12.2024 ble signert av direktør for kompetanse i Vestre Viken HF, samt foretakstillitsvalgte for Fagforbundet og Norsk Sykepleierforbundet.

Rammeavtalen regulerte prosess for innføring av langvakter, samt rammer for arbeidstid for de ansatte. Sentrale elementer er at langvakter skal bygges på frivillighet og bidra til større stillinger for ansatte om mulig. Videre skal ansatte som ønsker, kunne bytte fra langvakter til tradisjonell turnus midt i en turnusperiode. Ansatte skal ikke ha mer enn tre langvakter natt eller fire langvakter dagtid etter hverandre, det skal arbeides hver tredje helg og man skal ha 90 minutters pause ved 12,5 timers arbeid. Videre skal ikke medarbeidere med langvakter i utgangspunktet bli bedt om ekstravakter i den arbeidsfrie perioden. Rammeavtalen slår og fast økt godgjøring for helgearbeid ved langvakter.

Rammeverket bygger i utgangspunktet på at alle vakter er langvakter, men etter ønske er det laget et tillegg der man kan gjøre «lokale» tilpasninger med kombinasjonsturnus med både tredelt turnus og langvakter, gitt at man arbeider hver tredje helg.

### 2.2 Langvakter

Samlet sett er det behov for tiltak som bidrar til mer effektiv ressursbruk og øker tilgangen til helsepersonell. Langvakter er av flere foreslått som et tiltak for nettopp dette.

En tradisjonell turnus er tredelt. Det betyr at det er tre skift på åtte timer i løpet av et døgn; dag, kveld (aften) og natt. Ansatte jobber i hovedsak hver tredje helg. Bemanning av helgene skaper et behov for et høyt antall ansatte. Skal alle disse jobbe heltid blir det i praksis overbemanning i hverdagen.

Langvakter innebærer at ansatte jobber rundt 12 timer. Hvis alle ansatte jobber langvakter, vil det kun være to skift per døgn. Det praktiseres imidlertid ofte en kombinasjon av tredelt turnus og langvakter, der ikke alle ansatte jobber langvakter eller at de ansatte kun jobber langvakter i helgene. På denne måten får man redusert totale skift, uten at man har en ren todelt turnus.

## 2.3 Langvakter i Vestre Viken HF

Noen få seksjoner i Vestre Viken HF har hatt langvakter som praksis i lang tid. Sommeren 2023 ble det imidlertid innført langvakter i ytterligere tre seksjoner som et pilotprosjekt. Hensikten var å vurdere hvorvidt langvakter kunne være et tiltak for å avhjelpe økende kostnader i forbindelse med ferieavvikling og bemanningsutfordringer i helgene. Denne første piloten ble evaluert i etterkant og ble vurdert å være vellykket. De fleste ansatte var fornøyde og eventuelle utfordringer ble godt håndtert. Som en videreføring ble det utarbeidet en rammeavtale for pilotering i 2024, der alle ansatte fikk muligheten til å teste langvakter (se boks 1).

Til tross for at langvakter i utgangspunktet var regulert i nevnte rammeavtale, er det variasjon i hvordan langvakter har blitt praktisert i 2024. Ansatte har i hovedsak jobbet langvakter både hverdag og helg, med arbeid hver tredje helg. Noen seksjoner har også innført langvakter, men med arbeid hver fjerde helg. I tillegg har mange ansatte erfaring med langvakter utenom piloten. Disse erfaringene inngår også i evalueringen. Dermed har de som har bidratt med sine erfaringer i evalueringen hatt ulikt grunnlag når de har besvart spørsmålene.

Rammeverket knyttet til langvakter i helseforetaket er videreført med mindre justeringer og en ny avtale løper til medio juni 2025. Partene tar sikte på å utarbeide en mer langvarig avtale i løpet av vinteren 2025.

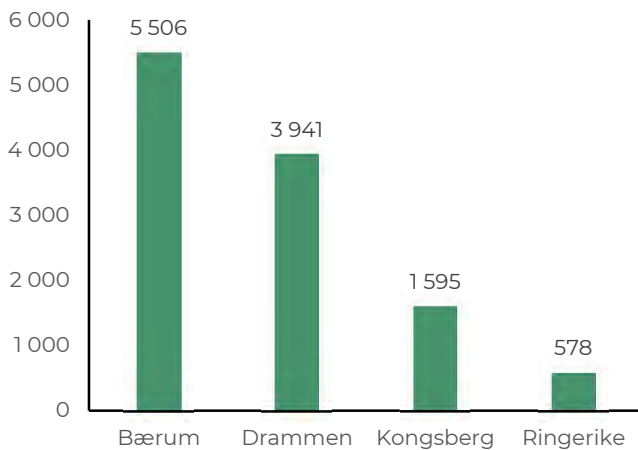
### 3. Omfang av langvakter etter rammeavtalen i evalueringsperioden

Langvakter har i løpet av analyseperioden blitt tatt i bruk ved alle sykehusene i Vestre Viken, men omfanget har variert på tvers av klinikkene, avdelingene og seksjonene. Det er flest sykepleiere og yngre ansatte som har deltatt i piloten. Flesteparten av de ansatte som har gått langvakt, har gjort dette i både hverdag og helg.

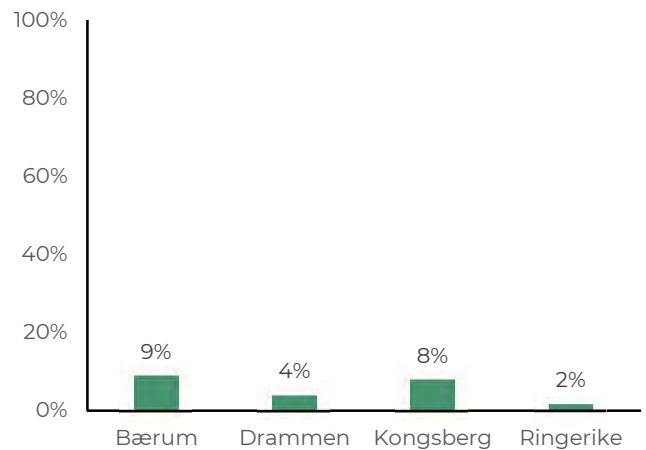
#### 3.1 Omfang av langvakter

I tidsperioden som er analysert, fra 17. juni til 31. desember 2024, er det benyttet langvakter ved alle de fire sykehusene (Figur 3-1). I systemet for registrering av vakter, har langvakter etter rammeavtalen en egen kode. I dette kapittelet begrenses langvakter til å kun inkludere disse vaktene. Det betyr at det totale omfanget av langvakter trolig er høyere, da ansatte også jobber langvakter utenom avtalen.

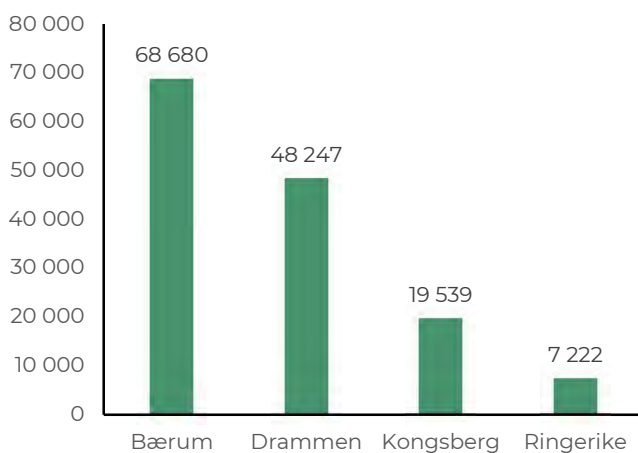
Figur 3-1: Antall langvakter gått per sykehus



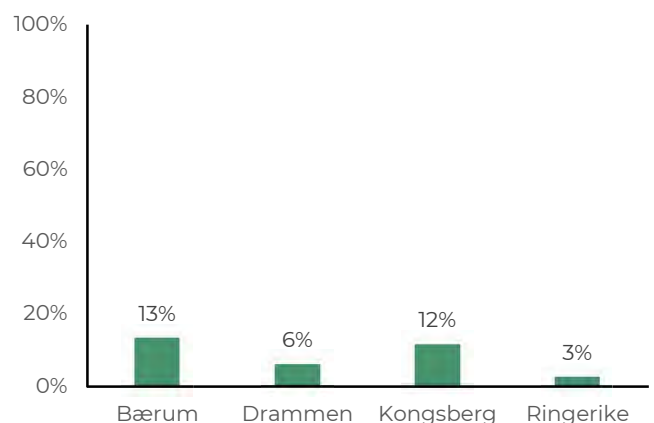
Figur 3-2: Langvakter som andel av alle vakter gått



Figur 3-3: Timer i langvakt per sykehus



Figur 3-4: Timer i langvakt som andel av totale timer i vakt per sykehus



Kilde: Vestre Viken bemanningsdata for perioden juni-desember 2024. Note: I Figur 3-1 måles totalt antall vakter gått som alle vakter gått av ansatte med stillingskategori som enten sykepleier, hjelpepleier, vernepleier eller teknisk/fagpersonell. Tilsvarende måles totalt antall timer i vakt i Figur 3-3 som alle timer i vakt for ansatte med samme stillingskategorier.

Totalt er det registrert 11 620 langvakter<sup>3</sup>. Av disse er 52 prosent registrert som dagvakter, 43 prosent som nattvakter og 5 prosent som mellomvakter. Basert på bemanningsdata ser man at om lag 15 prosent av ansatte som fikk tilbud har deltatt i piloten sommeren og høsten 2024.

Omfanget av langvakter varierer på tvers av sykehusene. Flest langvakter er gått ved Bærum sykehus, hvor det er registrert 5 506 langvakter i løpet av perioden. Ved Drammen sykehus er det registrert 3 941 langvakter, mens antallet ved Kongsberg og Ringerike sykehus er målt til henholdsvis 1 595 og 578 langvakter.

Bærum sykehus har høyest omfang av langvakter, også målt som andel av alle vakter gått i perioden (Figur 3-2). Langvakter utgjorde 9 prosent av alle vakter registrert i perioden, mot 8 prosent ved Kongsberg. Tilsvarende andel ved Drammen og Ringerike er henholdsvis 4 og 2 prosent.

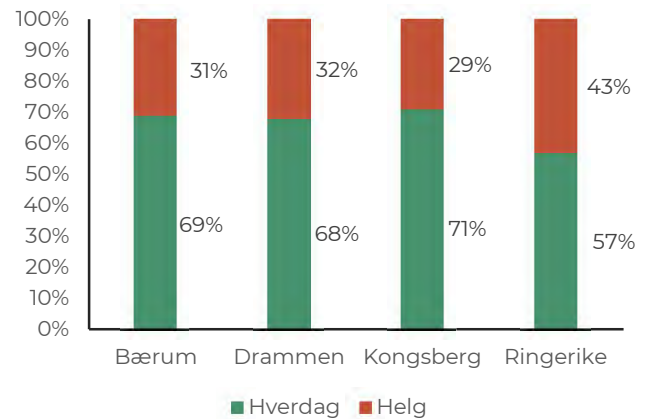
Samlet er det ved de fire sykehusene gått 143 688 timer i langvakter i løpet av perioden (Figur 3-3). Dette gir en gjennomsnittlig varighet per langvakt på 12,4 timer per langvakt. Den gjennomsnittlige varigheten per langvakt er relativt lik på tvers av sykehusene. Den lengste gjennomsnittlige varigheten per langvakt er ved Bærum sykehus, som har en gjennomsnittsvarighet på 12,5 timer. Den korteste gjennomsnittlige varigheten er ved Drammen sykehus, på 12,2 timer

Fordi langvakter er lenger enn andre vakter, er timer gått i langvakt som andel av totalt antall timer en høyere andel enn andelen langvakter utgjør av totalt antall vakter. Andelen av alle registrerte timer som er gått som en del av en langvakt er høyest ved Bærum sykehus, hvor andelen ligger på 13 prosent (Figur 3-4). Tilsvarende andel ved Kongsberg sykehus er 12 prosent, mens andelen ved Drammen og Ringerike er på henholdsvis 6 og 3 prosent.

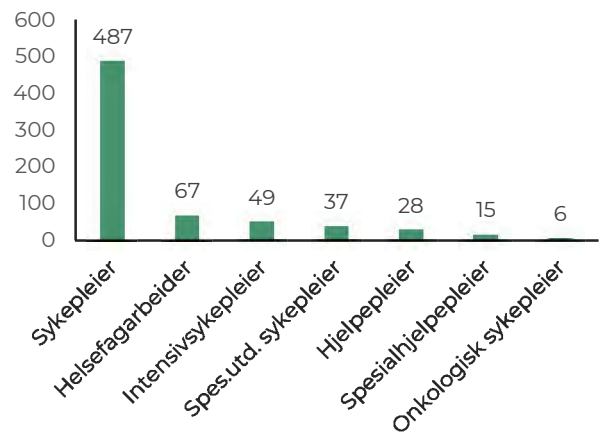
## 3.2 Langvakter i hverdag og helg

68 prosent av de 11 620 langvaktene som er registrert i analyseperioden er gått i hverdag, mens de resterende 32 prosentene er gått på lørdager og søndager. Denne fordelingen er relativt lik på tvers av sykehusene (Figur 3-6). Ringerike skiller seg noe fra de andre sykehusene ved å ha benyttet en større andel av langvaktene i helg.

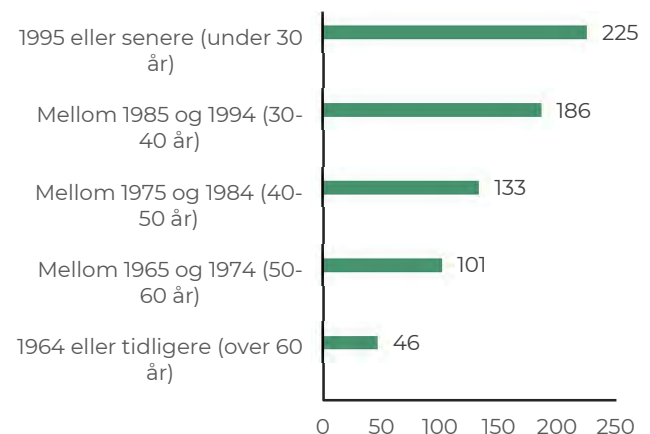
Figur 3-6: Andel av langvakter i hverdag og helg



Figur 3-7: Antall personer som har gått langvakt, fordelt etter stilling



Figur 3-8: Antall personer som har gått langvakt, fordelt etter fødselsår



**Kilde:** Vestre Viken bemanningsdata for perioden juni-desember 2024. **Note:** Figurene inkluderer ansatte med stillingskategori som enten sykepleier, hjelpepleier, vernepleier eller teknisk/fagpersonell

<sup>3</sup> Langvakter defineres som alle vakter registrert med vaktkode «Langvakt dag», «Langvakt natt» eller Langvakt mellomvakt».

Av ansatte som har gått langvakter, har nesten alle gått langvakter i både hverdag og helg. 94 prosent av alle ansatte som har gått fem eller flere langvakter, har gått langvakt i både hverdag og helg. 5 prosent har kun gått langvakt i hverdag, mens 1 prosent har kun gått i helg.

### 3.3 Stillingsbeskrivelse til ansatte med langvakter

De fleste som har gått langvakt i løpet av analyseperioden er sykepleiere (Figur 3-7). Totalt har 487 ulike sykepleiere gått minst én langvakt i løpet av analyseperioden, og dette utgjør 71 prosent av alle personer som har gått langvakt. 19 prosent av alle sykepleiere som har gått vakt ved ett av de fire sykehusene i løpet av analyseperioden, har gått minst én langvakt.

### 3.4 Alder til ansatte med langvakter

Langvakter har i analyseperioden blitt brukt mest av ansatte i yngre aldersgrupper. Omkring 32 prosent av personene som har gått langvakt er født i 1995 eller senere (Figur 3-8). Med andre ord er nær én tredjedel av personene som har prøvd ordningen yngre enn 30 år. Videre er omkring 27 prosent født mellom 1985 og 1994, som betyr at totalt 59 prosent av personene som har benyttet ordningen er yngre enn 40 år.

Langvakter har vært mest brukt blant yngre ansatte, også hvis vi ser på antall personer som har gått langvakt i hver aldersgruppe opp mot totalt antall personer som har gått vakt i aldersgruppen. I aldersgruppen under 30 år har 21 prosent gått minst én langvakt i perioden. Tilsvarende andel i aldersgruppen 30 til 40 år, er 14 prosent. Andelen faller gradvis for hver aldersgruppe, ned til 7 prosent i aldersgruppen eldre enn 60 år.

### 3.5 Omfang av langvakter per klinikk

#### 3.5.1 Bærum sykehus

Ved Bærum sykehus ble det i analyseperioden registrert 5 506 langvakter, som utgjorde 9 prosent av alle vaktene ved sykehuset. Det er registrert at 268 ulike personer gikk minst én langvakt i løpet av perioden. Dette tilsvarer 17 prosent av alle personer som har gått minst én vakt ved sykehuset.

Omfanget av langvakter ved Bærum sykehus, varierer på tvers av avdelingene og seksjonene ved sykehuset. Av de 6 avdelingene ved sykehuset, er det benyttet langvakter ved fire. Flest langvakter

ble registrert i medisinsk avdeling (Figur 3-9). I avdelingen ble det benyttet 3 679 langvakter, som utgjorde 14 prosent av alle vakter i perioden. Det ble også benyttet langvakter i Kirurgisk avdeling, Ortopedisk avdeling og i avdelingen Anestesi, intensiv og operasjon.

Målt som andel av alle vakter gått i avdelingen, var det i Ortopedisk avdeling at det ble benyttet flest langvakter. I avdelingen ble det gått 598 langvakter, som utgjorde 15 prosent av alle vakter i perioden (Figur 3-10).

Elleve av seksjonene ved Bærum sykehus har benyttet langvakter i perioden (Figur 3-11). Omfanget av langvakter har vært særlig høyt ved infeksjon seksjonen. I seksjonen er 58 prosent av alle vakter i perioden registrert som langvakter. Dette er den høyeste andelen blant alle seksjoner ved de fire sykehusene i analysen.

#### 3.5.2 Drammen sykehus

I analyseperioden er det gått totalt 3 941 langvakter ved Drammen sykehus. Dette utgjør 4 prosent av alle vakter som er gått ved sykehuset. Langvaktene er fordelt mellom 237 ulike personer som i perioden har gått minst én langvakt ved sykehuset. Dette utgjør 10 prosent av alle som har gått minst én vakt ved sykehuset i perioden.

Det er benyttet langvakter i fem av ni avdelinger ved Drammen sykehus. Flest langvakter er registrert ved Medisinsk avdeling, hvor det i perioden er gått 1 562 langvakter (Figur 3-12). I Akuttmottak og Kirurgisk avdeling er det registrert henholdsvis 873 og 657 langvakter i analyseperioden, mens det i avdelingen Nevro/Revma/reHab (NRH) og Ortopedi er registrert henholdsvis 577 og 272 langvakter.

Målt som andel av alle vakter gått i avdelingen, er det Akuttmottak-avdelingen som har størst omfang av langvakter. I avdelingen har langvakter utgjort 13 prosent av alle vakter i perioden (Figur 3-13). Tilsvarende andeler for de andre fire avdelingene som har benyttet langvakter ligger mellom 4 og 7 prosent.

Syv av seksjonene ved Drammen sykehus har benyttet langvakter i perioden (Figur 3-14). Seksjonene som har høyest omfang av langvakter, målt som andel av alle vakter gått, er K1, som er en del av kirurgisk avdeling, og Med Post 1, som er en del av medisinsk avdeling. I seksjonen Akuttmottak (obs post) har andelen langvakter utgjort 13 prosent av alle vakter i perioden.

### 3.5.3 Kongsberg sykehus

Ved Kongsberg sykehus er det registrert totalt 1 595 langvakter i analyseperioden, som innebærer at langvakter har utgjort 8 prosent av alle vakter i perioden. Langvaktene er fordelt mellom 100 ulike personer. Det er registrert at totalt 564 ulike personer har gått vakt ved sykehuset i løpet av analyseperioden, som innebærer at omkring 18 prosent av alle som har gått vakt, har gått minst én langvakt.

Kongsberg sykehus er organisert i to avdelinger; Kirurgisk og Medisinsk avdeling. Det er kun innen Medisinsk avdeling at det er benyttet langvakter i analyseperioden (Figur 3-15). De registrerte langvaktene utgjør 15 prosent av alle vaktene som er gått ved avdelingen i løpet av analyseperioden (Figur 3-16).

Langvaktene er fordelt mellom tre ulike seksjoner i den medisinske avdelingen. Andelen langvakter har i analyseperioden vært høyest i seksjonen Medisinsk post 3 (Figur 3-17). I seksjonen er det registrert 444 langvakter, som utgjør 46 prosent av alle vakter i perioden. Denne andelen er den nest høyeste blant alle seksjonene ved de fire sykehusene i analysen. I de to seksjonene Sengepost A og Sengepost B i den Medisinske avdelingen ved Kongsberg sykehus er det benyttet henholdsvis 704 og 447 langvakter i analyseperioden. Dette utgjør om lag 22 prosent av vaktene som er gått i hver av de to seksjonene.

### 3.5.4 Ringerike sykehus

Ved Ringerike sykehus er det totalt gått 578 langvakter i løpet av analyseperioden. Dette utgjør 1,6 prosent av alle vaktene som er gått ved sykehuset i perioden. Denne andelen er den laveste blant de fire sykehusene i analysen.

Langvaktene som er gått i perioden er fordelt mellom 96 ulike personer. I perioden er det registrert at 961 ulike personer gikk minst én vakt ved sykehuset, som betyr at omkring 10 prosent av alle som har gått minst én vakt ved sykehuset i løpet av perioden, har gått en eller flere langvakter.

Ringerike sykehus er organisert i de fire avdelingene Analyse, Hallingdal sjukestugu, Kirurgiske avdelinger og Medisinske avdelinger. Det er benyttet langvakter i alle avdelingene, utenom Analyse-avdelingen, men omfanget av langvakter har vært begrenset ved alle avdelingene (Figur 3-18). Den høyeste andelen er i Kirurgiske avdelinger, hvor 2 prosent av alle vaktene i perioden har vært langvakter (Figur 3-19). Ved Medisinske avdelinger og Hallingdal sjukestugu har langvakter utgjort mindre enn en prosent av alle vakter i analyseperioden.

Det er fire ulike seksjoner ved Ringerike sykehus som har benyttet langvakter i løpet av analyseperioden. Seksjonen Akuttmottak, som er en del av Kirurgiske avdelinger, er den seksjonen hvor det er benyttet flest langvakter i perioden ned 338 registrerte langvakter. Dette tilsvarer at 9 prosent av alle vaktene ved seksjonen har vært langvakter (Figur 3-20). Innen den kirurgiske avdelingen er det også benyttet langvakter ved Intensiv-seksjonen, mens det innenfor Medisinske avdelinger er benyttet langvakter ved seksjonen Medisinske senger 3. etg.

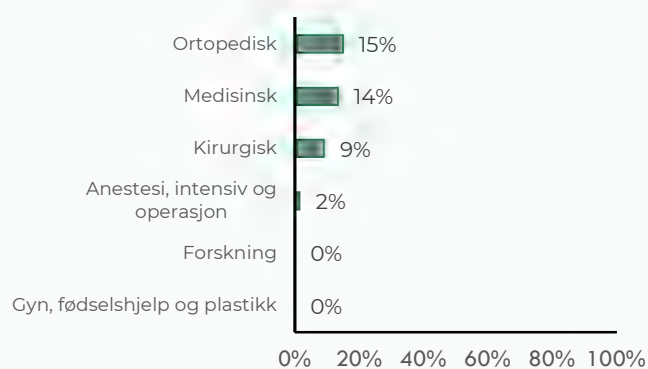


## Bærum sykehus

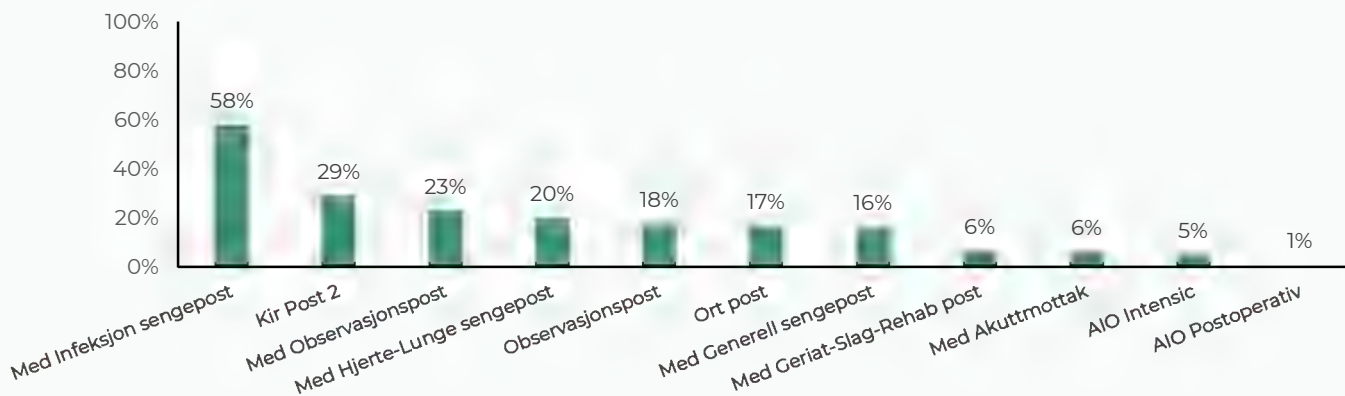
Figur 3-9: Antall langvakter per avdeling ved Bærum sykehus



Figur 3-10: Langvakter som andel av alle vakter gått per avdeling ved Bærum sykehus

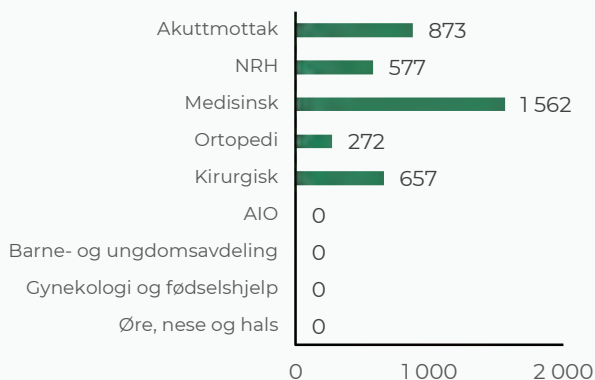


Figur 3-11: Langvakter som andel av alle vakter gått per seksjon ved Bærum sykehus

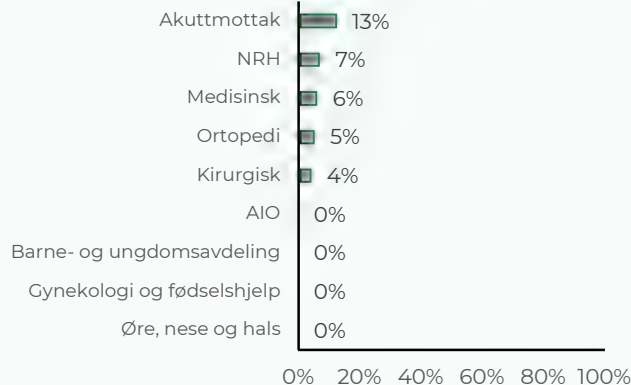


## Drammen sykehus

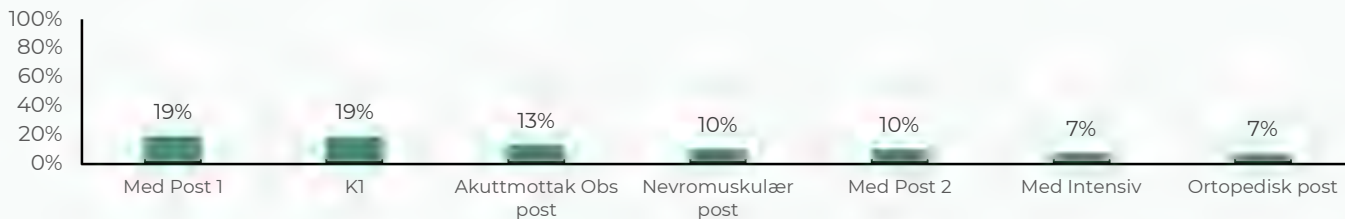
Figur 3-12: Antall langvakter per avdeling ved Drammen sykehus



Figur 3-13: Langvakter som andel av alle vakter gått per avdeling ved Drammen sykehus



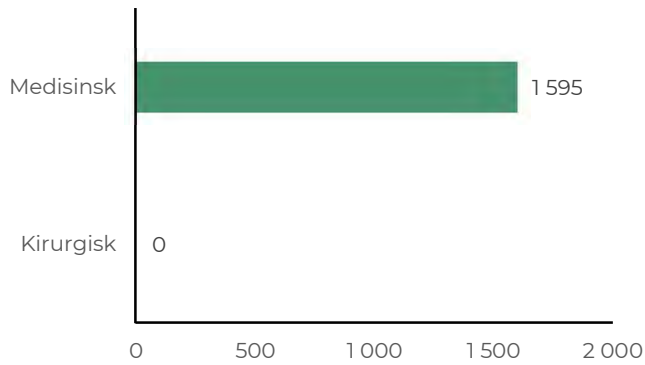
Figur 3-14: Langvakter som andel av vakter gått per seksjon ved Drammen sykehus



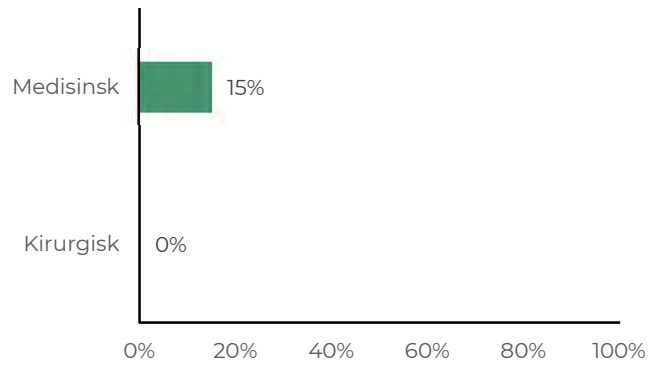
Kilde: Vestre Viken bemanningsdata for perioden juni-desember 2024. Note: Totalt antall vakter gått måles som alle vakter gått av ansatte med stillingskategori som enten sykepleier, hjelpepleier, vernepleier eller teknisk/fagpersonell. I figurene med seksjoner inkluderes kun seksjoner som har benyttet minst én langvakt i perioden.

## Kongsberg sykehus

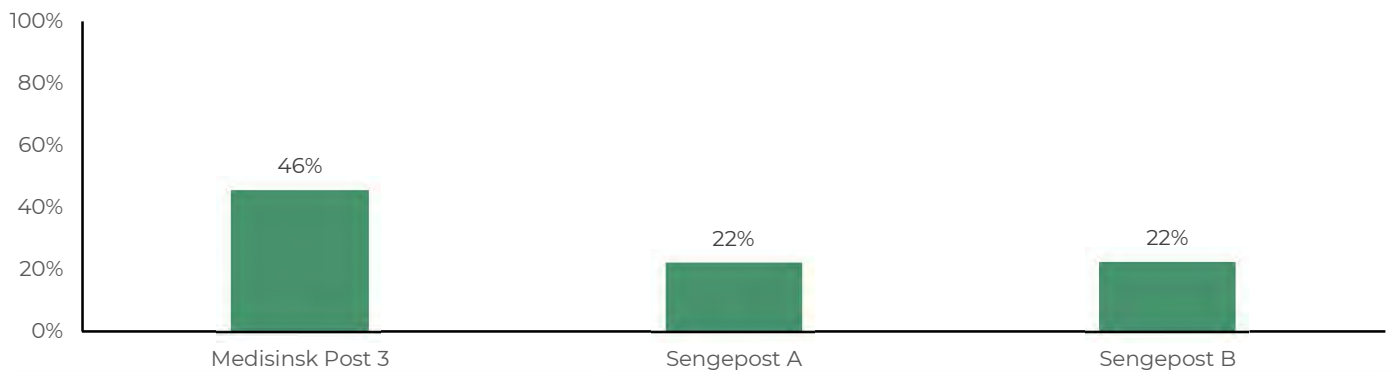
Figur 3-15: Antall langvakter per avdeling ved Kongsberg sykehus



Figur 3-16: Langvakter som andel av alle vakter gått per avdeling ved Kongsberg sykehus

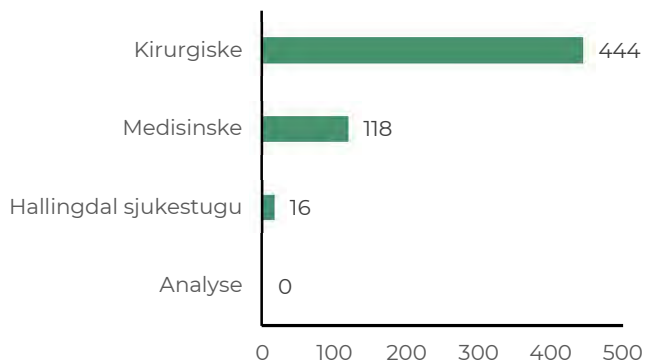


Figur 3-17: Langvakter som andel av alle vakter gått per seksjon ved Kongsberg sykehus

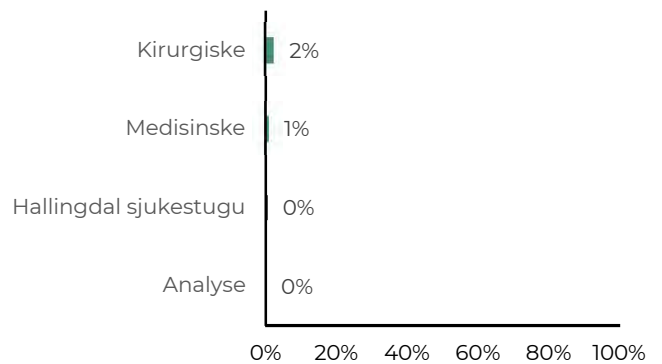


## Ringerike sykehus

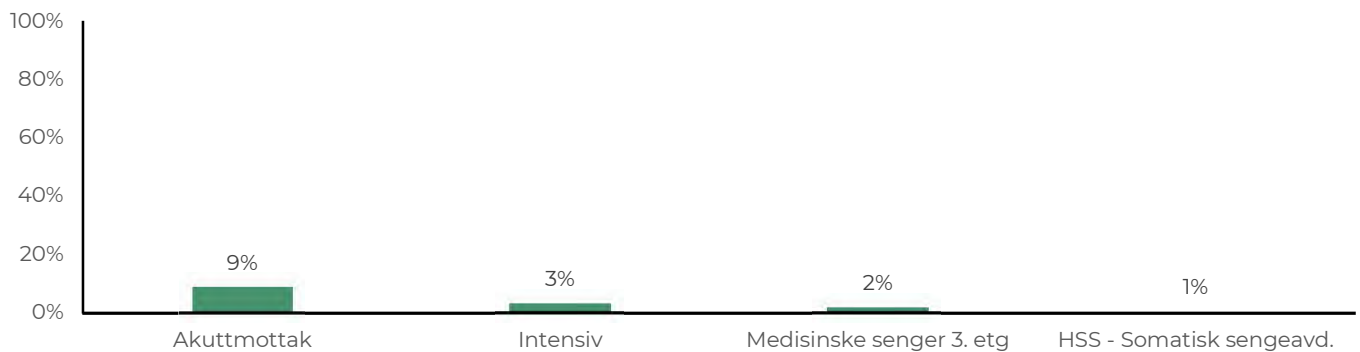
Figur 3-18: Antall langvakter per avdeling ved Ringerike sykehus



Figur 3-19: Langvakter som andel av alle vakter gått per avdeling ved Ringerike sykehus



Figur 3-20: Langvakter som andel av alle vakter gått per seksjon ved Ringerike sykehus



Kilde: Vestre Viken bemanningsdata for perioden juni-desember 2024. Note: Totalt antall vakter gått måles som alle vakter gått av ansatte med stillingskategori som enten sykepleier, hjelpepleier, vernepleier eller teknisk/fagpersonell. I figurene med seksjoner inkluderes kun seksjoner som har benyttet minst én langvakt i perioden.

## 4. Helse, miljø og sikkerhet

*Langvakter virker å ha gitt positive effekter for ansatte som har prøvd det, men de forteller og at de blir noe mer slitne.*

*Langvakter virker å ha bidratt til bedre struktur og flyt i arbeidshverdagen for de ansatte, betinget at man har hatt mulighet til å gjøre noen tilpasninger i rutiner og tidspunkt for gjennomføring av oppgaver. Relativt få av de ansatte i Vestre Viken HF har prøvd ut langvakter i evalueringsperioden og det er usikkert hvordan gruppen som ikke har prøvd ville opplevd omlegging av turnus. Ansatte som ikke jobber langvakter, virker å oppleve få negative effekter av at andre ansatte jobber langvakter.*

### 4.1 Risiko- og forsvarlighetsvurderinger

Basert på intervjuer med ansatte, avdelings- sykepleiere og tillitsvalgte virker det som at risiko knyttet til innføring av langvakter er tilstrekkelig vurdert i fellesskap. Noen avdelinger forteller om felles avdelingsmøter der man sammen diskuterte hva man så får seg som særlig risiko ved gjennomføring. I tillegg ble tiltak vurdert og diskutert.

Blant tillitsvalgte opplevde de fleste å være tilstrekkelig involvert. Noen etterlyser enda mer informasjon i forkant, med mer tid til planlegging av hvordan man skal innføre langvakter i praksis. Det understreker at man ikke nødvendigvis bare kan «fortsette som før» i 12,5 timer i stedet for 8 timer.

Gjennomgående virker det som at økt slitenhet har vært en risiko mange har diskutert i forkant av innføring av langvakter. Avvikling av pauser er et viktig tiltak for å redusere slitenhet. Pauseavvikling i praksis og hvorvidt det ville være mulig var det også usikkerhet rundt i forkant. Noen seksjoner har møtt dette med planlegging og god dialog rundt pauseavvikling (beskrives nærmere i kapittel 4.2).

Noen forteller også i intervjuer om vurderinger knyttet til forsvarlighet og bemanning. Ved bruk av langvakter skal de ansatte totalt ha mer pause enn ved tredelt turnus. Ved vakter der mange går

langvakt, og alle skal ha en pause, risikerer man dermed at man i større deler av vekten er underbemannet med en ressurs.

### 4.2 Pauseavvikling

I henhold til avtalen som ble inngått, skal ansatte som jobber langvakt få gjennomført totalt 1,5 time med pause i løpet av vekten, hvorav 1 time skal være sammenhengende. Hensikten er at de ansatte ikke skal trenge å være tilgjengelige for å bli tilkalt i denne timen, slik at de har mulighet til å trekke seg bort og få sammenhengende hvile.

#### Pauseavvikling har vært variabelt, men mange har lyktes

Over halvparten (56 prosent) oppgir å være helt eller litt uenig i at pauser avvikles uten avvik ved langvakter, mens 28 prosent er helt eller litt enig i påstanden (Figur 4-1). Også i intervjuer er de ansatte delt i hvilken grad pausene gjennomføres.

Det kan være utfordrende å vurdere hvor mange vakter som gjennomføres uten pause basert på funn fra spørreundersøkelsen. Respondentene svarte kun på hvorvidt pauser avvikles uten avvik. Dermed vet man at om lag 30 prosent opplever å *alltid* (uten avvik) få avvikle pausene sine, mens litt over halvparten opplever avvik, uten at man vet hvor ofte avvikene skjer. I intervjuer opplever mange at de i stor grad har fått avviklet pausene sine. I intervjuer oppgir de fleste at de ikke konsekvent har skrevet synergimeldinger ved avvik.

Både funn fra intervjuer og spørreundersøkelse tyder på at det er enklere for helsefagarbeidere som jobber langvakt å avvikle pausene sine (Figur 4-1). Det kan forklares med at helsefagarbeiderne stort sett jobber sammen med en sykepleier, og ikke har ansvar for blant annet medisiner. Dersom det er en utvikling hos en pasient under en pause, er det sjeldnere behov for å tilkalle helsefagarbeideren.

Det er også færre sykepleiere med etterutdanning som er enige i at pauser avvikles uten avvik, sammenlignet med sykepleiere uten etterutdanning (Figur 4-1). I intervjuer forteller en sykepleier med spesialkompetanse at hun for ofte synes hun tilkalles i pauser. Det forklares med at hun stort sett er den eneste på vakt med gitt kompetanse.

Det virker videre å være stor variasjon mellom de ansatte når det kommer til hvorvidt pausene er viktige for at en langvakt er overkommelig. I intervjuer forteller noen at det stort sett går bra om

de ikke får avviklet pauser. Samtidig trekkes det frem av særlig tillitsvalgte og avdelingsledere at pauser er avgjørende for å tåle belastningen det er å jobbe 12 timers-vakter, til tross for at de ansatte kanskje ikke merker det selv. På kort sikt trekkes det frem at ansatte som ikke har fått tatt pause er mer slitne på slutten av vekten, noe som går utover øvrige ansatte. På lengre sikt oppgir flere at mangel på pauser kan være en faktor i at noen ansatte blir for slitne og ikke klarer å stå i jobben.

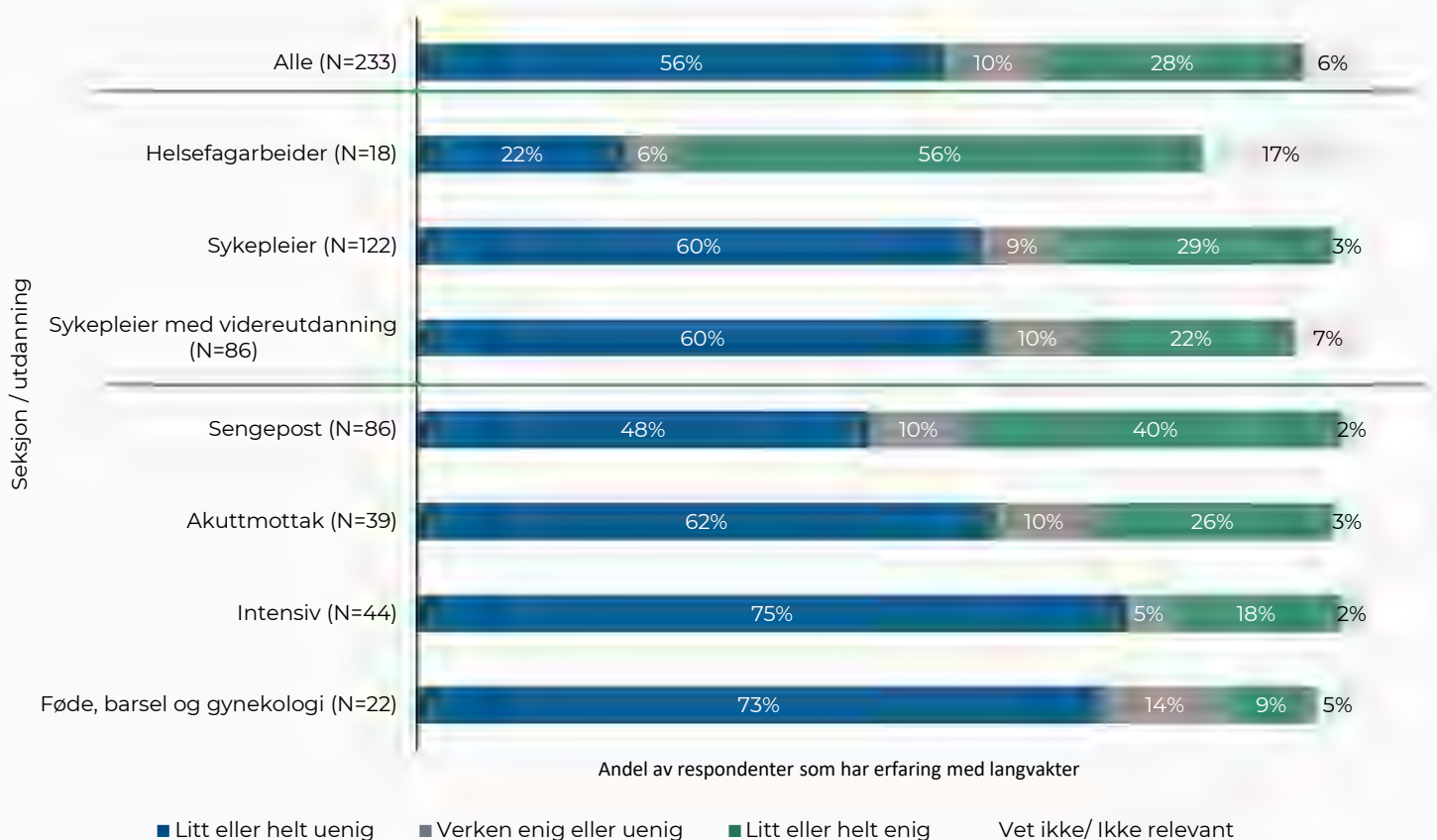
For noen ansatte har mangel på mulighet for pause vært avgjørende for at de har gått bort fra langvakter. I spørreundersøkelsen fikk de ansatte som hadde gått bort i fra langvakter, mulighet til å skissere årsaken til dette i et fritekstsvar. Her oppga om lag en av ti av de som har gått bort fra langvakter at det skyldes at pauseavvikling ble for vanskelig.

### Forutsigbarhet i belastning gjennom dagen virker å gjøre det enklere å lykkes med pauseavvikling

Basert på intervjuer med ansatte, virker det som at forutsigbarhet i belastning gjennom dagen gjør det enklere å lykkes med pauseavvikling. Når man vet hvilke tidspunkter det er travelt kan man, fra morgningen av, planlegge pauser på rolige tider. Andre typer seksjoner, slik som akuttmottak, kan ha større utfordringer fordi man ikke vet når det kommer pasienter.

Funn fra spørreundersøkelsen bidrar til å understøtte dette inntrykket. Ansatte ved sengeposter oppgir å være delt i om pauser avvikles uten avvik, mens ved akuttmottak, intensiv og føde, barsel og gynekologi er det en overvekt av respondenter som oppgir å være helt uenig i at pauser avvikles uten avvik (Figur 4-1).

Figur 4-1 Respondentenes svar på «Hvor enig eller uenig er du i at pauser (60 minutter sammenhengende og 30 minutter) avvikles uten avvik ved langvakter?»



Kilde: Spørreundersøkelse til ansatte i Vestre Viken, gjennomført i november 2024. Respondenter fra følgende seksjoner er utelatt fra figuren fordi de har 9 eller færre respondenter: Medisinsk diagnostikk, Nevro/revma/reHab (NRH), Operasjon, PHR og Poliklinikk / dagbehandling. På grunn av få respondenter i hver gruppe er «Helt enig» og «Litt enig» aggregert (tilsvarende for uenig). Svar fra respondenter i psykisk helse og rus og anestesi er ikke tatt med på grunn av en høy andel respondenter som har oppgitt «Vet ikke/ikke relevant» og dermed få respondenter som har besvart spørsmålet.

## God ledelse, planlegging og dialog er viktig for å få avviklet pauser

Basert på intervjuer med ansatte og ledere, virker det å være variasjon i hvilken grad ledelsen har lagt opp til pauser. I noen seksjoner har pauser blitt skrevet inn i turnusen og planlagt på forhånd, noe som virker å ha økt gjennomføringsgraden. Der det er opp til de ansatte å ta pauser når det passer, har pauser i mindre grad blitt gjennomført.

Flere ansatte med langvakter forteller at de får dårlig samvittighet overfor både pasienter og kollegaer hvis de tar den lange pausen, noe som gjør at de i mindre grad gjennomfører pausene sine. Ledere forteller at de har vært nødt til å planlegge og være tydelige på at pauser skal avvikles for at de ansatte skal ta seg tiden til det.

Å være i forkant med planlegging av pauseavvikling er viktigere jo flere som har langvakter samtidig. De fleste ønsker å ta pausen sin midt i vekten, noe som ikke er mulig når flere skal ha pause. På grunn av dette, må ansatte noen ganger akseptere å ta en tidlig eller sen pause. Noen forteller imidlertid i intervju at dersom pausen blir såpass sen at de har kort tid igjen etter pausen er ferdig, velger de heller å stå over pausen.

## Bruk av mellomvakt eller delt ressurs kan avhjelpe pauseavvikling

Selv om planlegging i stor grad hjelper for pausegjennomføringen, forteller flere at det ved høyt belegg og eventuell sykdom ikke er mulig å avvikle pauser uten at det går utover forsvarlig pasientbehandling. Det er forhold det ikke er mulig å planlegge for, uten å øke grunnbemanningen, slik at et absolutt krav om pauser aldri vil være mulig. Dette er, som beskrevet i kapittel 4.10, beskrevet

som en risiko flere oppga også i forkant av innføring av langvakter.

I intervjuer trekker mange frem at utfordringene med pauseavvikling kan løses dersom man kan prioritere å sette inn en mellomvakt som kan avlaste i perioden pausene skal avvikles. Et alternativ er å ha en delt ressurs mellom avdelinger som avlaster. Ansatte forteller i intervjuer at de ønsker dette.

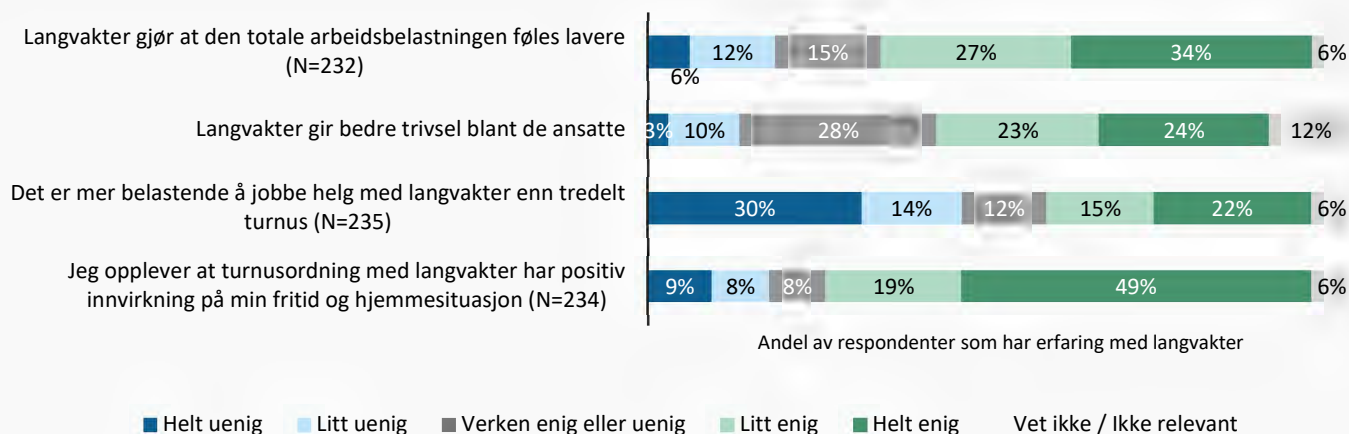
## 4.3 Arbeidsmiljø og ansattes opplevelser

### Langvakter virker å ha positiv effekt på de ansattes opplevde trivsel og totalbelastning

Blant respondentene i spørreundersøkelsen oppgir flertallet (61 prosent) å være helt eller litt enig i at langvakter gjør at den totale arbeidsbelastningen føles lavere (Figur 4-2). Dette underbygges av intervjuer, der de ansatte trekker frem at færre oppmøter på arbeidsplassen og lengre friperioder i stor grad gjør at arbeidsbelastningen føles lavere, selv om de jobber like mange timer totalt sett. Blant ansatte som ikke har erfaring med langvakter oppgir om lag en fjerdedel (28 prosent) å være helt eller litt enig i at totalbelastningen hadde føltes lavere (Vedlegg A).

I tillegg oppgir omtrent halvparten av respondentene som har erfaring med langvakter (47 prosent) at langvakter øker trivsel blant de ansatte (Figur 4-2). Blant de som ikke har erfaring med langvakter, er det 20 prosent som tilsvarende oppgir at de er litt eller helt enig i at langvakter gir bedre trivsel blant de ansatte (Vedlegg A).

Figur 4-2 Respondentenes svar på: «Hvor enig eller enig er du i følgende påstander?»



Kilde: Spørreundersøkelse til ansatte i Vestre Viken, gjennomført i november 2024.

## Ansatte oppgir økt belastning ved langvakter

I hovedsak oppgir ansatte at de blir mer slitne av langvakter, men respondentene er imidlertid delt.

Mange forteller i intervjuer at det er mer slitsomt å jobbe en langvakt, særlig dager det er høy aktivitet på avdelingen. Dette er i tråd med respondentenes svar på spørreundersøkelsen, der over halvparten (60 prosent) av respondentene som har erfaring med langvakter oppgir at de er mer slitne etter en langvakt enn en ordinær vakt (Figur 4-3).

Ansatte som er 40 år eller eldre oppgir noe hyppigere at de opplever at de blir mer slitne etter langvakter (66 prosent helt eller litt enig), sammenlignet med de under 40 år (53 prosent helt eller litt enig). I intervjuer er det imidlertid både eldre og yngre ansatte som opplever økt slitenhet.

Flertallet av de som har jobbet langvakter oppgir imidlertid at det oppleves helsefremmende (Figur 4-4). Arbeidstakerne under 40 år virker å oppleve helsefremmende effekter i noe større grad sammenlignet med de over 40 år, i tråd med at de også blir mer slitne.

Også blant ansatte som har prøvd langvakter i sommer, men gått bort fra det, oppgir flere i intervjuer at de lange vaktene ble for slitsomme og var årsak til at de gikk bort fra det. Flere forteller at det gikk fint i sommerturnusen, men at det gjennom høsten og vinteren ble for belastende. I spørreundersøkelsen oppgir rett over en av fem av de som har prøvd langvakter og gått bort for det, at slitsomhet er årsak (fritekstsvar).

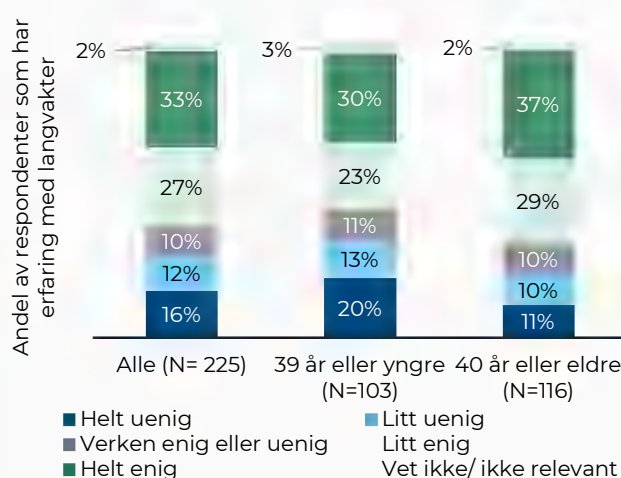
Samtidig er respondentene i større grad delt i deres oppfatning om det er mer belastende å jobbe en helg med langvakter enn tredelt turnus (Figur 4-2). Noen flere (44 prosent) oppgir å være helt eller litt uenig i at det er mer belastende å jobbe en helg med langvakter, enn helt eller litt enig i påstanden (37 prosent). I intervjuer oppgir de ansatte i stor grad det samme.

## Friperioder er viktige for å tåle belastningen av langvakter

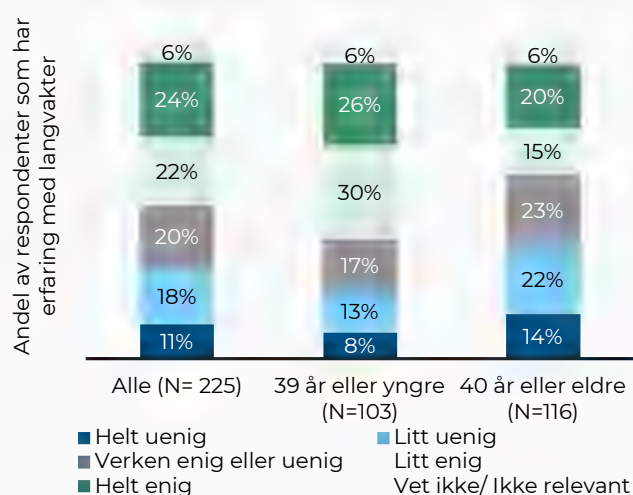
At langvakter for mange virker helsefremmende, til tross for økt slitenhet etter vakt, begrunnes i intervjuer med at de får mer tid til å hvile og hente seg inn med lengre friperioder. Det oppleves som en stor fordel å ikke jobbe kveldsvakt etterfulgt av morgenvakt.

Noen ansatte som ikke jobber langvakter oppgir i intervjuer at det virker fristende med lange friperioder, men de tror ikke disse periodene vil veie opp for økt belastning og slitenhet ved lange

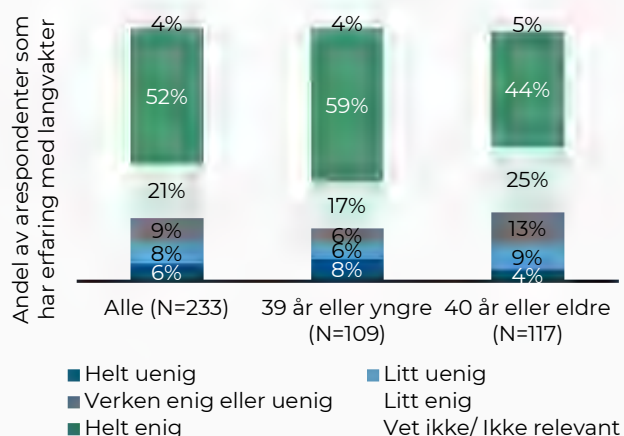
Figur 4-3 Respondentenes svar på: «Hvor enig eller uenig er du i at du er slitne etter en langvakt enn en ordinær vakt?»



Figur 4-4 Respondentenes svar på "Hvor enig eller uenig er du i at langvakter oppleves helsefremmende?"



Figur 4-5 Respondentenes svar på: «Hvor enig eller enig er du i at langvakter gir mer fleksibilitet i din hverdag?»



vakter. På sikt mener de derfor at det vil være negativt for egen helse.

Basert på intervjuer virker det som at hvis man jobber flere enn tre lange vakter på rad uten pause, blir det for høyt arbeidspress og friperioden brukes i for stor grad til å hente seg inn. De fleste lederne har og lagt dette til grunn når de skriver turnus, selv om rammeavtalen begrenser antall langvakter til fire på rad, og sørget for friperiode etter hver tredje dag. Blant respondentene i spørreundersøkelsen som har prøvd langvakter, men gått bort fra det, oppgir om lag en av ti at for tett mellom langvakter var årsaken til dette (fritekstsvaer).

Det trekkes videre frem at det er viktig å verne om friperiodene og sørge for at man ikke får såkalte «hinkevakter». En hinkevakt kan for eksempel være at man ville hatt en kontinuerlig periode med fri på 5 dager, men har en vakt på dag tre.

### Langvakter er positivt for fritid og fleksibilitet

Videre forteller ansatte i intervjuer at de opplever at langvakter, med færre oppmøter, gjør at de får mer fleksibilitet i hverdagen sin. I spørreundersøkelsen oppgir om lag tre av fire (73 prosent) det samme (Figur 4-5). Resultatene tyder videre på at arbeidstakere under 40 år i noe større grad er enig i at deres hverdag preges av mer fleksibilitet som følge av langvakter, sammenlignet med arbeidstakerne over 40 år.

Videre oppgir 68 prosent av de som har erfaring at langvakter har positiv innvirkning på fritid og hjemmesituasjon (Figur 4-2).

En ulempe mange imidlertid trekker frem knyttet til helg med langvakter, er at hele helgen går til jobb. Jobber man ordinære vakter lørdag og søndag, har man mulighet til å være med familie eller gjøre noe annet på ettermiddagen eller formiddagen, men med langvakt har man ikke tid eller energi til dette. Antall helgetimer per ansatt øker med langvakter (hvis man jobber hver tredje helg), og dette oppleves som negativt for de ansatte som har prøvd langvakter (endring i helgetimer er illustrert og diskutert videre i kapittel 6).

### Det er usikkert om langvakter gir flere brudd på arbeidsmiljøloven

Det er totalt sett usikkert om bruk av langvakter gir flere brudd på arbeidsmiljøloven. Ledere forteller i intervjuer at en ansatt som jobber langvakter fortære får brudd når man tar ekstravakter. Samtidig, med lavere dekning i helgene, var det oftere at ansatte måtte gå doble vakter for å dekke sykdom. Det kunne være enten fordi man ikke fikk

tak i vikar eller at det var nødvendig for å opprettholde tilstrekkelig kompetanse. Ansatte forteller også at de heller gjerne tok dobbel vakt enn å «forstyrre» en kollega sin frihelg.

## 4.4 Struktur i arbeidshverdagen

### Langvakter virker å bidra til enklere og bedre rapporter mellom vaktskifter og bedre flyt i arbeidet

Bruk av langvakter endrer i stor grad den tradisjonelle rapporteringen mellom vakter i sykehusene. I en tradisjonell turnus blir det fullstendig skifte av personell i avdelingen tre ganger i døgnet; rundt klokken åtte om morgningen, mellom klokken tre og fire på ettermiddagen og rundt elleve på kvelden. Det er noe variasjon i når de ansatte møter på vakt og hvor lang overlapp det er mellom vakter.

Over halvparten av respondentene med erfaring med langvakter oppgir i spørreundersøkelsen å være helt eller litt enig i at langvakter forenkler rapportering og gir en bedre flyt i arbeidet (se Vedlegg A). I intervjuer utdypes dette.

Flere opplever det som en fordel at man får færre vaktskifter og at ikke alle skiftes ut samtidig. Samtidig vil det noen steder bli flere vaktskifter fordi man skifter både klokken fire og klokken åtte. Flere trekker frem at dersom de jobber langvakter får de mer tid til å skrive rapport, slik at denne blir bedre når de går hjem klokken åtte.

På den andre siden er det noen som syntes at rapporteringen blir noe mer uoversiktlig og at det blir ekstraarbeid. Dette gjelder særlig når en langvakt ikke avløses når de går hjem klokken åtte. Da må langvakten rapportere for sine pasienter til en av de andre kveldsvaktene.

Flere av de som opplever vaktskifter med langvakter som vellykkede forteller i intervjuer at de har 30-45 minutter overlapp mellom vaktene. Det er også viktig at man alltid blir «møtt» av en annen sykepleier.

### Langvakter har gitt bedre struktur på mange ansatte sin arbeidshverdag

I intervjuer er ansatte som har jobbet langvakter svært positive til effekten langvakter har på arbeidshverdagen. Flere forteller at de har en annen ro og struktur på dagen når de jobber langvakt. En tidligere kunnskapsoppsummering om tiltak for å etablere store og hele stillinger konkluderer med at det er viktig at ikke en langvakt har like høyt tempo

som en vanlig vakt, dersom man ønsker å lykkes med dette (Yssen, 2024).

Det virker imidlertid å være forskjell mellom type avdeling på hvorvidt man opplever denne positive effekten. I intervjuer forteller ansatte på sengeposter at de har mulighet til å fordele oppgaver jevnere utover dagen. Rundt og i forkant av det tradisjonelle vaktskifte klokken 16, er det høy aktivitet og mye som skal gjøres. Alle prosedyrer og aktivisering skal i hovedsak være ferdig til klokken 16, i tillegg skal man dokumentere og ha skrevet rapport før man drar hjem. Etter klokken tre/fire på ettermiddag er det imidlertid noe roligere, slik at særlig dokumentering og rapportskrivning kan flyttes til kveldstid. På denne måten opplever de mer ro gjennom dagen og at oppgaver fordeles jevnere.

Mange forteller at de tidligere ofte hadde det veldig hektisk, og ble sittende på overtid etter klokken fire for å bli ferdige. Følelsen av mer ro gjennom dagen forsterker følelsen av at det nødvendigvis ikke er så mye mer belastende å jobbe en langvakt.

Overtid i etterkant av vakt registreres i GAT. Hvis man vurderer alle langvakter og andre vakter som er jobbet i evalueringsperioden finner vi at 2,2 prosent av langvakter registreres med «overtid i etterkant av vakt». For andre vakter er andelen 2,8 prosent. Hvis man også inkluderer registrering av

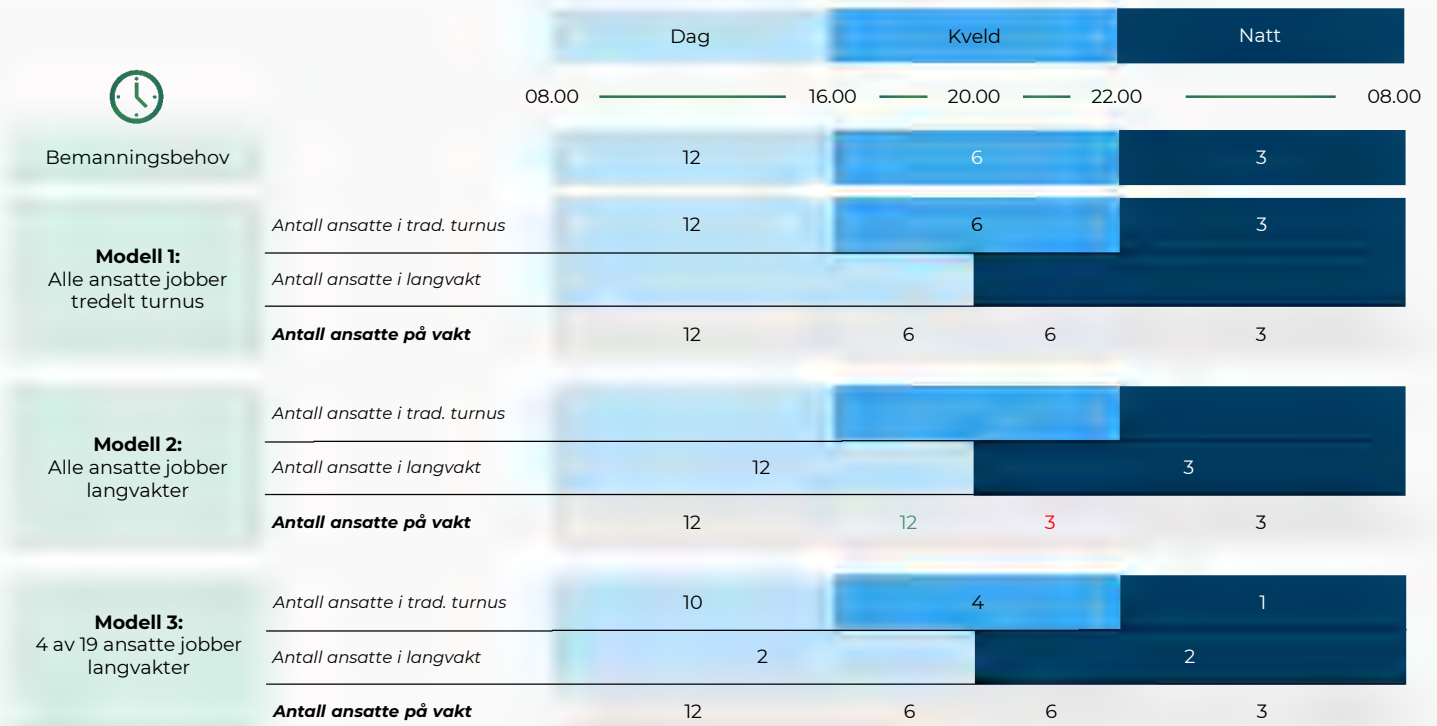
overtid i forbindelse med en vakt, finner vi at overtid registreres på 4,2 prosent av langvakter, mot 6 prosent mot andre vakter. Det kan potensielt tyde på en liten forskjell i overtidsarbeid ved langvakter. Det er imidlertid vurdert i en kort tidsperiode og med relativt få som har prøvd langvakter, så man skal tolke forskjellen med varsomhet.

Ansatte i akuttmottak forteller i intervjuer at de ikke har opplevd mer ro og bedre flyt i arbeidsdagen, fordi de må håndtere de pasientene som kommer inn og har mindre mulighet til å strukturere egen dag.

### Langvakter har ikke påvirket oppgavedeling mellom yrkesgrupper

Basert på intervjuer virker det som at langvakter i liten grad har påvirket oppgavedeling mellom ulike yrkesgrupper, som sykepleiere og helsefagarbeidere. Mange av de ansatte som jobber langvakter oppgir i intervjuer at man gjør akkurat de samme arbeidsoppgavene, bare i flere timer, når man har langvakter. I spørreundersøkelsen oppgir i midlertidig over halvparten (59 prosent) å være helt eller litt enig i at langvakter gir bedre oppgavedeling (Vedlegg A). Om lag en fjerdedel oppgir å være verken enig eller uenig.

Figur 4-6 Illustrasjon av bemanning i en seksjon gitt andel av ansatte som jobber langvakt



Note: Dette er en tenkt illustrasjon av hvordan en seksjon med et gitt bemanningsbehov kan innrette seg og bemanne på ulike tidspunkter



## Langvakter har gitt behov for ny struktur innad i seksjoner

I intervjuer kommer det frem at langvakter har gitt behov for å restrukturere arbeidsdagen innad i noen seksjoner. Dette forklares blant annet med at nattevakten kommer på vakt tidligere og dermed har fått noen av oppgavene til kveldsvakten. I tillegg har det vært nødvendig å legge om rutiner for medisinerer for å sikre kontroll.

Figur 4-6 viser en tenkt seksjon som i utgangspunktet har et bemanningsbehov med tredelt turnus for 12 dagvakter, 6 kveldsvakter og 3 nattevakter. Dersom seksjonen skal gå over til utelukkende langvakter (modell 2) ser man at dersom man fortsatt har 12 ansatte på dagtid med langvakt er man overbemannet fra klokken fire til klokken åtte sammenlignet med tredelt turnus i modell 1. I tillegg er man underbemannet fra klokken fire til klokken ti (tidspunktet nattevakten opprinnelig startet). Dermed har det vært behov for å lage en ny struktur for når på døgnet de ulike oppgavene skal løses. Seksjoner som ikke har mulighet til å flytte oppgaver, kan imidlertid ha utfordringer med å legge om til ren langvakt, ifølge ledere i intervju. Med en andel i langvakt, blir det lettere å få kabalen til å gå opp, uten å restrukturere døgnet for mye (modell 3).

Flere ansatte forteller i intervjuer at nettopp modell 2, der man står uten ressurser på kveldstid (langvakten blir ikke «avløst» av en nattevakt) skaper utfordringer. Ledere forteller at det noen

ganger blir en utfordring å skrive turnus uten at den typen hull oppstår. I scenario 3 illustreres et eksempel der begge langvaktene på dagtid blir møtt av langvakter natt. Samtidig avløser ansatte i tredelt turnus hverandre. En leder forteller at det særlig i helgene er hensiktsmessig å ha langvakter i partall i samme helg, slik at et par dekker lørdag og søndag sammen. Resten av bemanningen løses med ansatte i tredelt turnus.

Seksjoner der man har mindre variasjon i bemanningsbehov gjennom døgnet vil ikke ha denne utfordringen. Dersom det skal være 12 ansatte både dagtid og kveld, men 3 på nattestid, løses det fint med 12 langvakter dag som avløses av 3 langvakter natt.

## 4.5 Ansatte som ikke har prøvd eller gått bort fra langvakter

### Få ansatte har prøvd langvakter i perioden

Mange virker å være fornøyde etter å ha prøvd langvakter, samtidig er det, som tidligere vist, en relativt lav andel totalt sett av de ansatte i Vestre Viken HF som har jobbet langvakter i 2024. I analyseperioden har 697 ulike personer gått minst én langvakt, som utgjør 13 prosent av alle personer som har gått minst én vakt i løpet av perioden.<sup>4</sup> Årsaker til hvorfor ansatte ikke har ønsket å prøve langvakter, er forsøkt belyst i denne evalueringen.

Figur 4-7 Årsaker til å ikke delta



**Kilde: Spørreundersøkelse til ansatte i Vestre Viken, gjennomført i november 2024. Note: Spørsmålet er stilt til ansatte som jobbet langvakter etter prøveordningen i sommerperioden, men ikke fra høsten. N=424. 23 prosent oppga «Ikke relevant for meg (for eksempel jobber ikke turnus)» og 19 prosent oppga «Annet, vennligst spesifiser»**

<sup>4</sup> I målingen av antall personer som har gått minst én vakt i løpet av analyseperioden, har vi inkludert alle ansatte med

stillingskategori som enten sykepleier, hjelpepleier, vernepleier eller teknisk/fagpersonell.

Det er gjennomført flere intervjuer blant ansatte som har valgt å ikke prøve langvakter. Blant disse virker det som at økt belastning og slitenhet bidrar til at de ikke ønsker langvakter. Mange oppgir også at livssituasjon gjør at det ikke vil være mulig. Aleneansvar for barn og kjæledyr eller hobbyer som foregår på ettermiddag er eksempler på faktorer som gjør langvakter vanskelig i praksis.

Funn fra intervjuene underbygges av funn fra spørreundersøkelsen. De som oppga at de ikke deltok i piloten i sommerperioden, fikk spørsmål om årsaken til at de ikke ønsket å delta. I underkant av 20 prosent oppga at det oppleves for å belastende (Figur 4-7) mens 15 prosent oppga at det ikke passer inn i sin livssituasjon. Omtrent like mange (13 prosent) oppga at de tror langvakter ville vært negativt for egen helse og at de er fornøyd med tredelt turnus.

Det er imidlertid viktig å merke seg at 30 prosent av de som ikke deltok i ordningen, oppga i spørreundersøkelsen at de ikke fikk muligheten. Av disse oppga rundt halvparten at de ikke fikk tilbud om å delta fra sin leder. Videre var det rundt en fjerdedel som oppga at de ikke fikk mulighet fordi det var for få ved deres seksjon som ønsket å delta. Andre årsaker til at man ikke fikk deltatt i piloten var at man var nyansatt eller at man allerede delvis jobbet i en langvaksordning.

### Få av de ansatte som gikk langvakter i sommer, valgte å ikke fortsette gjennom høsten

Videre er det også noen som jobbet langvakter i sommerperioden, men som ikke gikk langvakter på høsten. Bemanningsdata viser at av de 697 ulike personene som har gått minst én langvakt i piloten i løpet av analyseperioden, har 34 prosent gått langvakter i både sommer- og høstperioden. 41 prosent gikk langvakter kun om sommeren, mens 25 prosent kun gikk på høsten. Det er imidlertid mange av de ansatte som gikk langvakter på sommeren som ikke virker å ha jobbet i helseforetaket på høsten. Blant de ansatte som faktisk jobbet både på sommeren og høsten, gikk 76 prosent av de som gikk minst én langvakt på sommeren også minst én langvakt på høsten.

Det var få av respondentene i spørreundersøkelsen som oppga at de deltok i sommer, men så gikk bort fra ordningen. Disse respondentene fikk imidlertid spørsmål om hvorfor de valgte å gå bort fra langvakter. Mange oppga at de ble for slitne, ikke fikk avviklet pauser og at hver tredje helg med langvakter ble for belastende. Også at langvakter kom for tett ble trukket fram av noen. Mange oppga imidlertid at langvakter var et prøveprosjekt og at de ikke fikk mulighet til å fortsette.

For gruppen som ikke gikk videre med langvakter etter sommeren, er det viktig å merke seg at flere forteller i intervjuer at de har valgt å avvente å fortsette med langvakter til ordningen er evaluert og eventuell mer permanent. Noen seksjoner besluttet i fellesskap å slutte med langvakter for høsten, men planla å starte opp igjen i turnusen som begynte i desember. De ønsker blant annet mer tid til å forberede og planlegge hvordan langvakter skal innføres i praksis.

### Ansatte som ikke jobber langvakter, er delt i om de opplever negative konsekvenser av at andre ansatte jobber langvakter

Respondentene i spørreundersøkelsen som oppgir å ikke jobbe langvakter selv er noe delt i hvorvidt de opplever det som utfordrende at andre ansatte ved seksjonen jobber langvakter (Figur 4-3). 33 prosent oppgir at det ikke i det hele tatt er en utfordring, mens nesten halvparten (42 prosent) oppgir at det i noen grad er en utfordring. Det virker ikke å være en forskjell på svarfordelingen blant respondenter etter hvor mange på seksjonen som jobber langvakter.

De som oppga i noen eller stor grad ble bedt om å utdype hvorfor det er en utfordring i fritekstsvaret. Pauseavvikling, uoversiktlig vaktskifte (beskrevet i kapittel 4.4) og at kveldsvaktene blir mer belastende trekkes særlig frem. I intervjuer kommer det også frem at det i noen tilfeller blir økt belastning for de uten langvakter.

For pauseavvikling er det som tidligere nevnt i hovedsak en utfordring at man gjennom store deler av en vakt går med en ressurs for lite, noe som gjør pauseavvikling mer belastende for andre ansatte på vakt. Ansatte uten langvakter virker imidlertid i intervjuer å i stor grad ha forståelse for at de med langvakter trenger pauser, og ønsker å tilrettelegge for dette så langt det lar seg gjøre. En annen utfordring ansatte uten langvakter opplever knyttet til pauser, er at langvaktene har tydeligere krav på pause enn de som går tredelt turnus, noe som gjør at de uten langvakt opplever at de blir nedprioritert. De ansatte uten langvakt får dermed sjeldnere pause når de er på jobb med kollegaer som har langvakt.

Videre er særlig kveldsvaktene en utfordring for de som går tredelt turnus. Som beskrevet i kapittel 4.4, har det vært en utfordring i turnusskriving at man noen dager ender opp med å være underbemannet fra klokken åtte (illustrert i modell 2 i Figur 4-6). Det rammer i hovedsak de med tredelt turnus som er på kveldsvakt disse dagene, i tillegg til eventuelle lange nattevakter.

Det er imidlertid også noen få av de som ikke har jobbet langvakter, som opplever at de oftere får de mer anstrengende oppgavene. For eksempel får langvaktene de «lette» pasientene på sengepost. Dette nevnes både i intervjuer og i spørreundersøkelsen, men av få ansatte. Inntrykket fra intervjuer med ansatte (både med og uten langvakter) er at det har vært et særlig stort fokus på at man ikke skal skånes for arbeidsoppgaver selv om man er på langvakt. Flere forteller at ledere har vært tydelige i forkant på hva det innebærer å gå langvakt, og at dersom man ikke kan stå ut en lang vakt med de tyngste pasientene, så må man velge tredelt turnus.

### Ansatte uten erfaring med langvakter tror i liten grad at de ville hatt positive effekter av langvakt

I spørreundersøkelsen har ansatte uten erfaring med langvakt fått spørsmål om hvorvidt de tror de ville hatt positive effekter av å jobbe langvakter.

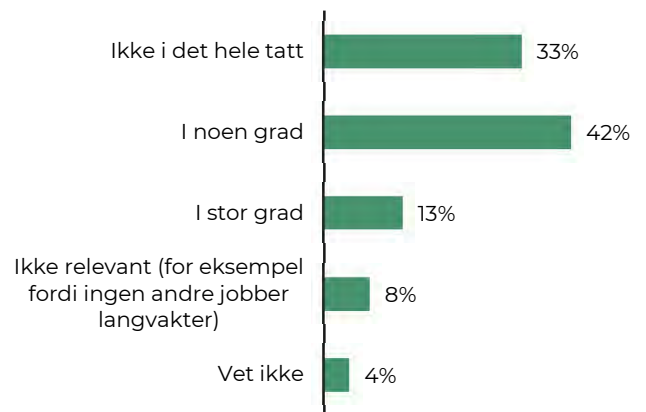
De ansatte er i stor grad uenige i at de ville hatt positive effekter av å jobbe langvakter. For eksempel oppgir om lag en fjerdedel (23 prosent) å være litt eller helt enig i at langvakter ville vært helsefremmende. Noen flere (28 prosent) oppgir å være helt eller litt enig i at langvakter hadde gjort at den totale arbeidsmengden føltes lavere (Vedlegg A).

Hvorvidt de positive effektene som ansatte som har prøvd langvakter vil gjøre seg gjeldende for ansatte uten erfaring med langvakter er usikkert. Det er en mulighet at det vil fungere bedre enn de tror. Samtidig er det mulig at mange har valgt å ikke prøve langvakter, nettopp fordi de kjenner egne begrensninger. Man ser fra spørreundersøkelsen at eldre som har jobbet langvakter i større grad opplever å bli mer slitne og i mindre grad opplever langvakter som helsefremmende (Figur 4-3 og Figur 4-4). Samtidig ser man at det er langt færre eldre som har valgt å delta i piloten (Figur 3-8).

### Mange ønsker en turnusordning med innslag av langvakter

De ansatte er i spørreundersøkelsen spurt hvilken turnus de ville valgt, dersom de kunne valgt fritt. Nesten halvparten (45 prosent) oppga at de ønsker en turnus som inkluderer langvakter, enten helg

Figur 4-8: Respondentenes svar på spørsmålet «Opplever du at det er utfordrende at andre ansatte ved din seksjon/avdeling jobber langvakter?»



**Kilde: Spørreundersøkelse til ansatte i Vestre Viken, gjennomført i november 2024. Note: Spørsmålet er stilt til alle som oppgir å ikke jobbe langvakter (N=302). Videre er respondenter som oppgir at ingen på sin seksjon jobber langvakter tatt ut.**

eller langvakt (Vedlegg A). Kun 22 prosent ønsker tradisjonell turnus. Mange (33 prosent) oppga «Annet», og ble da bedt om å beskrive hvilken turnus de ønsker. Også her beskrev de fleste ansatte en ordning som inkluderer langvakter, men da hver fjerde helg. Dermed ser man at svært mange av de ansatte som ikke jobber langvakter, likevel ønsker et innslag av dette.

Svarene i spørreundersøkelsen underbygger at en viss inkludering av langvakter oppleves positiv for ansatte. Det trekkes imidlertid frem av svært mange at den økte helgebelastningen (som vist i eksempelet i Tabell 6-1), gjør langvakter mindre attraktivt. Arbeid hver fjerde helg eller høyere økonomisk kompensasjon for langvakter vil bidra til å avhjelpe dette, og sannsynlig øke oppslutning rundt langvakter.

## 5. Pasientsikkerhet

Langvakter har begrenset effekt på rapportering mellom vaktskifter og oppgavedeling mellom ulike personellgrupper. Det oppleves imidlertid noe lettere for ledere å skrive huller uten turnus, og særlig bidrar langvakter til å fylle helgen med nødvendig kapasitet og kompetanse. Ansatte opplever flere fordeler for oppfølging av pasienter, og evalueringen finner ikke at bruk av langvakter reduserer pasientsikkerheten.

### 5.1 Rapportering mellom vaktskifter

Tilstrekkelig og tydelig rapportering mellom vaktskifter er viktig for å sørge for at all nødvendig kjennskap til pasientene overføres til den som tar over egen vakt. Mangel på rapportering kan redusere pasientsikkerheten.

I intervjuer forteller ansatte om ulike erfaringer knyttet til endret rapportering som følge av langvakter, som beskrevet i kapittel 4.4. Effekter av endrede rutiner for vaktskifter og rapportering virker imidlertid, basert på intervjuer, som at ikke påvirker pasientsikkerheten. Ingen forteller om at

dette er noe de har vært bekymret for eller at det har skjedd uønskede hendelser.

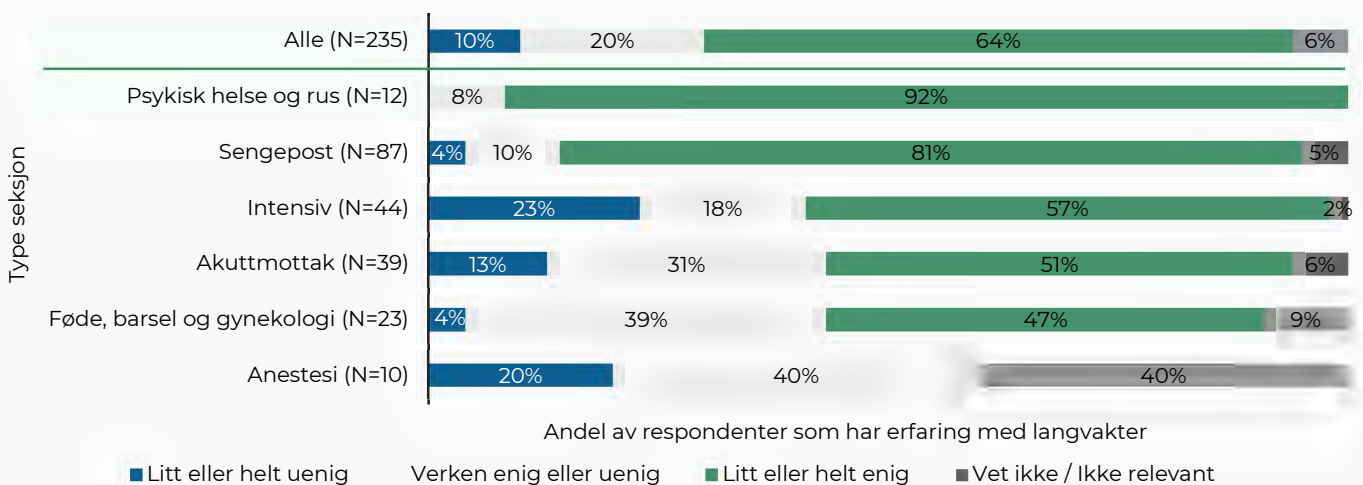
### 5.2 Kompetanse-sammensetning og kapasitet

#### Langvakter bidrar til å fylle opp helgene med nødvendig kapasitet

Langvakter i henhold til rammeavtalen, der ansatte jobber lange vakter hver tredje helg, gjør at hver ansatt jobber flere helgetimer (se kapittel 6 for mer om dette). Dermed vil det i teorien være lettere for turnusskriverne å fylle opp helgene.

I intervjuer beskrives et tilfelle som kan illustrere hvordan langvakter kan avhjelpe en utfordrende bemanningssituasjon. En seksjon opplevde i lang tid at det var mange hull i turnus på fredag kveld. Ansatte som skulle på jobb lørdag morgen ønsker ikke disse vaktene, og man ville ikke bruke de ansatte som skulle ha frihelg. Ansatte som jobbet langvakter og helg, jobbet i utgangspunktet kun lange vakter på lørdag og søndag. Avdelingsledelsen gikk derfor ut og ba de som jobber langvakter i helgene om å også jobbe lange vakter fredag, i tillegg til lørdag og søndag. Alle sa ja til denne endringen. Etter dette ble alle vakter fredag kveld bemannet opp uten bruk av flere ansatte.

Figur 5-1 Respondentenes svar på «Hvor enig eller uenig er du i at langvakter gir bedre behandling og oppfølging av pasienter?»



Kilde: Spørreundersøkelse til ansatte i Vestre Viken, gjennomført i november 2024. Respondenter fra følgende typer seksjoner er utelatt fra figuren fordi de har 9 eller færre respondenter: Medisinsk diagnostikk, Nevro/revma/reHab (NRH), Operasjon, PHR og Poliklinikk / dagbehandling. På grunn av få respondenter i hver gruppe er «Helt enig» og «Litt enig» aggregert til «Enig» (tilsvarende for uenig).

## Det oppleves noe lettere å dekke døgnet med nødvendig kompetanse med langvakter

Nesten halvparten (44 prosent) av respondentene som har erfaring med langvakter, oppgir at det er enklere å sørge for nødvendig kompetanse på jobb ved bruk av langvakter (Vedlegg A). Ansatte ved psykisk helse og rus, samt sengepost virker særlig å oppleve dette (henholdsvis 82 prosent og 60 prosent litt eller helt enig). Blant ansatte uten erfaring med langvakter oppgir noen færre (27 prosent) å være helt eller litt enig i at det blir enklere å sørge for nødvendig kompetanse på jobb ved langvakter<sup>5</sup>.

I intervjuer forteller ledere at langvakter har hatt en positiv effekt på i hvilken grad de klarer å dekke døgnet med nødvendig kompetanse når ansatte har langvakter. Dette skyldes at det i stor grad er de mer erfarne sykepleierne som har valgt å prøve ordningen. Det betyr at økte helgetimer for ansatte i stor grad kommer fra ansatte som anses som kjente.

## Det oppleves noe utfordrende å dekke vakter ved sykdom blant langvakter

Flere forteller om at langvakter, særlig hvis ikke mange ved seksjonen har det, er vanskeligere å dekke inn ved sykdom på kort sikt. Ansatte som allerede jobber langvakter, skal i utgangspunktet begrense omfang av ekstravakter av hensyn til total belastning. Dermed fylles ofte en 12-timers vakt av kun en 8-timers vakt.

## 5.3 Oppfølging av pasienter

### Ansatte opplever flere fordeler for oppfølging av pasienter ved langvakter

Flertallet av ansatte som har jobbet langvakter (64 prosent) oppgir å være helt eller litt enig i at langvakter gir bedre oppfølging av pasienter (Figur 5-1). Videre tyder våre funn på at det særlig er ansatte på sengepost og psykisk helse og rus som opplever at langvakter gir bedre behandling og oppfølging av pasienter. I undersøkelsen oppgir henholdsvis 80 prosent og 92 prosent at de er litt eller helt enig i denne påstanden (Figur 5-1).

I intervjuer forteller de ansatte at kontinuitet gjennom dagen gjør det enklere å oppdage mindre endringer i pasientens tilstand. Pasientene legger også merke til at det er de samme ansatte på jobb over tid, og de ansatte mener det er en fordel for pasientene å forholde seg til sykepleiere i døgnet, fremfor tre. Dette forklarer hvorfor det kan særlig være på seksjoner på sengepost man opplever

denne gevinsten. Ansatte ved akuttmottak forteller i intervjuer at de i liten grad opplever denne effekten, i tråd med funn fra spørreundersøkelsen.

Ansatte forteller at det ved nattevakter er en fordel å se pasientene i våken tilstand før natten, for å ha bedre kontroll på eventuelle endringer i tilstanden. En annen fordel er at når ikke alle ansatte gjennom dagen jobber langvakt får man en overlapp av vakter. For kveldsvaktene kan kollegaer som har vært på jobb siden morgningen og dermed sett pasienten hele dagen være en ressurs. Dette kompenseres for eventuelle glipper i rapportering mellom vaktskifte.

## 5.4 Pasientsikkerhet

### Langvakter virker ikke å redusere pasientsikkerheten, men langsiktige effekter er ukjent

Ansatte som har gått langvakter forteller i intervjuer at de ikke opplever at langvakter gir negative konsekvenser for pasientene. Samtidig er det noen ansatte som i intervjuer forteller at de selv merker at de er slitne på slutten av langvakter, men sørger i så fall for å blant annet dobbeltsjekke medisiner. I intervjuer er det ingen ansatte, verken med eller uten erfaring med langvakter, som forteller om opplevelser der langvakter har gitt negative utfall.

En fullstendig gjennomgang av alle rapporterte synergimeldinger i perioden er ikke gjennomført. I perioden har det ikke vært rapportert alvorlige hendelser med konsekvenser for pasienter, der man kan peke på langvakter som årsak. Langsiktige og totale effekter på pasientsikkerhet er ukjente, da langvakter kun er testet en kort periode.

Åtte prosent av respondentene som ikke deltok i prøveordningen i sommer oppga at bekymring for økt antall feil i løpet av en langvakt var årsak til at de ikke ønsket å prøve (Figur 4-7). Blant ansatte som gikk bort fra ordningen oppgir ingen at bekymring for pasientsikkerhet eller feil var årsak til dette.

En avdeling har utarbeidet «langvakt-vett regler». Reglene skal minne de ansatte på at det er viktig å spise og drikke underveis på vakt. Det er både for de ansattes egen helse, men og for å sikre at man er oppmerksom mot slutten av vekten.

<sup>5</sup> I denne gruppen er det imidlertid mange respondenter som oppgir «Vet ikke» eller «ikke relevant» (38 prosent),

sannsynligvis fordi de jobber i en seksjon der ingen har jobbet langvakter.

## 6. Økonomiske konsekvenser av turnuser som inkluderer langvakter

*Flere tidligere studier trekker frem hvordan langvakter kan ha flere positive effekter for helseforetakene. Langvakter tilrettelegger i større grad for store stillinger og mer dekning av helgevakter. Det kan være positivt for vikarbruken. På lang sikt kan man sørge for en mer effektiv utnyttelse av ressurser (antall ansatte), som vil avhjelpe rekruttering og en eventuell bemanningsutfordring. Videre kan langvakter ha positive effekter for de ansatte ved at arbeidsbelastningen totalt sett føles lavere. Potensielle gevinster av dette er lavere sykefravær og turnover. Denne evalueringen er imidlertid ikke egnet til å konkludere hvordan langsiktige effekter av bruk av langvakter vil være.*

Videre i dette kapittelet utdypes disse virkningene med bakgrunn i erfaringer fra denne og tidligere forsøksprosjekter. Felles for denne og tidligere forsøksprosjekter med langvakter er at det i liten grad er gjennomført store, randomiserte forsøk med mange ansatte over lengre tid. Det gjør at det er utfordrende å konkludere hva langsiktige effekter vil være. Videre er det også utfordrende å anslå i hvilket omfang det vil være mulig å innføre langvakter. Dette innebærer om det er mulig å få en tilstrekkelig andel av ansatte til å godta en ordning med langvakter til at de økonomiske effektene som beskrevet vil være betydelige.

Avslutningsvis i kapittelet trekkes de to seksjonene der flest har deltatt i prøveordningen frem og vi viser utvikling i sentrale økonomiske parametere for disse som en illustrasjon av kortsiktige effekter.

<sup>6</sup> Beregningen inkluderer kun årsverk for å dekke dag og kveld, og antar en egen turnus for nattearbeid. Ved å innføre langvakter må også nattevakter forlenges noe, og

### 6.1 Mer hensiktsmessig ressursutnyttelse

Langvakter tilrettelegger for bedre ressursutnyttelse og en heltidskultur i praksis

Helsetjenestene har i lang tid vært preget av at en høy andel av ansatte har deltidsstillinger. De senere årene har det imidlertid både vært et skifte mot, og et ønske om, å tilby ansatte heltidsstillinger. Dette kommer både av sosiale hensyn, og for å sørge for å utnytte de ressursene som finnes, i en tid der man i økende grad opplever mangel på helsepersonell.

Bemanning av helger gjør imidlertid at behovet for ansatte er stort og tilbyr man alle 100 prosent stilling står man i teorien i en situasjon med overbemanning i hverdagene. Moland (2021) viser i en rapport til et eksempel der et tjenestested må doble antallet årsverk for å gi alle ansatte en hel stilling (uten å jobbe mer helg). Videre viser de hvordan en turnus med langvakter både ukedager og helg for alle ansatte kan gi alle full stilling uten å øke årsverkene<sup>6</sup>. Forfatteren trekker imidlertid frem at dette generelt er en mindre attraktiv løsning, fordi det innebærer et høyt antall helgetimer.

Gevinster av langvakter avhenger av innretning av ordningen og antall ansatte som ønsker langvakter

I Tabell 6-1 vises et enkelt eksempel på hvordan antallet årsverk endres med en turnus med langvakter, avhengig av frekvens for helgejobbing. Eksempelet er basert på en bemanning med 12 på dagtid, 6 på kveld og 3 på natt. Det totale behovet for ansatte drives av antallet ansatte man trenger for å bemanne én helg og hvor ofte de ansatte jobber helg.

Eksempelet viser hvordan man ved 100 prosent stillinger og tredelt turnus får et høyt antall årsverk i «overskudd» i hverdagene. En viktig antagelse i beregningen er at man har samme bemanningsbehov i hverdag og helg. Klarer man å redusere helgebemanning noe mot høyere bemanning i hverdag, vil overskudd av årsverk reduseres.

Med langvakter får man en «overbemanning» mellom klokken fire og klokken åtte, som gir et

forfatteren anslår at dette utgjør ca 10% økning. Tradisjonell turnus innebærer 7-8 timers vakter og langvakter ca 13 timer. Det antas arbeid hver tredje helg.

høyere antall minimum timer i både hverdag og helg<sup>7</sup>. Imidlertid brukes færre ansatte på å dekke flere timer per helg.

Eksempelet viser hvordan langvakter gir en mer effektiv bruk av ansatte, og gevinsten kan brukes til å ha færre årsverk eller øke kapasiteten. Gevinsten kan eventuelt også tas ut i lavere frekvens for helgearbeid. Arbeid hver fjerde helg er fortsatt en besparelse sett opp mot tredelt turnus. Som diskutert i kapittel 4.3 er det en gjennomgående tilbakemelding at helgebelastning oppleves som for høy med langvakter og jobb hver tredje helg. Dette illustreres tydelig i antall helgetimer per ansatt.

Man ser også at potensiale for besparelse faller dersom man er i en situasjon der en andel av de ansatte går langvakt. I lys av diskusjonen i kapittel 4.5, er dette trolig et realistisk scenario.

Videre er det vist til at pauseavvikling har vært variabelt, men kunne blitt avhjulpet av en ekstra ressurs for å dekke ansatte på pauser. Det virker også som at en viktig positiv effekt av langvakter er mer ro i arbeidshverdagen. I tråd med den tidligere kunnskapsoppsummeringen om tiltak for større stillinger, virker det som at tilstrekkelig bemanning

er sentralt for å lykkes med langvakter (Yssen, 2024). Noe av gevinsten i form av færre årsverk bør trolig dermed brukes for å sørge for dette.

På lang sikt kan langvakter bidra til en robust bemanning med store stillinger, samt bidra til å sørge for tilstrekkelig bemanning i en tid det er mangel på helsepersonell.

### Langvakter kan i teorien redusere behovet for vikarer

I løpet av 2024 har utgifter knyttet til vikarer utgjort mellom 10 og 18 prosent av de faste lønnskostnadene ved sykehusene i Vestre Viken HF.<sup>8</sup> Moland et al (2023) finner at en innleid sykepleier fra vikarbyrå har en merkostnad på rundt 225 kroner per time, dersom man antar at alternativet er å betale overtid for en fast ansatt (2022-kr). Det tilsvarer en prosentvis økning i marginalkostnad per time på 30 prosent. Potensialet for besparelser knyttet til vikarbruk er stort.

I tillegg til den økonomiske kostnaden kan vikarbruk ha andre negative konsekvenser. Det er tryggere for de faste å jobbe med andre kjente, og det er trolig en økt belastning å være på jobb med en vikar, som ikke kjenner til seksjonen.

Tabell 6-1 Illustrasjon av årsverk ved ulike turnusordninger

	Antall ansatte	Minimum timer hverdag (per uke)	Minimum timer helg (per uke)	Overskudd årsverk per år(hverdag)	Helgetimer per ansatt
<b>Tredelt turnus</b> Arbeid hver tredje helg	63	855	342	29	282
<b>Langvakter hverdag og helg</b> Arbeid hver tredje helg	45	900	360	9,5	416
<b>Langvakter hverdag og helg</b> Arbeid hver fjerde helg	60	900	360	25	312
<b>Kun langvakter i helg</b> Arbeid hver fjerde helg	60	855	360	26	312
<b>Kombinasjon av langvakter og tredelt turnus</b> Arbeid hver tredje helg	54	893	357	19	344

Note: Beregningen er basert på en rekke antagelser. Det antas samme bemanningsbehov for helg og hverdag; dag: 12 ansatte, kveld: 6 ansatte, og natt: 3 ansatte. Videre antas det at alle ansatte jobber 100% (35,5 timer per uke, 1 850 timer per årsverk).

<sup>7</sup> Man kan imidlertid tenke seg at man kan klare å redusere noe på bemanningen gjennom dagen, fordi man er flere tidlig kveld (endring i struktur i hverdagen som følge av langvakter er diskutert i kapittel 4.4 og illustrert i Figur 4-6).

<sup>8</sup> Utgifter knyttet til vikarer består av utgiftspostene 5001 - Vikar i ledig stilling, 5010 - Vikarer ved sykdom/permisjon - langtidssykefravær, 5012 - Vikarer ved sykdom/permisjon - korttidssykefravær og 5130 - Ekstrahjelp.

Basert på skrivebordseksempelet over, ser man at bruk av langvakter kan redusere behovet for vikar. Også funn fra evalueringen, som beskrevet i kapittel 5.2, viser til at ledere opplever at det er lettere å skrive turnus uten hull, og da særlig i helgene. Også Moland et al (2023) viser til at langvakter kan være et tiltak for redusert vikarbruk ved at det nettopp tilrettelegger for turnus der helgene bemannes med fast personell og større stillinger. En slik turnus gjør at man kan håndtere fravær uten innleie.

En eventuell overbemanning i helg, som beskrevet over, gir og mer stabil helgebemanning, der man i mindre grad er utsatt for sykefravær. Det gjør at man sjeldnere må bruke vikarer eller kalle inn ansatte med frihelg.

I intervjuer trekkes det imidlertid frem at det oppleves at sykefravær blant ansatte med langvakter i større grad utløser vikarbruk enn tidligere. Mange opplever at det er vanskelig å få noen til å komme inn og dekke en langvakt på kort varsel ved sykdom. For det første skal ansatte som jobber langvakter i utgangspunktet ikke bli bedt om å komme inn og jobbe i sine friperioder. Ansatte som jobber tradisjonell turnus, ønsker kun å dekke 8 timer av vekten. Ved høyt belegg i seksjonen, vil det da være nødvendig å enten bruke to ansatte til å dekke inn en vakt, eller bruke vikar. Flere trekker også frem at dersom man skal være færre ansatte med større stillinger, har man lavere handlingsrom til å bruke egne ansatte som vikarer.

## 6.2 Effekter på sykefravær og turnover

**Langvakter kan bidra til å redusere sykefraværet, men langsiktige effekter er ukjent**

Det er relativt høyt sykefravær i helse- og omsorgstjenesten, og det er aktuelt å vurdere hvorvidt langvakter kan være et tiltak for å redusere sykefraværet.

Basert på spørreundersøkelsen virker det å være delte meninger knyttet til hvorvidt langvakter er helsefremmende eller ikke (Figur 4-4). Mange ansatte som har prøvd langvakter opplever langvakter som helsefremmende, men flere trekker i intervjuer frem at de er usikre på den langsiktige effekten på helsen av belastningen ved å jobbe langvakter.

Fra intervjuer med ledere i seksjoner som har prøvd ut langvakter er det og en delt oppfattelse. Noen opplever at ansatte som jobber langvakter får redusert sykefravær. Ledere forteller at ansatte i

større grad kommer på jobb med lett sykdom, fordi de får en lang friperiode i etterkant. Ansatte velger da å bruke friperioden på å komme seg. Hadde de ikke hatt friperioden, hadde det vært nødvendig med sykefravær. Noen opplever også det motsatte; terskelen for å trenge en sykedag senkes når man må stå i jobben i 12,5 timer, fremfor 8 timer.

I tillegg forteller ledere at de har hatt samtaler med alle de ansatte knyttet til den forventede belastningen av langvakter. Flere forteller at de har ansatte, typisk allerede med høyt fravær, de har anbefalt å ikke jobbe langvakter.

Sykefravær er imidlertid avhengig av en rekke faktorer, både på og utenfor jobben, utover hvilken turnus man har. Tiltak som langvakter kan redusere arbeidspress noe, men flere ledere trekker i intervjuer frem at de opplever at akkurat turnus har liten påvirkning på det totale sykefraværet blant sine ansatte.

Det er gjennomført flere tidligere forsøk med langvakter, som har omtalt konsekvenser for de ansattes sykefravær. For eksempel viser en studie at lengre vakter er assosiert med færre sykefraværsdager. Studien er basert på om lag 1 500 sykepleiere over en fire-års periode. Forfatterne diskuterer at de lange periodene med fri mellom lengre vakter kan forklare effekten (Vedaa, et al., 2019).

### Fornøyde ansatte og fleksible arbeidstidsordninger kan bedre rekruttering og redusere turnover

Basert på spørreundersøkelsen til ansatte i Vestre Viken HF, tyder mye på at de ansatte opplever lavere totalbelastning, mer trivsel og mer fleksibilitet i egen hverdag ved å jobbe langvakter (Figur 4-5). Dette er forhold som på lengre sikt kan gi positive utslag som bedre rekruttering og lavere turnover. Det er viktig fremover å sørge for å beholde de ressursene som er i helsetjenestene. Tiltak som bidrar til at ansatte kan stå i jobben er avgjørende.

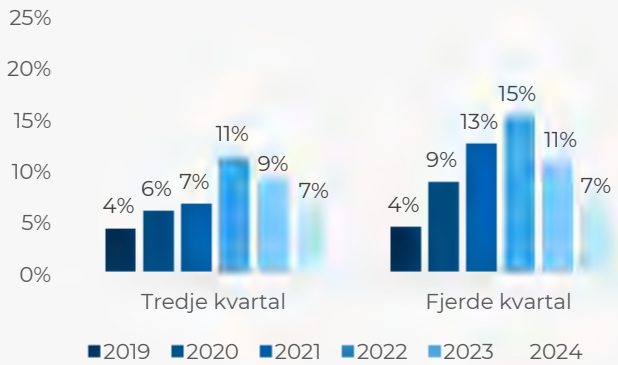
## 6.3 Foreløpige effekter i et utvalg seksjoner i Vestre Viken HF

Noen seksjoner har, som tidligere nevnt, hatt høy oppslutning om langvakter i 2024. Selv opplever de piloteringen som svært vellykket og ønsker å fortsette med langvakter.

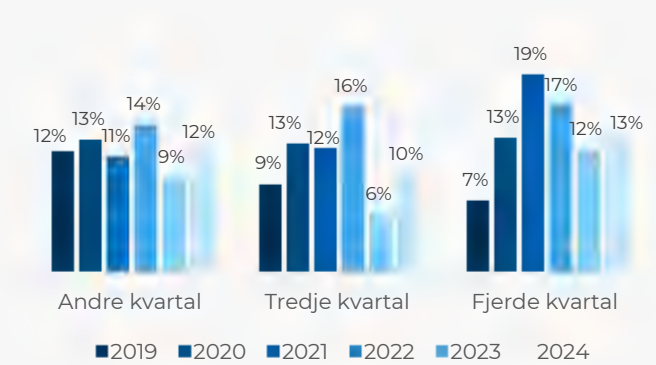


Figur 6-1: Sykefravær

a) Infeksjon seksjonen (Bærum sykehus)



b) Kirurgisk sengepost (Bærum sykehus)



Kilde: Vestre Viken bemannings- og fraværdata for perioden 2019-2024. Fraværsandelen er beregnet som alle observasjoner med vaktstatus som «10 – Fravær» og tidstype som enten «sykdom» eller «sykdom uten lønn» for ansatte med stillingskategori «sykepleier» eller «hjelpepleier». Dermed har vi ekskludert observasjoner for ansatte med stillingskategori som administrativ/merkantil og assistent.

For å illustrere mulige effekter av en omlegging til langvakter, har vi i evalueringen gjennomgått sykefravær og vikarbruk i to seksjoner som har tatt i bruk en høy grad av langvakter. De to seksjonene er infeksjon-seksjonen og kirurgisk sengepost, som begge er seksjoner ved Bærum sykehus.

Ved infeksjon-seksjonen i medisinsk avdeling ved Bærum sykehus er langvakter tatt i bruk i tredje og fjerde kvartal i 2024. I de to kvartalene der langvakter er benyttet, er sykefraværet ved seksjonen relativt lavt sammenlignet med samme kvartaler i årene 2020 til 2023 (panel a i Figur 6-1). Dette kan tyde på at bruken av langvakter har hatt en positiv effekt på sykefraværet. Sammenlignet med sykefraværet fra 2019, er tallene fra 2024 derimot høyere. Dermed forteller ikke statistikken en entydig historie, og det er ikke mulig å si noe sikkert om effekten av langvakter basert på

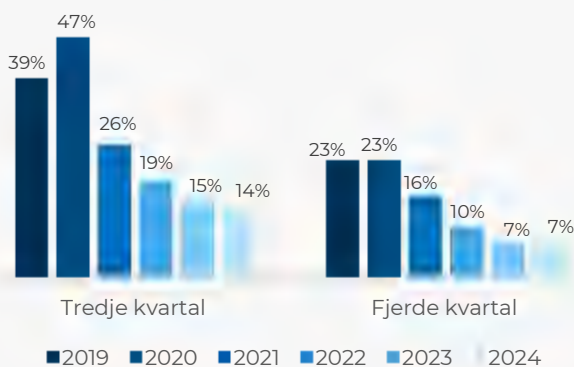
sykefraværstatistikken. Usikkerheten øker ytterligere ved at sykefraværet i flere av årene kan være påvirket av covid-19-pandemien.

Ved kirurgisk sengepost på kirurgisk avdeling ved Bærum sykehus er det benyttet langvakter i hele andre, tredje og fjerde kvartal i 2024. I alle kvartalene hvor det er benyttet langvakter er sykefraværet i 2024 omtrent likt det gjennomsnittlige nivået for kvartalet. Det er ingen tydelige trender på tvers av kvartalene som indikerer at bruken av langvakter i 2024 har hatt en klar påvirkning på sykefraværet i seksjonen.

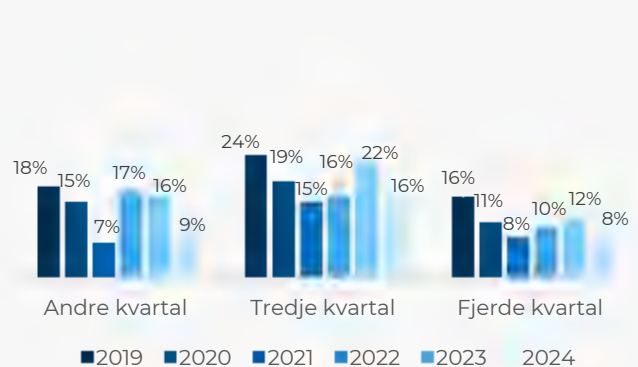
I infeksjon-seksjonen ved Bærum sykehus er andelen vakttimer som er dekket av en vikar relativt lav i kvartalene hvor det er benyttet langvakter, sammenlignet med gjennomsnittlig nivå for kvartalene (panel a i Figur 6-2). Samtidig viser vikarandelen en tydelig fallende trend gjennom

Figur 6-2: Andelen vakttimer dekket av vikarer

a) Infeksjon seksjonen (Bærum sykehus)



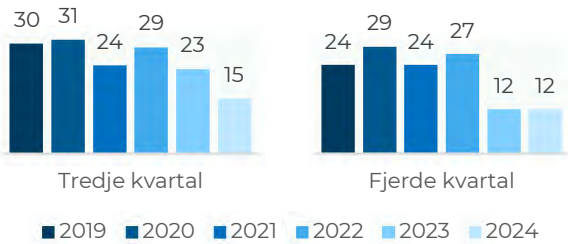
b) Kirurgisk sengepost (Bærum sykehus)



Kilde: Vestre Viken bemanningsdata for perioden 2019-2024. Vikartimer er beregnet som timer gått av personer som er registrert med «Ansattforhold type» som enten «innled fra vikarbyrå», «sykevikar», «annen vikar» eller «ekstrahjelp». Videre inkluderer vikartimer kun vakter som er fire timer eller lenger, og som ikke er registrert med «Vaktkode kategori» som «kalenderplan dagarbeid/helligdager», «kompensasjonsfri» eller «diverse».

Figur 6-3: Antall unike vikarer benyttet

a) Infeksjon seksjonen (Bærum sykehus)



b) Kirurgisk sengepost (Bærum sykehus)



**Kilde: Vestre Viken bemannings- og ekstraarbeidsdata for perioden 2019-2024. Unike vikarer er personer som er registrert med «Ansattforhold type» som enten «innled fra vikarbyrå», «sykevikar», «annen vikar» eller «ekstrahjelp», og har gått minst én vakt som er fire timer eller lenger og ikke er registrert med «Vaktkode kategori» som «kalenderplan dagarbeid/helligdager», «kompensasjonsfri» eller «diverse».**

perioden, særlig fra 2020 til 2024. At vikarandelen i 2024 er lavere enn gjennomsnittlig nivå fra tidligere år, har ikke nødvendigvis sammenheng med bruken av langvakter, men kan være et resultat av andre faktorer som har bidratt til den fallende trenden gjennom perioden.

Antall unike vikarer som har gått vakt ved seksjonen er lavere i periodene hvor det er benyttet langvakter enn i de foregående årene (panel a i Figur 6-3). Dette er spesielt tydelig i statistikken fra tredje kvartal. Statistikken for fjerde kvartal viser at antall unike vikarer var lavt sammenlignet med tidligere år også i 2023. Statistikken kan indikere at bruk av langvakter gjør at seksjonen kan forholde seg til et lavere antall vikarer enn tidligere, men vi kan ikke slå fast at reduksjonen i unike vikarer har sammenheng med bruken av langvakter.

Ved kirurgisk sengepost er andelen vakttimer som er dekket av vikarer lavere i kvartalene hvor langvakter er benyttet, sammenlignet med gjennomsnittsnivået for tilsvarende kvartaler i tidligere år (panel b i Figur 6-2). I både andre, tredje og fjerde kvartal i 2024 er andelen vakttimer gått av vikarer lavere enn i samme kvartaler i 2023.

Tendensen til at færre unike vikarer benyttes i perioder hvor det benyttes langvakter er også tydelig ved kirurgisk sengepost (panel b i Figur 6-3). Statistikken kan indikere at bruken av langvakter har redusert vikarbruken i seksjonen, både målt som andelen vakttimer dekket av vikarer og som antall unike vikarer benyttet. Samtidig kan nedgangen i vikarbruk skyldes andre faktorer, og det er ikke grunnlag for å fastslå en direkte årsakssammenheng mellom bruken av langvakter og reduksjonen i vikarbruk.

## 7. Oppsummering / konklusjon

En omlegging fra tredelt turnus til langvakter innebærer at ansatte jobber 12-timers vakter fremfor 8-timers vakter. Langvakter er pilotert i Vestre Viken HF i 2024. Oslo Economics har i samarbeid med sentralt ressursteam i Vestre Viken HF, evaluert piloteringen. Evalueringen svarer ut spørsmål knyttet til økonomi, helse, miljø og sikkerhet, pasientsikkerhet og ledelse. Det er innhentet informasjon fra ansatte som har og ikke har jobbet langvakter gjennom en spørreundersøkelse og intervjuer, i tillegg til et utvalg klinikkledere. Medarbeidere med erfaring fra langvakter utenom piloten er inkludert i undersøkelsene.

Langvakter er kun pilotert i en kort periode, med relativt få ansatte som har prøvd ut. Det understrekes at evalueringen dermed ikke kan konkludere rundt langsiktige konsekvenser av innføring av langvakter vil være. I tillegg er det usikkerhet knyttet til hvilke effekter en eventuell mer omfattende implementering vil gi.

### Vi finner flere positive effekter av turnus som inkluderer langvakter

Ansatte med langvakter forteller om lavere opplevd arbeidsbelastning og økt fleksibilitet i hverdagen. Flere forteller at de er mer slitne etter langvakter, og at det er viktig å ikke jobbe mer enn tre langvakter på rad. I tillegg er lengre friperioder viktig for å utløse positive effekter. Ansatte opplever videre at langvakter gir bedre oppfølging og behandling av pasienter, i hovedsak på grunn av økt kontinuitet. Ingen forteller om risiko for pasientsikkerhet. Videre blir det enklere å skrive turnus uten huller, noe som kan bidra til mindre vikarbruk og lavere belastning på fast ansatte i form av overtid.

Få ansatte uten langvakter opplever store negative effekter av at andre ansatte jobber langvakter. Det er imidlertid viktig å sørge for at ikke ansatte med tredelt turnus utelukkende får ansvar for tyngre arbeidsoppgaver og får pause sjeldnere. I mange seksjoner har det vært relativt få (under 50 prosent) som har prøvd langvakter. Effekter på kollegaer som ikke jobber langvakter, pasienter og arbeidsflyt kan være annerledes hvis mange jobber langvakter i en seksjon.

### Praksis for pauseavvikling har vært ulik

Avvikling av lengre, sammenhengende pauser ble i forkant av piloteringen identifisert som et viktig tiltak for å redusere risiko for både pasienter og ansatte. Praksis for pauseavvikling virker imidlertid å være variabelt. Avdelinger med forutsigbarhet i belastning gjennom dagen har i større grad lyktes med pauseavvikling.

### Forarbeid og tilrettelegging ved bruk av langvakter er viktig for suksess

Det virker å være viktig for suksess med langvakter at strukturen i arbeidshverdagen tilrettelegges for langvakter. For eksempel må døgnrytmeplaner, der man har det, tilpasses nye vaktskifter og turnus. God ledelse, planlegging og dialog med ansatte virker å ha vært viktig for å lykkes med planlegging og for å sørge for at bruk av langvakter ikke har negative konsekvenser for ansatte som ikke ønsker å jobbe langvakter.

### Det er mange som ikke har prøvd langvakter og noen som har valgt å gå bort fra langvakter, men det er variasjon i årsak til dette

Det har vært lav oppslutning om langvakter i evalueringsperioden. I praksis virker det imidlertid som at mange ikke har fått mulighet til å prøve langvakter. Ansatte som ikke har deltatt oppgir i hovedsak at belastningen, eller at det ikke passer med egen livssituasjon, som årsak til å ikke ønske langvakter. Ved noen avdelinger har nesten alle valgt å gå bort fra langvakter, og det trekkes frem at det var behov for mer planlegging i forkant.

Det er utfordrende å konkludere overførbarhet av positive funn blant ansatte som har jobbet langvakter til øvrige ansatte. Det er sannsynlig at mange av de som har valgt å jobbe langvakter i større grad tåler belastningen det er å være 12 timer på jobb, sammenlignet med ansatte som har valgt å ikke jobbe langvakter. For eksempel oppgir ansatte som ikke har jobbet langvakter i liten grad at de tror langvakter ville vært helsefremmende. Man ser videre at færre eldre har prøvd langvakter, samtidig som eldre som har prøvd langvakter i mindre grad opplever positive effekter.

### Langvakter kan gi positive økonomiske gevinster, men det er utfordrende å tallfeste disse

Langvakter har potensiale for økt trivsel og lavere vikarbruk. Det er usikkerhet knyttet til en effekt på sykefravær. Langvakter legger til rette for bærekraftig drift og en heltidskultur i praksis. Antall ansatte som ønsker og tåler langvakter, samt innretning av ordningen vil påvirke totale gevinster.

## 8. Referanser

Moland, L. E., 2021. *Mulige og umulige løsninger på veien mot heltidskultur*, Oslo: Fafo.

Moland, L. E., Tofteng, M. & Bråthen, K., 2023. *Hva koster heltid egentlig? Økonomiske kostnader og gevinster ved å utvikle heltidskultur i kommunale pleie- og omsorgstjenester*, Oslo: Fafo .

Moland, L. E., Tofteng, M. & Nesland, A., 2023. *Vikarbruk i sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester*, Oslo: Fafo.

NOU 2023:4, 2023. *Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

NSF, 2024. *Lønn og tariff: Statistikk*. [Internett]  
Available at: <https://www.nsf.no/lonn-og-tariff/statistikk>  
[Funnet 30 Januar 2025].

NSF, u.d. *Heltid*. [Internett]  
Available at: <https://www.nsf.no/arbeidsvilkar/heltid>  
[Funnet 31 Januar 2025].

Riksrevisjonen, 2019. *Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene*, Oslo: Riksrevisjonen.

Vedaa, Ø. et al., 2019. Long working hours are inversely related to sick leave in the following 3 months: a 4-year registry study.. *Int Arch Occup Environ Health*, pp. 457-466.

Yssen, S. S. F., 2024. *Tiltak for å etablere store og hele stillinger i norsk arbeidsliv - en kunnskapsoppsummering*, Oslo: Fafo.

## Vedlegg A Resultater fra spørreundersøkelse blant ansatte

**Spørsmål 1: Hvilken klinikk jobber du ved?** Prosentvis fordeling.

	<b>Alle</b>
Bærum sykehus	25%
Drammen sykehus	35%
Kongsberg sykehus	8%
Ringerike sykehus	14%
Intern service (KIS)	0%
Medisinsk diagnostikk (MKD)	6%
Prehospitale tjenester (PHT)	0%
Psykisk helse og rus (PHR)	12%
Ønsker ikke å oppgi	1%
<i>N</i>	546

**Spørsmål 2: Hvilken avdeling jobber du ved?****Bærum sykehus**

Anestesi, intensiv, operasjon (AIO)	23%
Gynekologi, fødselshjelp og plastikk kirurgi	7%
Kirurgisk avdeling	8%
Medisinsk avdeling	55%
Ortopedisk avdeling	6%
Ønsker ikke å oppgi	1%
<i>N (Bærum)</i>	<i>137</i>

**Drammen sykehus**

Akuttmottak	17%
Anestesi, intensiv, operasjon (AIO)	15%
Barne- og ungdomsavd.	9%
Gynekologi og fødselshjelp	13%
Kirurgisk avdeling	7%
Medisinsk avdeling	21%
Nevro/revma/reHab (NRH)	9%
Ortopedi	3%
Øre-Nese-Hals (ØNH)	4%
Ønsker ikke å oppgi	1%
<i>N (Drammen)</i>	<i>190</i>

**Kongsberg sykehus**

Kirurgisk avdeling	55%
Medisinsk avdeling	45%
<i>N (Kongsberg)</i>	<i>43</i>

**Ringerike sykehus**

Hallingdal sjukestugu	5 %
Kirurgiske avdelinger	67 %
Medisinske avdelinger	27 %
Ønsker ikke å oppgi	1 %
<i>N (Ringerike)</i>	<i>75</i>

**Spørsmål 3: Hvilken fagbakgrunn har du?** Prosentvis fordeling.

	<b>Alle</b>
Sykepleier	39 %
Sykepleier med videreutdanning	36 %
Helsefagarbeider	8 %
Vernepleier	3 %
Sosionom	0 %
Fysioterapeut	0 %
Ergoterapeut	0 %
Psykolog	0 %
Radiograf	4 %
Lege i spesialisering	0 %
Lege med spesialisering	0 %
Annet (fritekst)*	11 %
<i>N</i>	545

\*Fritekstsvar utelatt av hensyn til personvern.

**Spørsmål 4: Hvilken videreutdanning har du?** Prosentvis fordeling.

	<b>Alle</b>
Anestesisykepleier	10 %
Kreftsykepleier	3 %
Operasjonssykepleier	5 %
Jordmor	11 %
Psykisk helse og rus	6 %
Intensivsykepleier	22 %
Annet*	42 %
<i>N</i>	193

\*Alle videreutdanninger oppgitt av færre enn 5 respondenter er utelatt av hensyn til personvern. Dette inkluderer blant annet helsesykepleier, diabetessykepleier, kardiologisk sykepleier og palliativ sykepleier.

**Spørsmål 5: Hva er din alder?** Prosentvis fordeling.

	<b>Alle</b>
Under 30 år	17 %
31–39 år	21 %
40–59 år	50 %
60–67 år	9 %
Over 67 år	0 %
Ønsker ikke å oppgi	2 %
<i>N</i>	543

**Spørsmål 6: Hva er din stillingsprosent?** Prosentvis fordeling.

	<b>Alle</b>
0–19%	0 %
20–39%	1 %
40–59%	2 %
60–79%	5 %
80–99%	14 %
100%	75 %
Ønsker ikke å oppgi	2 %
<i>N</i>	193

**Spørsmål 7: Deltok du i prøveordningen med langvakter i sommer?** Prosentvis fordeling.

	<b>Alle</b>
Ja, jeg deltok i ordningen og jobbet langvakter i sommer (langvakter helg, tredelt turnus ukedager)	7 %
Ja, jeg deltok i ordningen og jobbet langvakter i sommer (langvakter helg og hverdag)	14 %
Nei, jeg deltok ikke i ordningen, men har jobbet eller jobber langvakter utenom prøveordningen	59 %
Nei, jeg deltok ikke i ordningen i sommer	19 %
Vet ikke	1 %
<i>N</i>	545



**Spørsmål 8: Hvorfor deltok du ikke i prøveordningen? (Velg alle som passer)** [Spørsmålet gis kun til de som har svart «Nei, jeg deltok ikke i ordningen i sommer» eller «Nei, jeg deltok ikke i ordningen, men har jobbet eller jobber langvakter utenom prøveordningen» ]

	<b>Alle</b>
Jeg er fornøyd med tredelt turnus og ønsker ikke å bytte	13 %
Jeg jobbet allerede langvakter	7 %
Langvakter passer ikke inn i min livssituasjon	15 %
Jeg ønsker ikke å delta, fordi jeg ikke anser helgevakter som et problem	3 %
Jeg ønsker ikke å delta fordi jeg tror langvakter ville vært negativt for min helse	13 %
Jeg ønsker ikke å delta, fordi det oppleves for belastende å jobbe lange vakter	19 %
Jeg ønsker ikke å delta fordi jeg er bekymret for økt antall feil i løpet av en langvakt	8 %
Jeg fikk ikke mulighet fordi for få ved min seksjon ønsket å delta	8 %
Jeg fikk ikke tilbud om å delta av min leder	16 %
Jeg fikk ikke mulighet, av andre grunner	8 %
Ikke relevant for meg (f.eks. jobber ikke turnus)	23 %
Annet, vennligst spesifiser*	19 %
<i>N</i>	424

\*Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.

**Spørsmål 9: Vennligst spesifiser hvorfor du ikke fikk mulighet til å delta i prøveordningen** [Spørsmålet gis kun til de som har svart «Jeg fikk ikke mulighet til å delta av andre grunner»

*Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.*

**Spørsmål 10: Hva er din nåværende arbeidstidsordning?** Prosentvis fordeling.

	<b>Alle</b>
Tredelt turnus (dag, kveld, natt) både ukedager og helg	38 %
Tredelt turnus på ukedager og langvakter helg	7 %
Annen turnus som ikke inkluderer langvakter	15 %
Langvakter både ukedager og helg	18 %
Annen turnus som inkluderer langvakter	5 %
Jeg jobber ikke turnus	17 %
<i>N</i>	541

**Spørsmål 11: Om lag hvor mange ved din seksjon jobber langvakter?** Prosentvis fordeling.

	<b>Alle</b>
Ingen	37 %
0–25 prosent	33 %
26–50 prosent	20 %
Over halvparten	10 %
<i>N</i>	522

**Spørsmål 12: Kan du beskrive din turnusordning?** [Spørsmålet gis kun til de som har svart «Annen turnus som inkluderer langvakter» eller «Annen turnus som ikke inkluderer langvakter»]

*Fritekstsvaret er utelatt av hensyn til personvern.*

**Spørsmål 13: Hva er årsaken til at du gikk bort fra å jobbe langvakter?** [Spørsmålet gis kun til respondenter som har oppgitt å jobbe langvakter i sommer, men at nåværende turnus ikke inkluderer langvakter]

*Fritekstsvaret er utelatt av hensyn til personvern.*

**Spørsmål 14: Hvilken type turnus ville du foretrekke hvis du kunne velge fritt?** Prosentvis fordeling.

	<b>Alle</b>
Tredelt turnus både hverdag og helg	22 %
Tredelt turnus på hverdager og langvakter helg	16 %
Langvakter både hverdager og helg	29 %
Annet (vennligst spesifiser) *	33 %
<i>N</i>	537

\*Fritekstsvaret er utelatt av hensyn til personvern.

**Spørsmål 15: Hvor ofte jobber du helg i din turnus?** Prosentvis fordeling.

	<b>Alle</b>
Hver helg	0 %
Annehver helg	2 %
Hver tredje helg	73 %
Hver fjerde helg	18 %
Hver femte helg	2 %
Hver sjette helg	3 %
Sjeldnere (vennligst spesifiser) *	1 %
Aldri	2 %
<i>N</i>	451

\*Fritekstsvaret er utelatt av hensyn til personvern.

**Spørsmål 16: Hvor ofte jobber du nattevakt?** Prosentvis fordeling.

	<b>Alle</b>
Ca. 1 gang i uka	10 %
Ca. 2-4 ganger i uka	12 %
Ca. 1-3 ganger i måneden	34 %
Ca. annenhver måned	5 %
Sjeldnere	6 %
Jobber aldri nattevakt	21 %
Jeg jobber kun natt	6 %
Sjeldnere (vennligst spesifiser) *	6 %
<i>N</i>	452

\*Fritekstsvar utelatt av hensyn til personvern.

**Spørsmål 17: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om langvakter?** Prosentvis fordeling.

[Spørsmålet gis kun til de som har svart at de verken deltok i ordningen i sommer og at nåværende turnus ikke inkluderer langvakter]

a) Jeg er fornøyd med min arbeidstidsordning

	<b>Alle</b>
Helt uenig	4 %
Litt uenig	10 %
Verken enig eller uenig	9 %
Litt enig	22 %
Helt enig	43 %
Vet ikke	2 %
Ikke relevant	10 %
<i>N</i>	300

b) Det er enklere å sørge for nødvendig kompetanse på jobb ved bruk av langvakter

	<b>Alle</b>
Helt uenig	11 %
Litt uenig	8 %
Verken enig eller uenig	16 %
Litt enig	16 %
Helt enig	11 %
Vet ikke	21 %
Ikke relevant	17 %
<i>N</i>	297

c) Langvakter hadde gjort at den totale arbeidsmengden føles lavere

	<b>Alle</b>
Helt uenig	13 %
Litt uenig	11 %
Verken enig eller uenig	12 %
Litt enig	17 %
Helt enig	11 %
Vet ikke	16 %
Ikke relevant	19 %
<i>N</i>	289

d) Langvakter hadde vært helsefremmende

	<b>Alle</b>
Helt uenig	20 %
Litt uenig	15 %
Verken enig eller uenig	13 %
Litt enig	12 %
Helt enig	11 %
Vet ikke	14 %
Ikke relevant	16 %
<i>N</i>	295

e) Langvakter gir bedre behandling og oppfølging av pasienter

	<b>Alle</b>
Helt uenig	12 %
Litt uenig	12 %
Verken enig eller uenig	15 %
Litt enig	20 %
Helt enig	16 %
Vet ikke	10 %
Ikke relevant	16 %
<i>N</i>	294

f) Langvakter gir bedre trivsel blant de ansatte

	<b>Alle</b>
Helt uenig	13 %
Litt uenig	11 %
Verken enig eller uenig	20 %
Litt enig	11 %
Helt enig	9 %
Vet ikke	22 %
Ikke relevant	14 %
<i>N</i>	295

g) Langvakter gir bedre oppgavedeling

	<b>Alle</b>
Helt uenig	15 %
Litt uenig	11 %
Verken enig eller uenig	18 %
Litt enig	14 %
Helt enig	10 %
Vet ikke	16 %
Ikke relevant	16 %
<i>N</i>	290

h) Langvakter ville gitt meg mer fleksibilitet i min hverdag

	<b>Alle</b>
Helt uenig	18 %
Litt uenig	7 %
Verken enig eller uenig	11 %
Litt enig	14 %
Helt enig	19 %
Vet ikke	12 %
Ikke relevant	20 %
<i>N</i>	295

i) Langvakter forenkler rapportering mellom vaktskifter og gir en bedre flyt i arbeidet

	<b>Alle</b>
Helt uenig	12 %
Litt uenig	8 %
Verken enig eller uenig	15 %
Litt enig	19 %
Helt enig	16 %
Vet ikke	14 %
Ikke relevant	18 %
<i>N</i>	296

**Spørsmål 18: Opplever du at det er utfordrende at andre ansatte ved din seksjon/avdeling jobber langvakter?** Prosentvis fordeling. [Spørsmålet gis kun til de som har svart at de verken deltok i ordningen i sommer og at nåværende turnus ikke inkluderer langvakter]

	<b>Alle</b>
Ikke i det hele tatt	21 %
I noen grad	22 %
I stor grad	6 %
Ikke relevant (for eksempel fordi ingen andre jobber langvakter)	43 %
Vet ikke	8 %
<i>N</i>	302

**Spørsmål 19: Kan du utdype hvorfor det oppleves som utfordrende?** [Spørsmålet gis kun til de som har svart «I stor grad» eller «I noen grad» (spørsmål 41)]

*Fritekstsvar utelatt av hensyn til personvern.*

**Spørsmål 20: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om langvakter?** Prosentvis fordeling. [Spørsmålet gis kun til de som har svart at de enten jobbet langvakter i sommer (i eller utenfor ordningen) eller at nåværende turnus inkluderer langvakter]

a) Jeg er fornøyd med min arbeidstidsordning

	<b>Alle</b>
Helt uenig	3 %
Litt uenig	9 %
Verken enig eller uenig	6 %
Litt enig	28 %
Helt enig	52 %
Vet ikke	1 %
Ikke relevant	1 %
<i>N</i>	234

b) Det er mer belastende å jobbe helg med langvakter enn tredelt turnus

	<b>Alle</b>
Helt uenig	30 %
Litt uenig	14 %
Verken enig eller uenig	12 %
Litt enig	15 %
Helt enig	22 %
Vet ikke	3 %
Ikke relevant	3 %
<i>N</i>	235

c) Jeg er mer sliten etter en langvakt enn en ordinær vakt

	<b>Alle</b>
Helt uenig	16 %
Litt uenig	12 %
Verken enig eller uenig	10 %
Litt enig	27 %
Helt enig	33 %
Vet ikke	1 %
Ikke relevant	1 %
<i>N</i>	225

d) Langvakter gjør at den totale arbeidsbelastningen føles lavere

	<b>Alle</b>
Helt uenig	6 %
Litt uenig	12 %
Verken enig eller uenig	15 %
Litt enig	27 %
Helt enig	34 %
Vet ikke	5 %
Ikke relevant	1 %
<i>N</i>	232

e) Langvakter gir bedre trivsel blant de ansatte

	<b>Alle</b>
Helt uenig	3 %
Litt uenig	10 %
Verken enig eller uenig	28 %
Litt enig	23 %
Helt enig	24 %
Vet ikke	11 %
Ikke relevant	1 %
<i>N</i>	235

f) Langvakter oppleves helsefremmende

	<b>Alle</b>
Helt uenig	11 %
Litt uenig	18 %
Verken enig eller uenig	20 %
Litt enig	22 %
Helt enig	24 %
Vet ikke	5 %
Ikke relevant	1 %
<i>N</i>	233



g) Langvakter gir bedre oppgavedeling

	<b>Alle</b>
Helt uenig	5 %
Litt uenig	14 %
Verken enig eller uenig	26 %
Litt enig	26 %
Helt enig	23 %
Vet ikke	3 %
Ikke relevant	3 %
<i>N</i>	234

h) Langvakter gir mer fleksibilitet i min hverdag

	<b>Alle</b>
Helt uenig	6 %
Litt uenig	8 %
Verken enig eller uenig	9 %
Litt enig	21 %
Helt enig	52 %
Vet ikke	3 %
Ikke relevant	1 %
<i>N</i>	233

i) Jeg opplever at turnusordning med langvakter har positiv innvirkning på min fritid og hjemmesituasjon

	<b>Alle</b>
Helt uenig	9 %
Litt uenig	8 %
Verken enig eller uenig	8 %
Litt enig	19 %
Helt enig	49 %
Vet ikke	4 %
Ikke relevant	2 %
<i>N</i>	234

j) Pauser (60 minutter sammenhengende og 30 minutter) avvikles uten avvik ved langvakter

---

	<b>Alle</b>
Helt uenig	34 %
Litt uenig	22 %
Verken enig eller uenig	10 %
Litt enig	17 %
Helt enig	11 %
Vet ikke	5 %
Ikke relevant	1 %
<i>N</i>	233

---

k) Langvakter forenkler rapportering mellom vaktskifter og gir en bedre flyt i arbeidet

---

	<b>Alle</b>
Helt uenig	7 %
Litt uenig	13 %
Verken enig eller uenig	18 %
Litt enig	25 %
Helt enig	29 %
Vet ikke	6 %
Ikke relevant	3 %
<i>N</i>	233

---

l) Det er enklere å sørge for nødvendig kompetanse på jobb ved bruk av langvakter

	<b>Alle</b>
Helt uenig	6 %
Litt uenig	7 %
Verken enig eller uenig	30 %
Litt enig	22 %
Helt enig	22%
Vet ikke	11 %
Ikke relevant	3 %
<i>N</i>	232

**Spørsmål 21: Hvordan opplever du din nåværende arbeidsbelastning?** Prosentvis fordeling.

	<b>Alle</b>
Jeg har for stor arbeidsbelastning	26 %
Jeg er tilfreds med min arbeidsbelastning	68 %
Jeg har for liten arbeidsbelastning	1 %
Vet ikke	5 %
<i>N</i>	544

## Vedlegg B Intervjuguider

## Vedlegg C Fordeling av seksjoner

Flere analyser av resultater fra spørreundersøkelsen er stratifisert etter hvilken seksjon de ansatte jobber i. Det er totalt for mange seksjoner representert til at det er hensiktsmessig å vise resultater per seksjon for hver klinikk<sup>9</sup>. I tillegg er det få respondenter per seksjon, noe som gjør resultatene sårbare for naturlig variasjon. For å øke validiteten og av hensyn til personvern (få respondenter) er respondenter fra seksjoner som er forventet å ha tilsvarende arbeidshverdag samlet i en overordnet kategori av seksjoner. Hvilke seksjoner som inngår i hver kategori av seksjoner er presentert i tabellen under.

Seksjon kategori	Faktisk seksjon	Avdeling	Klinikk
Akuttmottak	Akuttmottak	Medisinsk avdeling	Bærum sykehus
	Akuttmottak / Obs post	Akuttmottak	Drammen sykehus
	Akuttmottak – akutt og mottaksmedisin – leger	Akuttmottak	Drammen sykehus
	Akuttmottak	Medisinsk avdeling	Kongsberg sykehus
	Akuttmottak	Kirurgiske avdelinger	Ringerike sykehus
Anestesi	Anestesi	Anestesi, intensiv, operasjon (AIO)	Bærum sykehus
	Anestesi	Anestesi, intensiv, operasjon (AIO)	Drammen sykehus
	Anestesi	Kirurgisk avdeling	Kongsberg sykehus
	Anestesi	Kirurgiske avdelinger	Ringerike sykehus
Føde, barsel og gynekologi	Føde og barsel	Gynekologi, fødselshjelp og plastikk kirurgi	Bærum sykehus
	Gynekologisk	Gynekologi, fødselshjelp og plastikk kirurgi	Bærum sykehus
	Barselseksjonen	Gynekologi og fødselshjelp	Drammen sykehus
	Fødeseksjonen	Gynekologi og fødselshjelp	Drammen sykehus
	Gynekologi og føde - leger	Gynekologi og fødselshjelp	Drammen sykehus
	Føde og gynekologi	Kirurgisk avdeling	Kongsberg sykehus
	Kvinne / barn	Kirurgiske avdelinger	Ringerike sykehus
Intensiv	Intensiv	Anestesi, intensiv, operasjon (AIO)	Bærum sykehus
	Intensiv	Anestesi, intensiv, operasjon (AIO)	Drammen sykehus
	Nyfødt intensivseksjon	Barne- og ungdomsavd	Drammen sykehus
	MED Intensiv	Medisinsk avdeling	Drammen sykehus
	Intensiv	Kirurgisk avdeling	Kongsberg sykehus

<sup>9</sup> For en fullstendig oversikt over klinikkene i Vestre Viken HF, se <https://www.vestreviken.no/48d676/siteassets/documents/organisasjonskart-for-vestre-viken.pdf>

<b>Seksjon kategori</b>	<b>Faktisk seksjon</b>	<b>Avdeling</b>	<b>Klinikk</b>
	Intensiv	Kirurgiske avdelinger	Ringerike sykehus
	Revmatologisk seksjon	Nevro/revma/reHab (NRH)	Drammen sykehus
Nevro/revma/reHab (NRH)	Nevrologisk seksjon	Nevro/revma/reHab (NRH)	Drammen sykehus
	Nevromuskulær seksjon	Nevro/revma/reHab (NRH)	Drammen sykehus
	Operasjon	Anestesi, intensiv, operasjon (AIO)	Bærum sykehus
Operasjon	Operasjon	Anestesi, intensiv, operasjon (AIO)	Drammen sykehus
	Operasjon	Kirurgisk avdeling	Kongsberg sykehus
	Operasjon/sterilsentral	Kirurgiske avdelinger	Ringerike sykehus
	Øyeavdelingen	Kirurgisk avdeling	Drammen sykehus
	Medisinsk poliklinikk	Medisinsk avdeling	Bærum sykehus
	Dagbehandling dialysen	Medisinsk avdeling	Bærum sykehus
	Dagkirurgen	Kirurgisk avdeling	Bærum sykehus
	Dagkirurgisk seksjon	Anestesi, intensiv, operasjon (AIO)	Drammen sykehus
	Kirurgisk poliklinikk	Kirurgisk avdeling	Drammen sykehus
	Habiliteringssenteret	Nevro/revma/reHab (NRH)	Drammen sykehus
Poliklinikk/dagbehandling	Kontortjeneste NRH	Nevro/revma/reHab (NRH)	Drammen sykehus
	ØNH operasjon og poliklinikk	Øre-Nese-Hals (ØNH)	Drammen sykehus
	Medisinsk dagbehandling	Medisinsk avdeling	Kongsberg sykehus
	HSS poliklinikk	Hallingdal sjukestugu	Ringerike sykehus
	Dialyse	Medisinske avdelinger	Ringerike sykehus
	Brystdiagnostisk senter	Kirurgisk avdeling	Drammen sykehus
	Barne- og ungdomsseksjonen, dagbehandling	Barne- og ungdomsavd	Drammen sykehus
	Postoperativ	Anestesi, intensiv og operasjon (AIO)	Bærum sykehus
Sengepost	Generell indremedisinsk sengepost	Medisinsk avdeling	Bærum sykehus
	Hjerte/lunge seksjonen sengepost	Medisinsk avdeling	Bærum sykehus
	Infeksjon sengepost/poliklinikk	Medisinsk avdeling	Bærum sykehus

<b>Seksjon kategori</b>	<b>Faktisk seksjon</b>	<b>Avdeling</b>	<b>Klinikk</b>
	Infeksjonsseksjonen – leger	Medisinsk avdeling	Bærum sykehus
	Kirurgisk sengepost (K2)	Kirurgisk avdeling	Bærum sykehus
	Observasjonsposten	Medisinsk avdeling	Bærum sykehus
	Ortopedisk sengepost	Ortopedi	Bærum sykehus
	Seksjon for geriatri, slag og rehab - Sengepost/poliklinikk	Medisinsk avdeling	Bærum sykehus
	Barne- og ungdomsseksjonen	Barne- og ungdomsavd	Drammen sykehus
	Kirurgisk post 2 (K2)	Kirurgisk avdeling	Drammen sykehus
	Kirurgisk post 1 (K1) / SDI-enheten	Kirurgisk avdeling	Drammen sykehus
	MED 1	Medisinsk avdeling	Drammen sykehus
	MED 2	Medisinsk avdeling	Drammen sykehus
	MED 3	Medisinsk avdeling	Drammen sykehus
	Ortopedisk sengepost/ pol	Ortopedi	Drammen sykehus
	ØNH kirurgisk post (K3)	Øre-Nese-Hals (ØNH)	Drammen sykehus
	Sengepost A	Medisinsk avdeling	Kongsberg sykehus
	Sengepost B	Medisinsk avdeling	Kongsberg sykehus
	Sengetun 2.etasje	Kirurgiske avdelinger	Ringerike sykehus
	Sengetun 3.etasje	Medisinske avdelinger	Ringerike sykehus
	Sengetun 4.etasje	Medisinske avdelinger	Ringerike sykehus
	HSS Sengeavd. Og dialyse	Hallingdal sjukestugu	Ringerike sykehus
PHR	PHR	PHR	PHR
Medisinsk diagnostikk	Bilddiagnostikk		
	Laboratoriemedisin		

## Vedlegg D Beregning av årsverk ved ulike turnusordninger

Under ligger en utvidet beregning av årsverk ved ulike turnusordninger. Tabell D-1 angir timebehovet per uke for en avdeling med et minimums bemanningsbehov for 12 på dagtid, 6 på kveld og 3 på natt. For langvakt legger man til grunn at den bemanningen på oppfylles til enhver tid. Avdelingen har samme bemanningsbehov hverdag og helg. I Tabell D-2 brukes behovet for ansatte per helg til å anslå antall ansatte (=årsverk). Antall ansatte gir det totale antallet timer avdelingen må bruke for å tilby alle 100 prosent stilling.

Sentrale antagelser:

- Null fravær (verken ferie eller sykefravær)
- For tredelt turnus er en dagvakt 8 timer, en kveldsvakt 7,5 timer og en nattevakt 10 timer
- For langvakter er både dagvakt og nattevakt 12 timer
- Alle ansatte jobber 100 prosent
- Et årsverk er 1 846 timer
- Antall ansatte avgjøres av hvor mange som trengs for å dekke helgene. I tilfellet med tredelt turnus og arbeid hver tredje helg, ser man at man trenger 21 ansatte for å dekke en helg. Med arbeid hver tredje helg blir det totalt 63 ansatte.

Tabell D-1 Bemanningsbehov ved ulike turnusordninger

<b>Tredelt turnus.</b>						
	Hverdag			Helg		
	Tredelt turnus	Langvakt	Minimum timer per uke (5 dager)	Tredelt turnus	Langvakt	Minimum timer per uke (2 dager)
Dag	12	-	480	12	-	192
Kveld	6	-	225	6	-	90
Natt	3	-	150	3	-	60
Totale timer per uke			855			342

<b>Langvakter hverdag og helg</b>						
	Hverdag			Helg		
	Tredelt turnus	Langvakt	Minimum timer per uke (5 dager)	Tredelt turnus	Langvakt	Minimum timer per uke (2 dager)
Dag	-	12	720	-	12	288
Kveld	-	-	-	-	-	-
Natt	-	3	180	-	3	72
Totale timer per uke			900			360



### Kun langvakter i helg

	Hverdag			Helg		
	Tredelt turnus	Langvakt	Minimum timer per uke (5 dager)	Tredelt turnus	Langvakt	Minimum timer per uke (2 dager)
Dag	12	-	480	-	12	288
Kveld	6	-	225	-	-	-
Natt	3	-	150	-	3	72
Totale timer per uke			855			360

### Kombinasjon av langvakter og tredelt turnus

	Hverdag			Helg		
	Tredelt turnus	Langvakt	Minimum timer per uke (5 dager)	Tredelt turnus	Langvakt	Minimum timer per uke (2 dager)
Dag	6	6	600	6	6	240
Kveld	3	-	112,5	3	-	45
Natt	-	3	150	-	3	72
Totale timer per uke			892,5			357

Tabell D-2 Årsverk og overskudd av timer i hverdag for ulike kombinasjoner av turnus og helgefrequens

	Antall ansatte (=antall årsverk)	Sum timer (35,5 timer / uke)	Helgetimer per år per ansatt	Minimum timer hverdag per år (52 uker)	Overskudd timer hverdag (årsverk)
<b>Tredelt turnus</b>					
Arbeid hver tredje helg	63	116 298	282,3	44 460	54 054 (29)
<b>Langvakter hverdag og helg</b>					
Arbeid hver tredje helg	45	83 070	416	46 800	17 550 (9,5)

---

**Langvakter****hverdag og helg**Arbeid hver fjerde  
helg

60

110 760

312

46 800

45 240 (25)

**Kun langvakter i****helg**Arbeid hver fjerde  
helg

60

110 760

312

44 460

47 580 (26)

**Kombinasjon av****langvakter og****tre delt turnus**Arbeid hver tredje  
helg

54

99 684

343,8

46 410

34 710 (19)

---

**Note:** sum timer betegner det totale antallet timer ansatte har krav på ved 100 prosent stilling. Minimumstimer hverdag er det antallet timer man får i hverdag i løpet av et år dersom man legger minimumsbemanningen i Tabell D-1 til grunn. Summen av minimum timer hverdag og overskudd timer hverdag blir det totale antallet timer som brukes for å bemanne hverdager, gitt minimumsbemanning i helgen.

 **economics**

[www.osloeconomics.no](http://www.osloeconomics.no)

E-post og telefon:  
[post@osloeconomics.no](mailto:post@osloeconomics.no)  
+47 21 99 28 00

Besøksadresse:  
Klingenberggata 7A  
0161 Oslo

Postadresse:  
Postboks 1562 Vika  
0118 Oslo

Dato: 21. Mars 2025

Saksbehandler: Morten  
Støldal

## Saksfremlegg

### Statusrapport Nytt sykehus Drammen

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styret i VVHF	30/2025	31.03.25

### Forslag til vedtak

Styret tar statusrapport om nytt sykehus i Drammen til orientering

Drammen, 24. mars 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 Styret i Vestre Viken.

**Saksutredning**

I denne perioden er Samlet plan komplettert, blant annet med opplæring av klinisk personell, beredskap og spesialområder. Tidsplan for sertifisering av blodbank er også ferdigstilt. Plan for kritiske områder som krever myndighetsgodkjenning før ibruktakelse er under utarbeidelse. Det arbeides aktivt med ned- og opptrappingsplan for klinisk virksomhet. Det er på nåværende tidspunkt 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 viktige milepæler. Det er særlig viktig at opplæring av personell og testing har stor oppmerksomhet for å sikre en god ibruktakelse.

**Vedlegg:**

1. Samlet plan Statusrapport februar 2025
2. Aktivitets- og milepælsplan
3. Vestre Vikens aktiviteter og milepæler
4. Parathetslogg oppdatert 12. mars (uttrekk av risikoområder)

Prosjekt:

# Nytt sykehus i Drammen

Tittel

## **STATUSRAPPORT** **Februar 2025** (cut-off 23.02.2025)

### **Samlet plan**

# Innholdsfortegnelse

1. Innledning .....	3
2. Sammendrag.....	3
3. Viktige milepæler .....	3
4. Status aktiviteter .....	3
4.1 Status tester .....	5
5. Eierskifte .....	6
5.1 Myndighetsforhold .....	7
6. Status aktiviteter for VV HF .....	7
6.1 Kommunikasjon .....	8
6.2 Opplæring .....	8
6.3 Test.....	8
6.4 Flytting.....	8
6.5 Ibruktakelse .....	8
7 Status aktiviteter for Sykehuspartner .....	9
7.1 Status prosjektdrift .....	9
7.2 Status ekstra oppstartsstøtte .....	10
7.3 Status eierskifte og overlevering til Sykehuspartner HF .....	10
8 Status Sykehusapoteket.....	10
9 Risikoforhold.....	10

Vedlegg 1: Aktivitets- og milepælsplan

Vedlegg 2: Vestre Vikens aktiviteter og milepæler

Vedlegg 3: Parathetslogg

## 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 ble det utført en 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 denne perioden er Samlet plan komplett, eksempelvis opplæring av klinisk personell, beredskap og spesialområder. Tidsplan for sertifisering av blodbank er også ferdigstilt. Planer for kritiske områder som krever myndighetsgodkjenning før ibruktakelse er under utarbeidelse. Det arbeides aktivt med ned- og opptrappingsplan for klinisk virksomhet. Det er på nåværende tidspunkt 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, kjeller etg.	01.04.25	
Eierskifte 2: Poliklinikkbygg E og D og 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	

## 4. Status aktiviteter

Byggeprosjektet er inne i en hektisk uttestingfase hvor det slutføres 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 og fokus nå er 100 % for eierskifte 1.

04.03.25 ble det utført fullskala test av sikker strømforsyning til sykehuset. Testen ble gjennomført med Glitre Nett, Å Energi, Drammen fjernvarme (DF) samt PNSD. Testen verifiserte at NSD har redundans i normalkraftforsyning, samt sikker innkopling av reservekraft (fra energisentral). Å Energi er nå i status prøvedrift.

Prøvedrift (tekniske anlegg, infrastruktur):

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. Perioden for avtalefestet prøvedrift løper f.o.m. eierskifter. 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.

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 ibruktakelse (KIB). Det er viktig at teknisk drift i VVHF er aktiv/delaktig i prøvedriften frem mot KIB.

IKT:

Tilpasningsprosjektet for laboratoriesystemer har i samarbeid med lab på VVHF flyttet 3 planlagte SAT fra mars til mai/juni. Datoene er flyttet fordi utstyret som er del av SAT ikke er klart til U7 SAT på de opprinnelige datoene:

Opprinnelig var det planlagt SAT for 7501 (EPJ/DIPS) 11.03, mhp. forutsetninger for IST-tester i forkant av eierskifte 1. Formell SAT må replanlegges på bakgrunn av avklaringer knyttet til organisasjonsendringer, men forutsetninger for IST-tester blir ivaretatt.

Tidspunkt for integrert systemtest for bildediagnostikk er flyttet nærmere eierskifte 2 (medio mai) for å hensynta sene utstyrsleveranser.

Forsinkelse av leveranse av betalingsdelen for radiologi fra regionalt Helselogistikk-prosjekt vil ha påvirkning på testplan for helselogistikk og integrerte systemtester. Forholdet er eskalert og følges opp i Samarbeidsmøte IKT.

DIPS har formidlet kontrabeskjedd ift. deres mulighet til å tilby leveranse av ønsket integrasjon med sporingssystem for sterilsentral. Forholdet er eskalert og følges opp i Samarbeidsmøte IKT. Planlagt SAT av varsler til Helselogistikk fra SD, rørpost og AGV er forsinket grunnet avhengighet til SAT av underliggende tekniske systemer. SIT pågår, men SAT vil sannsynligvis gjennomføres i mars.

Forsinkelse av VLAN-etablering påvirker oppkobling av en del funksjonsutstyr, som videre har forsinkende effekt på U7-leveranser. Dette gjelder eksempelvis multimediaarkiv. Det er iverksatt styrket bemanning for å fjerne flaskehalsen.

Cisco spaces-leveransen fra MONET er forsinket, som videre påvirker fremdriften til etablering og testing av aktiv sporing. Tiltak er identifisert og gjennomført med tilsynelatende, men ikke definitivt, bekreftet adekvat effekt.

Regional EEG (GSD og NSD) – besluttet ikke videreført. Prosjektet vil vurdere hvordan regionens utstyrsbehov kan ivaretas i interimperioden frem til ny EEG løsning er på plass. 7591 håndterer planlegging av alternativ tilnærming i form av medflytt av eksisterende utstyr.

## 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. IST (integreerte system tester) Status 13.03.25:

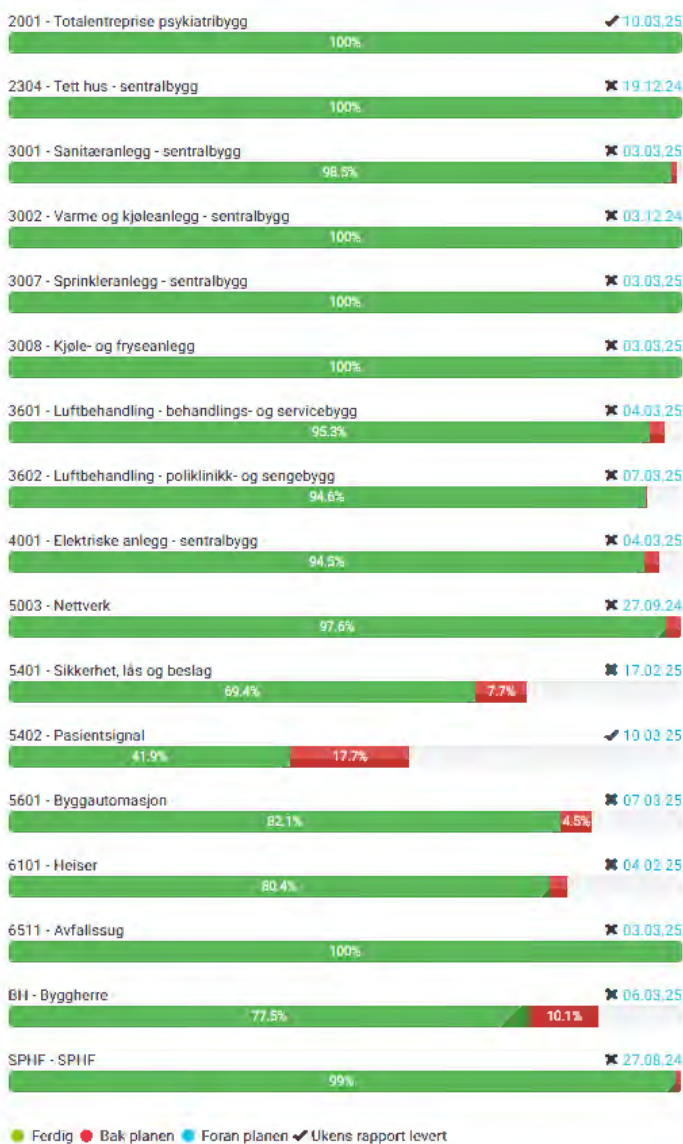
Integreerte systemtester NSD		Start	Slutt	Ansvar	Planlagt	Faktisk
IST	Integreerte systemtester	18.11.24	13.06.25		68.6	55.7
IST.100	⊕ Kjeller (M) (Fellessystemer)	25.03.25	31.03.25		0	0
IST.110	⊕ Adkomstbygg (K)	18.11.24	31.01.25		100	66.7
IST.121	⊕ Behandling øst (A)	16.12.24	11.04.25		78	64.1
IST.122	⊕ Behandling vest (B)	16.12.24	16.05.25		58.7	48.7
IST.131	⊕ Psykiatribygg 1 (F)	27.01.25	21.03.25		25	75
IST.132	⊕ Psykiatribygg 2 (G)	27.01.25	31.01.25		100	80
IST.133	⊕ Psykiatribygg 3 (H)	27.01.25	31.01.25		100	100
IST.140	⊕ Servicebygg (C)	27.01.25	21.03.25		82.6	30.4
IST.151	⊕ Poliklinikkbygg (E)	25.11.24	21.03.25		92.3	76.9
IST.152	⊕ Poliklinikkbygg (D)	10.02.25	28.04.25		88.9	44.4
IST.161	⊕ Sengebygg øst (A)	16.12.24	06.06.25		37.5	37.5
IST.162	⊕ Sengebygg vest (B)	16.12.24	13.06.25		23.1	23.1

Avvik i:

- Adkomstbygget er tester som sjekkes ut tverrfaglig mot infrastruktur (avhengighet til systemer i behandlingsbygg).
- Poliklinikk er i hovedsak "retesting" av romkontroll (5601), er planlagt og blir slutført før eierskifte.
- Behandlingsbygg er LAB og spesial avtrekkssystemer
- Servicebygg skyldes forsinket ferdigstilling av AGV.

## SAT for tekniske systemer:

## Status fremdrift og rapportering



Oversikten viser "live" ferdiggrad. Vektet på dager.

Alle SAT tester som er ferdig er godkjente. De tester som innehar avvik er således medårsak til oven nevnte avvik. Vi sliter med LAB, ventilasjon og apoteket m.t.p. regulering og tilbakemelding fra entreprenør/ SAT tester. Pasientsignalanlegget er forsinket grunnet manglende ferdigstillelse fra 5401 i sengebygg og prioritering av IST i Psykiatri.

BH avvik er manglende godkjenning i systemet.

## 5. Eierskifte

PNSD har forberedt overtagelsesbefaringer med respektive entreprenører i Poliklinikk D og E slik at disse er tilnærmet ferdig til 01.04. Eierskifte for poliklinikk E og D er avtalt til 19.05. Eierskifter er således tilrettelagt og planlagt som følger:



## 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. Dette er nå sendt kommunen for behandling.

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 VVHF

I den siste perioden har planene for VVHF blitt ytterligere detaljert for de fleste av områdene. Mange av disse aktivitetene påvirker ikke andre aktører og er derfor ikke lagt inn i Samlet plan.

Det er høy aktivitet i prosjektet, noe som fører til prioritering av deltakelse i blant annet befaringer og testaktiviteter. Den stramme tidslinjen for test og verifisering før eierskifte gjør prosjektet avhengig av rask responstid på beslutninger fra klinikkene, når flere av PNSD sine aktiviteter er avhengig av denne. Det samme gjelder for VVHF.

## 6.1 Kommunikasjon

Det er utarbeidet en god kommunikasjonsplan for å ivareta kommunikasjonsbehovet ut mot ansatte, pasienter, pårørende og samarbeidspartnere for å trygge alle parter inn mot innflytting i nytt sykehus.

## 6.2 Opplæring

Grunnkurs i nytt sykehus ble tildelt alle ansatte 3. mars. I tillegg ble Digital bli-kjent modul tilgjengelig. Formålet med denne fasen er at alle skal bli kjent med sin nye arbeidsplass. Februar gikk med til utarbeidelse for denne lanseringen.

Utarbeidelse av opplæringsmateriell for mobil arbeidsflate er påstartet og skal slutføres i løpet av mars.

## 6.3 Test

I februar har VV-NSD koordinert bordtester, som har synliggjort områder som trenger avklaringer fra klinikkene. Herunder f. eks oppgavedeling.

Integrerte systemtester (IST) og virksomhetstester (VIT) vil kreve deltakelse fra riktige ressurser fra klinikkene, og det er viktig å få tydeliggjort dette for de involverte. Det er etablert en arena for å ivareta denne kommunikasjonen.

## 6.4 Flytting

Flyttehåndbok er ferdigstilt og publisert. Hensikten med flyttehåndboken er å avklare detaljer rundt fysisk flytting, herunder f. eks metodikk og ansvar.

Planlagte aktiviteter for flytting er på plan.

## 6.5 Ibruktakelse

### 6.5.1 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 ferdigstilling av flytteplaner.

### 6.5.2 Oppstartstøtte

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 er enighet med involverte parter, at det er viktig å få opprettet et team for oppstartstøtte. Det jobbes fortsatt med organisering og detaljerte planer. Det oppleves som risikoreduserende for alle parter med en slik støtte.

### *6.5.3 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 som må sertifiseres før ibruktakelse. 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.

### *6.5.4 Klinisk prøvedrift*

Det er påbegynt et arbeid med planer for klinisk prøvedrift for kritiske funksjoner i nytt sykehus, herunder operasjon

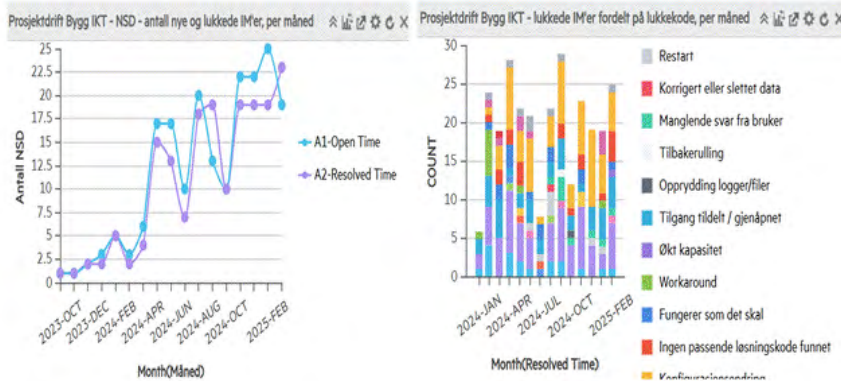
## **7 Status aktiviteter for Sykehuspartner**

### **7.1 Status prosjektdrift**

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 februar ble det registrert fem telefonhenvendelser og 21 IM-saker ble åpnet av brukerservice, som betjener telefon og e-post. Av disse 26 sakene ble 25 lukket. 1 sak gjenstår å få løst.

Prosjektdrift opererer med en dashbordvisning fra Sykehuspartners Service manager:

## PROSJEKTDRIFT BYGG IKT- DASHBOARD I SM



### 7.2 Status ekstra oppstartsstøtte

Rammene for Operativ plan er ferdig. Ressursbehov/bemanningsplan for ELS riggen og ekstraressurser for beredskap er avhengig av status på de ulike leveransene og blir oppdatert fortløpende. Det arbeides med å få på plass status med hensyn på systemtilpasset ELS og Inn-/utgangskriterier.

### 7.3 Status eierskifte og overlevering til Sykehuspartner HF

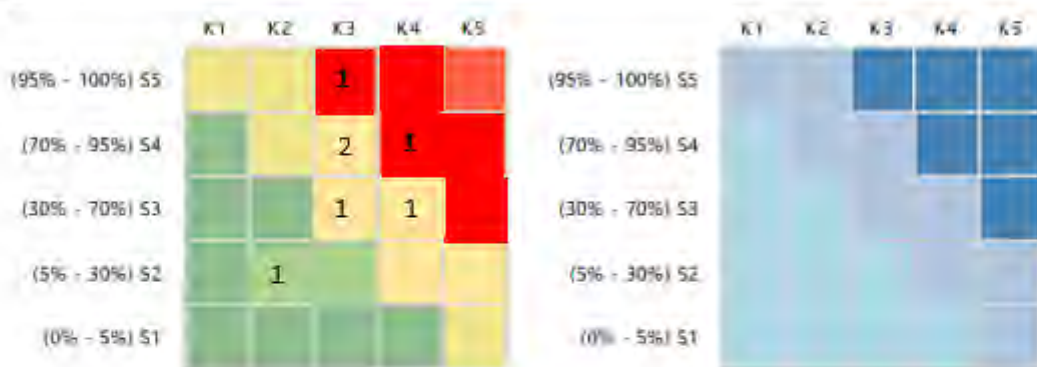
SPHF overleveringsansvarlig arbeider med plan for overlevering til eierskifter og til KIBer. Dette arbeidet er på plan. Det gjenstår noe arbeid fra VVHF å sikre tilsvarende der det er delt eller helt ansvar for drift og forvaltning hos VVHF.

## 8 Status Sykehusapoteket

Varelagerrobot i publikumsutsalg ble ferdigstilt i perioden. Montasje av tilsvarende utstyr i sykehusekspedisjon pågår. Oppstart rengjøring av lokaler før start validering er planlagt til 19.03. Denne dato er truet av forsinket innregulering av ventilasjon i rentrom. Det er beregnet tid for retesting i fremdriftsplanen til Sykehusapoteket.

## 9 Risikoforhold

Se vedlagt riskoliste fra PNSD og parathetslogg oppdatert etter møte 12.03.25 (vedlegg 3).



### Status per 14.03.2025

O, F, og N: Henviser til gjennomførte konsekvensvurdering, og følger utviklingen av risikoen iht. gjennomføring av tiltak. O – opprinnelig. F – foregående, N – nåværende status

ID Tittel	Beskrivelse / Vurderingskommentar	Ansvarlig	Saker / tiltak	Ekspontert til
<b>11990</b> 	<b>Vesentlig ikke-utprøvd Helselogistikk/mobilitets-funksjonalitet til NSD</b> Erfaring med Helselogistikk-løsningen tilsier at svært mye funksjonalitet defineres/påvirkes av konfigurasjon og oppsett, noe som indikerer et vesentlig testomfang av løsningen slik den settes opp og konfigureres for nytt sykehus. (Behov for omfattende regresjonstest med NSD-konfig.)	Jens M Gleditsch	<b>Tittel tiltak:</b>  <b>Beskrivelse oppdatert: 09.03.2025</b> Det er i hovedsak god fremdrift knyttet til tekniske forutsetninger for utvidelse av pilotering. Imidlertid sees økende risiko knyttet til kvalitet og omfang i opplæringsmaterieil og tilstrekkelig med tid til opplæring av sluttbrukere, som kan medføre feil bruk av løsningene ved KIB. Det erfares utfordringer med mobilisering av opplærings-/superbrukerressurser ifb. utvidelse av pilot.	
<b>11988</b> 	<b>Leveranse av nødstrøm til sykehuset</b> 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.	Torstein Tveiten	<b>Tittel tiltak:</b>  <b>Beskrivelse oppdatert: 11.03.2025</b> Fullskalatest mellom Drammen FV, og Å Energi, og NSD er gjennomført og godkjent. Det vil bli utført	



	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 ibruktagelse. Det er avtalt møte på direktørnivå for å sette høyt fokus på fremdriften i dette prosjektet.		<i>tester fortløpende gjennom vår, og sommer, slik at partene får øvd på prosedyrer ved bortfall av strøm</i>	
<b>10202</b> <b>N-F</b> <b>O</b>	<b>Risiko ifm. fremdrift parkeringshus</b> Gjelder oppfyllelse av rekkefølgekrav, til antall parkeringsplasser som skal være på plass før sykehuset åpner.	Erik Nordli	<b>Tittel tiltak:</b>  <b>Beskrivelse oppdatert: 07.03.2025</b> <i>Det er mottatt innsigelser fra naboeiendommene (Mikkelsen og DHP/BaneNOR) på søknad om dispensasjon. Innsigelsene blir kommentert av VVHF og oversendt reguleringsmyndighet. Skal behandles politisk i Drammen kommune 26.03.25 og Lier kommune 01.04.25.</i>	21.05.2025
<b>12366</b> <b>N-F</b> <b>O</b>	<b>For dårlig kommunikasjon, samhandling, ressurstildeling og til dels kompetanse rundt produksjon av konfigurasjonsunderlag med utgangspunkt i DIPS</b> 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	<b>Tittel tiltak:</b>  <b>Beskrivelse oppdatert: 07.03.2025</b> <i>Det var pr. 07.mars enighet om å legge ned "Taskforce". Kommunikasjon og samhandling mellom nødvendige ressurser oppfattes som god.</i>	
<b>10357</b> <b>N-F</b> <b>O</b>	<b>Dersom det regionale Helselogistikk-prosjektet ikke leverer forutsatt funksjonalitet for NSD, vil radiologisk virksomhet ikke ha nødvendig systemstøtte</b>	Jens M. Gleditsch	<b>Tittel tiltak:</b>  <b>Beskrivelse oppdatert: 09.03.2025</b> <i>Funksjonen «Betaling for polikliniske undersøkelser» er ikke levert. Dette er eskalert</i>	

	<p>Det er signaler fra det regionale porteføljestyret at Helseløstikk-prosjektets mandat videre vil være fokusert på å realisere NSD sine behov, spesielt for område C. Samtidig er det restanser som fra R3-24 som ikke er levert og som er viktig for NSD. Dette gjelder spesielt ankomstregistrering og betaling for radiologitimer i Philips Carestream.</p>		<p><i>til ledelsen i Sykehuspartner som følger opp mot leverandøren.</i></p>	
<p><b>12189</b></p> <p><b>N - F</b></p> <p><b>O</b></p>	<p><b>Manglende integrasjon mellom DIPS-T-DOC fører til mindre effektive arbeidsprosesser</b></p> <p>På grunn av at DIPS har gått tilbake på intensjon om å levere tilbud på utvikling/feilretting av integrasjon mellom DIPS og T-DOC, er det en trussel for at denne integrasjonen kun kommer på plass i en form med redusert informasjonsinnhold, noe som vil føre til større grad av manuelle prosedyrer i steriltforsyningen, med videre tap av forutsatt effektiviseringsgevinst og økt fare for feil.</p>	<p>Jens M. Gleditsch</p>	<p><b>Tittel tiltak:</b></p> <p><b>Beskrivelse oppdatert: 09.03.2025</b></p> <p><i>Signaler fra DIPS både direkte og via Sykehuspartners leverandørtjenesteakse er at det ikke er aktuelt å tilby denne funksjonaliteten annet enn som del av et større oppdrag som innebærer ressursstyrking hos leverandør. Det fremstår overveiende sannsynlig at risiko vil inntreffe, og risikooppfølgingen innebærer på dette stadiet forberedelse for dette.</i></p>	<p>30.06.2025</p>
<p><b>12442</b></p> <p><b>N - O</b></p>	<p><b>Dersom VVHF ikke klarer å understøtte behovet for fagressurser og kompetanse, vil det kunne gå ut over leveranseevnen, fremdrift og omfang til åpning av sykehuset</b></p>	<p>Inge Halvorsen</p>	<p><b>Tittel tiltak:</b></p> <p><b>Beskrivelse oppdatert: 11.03.2025</b></p> <p><i>I samlet plan møte 11.03 bekrefter VVHF at det er krevende å mobilisere ressurser til alle oppgaver som krever beslutning og medvirkning fra klinisk personell.</i></p>	

Nytt Sykehus i Drammen

Dokumentnr.: NSD-0101-25-0016

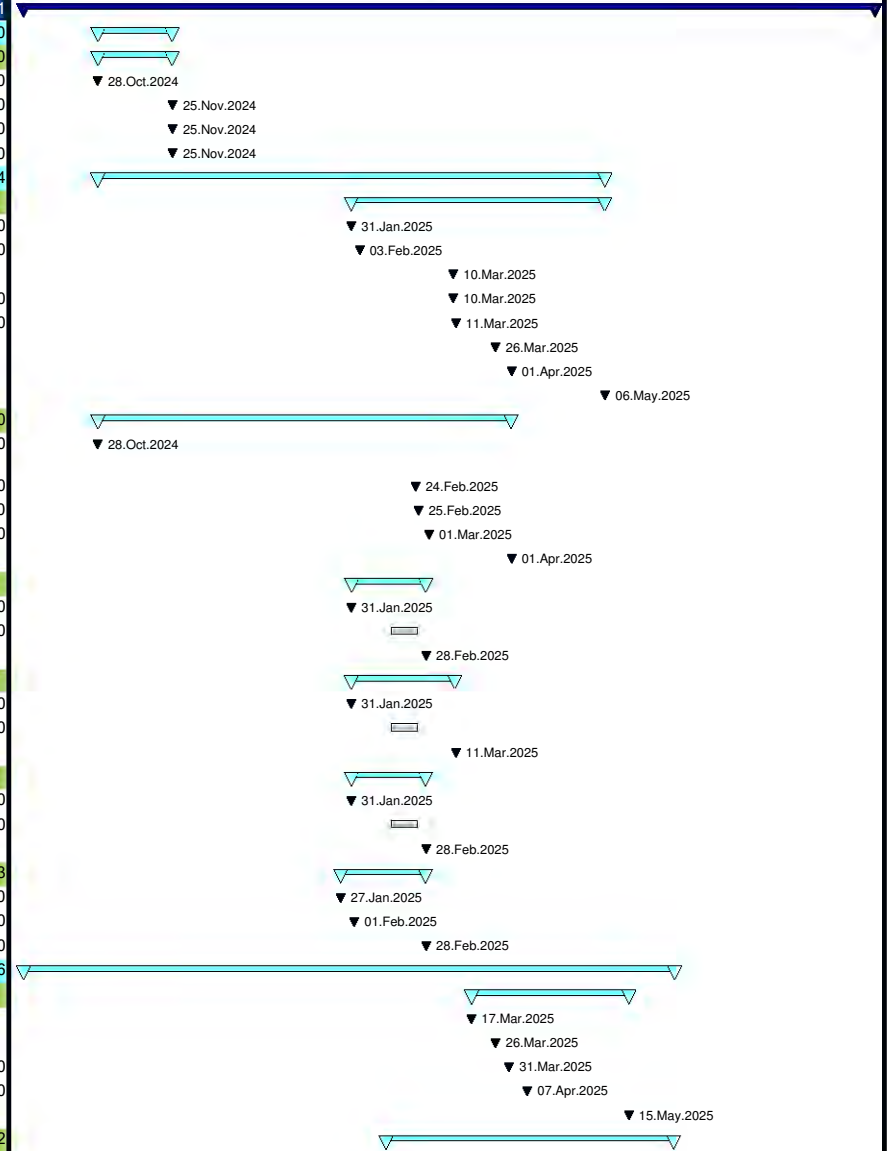
Dato: 14.03.2025

Tittel: Statusrapport samlet plan 2025

Side: 14 av 14

---

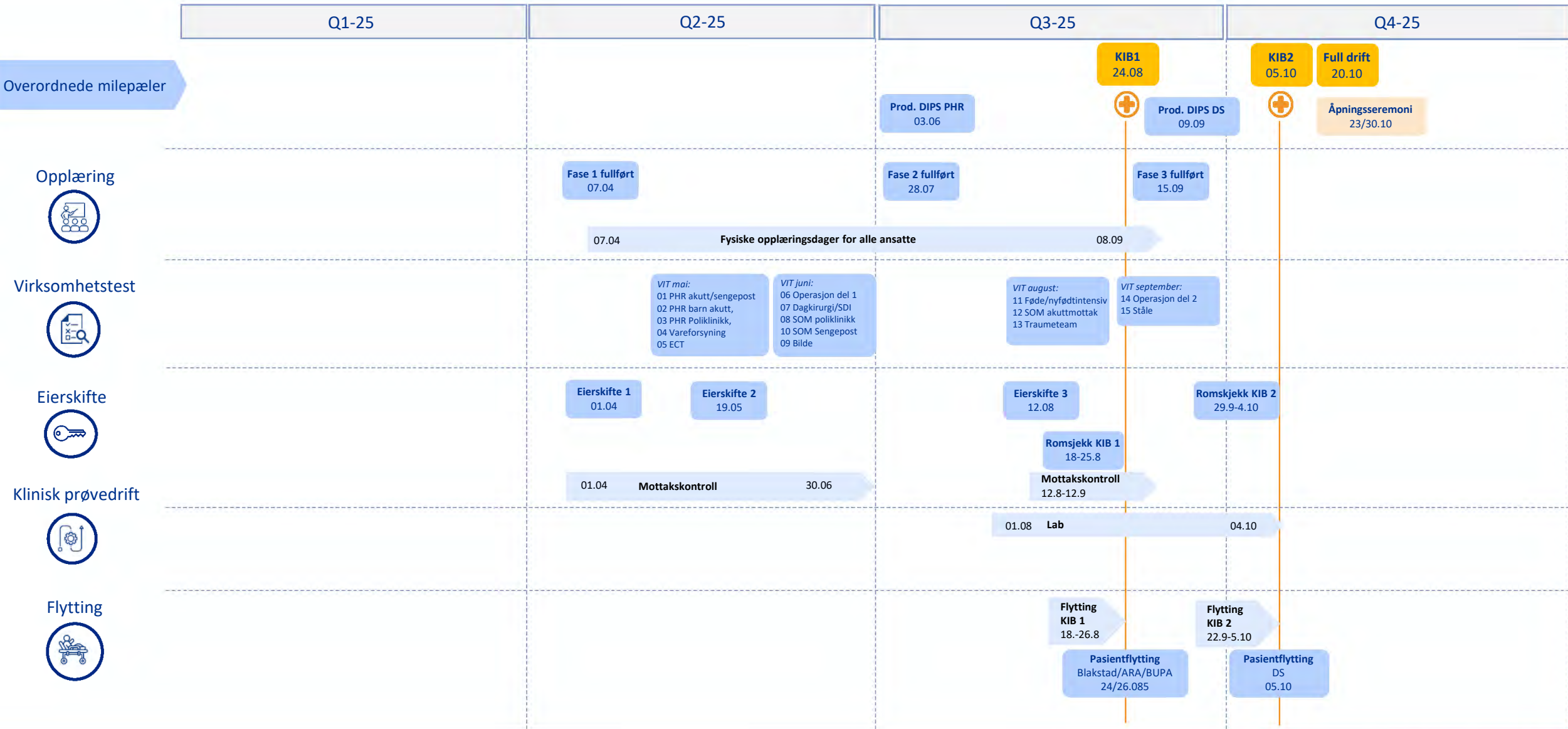
Activity ID	Description	Planlagt start	Planlagt slutt	Planlagt Fremdrift	Virkelig fremdrift	2024				2025			
						Kv4				Kv1	Kv2	Kv3	
01	Premisser og overordnede, styrende milepæler	30.Sep.2024	15.Aug.2025	33,2	50,1								
ES0	Eierskifte 0	28.Oct.2024	25.Nov.2024	100,0	100,0								
110	Adkomstbygg (K)	28.Oct.2024	25.Nov.2024	100,0	100,0								
ES0H-110-F08	ES 0 - Alle SAT/BTU godkjent Bygg 110	28.Oct.2024	28.Oct.2024	100,0	100,0								
ES0H-110-F09	ES 0 - IST BTU godkjent Bygg 110	25.Nov.2024	25.Nov.2024	100,0	100,0								
ES0H-110-F10	ES 0 - IST brann, rømning og sikkerhet Bygg 110	25.Nov.2024	25.Nov.2024	100,0	100,0								
ES0H-110-F11	ES 0 - Klar oppstart Sykehusekspedisjon apotek Bygg 110	25.Nov.2024	25.Nov.2024	100,0	100,0								
ES1	Eierskifte 1	28.Oct.2024	06.May.2025	20,0	66,4								
000	Generelt - bygguavhengig	31.Jan.2025	06.May.2025	25,0									
E1HSF-02	ES 1 - Alle SAT/BTU godkjent - Psykiatribyggene	31.Jan.2025	31.Jan.2025	100,0	96,0								
E1HSF-01	ES 1 - Alle SAT/BTU godkjent - Servicebygget	03.Feb.2025	03.Feb.2025	100,0	93,0								
E1HSF-04	ES 1 - Alle SAT O-IKT godkjent inkludert grensesnitt MTU	10.Mar.2025	10.Mar.2025										
E1HSF-12	ES 1 - Alle SAT/BTU øvrige arealer - (Kjeller)	10.Mar.2025	10.Mar.2025		90,0								
E1HSF-03	ES 1 - Alle IST BTU godkjent	11.Mar.2025	11.Mar.2025		70,0								
E1HSF-05	ES 1 - Ferdig akseptansetest IKT-applikasjoner	26.Mar.2025	26.Mar.2025										
E1HSF-13	ES 1 - Endelig FDV dokumentasjon	01.Apr.2025	01.Apr.2025										
E1HSF-15	ES 1 - Virksomhetstester i regi av VVHF starter	06.May.2025	06.May.2025										
130	Psykiatribyggene	28.Oct.2024	01.Apr.2025	20,0	40,0								
2001-U8-PM6	PM6-System tester/SAT (Slutt-Aksept-Test) - Klart for oppstart integrerte systemtester og prøvedrift	28.Oct.2024	28.Oct.2024	100,0	100,0								
2001-U8-AM11	AM11-FDV-dokumentasjon - Avtales	24.Feb.2025	24.Feb.2025		99,0								
2001-U8-PM7	PM7-Integrerte systemtester	25.Feb.2025	25.Feb.2025		100,0								
2001-U8-PM8	PM8-Full Skala Test (FST)	01.Mar.2025	01.Mar.2025		33,0								
2001-U8-PM9	PM9-Overtakelse	01.Apr.2025	01.Apr.2025										
131	Psykiatribygg 1 (F)	31.Jan.2025	28.Feb.2025										
K1HSF-131-F02	ES 1 - Alle SAT/BTU godkjent bygg 131	31.Jan.2025	31.Jan.2025	100,0	96,0								
K1HSF-131-F04	ES 1 - IST brann, rømning og sikkerhet Bygg 131	15.Feb.2025	24.Feb.2025	90,0	60,0								
K1HSF-131-F03	ES 1 - IST BTU godkjent bygg 131	28.Feb.2025	28.Feb.2025										
132	Psykiatribygg 2 (G)	31.Jan.2025	11.Mar.2025										
K1HSF-132-F02	ES 1 - Alle SAT/BTU godkjent bygg 132	31.Jan.2025	31.Jan.2025	100,0	96,0								
K1HSF-132-F03	ES 1 - IST brann, rømning og sikkerhet Bygg 132	15.Feb.2025	24.Feb.2025	90,0	60,0								
K1HSF-132-F04	ES 1 - IST BTU godkjent bygg 132	11.Mar.2025	11.Mar.2025										
133	Psykiatribygg 3 (H)	31.Jan.2025	28.Feb.2025										
K1HSF-133-F02	ES 1 - Alle SAT/BTU godkjent bygg 133	31.Jan.2025	31.Jan.2025	100,0	96,0								
K1HSF-133-F04	ES 1 - IST brann, rømning og sikkerhet Bygg 133	15.Feb.2025	24.Feb.2025	90,0	60,0								
K1HSF-133-F03	ES 1 - IST BTU godkjent bygg 133	28.Feb.2025	28.Feb.2025										
140	Servicebygg (C)	27.Jan.2025	28.Feb.2025	66,7	33,3								
K1HSF-140-F06	ES 1 - IST brann, rømning og sikkerhet Bygg 140	27.Jan.2025	27.Jan.2025	100,0	100,0								
K1HSF-140-F05	ES 1 - Alle SAT/BTU godkjent bygg 140	01.Feb.2025	01.Feb.2025	100,0	93,0								
K1HSF-140-F08	ES 1 - IST BTU godkjent bygg 140	28.Feb.2025	28.Feb.2025		70,0								
ES2	Eierskifte 2	30.Sep.2024	01.Jun.2025	13,6	13,6								
000	Generelt - bygguavhengig	17.Mar.2025	15.May.2025										
E2HSF-06	ES 2 - Endelig FDV dokumentasjon	17.Mar.2025	17.Mar.2025										
E2HSF-03	ES 2 - Alle SAT O-IKT godkjent inkludert grensesnitt MTU	26.Mar.2025	26.Mar.2025										
E2HSF-01	ES 2 - Alle SAT/BTU godkjent	31.Mar.2025	31.Mar.2025		91,0								
E2HSF-02	ES 2 - Alle IST BTU godkjent	07.Apr.2025	07.Apr.2025		55,0								
E2HSF-04	ES 2 - Ferdig akseptansetest IKT-applikasjoner	15.May.2025	15.May.2025										
121	Behandling øst (A)	13.Feb.2025	01.Jun.2025	9,1	18,2								



Activity ID	Description	Planlagt start	Planlagt slutt	Planlagt Fremdrift	Virkelig fremdrift	2024			2025			
						Kv4	Kv1	Kv2	Kv1	Kv2	Kv3	
E2SF-121-069	ES 2 - Klar oppstart test for Vestre Viken - Farmakologi (Behandlingsbygg A - KIB 2+3)	13.Feb.2025	13.Feb.2025	100,0	100,0							
E2SF-121-064	ES 2 - Ferdig levering, montering - Farmakologi (Behandlingsbygg A - KIB 2+3)	26.Feb.2025	26.Feb.2025		100,0							
E2SF-121-06	ES 2 - Alle SAT/BTU godkjent bygg 121	15.Mar.2025	15.Mar.2025		80,0							
E2SF-121-07	ES 2 - IST brann, rømning og sikkerhet Bygg 121	24.Mar.2025	24.Mar.2025									
E2SF-121-08	ES 2 - IST BTU godkjent bygg 121	31.Mar.2025	31.Mar.2025									
E2SF-121-065	ES 2 - Oppstart levering, montering - Blodproduksjon (Behandlingsbygg A - KIB 2+3)	03.Apr.2025	03.Apr.2025									
E2SF-121-066	ES 2 - Ferdig levering, montering - Blodproduksjon (Behandlingsbygg A - KIB 2+3)	22.Apr.2025	22.Apr.2025									
E2SF-121-067	ES 2 - Ferdig SAT/MTU - Blodproduksjon (Behandlingsbygg A - KIB 2+3)	08.May.2025	08.May.2025									
E2SF-121-061	ES 2 - Ferdig SAT/MTU - Sterilsentral (Behandlingsbygg A - KIB 2+3)	21.May.2025	21.May.2025									
E2SF-121-067.1	ES 2 - Ferdig SAT/MTU - Farmakologi (Behandlingsbygg A - KIB 2+3)	22.May.2025	22.May.2025									
E2SF-121-081	ES 2 - Klar oppstart test for Vestre Viken - Dagkirurgi (Behandlingsbygg A - KIB 2+3)	01.Jun.2025	01.Jun.2025									
151	Poliklinikkbygg (E)	30.Sep.2024	15.Mar.2025	66,7	33,3							
E2SF-151-08	ES 2 - IST brann, rømning og sikkerhet Bygg 151	30.Sep.2024	30.Sep.2024	100,0	100,0							
E2SF-151-06	ES 2 - Alle SAT/BTU godkjent bygg 151	03.Feb.2025	03.Feb.2025	100,0	98,0							
E2SF-151-07	ES 2 - IST BTU godkjent bygg 151	15.Mar.2025	15.Mar.2025		70,0							
152	Poliklinikkbygg (D)	03.Mar.2025	15.Mar.2025									
E2SF-152-07	ES 2 - IST brann, rømning og sikkerhet Bygg 152	03.Mar.2025	03.Mar.2025		65,0							
E2SF-152-05	ES 2 - Alle SAT/BTU godkjent bygg 152	04.Mar.2025	04.Mar.2025		95,0							
E2SF-152-06	ES 2 - IST BTU godkjent bygg 152	15.Mar.2025	15.Mar.2025									
ES3	Eierskifte 3	30.Sep.2024	15.Aug.2025	13,0	17,4							
000	Generelt - bygguavhengig	01.Apr.2025	15.Aug.2025									
E3HSF-06	ES 3 - Ferdig akseptansetest IKT-applikasjoner	01.Apr.2025	01.Apr.2025									
E3HSF-03	ES 3 - Alle SAT O-IKT godkjent inkludert grensesnitt MTU	09.Apr.2025	09.Apr.2025									
E3HSF-05	ES 3 - Alle SAT/BTU godkjent	15.May.2025	15.May.2025		69,0							
E3HSF-04.1	ES 3 - Ferdig akseptansetest IKT-applikasjoner	21.May.2025	21.May.2025									
E3HSF-10	ES 3 - Endelig FDV dokumentasjon	27.May.2025	27.May.2025									
E3HSF-09	ES 3 - Alle IST BTU godkjent	28.Jul.2025	28.Jul.2025									
E3HSF-12	ES 3 - Virksomhetstester i regi av VVHF oppstart for KIB 2+3	12.Aug.2025	12.Aug.2025									
E3HSF-13	ES 3 - Automasjon - Oppstart analyse av pasientprøver i regi av VVHF	15.Aug.2025	15.Aug.2025									
122	Behandling vest (B)	30.Sep.2024	12.Aug.2025	33,3	44,4							
E3SF-122-03	MC Bygg B 122	25.Nov.2024	25.Nov.2024	100,0	100,0							
E3SF-122-05.1	MC U1/U2	30.Sep.2024	30.Sep.2024	100,0	100,0							
E3SF-122-061	ES 3 - Klar oppstart test for Vestre Viken - Analysehall (Behandlingsbygg B - KIB 2+3)	25.Nov.2024	25.Nov.2024	100,0	100,0							
E3SF-122-062	ES 3 - Klar oppstart test for Vestre Viken - Automatisert bakteriologi (Behandlingsbygg B - KIB 2+3)	01.Apr.2025	01.Apr.2025		100,0							
E3SF-122-07	ES 3 - Alle SAT/BTU godkjent bygg 122	01.Apr.2025	01.Apr.2025		50,0							
E3SF-122-09	ES 3 - IST brann, rømning og sikkerhet Bygg 122	26.Apr.2025	26.Apr.2025									
E3SF-122-08	ES 3 - IST BTU godkjent bygg 122	30.May.2025	30.May.2025									
E3SF-122-063	ES 3 - Klar oppstart test for Vestre Viken - Bakteriologi (inkl automasjonslinje) (Behandlingsbygg B - KIB 2+3)	15.Jun.2025	15.Jun.2025									
E3SF-122-10	ES 3 - Klar oppstart test for Vestre Viken - Innkjøring patologi (Behandlingsbygg B - KIB 2+3)	12.Aug.2025	12.Aug.2025									
161	Sengebygg øst (A)	01.Apr.2025	15.Jun.2025									
E3SF-161-06	ES 3 - Alle SAT/BTU godkjent bygg 161	01.Apr.2025	01.Apr.2025		87,0							
E3SF-161-08	ES 3 - IST brann, rømning og sikkerhet Bygg 161	24.May.2025	24.May.2025									
E3SF-161-07	ES 3 - IST BTU godkjent bygg 161	15.Jun.2025	15.Jun.2025									
162	Sengebygg vest (B)	01.May.2025	15.Jun.2025									
E3SF-162-06	ES 3 - Alle SAT/BTU godkjent bygg 162	01.May.2025	01.May.2025		69,0							
E3SF-162-07	ES 3 - IST BTU godkjent bygg 162	15.Jun.2025	15.Jun.2025									

Activity ID	Description	Planlagt start	Planlagt slutt	Planlagt Fremdrift	Virkelig fremdrift	2024	2025	Kv2	Kv3
						Kv4	Kv1		
E3SF-162-08	ES 3 - IST brann, rømning og sikkerhet Bygg 162	15.Jun.2025	15.Jun.2025						▼ 15.Jun.2025
22	Vestre Viken - Mottaksprosjektet	06.May.2025	06.May.2025						▼
15	Hovedmilepæler generelt	06.May.2025	06.May.2025						▼
EHSF	Hovedmilepæler for Sluttfasen	06.May.2025	06.May.2025						▼
VVHF-01-06	Oppstart virksomhetstester i Vestre Viken	06.May.2025	06.May.2025						▼ 06.May.2025

# Vedlegg 2. Vestre Vikens hovedaktiviteter og milepæler



## Vedlegg 3. Parathetslogg

Hovedkategori	Emne/opp-gave	Beskrivelse	Ansvarlig organisasjon	Ansvarlig avdeling	Avtalt frist (samlet plan der det foreligger)	Status 14.01.25	Status 19.02.25	Status 12.03.25	Kommentar til status
Brukstillatelse	<b>Eierskifte 1</b> 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 parathetslogg.	PNSD/VVHF			På plan	Forsinket	Forsinket	Parkering - innsigelse på dispensasjonssøknad. Aventer kommunal behandling
El/nødstrøm	<b>Funksjonskrav til nødstrøm</b> Mål om 0,5 sekunders leveranse av nødstrøm. Kontrakt mellom Vestre Viken og Å-energi		Vestre Viken	KIS	8.1.2025	På plan	På plan	Noe etter plan	Godt i gang med test. I mål på forskriftskrav, men ikke på 0,5 sek. Ligger på rundt 19 sek.
Tekniske Installasjoner	<b>Ventilasjon og temperatur</b> Ventilasjon og temperaturstyring er etablert, testet og 100% klar til drift. Plan for ytterligere innkjøring er etablert	Kontrollrapport skal dokumentere at ventilasjon og temperaturstyring er fullt ut etablert i overensstemmelse med krav og spesifikasjoner, testet og klar til drift.	PNSD			På plan	På plan	Noe etter plan	Endret reguleringsprinsipp for operasjonsstuer. Manglende dokumentasjon på LAB-ventilasjon.
Sterilsentral	<b>Arbeidsprosesser</b> Alle nye arbeidsprosesser ifm. ny sterilsentral er definert, testet og koblet opp mot T-doc.		Vestre Viken	DS		På plan	Noe etter plan	Noe etter plan	Usikkerhet vedr integrasjon mellom DIPS og T-doc. Det jobbes med å avklare hva integrasjoner vil inneholde til KIB.
IKT	<b>Dips (poliklinikk, sengepost, administrasjon)</b> Ny orgstruktur er innført og kan benyttes.		Vestre Viken			På plan	Noe etter plan	Noe etter plan	På plan, men fortsatt noe risiko pga. kontortjenesten
IKT	<b>IT nettverk:</b> Testet og satt i drift	Dekningsrapport og testrapporter sjak dokumentere full og dekkende funksjonalitet for det samlede nettverket og alle delelementer.	PNSD			På plan	På plan	Noe etter plan	
MTU	<b>Medisinsk teknisk utstyr (MTU)</b> Alt MTU er registrert etter kjente standarder og påført relevant merking.		Vestre Viken	Stab teknologi		På plan	På plan	Noe etter plan	
Søknader / godkjenninger	<b>Andre godkjenninger/søknader</b> 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/VVHF			På plan	Forsinket	Forsinket	Parkering. Ref. egen sak. Kan påvirke midlertidig brukstillatelsen. Tiltak iverksatt. Positive tilbakemeldinger fra politikere.
Tekniske Installasjoner	<b>Rørpost</b> Rørpost er installert og levert iht. prosjektering. Anlegget er testet til samtlige stasjoner, og fra sentral.		PNSD			På plan	På plan	Noe etter plan	SAT gjennomføres 20.05, utsatt 5 dager etter opprinnelig plan.
Tekniske Installasjoner	<b>Rørpost</b> Prosedyre for rørpost og bruk for de ulike klinikkene er utarbeidet, opplæringsbehov er definert og lagt inn i den obligatoriske opplæringen for	Opplæringsmaterieill må utarbeides i samarbeid med leverandør, mens gjennomføring av opplæring defineres mot roller og legges i kompetanseportal.	Vestre Viken	KIS		På plan	På plan	Noe etter plan	Forsinkelser i SAT
Tekniske installasjoner	<b>Rørpost - test og validering</b> Rørpost er testet og validert opp mot testplaner utarbeidet i samråd med VV, der kritiske sendelser har spesielt fokus. Herunder legemidler og blodprodukter, samt pasientprøver.		PNSD			På plan	På plan	Noe etter plan	Vestre Viken involveres i dette.
Varemottak	<b>AGV</b> Prosedyre for mottak av AGV-er er definert og opplæring gjennomført.		Vestre Viken	KIS		På plan	På plan	Noe etter plan	Forsinket iht. plan. Usikkerhet på hvem som holder i opplæringsmaterieill og prosedyre.
Matforsyning	<b>Produksjonskjøkken</b> lgangkjøring er gjennomført og nye prosedyrer og rutiner er etablert. Opplæring av nøkkelpersonell er utført, og nye medarbeidere er opplært.		Vestre Viken	KIS		På plan	På plan	Noe etter plan	Mangler avklaringer mellom logistikk og matforsyning, samt ferdigstilling av resterende arbeidsprosesser
Matforsyning	<b>Avdelingskjøkken</b> Roller matverter er definert, og hva rollen innebærer for somatikk og PHR.		Vestre Viken	KIS		På plan	På plan	Noe etter plan	Ikke endelig avklart oppgavedeling i PHR
Opplæring	<b>Opplæring IKT</b> Alle ansatte har gjennomført opplæring i henhold til den enkeltes opplæringsplan innen første pasientdag.		Vestre Viken	VV-NSD/klinikker		Noe etter plan	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.
Handlingsplaner	<b>Handlingsplaner</b> Aktiviteter i klinikkens handlingsplaner er fulgt opp og avsluttet		Vestre Viken	Klinikker		På plan	Noe etter plan	Noe etter plan	Bordtester viser at det er noen oppgaver/arbeidsprosesser som ikke er helt avklart.
Myndighetsgodkjenning	<b>Blodbank</b> Sertifisering for å kunne gjennomføre blodproduksjon	For at VV skal kunne validere blodbanken, må alt av utstyr være levert av PNSD.	Vestre Viken	KMD		Noe etter plan	Noe etter plan	Noe etter plan	Plan er levert av PNSD, og gjennomgås med VV.
Bygg	<b>Kjøøl og frys</b> Sikre kontrollmål for å ivareta krav til kjøøl og frys, i samtlige arealer.	Det er viktig å sikre hvilke områder hvor det må foreligge myndighetsgodkjenninger/retningslinjer med tanke på temperatur og andre krav.	PNSD			På plan	Noe etter plan	Noe etter plan	For Blodbank er det bekymring rundt tidplan for myndighetsgodkjenning, og at riktige møbler er på plass før temperaturmålinger.



Dato: 20. Mars 2025  
Saksbehandler: Morten Støldal

## Saksfremlegg

### Plan for ibruktakelse av nytt sykehus Drammen

Møte	Saknr.	Møtedato
Styret i VVHF	31/2025	31.03.25

### Forslag til vedtak

Styret støtter at Klinikk for psykisk helse og rus gjennomfører klinisk ibruktakelse uavhengig av status for somatikken.

Drammen, 24. Mars 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

**Bakgrunn**

Vestre Viken planlegger pasientflytting og klinisk ibruktakelse (KIB) i det nye sykehuset på Brakerøya i to adskilte prosesser. KIB 1 for Psykisk Helse og Rus (PHR) er planlagt fra 24. august 2025, mens KIB 2 for Drammen Sykehus (DS) er satt til 5. oktober 2025.

Omstillingen som pågår i PHR forutsetter bruk av lokaler i nytt sykehus for å ivareta planlagt pasientbehandling i hele helseforetaket. Det anses som hensiktsmessig å se disse to klinisk ibruktakelsene som løsrevet fra hverandre og at Klinikken for psykisk helse og rus kan gjennomføre klinisk ibruktakelse uavhengig av status for somatikken.

**Saksutredning**

Det er på nåværende tidspunkt ingen forhold som tilsier at de kliniske ibruktakelsene ikke kan gjennomføres som planlagt. I et så omfattende og kritisk prosjekt, er det likevel viktig å ha en høy bevissthet om forhold som kan utgjøre en risiko for flytting og ibruktakelse. Det er en naturlig del av prosjektplanleggingen å ha planer og tiltak for eventuelle hendelser. Prosjektet har tidligere orientert om at styret vil bli bedt om å fatte en endelig beslutning om flytting (point of no return) i styrets møte i mai. Dette er imidlertid for sent for PHR for å sikre at de skal kunne fullføre planlagt omstilling. Selv om det er et samlet prosjekt, er det flere avhengigheter og større kompleksitet knyttet til KIB 2. Derfor er det hensiktsmessig å se disse som løsrevet fra hverandre. Det vil sikre at eventuell risiko forbundet med KIB 2, ikke påvirker KIB 1 og dermed bidrar til å øke totalrisiko i prosjektet.

Det er av stor betydning for PHR å kunne ta i bruk nytt sykehus som planlagt. Ved å fristille KIB 1 og KIB 2 fra hverandre, vil PHR ha trygghet for at de kan gjennomføre omstilling og planlegge pasientbehandling i nytt sykehus uten å måtte ta hensyn til risikoforhold som er gjeldende for somatikken. En beslutning om at KIB 1 skal gå som planlagt, vil dermed redusere organisatorisk risiko.

Det er også andre forhold som tilsier at KIB 1 og KIB 2 bør løsrives fra hverandre. En utsettelse av KIB for PHR, vil medføre at det må kjøpes behandlingsskapasitet andre steder. Det vil også medføre en stor belastning for ansatte som må jobbe under midlertidige og lite egnede forhold.

Det er to byggelån i prosjektet. De er knyttet opp mot virksomhetene og deres KIB. Ved KIB for PHR konverteres byggelånet (utgjør ca 25% av totallånet) til ordinære lån. En utsettelse av KIB vil bidra til å øke byggelånet og dermed fremtidige rentekostnader.

Som en del av prosjektarbeidet, utarbeides vurderinger for et scenario der KIB 2 ikke vil kunne gjennomføres som planlagt. Dette vil belyses nærmere for styret før beslutning i styremøtet i mai.

**Administrerende direktørs vurderinger**

Administrerende direktør anser det som hensiktsmessig å fristille KIB 1 og KIB 2 fra hverandre. Dette vil skape forutsigbarhet for omstillingsarbeidet og planleggingen i PHR. Det vil også bidra til å redusere økonomisk risiko for prosjektet og Vestre Viken.

Administrerende direktør anbefaler at de to kliniske ibruktakelsene frigjøres fra hverandre, og at Klinikken for psykisk helse og rus kan gjennomføre klinisk ibruktakelse uavhengig av status for somatikken.

## Saksfremlegg

### Økonomisk langtidsplan (ØLP) forutsetninger

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte Vestre Viken HF	32/2025	31.03.2025

### Forslag til vedtak

1. Styret tar fremlagte forutsetninger for utarbeidelsen av økonomisk langtidsplan til orientering.
2. Styret ber administrerende direktør innlede dialog med HSØ om ekstra inntektsstøtte for å kunne foreta nødvendige investeringer i planperioden.

Drammen, 24. mars 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

## Bakgrunn

I tråd med budsjettskriv 3 fra Helse Sør-Øst skal helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan (ØLP) for perioden 2026 – 2029 fremlegges for Helse Sør-Øst RHF, og være styrebehandlet i helseforetakene innen utgangen av mai 2025.

Saken redegjør for de overordnede rammebetingelsene som er fastsatt for ØLP for kommende planperiode, jf. styresak 024-2025 behandlet i styret i HSØ 6. mars 2025.

Det vises for øvrig til fjorårets behandling av ØLP, sak 56/2024, vedtak pkt 2:  
*Styret konstaterer at fremlagte økonomiske langtidsplan ikke er bærekraftig. Planforutsetningen fra Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at Vestre Viken HF skal bære en investeringskostnad tilsvarende P85. Dette er en endret forutsetning fra da beslutningen om bygging av nytt sykehus i Drammen ble tatt i 2019. Premissene for vurdering av økonomiske bærekraft var da basert på styringsrammen for prosjektet tilsvarende P50.*

*Styret viser til vedtak i styret i Helse Sør-Øst RHF i sak 008-2023, pkt. 4:  
«Styret vil gjennom økonomisk langtidsplan og de årlige budsjettene, følge opp slik at de økonomiske konsekvensene av økt styringsramme for Nytt sykehus i Drammen ikke blir til hinder for at Vestre Viken HF kan fortsette å levere gode helsetjenester.»  
Styret ber administrerende direktør, sammen med styrets leder og nestleder, ta initiativ til en videre dialog med Helse Sør-Øst RHF om en forutsigbar og langsiktig inntektsstøtte også for den del av investeringen som er mellom P85 og P50. Dette vil sikre at foretaket kan levere forsvarlige og likeverdige helsetjenester til befolkningen i vårt opptaksområde.*

Styret får fremlagt ØLP til behandling i styremøtet i mai 2025.

## Saksutredning

### Overordnede rammebetingelser

Budsjettskriv 3 fra HSØ bygger på vedtak i styret i HSØ, sak 024-2025 Økonomisk langtidsplan 2026-2029 – planforutsetninger og gir følgende føringer for helseforetakenes ØLP 2026-2029:

1. Helseforetakene skal i sine økonomiske langtidsplaner for perioden 2026–2029 legge til grunn innsatsområdene i Regional utviklingsplan 2040. Videre skal følgende planforutsetninger legges til grunn:
  - Aktivitetsnivået må tilpasses slik at det møter befolkningens behov for helsetjenester og mål om reduserte ventetider.
  - Samlet døgnkapasitet innen psykisk helsevern i regionen skal ikke reduseres. Det skal i samarbeid med kommunene, etableres ordninger med tidlige avklaringsteam (ulike type vurderingssamtaler) i psykisk helsevern voksne.
  - Kostnader innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, eksklusive avskrivninger og pensjon, skal for regionen øke minst med den demografiske veksten i planperioden.
  - Tilgjengelighet til tjenesten skal bedres, arbeidet fra Ventetidsløftet skal videreføres, og målsettingen om gjennomsnittlige ventetider skal nås i planperioden.
  - Bedring i kvalitet og pasientsikkerhet skal prioriteres, herunder skal uønsket variasjon i kvalitet og forbruksrater reduseres ved bruk av tilgjengelige data.
  - Regjeringens kvinnehelsestrategi skal legges til grunn, og det skal arbeides for å fremme forskning og spre kunnskap om kvinnehelse og om kjønnsperspektiv i helse.

- Det skal legges til rette for oppfølging av Nasjonal strategi for persontilpasset medisin 2023-2030, inkludert bruk av storskala helsedata og ny teknologi der pasientbehandling, systematisk kunnskapsbygging og forskning er integrert.
  - Det skal legges til rette for bedre integrering av klinisk forskning og pasientbehandling, bl.a. gjennom flere kliniske behandlingsstudier og økt pasientdeltakelse i slike studier, i tråd med målene i Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021-2025.
  - Det skal gjennomføres analyser av framtidig bemanningsbehov. Bemanningsbehovet skal være forankret i regionale framskrivninger av aktivitetsbehov slik at sørge for-ansvaret ivaretas. Analysene skal følges opp av tiltak som styrker arbeidet med gode karriereløp og riktig og god bruk av personell og kompetanse. Dette innbefatter en vurdering av behovet for breddekompetanse og organisering av vaksjikt for leger.
  - Helseforetakene og de private ideelle sykehusene skal arbeide for å være en foretrukken arbeidsplass og å løse sitt bemanningsbehov i all hovedsak gjennom fast ansatte. Ved inngangen til planperioden skal antallet utdanningsstillinger for sykepleiere opprettholdes på nivå med 2024 og antallet lærlinger økes gradvis i henhold til tidligere oppdrag og bestilling.
  - Helseforetakene og de private ideelle sykehusene må forsterke det målrettede arbeidet med å redusere sykefraværet.
  - Tilgjengeliggjort datagrunnlag over medisinsk-teknisk utstyr skal benyttes til å foreta prioriteringer i utarbeidelse av anskaffelsesplaner.
  - Det skal settes av midler til ordinært og ekstraordinært vedlikehold. I gjennomsnitt skal det ordinære vedlikeholdet over tid utgjøre minst 400 kr/kvm per år for hele bygningsmassen. Det avsettes 200 millioner kroner av regionens likviditet i 2026 til ekstraordinær prioritering av vedlikeholdsinvesteringer. Helseforetakene skal planlegge med minst samme vedlikeholds nivå i planperioden som i forrige økonomiske langtidsplan. Helseforetakene skal på grunnlag av tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner legge til rette for forutsigbarhet i planlegging og realisering av vedlikehold av bygningsmassen. Gjennomført vedlikehold ved helseforetaket skal over tid bedre tilstandsgraden for bygningsmassen.
2. Det legges til grunn i planperioden en regional resultatbuffer på 700 millioner kroner, en investeringsbuffer på 200 millioner kroner og en nedre sikkerhetsgrense for foretaksgruppens likviditetsreserve på 1 milliard kroner.
  3. Det reserveres ekstraordinær inntektsstøtte til Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Østfold HF som følge av vesentlige negative omfordelingseffekter fra oppdatering av inntektsmodellen. Inntektsstøtten trappes lineært ned over tre år. Det endelige nivået fastsettes i de årlige budsjettene. Inntektsstøtten fordeler seg slik:
    - Sykehuset Telemark HF: 44 millioner kroner i 2026 og 22 millioner kroner i 2027
    - Sykehuset i Vestfold HF: 60 millioner kroner i 2026 og 30 millioner kroner i 2027
    - Sykehuset Østfold HF: 66 millioner kroner i 2026 og 33 millioner kroner i 2027
  4. Helseforetakenes økonomiske langtidsplaner skal baseres på realistiske forutsetninger om kostnads- og inntektsutvikling, og tiltak for å oppnå det planlagte resultatet skal i størst mulig grad beskrives og tallfestes. Arbeidet skal skje i nært samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner. Helseforetakene skal legge inntektsrammene i denne saken til grunn for sin planlegging. Det skal planlegges for å oppnå en resultatgrad på 2,5 prosent over tid.
  5. Som en planforutsetning viderefører styret tidligere, prioriterte store byggeprosjekter. Det skal vurderes muligheter for trinnvis utbygging i alle prosjekter. Ved store byggeprosjekter påpeker styret viktigheten av grundig, involverende og forpliktende arbeid med

gevinstrealiseringsplaner og konkretisering av tiltak for tilpasning av kostnadsnivået i forkant av innflytting.

- Styret slutter seg til planlagt investeringsnivå for IKT i planperioden. Nye systemer skal bidra til en mer effektiv arbeidshverdag for medarbeiderne ved å frigi tid for helsepersonell. Arbeidet med nytte- og gevinstrealisering, standardisering og sanering skal videreføres og forsterkes.

Bærekraftsplanen, vedtatt i styret i desember 2024, danner grunnlaget for foretakets innfrielse av de overordnede rammebetingelsene og de innsatsområdene som er spesielt anmerket.

#### Økonomiske forutsetninger – basis og vekstmidler

*Oppdatering av inntektsrammer for perioden 2026-2029*

Inntektsrammene som legges til grunn for ØLP er angitt av Helse Sør-Øst.

Tabellen nedenfor viser endring i faste inntekter for Vestre Viken HF:

Foreløpig inntektsrammer MNOK	2026	2027	2028	2029
<b>Basisramme forrige periode</b>	<b>10 446</b>	<b>10 578</b>	<b>10 706</b>	<b>10 838</b>
Inntektsmodellelementer	-6	-9	-6	-6
Finansiering av økt aktivitet	157	157	157	157
Effektivisering	-20	-20	-20	-20
<b>Ordinær basis eks RBF</b>	<b>10 578</b>	<b>10 706</b>	<b>10 838</b>	<b>10 970</b>
<b>Resultatbasert finansiering</b>	<b>53</b>	<b>53</b>	<b>53</b>	<b>53</b>
Forskning Basis	9	9	9	9
Statlig tilskudd	21	21	21	21
<b>Sum faste inntekter</b>	<b>10 660</b>	<b>10 788</b>	<b>10 920</b>	<b>11 052</b>
Endring i faste inntekter ØLP 2026-2029	161	128	132	132
Endring i faste inntekter ØLP 2025-2028	132	135	136	153
Økning (reduksjon) ift ØLP i fjor	29	-7	-4	-21

Endringer i basisrammen fra 2025 til 2026:

- Inntektsmodellelementer gir reduksjon på 6 MNOK
- Midler til økt aktivitet 157 MNOK
- Rammetrekk for effektiviseringskrav på 20 MNOK

Samlet medfører vedtatte planforutsetninger en økning i inntektsrammen til Vestre Viken HF på 29 MNOK i 2026 sammenlignet med ØLP 2025-2028. Resultatbasert finansiering og statlige tilskudd forutsettes uendret fra 2025.

#### NSD

Nytt sykehus i Drammen (NSD) skal etter planen være i full klinisk drift i oktober 2025. I 2025 er det budsjettet med midler til opplæring, testing og pukkelbemanning som vil tas ned i ØLP 2026. Det vil være et mindre behov for prosjektstøtte i 2026. Det er noe redusert inntekt i budsjett 2025 på grunn av flyttingen. Dette vil økes til normalt nivå i ØLP 2026.

Strålebehandling vil være et nytt tilbud i NSD, og er hensyntatt i ØLP både med kostnader og inntekter. Driftskostnader for bygningsmassen ved gamle Drammen sykehus og Blakstad sykehus vil fra 2026 bortfalle eller reduseres betraktelig. Driften av nye Drammen sykehus innebærer en kostnadsvekst på omkring 50 MNOK fra tidligere ordinære driftskostnader for drift av Drammen sykehus og Blakstad. Økningen omfatter blant annet varmesentralen, parkering og etablering av sikkerhetstjeneste. Dette vil ivaretas i ØLP. Sammenlignet med budsjett 2025 blir det en kostnadsreduksjon på vel 30 MNOK som følge av bortfall av pukkelkostnader for dobbel drift av bygg i 2025.

Behov for investeringer i eiendom og utstyr, og vedlikehold av bygningsmassen

I forbindelse med leveranse for ØLP er det gjort en sammenstilling av behovene for investeringer i eiendom og utstyr og vedlikehold av bygg de nærmeste årene.

Tallene i tabellen viser samlet sett både investeringer over balansen og driftsregnskapet.

	2026	2027	2028	2029	Totalt
Investeringsbehov eiendom mm	406	448	489	530	1 873
Investeringsbehov MTU	168	174	149	121	612
Investeringsbehov IKT	65	63	71	61	260
EK-innskudd	25	25	25	25	100
<b>Sum investeringsbehov</b>	<b>664</b>	<b>710</b>	<b>734</b>	<b>737</b>	<b>2 845</b>
ØLP 2025-2028	481	465	449	389	1 785
<b>Endring fra fjorårets ØLP</b>	<b>183</b>	<b>244</b>	<b>284</b>	<b>348</b>	<b>1 060</b>
Redusert resultatkrav 2025 sml med ØLP 2025-202	-130	-	-	-	-130
<b>Restutfordring som krever bedre resultat</b>	<b>313</b>	<b>244</b>	<b>284</b>	<b>348</b>	<b>1 190</b>

Investeringsnivået ble noe redusert i årene 2023 og 2024 som følge av lavere årsresultater enn forutsatt i de tidligere økonomiske langtidsplanene. Dette har medført at investeringer er redusert til et helt nødvendig minimum. I 2025 er det spesielt blitt prioritert investeringsforpliktelser i MTU til nytt sykehus i Drammen.

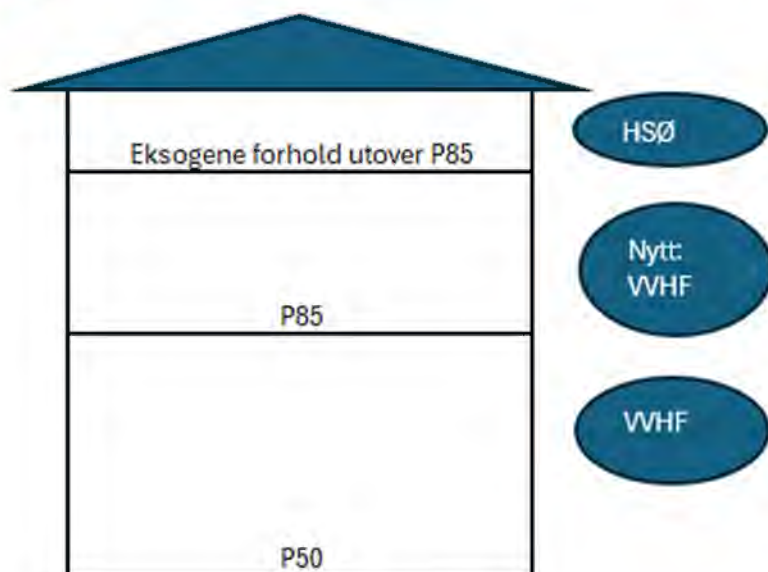
Anskaffelser av MTU har vært noe nedjustert tidligere år som følge av lavere resultater. Investeringsbehovet er økt med 53 MNOK i 2026 sammenlignet med fjorårets ØLP. Bakgrunnen for økt behov er både behov for nye bildemodaliteter ved DS og BS, samt reinvestering av utstyr ved alle 4 somatiske klinikker.

VVHF har i 2025 fått i oppdrag fra HSØ (OBD, kap 6.2) å legge til rette for mer forutsigbarhet i planlegging og realisering av vedlikehold av bygningsmassen gjennom å utarbeide tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner. Målsetningen er en gradvis forbedring av tilstandsgraden. Tilstandskartlegging viser at 57% av VVHFs bygningsmasse ikke fyller den overordnede målsetningen om å ha lokaler som skaper gode arbeidsforhold og bygninger som sikrer god driftsøkonomi. Dette er arealer som har dårligere tilstandsgrad (TG) enn 1,2. Basert på dette er det samlede vedlikeholdsetterslepet i VVHF beregnet til 2,3 milliarder kroner. Det vil kreve investeringer på 144 MNOK per år over 14 år for å innhente vedlikeholdsetterslepet. I tillegg kommer årlig behov til planlagt vedlikehold (231 MNOK), og årlig beløp til utvikling og oppgradering til dagens standard, behov for økt kapasitet og nye behandlingskonsepser (124 MNOK). Totalt er behovet vurdert til 499 MNOK per år. Dette vurderes ikke som realiserbart. En trinnvis tilnærming foreslås derfor, med en opptrappingsplan i årlig rullering av ØLP. Denne opptrappingsplanen foreslås påbegynt i 2026, og innebærer en betydelig økning fra tidligere års ØLP (om lag 200 – 300 MNOK pr. år). Om foretaket ikke lykkes i å prioritere tilstrekkelige midler de kommende årene, vil vedlikeholdsetterslepet øke ytterligere.

Investeringen i nytt sykehus i Drammen - effekten av P50 vs P85

Som omtalt i fjorårets ØLP medfører en forutsetning om at foretaket skal bære investeringskostnaden til P85 en vesentlig økt investering sammenholdt med forutsetningen som lå til grunn for beslutningen om investeringen i 2019, som lå til grunn P50.

Illustrasjonen nedenfor viser hvordan endrede forutsetninger påfører foretaket en vesentlig høyere investering enn bærekraftsvurderingen som ble gjort på beslutningstidspunktet;



Merbelastningen mellom P50 og P85 utgjør 1,9 MRD. Inkludert renter over nedbetalingsperioden medfører dette en merbelastning på 2,5 MRD. I planperioden for ØLP 2026-2029 utgjør dette 500 MNOK.

Tabellen under viser resultateffekten som følge av differansen mellom P50 og P85 for inneværende år og planperioden.

	2025	2026	2027	2028	2029
Avskrivninger	53,9	53,9	53,9	53,9	53,9
Renter	17,9	82,3	69,2	67,2	65,5
<b>Merkostnad P85 vs P50</b>	<b>71,8</b>	<b>136,2</b>	<b>123,1</b>	<b>121,1</b>	<b>119,4</b>

For å kunne opprettholde en forsvarlig drift og et forsvarlig investeringsnivå vil det søkes HSØ om midlertidig inntektsstøtte.

### Bærekraftsplan og resultatmål

Resultatmålene i forrige planperiode, ØLP 2025-2028 var som følger:

MNOK	2025	2026	2027	2028
Resultatmål fra ordinær drift	170	-310	-244	-153
Gevinst ved salg av eiendom	716			
<b>Resultatmål ØLP 2025-2028</b>	<b>886</b>	<b>-310</b>	<b>-244</b>	<b>-153</b>

Det er økning i avskrivningskostnader og finans som er årsaken til de negative resultatene i årene etter innflytting i NSD. EBITDA-kravet var i fjorårets ØLP en forbedring på 120 MNOK. Forbedringen skal realiseres gjennom ordinære driftsforbedringer i tillegg til realisering av bærekraftsplanen mål. I ØLP 2025 – 2028 var det forutsatt gevinstrealisering i 2026 med 79 MNOK og 2027 med 20 MNOK.

Styret vedtok i desember Bærekraftsplanen 2.0, sak 111/2024. Planen er gjeldende for årene 2025 og 2026, og vil bli revidert og oppdatert årlig. Bærekraftsplanen legger til grunn en resultatforbedring på 167 MNOK i 2025 som også er grunnlaget for budsjett 2025. Foreløpig er det identifisert tiltak for 118 MNOK i 2026. Det er først når alle forutsetninger for ØLP kommer på plass at et samlet bilde over nødvendig resultatutvikling kan fremstilles. Inkluderes behovet for midler til investering og vedlikehold er det nødvendig med en betydelig økning i



resultatmålene de kommende årene. Videre planer for en bærekraftig utvikling av foretaket vil diskuteres i styreseminar i mai 2025.

#### Overføring av virksomhet ved Martina Hansens Hospital AS til Vestre Viken HF

Overføring av virksomhet mellom Stiftelsen Martina Hansens Hospital og Vestre Viken HF vil etter avtale med HSØ ikke innarbeides i Vestre Vikens ØLP-innspill for 2026-2029, men omtales i saken.

*Fra HSØ-styresak 024-2025 Økonomisk langtidsplan 2026-2029 – planforutsetninger:*  
Styret godkjente i styresak 125-2024 Avtale om overføring av virksomhet mellom Stiftelsen Martina Hansens Hospital, Martina Hansens Hospital AS, Helse Sør-Øst RHF og Vestre Viken HF, avtale om overføring av virksomhet mellom Stiftelsen Martina Hansens Hospital, Martina Hansens Hospital AS, Helse Sør-Øst RHF og Vestre Viken HF. Partene er i avtalen enige om at overføringen tentativt finner sted 1. november 2025, og senest 1. januar 2026. Det er lagt til grunn at Vestre Viken HF ikke skal få forbigående, forsterkede økonomiske utfordringer som følge av overføringen. Det innebærer blant annet at finansieringen av virksomheten ved Martina Hansens Hospital AS videreføres i 2026, slik den er i dag. Den samlede virksomheten i Vestre Viken HF vil fra 2027 bli finansiert etter gjeldende inntektsmodell og finansieringsprinsipper i Helse Sør-Øst. Dette vil legges til grunn som en del av planforutsetningene for økonomisk langtidsplan 2027-2030. Eventuelle økonomiske utfordringer i forbindelse med overføringen, og behov for inntektsstøtte til Vestre Viken HF i 2026 og påfølgende år, vil bli vurdert i forbindelse med budsjett 2026 i dialog mellom Helse Sør-Øst RHF og Vestre Viken HF.

#### **Administrerende direktørs vurderinger**

Handlingsplanen for økonomisk bærekraft, Bærekraftsplanen, er foretakets samlede plan for å sikre den fremtidige investeringsevnen. Det er et betydelig behov for midler til vedlikehold og utvikling av bygningsmassen i årene fremover.

Endrede forutsetninger for investeringskostnaden for nytt sykehus i Drammen medfører en betydelig økt økonomisk belastning for VVHF. HSØ har innvilget inntektsstøtte for den delen som overstiger P85, og som er knyttet til eksogene forhold som har rammet byggeprosjektet. Kostnadene som ligger mellom P50 og P85 vil kreve ekstraordinær inntektsstøtte for å kunne dekkes. Det vil av den grunn fremlegges en søknad til HSØ om økonomisk støtte for å sikre en forsvarlig drift, samtidig som investeringer i utstyr og bygg og nødvendig vedlikehold kan gjennomføres.

En plan for videre resultatforbedringer vil fremlegges for styret i seminar delen i mai. Dette vil danne grunnlaget for det videre arbeid med budsjett for 2026, og neste års økonomiske langtidsplan.

Administrerende direktør foreslår at styret tar de fremlagte forutsetningene for utarbeidelsen av ØLP til orientering, og at administrerende direktør går i videre dialog med HSØ om en ekstraordinær inntektsstøtte de nærmeste årene for å sikre forsvarlig drift og nødvendige investeringer.

Vedlegg:

1. Styresak HSØ 024-2025, 6. mars 2025
2. Protokoll sak 024-2025, 6. mars 2025

# Saksframlegg

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
Styret Helse Sør-Øst RHF	6. mars 2025

## Sak 024-2025

### Økonomisk langtidsplan 2026–2029 – planforutsetninger

#### **Forslag til vedtak:**

1. Helseforetakene skal i sine økonomiske langtidsplaner for perioden 2026–2029 legge til grunn innsatsområdene i *Regional utviklingsplan 2040*. Videre skal følgende planforutsetninger legges til grunn:
  - Aktivitetsnivået må tilpasses slik at det møter befolkningens behov for helsetjenester og mål om reduserte ventetider.
  - Samlet døgnkapasitet innen psykisk helsevern i regionen skal ikke reduseres. Det skal i samarbeid med kommunene, etableres ordninger med tidlige avklaringsteam (ulike type vurderingssamtaler) i psykisk helsevern voksne.
  - Kostnader innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, eksklusive avskrivninger og pensjon, skal for regionen øke minst med den demografiske veksten i planperioden.
  - Tilgjengelighet til tjenesten skal bedres, arbeidet fra Ventetidsløftet skal videreføres, og målsettingen om gjennomsnittlige ventetider skal nås i planperioden.
  - Bedring i kvalitet og pasientsikkerhet skal prioriteres, herunder skal uønsket variasjon i kvalitet og forbruksrater reduseres ved bruk av tilgjengelige data.
  - Regjeringens kvinnehelsestrategi skal legges til grunn, og det skal arbeides for å fremme forskning og spre kunnskap om kvinnehelse og om kjønnsperspektiv i helse.
  - Det skal legges til rette for oppfølging av *Nasjonal strategi for persontilpasset medisin 2023-2030*, inkludert bruk av storskala helsedata og ny teknologi der pasientbehandling, systematisk kunnskapsbygging og forskning er integrert.
  - Det skal legges til rette for bedre integrering av klinisk forskning og pasientbehandling, bl.a. gjennom flere kliniske behandlingsstudier og økt pasientdeltakelse i slike studier, i tråd med målene i *Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021-2025*.

- Det skal gjennomføres analyser av framtidig bemanningsbehov. Bemanningsbehovet skal være forankret i regionale framskrivninger av aktivitetsbehov slik at sørge for-ansvaret ivaretas. Analysene skal følges opp av tiltak som styrker arbeidet med gode karriereløp og riktig og god bruk av personell og kompetanse. Dette innbefatter en vurdering av behovet for breddekompetanse og organisering av vaksjikt for leger.
  - Helseforetakene og de private ideelle sykehusene skal arbeide for å være en foretrukket arbeidsplass og å løse sitt bemanningsbehov i all hovedsak gjennom fast ansatte. Ved inngangen til planperioden skal antallet utdanningsstillinger for sykepleiere opprettholdes på nivå med 2024 og antallet lærlinger økes gradvis i henhold til tidligere oppdrag og bestilling.
  - Helseforetakene og de private ideelle sykehusene må forsterke det målrettede arbeidet med å redusere sykefraværet.
  - Tilgjengeliggjort datagrunnlag over medisinsk-teknisk utstyr skal benyttes til å foreta prioriteringer i utarbeidelse av anskaffelsesplaner.
  - Det skal settes av midler til ordinært og ekstraordinært vedlikehold. I gjennomsnitt skal det ordinære vedlikeholdet over tid utgjøre minst 400 kr/kvm per år for hele bygningsmassen. Det avsettes 200 millioner kroner av regionens likviditet i 2026 til ekstraordinær prioritering av vedlikeholdsinvesteringer. Helseforetakene skal planlegge med minst samme vedlikeholds nivå i planperioden som i forrige økonomiske langtidsplan. Helseforetakene skal på grunnlag av tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner legge til rette for forutsigbarhet i planlegging og realisering av vedlikehold av bygningsmassen. Gjennomført vedlikehold ved helseforetaket skal over tid bedre tilstandsgraden for bygningsmassen.
2. Det legges til grunn en regional resultatbuffer på 700 millioner kroner, en investeringsbuffer på 200 millioner kroner og en nedre sikkerhetsgrense for foretaksgruppens likviditetsreserve på 1 milliard kroner.
  3. Det reserveres ekstraordinær inntektsstøtte til Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Østfold HF som følge av vesentlige negative omfordelingseffekter fra oppdatering av inntektsmodellen. Inntektsstøtten trappes lineært ned over tre år. I tillegg reserveres ekstraordinær inntektsstøtte til Sykehuset Innlandet HF i 2026. Det endelige nivået fastsettes i de årlige budsjettene. Inntektsstøtten fordeler seg slik:
    - Sykehuset Innlandet HF: 25 millioner kroner i 2026
    - Sykehuset Telemark HF: 44 millioner kroner i 2026 og 22 millioner kroner i 2027
    - Sykehuset i Vestfold HF: 60 millioner kroner i 2026 og 30 millioner kroner i 2027
    - Sykehuset Østfold HF: 66 millioner kroner i 2026 og 33 millioner kroner i 2027
  4. Helseforetakenes økonomiske langtidsplaner skal baseres på realistiske forutsetninger om kostnads- og inntektsutvikling, og tiltak for å oppnå det planlagte resultatet skal i størst mulig grad beskrives og tallfestes. Arbeidet skal skje i nært samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner. Helseforetakene skal legge inntektsrammene i denne saken til grunn for sin planlegging. Det skal planlegges for å oppnå en resultatgrad på 2,5 prosent over tid.

5. Som en planforutsetning viderefører styret tidligere, prioriterte store byggeprosjekter. Det skal vurderes muligheter for trinnvis utbygging i alle prosjekter. Ved store byggeprosjekter påpeker styret viktigheten av grundig, involverende og forpliktende arbeid med gevinstrealiseringsplaner og konkretisering av tiltak for tilpasning av kostnadsnivået i forkant av innflytting.
6. Styret slutter seg til planlagt investeringsnivå for IKT i planperioden. Nye systemer skal bidra til en mer effektiv arbeidshverdag for medarbeiderne ved å frigi tid for helsepersonell. Arbeidet med nytte- og gevinstrealisering, standardisering og sanering skal videreføres og forsterkes.

Hamar, 27. februar 2025

Terje Rootwelt  
administrerende direktør

## 1 Hva saken gjelder

Styret inviteres med denne saken til å legge føringer for helseforetakenes arbeid med økonomisk langtidsplan for årene 2026–2029. I saken gis det forslag til føringer for aktivitetsutvikling og prioriteringer innen det medisinske og helsefaglige området, utvikling av bemanning og kompetanse, satsing innen informasjonsteknologi, krav til medisinsk-teknisk utstyr og vedlikehold av bygningsmassen, samt økonomiske planleggingsrammer.

På grunnlag av føringene skal helseforetakene utarbeide innspill til regionens økonomiske langtidsplan for årene 2026–2029. Det er et krav at innspillene styrebehandles i helseforetakene. Styret i Helse Sør-Øst RHF vil til møtet 22. mai 2025 bli forelagt en orienteringssak om økonomisk langtidsplan 2026-2029, før endelig plan vil bli behandlet 19. juni 2025.

Saken bygger på styresak 061-2024 *Økonomisk langtidsplan 2025–2028* og styresak 119-2024 *Budsjett 2025 – fordeling av midler til drift og investeringer*. I tillegg legger styresak 134-2022 *Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst 2040* og styresak 005-2025 *Oppdragsdokument 2025 fra Helse- og omsorgsdepartementet og protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 15. januar – oppdrag og bestilling 2025 til helseforetakene i Helse Sør-Øst*, premisser for planforutsetningene som omtales i denne saken.

## 2 Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

### 2.1. Det strategiske grunnlaget og mål for perioden 2025–2028

Helseforetakene skal følge opp gjeldende nasjonale strategier som angår spesialisthelsetjenesten, innenfor de juridiske, økonomiske og organisatoriske rammene som gjelder for helseforetak.

Økonomisk langtidsplan er et viktig virkemiddel for å gjennomføre tiltakene i *Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst 2040* (styresak 134–2022). For å lykkes med målene og satsingsområdene må ressursbruken i foretaksgruppen være effektiv, virksomhetsstyringen god og helhetlig, gevinster av investeringsprosjekter må bli realisert, og for å redusere risiko må de økonomiske resultatene forbedres i forkant av investeringsprosjektene. Det vises til styresak 092-2024 *Oppfølging av Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst 2040* der styret ble orientert om pågående oppfølging av planen.

Foretaksgruppen er inne i tredje år av den regionale utviklingsplanen. Regional utviklingsplan er supplert med delstrategier på ulike fagområder. Helse Sør-Øst har prioritert seks satsingsområder i den regionale utviklingsplanen:

- Styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse og involvering
- Nye arbeidsformer – bedre bruk av teknologi
- Samarbeid om de som trenger det mest – vår felles helsetjeneste
- Redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester
- Ta tiden tilbake - mer tid til pasientrettet arbeid
- Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste

Stortinget behandlet våren 2024 Meld. St. 9 (2023-2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027. Vår felles helsetjeneste*. Denne sammenfaller godt med innretningen på Regional utviklingsplan. Helseforetakene må i utarbeidelsen av økonomiske langtidsplan ta hensyn til de mål og satsinger som ligger i de to planene.

Ved inngangen til planperioden legges *Oppdragsdokument 2025 Helse Sør-Øst RHF* og oppdragsdokumentene til helseforetakene til grunn. Der framgår det at Helse Sør-Øst RHF skal innrette sin virksomhet med sikte på å nå følgende hovedmål:

1. Rask tilgang til trygge helsetjenester av høy kvalitet og sammenhengende pasientforløp
2. Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Kunnskapsbaserte og bærekraftige tjenester gjennom forskning, innovasjon og næringslivssamarbeid
4. Den offentlige helsetjenesten skal være fagfolkens foretrukne arbeidsplass
5. Spesialisthelsetjenesten bidrar til samfunnssikkerhet og er forberedt på kriser

Foretaksmøtet 15. januar 2025 ba de regionale helseforetakene iverksette nødvendige tiltak for å innfri kravene i oppdragsdokumentet og foretaksmøtet, innenfor de juridiske, økonomiske og organisatoriske rammene som gjelder for helseforetakene. Kravene er i stor grad videreført i oppdrag og bestilling 2025 for helseforetakene. Helseforetakene skal legge til grunn at kravene også vil være gjeldende i planperioden.

## **2.2. Utvikling av helsetjenesten**

Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst 2040 beskriver en rekke tiltak for å bedre tilgjengelighet, samarbeid og felles utnyttelse av kapasitet. Regionens satsing på tjenesteinnovasjon har samme innretning, for eksempel gjennom arbeidet med brukerstyring av helsetjenesten, ideutveksling mellom helseforetak og økt samarbeid om faglig og tjenstlig utvikling.

### **2.2.1. Tilgjengelighet, samarbeid og kapasitetsutnyttelse**

Helseforetakene må dimensjonere tjenestetilbudet slik at krav til tilgjengelighet til tjenesten innfris. Dette innebærer også tilstrekkelig kapasitet for medisinske støttefunksjoner og en hensiktsmessig bruk av disse.

Oppdrag i Ventetidsløftet er at ventetidene for oppstart av helsehjelp, innen juni 2025 skal reduseres til samme nivå som i 2019. Det vil si at gjennomsnittlig ventetid for Helse Sør-Øst i 2025 skal være lik eller under 61 dager i somatikken, 44 dager i psykisk helsevern voksne, 45 dager i psykisk helsevern barn og unge og 33 dager i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Oppdrag og bevilgninger er videreført til helseforetakene, og det er iverksatt en rekke tiltak for å redusere ventetidene. Arbeidet koordineres og følges opp av det regionale helseforetaket. Arbeidet med reduksjon i ventetider vil være høyt prioritert også i årene framover. På sikt er målsettingen at gjennomsnittlige ventetid innen somatikk er under 50 dager i somatikk, under 40 dager for psykisk helsevern voksne, under 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og under 30 dager for tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Fagplan for habilitering ble godkjent i styret i Helse Sør-Øst RHF september 2023, jamfør styresak 105-2023 *Regional fagplan habilitering*. Helseforetakene har startet arbeidet med å styrke ressurser og kompetanse i habiliteringstjenestene og utarbeider opptrappingsplaner som er nødvendig for å løfte fagfeltet. Det planlegges for en styrking på innsatsområdet intensiv habilitering. Dette arbeidet skal videreføres og forsterkes.

Fagplan for fysikalsk medisin og rehabilitering ble godkjent av styret i Helse Sør-Øst RHF i oktober 2023, jamfør styresak 120-2023 *Regional fagplan for fysikalsk medisin og rehabilitering*. Et viktig mål i fagplanen er å styrke tidlig rehabilitering i sykehus og at dette er integrert med annen medisinsk behandling. Alle helseforetak skal etablere et rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt. Antall pasienter som får rehabilitering i senfase i regi av spesialisthelsetjenesten skal opprettholdes. En stor del av rehabiliteringstilbudet i senfase i Helse Sør-Øst utføres av private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med det regionale helseforetaket. Helse Sør-Øst RHF har en pågående anskaffelse innen tverrfaglig spesialisert rehabilitering, hvor det planlegges med oppstart av nye avtaler fra 1. januar 2026.

Helseforetakene skal ha rutiner for systematisk dialog med kommunene ved henvisning til psykisk helsevern. I tråd med *Opptrappingsplan for psykisk helse* (Meld. St. 23 (2022-2023)) vil regjeringen at de som henvises til psykisk helsevern, som hovedregel ikke skal gis avslag kun basert på skriftlig henvisning, men tilbys vurderingssamtale for avklaring av videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller den kommunal helse- og omsorgstjenesten. Dette er gradvis innført for barn og unge, og det skal i 2025 også legges til rette for dette i psykisk helsevern voksne. Helse Sør-Øst RHF ble i statsbudsjettet for 2025 bevilget 24,4 millioner kroner til tiltaket med vurderingssamtaler i psykisk helsevern. Jamfør styresak 119-2024 *Budsjett 2025 – fordeling av midler til drift og investeringer* ble midlene fordelt til helseforetak og sykehus. Midlene skal bidra til å øke kvaliteten i vurderingene i forbindelse med inntak, og på sikt redusere avslagsandel gjennom ulike former for vurderingssamtaler i tidlig avklaringsteam.

Pakkeforløp kreft og pakkeforløp hjem for pasienter med kreft videreføres. Helsedirektoratet har igangsatt revisjon av pakkeforløp for kreft med mål om at pakkeforløpene skal inneholde oppdatert og nødvendig faglig informasjon, og med oppdaterte forløpstider tilpasset dagens situasjon.

Pasientforløp innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er revidert og forenklet. Jamfør *Oppdragsdokument 2025 Helse Sør-Øst RHF* vil det gis midlertid fritak for å kode pasientforløp i 2025, og at året brukes til å etablere gode rutiner for koding og flyt i pasientforløpene slik at tid og ressurser brukes så godt som mulig.

### 2.2.2. Avtalespesialistordningen

Avtalespesialister står for 26 prosent av den samlede polikliniske aktiviteten i Helse Sør-Øst, og avtalespesialistordningen bidrar betydningsfullt til å svare ut behovet for helsetjenester i tråd med sørge-for-ansvaret. Det er en målsetting at avtalespesialistene blir ytterligere integrert med øvrig spesialisthelsetjeneste. Forpliktende samarbeid mellom avtalespesialist og lokalt helseforetak er en forutsetning for dette. Samarbeidet bør styrkes ytterligere, blant

annet gjennom videreutvikling av samarbeidsavtalene. Samarbeidet bør eksempelvis omhandle hensiktsmessig arbeidsdeling, informasjon om kapasitet, pasientflyt, håndtering av ventelister, prioriteringer og faglig samarbeid.

Samordning av rettighetsvurderinger bidrar til lik tilgang til helsetjenester, bedre utnyttelse av kapasitet, samt tettere samhandling mellom helseforetak/sykehus og avtalespesialister.

Felles henvisningsmottak er innført for psykisk helsevern for voksne fra 1. september 2023 og for psykisk helsevern barn og unge fra 1. januar 2025. Pasienter henvist til avtalespesialister innen somatiske fagområder blir imidlertid foreløpig ikke rettighetsvurdert. I *Nasjonal Helse- og samhandlingsplan 2024-2027* framgår at det må arbeides for at avtalespesialistenes helsehjelp også på somatiske fagområder bør skje etter forutgående rettighetsvurdering. Helse Sør-Øst RHF vil i 2025 begynne et slikt arbeid.

### **2.2.3. Samfunnssikkerhet og beredskap**

I Oppdragsdokumentet for 2025 er ett av fem hovedmål: *Spesialisthelsetjenesten bidrar til samfunnssikkerhet og er forberedt på kriser*. Ett nytt dokument skal legges til grunn for utvikling av tjenesten Meld. St. 9 (2024–2025) *Totalberedskapsmeldingen – Forberedt på kriser og krig*. Meldingen omhandler tiltak og arbeid for at sivilsamfunnet skal være forberedt på krise og krig, og for å utvikle et samfunn som understøtter militær innsats, og som motstår sammensatte trusler. Meldingen peker på flere relevante områder for styrking av sivil beredskap, herunder sju strategiske prioriteringer innen aktuelle risikoområder. Oppfølging av flere av disse områdene er også relevant for spesialisthelsetjenesten.

Som følge av de senere års endringer i trusselbildet er det økt oppmerksomhet på samfunnssikkerhet og beredskap i spesialisthelsetjenesten. I Helseberedskapsmeldingen (Meld. St. 5 (2023-2024)) vises det til en ny modell for helseberedskapen. Det er bl.a. etablert seks utvalg for prioriterte risikoområder. Utvalgene skal legge til rette for planforutsetninger i sektoren innen de aktuelle risikoområdene. Helseberedskapsmodellen etableres for å sikre bedre strategisk styring og samordning i helsesektorens arbeid og tverrsektorielt.

I 2026 gjennomføres totalforsvarsåret i regi av Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Totalforsvarsåret handler om arbeid for å styrke samarbeidet for økt beredskap og styrke Norges evne til å forebygge sikkerhetspolitisk krise og krig. Sykehusene skal delta i forberedelser til totalforsvarsåret. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) skal i samarbeid med Nasjonal sikkerhetsmyndighet (NSM) gjennomføre en tverrsektoriell totalforsvarsøvelse høsten 2025 – Øvelse Digital 2025. Øvelsen er et oppspill til totalforsvarsåret. Sykehusene skal delta i arbeidet med øvelsen.

Det pågår flere nasjonale prosesser for å styrke det sivil-militære samarbeidet. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet skal Helsedirektoratet i samarbeid med Forsvaret og de regionale helseforetakene, og andre etater, ferdigstille beredskapsplaner for håndtering av masseskader gjennom sivil-militært samarbeid. Dette arbeidet pågår gjennom utvalg for sivil-militært helseberedskapssamarbeid. De regionale helseforetakene har gjennomført en gap-analyse knyttet til sivil-militært samarbeid/totalforsvar. Gap-analysen følges opp gjennom en handlingsplan med prioriterte tiltak. Videre arbeider de regionale



helseforetakene med interregional plan for spesialisthelsetjenestens rolle i krig. Planverket vil være førende for helseforetakenes beredskapsplanverk.

Ny nasjonal helseberedskapsplan legges frem i starten av 2025. Planen er et overordnet rammeverk for helse- og omsorgssektorens forebygging og håndtering av alle typer kriser og katastrofer.

Legemiddelberedskap skal sørge for at nødvendige medisiner er tilgjengelige under alle forhold, inkludert kriser og nødsituasjoner. Dette innebærer planlegging og forvaltning av legemiddellagre, logistikk og distribusjon og også tydelige avtaler og avklarte ansvarsforhold mellom alle ledd i forsyningskjeden. Det pågår flere prosesser for å styrke legemiddelberedskap i regi av EU, i nasjonal regi og i Helse Sør-Øst. Dette omfatter blant annet arbeid for å avklare oppsett og innhold i lagre og tiltak for å styrke legemiddelberedskapen i helseforetak og sykehus.

Ambulanseberedskapen skal styrkes, særlig der det er lange avstander til sykehus. Regjeringen har varslet at den vil legge fram en ny stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester i 2025. I forarbeidene til denne har Helsedirektoratet utredet medisinske og økonomiske konsekvenser av å forskriftsfeste responstider for ambulansetjenesten i Norge. Utredningen viser at Helse Sør-Øst med en økning på 7-16 stasjoner, avhengig av hvorvidt dagens lokasjoner skal opprettholdes, vil kunne oppnå dagens veiledende responstidskrav.

Helse Sør-Øst RHF skal i planperioden etablere en prehospital fellestjeneste for å styrke regionalt samarbeid og helhetlig tilnærming til utvikling av bil- og luftambulansetjeneste, nødmeldetjeneste og pasientreiser. Fellestjenesten skal sammen med helseforetakene, den regionale analyseavdelingen og Sykehuspartner HF utvikle styringsmål og indikatorer og bruke disse aktivt for å utvikle det prehospitalt området i regionen.

#### **2.2.4. Europeisk helse- og helseberedskapssamarbeid**

Norge deltar i de mest relevante helsesatsingene i EU, EU4Health, sivilberedskapsmekanismen UCPM og Horizon Europe. EU4Health har som overordnede mål å bidra til å beskytte europeiske borgere mot grenseoverskridende helsetrusler, forbedre tilgjengelighet til medisinsk utstyr, legemidler og annet kriserelatert utstyr, samt bidra til å styrke nasjonale helsesystemer og arbeidsstyrken. Enkelte helseforetak er involvert og har avsatt ressurser på kreftområdet (Europe's Beating Cancer Plan), området sjeldne diagnoser (JARDIN) og utviklingen av et felles europeisk helsedataområde (EHDS). Det kan bli aktuelt å delta i flere europeiske samarbeidsprosjekter i planperioden.

Norge bidrar til EUs «Union Civil Protection Mechanism» (UCPM), og Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF har sentrale oppgaver på tvers av regionene og i europeisk sammenheng knyttet til beredskap innen lufttransport (Medevac og RescEU-kapasiteten NOJAHIP). Horizon Europe er EUs rammeprogram for forskning og innovasjon for perioden 2021-2027.

### 2.2.5. Kvinnehelse

Regjeringens kvinnehelsestrategi ble lansert i oktober 2024. Det overordnede målet med strategien er å bidra til at betydningen av kjønn blir vektlagt i politikktutforming, og i hvordan helsemyndighetene og helsetjenesten arbeider med kvinners helse og kjønnsperspektiv i helse.

Helse Sør-Øst RHF fikk i revidert oppdragsdokument for 2024 oppdrag om å etablere kvinnehelseportalen, en digital plattform for formidling av kunnskap om kvinnehelse. Bevilgningen er videreført til Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, og etableringen forutsetter samarbeid med Kilden og relevante forskningsmiljøer som forsker på kvinners helse.

I 2024 fikk Helse Sør-Øst RHF og Sykehuset Telemark HF i oppdrag å etablere et forsterket ressursteam ved Telemark fengsel, Skien avdeling, som skal gi kvinner med særskilte psykiske helseutfordringer tilstrekkelig oppfølging. Det forsterkede ressursteamet skal benyttes i en nasjonal forsterket fellesskapsavdeling som skal stå klar i løpet av 2025.

Oslo universitetssykehus HF er gitt i oppdrag å styrke behandlingstilbudene i spesialisthelsetjenesten til voldsutsatte kvinner med ruslidelse. Helseforetaket skal etablere et spesialisert poliklinisk og ambulant tilbud til målgruppen som kan samhandle med andre tilbud på kommunalt nivå. Det skal i tillegg planlegges et døgnbasert tilbud på 3-4 døgnplasser. Oslo universitetssykehus HF skal legge til grunn at tilbudet finansieres som øvrige regionale behandlingstilbud innen psykisk helsevern.

### 2.2.6. Persontilpasset medisin, laboratorievirksomhet og bildediagnostikk

Den nasjonale infrastrukturen InPreD med tilbud om presisjonsdiagnostikk for pasienter med metastatisk kreftsykdom ble evaluert i 2024. Evalueringsrapporten danner grunnlag for videreutvikling og investeringer i presisjonsdiagnostikk, nasjonalt og regionalt. Videre skal det etableres et nasjonalt genomsenter for en samordnet håndtering av store datamengder fra kliniske genomundersøkelser og fra forskning. Behovskartlegging og konseptutredning ble ferdigstilt i desember 2024. I 2025 vil prosjektet videreføres med pilotering, iterativ utprøving av løsningsalternativer og bredere involvering av fagmiljøene.

Persontilpasset medisin vil kreve mer avansert bildediagnostikk og utløser behov for blant annet tilgang på nye bildediagnostiske modaliteter, spesielt med tanke på den raske nukleærmedisinske utviklingen med positronemisjonstomografi (PET) og såkalt «teranostikk» (kombinert terapi og diagnostikk).

Utviklingen innen digitalisering av patologifaget understøttes ved innføring av ny programvare og annen nødvendig teknologi for bildebehandling av mikroskopiske vevssnitt. Ny regional løsning for digital patologi er tatt i bruk ved Sykehuset i Vestfold HF og delvis innført ved Vestre Viken HF og Oslo universitetssykehus HF. Det tilrettelegges for fortløpende implementering av en felles regional løsning for digital patologi for alle helseforetak i planperioden. Den regionale løsningen vil muliggjøre samhandling om digitaliserte bilder i patologi. Digital patologi vil også muliggjøre bruk av avansert informasjonsteknologi («kunstig intelligens») for bedre diagnostikk, og verktøy for dette vil

anskaffes. Regional løsning for digital patologi vil åpne for et mer ustrakt samarbeid om utredning og oppfølging av pasienter som har komplekse og sjeldne diagnoser.

Regional RIS/PACS løsning er i drift ved Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF og Sørlandet sykehus HF, og vil breddes ut i helseregionen i planperioden. Innen bildediagnostikk vil avansert informasjonsteknologi, inklusive rask bredding av bruk av kunstig intelligens i tolkningen av bilder, gi muligheter for bedre og mer effektiv diagnostikk. Slike løsninger er tatt i bruk ved flere helseforetak, og det er inngått regionale rammeavtaler som sikrer tilgang i hele helseregionen. Innføring av felles bildearkiv vil øke tilgjengelighet av - og samhandling om - bildediagnostiske undersøkelser uavhengig av hvor disse er utført. For å få dette til, bør også effektiv støtte for utveksling eller deling av bilder med private tjenesteleverandører etableres. Felles bildearkiv er en forutsetning for å realisere potensialet i digital patologi, og vil samtidig gi nye muligheter for bedret oppfølging av pasienter innen en rekke kliniske fagområder.

### 2.2.7. Uønsket variasjon

Jamfør Helsepersonellkomisjonens utredning NOU 2023:4 *Tid for handling*, er det behov for å redusere forbruket av helsetjenester med lav forventet nytte og som legger beslag på ressurser. Det foreligger lite kunnskapsbasert praksis for å redusere overforbruk. Helse Sør-Øst RHF har utviklet et klinisk dashboard for å møte helseforetakene sine behov for tilgang til relevante styringsdata for å kunne vurdere uønsket variasjon i kvalitet, pasientsikkerhet og forbruksrater tilpasset fagmiljø/avdelinger, styrer og foretaksledelser lokalt og regionalt. Dashboardet benyttes i de månedlige oppfølgingsmøtene med helseforetakene i regionen. Det legges til grunn at eventuelle avvik presenteres for de respektive styrene sammen med plan for korrigerende tiltak før det rapporteres til Helse Sør-Øst RHF. Dashboardet blir fra 1. tertial 2025 videreført i et interregionalt format hvor Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord RHF overtar publiseringsansvaret.

Regional fagplan bildediagnostikk for Helse Sør-Øst er under arbeid, og blir lagt fram for styrebehandling i løpet av 2025. Planen vil inneholde flere tiltak som har som mål å redusere overforbruk og uønsket variasjon. Tiltakene vil bli hensyntatt ved inngåelse av nye avtaler med private tjenestetilbydere.

### 2.2.8. Forskning og innovasjon

Arbeidet med at klinisk forskning i større grad integreres med pasientbehandling skal fortsette. Det er et ledelsesansvar å sørge for at det tilrettelegges for dette. Samtidig kreves overordnede tiltak på regionalt og nasjonalt nivå. Arbeidet med samtykkeløsning til kliniske studier skal ferdigstilles, og det vil bli etablert en sanntidsoversikt over pågående kliniske studier i Norge. Flere pasienter skal gis tilgang til utprøvende behandling. Utprøvende behandling skal som hovedregel gis som en del av en klinisk studie. Helseforetakene skal legge til rette for økt antall kliniske studier, og for at flere pasienter blir inkludert i slike studier, jamfør Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021–2025.

Kliniske tjenester som tidligere krevde oppmøte hos helsepersonell, skal i større grad kunne ytes til pasientene ved hjelp av videokonsultasjoner, nettbaserte behandlingsprogrammer og som digital hjemmeoppfølging ved bruk av pasientrapporterte data og sensorteknologi. Brukerstyring og samvalg skal vektlegges og understøttes. Bruk av teknologi er også aktuelt

for tilrettelegging for økt deltakelse i kliniske studier og gjennomføring av desentraliserte kliniske studier.

Kunstig intelligens skal gjøre det mulig å utnytte helsedata i større grad for å tilby raskere og mer presis diagnostisering, bedre behandling og mer effektiv ressursbruk. Helse- og omsorgstjenesten skal ha en kultur for innovasjon og deling av kunnskap, også i samhandlingen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Videre er det viktig å samarbeide med næringslivet om å utvikle de verktøyene tjenesten og pasientene trenger.

Satsingen på tjenesteinnovasjon har gitt resultater i form av enkeltprosjekter og større felles satsinger. Behovsstyrt poliklinikk er etablert ved alle helseforetakene og de private ideelle sykehusene, og er tatt i bruk innen de fleste fagområdene. En hovedutfordring er at volumet/skaleringen i bruken av disse løsningene er relativt begrenset. I kommende periode vil det derfor arbeides med å skalere opp de løsningene for behovsstyrt poliklinikk som fungerer godt ved ett helseforetak til øvrige helseforetak.

I 2025 målretter Helse Sør-Øst RHF satsingen på tjenesteinnovasjon innen prioriterte områder, særlig knyttet til å frigi tid til klinisk arbeid. I tillegg til effektivisering og forenkling av arbeidsform, handler dette om faglig utvikling og arbeidsmiljø. Mer tid til pasientrettet arbeid, nye tilnærminger til fagutvikling og mindre tidsbruk til administrative prosedyrer vil gjøre sykehusene til bedre arbeidsplasser som fremmer rekruttering og evnen til å beholde personell. Basert på erfaringene fra innovasjonsarbeidet vil Helse Sør-Øst RHF i 2025 vri innovasjonsstøtten over fra enkeltinnovasjoner til en større satsing på regional bredning av nye tiltak og arbeidsformer som i ett helseforetak har vist seg effektive.

### **2.2.9. Rekrutterings- og samhandlingstilskudd**

I Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse og samhandlingsplan 2023-2027* framgår det at finansieringen av helse- og omsorgstjenestene oppleves som en barriere for samarbeid mellom nivåene, særlig når kostnader og gevinster fordeles ulikt. Helse Sør-Øst RHF er i statsbudsjettet for 2025 bevilget 93,4 millioner kroner i et rekrutterings- og samhandlingstilskudd. Tilskuddsmidlene skal brukes etter enighet mellom helseforetak og kommuner, med vekt på likeverdig samarbeid. Helsefelleskapene er en viktig arena for samarbeid og tjenesteutvikling og felles planlegging.

Det legges til grunn at midlene som er bevilget i 2025 videreføres i planperioden.

### **2.3. Kvalitet og pasientsikkerhet**

Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 skal, sammen med Regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, jamfør styresak 009-2021 *Regional delstrategi pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring*, legges til grunn for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er førende for arbeidet med å utvikle faglig forsvarlige helsetjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Videreutvikling av avvikssystemer for å fremme læring og å forebygge uønskede hendelser skal gis økt prioritet.

## 2.4. Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Meld. St. 23 (2022-2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023-2033)* innebærer en prioritering av psykisk helse og at innsatsen innen psykisk helsevern skal trappes opp gjennom en planperiode på ti år. Planen peker på behov for sterkere innsats for å forebygge psykiske plager og lidelser og at pasienter med alvorlige psykiske lidelser får mer helhetlig behandling og oppfølging. Det vises i den forbindelse til styresak 122-2024 – *Framskrivning av behov for helsepersonell innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*.

Styrking av psykisk helsevern for barn og unge er et høyt prioritert område. Helse Sør-Øst RHF skal lede et nasjonalt arbeid med å utarbeide og iverksette en nasjonal plan for utbygging av tjenestetilbudet for barn og unge med rusmiddelproblemer. Behov for framtidige polikliniske og ambulante behandlingstilbud, døgnbehandlingstilbud, inkludert tilbud om avrusning, skal utredes.

Det er flere oppdrag og satsinger som ligger til grunn for en videre utvikling av helsetilbudet til barn og unge, blant annet rusbehandling for barn og unge, sikkerhetspsykiatrisk behandling tilpasset barn og unge under 18 år, akuttambulanseteam, hjemmesykehus, FACT-ung og tverrfaglig helsekartlegging. Flere av disse inngår som en integrert del i samarbeid med andre aktører som barnevernsinstitusjoner og kommunale helse- og omsorgstjenester. Videreutviklingen av tilbudet vil kreve mye utviklings- og omstillingsarbeid i helseforetakene.

Regional fagplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (styresak 041-2021) inngår som premiss i arbeidet med lokale utviklingsplaner ved helseforetak og private ideelle sykehus med eget opptaksområde. Fagplanene danner også grunnlag for anskaffelser av behandlingstilbud fra private leverandører, og for tildeling av forsknings- og innovasjonsmidler. Dette må gjenspeiles i de prioriteringene som gjøres i utviklingen og oppfølgingen av tjenestene. Den regionale fagplanen og plan for oppfølging og gjennomføring av regional fagplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal revideres og oppdateres i 2025.

Det vises til styresak 026-2025 *Oppfølging av overordnet plan for sikkerhetspsykiatri* og anbefalinger om innretning av et sikkerhetspsykiatrisk tilbud for barn og unge. Helse Sør-Øst RHF koordinerer det regionale og lokale arbeidet med å styrke det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet i regionen, som har som hovedmål å etablere og styrke helhetlige forløp i sikkerhetspsykiatrien i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. I sak 119-2025 *Budsjett 2025 – fordeling av midler til drift og investeringer* ble øremerkede bevilgninger i statsbudsjettet for 2025 på 73,9 millioner kroner til arbeidet med sikkerhetspsykiatri fordelt til helseforetakene.

Regjeringen la i oktober 2024 fram Meld. St. 5 (2024-2025) *Trygghet, fellesskap og verdighet – Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Del 1 – en ny politikk for forebygging, skadereduksjon og behandling*. Stortinget planlegger å behandle meldingen i mars 2025. Meldingen presenterer regjeringens planer for å forebygge mer og bedre, og hvordan helsetjenesten skal komme tidligere inn med god behandling og skadereduksjon.

I 2024 ble det inngått nye avtaler med private leverandører innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling for delytelsene:

- døgnbehandling for pasienter med samtidig rus og psykisk lidelse (ROP) unge voksne (18-26 år) inntil 9 måneder
- døgnbehandling inntil 3 måneder i kombinasjon med poliklinisk behandling
- døgnbehandling frivillig innleggelse av gravide pasienter og pasienter med små barn inntil 9 måneder

Avtalene vil ha ulike oppstartstidspunkt gjennom 2025. For øvrige delytelser (ROP voksne og ordinær døgnbehandling) er dagens avtaler gjeldende ut 2025. Innen disse områdene vil det gjennomføres en ny anskaffelse med tentativ oppstart 1. januar 2026.

Helse Sør-Øst har i 2024 lagt grunnlag for økt bruk av E-behandling gjennom etablering på ny og mer brukervennlig teknologisk plattform og ved at pasientene nå kan henvise seg selv til tilbudet, at det er utarbeidet en målrettet kommunikasjonsplan, og at det er startet opp behandlingsprogram for barn og unge. Helse Sør-Øst RHF har etablert et regionalt nettverk for digitale løsninger innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for å styrke utviklingen av og samordne ulike digitale initiativ i 2025.

## 2.5. Aktivitetsvekst

Behovet for spesialisthelsetjenester vil øke framover. Befolkningen i Helse Sør-Øst ventes å øke med i gjennomsnitt 0,6 prosent per år i planperioden, og antall og andelen eldre vil øke. Behovet for spesialisthelsetjenester endres også på grunn av utviklingen av sykdomsbildet, bl.a. knyttet til demografisk utvikling, ny diagnostikk, nye behandlingsmetoder og helsepolitiske prioriteringer.

Framskrivningsmodellene for aktivitet innen psykisk helsevern og TSB, og somatiske spesialist-helsetjenester er en vurdering av befolkningens forventede behov for helsetjenester, og tidshorizonten er frem mot 2040. Modellene er primært modeller for aktivitet (innleggelse og poliklinisk behandling), og er ikke direkte overførbare til behov for personell eller kostnadsutvikling. Modellene inkluderer demografisk betinget behov, og endringsbehov utover demografi. For Helse Sør-Øst gir framskrivningsmodellene følgende effekter frem mot 2040:

Psykisk helsevern og TSB:

- En demografisk betinget vekst i poliklinisk aktivitet på 6,3 prosent, mens modellen samlet tilsier behov for vekst på 15,4 prosent.
- For liggedøgn er demografieffekten 8,9 prosent, mens modellen samlet tilsier 13,9 prosent vekst.
- Modellen for psykisk helsevern og TSB legger dermed opp til større vekst enn demografi, blant annet for å styrke tilbudet til barn- og unge, pasienter med alvorlige psykiske lidelser, samt tilbudet for eldre.

#### Somatikk:

- En demografisk betinget vekst i poliklinisk aktivitet på 20,9 prosent, mens modellen samlet tilsier behov for 26,8 prosent. Det skyldes blant annet at det særlig forventes behov for større vekst i poliklinisk aktivitet innen kreft- og øyesykdommer.
- En demografisk betinget vekst i liggedøgn på 32,2 prosent, mens modellen tilsier 20,2 prosent ettersom det er faktorer som modifierer behovet.
- For DRG-poeng anslås effekten tilnærmet lik den demografiske betingede veksten i 2040.

De fire helseregionene har i fellesskap gitt innspill til statsbudsjettet for 2026. For psykisk helsevern og TSB ble det anslått en samlet vekst på 2,2 prosent, mens en demografisk framskrivning ga 1,9 prosent. For somatikk ble det anslått en vekst på 1,5 prosent, mens demografisk framskrivning utgjorde 1,8 prosent. De samlede anslagene for vekst per tjenesteområde ble vektet sammen basert på kostnadsandelene i SAMDATA for 2023 og ga et samlet vekstbehov på 1,7 prosent.

Helseforetak og sykehus må planlegge for å møte det framtidige behovet for spesialisthelsetjenester basert på de nasjonale framskrivningsmodellene. Helse Sør-Øst RHF oppdaterer framskrivningene årlig, og forutsetningene slik de blant annet framgår av Regional utviklingsplan 2040 legges til grunn. Framskrivningene ligger til grunn for sørge for-ansvaret og for dimensjonering av nye sykehusbyggprosjekter. Samlet regional døgnkapasitet innen psykisk helsevern i regionen skal ikke reduseres.

Det stilles ikke krav til aktivitetsvekst i absolutte tall eller prosent i økonomisk langtidsplan. Aktivitetsnivået og kapasitet må tilpasses befolkningens behov og mål om reduserte ventetider. Tallfestede krav til pasientbehandling og aktivitetsvekst vil vurderes i budsjettprosessen hvert år, og legges blant annet med bakgrunn i statsbudsjettet for det gjeldende år. Planforutsetningene for midler til aktivitetsvekst omtales i kapittel 2.8.2.

## 2.6. Bemanning og kompetanse

Ett av de fem hovedmålene i *Oppdragsdokumentet for 2025 Helse Sør-Øst RHF* er at den offentlige helsetjenesten skal være fagfolkernes foretrukne arbeidsplass. Helseforetakene må forsterke arbeidet med å beholde, rekruttere og utvikle kompetansen hos sine medarbeidere. Utdanning og strategisk kompetanseutvikling må ledes og prioriteres på lik linje med andre lederoppgaver.

Helseforetakene har generelt god tilgang på helsepersonell, men det er en begynnende mangel på personell innenfor enkelte spesialiteter, særlig av spesialiststillinger innen psykisk helsevern. I planperioden må rekruttering til psykisk helsevern og rusbehandling prioriteres. Mot slutten av 2024 lyste Helse Sør-Øst RHF ut rekrutteringsmidler og tildelte deretter 30 millioner kroner i 2025 til prosjekter og tiltak for å styrke rekrutteringen av leger i psykisk helsevern i regionen.

I *Oppdragsdokument 2025* er Helse Sør-Øst RHF bedt om å legge til rette for gode karriereløp og tilgang til breddekompetanse innen disse spesialitetene.

Økt spesialisering har bidratt til flere spesialiserte vaktsjikt for leger. Konsekvensen er færre overleger til stede på dagtid, en svekkelse av generell vaktkompetanse og økte kostnader for helseforetakene. Det er behov for å arbeide med organiseringen i sykehusene og hvordan en kan understøtte bredere vaktkompetanse. Helseforetakene må bidra i dette arbeidet.

Det er et viktig rekrutteringstiltak å tilby studenter og lærlinger praksisplasser av faglig god kvalitet. Helseforetakene må ha gode planer for hvordan praksisstudiene gjennomføres og hvordan ansvar, oppgaver og roller fordeles. Antallet utdanningsstillinger for spesialsykepleiere skal opprettholdes på nivå med 2024, og det er et mål at antallet lærlinger øker.

TØRN-programmet i spesialisthelsetjenesten videreføres, og målet med programmet er å fremme effektiv bruk av personellressurser gjennom nye arbeids- og organisasjonsformer, samt å sikre riktig oppgavedeling på tvers av tjenesteområder og nivåer i helse- og omsorgstjenestene. Helseforetakene forventes å bidra i programmet, samt at hvert enkelt foretak jobber systematisk med endring av arbeidsprosesser og hensiktsmessig bruk av ansattes kompetanse. Kontinuerlig fagutvikling og læring vurderes som et viktig tiltak både for å rekruttere, men også for å beholde personell i spesialisthelsetjenesten.

### **2.6.1. Bemanning og aktivitet**

Helseforetakene må planlegge bemanningen helhetlig og langsiktig og i sammenheng med aktiviteten. Et godt samsvar mellom aktivitet og bemanning er en forutsetning for å prioritere bemanningen til de områdene der bemanningsbehovene er størst sett opp mot pasientenes behov og de faglige prioriteringene.

### **2.6.2. Bemanningskostnader og månedsverk**

Helse Sør-Øst RHF er i *Oppdragsdokument 2025* bedt om å forsterke arbeidet med å redusere sykefraværet i foretaksgruppen sammenliknet med 2024-nivå, med sikte på å komme ned på 2019-nivå.

Styret fremhevet i sak 121-2024 *Videreføring av arbeidet med oppfølging av sykefravær*, viktigheten av at helseforetakene og sykehusene fortsetter og forsterker det målrettede arbeidet med å redusere sykefraværet, som et sentralt virkemiddel for å ha tilstrekkelig bemanning og opprettholde planlagt aktivitet, kvalitet og pasientsikkerhet. Sykefraværet er også en økonomisk belastning for sykehusene blant annet gjennom kostnader til overtid og innleie av vikarer.

I tidligere økonomiske langtidsplaner har det vært budsjettert en lavere bemanning enn det som har vist seg å bli den faktiske utviklingen for antall månedsverk og



bemanningskostnader år for år. Det samlede bemanningsavviket fra budsjett<sup>1</sup> i 2024 er 1177 månedesverk for foretaksgruppen. Det forutsettes at helseforetakene gjør en grundig gjennomgang av bemanningsbudsjetteringen i innspillet til økonomisk langtidsplan 2026-2029. Budsjetteringen skal være i tråd med den prioriteringen som følger av fagplanene og virksomhetenes behov, og samtidig innenfor helseforetakets økonomiske handlingsrom.

Helseforetakene må arbeide videre med målsettingen om styrket bemanningskontroll og et godt grunnlag for strategisk stillingsstyring på foretaksnivå.

I 2025 prioriteres utvikling av måltall og styringsinformasjon for god og effektiv drift, innen følgende områder: Sengepost, operasjon, intensiv, poliklinikk og den akuttmedisinske kjeden.

Det tekniske beregningsutvalget for inntektsoppgjørene (TBU) la 14. februar 2025 fram sine foreløpige tall før lønnsoppgjøret. Tallene viser at helseforetakene hadde en gjennomsnittlig årslønnsvekst fra 2023 til 2024 på 5,6 prosent. TBU anslår at sammensetningseffekter som følge av endret kompetansesammensetning (økt andel legeårsverk) bidrar med økt lønnsvekst på 0,2 prosent. Det påvirker at flere LIS-leger har blitt overleger, og etter tariffavtalen dermed fått høyere lønn. Tall fra TBU viser at andelen ansatte med universitets- og høgskoleutdanning av høyere grad (hovedsakelig leger) er økt fra 20 prosent i 2016 til cirka 25 prosent i 2024.

Helseforetakene skal innarbeide framskrevet kompetanse- og bemanningsbehov i budsjettering på stillingskategori, og gjøre en særskilt gjennomgang av kostnader til overtid, innleie og sykerefusjoner.

## 2.7. Innkjøp og logistikk

Helseforetakene skal i planperioden ta i bruk de regionale konseptene og løsningene innen innkjøp- og logistikkområdet og derigjennom bidra til ressurseffektivitet, standardisering og regional forsyningsikkerhet.

For å understøtte helseforetakenes behov relatert til areal- og kostnadseffektive forsyningsløsninger, vil det regionale helseforetaket i planperioden videreutvikle de regionale forsyningsløsningene. Det regionale forsyningscenteret vil i planperioden tilby avdelingspakkede leveranser til alle helseforetak, videreutvikle og bredde konsept for pasientpakket logistikk, øke sortimentet som tilbys fra forsyningscenteret og foreta

---

<sup>1</sup> Merk at budsjettet ikke er endret som følge av tilleggsbevilgningene i revidert nasjonalbudsjett.

ompakking til mindre enheter enn innkjøpsenheter for å redusere behovet for lokale lagre. I tillegg vil det etableres en ny tjeneste for sampakking (cross-docking). Direktekjøp foretatt av helseforetakene vil sampakkes og leveres med avdelingspakke leveranser til helseforetakene. Det regionale forsyningscenteret vil, sammen med Sykehusinnkjøp HF sitt arbeid relatert til avtaleinngåelse og avtaleforvaltning, være et viktig verktøy for å bidra til forsyningsikkerhet i et forventet urolig marked i planperioden. Dette gjennom blant annet oppbygging av regionale sikkerhetslager, avtalefestede erstatningsprodukter, rasjonering ved mangelsituasjoner, samt oppbygging av regionale beredskapslagre. Helseforetakene skal ta de regionale tjenestene i bruk for blant annet fristilling av lokale lagerarealer og som følge av innflytting i nye bygg med begrensede arealer til lagring og varehåndtering.

## 2.8. Økonomiske planforutsetninger

Helse Sør-Øst RHF la i styresak 119-2024 *Budsjett 2025 – fordeling av midler til drift og investering* til grunn inntektsforutsetningene i Prop. 1 S (2024-2025). I styresak 142-2024 *Oppdrag og bestilling 2025 – økonomiske resultatkrav* vedtok styret økonomiske resultatkrav for 2025 i helseforetakene. Jf. styresak 003-2025 *Virksomhetsrapport per desember 2024* er driftssituasjonen i foretaksgruppen noe bedret, men resultatutviklingen er påvirket av økte bevilgninger. Resultatutviklingen er et viktig premiss for de investeringsplanene som er lagt i foretaksgruppen, og den underliggende driften ved utgangen av 2024 viser at det fortsatt er et behov for omstilling for å nå resultatkravene i 2025.

### 2.8.1. Finansiering av drift og investeringer

Spesialisthelsetjenesten har en samlet finansiering til drift og investeringer. Dette gir fleksibilitet samtidig som det stiller krav om positive økonomiske resultater i driften for å finansiere investeringer blant annet i nye bygg, teknologi og medisinsk-teknisk utstyr.

Følgende finansieringspremiss er lagt til grunn:

- 100 prosent marginalfinansiering av aktivitetsvekst
- Rentebetingelsene for helseforetakenes investeringslån endres fra 2025 tilbake til rentemodellen fra før 2018.
- Lån på inntil 90 prosent av styringsrammen på lån innvilget fra og med 2025
- ISF-andelen er 30 prosent for somatiske spesialisthelsetjenester.

### 2.8.2. Midler til aktivitetsvekst

Det meste av inntektene til spesialisthelsetjenesten består av basisramme og aktivitetsbaserte inntekter. Midler til aktivitetsvekst i statsbudsjettet er en årlig økning i basisrammen. En stor andel av vekstmidlene er beregnet med utgangspunkt i antatt vekst som følge av demografi. Det har variert mellom de ulike budsjettårene hvor mye midler som bevilges til økt aktivitet utover den demografisk betingede aktivitetsveksten.

I 2025 er det i basisrammen til Helse Sør-Øst RHF bevilget 1 326 millioner kroner til aktivitetsvekst, se tabell 1. Sammen med midlene på de aktivitetsavhengige inntektspostene er det forutsatt at de økte bevilgningene legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen

på 1,8 prosent. Dette tilsvarer om lag 0,3 prosent vekst ut over demografi sett opp mot Helsedirektoratets framskriving av behov (1,5 prosent i 2025), og 740 millioner kroner per prosentpoeng vekst.

Budsjettår	Midler til aktivitetsvekst (2025-kroner)	"Legger til rette for"-vekst	Millioner kroner per prosent vekst
2018	780	2,0 %	390
2019	730	1,7 %	430
2020	620	1,5 %	410
2021	970	2,3 %	420
2022	750	1,7 %	440
2023	810	1,5 %	540
2024	990	1,8 %	550
2025	1 330	1,8 %	740
2026-2029	1 110	1,5 %	

Tabell 1 Midler til aktivitetsvekst i basisrammen til Helse Sør-Øst RHF i Prop. 1 S, årlig. I 2023 og 2025 ble ISF-andel redusert til hhv. 40 prosent og 30 prosent, med tilsvarende økning i basisrammen. I 2025 er det i tillegg lagt til grunn 100 prosent marginalinntekt, mot 80 prosent tidligere år.

Det foreslås å legge til grunn en vekst basert på demografisk utvikling i planperioden, på om lag 1,4 prosent årlig. I tillegg foreslås å planlegge for en årlig vekst utover demografi på 0,1 prosent. Anslaget er noe lavere enn de regionale helseforetakenes innspill til statsbudsjettet for 2025, jf. omtalen under 2.5. De regionale helseforetakenes innspill til statsbudsjett har (tidligere) hvert år lagt til grunn høyere behov for aktivitetsvekst enn de faktiske vekstforutsetningene i de årlige statsbudsjettene. Under de gitte forutsetningene i saken kan det estimeres at økt basisramme til aktivitetsvekst blir på om lag 1 110 millioner kroner årlig, som vist i tabell 1.

- Tabell 2 viser fordelingen av vekstmidler i budsjettet for 2024 og 2025, samt forslaget til fordeling av økte midler i planperioden mellom Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene/sykehusene. Som en planforutsetning foreslås det at 100 millioner kroner reserveres til regionale tiltak i Helse Sør-Øst RHF. Dette er 50 millioner kroner mer enn i økonomisk langtidsplan 2025-2028. Dette skyldes behov for ekstraordinær inntektsstøtte de første to årene av planperioden, jf. omtale i 2.8.5., og behovet for å prioritere sentrale prosjekter, som blant annet DIPS Arena på mobil. Av samlet basisbevilgning utgjør basisrammen til Helse Sør-Øst RHF om lag 11,5 prosent.

Midler til økt aktivitet	Fordelt i budsjett 2024	Fordelt i budsjett 2025	Økonomisk langtidsplan 2026-2029			
			2026	2027	2028	2029
Helseforetak og sykehus	898	1 276	1 010	1 010	1 010	1 010
Helse Sør-Øst RHF	4	50	100	100	100	100
<b>Midler til økt aktivitet i alt</b>	<b>902</b>	<b>1 326</b>	<b>1 110</b>	<b>1 110</b>	<b>1 110</b>	<b>1 110</b>

Tabell 2 Fordeling av midler i basisrammen til økt aktivitet i 2024 og 2025 og forutsatte midler 2026-2029 i millioner kroner

Midlene til økt aktivitet er i planleggingsrammene fordelt til helseforetakene i henhold til behovsandeler innen de enkelte tjenesteområdene. Den endelige fordelingen av basisbevilgningen skjer i den årlige budsjettbehandlingen. Da er regjeringens forslag til statsbudsjett kjent, og det foreligger nærmere vurdering av behov for regionale midler til bestemte formål.

Regjeringen videreførte et generelt effektiviseringskrav på alle bevilgningsposter til spesialisthelsetjenesten i statsbudsjettet for 2025. Samlet er effektiviseringskravene anslått til om lag 170 millioner kroner for Helse Sør-Øst. Som en planforutsetning foreslås det at effektiviseringskravet videreføres i planperioden. Inntektsreduksjonen innarbeides i inntektsrammene til helseforetak og sykehus etter andel driftsinntekter i perioden 2026-2029.

### 2.8.3. Resultatgrad, driftsresultat og finansresultat

For 2024 er resultatet for Helse Sør-Øst 3 184 millioner kroner, som gir en resultatgrad på 2,8 prosent, se tabell 3. I 2025 er det planlagt for et resultat på 2 116 millioner kroner med en resultatgrad på 1,8 prosent. Resultatbufferen på 700 millioner kroner er inkludert i budsjettert resultat.

Resultat for Helse Sør-Øst	2019	2020	2021	2022	2023	2024	B2025
(Års)resultat	2 009	2 593	2 078	1 675	1 544	3 184	2 116
Resultatgrad	2,3 %	2,9 %	2,2 %	1,6 %	1,5 %	2,8 %	1,8 %

*Tabell 3 Resultatgrad for foretaksgruppen faktisk 2019–2024 og budsjett 2025, i millioner kroner. Resultatbuffer er medregnet for alle år i tabellen.*

Det skal planlegges for å oppnå en resultatgrad på 2,5 prosent over tid for å kunne opprettholde verdiene i eiendom, teknologi og utstyr.

Det regionale helseforetaket skal opprettholde driftsresultatet på samme nivå som for budsjett 2025, det vil si 150 millioner kroner. Med større endringer i rentebildet og som følge av framdriften i de store investeringsprosjektene vil finansresultatet – og dermed årsresultatet - variere. Som en planforutsetning budsjetteres det med en årlig resultatbuffer på 700 millioner kroner og investeringsbuffer på 200 millioner kroner.

Finansresultatet i foretaksgruppen vil påvirkes av økende gjeldsgrad knyttet til byggeprosjektene. Rentenivået i planperioden forventes å være fallende, men rentebanen er likevel om lag et halvt prosentpoeng høyere enn i forrige økonomiske langtidsplan. Langsiktig realrente videreføres som planforutsetning for årene etter 2029, og dette demper effektene av et svingende rentenivå på lang sikt.

For helseforetak som har pågående byggeprosjekter eller prosjekter under planlegging, opprettholdes kravet til nivå på driftsresultat før avskrivninger (EBITDA<sup>2</sup>-nivå). Helse Sør-Øst RHF vil ha en særskilt oppfølging av utvikling i driftsresultat før avskrivninger slik at foretaksgruppens gjeldsbetjeningsevne opprettholdes.

#### 2.8.4. Midler til fordeling i økonomisk langtidsplan

##### *Inntektsmodellen i Helse Sør-Øst - oppdatering av inntektsmodellen*

I oppdatering av inntektsmodellen er siste tilgjengelige befolkningsframskriving fra Statistisk sentralbyrå (SSB) fra juni 2024 lagt til grunn. For bydelene i Oslo er det Oslo kommune sin befolkningsframskriving som benyttes. Ved oppdatering av grunnlagsdata som inngår i helse- og sosiale kriterier, har det vist seg at enkelte av kriteriene er sensitive for endringer i registreringer mellom år. Etter anbefaling fra SINTEF, som har bistått i innhenting av data, foreslås det å innføre tre-års gjennomsnitt i grunnlagsdata for alle helse- og sosiale kriterier ved beregning av behovsindekser for somatikk, psykisk helsevern voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern barn og unge. Tilnærmingen vil utjevne tilfeldig variasjon mellom år og sørge for større forutsigbarhet og stabilitet i inntektsrammene.

Det er i forbindelse med oppdateringen avdekket en feil i statistikken som ble hentet ut fra microdata.no (SSB sin statistikkbank) ved oppdatering av sykefraværskriteriet i somatikelementet i modell 2025. Feilen er korrigert, og endringen gir omfordelingseffekter i 2026.

I modellelementet for psykisk helsevern voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern barn og unge vektet forbruk, uttrykt ved vektete liggedøgn, inn med 50 prosent i behovsandelen. Ved oppdatering av modell 2025 lå vektete liggedøgn fra prosjektet, forbruk 2022, fast. I styresak 156-2023 *Revidert inntektsmodell for Helse Sør-Øst* ble det foreslått at det skulle gjøres en ny vurdering av hvilke(t) år som skal danne grunnlag for faktisk forbruk, inkludert hvorvidt indeksene bør låses, inn mot økonomisk langtidsplan 2026–2029 når det var tilgjengelig aktivitetsgrunnlag for flere år etter koronapandemien. Innhenting av oppdaterte forbrukstall for 2023 og 2024 viser variasjon mellom år og mellom helseforetak/sykehus. Forbruk i 2023 er særlig påvirket av avviklingen av fritt behandlingsvalg. Endringer mellom 2022 og 2023, og mellom 2023 og 2024 vurderes å være så vesentlige at forbrukstall fra 2023 ikke er representative for å kunne inngå i beregningen av vektete liggedøgn som benyttes i behovsandelen. I modell 2026 foreslås det derfor å benytte gjennomsnittlig forbruk av 2022 og 2024 ved beregningen av vektete

---

<sup>2</sup> EBITDA står for «earnings before interest, taxes, depreciation and amortization» og er resultat før renter, skatt, avskrivninger og nedskrivninger.

liggedøgn. Ved oppdateringen av modell 2027 vil det vurderes å benytte et gjennomsnitt av forbruk siste tre år.

I tillegg til omfordelingseffekter som følge av oppdatering av demografi og helse- og sosiale kriterier, gir modellen omfordelingseffekter som følge av endringer i basisrammen som følger av bevilgninger i revidert nasjonalbudsjett 2024 og budsjett 2025. Dette omfatter blant annet økte inntekter til endrede pensjonskostnader på om lag 663 millioner kroner. Denne bevilgningen er fordelt etter en annen fordelingsnøkkel i budsjettåret enn inntektsmodellens behovsandeler, som gir omfordelingseffekter når midlene fordeles gjennom inntektsmodellen.

### ***Endring i avregning av kjøp fra private leverandører***

Fra 2024 er det innført et oppgjør for bruk av private leverandører som gjenspeiler befolkningens faktiske forbruk innen alle områder der Helse Sør-Øst RHF har avtale om kjøp av fra private leverandører. Dette gjør at helseforetak og sykehus raskere vil se den økonomiske effekten av endringer i bruk. I forbindelse med oppdatering av den regionale inntektsmodellen for 2026, forskutteres en avregning av kjøp fra private avtaleparter på siste års tilgjengelige aktivitetsdata. Gjennom året vil Helse Sør-Øst RHF tilgjengeliggjøre aktivitetsdata som gjør helseforetakene og sykehusene i stand til å gjøre avsetninger for den forventede økonomiske effekten av avregning av kjøp fra private leverandører før endelig avregning i forbindelse med årsoppgjøret.

### ***Inntektsfordeling internt i Oslo sykehusområde***

Fra 2025 er Oslo universitetssykehus HF, Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus fullt ut en del av den regionale inntektsmodellen. For å ivareta finansieringen av områdefunksjoner og avtalt oppgavedeling mellom de tre sykehusene, er det etablert et fast, forskuttet gjestepasientoppgjør innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling der den økonomiske effekten er innarbeidet/omfordelt i basisrammen. Det brukes historiske data for å predikere pasientmobiliteten.

Grunnlaget for aktivitet som inngår i det forskutterte oppgjøret for somatikk, vurderes årlig i forbindelse med økonomisk langtidsplan og i dialog med Oslo universitetssykehus HF, Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus. På grunn av koronapandemien ble aktivitetstallene i det forskutterte oppgjøret oppdatert for første gang på flere år i forbindelse med planforutsetningene til økonomisk langtidsplan 2025-2028. Aktivitetstallene ble da oppdatert fra 2019-aktivitet til 2023-aktivitet.

Oppdatering av aktivitetsgrunnlaget fra 2023 til 2024 viser at det har vært en relativt stor vekst i aktiviteten inn mot Oslo universitetssykehus HF fra Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus. Et fast forskuttet gjestepasientoppgjør er innført for å ivareta økonomisk forutsigbarhet for de tre sykehusene. Oppgjøret avregnes ikke i etterkant for faktisk aktivitet. Ved årlige oppdateringer må det derfor vurderes om det er vesentlige forhold som må hensyntas. For å ivareta intensjonen om forutsigbarhet i det forskutterte gjestepasientoppgjøret forslås det at oppgjøret beregnes på et gjennomsnitt av aktivitet fra 2023 og 2024. Gjennomsnitt av to år har også før pandemien vært benyttet som grunnlag for beregning av det forskutterte gjestepasientoppgjøret innen somatikk.

Oppdateringen medfører en omfordeling av basisramme inn til Oslo universitetssykehus HF med 69,5 millioner kroner, hvorav 33,6 millioner kroner fra Diakonhjemmet sykehus og 35,9 millioner kroner fra Lovisenberg Diakonale sykehus.

Innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det forskutterte oppgjøret mellom Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus for alderspsykiatri og allmennpsykiatri oppdatert med aktivitet for 2024 i det treårige gjennomsnittet som benyttes i beregningen. Oppdateringen omfordeler 4,1 millioner kroner fra Lovisenberg Diakonale Sykehus til Diakonhjemmet sykehus. Det forskutterte gjestepasientoppgjøret inn mot Oslo universitetssykehus HF ligger uendret i planforutsetningene for 2026 sammenlignet med budsjett 2025. Dette oppdateres i forbindelse med budsjett 2026.

Det endelige forskutterte gjestepasientoppgjøret for 2026, innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling fastsettes i dialog mellom sykehusene og Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med budsjettprosessen for 2026.

### **Endring i opptaksområder**

I framskrivningen av inntektsrammer tas det høyde for overføring av ansvaret for å yte spesialisthelsetjenester til befolkningen i bydelene Alna, Grorud og Stovner fra Akershus universitetssykehus HF til Oslo universitetssykehus HF. Ansvaret for somatiske spesialisthelsetjenester for bydel Alna overføres fra Akershus universitetssykehus HF til Oslo universitetssykehus HF ved årsskiftet 2025/2026, ref. styresak 024-2023 *Tidspunkt for overføring av ansvar for somatiske spesialisthelsetjenester for bydel Alna fra Akershus universitetssykehus HF til Oslo universitetssykehus HF*. Overføringen av ansvaret er hensyntatt i oppdateringen av inntektsmodellen. En håndtering av eventuelle økonomiske ulemper for Akershus universitetssykehus HF knyttet til overføringen vil bli vurdert inn mot budsjett 2026. Innspillet til økonomisk langtidsplan 2026-2029 fra Akershus universitetssykehus HF vil være en del av grunnlaget for en slik vurdering.

Det er videre forutsatt at overføring av psykisk helsevern og rusbehandling for bydelene i Groruddalen skjer samlet i 2032. Ansvaret for somatiske tjenester for bydelene Grorud og Stovner er forutsatt overført til Oslo universitetssykehus HF i 2032, jf. styresak 093-2024 *Oppgavedeling og bydelsfordeling mellom sykehusene i Oslo*. Fra samme tid overføres det helhetlige spesialisthelsetjenesteansvaret fra Sagene fra Oslo universitetssykehus HF til Lovisenberg Diakonale Sykehus.

### **Pensjon**

Helse- og omsorgsdepartementet håndterer endringer i pensjonskostnad ved å justere basisrammen. Bevilgningsendringen tar utgangspunkt i endringen i pensjonskostnaden nasjonalt, og fordeles mellom de regionale helseforetakene etter andelene i den nasjonale inntektsfordelingsmodellen.

Samlet gjennom revidert nasjonalbudsjett 2024 (Prop. 104 S (2023-2024)) og Prop. 1 S (2024-2025) har Helse Sør-Øst RHF fått økt sin basisramme med 1 385 millioner kroner for endrede pensjonskostnader. Endringer i basisrammen blir i det aktuelle budsjettåret fordelt mellom helseforetakene etter andel kostnadsendring, for så å bli fordelt etter inntektsmodellens behovsandeler i året etter. Endringen i revidert nasjonalbudsjett 2024 ble forskuttert i økonomisk langtidsplan 2025-2028, og innarbeidet i inntektsmodellen for

2025. Av bevilgningen i statsbudsjettet for 2025 ble 662,6 millioner kroner fordelt til helseforetakene etter andel kostnadsendring. Basisrammen for 2025 innarbeides i inntektsmodellen for 2026, og dette kan gi omfordelingseffekter ved fordeling etter behovsandeler. Det vises til styresak 119-2024 *Budsjett 2025-fordeling av midler til drift og investeringer* for utvidet omtale av håndteringen av bevilgninger til pensjon i 2024 og 2025.

Stortinget vedtok 12. april 2024 ny avtalefestet pensjon (AFP). AFP blir en livsvarig ytelse som kommer i tillegg til tjenstepensjon og alderspensjon fra NAV. Sist kjente informasjon tilsier at de regnskapsmessige konsekvensene av denne loven først bli iverksatt i 2025. Regjeringen vil komme tilbake til en vurdering av konsekvensene av Stortinget sitt vedtak om AFP for offentlig tjenstepensjon for de regionale helseforetakene, inkl. de 12 sykehusene med langsiktige driftsavtaler med de regionale helseforetakene, i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2025.

På grunn av usikkerhet i kostnadsanslagene for 2025 skal helseforetakene legge til grunn budsjett 2025 ved budsjettering av pensjonskostnad og pensjonspremie i økonomisk langtidsplan.

#### **Samlet effekt av oppdatering av inntektsmodellen**

Oppdatering av inntektsmodellen gir årlige omfordelinger per helseforetak som vist i tabell 4. Beløpene må summeres for å se samlet effekt over fireårs-perioden.

Omfordelingseffektene er et resultat av ordinær oppdatering av inntektsmodellen og forholdene omtalt over.

Omfordelingseffekter av inntektsmodellen	2026	2027	2028	2029
Akershus universitetssykehus HF	- 513 289	52 617	51 878	41 864
Sykehuset Innlandet HF	- 47 366	- 33 453	- 34 365	- 34 676
Oslo universitetssykehus HF	795 220	22 283	23 258	30 875
Diakonhjemmet sykehus	- 7 074	- 12 273	- 10 464	- 3 664
Lovisenberg Diakonale Sykehus	50 723	4 681	786	- 2 594
Sørlandet sykehus HF	- 18 502	399	- 1 478	- 2 113
Sykehuset Telemark HF	- 65 916	- 14 034	- 16 333	- 17 569
Sykehuset i Vestfold HF	- 89 665	- 10 262	- 8 045	- 8 637
Vestre Viken HF	- 6 433	- 9 423	- 5 592	- 5 697
Sykehuset Østfold HF	- 97 698	- 534	355	2 211
Sum	0	0	0	0

Tabell 4 Omfordelingseffekter av inntektsmodellen 2026–2029 (i millioner 2025-kroner)

#### **2.8.5. Behov for ekstraordinær inntektsstøtte**

Oppdatering av inntektsmodellen medfører vesentlige negative omfordelingseffekter for Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Østfold HF, og de tre helseforetakene vil trenge tid til kostnadstilpasning. Det foreslås at behovene for omstilling fordeles over inntil tre år ved at Helse Sør-Øst RHF yter inntektsstøtte med henholdsvis (sum) 170 millioner kroner i 2026 og 85 millioner kroner i 2027. I tillegg foreslås det at inntektstøtten til Sykehuset Innlandet HF trappes ned fra 55 millioner kroner i 2025 til 25



millioner kroner i 2026. Det endelige nivået for ekstraordinær inntektsstøtte fastsettes i de årlige budsjettene. Midlene fordeles som i tabell 5 mellom de tre helseforetakene:

Inntektsstøtte	2026	2027	2028	2029
Sykehuset Innlandet HF	25 000	-	-	-
Sykehuset Telemark HF	44 000	22 000	-	-
Sykehuset i Vestfold HF	60 000	30 000	-	-
Sykehuset Østfold HF	66 000	33 000	-	-
Sum	195 000	85 000	-	-

Tabell 5 Ekstraordinær inntektsstøtte til Sykehuset i Innlandet HF, Sykehuset i Telemark HF, Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Østfold HF

## 2.8.6. Andre inntektsrammeforutsetninger

### **Overføring av virksomhet ved Martin Hansens Hospital AS til Vestre Viken HF**

Styret godkjente i styresak 125-2024 *Avtale om overføring av virksomhet mellom Stiftelsen Martina Hansens Hospital, Martina Hansens Hospital AS, Helse Sør-Øst RHF og Vestre Viken HF*, avtale om overføring av virksomhet mellom Stiftelsen Martina Hansens Hospital, Martina Hansens Hospital AS, Helse Sør-Øst RHF og Vestre Viken HF. Partene er i avtalen enige om at overføringen tentativt finner sted 1. november 2025, og senest 1. januar 2026. Det er lagt til grunn at Vestre Viken HF ikke skal få forbigående, forsterkede økonomiske utfordringer som følge av overføringen. Det innebærer blant annet at finansieringen av virksomheten ved Martina Hansens Hospital AS videreføres i 2026, slik den er i dag. Den samlede virksomheten i Vestre Viken HF vil fra 2027 bli finansiert etter gjeldende inntektsmodell og finansieringsprinsipper i Helse Sør-Øst. Dette vil legges til grunn som en del av planforutsetningene for økonomisk langtidsplan 2027-2030.

Eventuelle økonomiske utfordringer i forbindelse med overføringen, og behov for inntektsstøtte til Vestre Viken HF i 2026, vil bli vurdert i forbindelse med budsjett 2026 i dialog mellom Helse Sør-Øst RHF og Vestre Viken HF.

### **Protonterapi**

Den flerregionale behandlingstjenesten protonterapi starter opp ved Oslo universitetssykehus HF våren 2025 og medfører økte drifts- og kapitalkostnader. De økte driftskostnaden er ikke reflektert i ISF-ordningen. Jf. styresak 119-2024 *Budsjett 2025 fordeling av midler til drift og investeringer* er Oslo universitetssykehus tilført 142,3 mill. kroner i økt basisramme for å håndtere økte drifts- og kapitalkostnader. Som en følge av at protonsenderet ved Oslo universitetssykehus HF også skal behandle pasienter fra Helse Nord vil det i 2025 også bli overført om lag 30 millioner kroner fra Helse Nord RHF til Helse Sør-Øst RHF for å dekke kostnadene for protonsenderet. I tillegg håndteres pasientmobilitet mellom regionene og internt i Helse Sør-Øst innenfor eksisterende ordninger for gjestepasientoppgjør. Det planlegges for en gradvis opptrapping av behandlingskapasiteten ved protonsenderet i planperioden, mens store deler av kostnadene vil løpe fra 2025. Det innebærer at kostnaden per pasient vil være synkende, men den planlagte volumøkningen i 2026 tilsier at Helse Sør-Øst RHF må øke overføringene fra 142,3 mill. kroner i 2025 til 174 millioner kroner i 2026. Overføringen fra Helse Nord RHF er anslått å øke med 4 millioner

kroner. Det vil bli gjort en nærmere vurdering av finansieringen av protonsenderet i forbindelse med budsjett 2026. Som planforutsetning i økonomisk langtidsplan 2026-2029 legges følgende kostnader og finansiering til grunn for protonsenderet ved Oslo universitetssykehus HF:

	Økonomisk langtidsplan 2026-2029			
	2026	2027	2028	2029
Kostnad protonsenderet	224 115	210 969	209 480	208 513
Estimert ISF-inntekt protonsenderet	4 193	6 483	8 315	9 354
GP-inntekt fra HN	1 865	2 884	3 699	4 162
GP-oppgjør internt i HSØ*	9 783	15 126	19 401	21 826
<b>Rammefinansiering fra HSØ RHF</b>	<b>208 274</b>	<b>186 476</b>	<b>178 065</b>	<b>173 171</b>
Rammebidrag fra HN RHF	33 998	31 701	30 343	29 692
Netto rammebidrag fra HSØ RHF	174 276	154 774	147 723	143 478

Tabell 6: kostnader og finansiering protonsenderet på Radiumhospitalet

Lønns- og personalkostnadene øker fra 2025 til 2026, før de reduseres i 2027. Økningen i 2026 skyldes gradvis opptrapping av bemanningen ved protonsenderet, mens reduksjonen i bemanningen for dagens foton-strålebehandling fører til reduserte kostnader i 2027.

### **Endring i takster for poliklinisk laboratorievirksomhet**

Helsedirektoratet avsluttet i 2022 et arbeid med en kostnadskartlegging av laboratorietjenester basert på kostnadsdata fra 2018. De samlede resultatene viste at refusjoner i gjennomsnitt dekket 62 prosent av de samlede driftskostnadene sammenlignet med forutsetningen om en gjennomsnittlig kostnadsdekning på 40 prosent. Det var til dels store variasjoner mellom fagområdene.

Helsedirektoratet har i 2025 fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å anslå kostnadsdekningen for laboratorieanalyser som utbetales på kap. 732, post 77 og kap. 2711, post 76. Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene skal, sammen med helseforetakene, samarbeide om gjennomføringen.

Formålet med prosjektet er å kartlegge kostnadene knyttet til laboratorietjenester for polikliniske pasienter. Kartleggingen skal anslå de totale kostnadene for polikliniske laboratorietjenester, ideelt sett per fagområde. Kartleggingen skal blant annet bidra til en vurdering av om forutsetningen om en fordeling mellom rammefinansiering og aktivitetsbasert finansiering er oppfylt på nasjonalt nivå, samt eventuell variasjon mellom regioner og de enkelte helseforetak, og de faktiske forhold for hvert fagområde innen polikliniske laboratorietjenester.

Arbeidet kan medføre endringer i takster for poliklinisk laboratorievirksomhet i planperioden.

### **Reversering av kompensasjon i inntektsrammene i budsjett 2025**

I styresak 146-2024 *Driftsorienteringer fra administrerende direktør* ble styret orientert om at Helse Sør-Øst RHF ville kompensere enkelte helseforetak for endringer i inntektsrammene som ble vedtatt i styresak 119-2024. Kompensasjonen fulgte som følge av en endring i fordelingsnøkkelen som ble benyttet for å fordele en reservasjon av midler til endrede pensjonskostnader som lå i Helse Sør-Øst RHF, til helseforetakene i

budsjettrammene slik var vedtatt i styresak 119-2024. Helse Sør-Øst RHF kompenserte helseforetakene som fikk negative effekter som følge av endret fordelingsnøkkel. Kompensasjonen var samlet om lag 41 millioner kroner. Kompensasjonen reverseres i inntektsrammene for 2026.

#### ***Andre spesifikke inntektsrammeforutsetninger***

- Sunnaas sykehus HF:

Helse Sør-Øst RHF gjør en årlig vurdering av basisrammen til Sunnaas sykehus HF. Sunnaas sykehus HF har ikke opptaksområdeansvar, men ansvar for kompleks rehabilitering i Helse Sør-Øst. Det foreslås at Sunnaas sykehus HF som en planforutsetning får en årlig økning i basisrammen på 3 millioner kroner. Endelig beløp vil fastsettes i årlig budsjett.

- De to private ideelle sykehusene uten opptaksområde<sup>3</sup>:

Det er på det nåværende tidspunkt ikke gjort vurderinger som gir grunnlag for å endre inntektsrammeforutsetningen til de private ideelle sykehusene uten opptaksområde. Det legges derfor til grunn en videreføring av de to private ideelle sykehusenes inntektsrammer for 2025, justert for midler til økt aktivitet.

#### ***Sykehuspartner HF - inntektsrammeforutsetninger***

Til og med 2025 er Sykehuspartner HF tildelt basisramme til dekning av akkumulerte negative resultater per 31. desember 2018 som følge av infrastrukturprosjektet iMod.

I tabellen nedenfor er det forutsatt basisrammefinansiering av driftskostnadene i infrastruktur- og teknologiportefølje, driftskostnadene til den regionale IKT-porteføljen og til porteføljekontoret (felleskostnader administrasjon portefølje). Driftskostnadene i infrastruktur og teknologiportefølje er på styringsrammenivå (P50-estimat).

---

<sup>3</sup> Revmatismesykehuset AS og Betanien sykehus. Virksomheten ved Martin Hansens Hospital AS overdras til Vestre Viken HF 1. november 2025, jf. styresak 125-2024 *Avtale om overføring av virksomhet mellom Stiftelsen Martina Hansens Hospital, Martina Hansens Hospital AS, Helse Sør-Øst RHF og Vestre Viken HF*

Basisramme Sykehuspartner HF	B2025	Økonomisk langtidsplan 2026-2029			
		2026	2027	2028	2029
Inndekning av opparbeidet underskudd	85				
Driftskostnader regional IKT	105	167	167	167	167
Driftskostnader infrastruktur og teknologiportefølje	172	138	137	135	130
Porteføljekontor (felleskostnader portefølje)	75	68	68	68	68
<b>Sum basisramme</b>	<b>437</b>	<b>373</b>	<b>372</b>	<b>370</b>	<b>365</b>

Tabell 7 Basisramme til Sykehuspartner HF 2025–2029 i millioner kroner

Praksis med basisrammefinansieringen av Sykehuspartner HF vil bli vurdert nærmere, herunder om det er elementer som heller bør tjenesteprires ut til helseforetakene. Helse Sør-Øst RHF vil igangsette et slik arbeid i samarbeid med Sykehuspartner HF som skal resultere i tydelige prinsipper for hvilke driftskostnader som skal inngå i tjenestepri, og hvilke fordelingsnøkler som i så fall skal anvendes, og hvilke driftskostnader som skal basisrammefinansieres.

### 2.8.7. Økonomiske planleggingsrammer i perioden

Tabell 8 viser planforutsetninger for sum faste inntekter per år i perioden, fordelt på helseforetak og private ideelle sykehus med opptaksområde.

Sum faste inntekter	B2025	Økonomiplan 2026-2029				Andel 2025	Andel 2029
		2026	2027	2028	2029		
Akershus universitetssykehus HF	12 240	11 878	12 082	12 286	12 481	13,4 %	13,1 %
Oslo universitetssykehus HF	17 807	18 753	18 944	19 030	19 123	19,5 %	20,1 %
Sunnaas sykehus HF	586	588	590	592	594	0,6 %	0,6 %
Sykehuset i Vestfold HF	5 694	5 665	5 723	5 783	5 843	6,2 %	6,1 %
Sykehuset Innlandet HF	8 435	8 481	8 554	8 625	8 696	9,3 %	9,2 %
Sykehuset Telemark HF	4 137	4 117	4 156	4 193	4 228	4,5 %	4,4 %
Sykehuset Østfold HF	7 468	7 464	7 561	7 660	7 760	8,2 %	8,2 %
Sykehuspartner HF	437	372	371	369	364	0,5 %	0,4 %
Sørlandet sykehus HF	7 588	7 655	7 749	7 841	7 932	8,3 %	8,3 %
Vestre Viken HF	10 529	10 660	10 788	10 920	11 052	11,5 %	11,6 %
Betanien Hospital	153	154	156	157	159	0,2 %	0,2 %
Diakonhjemmet sykehus	2 023	2 022	2 046	2 070	2 102	2,2 %	2,2 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	2 293	2 345	2 391	2 433	2 472	2,5 %	2,6 %
Martina Hansens Hospital	289	292	295	298	301	0,3 %	0,3 %
Revmatismesykehuset	83	84	84	85	86	0,1 %	0,1 %
Helse Sør-Øst RHF	11 403	11 577	11 663	11 749	11 839	12,5 %	12,5 %
I alt	91 163	92 107	93 153	94 093	95 033	100,0 %	100,0 %

Tabell 8 Planleggingsrammer 2026–2029 i millioner 2025-kroner

Ansvaret for somatiske spesialisthelsetjenester for bydel Alna, med tilhørende basisramme, overføres fra Akershus universitetssykehus HF til Oslo universitetssykehus HF i 2026. Overføringen medfører en stor overføring av faste inntekter mellom de to helseforetakene. Jf. omtale over vil håndtering av eventuelle økonomiske ulemper for Akershus universitetssykehus HF knyttet til overføringen av ansvaret bli vurdert i budsjett 2026.

Dette er planleggingsrammer som foreslås lagt til grunn for budsjettprosessen inn mot 2026 og videre for planperioden. Det tas forbehold om at det kan bli justeringer av disse rammene ut over det som følger av Prop. 1 S (2025–2026).

## 2.9. Investeringer og økonomisk handlingsrom

Det er omfattende investeringsplaner i foretaksgruppen. Resultatmålene må nås slik at investeringsprosjekter kan realiseres innenfor de økonomiske rammene som er gitt.

Det prioriteres mellom investeringsprosjekter ut fra regionale og foretaksspesifikke behov. Den etablerte finansieringsmodellen for investeringer i Helse Sør-Øst setter regionen i stand til å gjennomføre større prosjekter tidligere enn om hvert enkelt helseforetak skulle finansiere dette selv. I tillegg bidrar finansieringsmodellen til sentral koordinering og finansiering av regionale, standardiserte prosjekter som for eksempel felles IKT-løsninger. Dette bidrar til effektiv regional samhandling med positive effekter på kvalitet og økonomi.

### 2.9.1. Finansiering av investeringer

Helseforetakene får tildelt en samlet basisramme. Det er opp til helseforetakene å disponere denne basisrammen til henholdsvis drift og investeringer. Investeringsnivået kan økes ved positive resultater i driften. Det enkelte helseforetak må bidra med egenfinansiering ved finansiering av regionalt prioriterte investeringsprosjekter ved foretaket, herunder også likviditet fra positive resultater. Forutsetninger om egenfinansiering av investeringsprosjekter i økonomisk langtidsplan skal avstemmes med Helse Sør-Øst RHF. Endelig finansieringsløsning fastsettes av styret i Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med den enkelte investeringsbeslutningen.

I planperioden skal *Finansstrategi for Helse Sør-Øst* (jmfør styresak 118-2023 *Revisjon av finansstrategi for Helse Sør-Øst*) legges til grunn, herunder likviditetsstyringsprinsippene og tillatt omfang av finansiell leasing.

Foretaksgruppen har i 2025 om lag 4,4 milliarder kroner tilgjengelig i fri likviditet ved et resultat i balanse. Disse midlene disponeres til avdrag på lån, finansiering av regionalt prioriterte prosjekter og til helseforetakenes lokale investeringsformål. Tildeling av regionale midler til investeringsformål gjøres av styret i Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med det enkelte årsbudsjett. Prinsippene for fordeling av likviditet til helseforetakenes lokale investeringsformål er basert på andel av faste inntekter. I planforutsetningene for 2026–2029 foreslås det at nivået på 1 202,0 millioner kroner fra budsjett 2025 videreføres. I tillegg avsettes 200 millioner kroner i 2026 av regionens likviditet til lokale investeringsformål for å styrke ekstraordinære vedlikeholdsinvesteringer i helseforetakenes bygningsmasse.

### 2.9.2. Regionalt prioriterte prosjekter i økonomisk langtidsplan

Regionalt prioriterte prosjekter foreslås videreført i tråd med styresak 061-2024 *Økonomisk langtidsplan 2025–2028* og styresak 134-2022 *Regional utviklingsplan 2040*.

Større utbyggings- og vedlikeholdsprosjekter på over 500 millioner kroner kan delfinansieres med lån fra Helse- og omsorgsdepartementet. Regionalt prioriterte investeringer omfatter byggeprosjekter over 200 millioner kroner og regionale IKT-satsninger. Helseforetakene ivaretar investeringer i medisinsk-teknisk utstyr, lokale IKT-initiativ og bygningsmessig oppgradering og vedlikehold innenfor tilgjengelig likviditet. I tillegg kan helseforetakene gi innspill på prosjekter for regional prioritering i økonomisk

langtidsplan. Helseforetakene skal som en planforutsetning innarbeide prosjekter som planlegges gjennomført og er regionalt prioritert, se tabell 9.

Byggeprosjekter i gjennomføringsfase og prosjekter som er tildelt lånefinansiering over statsbudsjettet, videreføres som planforutsetning. I tillegg til dette tas det høyde for investeringer i bygninger Helse Sør-Øst RHF eier, og som disponeres av Diakonhjemmet sykehus AS. Muligheter for trinnvis utbygging skal utredes i alle byggeprosjekter.

For investeringsprosjekter som planlegges ferdigstilt i 2026 må det budsjetteres med måned for ferdigstilling, slik at blant annet budsjettering av renter og avskrivninger blir korrekt. Anleggsverdi og finansiering budsjetteres overført i forbindelse med eierskifter, mens renter og avskrivning skal starte måneden etter klinisk aktivitet starter opp i bygget.

Helseforetak	Prosjektnavn	Planfase per 27.02.2025	Prosjekteier	Styresak HSØ RHF
Akershus universitetssykehus HF	Samling sykehusbasert psykisk helsevern	Gjennomføringsfase	HF	sak 045-2023
Akershus universitetssykehus HF	Kreft- og somatikkbygg, T0+	Avsluttet konseptfase	HF	sak 144-2024
Akershus universitetssykehus HF	Kreft- og somatikkbygg, T1-T2	Konseptfase	HF	sak 120-2021
Oslo universitetssykehus HF	Livsvitenskapsbygget	Gjennomføringsfase	Ekstern partner	sak 055-2023
Oslo universitetssykehus HF	Nye Aker og Nye Rikshospitalet	Gjennomføringsfase	RHF	sak 146-2022
Oslo universitetssykehus HF	Ny sikkerhetspsykiatri	Gjennomføringsfase	RHF	sak 069-2023
Oslo universitetssykehus HF	Etappe 2 for nye Oslo universitetssykehus	Prosjektinnramming	RHF	sak 102-2024
Sunnaas sykehus HF	Byggetrinn 3	Avsluttet konseptfase	HF	sak 070-2024
Sykehuset Innlandet HF	Viderutvikling av Sykehuset Innlandet HF	Konseptfase	RHF	sak 102-2022
Sykehuset Telemark HF	Utbygging somatikk Skien, trinn 1	Gjennomføringsfase	HF	sak 081-2024
Sykehuset Telemark HF	Utbygging somatikk Skien, trinn 2-3	Forprosjekt	HF	sak 132-2020
Sykehuset Østfold HF	Stråle- og somatikkbygg Kalnes	Avsluttet konseptfase	HF	sak 143-2024
Sørlandet sykehus HF	Akuttbygg Kristiansand	Forprosjekt	HF	sak 134-2023

Tabell 9: Regionale byggeprosjekter for planperioden

Helse Sør-Øst RHF har innhentet oppdaterte vurderinger av framtidig utvikling i byggekostnader fra Prognosesenteret, datert 27. september 2024. Prognosesenteret anslår en vekst i byggekostnadsindeksen på 2,8 prosent for 2026 og 3,1 prosent for 2027. Basert på Statistisk sentralbyrås (SSB) konjunkturtenndens og pengepolitisk rapport fra Norges Bank er det forholdsvis små forskjeller mellom den anslåtte generelle prisveksten og byggekostnadsutviklingen anslått fra Prognosesenteret, og derfor legges det ikke til grunn en realprisjustering av byggekostnader i økonomisk langtidsplan 2026-2029.

For IKT-området legges følgende til grunn:

Portefølje	Prosjektnavn	Styresak HSØ RHF	Forventet sluttdato
Klinisk og administrative	Nasjonal IKT-løsning for AMK i Helse Sør-Øst	sak 075-2020	jun.26
Klinisk og administrative	Regional radiologi 2.0	sak 154-2023	des.26
Klinisk og administrative	Klinisk legemiddelsamhandling	121-2023	jun.26
Klinisk og administrative	Ny regional løsning for medikamentell kreftbehandling	075-2024	sep.26
Infrastruktur- og teknologi	Modernisering av nett	sak 053-2024	des.28

Tabell 10: Styregodkjente IKT- prosjekter i Sykehuspartner HF

Alle IKT- prosjektene i Sykehuspartner HF er i gjennomføringsfase. Oversikten gjenspeiler status i forbindelse med tertialvis rapportering jf. styresak 019- 2025 *Status og rapportering for regionale IKT- og infrastrukturprosjekter, tredje tertial 2024*. Flere av prosjektene i saken avsluttes eller har planlagt faseovergang i 2025 og inngår derfor ikke i oversikten over.

Prioritering og gjennomføring av prosjektene avhenger av framdriften i andre prosjekter og resultatutviklingen, og foretaksgruppen vil tilpasse det samlede investeringsporteføljen til det økonomiske handlingsrommet.

Økonomisk langtidsplan skal ta høyde for gjennomføring av nødvendige investeringer i stråleterapi. Styret ba i vedtaket i styresak 120-2024 *Oppdatert behovsvurdering for framtidig kapasitet innen stråleterapi i Helse Sør-Øst*, om at videre arbeid med etablering av stråleterapienhet ved Akershus universitetssykehus HF utsettes inntil videre og at administrerende direktør kom tilbake med en ny sak hvor konsekvensene av behovsvurdering for framtidig kapasitet innen stråleterapi i Helse Sør-Øst er nærmere konkretisert. Konkretiseringen er ikke ferdigstilt i forbindelse med planforutsetningene til økonomisk langtidsplan 2026-2029. Styret godkjente i styresak 143-2024 *Sykehuset Østfold HF – konseptfase for stråle- og somatikkbygg, Kalnes* den framlagte konseptrapporten og ba om at den ble lagt til grunn for det videre arbeidet i et forprosjekt for nytt stråle- og somatikkbygg. Styret forutsatte at prosjektet gjennomføres med trinnvis utbygging, hvor stråleterapienheten planlegges gjennomført mot slutten av byggeperioden og skal baseres på kapasitetsbehovet på det tidspunktet. De øvrige helseforetakene som planlegger nye stråleterapisenter, må i sitt innspill til økonomisk langtidsplan avstemme med kapasitetsforutsetningene som nå ligger i prosjektene.

Som del av konseptfasen for byggeprosjektene skal de økonomiske effektene for den regionale IKT-prosjektporteføljen og for investeringer i IKT-infrastruktur, vurderes. Vurderingen må belyse hvordan hvert enkelt byggeprosjekt eventuelt utløser teknologikostnader. Dette gjelder innenfor byggeprosjektets egen styringsramme, og for regionens IKT-satsning i Sykehuspartner HF. Videre må eventuelle mottaksprosjekter og behov for lokale løsninger som følge av driftskonsepter mv., identifiseres og kostnader anslås og innarbeides i det berørte helseforetakets innspill til økonomisk langtidsplan.

Flere helseforetak i regionen arbeider med planer for nybygg ut over prioriterte prosjekter. Ved behandling av økonomisk langtidsplan for 2026–2029 vil eventuelle nye regionale prioriteringer av investeringsprosjekter vurderes og tilpasses økonomisk handlingsrom.

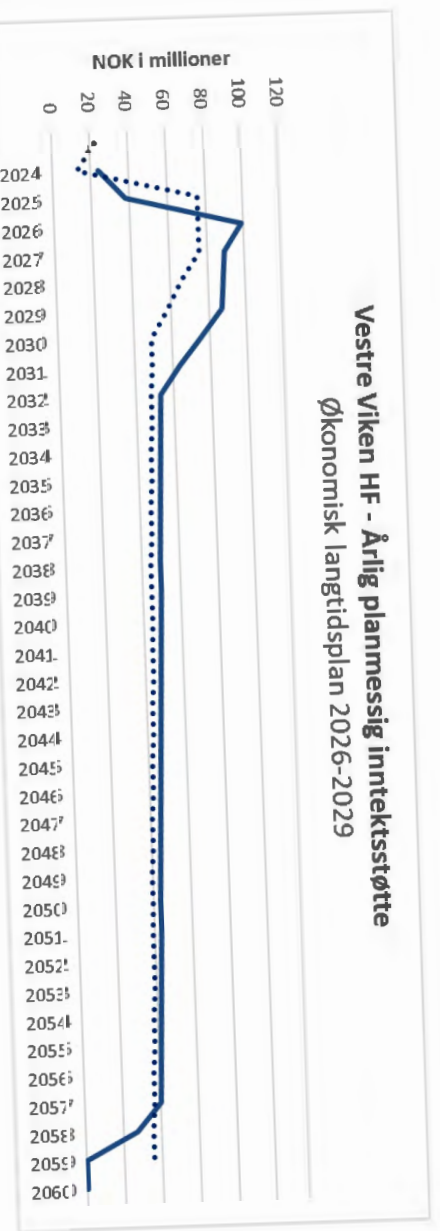
Gjennomføring av store prosjekter medfører risiko for det enkelte helseforetak og for foretaksgruppen. Helseforetaket skal eie egne sykehusbygg, og må dekke kapitalkostnader (renter og avskrivninger) på lik linje med øvrige kostnader. På samme måte som det regionale helseforetaket som prosjekteier, må helseforetaket som skal motta bygget, ta høyde for finansieringsrisiko inntil kostnadsrammen (P85-estimat). Styringsrammen (P50-estimat) ligger til grunn for gjennomføringen av prosjektet, men det skal samtidig legges til grunn at ethvert prosjekt må kunne finansieres også opp til kostnadsrammen (P85-estimat). Elementer i prosjektutredningen belyser finansieringsrisikoen:

- Sensitivitetsberegninger i utredningene viser risiko for enkeltelementer i økonomisk bæreevne, og dermed mulige krav til ytterligere gevinstuttak
- Prosjektene har kuttliste i gjennomføring. Likeledes må helseforetaket ha gevinstplaner som kan utvides og revideres. Det er krav til at gevinstplanene revideres årlig.
- Usikkerhetsanalyser på byggekostnadene gjennomføres, og tar hensyn til prosjektintern risiko. Kostnadsøkninger som følge av eksogene sjokk, som for eksempel pandemi eller krig, er ikke inkludert i usikkerhetsanalysene.

Det er også muligheter for å håndtere endringer utover kostnadsrammen og utfordringer etter ferdigstilling av prosjektet:

- Dersom byggekostnadene øker utover kostnadsrammen, og det kan påvises med rimelig sannsynlighet at dette skyldes eksogene sjokk, vil det regionale helseforetaket kunne bidra med planmessig inntektsstøtte. Nivået anslås i forbindelse med økonomisk langtidsplan, oppdateres i lys av utviklingen i prosjektet, og vedtas i årlige budsjetter.
- I henhold til allerede etablerte prinsipper, kan Helse Sør-Øst RHF bidra med ekstraordinær inntektsstøtte ved bristende forutsetninger for gevinstuttak/kostnadstilpasning i det enkelte budsjettår.

Styret godkjente i sak 062-2024 *Vestre Viken HF – planmessig inntektsstøtte* en planmessig inntektsstøtte til Vestre Viken HF for økonomisk langtidsplan 2025-2028. Styret vedtok videre at de gjennom økonomisk langtidsplan og de årlige budsjettene ville følge med på utviklingen og følge opp slik at de økonomiske konsekvensene av økt styringsramme for nytt sykehus i Drammen ikke skal bli til hinder for at helseforetaket kan fortsette å levere gode og likeverdig helsejenester. Styret vedtok i sak 119-2024 *Budsjett 2025 – fordeling av midler til drift og investeringer*, å tildele 14,8 millioner kroner i inneværende år og at beløpet justeres med endelig rentenivå. Det er gjort en oppdatert beregning av behov for planmessig inntektsstøtte i økonomisk langtidsplan 2026-2029. For 2026 har anslaget økt fra 76 til 99 millioner kroner som følge av indeksregulering og rentetøkning. Den planmessige inntektstøtten reduseres over tid i takt med den budsjetterte rentebanen.



Figur 1 Periodisering av planmessig inntektsstøtte for økonomisk langtidsplan 2026-2029. Striplelinje viser forutsetningene benyttet i økonomisk langtidsplan 2025-2028

### 2.9.3. Gevinstrealisering av store byggeprosjekter

Helseforetakene skal innarbeide driftsøkonomiske effekter av regionalt prioriterte byggeprosjekter fra godkjent forprosjektfase. Disse effektene skal oppdateres fram til helseforetaket har godkjent ferdigstilling av gevinstrealiseringen av prosjektet.

Driftsøkonomiske effekter budsjetteres som akkumulerte driftsøkonomiske effekter sammenlignet med nullpunktsmålingen. De deflatorjusterte, driftsøkonomiske effektene som er forutsatt i forprosjektet, oppgis i malverket. Helseforetakene skal som planforutsetning oppdatere gevinstrealiseringsplanene i den økonomiske langtidsplanen, og tilhørende redegjørelser skal innarbeides i helseforetakenes innspill.



Videre oppfølging av prosjektenes gevinstrealisering gjøres gjennom årsbudsjetter og tertialvis foretaksrapportering.

En sentral del av gevinstrealiseringen er effektene på bemanningsnivået og -sammensetningen i helseforetaket. I planperioden skal helseforetaket sørge for at effektene fra byggeprosjektene er avstemt med den totale bemanningsbudsjetteringen.

## 2.10. Medisinsk-teknisk utstyr

I økonomisk langtidsplan 2025–2028 viste innspillene fra helseforetakene at det var planlagt med et investeringsnivå til medisinsk-teknisk utstyr (MTU) på 7,6 milliarder kroner samlet i perioden 2025–2028. Tabell 11 viser investeringer i perioden 2018–2024.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Investeringer i MTU	977	933	1 176	1 201	1 212	1 281	1 762

Tabell 11: Investeringer i medisinsk-teknisk utstyr i regionen i millioner kroner

Den regionale leveransemodellen for MTU-anskaffelser tilrettelegger for effektiv samhandling mellom helseforetakene, Sykehusinnkjøp HF og Sykehuspartner HF. Fra 2025 er Sykehuspartner HFs leveranseteam for MTU-anskaffelser tjenestefinansiert. Det forventes at helseforetakene benytter den regionale leveransemodellen når de utarbeider økonomisk langtidsplan.

For perioden 2026–2029 skal helseforetakene bruke tilgjengeliggjort datagrunnlag fra regionalt kompetansesenter for medisinsk-teknisk utstyr (RKMTU) for å vurdere status og behov for medisinsk-teknisk utstyr til å foreta prioriteringer av anskaffelser i eget helseforetak, og vise hvordan dette er innarbeidet i innspillet til økonomisk langtidsplan. Det skal vises hvilke effekter dette får på gjennomsnittlig alder på utstyrsparken, i tråd med etablerte krav om at det enkelte helseforetak utarbeider erstatningsplaner for utstyrsparken.

## 2.11. Bygg og eiendom

Det overordnede målet for eiendomsvirksomheten er at eiendommene skal støtte opp om strategiske mål og utvikling i Helse Sør-Øst, der eiendommene og eiendomsvirksomheten skal være virkemidler for å understøtte pasientbehandlingen. Som vist i styresak 080-2018 *Delstrategi for Eiendomsvirksomheten i Helse Sør-Øst* gis det krav til helseforetakene. Videre gir *Regional utviklingsplan 2040* føringer til helseforetakene for fem perspektiver:

### 2.11.1. Tilstandsbasert vedlikehold

Tilstanden til byggene skal registreres i henhold til Norsk Standard for Tilstandsanalyse av byggverk (NS3424) i 2024, og hvert fjerde år. Tilstandsanalysen er grunnlag for vedlikeholdsplanene, som skal føre til en tilstand som er tilstrekkelig god for gjeldende og planlagt bruk. Helseforetakene etablerte i 2022 tilstandsbaserte 10-års vedlikeholdsplaner

for tilstandsgrad 2 (TG2) og 5-års vedlikeholdsplaner tilstandsgrad 3 (TG3). Vedlikeholdsplanene videreføres som forutsetning for planperioden. Gjennomført vedlikehold ved helseforetaket skal over tid bedre tilstandsgraden for bygningsmassen.

I gjennomsnitt bør ordinært vedlikehold ligge på minimum 400 kroner per kvadratmeter for hele bygningsmassen. Dette er en indeksregulering fra 350 kroner per kvadratmeter som har ligget til grunn i tre siste økonomiske langtidsplanene. Der et normbasert vedlikehold ikke er tilstrekkelig, må det etableres forslag til investeringsprosjekter tilpasset utviklingsplanen.

Regimer for behovsvurdering og prioritering av vedlikehold av bygningsmassen beskrives overordnet i helseforetakets utviklingsplan. Årlig vedlikeholdsplanlegging og budsjettprosess forankres i økonomisk langtidsplan.

Styret behandlet i sak 004-2025 *Tilstand for eiendomsporteføljen og evaluering av internhusleieordningen*. Styret ba i vedtaket om at det skal legges til rette for bedre forutsigbarhet i planlegging og realisering av vedlikehold av bygningsmassen. Som et ledd i dette skal Helse Sør-Øst RHF vurdere og komme tilbake til styret med et opplegg for bedre styring av vedlikeholdet.

For å styrke ekstraordinære vedlikeholdsinvesteringer blir det avsatt 200 millioner kroner årlig av regionens likviditet til lokale investeringsformål i årene 2023-2026. Helseforetakene skal minst videreføre vedlikeholdsnivået i planperioden sammenlignet med forrige økonomiske langtidsplan.

### **2.11.2. Effektiv arealutnyttelse**

Helseforetakene i Helse Sør-Øst innførte en kostnadsdekkende internhusleieordning 1. januar 2023 etter retningslinjene fra styresak 055-2022 *Innføring av internhusleie i Helse Sør-Øst*. I oktober 2024 ble det gjennomført en forenklet evaluering av internhusleieordningen, som er behandlet i styresak 004-2025 *Tilstandsrapportering 2024 og evaluering av internhusleieordningen i Helse Sør-Øst*.

Helseforetakene skal tydelig identifisere vedlikeholds- og utviklingsbudsjettet i langtidsplanen og at det opprettholdes på dette nivået i hvert budsjettår, med endringer synliggjort i årlig styrebehandling av budsjettet. Gjennom årlige møter med klinikkene vil helseforetakene ha oversikt over vedlikeholds- og arealbehov, samt planlegge for fremtidig vedlikehold og utskifting. Helseforetakene skal innarbeide forbedringstiltakene fra evalueringen i planperioden.

### **2.11.3. Prosjekteierstyring og standardisering**

*Veileder for tidligfasen i sykehusbyggeprosjekter* skal følges for alle investeringsprosjekter over 500 millioner kroner.

Helseforetakene skal arbeide med å forbedre prosjekteierstyringen for større investeringsprosjekter. Prosjekteiere av byggeprosjekt i Helse Sør-Øst skal bidra til effektivisering av prosjekterings- og byggeprosesser ved økt standardisering og industrialisering. Det skal etableres gode rutiner for implementeringsfasen. Krav om

evaluering av alle prosjekter skal også inkludere implementeringsfasen, for å muliggjøre erfaringsoverføring mellom ulike prosjekter, helseforetak og helseregioner. Det henvises til det styrende dokumentet *Prosjekteierstyring for sykehusbyggprosjekter i Helse Sør-Øst*.

#### 2.11.4. Digitalisering

En viktig forutsetning for effektiv eiendomsforvaltning er etablering av et godt IKT-system for planlegging og styring av eiendomsforvaltningen i et livsløpsperspektiv. Gode styringsdata sikrer at eiendomsforvaltningen blir faktabasert, noe som muliggjør systematisk, forutsigbar og rutinemessig drift, vedlikehold og utvikling.

Styret i Helse Sør-Øst RHF godkjente trinn 1 for implementering av felles regional FM-plattform for nytt klinikk- og protonbygg Radiumhospitalet og nytt sykehus i Drammen i styresak 101-2023 *Digitalisering av eiendomsforvaltningen*. Trinn 1 skal fullføres i 2025 og vil danne grunnlag for trinn 2, som omfatter implementering i alle helseforetak. Evaluering og erfaring fra innføringen i trinn 1 vil bli lagt frem for styrebehandling i Helse Sør-Øst RHF i 2025 og vil inkludere en utrullings- og gevinstrealiseringsplan for alle helseforetak. Helseforetakene skal forberede informasjonsforvaltningen for både eksisterende og ny eiendomsportefølje i planperioden.

#### 2.11.5. Miljø- og samfunnsansvar

Eierskapsmeldingen *Et grønnere og mer aktivt statlig eierskap (Meld. St. 6 (2022-2023))* stiller økte krav til klimarisikovurderinger med tilhørende klimatilpasningstiltak. Energiforbruket er en av de største drivere til CO<sub>2</sub>-utslipp, og meldingen viser til at Staten er opptatt av at selskap setter seg mål på kort og lang sikt i tråd med Parisavtalens mål, og at dette følges opp med konkrete handlingsplaner. Det må på plass tiltak for å redusere energibruken. Spesialisthelsetjenestenes mål er 20 prosent reduksjon i energiforbruk og 40 prosent reduksjon av CO<sub>2</sub>-ekvivalenter innen 2030, målt fra 2019. Helseforetakene må utarbeide handlingsplaner for å støtte opp under disse målene.

Jf. *Oppdragsdokument 2025 Helse Sør-Øst RHF* er arbeidet med samfunnsansvar, herunder klima- og miljø, en viktig del av virksomheten til helseforetakene. Helseforetakene må legge til grunn at arbeidet med å nå klima- og miljømål videreføres i planperioden.

For nye sykehusbyggprosjekter skal *Standard for klima og miljø* fra Sykehusbygg HF følges.

#### 2.12. IKT-området

I *Regional utviklingsplan 2040* for Helse Sør-Øst framheves viktigheten av teknologi for å lykkes med flere av de seks satsingsområdene. Særlig framheves dette i satsingsområdet "Nye arbeidsformer og bedre bruk av teknologi".

Helseforetakene skal prioritere innføring av nasjonale digitale samhandlingsløsninger og gi helsepersonell tilgang til gode arbeidsverktøy som bidrar til en mer effektiv og trygg arbeidsdag og styrket pasientsikkerhet.

Regional delstrategi for teknologiområdet, (styresak 132-2023) har identifisert følgende syv innsatsområder:

- Pasienter behandles og følges opp hjemme når det gir effektiv ressursbruk, god kvalitet og økt egenmestring.
- Kunstig intelligens, beslutningsstøtte og persontilpasset medisin skal gi arbeidsbesparende effekter, i tillegg til mer presise og likeverdige helsetjenester.
- Nødvendig og relevant pasientinformasjon skal være tilgjengelig for pasienter og helsepersonell på tvers av helsetjenesten.
- Brukervennlig teknologi skal gi effektive arbeidsprosesser og forenkle hverdagen for helsepersonell.
- Økt datafangst og bruk av informasjon for å forbedre pasientbehandlingen, sykehusdriften og grunnlaget for forskning.
- Økt grad av brukerdrevne utviklingsmetoder skal gi raskere endringer og gode brukeropplevelser.
- Moderne og kostnadseffektive felles IKT-tjenester som også gir økt endringsevne.

De nasjonale og regionale ambisjonene krever investeringer i digitale løsninger for pasienter og helsepersonell og i IKT-infrastruktur. Det er særlig behov for å prioritere teknologi som bidrar til en enklere og mer effektiv hverdag for helsepersonell. Tabell 12 oppsummerer investeringene på IKT-området slik de er lagt til grunn for tjenestepriene fra Sykehuspartner HF til helseforetakene i økonomisk langtidsplan 2026-2029.

IKT-området investering Millioner kroner	F2023			ØLP25-28		Økonomisk langtidsplan 2026-2029			
	F2023	F2024	B2025	ØLP2026	2026	2027	2028	2029	
Regionale IKT	736	685	632	540	563	563	563	563	
Regionale forbedringstiltak	126	148	198	190	198	198	198	198	
Reduksjon ØLP 2024-2027 og periodisering 2024				-150	-156	-156	-100	-100	
<b>Sum regional IKT</b>	<b>862</b>	<b>833</b>	<b>830</b>	<b>580</b>	<b>605</b>	<b>605</b>	<b>661</b>	<b>661</b>	
Sykehuspartner øvrige	542	492	424	412	435	435	435	485	
Infrastruktur og teknologiportefølje	377	360	435	475	452	352	318	325	
Lokale IKT-investeringer, Sykehuspartner HF	115	137	159	225	148	148	163	162	
<b>Sum Sykehuspartner HF</b>	<b>1 034</b>	<b>989</b>	<b>1 018</b>	<b>1 112</b>	<b>1 035</b>	<b>935</b>	<b>916</b>	<b>972</b>	
Lokale IKT-investeringer, helseforetakene	152	30	38	25	25	25	25	25	
<b>Delsum før ikke-bygg nær IKT</b>	<b>2 048</b>	<b>1 852</b>	<b>1 886</b>	<b>1 717</b>	<b>1 665</b>	<b>1 565</b>	<b>1 602</b>	<b>1 658</b>	
Ikke-bygg nær IKT	215	349	516	332	276	479	445	501	
Interregionale samfinansierte prosjekter			15						
<b>Sum IKT-investeringer</b>	<b>2 263</b>	<b>2 201</b>	<b>2 402</b>	<b>2 049</b>	<b>1 941</b>	<b>2 044</b>	<b>2 047</b>	<b>2 159</b>	

Tabell 12 Investeringer i IKT-området

Det er tatt hensyn til nedjustering av investeringsnivået på IKT-området med 200 millioner kroner årlig fra og med 2025, i tråd med økonomisk langtidsplan 2024-2027. Dette lå også til grunn i økonomisk langtidsplan 2025-2028. Det er forutsatt at dette skal gjelde til og med 2033. Årlig totalt investeringsnivå til IKT foruten ikke-bygg nær IKT vil i økonomisk langtidsplan 2026-2029 utgjøre mellom 1,5 og 1,7 milliarder kroner.

Innenfor den samlede rammen til IKT investeringer vil det være behov for å se nærmere på fordelingen mellom investeringer i IKT infrastruktur og IKT løsninger for brukere slik at kjernevirksomheten kan understøttes på best mulig måte.

Helseforetakene må i sin planlegging ta høyde for gjennomføring av lokale mottaksprosjekter som følger av de regionale initiativene.

### 2.13. Sykehuspartner HF

Sykehuspartner HF leverer ikke-medisinske fellestjenester for helseforetakene, herunder IKT-tjenester og lønn- og personaladministrative tjenester. I tillegg har Sykehuspartner HF ansvaret for IKT-infrastrukturen i Helse Sør-Øst og den regionale IKT prosjektporteføljen. Tjenestene omfatter drift og forvaltning av systemløsningene samt sikker, stabil og effektiv drift. Følgende hovedprioriteringer gjelder for Sykehuspartner HF's virksomhet i 2025:

1. Bidra til å realisere regional delstrategi for teknologiområdet.
2. Forbedre egen leveranseevne for i større grad å imøtekomme helseforetakenes behov.
3. Realisere stordriftsfordeler og bedre kostnadseffektivitet.
4. Videreutvikle regional porteføljestyring og utføre regional arkitekturstyring i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF.
5. Understøtte spesialisthelsetjenestens bidrag til samfunnssikkerhet og være forberedt på kriser.

Sykehuspartner HF skal kontinuerlig identifisere områder for effektivisering av egen virksomhet inklusive forvaltningen for å frigjøre kapasitet. Dette må forsterkes i tiden som kommer.

#### 2.13.1. Utarbeidelse av tjenestepris

Sykehuspartner HF finansieres i all hovedsak gjennom tjenesteprising. Tjenesteprismodellen skal understøtte Sykehuspartner HF sin rolle som felles tjenesteleverandør og gi insentiver for standardisering, sanering og raskere innføring av regionale løsninger. Sykehuspartner HF skal sørge for tilstrekkelig transparens og sporbarhet i et underliggende tjenesteregnskap.

Eventuelle endringer i tjenesteprismodellen skal skje etter avtale med Helse Sør-Øst RHF. I 2025 har inntektsfordelingsnøkkel erstattet tidligere basisfordelingsnøkkel i sin helhet ved prising av infrastruktur.

Tjenesteprisene for perioden ligger over forrige økonomisk langtidsplan selv når denne er pris- og lønnsjustert. For å levere på krav må Sykehuspartner HF prioritere leveranser i samarbeid med eier og helseforetakene, og arbeidet med standardisering og sanering må videreføres og forsterkes. Tjenesteprisen er økende utover planperioden, hovedsakelig fordi nye løsninger blir innført for å dekke behovene i foretaksgruppen. Behovet for nye og forbedrede digitale løsninger i helseforetakene er økende, og skal understøtte gevinstuttak og omstilling. Samtidig stilles det økte krav til informasjonssikkerhet i alle ledd, basert på trusselbildet i omgivelsene. Dette medfører blant annet volumøkning innen drift og lagring samt et økende behov for forvaltning av tjenester og gjennomføring av oppgraderinger.

Hovedutfordringen i budsjett 2025 og i økonomisk langtidsplan er de økte kostnadene til lisenser, service og avtalekostnader. Arbeidet med standardisering og sanering må forsterkes.

Sammenlignet med budsjett 2025 øker avskrivninger fra og med 2026. Dette betyr at løsninger tas i bruk, hvilket understøtter gevinstuttak ved helseforetakene. Veksten er

knyttet til følgende porteføljer: Infrastruktur og teknologiportefølje, IKT systemer overført fra regional IKT og ikke-bygg nær IKT i nye sykehusbygg.

Tabell 13 viser utviklingen i tjenesteprisnivå i form av driftsinntekter til Sykehuspartner HF og endringer fra forrige økonomiske langtidsplan og budsjett 2025.

Driftsinntekter (tjenestepris) ekskl. konsulentinntekter, periferi og basisramme (2025-kroner)	ØLP2025(i)	Økonomisk langtidsplan 2026-2029			
	B2025	2026	2027	2028	2029
ØLP 2025-2028 (i)	5 485	5 895	6 102	6 466	
ØLP 2026-2029	5 688	6 141	6 381	6 643	6 731
<b>Økning sammenlignet med ØLP 2025-2028 (i)</b>	<b>203</b>	<b>246</b>	<b>279</b>	<b>177</b>	<b>IA</b>
Økning i prosent ift. ØLP 2025-2028 (i)	3,7 %	4,2 %	4,6 %	2,7 %	
<b>Økning per år sammenlignet med B2025 (MNOK)</b>		<b>453</b>	<b>693</b>	<b>955</b>	<b>1 043</b>
<b>Økning i prosent ift. B2025 per år</b>		<b>8,0 %</b>	<b>12,2 %</b>	<b>16,8 %</b>	<b>18,3 %</b>

Tabell 13 Utvikling i tjenestepriser (millioner 2025 kroner, (i)=indeksregulert til 2025-kroner)

Sykehuspartner HF har basert sine tjenesteprisestimater på et omfang av lokale IKT-investeringer på mellom 148 og 163 millioner kroner, se tabell 12. Dette nivået er lavere enn forrige økonomiske langtidsplan som la opp til et nivå mellom 215 og 370 millioner kroner. Lokale IKT-investeringer finansieres av helseforetakene ved at det ytes lån til Sykehuspartner HF. Gjennomføring av lokale initiativ må også tilpasses tilgjengelige ressurser i Sykehuspartner HF.

## 2.14. Sykehusapotekene HF

Sykehusapotekene HF er forutsatt å være et selvfinansierende foretak i Helse Sør-Øst, og dette legges også til grunn framover. De siste årene har pensjonspremier og lønns- og prisvekst vært vesentlig høyere enn det som er forutsatt i arbeids- og tjenesteprisene for Sykehusapotekene HF i dagens avtaler. Videre har behovet for utskiftning av ERP- og apoteksystem medført en stor økning i driftskostnadene til Sykehusapotekene HF. Kostnadsnivået på ERP- og apoteksystem årlig forventes å øke fra rundt fem millioner kroner til i størrelsesorden 75-100 millioner kroner.

Deler av kostnadene har allerede påløpt fra 2023 og 2024, men 2025 forventes å bli det første år med helårseffekt. Dette er en del av forklaringen til at Sykehusapotekene HF både i 2023 og 2024 har hatt negative resultater og en krevende likviditetssituasjon.

Følgende planforutsetninger foreslås å gjelde for Sykehusapotekene HF for økonomisk langtidsplan 2026-2029:

- Vare- og tjenestesalg til helseforetakene og de private ideelle sykehusene, herunder medikamenter, tjenester og produksjon, skal være kostnadsdekkende.
- Sykehusapotekene HF inngår i den regionale ordningen for håndtering av pensjonskostnader innad i budsjettåret. Ved endrede pensjonskostnader fra ett år til neste, skal dette innarbeides i vare- og tjenesteprisene.
- Dersom faktisk resultat fra vare- og tjenestesalg knyttet til sykehusleveranser avviker fra budsjett, skal dette som hovedregel avregnes ved årsslutt.
- Avvik mot budsjett fra den kommersielle delen av virksomheten avregnes ikke.

- Dersom pensjonspremien er høyere/lavere enn pensjonskostnaden, øker/redueres Sykehusapotekene HF driftskreditt gjennom foretaksgruppens konsernkonto-ordning. Rentene på driftskreditt skal inngå i prising av varer og tjenester.
- Sykehusapotekene HF inngår ikke i den regionale lånemodellen, og beholder all likviditet ved et resultat i henhold til budsjett. Det betyr at avdrag må betjenes innenfor egen likviditet, og at helseforetaket skal kunne reanskaffe etablert kapitalbase.
- Ved større nødvendige investeringer kan Sykehusapotekene HF søke Helse Sør-Øst RHF om rentebærende lån. Helseforetaket må påregne krav til egenfinansiering enten fra sparing (positive resultater fra kommersiell drift) eller fra fri likviditet ved resultat i balanse.
- Investeringer skal utredes i henhold til regionale retningslinjer, herunder gevinster og driftsøkonomiske konsekvenser.
- Planlagte investeringer og konsekvenser skal framgå av foretakets innspill til økonomisk langtidsplan.
- Dagens modell for gevinstfordeling hvor 0,85% tilfaller Sykehusapotekene HF videreføres. Endret andel skal godkjennes av Helse Sør-Øst RHF.

### 3 Administrerende direktørs anbefaling

Formålet med planforutsetningene for økonomisk langtidsplan er å gi helseforetakene og sykehusene en forutsigbarhet i egne planprosesser for sentrale elementer som behovet for aktivitetsvekst, faglig prioriteringer og forventet inntektsutvikling blant annet som følge av oppdatering av inntektsmodellen.

Økonomisk langtidsplan er et viktig virkemiddel for å gjennomføre strategien uttrykt i *Regional utviklingsplan 2040*, som styret ga sin tilslutning til i styresak 134-2022. Satsningsområdene i regional utviklingsplan er førende for økonomisk langtidsplan. Stortinget behandlet i Meld. St. 9 (2023-2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027. Vår felles helsetjeneste* våren 2024. Denne sammenfaller godt med innretningen på den regionale utviklingsplanen. Økonomisk langtidsplan gir et samlet grunnlag for vurdering av økonomisk bæreevne for investeringer i foretaksgruppen i et lengre perspektiv.

Regjeringen har gjennom Ventetidsløftet stilt krav om markant nedgang i gjennomsnittlig ventetid for påbegynt helsehjelp i 2025. Administrerende direktør legger til grunn at helseforetakene viderefører arbeidet med dette i planperioden, og at målsettingen om ventetider under 50 dager i somatikk, under 40 dager for psykisk helsevern voksne, under 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og under 30 dager for tverrfaglig spesialisert rusbehandling nås i planperioden. Rask tilgang til helsetjenester skal skje samtidig som kvalitet og pasientsikkerhet prioriteres.

Målsettingen om reduserte ventetider gjør det nødvendig å øke aktivitetsnivået utover den demografisk betingede aktivitetsveksten. Befolkningen i Helse Sør-Øst ventes å øke med i gjennomsnitt 0,6 prosent per år i planperioden, og andelen eldre vil øke. Behovet for spesialisthelsetjenester endres også på grunn av utviklingen av sykdomsbilde i

befolkningen, bl.a. knyttet til demografisk utvikling, ny diagnostikk, nye behandlingsmetoder og helsepolitiske prioriteringer.

Regjeringens mål om å styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling videreføres i planforutsetningene for økonomisk langtidsplan 2026-2029. Administrerende direktør legger til grunn at samlet døgnkapasitet innen psykisk helsevern i regionen ikke skal reduseres. I tråd med *Oppdragsdokument 2025* skal kostnadene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling øke minst med den demografiske veksten i planperioden.

Administrerende direktør legger til grunn at rask tilgang til helsetjenester skal skje samtidig som kvalitet og pasientsikkerhet prioriteres. Dette inkluderer arbeidet med å redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester ved bruk av tilgjengelige data inklusive fra kvalitetsregistre og helseatlas og videre utvikling av den regionale data- og analyseplattform RDAP med tilhørende dashboards. Helseforetakene skal legge til rette for flere kliniske behandlingsstudier og økt pasientdeltakelse i slike studier.

For å kunne nå målene om aktivitetsvekst og reduserte ventetider må helseforetakene fortsette arbeidet med de seks prioriterte satsingsområdene i Regionale utviklingsplan 2040. Administrerende direktør mener helseforetakene og sykehusene må planlegge for at aktivitetsveksten ikke kan løses gjennom tilsvarende vekst i bemanning. Helseforetakene og sykehusene må gjøre en grundig vurdering av sammenhengen mellom kostnadene til bemanning og effekter av nye bygg, nye IKT-løsninger og endret oppgavesammensetning i planperioden. Arbeidet med de tre innsatsområdene i *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2023-2027* blir derfor viktig: i) arbeidsmiljø og arbeidsvilkår; ii) hensiktsmessig oppgavedeling og effektiv organisering av arbeidsprosesser; og iii) rekruttering. Helseforetakene og sykehusene må i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF gjennomføre analyser av framtidig bemanningsbehov, følge opp med tiltak som styrker arbeidet med riktig og god bruk av personell og iverksette tiltak der det er mangel på personell og kompetanse. Dette inkluderer at helseforetakene og sykehusene må videreføre arbeidet med å styrke rekruttering av leger til spesialisering i psykiatri og legge til rette for gode karriereløp og tilgang til breddekompetanse innen indremedisin og kirurgi. Vurderinger av organisering av vaksjikt for leger må inngå i dette arbeidet.

Administrerende direktør legger til grunn at helseforetakene og sykehus forsterker innsatsen for å være en foretrukken arbeidsplass, og at bemanningsbehovet i all hovedsak blir løst gjennom fast ansatte. Ved inngangen til planperioden skal antallet utdanningsstillinger for sykepleiere opprettholdes på nivå med 2024, og antallet lærlinger økes gradvis i henhold til tidligere oppdrag og bestilling. Helseforetakene og sykehusene må i planperioden fortsette det målrettede arbeidet med å redusere sykefraværet. Administrerende direktør mener dette er sentralt for å ha tilstrekkelig bemanning og opprettholde planlagt aktivitet, kvalitet og pasientsikkerhet.

Kapasitetsutnyttelsen av avansert medisinsk-teknisk utstyr må fortsatt bedres, og helseforetakene må opprettholde sin prioritering av midler til investeringer i medisinsk-teknisk utstyr slik at gjennomsnittsalderen på utstyrsparken reduseres. Kartlegging av status og behov for medisinsk-teknisk utstyr må ligge til grunn for prioriteringer og anskaffelsesplaner.



Godt vedlikeholdte bygg er viktig for god pasientbehandling, helse, arbeidsmiljø og sikkerhet, samt klima og miljø. Flere av helseforetakene har utfordringer knyttet til aldrende bygningsmasse som ikke er tilstrekkelig vedlikeholdt over tid, slik at det er oppstått et betydelig vedlikeholdsetterslep. Administrerende direktør vil i tråd med vedtak i styresak 004-2025 *Tilstand for eiendomsporteføljen og evaluering av internhusleieordningen* komme tilbake til styret i en egen sak med et opplegg for bedre styring av vedlikeholdet. Det er viktig at det utarbeides vedlikeholdsplaner som følges opp lokalt. I gjennomsnitt skal det løpende vedlikeholdet over tid utgjøre cirka 400 kroner/kvm per år for hele bygningsmassen. For å styrke satsingen videreføres tildelingen av regionale midler til ekstraordinære investeringer i 2026. Helseforetakene skal på grunnlag av tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner legge til rette for forutsigbarhet i planlegging og realisering av vedlikehold av bygningsmassen. Gjennomført vedlikehold ved helseforetaket skal over tid bedre tilstandsgraden for bygningsmassen.

For å kunne opprettholde verdiene i eiendom, teknologi og utstyr er målet å oppnå en resultatgrad på 2,5 prosent over tid. De siste fem årene er dette målet oppnådd i 2020 og 2024, med henholdsvis 2,9 prosent og 2,8 prosent. Budsjettprosessen for 2025 viser at det er behov for å videreføre omstillingstiltak og effektivisering i driften av helseforetakene.

Administrerende direktør forutsetter at helseforetakene budsjetterer mest mulig realistisk i sine innspill til den regionale økonomiske langtidsplanen, herunder realistiske forutsetninger om kostnads- og inntektsutvikling. Helseforetakene skal legge inntektsrammene som framkommer i denne saken, til grunn for sin planlegging. Det er videre vesentlig at det dokumenteres og tallfestes hvilke tiltak som er planlagt gjennomført for at de budsjetterte resultatene kan realiseres. Administrerende direktør forutsetter at dette arbeidet skjer i nært samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner.

Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Østfold HF får vesentlige negative omfordelingseffekter fra oppdatering av inntektsmodellen for 2026. For å gi tid til nødvendig kostnadstilpasning tilrås derfor at det reserveres ekstraordinær inntektsstøtte som trappes lineært ned over tre år. Inntektsstøtten utgjør totalt 170 millioner kroner i 2026 og 85 millioner kroner i 2027. I tillegg trappes den ekstraordinære inntektsstøtten til Sykehuset Innlandet HF på 55 millioner kroner i 2025 ned til 25 millioner kroner i 2026. Det endelige nivået på ekstraordinær inntektsstøtte fastsettes i de årlige budsjettene.

Foretaksgruppen har betydelige investeringsplaner i og etter økonomiplanperioden, og det er nødvendig å opprettholde og videreføre resultat- og investeringsbuffer i økonomisk langtidsplan 2026–2029 for å håndtere risiko. Det legges til grunn en regional resultatbuffer på 700 millioner kroner, en investeringsbuffer på 200 millioner kroner og en nedre sikkerhetsgrense for regionens likviditetsreserve på 1 milliard kroner.

Administrerende direktør anbefaler at styret legger til grunn at prosjekter i gjennomføringsfase og prosjekter som er tildelt lånefinansiering over statsbudsjettet, videreføres som planforutsetning.

For å bidra til økonomisk kontroll skal helseforetakene vurdere muligheten for at investeringsprosjekter som ennå ikke er vedtatt, skyves på. Kapasitetsbehov vil være førende for styrets framtidige beslutninger om å videreføre prosjekter. Prosjekter som kan bygges ut trinnvis, skal vurderes for slik framdrift i helseforetakenes innspill til økonomisk

langtidsplan. Videre anbefaler administrerende direktør at styret ved store nybyggprosjekter påpeker viktigheten av grundig, involverende og forpliktende arbeid med gevinstrealiseringsplaner og konkretisering av tiltak for tilpasning av kostnadsnivået i forkant av innflytting.

Administrerende direktør anbefaler at styret slutter seg til at det planlagte investeringsnivået for IKT i planperioden, og at styret forutsetter at det gjøres prioriteringer i den samlede porteføljen som sørger for akseptabelt risikonivå. Samtidig må helseforetakene få tid til å gradvis tilpasse seg til kostnadsnivået og til å bedre utnyttelsen av nye systemer. Arbeidet med nytte- og gevinstrealisering, standardisering og sanering av IKT-løsninger i regionen må videreføres og forsterkes.

Administrerende direktør inviterer styret til å vedta framsatte forslag til vedtak.

Trykte vedlegg:

- Ingen

Utrykte vedlegg:

- Ingen

## Møteprotokoll

---

**Styre:** Helse Sør-Øst RHF  
**Møtested:** Hamar  
**Dato:** 6. mars 2025  
**Tidspunkt:** Kl. 09:30 – 16:00

---

### Følgende styremedlemmer møtte:

---

Svein I. Gjedrem	Styreleder	
Nina Tangnæs Grønvold	Nestleder	
Christian Grimsgaard		
Bushra Ishaq		
Irene Kronkvist		
Einar Lunde		
Harald Vaagaasar Nikolaisen		Forfall
Peder Kristian Olsen		
Liv Monica Stubholt		Forfall
Lasse Sølvberg		

---

### Fra brukerutvalget møtte:

---

Aina Nybakke  
Odvar Jacobsen

---

### Fra administrasjonen deltok:

---

Administrerende direktør Terje Rootwelt  
Fagsjef virksomhetsstyring Hilde Jacobsen  
Fagdirektør Ulrich Spreng, eierdirektør Jørgen Jansen, økonomidirektør Line Alfarrustad, direktør porteføljestyring bygg Hanne Gaaserød, direktør teknologi og digitalisering Rune Simensen, konserndirektør Mona Stensby, direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø og kommunikasjonsrådgiver Lars Kittilsen

---

**Saker som ble behandlet:**

<b>016-2025</b>	<b>Godkjenning av innkalling og sakliste</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige****V E D T A K**

Styret godkjenner innkalling og sakliste til styremøte 6. mars 2025.

<b>017-2025</b>	<b>Godkjenning av protokoll og B-protokoller fra styremøte 6. februar 2025 og ekstraordinært styremøte 25. februar 2025</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige****V E D T A K**

Protokoll og B-protokoller fra styremøte 6. februar og ekstraordinært styremøte 25. februar 2025 godkjennes.

<b>018-2025</b>	<b>Virksomhetsrapport per januar 2025</b>
-----------------	---

**Oppsummering**

Saken presenterer virksomhetsrapport for januar 2025.

**Kommentarer i møtet**

Styret imøteser en mer hensiktsmessig indikator for å følge med på oppetid for kritiske systemer i Sykehuspartner HF.

Styret anerkjenner at lange ventetider vil kunne få konsekvenser for tilliten til den offentlige helsetjenesten. Styret presiser likevel risikoen ved ensidig fokus på ventetider og vektlegger betydningen av utviklingen i brede kvalitetsindikatorer.

Styret stiller seg bak de tiltak som iverksettes for å redusere ventetider, inklusive særskilt godtgjørelse og at det regionale helseforetaket dekker deler av utgiftene. Styret presiserer at dette må være midlertidige tiltak. Styret ber videre om at gjeldende avtaleverk for bruk av avtalespesialister følges opp med sikte på best å understøtte sørge-for ansvaret, samtidig som kvaliteten i tjenestene opprettholdes. Dette presiseres i vedtaket.

Styret ber administrerende direktør vurdere et mer egnet begrep enn fritidspoliklinikk som styret mener er misvisende.

**Styrets enstemmige****V E D T A K**

1. Styret stiller seg bak de tiltak som iverksettes for å redusere ventetider, inklusive særskilt godtgjørelse og at det regionale helseforetaket dekker deler av utgiftene. Styret presiserer at disse tiltakene må være midlertidige.
2. Styret ber om at gjeldende avtaleverk for bruk av avtalespesialister følges opp med sikte på best å understøtte sørge-for ansvaret, samtidig som kvaliteten i tjenestene opprettholdes.
3. Styret tar ellers virksomhetsrapport per januar 2025 til etterretning.

<b>019-2025</b>	<b>Status for regionale IKT-prosjekter, tredje tertial 2024</b>
-----------------	---

**Oppsummering**

Denne saken omhandler tertialrapport for de IKT-regionale prosjektene som er godkjent i Sykehuspartner HF's styre og / eller Helse Sør-Øst RHF's styre, og inkluderer både infrastrukturprosjekter og regionale IKT-prosjekter. Det rapporteres på status for hvert prosjekt. Rapporteringen per prosjekt avsluttes når den aktuelle IKT-løsningen er innført ved de helseforetakene som omfattes av prosjektet.

Selve tertialrapporten rapporterer status per 31. desember 2024. Denne saken inkluderer også en kort status på andre, mindre prosjekter som ikke er styrebehandlet.

**Kommentarer i møtet**

Styret ber om å få en gjennomgang av status for arbeidet med tjenestemigrering.

**Styrets enstemmige****V E D T A K**

Styret tar status per tredje tertial 2024 for regionale IKT-prosjekter godkjent av styret i Sykehuspartner HF og / eller styret i Helse Sør-Øst RHF til orientering.

<b>020-2025</b>	<b>Tertialrapport 3 2024 for regionale byggeprosjekter</b>
-----------------	--

**Oppsummering**

Styresaken redegjør for status og risikohåndtering per tredje tertial 2024 for de regionalt prioriterte byggeprosjektene i Helse Sør-Øst.

I saken inngår en overordnet vurdering av den samlede prosjektporteføljen med særlig henblikk på risikoområder, avvik og tiltak. En kort beskrivelse av status og risiko knyttet til de enkelte prosjektene i gjennomføringsfasen følger som vedlegg til saken.

**Styrets enstemmige****V E D T A K**

Styret tar status per tredje tertial 2024 for regionale byggeprosjekter til orientering.

<b>021-2025</b>	<b>Årlig melding 2024 for Helse Sør-Øst RHF</b>
-----------------	---

**Oppsummering**

Helseforetaksloven § 34 Årlig melding om virksomheten mv. i regionalt helseforetak, pålegger regionale helseforetak å utarbeide en melding om foretaket og foretakets virksomhet som forelegges departementet. Meldingen skal også omfatte de helseforetak som det regionale helseforetaket eier.

Vedtekter for Helse Sør-Øst RHF § 15 Melding til departementet fastslår at styret innen den 15. mars hvert år skal sende en melding til departementet som omfatter styrets plandokument for virksomheten og styrets rapport for foregående år.

Saken omhandler Årlig melding 2024 for Helse Sør-Øst RHF. Meldingen behandles av Helse- og omsorgsdepartementet i foretaksmøte innen utgangen av juni 2025.

**Kommentarer i møtet**

Styret er tilfreds med innsatsen for å innfri styringskravene fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2024, men peker likevel på at måloppnåelse ikke er fullt ut tilfredsstillende innen alle områder. Foruten ventetidsmålene, gjelder dette eksempelvis å øke antallet LIS3 og pakkeforløp kreft.

Styret ber på egnet tidspunkt om å få presentert felles plan for IKT-området. Styret viser for øvrig til forslag til språklige justeringer.

**Styrets enstemmige****V E D T A K**

1. På grunnlag av samlet rapportering for 2024 anser styret for Helse Sør-Øst RHF at:
  - Hovedoppgavene pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende har vært ivaretatt i tråd med de føringer eier har gitt i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller.
  - Helse- og omsorgsdepartementets styringskrav for 2024 er søkt fulgt opp. Styret er tilfreds med dette, men påpeker samtidig at måloppnåelsen innen enkelte områder ikke er god nok, og at det må arbeides aktivt for en bedring.
2. Helseforetak og sykehus har i 2024 intensivert arbeidet med å få ned ventetidene. Styret berømmer innsatsen som er lagt ned for å øke behandlingsskapitet og samtidig yte gode helsetjenester.

3. Administrerende direktør gis fullmakt til å slutføre årlig melding 2024 for Helse Sør-Øst RHF på grunnlag av styrets innspill i møtet. Årlig melding 2024 for Helse Sør-Øst RHF oversendes Helse- og omsorgsdepartementet innen fristen 15. mars 2025.

022-2025	Årsrapport 2024 for konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
----------	---

#### Oppsummering

Årsrapporten gir styret i Helse Sør-Øst RHF en beskrivelse av konsernrevisjonens arbeid i 2024 sett opp mot instruks for konsernrevisjonen og styregodkjent revisjonsplan for 2024.

#### Styrets enstemmige

### VEDTAK

Styret tar årsrapport 2024 for konsernrevisjonen til orientering.

023-2025	Årsrapport 2024 for styrets revisjonsutvalg
----------	---

#### Oppsummering

Årsrapporten gir styret i Helse Sør-Øst RHF en beskrivelse av revisjonsutvalgets arbeid i 2024 sett opp mot instruks for revisjonsutvalget.

#### Styrets enstemmige

### VEDTAK

Styret tar årsrapport 2024 for revisjonsutvalget til orientering.

024-2025	Økonomisk langtidsplan 2026–2029 – planforutsetninger
----------	---

#### Oppsummering

Styret inviteres med denne saken til å legge føringer for helseforetakenes arbeid med økonomisk langtidsplan for årene 2026–2029. I saken gis det forslag til føringer for aktivitetsutvikling og prioriteringer innen det medisinske og helsefaglige området, utvikling av bemanning og kompetanse, satsing innen informasjonsteknologi, krav til medisinsk-teknisk utstyr og vedlikehold av bygningsmassen, samt økonomiske planleggingsrammer.

På grunnlag av føringene skal helseforetakene utarbeide innspill til regionens økonomiske langtidsplan for årene 2026–2029. Det er et krav at innspillene styrebehandles i helseforetakene. Styret i Helse Sør-Øst RHF vil til møtet 22. mai 2025 bli forelagt en orienteringssak om økonomisk langtidsplan 2026-2029, før endelig plan vil bli behandlet 19. juni 2025.

Saken bygger på styresak 061-2024 *Økonomisk langtidsplan 2025–2028* og styresak 119-2024 *Budsjett 2025 – fordeling av midler til drift og investeringer*. I tillegg legger styresak 134-2022 *Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst 2040* og styresak 005-2025 *Oppdragsdokument 2025 fra Helse- og omsorgsdepartementet og protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 15. januar – oppdrag og bestilling 2025 til helseforetakene i Helse Sør-Øst*, premisser for planforutsetningene som omtales i denne saken.

### Kommentarer i møtet

Styret ber om at kommende behandling av økonomisk langtidsplan beskriver en likviditetsutvikling som synliggjør ulike scenarier ut over planperioden. Det legges videre til grunn at den regionale resultatbufferen skal reduseres og eventuelt avvikles etter at den store investeringsbølgen er gjennomført.

Det ble fremmet et alternativt forslag til vedtakspunkt 1, kulepunkt 2 og 3, samt vedtakspunkt 2 og 5.

1. *Helseforetakene skal i sine økonomiske langtidsplaner for perioden 2026–2029 legge til grunn innsatsområdene i Regional utviklingsplan 2040. Videre skal følgende planforutsetninger legges til grunn:*
  - *Aktivitetsnivået må tilpasses slik at det møter befolkningens behov for helsetjenester og mål om reduserte ventetider.*
  - *Døgnplasser innen psykisk helsevern i helseforetakene skal økes med 1 prosent årlig, tilsvarende kravet vedtatt av Stortinget i behandlingen av opptrappingsplanen. Det skal i samarbeid med kommunene, etableres ordninger med tidlige avklaringsteam (ulike type vurderingssamtaler) i psykisk helsevern voksne.*
  - *Kostnader innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, eksklusive avskrivninger og pensjon, skal for regionen minst tilsvare veksten innen somatikk.*
  - *Tilgjengelighet til tjenesten skal bedres, arbeidet fra Ventetidsløftet skal videreføres, og målsettingen om gjennomsnittlige ventetider skal nås i planperioden.*
  - *Bedring i kvalitet og pasientsikkerhet skal prioriteres, herunder skal uønsket variasjon i kvalitet og forbruksrater reduseres ved bruk av tilgjengelige data.*
  - *Regjeringens kvinnehelsestrategi skal legges til grunn, og det skal arbeides for å fremme forskning og spre kunnskap om kvinnehelse og om kjønnsperspektiv i helse.*
  - *Det skal legges til rette for oppfølging av Nasjonal strategi for persontilpasset medisin 2023-2030, inkludert bruk av storskala helsedata og ny teknologi der pasientbehandling, systematisk kunnskapsbygging og forskning er integrert.*
  - *Det skal legges til rette for bedre integrering av klinisk forskning og pasientbehandling, bl.a. gjennom flere kliniske behandlingsstudier og økt pasientdeltakelse i slike studier, i tråd med målene i Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021-2025.*
  - *Det skal gjennomføres analyser av framtidig bemanningsbehov. Bemanningsbehovet skal være forankret i regionale framskrivninger av aktivitetsbehov slik at sørge for-ansvaret ivaretas. Analysene skal følges opp av tiltak som styrker arbeidet med gode karriereløp og riktig og god bruk av personell og kompetanse. Dette innbefatter en vurdering av behovet for breddekompetanse og organisering av vaksjikt for leger.*



- Helseforetakene og de private ideelle sykehusene skal arbeide for å være en foretrukken arbeidsplass og å løse sitt bemanningsbehov i all hovedsak gjennom fast ansatte. Ved inngangen til planperioden skal antallet utdanningsstillinger for sykepleiere opprettholdes på nivå med 2024 og antallet lærlinger økes gradvis i henhold til tidligere oppdrag og bestilling.
  - Helseforetakene og de private ideelle sykehusene må forsterke det målrettede arbeidet med å redusere sykefraværet.
  - Tilgjengeliggjort datagrunnlag over medisinsk-teknisk utstyr skal benyttes til å foreta prioriteringer i utarbeidelse av anskaffelsesplaner.
  - Det skal settes av midler til ordinært og ekstraordinært vedlikehold. I gjennomsnitt skal det ordinære vedlikeholdet over tid utgjøre minst 400 kr/kvm per år for hele bygningsmassen. Det avsettes 200 millioner kroner av regionens likviditet i 2026 til ekstraordinær prioritering av vedlikeholdsinvesteringer. Helseforetakene skal planlegge med minst samme vedlikeholds nivå i planperioden som i forrige økonomiske langtidsplan. Helseforetakene skal på grunnlag av tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner legge til rette for forutsigbarhet i planlegging og realisering av vedlikehold av bygningsmassen. Gjennomført vedlikehold ved helseforetaket skal over tid bedre tilstandsgraden for bygningsmassen.
2. Det legges til grunn en regional resultatbuffer på 200 millioner kroner, en investeringsbuffer på 200 millioner kroner og en nedre sikkerhetsgrense for foretaksgruppens likviditetsreserve på 1 milliard kroner.
  3. Det reserveres ekstraordinær inntektsstøtte til Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Østfold HF som følge av vesentlige negative omfordelingseffekter fra oppdatering av inntektsmodellen. Inntektsstøtten trappes lineært ned over tre år. I tillegg reserveres ekstraordinær inntektsstøtte til Sykehuset Innlandet HF i 2026. Det endelige nivået fastsettes i de årlige budsjettene. Inntektsstøtten fordeler seg slik:
    - Sykehuset Innlandet HF: 25 millioner kroner i 2026
    - Sykehuset Telemark HF: 44 millioner kroner i 2026 og 22 millioner kroner i 2027
    - Sykehuset i Vestfold HF: 60 millioner kroner i 2026 og 30 millioner kroner i 2027
    - Sykehuset Østfold HF: 66 millioner kroner i 2026 og 33 millioner kroner i 2027
  4. Helseforetakenes økonomiske langtidsplaner skal baseres på realistiske forutsetninger om kostnads- og inntektsutvikling, og tiltak for å oppnå det planlagte resultatet skal i størst mulig grad beskrives og tallfestes. Arbeidet skal skje i nært samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner. Helseforetakene skal legge inntektsrammene i denne saken til grunn for sin planlegging. Det skal planlegges for å oppnå en resultatgrad på 2,5 prosent over tid.
  5. Helseforetakene skal iverksette reell utredning av trinnvis utbygging for alle større byggeprosjekter, inklusive prosjekter som er i oppstart. Gevinstrealiseringsplaner skal gjennomgås og kvalitetssikres. Realistiske forutsetninger om framtidig produktivitetsutvikling skal legges til grunn. Gevinstestimaterne skal sammenholdes og avstemmes med faktisk oppnådde gevinster i allerede gjennomførte byggeprosjekt. Kontrahering skal utsettes i påvente av en regional gjennomgang av prosjektenes samlede omfang og regionens samlede bæreevne. Oppdaterte priser og rentenivå skal legges til grunn.

Styret slutter seg til planlagt investeringsnivå for IKT i planperioden. Nye systemer skal bidra til en mer effektiv arbeidshverdag for medarbeiderne ved å frigjøre tid for

*helsepersonell. Arbeidet med nytte- og gevinstrealisering, standardisering og sanering skal videreføres og forsterkes.*

Det ble votert over det alternative forslaget til vedtak.

#### Votering

Forslaget falt mot tre stemmer (Grimsgaard, Kronkvist og Sølvsberg)

Det ble deretter votert over administrerende direktørs forslag til vedtak.

#### **Styrets**

### **V E D T A K**

1. Helseforetakene skal i sine økonomiske langtidsplaner for perioden 2026–2029 legge til grunn innsatsområdene i *Regional utviklingsplan 2040*. Videre skal følgende planforutsetninger legges til grunn:

- Aktivitetsnivået må tilpasses slik at det møter befolkningens behov for helsetjenester og mål om reduserte ventetider.
- Samlet døgnkapasitet innen psykisk helsevern i regionen skal ikke reduseres. Det skal i samarbeid med kommunene, etableres ordninger med tidlige avklaringsteam (ulike type vurderingssamtaler) i psykisk helsevern voksne.
- Kostnader innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, eksklusive avskrivninger og pensjon, skal for regionen øke minst med den demografiske veksten i planperioden.
- Tilgjengelighet til tjenesten skal bedres, arbeidet fra Ventetidsløftet skal videreføres, og målsettingen om gjennomsnittlige ventetider skal nås i planperioden.
- Bedring i kvalitet og pasientsikkerhet skal prioriteres, herunder skal uønsket variasjon i kvalitet og forbruksrater reduseres ved bruk av tilgjengelige data.
- Regjeringens kvinnehelsestrategi skal legges til grunn, og det skal arbeides for å fremme forskning og spre kunnskap om kvinnehelse og om kjønnsperspektiv i helse.
- Det skal legges til rette for oppfølging av *Nasjonal strategi for persontilpasset medisin 2023-2030*, inkludert bruk av storskala helsedata og ny teknologi der pasientbehandling, systematisk kunnskapsbygging og forskning er integrert.
- Det skal legges til rette for bedre integrering av klinisk forskning og pasientbehandling, bl.a. gjennom flere kliniske behandlingsstudier og økt pasientdeltakelse i slike studier, i tråd med målene i *Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021-2025*.
- Det skal gjennomføres analyser av framtidig bemanningsbehov. Bemanningsbehovet skal være forankret i regionale framskrivninger av aktivitetsbehov slik at sørge for-ansvaret ivaretas. Analysene skal følges opp av tiltak som styrker arbeidet med gode karriereløp og riktig og god bruk av personell og kompetanse. Dette innbefatter en vurdering av behovet for breddekompetanse og organisering av vaktstjikt for leger.

- Helseforetakene og de private ideelle sykehusene skal arbeide for å være en foretrukken arbeidsplass og å løse sitt bemanningsbehov i all hovedsak gjennom fast ansatte. Ved inngangen til planperioden skal antallet utdanningsstillinger for sykepleiere opprettholdes på nivå med 2024 og antallet lærlinger økes gradvis i henhold til tidligere oppdrag og bestilling.
  - Helseforetakene og de private ideelle sykehusene må forsterke det målrettede arbeidet med å redusere sykefraværet.
  - Tilgjengeliggjort datagrunnlag over medisinsk-teknisk utstyr skal benyttes til å foreta prioriteringer i utarbeidelse av anskaffelsesplaner.
  - Det skal settes av midler til ordinært og ekstraordinært vedlikehold. I gjennomsnitt skal det ordinære vedlikeholdet over tid utgjøre minst 400 kr/kvm per år for hele bygningsmassen. Det avsettes 200 millioner kroner av regionens likviditet i 2026 til ekstraordinær prioritering av vedlikeholdsinvesteringer. Helseforetakene skal planlegge med minst samme vedlikeholds nivå i planperioden som i forrige økonomiske langtidsplan. Helseforetakene skal på grunnlag av tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner legge til rette for forutsigbarhet i planlegging og realisering av vedlikehold av bygningsmassen. Gjennomført vedlikehold ved helseforetaket skal over tid bedre tilstandsgraden for bygningsmassen.
2. Det legges til grunn i planperioden en regional resultatbuffer på 700 millioner kroner, en investeringsbuffer på 200 millioner kroner og en nedre sikkerhetsgrense for foretaksgruppens likviditetsreserve på 1 milliard kroner.
  3. Det reserveres ekstraordinær inntektsstøtte til Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Østfold HF som følge av vesentlige negative omfordelingseffekter fra oppdatering av inntektsmodellen. Inntektsstøtten trappes lineært ned over tre år. I tillegg reserveres ekstraordinær inntektsstøtte til Sykehuset Innlandet HF i 2026. Det endelige nivået fastsettes i de årlige budsjettene. Inntektsstøtten fordeler seg slik:
    - Sykehuset Innlandet HF: 25 millioner kroner i 2026
    - Sykehuset Telemark HF: 44 millioner kroner i 2026 og 22 millioner kroner i 2027
    - Sykehuset i Vestfold HF: 60 millioner kroner i 2026 og 30 millioner kroner i 2027
    - Sykehuset Østfold HF: 66 millioner kroner i 2026 og 33 millioner kroner i 2027
  4. Helseforetakenes økonomiske langtidsplaner skal baseres på realistiske forutsetninger om kostnads- og inntektsutvikling, og tiltak for å oppnå det planlagte resultatet skal i størst mulig grad beskrives og tallfestes. Arbeidet skal skje i nært samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner. Helseforetakene skal legge inntektsrammene i denne saken til grunn for sin planlegging. Det skal planlegges for å oppnå en resultatgrad på 2,5 prosent over tid.
  5. Som en planforutsetning viderefører styret tidligere, prioriterte store byggeprosjekter. Det skal vurderes muligheter for trinnvis utbygging i alle prosjekter. Ved store byggeprosjekter påpeker styret viktigheten av grundig, involverende og forpliktende arbeid med gevinstrealiseringsplaner og konkretisering av tiltak for tilpasning av kostnadsnivået i forkant av innflytting.

6. Styret slutter seg til planlagt investeringsnivå for IKT i planperioden. Nye systemer skal bidra til en mer effektiv arbeidshverdag for medarbeiderne ved å friggi tid for helsepersonell. Arbeidet med nytte- og gevinstrealisering, standardisering og sanering skal videreføres og forsterkes.

#### Votering

Saken ble vedtatt mot tre stemmer (Grimsgaard, Kronkvist og Sølvberg)

#### Stemmeforklaring fra styremedlemmene Grimsgaard, Sølvberg og Kronkvist:

*Disse medlemmene viser til det alternative vedtaksforslaget framlagt i møtet samt konserntillitsvalgtes drøftingsinnspill.*

<b>025-2025</b>	<b>Målretting av regionale forskningsmidler for tildeling i 2026</b>
-----------------	--

#### **Oppsummering**

De regionale forskningsmidlene i Helse Sør-Øst består av Helse- og omsorgsdepartementets øremerkede midler til forskning (HOD-midler) og en avsetning fra det regionale helseforetakets eget budsjett (RHF-midler). For 2025 utgjør midlene totalt 697,3 millioner kroner til forskning og forskningsbasert innovasjon, hvorav 373,6 millioner kroner er HOD-midler (jf. styresak 119-2024). Midlene dekker både prosjektbaserte- og strategiske forskningsaktiviteter i regionens helseforetak. For 2025 ble det fordelt nær 150 millioner kroner til nye prosjekter etter konkurransebasert prosess.

Helse Sør-Øst RHF forvalter i tillegg Helse- og omsorgsdepartementets tilskudd til Nasjonalt program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten (KLINBEFORSK) på vegne av de fire RHF-ene. Midler til KLINBEFORSK, er avsatt i egen post over Statsbudsjettet, i 2025 199,8 millioner kroner, og lyses ut til kliniske multisenterstudier der det inngår samarbeidspartnere fra alle helseregioner.

I saken foreslås det målretting av inntil 10 millioner kroner av RHF-midlene til forskning for årets utlysning. Målrettingen vil understøtte forskning innenfor særskilte tema og områder som er viktige for videreutvikling av spesialisthelsetjenesten. I tillegg foreslås det at midler til ikke-universitetssykehus, inntil 5 millioner kroner, videreføres som en strategisk avsetning på samme nivå som ved tidligere utlysninger.

#### **Styrets enstemmige**

#### **VEDTAK**

1. Inntil 10 millioner kroner av det regionale helseforetakets midler til forskning fra eget budsjett prioriteres i årets utlysning for følgende tematiske forskningsområder med presiseringer slik det framgår i saken:
  - Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet
  - Desentraliserte tjenester og sømløse pasientforløp
  - Digitalisering
2. Midler til ikke-universitetssykehus videreføres som en strategisk avsetning med inntil 5 millioner kroner på samme nivå som ved tidligere utlysninger.

<b>026-2025</b>	<b>Oppfølging av overordnet plan for sikkerhetspsykiatri</b>
-----------------	--

### Oppsummering

Helse Sør-Øst RHF har, i samarbeid med de andre regionale helseforetakene, utarbeidet en rapport med anbefalinger om hvordan forslagene til tiltak omtalt i overordnet plan for sikkerhetspsykiatri fra 2023, bør følges opp.

### Styrets enstemmige

## VEDTAK

Styret godkjenner vedlagte rapport om oppfølging av anbefalingene i overordnet plan for sikkerhetspsykiatri, og at den oversendes til Helse- og omsorgsdepartementet etter behandling i alle fire regionale helseforetak.

*Stemmemforklaring fra styremedlemmene Grimsgaard, Kronkvist og Sølvberg:  
Disse medlemmene viser til konserntillitsvalgtes drøftingsinnspill til saken.*

<b>027-2025</b>	<b>Regional delstrategi for styrket helsekompetanse i Helse Sør-Øst 2025-2027</b>
-----------------	---

### Oppsummering

«Styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse og involvering» er et nytt innsatsområde i Regional utviklingsplan 2040. Vedlagte delstrategi er en oppfølging og konkretisering av dette innsatsområdet. Målet er at planen, gjennom konkrete anbefalinger og forslag til ressurser, vil bidra til å støtte helseforetakene i deres arbeid med å styrke helsekompetansen hos pasienter, pårørende, ansatte og ledere.

### Kommentarer i møtet

Styret takket administrasjonen for god forberedelse og medvirkning i en svært viktig sak. Styret ber om å bli holdt orientert om hvordan arbeidet følges opp.

### Styrets enstemmige

## VEDTAK

Styret vedtar regional delstrategi for styrket helsekompetanse i Helse Sør-Øst 2025-2027.

<b>028-2025</b>	<b>Regional handlingsplan for mangfold, likeverdige helsetjenester og migrasjonshelse i Helse Sør-Øst (2025-2027)</b>
-----------------	---

### Oppsummering

I denne saken forelegges styret forslag til regional handlingsplan for mangfold, likeverdige helsetjenester og migrasjonshelse i Helse Sør-Øst (2025-2027) og en kort beskrivelse av prosessen som har ledet frem til planen.

Handlingsplanen inneholder anbefalte tiltak for Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene/ sykehusene i regionen, for i fellesskap jobbe med å nå målet om likeverdige helsetjenester. Innsatsområdene og tiltakene er ikke uttømmende, men et bidrag for å øke bevissthet og kompetanse innen mangfold, likeverdige helsetjenester og migrasjonshelse generelt. Tiltak i planen er særlig innrettet for å fremme likeverdige helsetjenester til personer med innvandrerbakgrunn.

### Kommentarer i møtet

Styret takket administrasjonen for god forberedelse og medvirkning i en svært viktig sak. Styret vektlegger betydningen av ledelsesforankring i arbeidet med likeverdige helsetjenester. Styret ber videre om å bli holdt orientert om hvordan arbeidet følges opp.

### Styrets enstemmige

## VEDTAK

Styret vedtar regional handlingsplan for mangfold, likeverdige helsetjenester og migrasjonshelse i Helse Sør-Øst (2025-2027)

<b>029-2025</b>	<b>Rutine ved varsling av kritikkverdige forhold som gjelder administrerende direktør</b>
-----------------	---

### Oppsummering

Etter arbeidsmiljøloven kapittel 2 A har arbeidstaker rett til å varsle om kritikkverdige forhold i arbeidsgivers virksomhet. Dette gjelder også kritikkverdige forhold som gjelder administrerende direktør. Varsler som gjelder administrerende direktør er spesielle ved at:

- Administrerende direktør er overordnet alle ansatte i foretaket.
- Det er sannsynlig med offentlig omtale og mediedekning.
- De kan påvirke den daglige ledelsen av foretaket.

Helse Sør-Øst RHF har i sin varslingsrutine at varsler som gjelder administrerende direktør kan varsles til konsernrevisjonen. Rutinen bør også angi en ordning for oppfølging av disse sakene som bidrar til en forutsigbar og god behandling av saken og de involverte.

I denne styresaken legges forslag til en slik rutine fram for styret.

### **Kommentarer i møtet**

Styret er administrerende direktørs arbeidsgiver og det ligger i så måte til styret å behandle kritikkverdige forhold som gjelder direktøren.

Saker som inngis som varsel må imidlertid mottas og undersøkes før de kan behandles i styret. Ikke alle saker er varsler etter arbeidsmiljøloven og det kan være omstendigheter og forhold som påvirker hvordan de best behandles. Styreleder, som i alminnelighet har ansvar for gjennomføring av styrets arbeid, har oppgaven med å motta og få undersøkt varslingsaker som gjelder administrerende direktør. Styreleder vil holde styret orientert om alle saker, samt forberede saken når den skal til behandling i styret.

Styreleder har oppgaven med å følge opp arbeidsgivers ansvar overfor administrerende direktør i saker som gjelder varsling av kritikkverdige forhold vedrørende direktøren.

Styreleder vil holde styret orientert om alle varsler som gjelder administrerende direktør. Dette presiseres i vedtaket.

### **Styrets enstemmige**

#### **VEDTAK**

1. Styreleder har oppgaven med å ivareta og få undersøkt varsler som gjelder administrerende direktør. Styreleder følger opp slike saker overfor styret og administrerende direktør og vil holde styret orientert om alle varsler. Konsernrevisjonen bistår styreleder i å motta varsler som gjelder administrerende direktør og kan støtte styreleder i å få dem undersøkt.
2. Dette settes inn i Helse Sør-Øst RHF's varslingsrutine.

<b>035-2025</b>	<b>Årsplan styresaker</b>
-----------------	---------------------------

### **Kommentarer i møtet**

Det ble vist til tildeligere merknad fra styret om å få en orientering om Helse Sør-Øst RHF's oppfølging av sikkerhetsloven. Dette vil være tema i styreseminaret 10. april 2025.

### **Styrets enstemmige**

#### **VEDTAK**

Årsplan styresaker 2025 tas til orientering.

113-20245

Driftsorienteringer fra administrerende direktør

**Styrets enstemmige**

#### **V E D T A K**

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

#### **Orienteringer**

1. Foreløpig protokoll fra møte i brukerutvalget 4. og 5. februar 2025
2. Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 18. desember 2024
3. Drøfteprotokoll RHF-KTV datert 5. mars 2025
4. Drøfteprotokoll RHF-KTV datert 5. mars 2025 – styresak 029-2025

*Møtet hevet kl. 16:00*



Hamar, 6. mars 2025

---

Svein I. Gjedrem  
styreleder

---

Nina Tangnæs Grønvold  
nestleder

---

Christian Grimsgaard

---

Bushra Ishaq

---

Einar Lunde

---

Irene Kronkvist

---

Harald Vaagaasar Nikolaisen

---

Peder Kristian Olsen

---

Liv Monica Stubholt

---

Lasse Sølvberg

---

Hilde Jacobsen  
styresekretær

Dato: 24.mars 2025  
Saksbehandler: Kirsten Hørthe

## Saksfremlegg

### Fremtidig organisering av Basal Eksponeringsterapi (BET) i Klinikk psykisk helse og rus

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	33/2025	31.03.25

### Forslag til vedtak

1. Styret støtter anbefalt retning for utvikling av nytt driftskonsept og endret organisering for Basal Eksponeringsterapi (BET) i Klinikk for psykisk helse og rus.

Drammen, 24. mars 2025.

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

## Bakgrunn

### Omstilling i Klinikk psykisk helse og rus (PHR)

Klinikk PHR gjennomfører i 2025 en omfattende omstilling (ref. Styresak 76/24 Strukturendringer i klinikk psykisk helse og rus).

Omstillingen innebærer endret sammensetning av døgnplasser, med flere døgnplasser for de sykeste pasientene, som også er godkjent for tvungent psykisk helsevern. Det innebærer en økning i døgnkapasitet for følgende områder i klinikken, akuttpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri, sikkerhetspsykiatri, psykosebehandling og alderspsykiatri. Antall behandlingsplasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) vil være som i dag, men også her gjøres det en prioritering av rusakutt og avgiftningsplasser inn i det nye sykehuset.

Samlet sett har klinikken i dag 266 døgnplasser (125 i sykehuspsykiatrien inklusive bufferplasser, 17 i barne- og ungdomspsykiatrien, 48 i TSB og 76 i DPS). Ny modell med samling av DPS og TSB døgnplassene, og parallell styrkning av sykehuspsykiatrien gjør at klinikken fra august 2025 samlet vil ha 273 døgnplasser (136 i sykehuspsykiatrien, 19 i barne- og ungdomspsykiatrien, 48 i TSB og 70 i DPS). Bemanning av døgnplassene er basert på aktivitetsstyrt bemanningsplaner, hvor bemanningen er tilpasset et gjennomsnittsbeglegg i de ulike seksjonene.

### Basal Eksponeringsterapi (BET)-tilbudet i Vestre Viken

BET-tilnærmingen er utviklet av medarbeidere i Vestre Viken over en periode på 25 år. Den oppstod i sykehuspsykiatrien, som et alternativ for pasienter med mange innleggelses og tvangsvedtak. Disse pasientene hadde ofte flere problemstillinger samtidig, og gjentagende selvskaading/selvmoordsforsøk var typisk. Grunntanken bak BET var at adferden representerte et forsøk på å håndtere utålelige følelser, og ble forsterket når omgivelsene grep inn med tvang og kontroll. Målet var å bryte den forsterkende sirkelen, samt å hjelpe pasientene til å tåle å de underliggende følelsene.

Da NSD ble planlagt i 2014-2015, var BET-tilbudet plassert i en utredningsseksjon for unge voksne ved Psykiatrisk avdeling Lier, og tanken var at dette skulle fortsette. Etter noen år i drift fremkom imidlertid utfordringer. Innholdet i behandlingstilbudene var forskjellige, og målgruppene hadde liten nytteverdi av samlokalisering. Ved sammenslåing av Blakstad og Lier i 2018 ble BET-tilbudet derfor skilt ut som egen seksjon, med et helt nytt driftskonsept.

### BET-tilbudet siden 2018

Med det nye driftskonseptet fra 2018 ble BET-tilbudet organisert som en åpen seksjon med 6 døgnplasser på området til Blakstad sykehus. I stedet for å få overført pasienter fra sykehuspsykiatrien, har seksjonen i all hovedsak tatt pasienter utenfra, via elektiv henvisning og venteliste. Tilbudet er basert på døgninnleggelses. Pasienter som ønsker videre BET-behandling etter sitt første opphold, gis mulighet til å komme tilbake til nye oppfølgende opphold. Ventetid er nå ca. 1.5 år.

### Utsiktede konsekvenser ved dagens organisering

Det finnes ingen andre tilbud i Norge som tilbyr det samme som BET-tilbudet til Vestre Viken. Det er basert på relativt lange døgninnleggelses, hvilket gjør reisevei til en mindre hindring. Når befolkningen i tillegg har rett til å velge behandlingssted for elektive behandlinger, har det oppstått innsøking fra hele landet.

Dette er en situasjon med både positive og negative sider. Den positive er at mennesker fra hele landet har fått mulighet til å forsøke BET-behandling. Den negative er effekten på ventetid. Gjestepasienter gir inntekter til klinikken, men denne effekten er begrenset; dersom alle pasientene hadde vært gjestepasienter, ville fremdeles ikke inntektene være nok til å fullfinansiere BET-seksjonen. I tillegg til økningen i ventetid har det altså oppstått en utilsiktet omfordeling av midler bort fra pasientene i Vestre Vikens opptaksområde, og til pasienter fra andre deler av landet. Dersom klinikk PHR beholdt dagens konsept, men økte antall sengeplasser for å møte etterspørselen det genererer, ville denne effekten øke.

Ved revisjon av praksis for vurdering av henvisninger til BET-seksjonen, ser vi at vi med dagens organisering ikke har klart å sikre at inntaksvurderinger er i tråd med gjeldende regelverk. Det gjelder manglende bruk av prioriteringsveileder, manglende oversikt over frister, samt at pasienter blir tatt inn, for så å bli satt på venteliste.

Innsøking av pasienter fra andre deler av landet påvirker også Vestre Vikens somatiske klinikker. Målgruppen har ofte ekstrem selvskadingsadferd, som svelging av batterier. Når slike hendelser oppstår under innleggelse på BET-seksjonen, vil de måtte håndteres i Vestre Vikens somatiske klinikker, uavhengig av hvor pasienten opprinnelig bor.

Endelig finnes det også fag- og kvalitetsmessige utfordringer ved dagens organisering. Lite samhandling mellom BET og øvrige tilbud er et stikkord, spesielt når felles planer for målgruppen er en klar anbefaling fra flere instanser. Nyere forskning på målgruppen anbefaler dessuten tidlig intervensjon og forsterking av poliklinisk/ambulante tjenester, mens dagens tilbud er døgnbasert og har lang ventetid.

### BET tilbudet i omstilling

For BET-tilbudet medfører omstilling og flytting til NSD at dagens lokaler på Blakstad ikke lenger vil være tilgjengelige. Samtidig endrer omstillingen klinikken på en måte som åpner nye muligheter for internt samarbeid om målgruppen for BET, og gjør det mulig å innrette tilbudet slik at det kan være tilgjengelig for flere.

### **Saksutredning**

Et grunnleggende spørsmål er hvorvidt BET-tilbudet som har vært siden 2018 skal forbli uendret, og bare flytte til andre lokaler, eller hvorvidt man som ledd i den pågående omstillingen ser behov for å endre på tilbudet. Å gå tilbake til modellen fra den siste tiden på Lier, hvor tilbudet var sammenslått med psykosebehandling til unge voksne, har klinikken vurdert som lite hensiktsmessig.

I innledende arbeidsgrupper våren 2024 ble fordeler og ulemper med dagens organisering diskutert, og flere mulige retninger for et fremtidig BET-tilbud ble utforsket. Klinikkdirektør sin vurdering var at det forelå behov for å endre tilbudet, men at de innledende arbeidsgruppene ikke ga nok grunnlag for å avgjøre hva tilbudet burde endres til.

I løpet av sommer/ tidlig høst 2024 kom mange innspill til videre prosess, både fra BET-seksjonen selv, fra DPS-området, fra brukere og fra andre interessenter. I løpet av høst/vinter 2024 har klinikk PHR gjennomført en utredning med hensikt å peke retning for den fremtidige organiseringen av BET-tilbudet. Fagfolk fra BET-seksjonen, fra DPS-ene og fra sykehusavdelingen på Blakstad har deltatt, sammen med klinikktillitsvalgte, hovedverneombud og ledere. Brukermedvirkning er gjennomført ved at klinikkens FOU-avdeling, sammen med representant for foretakets brukerutvalg, har hatt innspills- og innsiktsmøter med brukere.

Utredningen vurderte to konsepter. Begge hadde et ikke-døgnbasert tilbud i bunn (poliklinikk/dagtilbud/kombinasjon). Forskjellen mellom konseptene er organisatorisk tilhørighet, enten med base i DPS eller i sykehuspsykiatrien. Begge modellene legger opp til en matriseorganisering, hvor tilbudet gis på ulike nivåer og avdelinger i klinikken. Det er enighet om at det skal finnes mulighet for døgnopphold for pasienter som trenger det. Det ble påpekt fordeler ved å ha slike døgnopphold i DPS døgnsesksjon, samtidig som en ulempe ved dette var at man allikevel burde ha BET-kompetanse i akuttavdelingen på sykehus, siden pasienter i BET-forløp vil komme til å bli innlagt der når tilstanden tilsier bruk av tvunget psykisk helsevern.

Utredningsarbeidet knyttet til fremtidig utforming av BET tilbudet har tatt lenger tid enn opprinnelig planlagt. Dette skyldes behov for grundig involvering og nok tid til drøfting av ulike konsepter.

Det må legges til rette for at pasienter med lang reisevei innad i opptaksområde skal kunne delta i et intensivt poliklinisk løp. Videre må det detaljeres videre hvordan nødvendig kompetanse skal bygges opp der pasientene i en periode vil ha behov for døgninnleggelse.

### **Anbefalt driftskonsept**

Klinikken mener det er viktig å ivareta og videreutvikle det særegne kompetansemiljøet i BET, samtidig som det er viktig å sørge for at BET-tilbudet passer med behovet som klinikken og pasientene i Vestre Viken sitt opptaksområde har. Den lange ventetiden er hovedårsaken til anbefalingen om å endre driftskonsept.

Dagens BET tilbud oppleves som vanskelig tilgjengelig for pasienter i vår egen klinikk, og vi ser behov for nye rutiner for vurdering av henvisninger. Dagens organisering understøtter i liten grad mulighet for å fange opp pasienter på tidlige stadier, og er i liten grad integrert med klinikkens og foretakets øvrige tilbud.

BET-tilbudet i dag inneholder en tydelig dagsramme, med konkrete behandlingsaktivitet for pasientene gjennom dagen. Dette tilbudet mener klinikken det er hensiktsmessig å prøve ut som dagtilbud/poliklinikk for pasientene.

Med et ikke-døgnbasert BET tilbud i bunn, mener Vestre Viken vi vil kunne hjelpe flere, og intervensere tidligere, enn det vi kan i dag.

BET-tilbudet etableres som et områdeovergripende prosjektteam i en av de eksisterende poliklinikkene i et av områdets fem DPS. Prosjektarbeidet legges opp som en trinnvis prosess, med evalueringspunkter underveis. Prosjektets første oppgave blir å utvikle et poliklinisk/dagtilbud hvor det å etablere felles behandlingsplaner med alle aktører som er i kontakt med pasienten vil være riktig. Pasienter med behov for døgninnleggelse vil ivaretas i Akuttpsykiatrisk avdeling. Det er kompetanse på BET-behandling i Mottaksseksjonen, men klinikken ser et behov for å bygge ut kompetansen for å ivareta behovet for et sammenhengende pasientforløp. Å bygge opp denne blir derfor også en del av prosjektets første oppgave.

I neste trinn vil handle om utvikling av døgnkonsept videre uten øremerkede plasser. Det innebærer en modell hvor opphold på DPS og opphold på sykehus er mulig, avhengig av helsetilstand. Ny døgnstruktur i DPS er basert på en modell med delvis tematisk organisering, jf ekspertutvalgets rapport 2023 «Forenkle og forbedre – tematisk organisering av psykisk helsevern», med etablering av kompetansemiljøer i alle DPS-ene. Det vil være naturlig å ta inn BET-behandling som del av akuttførsløpet i DPS. Samtidig vil det være mulig å legge inn pasienter i opptaksområde med lang reisevei på nærmeste DPS, slik at de skal kunne ha mulighet til å gjennomføre dagbehandling.

**Prosesen videre**

Det er nødvendig å detaljere ytterligere hvordan et poliklinisk/dagtilbud skal se ut, med alt fra stillingssammensetning, behandlingsinnhold og nødvendig samarbeid med øvrige avdelinger i klinikken. Teamet må dimensjoneres i forhold til målgruppens behov for BET-tjenester i PHR sitt opptaksområde. I tillegg bør bemanning og kompetanse i et slikt områdeteam dimensjoneres i forhold til andre arbeidsoppgaver som tillegges teamet enn de rent kliniske.

Videre skal prosjektet detaljere og planlegge hvordan nødvendig kompetanse skal bygges opp der pasientene i en periode vil ha behov for døgninnleggelse.

Det vil bli planlagt og gjennomført en omstillingsprosess for medarbeiderne i BET-seksjonen, i tråd med retningslinjene i foretaket. Omstillingen planlegges slutført før sommerferien.

**Vedlegg:**

1. Rapport Fremtidig organisering av BET
2. Risikoanalyse
3. Høringssvar brukerrepresentanter
4. Høringssvar BET-seksjonen
5. Drøftingsnotat BET
6. Drøftingsreferat BET
7. Henvendelse fra Likestillings- og diskrimineringsombudet til VVHF
8. Svar fra VVHF til Likestillings- og diskrimineringsombudet
9. Oppfølging av tidligere henvendelse fra Likestillings- og diskrimineringsombudet til VVHF
10. Svar på oppfølging av tidligere henvendelse fra VVHF til Likestillings- og diskrimineringsombudet

# **Fremtidig organisering av BET i Vestre Viken**

**Arbeidsgruppe**

Rolle	Navn	Tilhørighet
Avdelingssjef	Christian Hølland Eikeland	Ringerike DPS
Seksjonsleder	Didrik Heggdal	BET-seksjonen, ASP
Psykologspesialist	Eivind Liljedahl Hagen	BET-seksjonen, ASP
Brukerrepresentant	Guðrun Breistøl	Brukerutvalget
Fagutvikler	Inger Hilde Vik	BET-seksjonen, ASP
Hovedtillitsvalgt	Joan Sigrun Nygard	Psykologforeningen
Områdesjef DPS	Katrine Sofie Hippe	DPS-området
Sykehusoverlege	Magnus Karlsen	Blakstad sykehus
Avdelingssjef	Margrete Nysterud	Drammen DPS
Sykehusjef	Marit Opsahl	Blakstad Sykehus
Hovedverneombud	Nils Jørgen Aagaard-Gjestvang	Vernetjenesten
Forskningsjef, fasilitator brukermidvirkning	Nina Helen Mjøsund	FoU
Overlege	Peggy Lilleby	BET-seksjonen, ASP
Klinikkoverlege/Fagsjef	Sondre Sperle Engebretsen	Klinikk PHR
Avdelingsoverlege	Åse Lyngstad	Kongsberg DPS

**Ordliste**

Forkortelse	Beskrivelse
PHR	Psykisk helse og Rus
NSD	Nytt sykehus i Drammen
ASP	Avdeling for spesialpsykiatri
BET	Basal eksponeringsterapi
FoU	Avdeling for forskning og utvikling

**Endringslogg og godkjenning av dokument:**

Versjon	Dato	Beskrivelse
0.1	25.09.24	Førsteutkast for innspill og tillegg fra arbeidsgruppe
0.2	09.10.24	Revidert med innspill fra arbeidsgruppe
0.3-0.35	18.11.24	Revidert etter ROS, for siste runde med innspill/tillegg fra arbeidsgruppe
1.0	22.11.24	Endelig utgave



## **INNHOLDSFORTEGNELSE**

<b>1</b>	<b>SAMMENDRAG .....</b>	<b>FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.</b>
<b>2</b>	<b>INNLEDNING .....</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>PREMISS FOR KONSEPTSKISSER.....</b>	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>KONSEPTSKISSE 01: BET I EN DPS-SETTING .....</b>	<b>6</b>
<b>5</b>	<b>KONSEPTSKISSE 02: BET I EN SYKEHUS-SETTING .....</b>	<b>9</b>
<b>6</b>	<b>FELLES UTFORDRINGER FOR BEGGE KONSEPTSKISSER .....</b>	<b>11</b>
<b>7</b>	<b>BRUKERINVOLVERING .....</b>	<b>11</b>
<b>8</b>	<b>KONKLUSJON.....</b>	<b>12</b>
<b>9</b>	<b>INNSPILL TIL RAMMER FOR PROSJEKTTEAMETS ARBEID .....</b>	<b>12</b>
	<b>VEDLEGG .....</b>	<b>13</b>

## 1 Sammendrag

Arbeidsgruppen har sett på to overordnede konseptskisser for det fremtidige BET-tilbudet i PHR. I begge skisser er tilbudet prosjektorganisert, med et prosjektteam som har både kliniske, pedagogiske og tjenesteutviklende oppgaver. Teamets første oppgave vil være å bidra til utarbeidelse av inntakskriterier, målgruppe og detaljerte pasientforløp, sammen med relevante deltagere og innenfor de rammer prosjektets mandat setter.

Den ene konseptskissen har base i DPS-området, og inneholder et ikke-døgnbasert tilbud (poliklinikk/ dagtilbud/kombinasjon) samt BET døgnforløp i DPS døgn. Den andre konseptskissen har base i områdesykehuset. Denne inneholder også et ikke-døgnbasert tilbud, men har isteden BET døgnforløp i sykehusavdeling. Muligheter og utfordringer ble utforsket for begge retninger, og på bakgrunn av dette ble det gjennomført en risiko- og sårbarhetsanalyse (vedlegg 01).

Begge konseptskisser er retningsgivende og overordnede. Dette gjør dem utfordrende å vurdere, fordi det innenfor hver konseptskisse finnes flere valgmuligheter, og utfallet av disse valgmulighetene kan ha stor betydning for hvordan det endelige tilbudet blir. Et eksempel som kom tydelig frem i gruppen er: Dersom vi velger DPS som base for fremtidig BET-tilbud, skal BET døgnforløp i DPS finnes på alle DPS døgnseksjoner, eller skal én DPS døgnseksjon velges ut til å spesialisere seg på BET døgnforløp? For mange av gruppens medlemmer fremstår denne distinksjonen som viktig, siden spredning på flere døgnseksjoner ville kunne gjøre det vanskeligere å konsentrere BET-kompetanse tett nok rundt pasientene som får BET døgnforløp. Denne problemstillingen ble vurdert som så viktig av gruppen at den ble valgt ut til å være et eget punkt i ROS, til tross for at den strengt tatt hører hjemme i lengre inn i detaljeringen av fremtidig BET-tilbud.

Arbeidsgruppen mener i sum at base i DPS-området har flest fordeler. En viktig årsak er at DPS-settingen, med åpne dører og godt grunnlag for å arbeide med autonomi, harmonerer godt med tankegangen bak BET. Det finnes allerede områdeovergrepende tilbud på DPS, f.eks. i form av OCD-team. Et BET-tilbud på DPS, hvor pasienter tas inn etter sekundærhenvisning fra klinikkens øvrige tjenester, ville representere en lignende måte å tenke på.

Selv om BET-tilbudet får base i DPS, kan tilbudets pasienter få behov for innleggelse i sykehusavdeling. Hva slags behandling de skal få der blir da et viktig spørsmål. Om man ønsker en konsekvent og helhetlig tilnærming, vil det kreve at sykehusavdeling, hvorav mottaksseksjonen fremstår som mest relevant, også vil ha mulighet til å møte pasientene som er i et BET-forløp med BET-tilnærming.

Arbeidsgruppen har hentet inn brukererfaring, hvor brukere har blitt forelagt de samme skissene og fått si sin mening. For at et BET-tilbud med base i DPS skal gi bred mening for fagfolk og ledere i klinikken, samt være nyttig for klinikere og pasienter, har gruppen reflektert over rammer for prosjektteamets arbeid. Denne refleksjonen er tenkt som innspill til et fremtidig mandat.

## 2 Innledning

Basal Eksponeringsterapi (BET) er utviklet av medarbeidere i klinikk PHR over en periode på 24 år. I mesteparten av denne tiden har BET-tilbudet vært en integrert del av sykehuspsykiatrien. Siden 2018 har tilbudet vært organisert som en åpen seksjon på området til Blakstad sykehus, med beliggenhet et stykke unna de øvrige sykehusbygningene. Pasienter har i all hovedsak vært tatt inn via henvisning og venteliste.

Klinikk PHR er nå inne i en stor omstilling. Blakstad sykehus og BUPA sine døgnsesjoner skal flytte til Nytt Sykehus Drammen. Sengekapasiteten i dette sykehuset vil øke sammenlignet med dagens situasjon, og det skal opprettes en ny seksjon for avrusning og akutt rusbehandling, samtidig som TSB døgntilbudet utenfor sykehus skal samles på Konnerud. DPS-området skal samle sine døgnplasser på tre lokasjoner, og har foreslått at DPS døgndriften organiseres som en egen avdeling, samt at hver døgnsesjon skal spesialisere seg på en eller flere problemstillinger/fagområder. For BET-tilbudet får omstillingen en åpenbar konsekvens i form av at lokalene som har vært brukt siden 2018 ikke lenger vil være tilgjengelige. Samtidig endrer den landskapet i klinikken på en måte som åpner nye muligheter for internt samarbeid, og gjør det mulig å innrette tilbudet slik at det kan være tilgjengelig for pasienter på et tidligere stadium enn det som så langt har vært tilfelle.

Et grunnleggende spørsmål vil selvsagt være hvorvidt BET-tilbudet som har vært siden 2018 skal forbli uendret, og bare flytte til andre lokaler, eller hvorvidt man som ledd i den pågående omstillingen ser behov for å endre på tilbudet. I innledende arbeidsgrupper våren 2024 ble fordeler og ulemper med dagens organisering diskutert, og flere mulige retninger for et fremtidig BET-tilbud ble utforsket. Klinikkdirktør sin vurdering var at det forelå behov for å endre tilbudet, men at de innledende arbeidsgruppene ikke ga nok grunnlag for å avgjøre hva tilbudet burde endres til. Prosessen rundt hvordan klinikkens BET-tilbud skulle bli i fremtiden ble derfor planlagt å fortsette høsten 2024.

I løpet av sommer/tidlig høst 2024 har det kommet mange innspill til videre prosess, både fra BET-seksjonen selv, fra DPS-området, fra brukere og fra andre interessenter. Det har vært avholdt møter med deltagelse fra klinikkledelse, DPS-området, Blakstad og BET-seksjonen, og gjennom disse møtene er det utarbeidet to overordnede konseptskisser for organisering av BET-tilbud i klinikk PHR. Det ble planlagt at disse skissene skulle vurderes i en bredt sammensatt arbeidsgruppe, samt at brukere skulle få komme med innspill til skissene, på samme tidspunkt i prosessen som arbeidsgruppedeltakerne. Dokumentet som foreligger her er, sammen med sine vedlegg, en oppsummering fra arbeidsgruppens møter.

I arbeidet ble det sett hen til forskningsprosjektet «Extreme challenges» ved OUS, som studerer en gruppe mennesker med hyppige/langvarige innleggelses pga. fare for selvmord/alvorlig selvskading. I de to artiklene som så langt er offentliggjort fra prosjektet, beskrives betydelig overlapp med det BET-tilbudet i Vestre Viken har hatt som målgruppe. Artiklene skisserer anbefalinger, som arbeidsgruppen vurderer som relevante for det foreliggende arbeidet, spesielt i lys av at det finnes lite forskning på behandlingstilbud til pasienter med komplekse lidelser og omfattende/eskalerende selvskadingsadferd.

### 3 Felles premisser for begge konseptskisser

#### Omsorgsnivå

I all hovedsak tilbys tjenestene i psykisk helsevern for voksne i dag i en poliklinisk, ambulant og/eller dagbehandlingssetting. Dette er villet helsepolitikk gjennom mange år. Døgn tjenester er tenkt som et supplement til poliklinisk behandling, og skal vurderes når helsetilstand krever et høyere omsorgsnivå. Det bør også gjelde målgruppen for dagens BET-tjenester, som i nåværende situasjon kun er organisert som en døgnseksjon. Ventetid er en betydelig utfordring i dagens situasjon, og grunntilbud basert på noe annet enn døgninnleggelse ville ha potensial til å være tilgjengelig for flere, og til å kunne intervensere tidligere. Det er av den grunn blitt vurdert viktig at BET-tilbudet organiseres med en ikke-døgnbasert områdefunksjon.

#### Inntaksarbeid i PHR

Elektive pasientforløp i PHR voksne finnes i all hovedsak i DPS, og starter som regel med en henvisning fra fastlegen. Henvisningen rettighetsvurderes av spesialist i DPS inntaksteam<sup>1</sup>. Når det gis rett til nødvendig helsehjelp fordeles pasienten til utredning og behandling i en poliklinikk, og ventetid på oppstart helsehjelp skal ikke overstige 40 dager. Når pasienten møter til behandling første gang, starter nasjonalt pasientforløp psykiske helse – voksne<sup>2</sup>.

Pasientforløp kan også starte med innleggelse i psykisk helsevern etter øyeblikkelig hjelp-plikten (lovhjemlet i Psykisk helsevernloven). Det er spesialisten i mottak ved Blakstad som forvalter dette ansvaret.

På tross av at pasienten oftest er i gang med behandling i poliklinikken i DPS, dvs at pasientrettigheten er utløst via primærhenvisning fra fastlege eller andre, kreves det en sekundærhenvisning fra behandler i poliklinikk til DPS-ets døgn tjenester eller andre døgn tjenester i PHR dersom pasienten trenger døgnbehandling. Dette er fordi omsorgsnivået endres når man går fra poliklinisk omsorgsnivå til døgnnivå.

Det ovennevnte betyr at pasientforløpene inn i PHR for voksne starter ulikt og spesialistene som forvalter inntaksarbeidet må forholde seg til at pasienter «meldes» på ulike måter. Dette gjør at inntaksarbeidet i DPS og på områdesykehus komplisert, fordi mange forhold skal hensyntas og vektas mot hverandre. Ikke minst kreves det en god organisering av arbeidet. Spesialistene som har ansvar for inntak, må ha god kjennskap til pasientrettighetsloven, samt til retningslinjer for prioritering<sup>3</sup> gitt av Helsedirektoratet. Ikke minst er det viktig at DPS-områdets spesialister med ansvar for inntak er omforent med spesialistene i egne poliklinikker/spesialteam, spesialister i egne døgn tjenester og spesialister på Blakstad når det gjelder prioriteringer av inntak og indikasjon for døgn tjenester.

En sekundærhenvisning fra andre enheter i PHR til en ny BET områdefunksjon vil måtte bli vurdert av ansvarlig inntaksteam etter omforente kriterier for BET-behandling i poliklinikk og/eller døgn tjenester. Alternativt vil områdesykehuset, ved den seksjon som skal tilby døgn tjenester til målgruppen der, også

<sup>1</sup> DPS-området mottok i 2023 14 702 henvisninger totalt (primær- og sekundærhenvisninger). Det er ca 25 % av pasientene i DPS døgn som kommer overført fra Blakstad i såkalt flyt. Blakstad henviser også pasienter til poliklinikker og spesialteam i DPS (sekundærhenvisning). 70 % av pasientpopulasjonen i DPS døgn søkes direkte inn fra fastlegen (primærhenvisning) eller fra poliklinikkene i DPS (sekundærhenvisning).

<sup>2</sup> Navneendringen til nasjonale pasientforløp ble innført 1. januar 2023. Nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus skal gi pasienter og pårørende et behandlingsforløp som er helhetlig og forutsigbart, uten unødig ventetid.

<sup>3</sup> Lov om pasient- og brukerrettigheter og prioriteringsveileder – psykisk helsevern for voksne

måtte ha en sekundærhenvisning fra det polikliniske nivået for å kunne vurdere inntak etter omforente kriterier for BET-behandling der.

### Evidens

Det er ønskelig å se på muligheten for forskning som kan bidra til økt kunnskap om BET.

### Prosjektorganisering

Klinikk PHR har god erfaring med å utvikle nye tilbud innenfor rammen av prosjektorganisering, blant annet i forbindelse med innføring av FACT og FACT sikkerhet, samt ved reorganiseringen av områdepsykihuset (prosjektet Blakstad 2021). Utviklingen av fornyet BET-tilbud skal også skje innenfor rammen av prosjektorganisering, ved at det etableres et områdeovergripende prosjektteam med kliniske, pedagogiske og tjenesteutviklende oppgaver. Prosjektet bør inneholde en plan for evaluering. Mulighet for å følge tjenesteutviklingen med et aksjonsforskningsprosjekt, kontinuerlig forbedringsmetodikk eller annet egnet tilnærming bør overveies.

## 4 Konseptskisse 01: BET i en DPS-setting

BET-tilbudet etableres som et områdeovergripende<sup>4</sup> prosjektteam i en av de eksisterende poliklinikkene i en av områdets fem DPS. Teamet kan organiseres som et tradisjonelt poliklinisk team, alternativt som et strukturert poliklinisk dagtilbud eller som et konsentrert tverrfaglig heldagstilbud<sup>5</sup>.

Teamet må dimensjoneres i fht målgruppens behov for BET-tjenester i PHR sitt opptaksområde. I tillegg bør bemanning og kompetanse i et slikt områdeteam rigges og dimensjoneres i fht andre arbeidsoppgaver som tillegges teamet enn de rent kliniske.

Andre aktuelle oppgaver enn de kliniske vil være;

- Utarbeide behandlingsforløp som tar opp i seg oven nevnte forslag til fremtidig organisering og som understøtter ulike faser i pasientforløp, poliklinikk/dagbehandling, DPS døgnet og Blakstad døgnet.
- Utarbeide inntakskriterier for målgruppen i samarbeid med aktuelle spesialister i DPS/Blakstad.
- Opplæring i BET-metodikk internt der behandlingen skal tilbys.
- Understøtte innføringen av behandlingsforløpet sammen med aktuelle ledere ved en omlegging av BET-tjenesten
- Understøtte PHR i arbeidet med å bistå somatikken med å sørge for bedre ivaretagelse av målgruppen BET jf. SPoR-koordinator-prosjektet i Vestfold.

Behandlingsforløpet vil i et konsept som skissert over ta utgangspunkt i pasientforløpet slik det er organisert for majoriteten voksne pasienter i PHR. Det betyr at pasienten som hovedregel vil være utredet og forsøkt behandlet i en allmennpsykiatrisk setting før pasienten vurderes for behandling i en mer spesialisert tjeneste som BET representerer, og etter gitte kriterier.

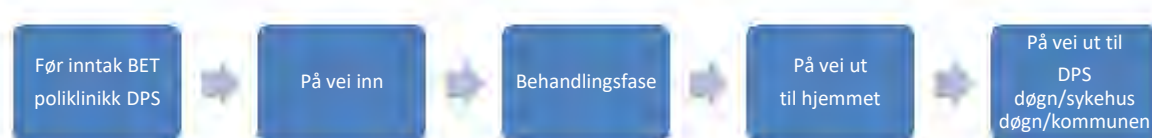
<sup>4</sup> Områdeovergripende betyr i denne sammenhengen at tjenesten tilbys til hele PHR sitt opptaksområde.

<sup>5</sup> ISF-regelverket 2024: **Med strukturerte polikliniske dagtilbud** menes sammensatte polikliniske tjenestetilbud som skiller seg vesentlig fra ordinære polikliniske konsultasjoner og gruppebehandlinger, både innholdsmessig og med hensyn til ressursinnsats. **Konsentrerte tverrfaglige heldagstilbud** skiller seg fra strukturerte polikliniske dagtilbud i form av at konsentrerte tverrfaglige heldagstilbud har høyere ressursinnsats og består av en intensivert behandlingsserie som pågår over flere sammenhengende dager med et terapeutisk formål. Behandlingsopplegget kommer til erstatning for behandlingsserier i form av polikliniske konsultasjoner.

### Behandlingsforløp BET i DPS

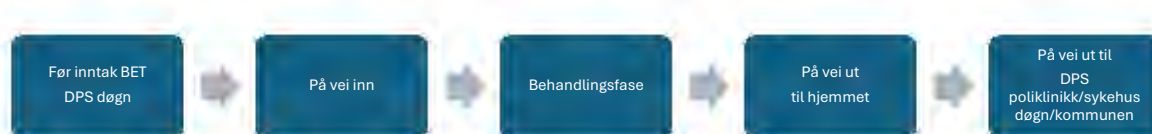
Det må utarbeides et behandlingsforløp for et områdeovergripende team i en DPS-setting. Under skisseres typiske faser å beskrive i et slikt behandlingsforløp.

#### DPS poliklinisk team



#### DPS Døgn, behandlingsprogram x uker

Det må utarbeides et standardisert behandlingsforløp for målgruppen BET som innføres i DPS døgn sin/ seksjoner der BET døgnbehandling skal tilbys og skisserte faser jf. over må beskrives.



### Muligheter

DPS-døgnseksjonene er åpne, hvilket understøtter BET-tilnærmingens fokus på autonomi. Erfaring fra dagens seksjon er at avstand fra sykehuspsykiatrien skaper ro, samt en annen forventning enn det innleggelse på lukket avdeling gjør.

Lavere tempo på DPS kan gjøre det lettere å bygge terapeutisk allianse og å holde kontinuitet i behandlingen.

Lettere å drive poliklinisk/ambulant virksomhet fra DPS, som alt driver med dette i stort omfang, enn fra sykehus.

Base annet sted enn i akuttpsykiatrien kan motvirke tendens til at pasienter utvikler forsterkende samspill med hverandre hvor symptomer eskalerer.

Base på DPS muliggjør tett samarbeid med FACT.

Lettere å være fleksibel i tilpasning av behandlingsforløp på DPS.

Base på DPS vil gjøre det lettere å jobbe opp mot hele klinikken, og å spre kompetanse til hele klinikken.

Base på DPS vil kunne være fasiliterende for samarbeid med aktører utenfor VV, også mtp. forskning.

Lettere å arbeide med systemene rundt pasienten (familie, helseaktører, andre hjelpere) fra et DPS-perspektiv.

Lettere med tidlig intervensjon i en DPS-setting.

Konseptet følger ønsket struktur i norsk helsevesen, med poliklinikk eller tilsvarende på DPS som «grunntilbud», og døgn der det trengs.

Ved å definere BET-tilbudet i DPS bedre, blir det tydeligere hva slags metodikk man behandles etter.

Kompetanse på nedtrapping av psykofarmaka som ikke har fungert/ikke har god indikasjon er en viktig del av BET-tilnærmingen. Slik nedtrapping kan være tidkrevende, og passer derfor godt i et forløp på DPS.

DPS-ene har allerede poliklinisk virksomhet med godt etablerte sikkerhetsrutiner for pasienter.

DPS-base for BET-tjenester vil kunne være et eksempel som viser mulighetene for å tilby autonomifremmende behandling i svært kompliserte saker

Forankring i DPS kan motvirke forestillinger om at BET kun kan fungere i en døgnsetting på sykehus. Pasienter på DPS, i døgnbehandling og i poliklinikk som man vanligvis assosierer med sykehusinnleggelse, vil vise at det er mulig

### **Utfordringer**

Med et BET-forløp i DPS døgn kan det fremdeles tenkes at pasienter vil måtte legges inn i mottak/på akuttseksjon. Dersom sykehuset møter BET-pasientene med en annen grunnstrategi, vil dette kunne føre til divergerende måter å møte pasientene på.

Strukturert dagtilbud er, om dette skulle bli foretrukket modell, krevende mtp. takstbruk.

For å kunne tilbyd BET døgnforløp i DPS døgn, vil det kreves opplæring av miljøbehandlerne som skal arbeide med BET-forløp.

Spesialteam på DPS vil kunne være krevende å lede. Vil kunne oppstå utfordringer med arbeidsmiljø.

For høyt ambisjonsnivå og/eller for vide inntakskriterier kan føre til at teamets ressurser ikke strekker til.

## 5 Konseptskisse 02: BET i en sykehus-setting

BET-tjenesten etableres som et områdeovergripende<sup>6</sup> prosjektteam i en av de eksisterende sykehusavdelingene. Teamet kan organiseres som et spesialisert poliklinisk team alternativt som et strukturert poliklinisk dagtilbud eller som et konsentrert tverrfaglig heldagstilbud<sup>7</sup>.

Teamet må dimensjoneres i fht målgruppens behov for BET-tjenester i PHR sitt opptaksområde. I tillegg bør bemanning og kompetanse i et slikt områdeteam rigges og dimensjoneres i fht andre arbeidsoppgaver som tillegges teamet enn de rent kliniske.

Andre aktuelle oppgaver enn de kliniske vil være;

- Utarbeide behandlingsforløp som tar opp i seg oven nevnte forslag til fremtidig organisering og som understøtter ulike faser i pasientforløpet, poliklinikk/ dagbehandling, DPS døgn og Blakstad døgn.
- Utarbeide inntakskriterier for målgruppen i samarbeid med aktuelle spesialister i DPS/Blakstad.
- Opplæring i BET-metodikk internt der behandlingen skal tilbys.
- Understøtte innføringen av behandlingsforløpet sammen med aktuelle ledere ved en omlegging av BET-tjenesten
- Understøtte PHR i arbeidet med å bistå somatikken med å sørge for bedre ivaretagelse av målgruppen BET jf. SPoR-koordinator-prosjektet i Vestfold.

Behandlingsforløpet vil i et slikt konsept skissert over å ta utgangspunkt i pasientforløpet slik den er organisert for majoriteten voksne pasienter i PHR. Det betyr at pasienten som hovedregel vil være utredet og forsøkt behandlet i en allmennpsykiatrisk setting før pasienten vurderes for behandling i en mer spesialisert tjeneste som BET representerer, og etter gitte kriterier.

### Behandlingsforløp BET i en sykehussetting

Det må utarbeides et behandlingsforløp for et områdeovergripende team i en sykehussetting. Under skisseres aktuelle faser å beskrive i et slikt behandlingsforløp.



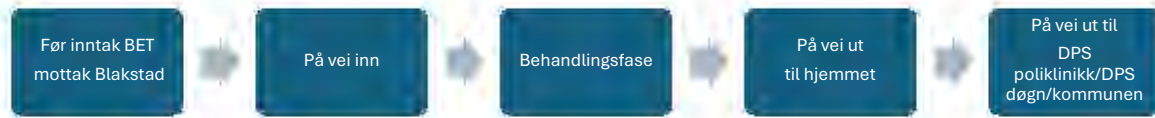
<sup>6</sup> Områdeovergripende betyr i denne sammenhengen at tjenesten tilbys til hele PHR sitt opptaksområde.

<sup>7</sup> ISF-regelverket 2024: **Med strukturerte polikliniske dagtilbud** menes sammensatte polikliniske tjenestetilbud som skiller seg vesentlig fra ordinære polikliniske konsultasjoner og gruppebehandlinger, både innholdsmessig og med hensyn til ressursinnsats. **Konsentrerte tverrfaglige heldagstilbud** skiller seg fra strukturerte polikliniske dagtilbud i form av at konsentrerte tverrfaglige heldagstilbud har høyere ressursinnsats og består av en intensivt behandlingsserie som pågår over flere sammenhengende dager med et terapeutisk formål. Behandlingsopplegget kommer til erstatning for behandlingsserier i form av polikliniske konsultasjoner.



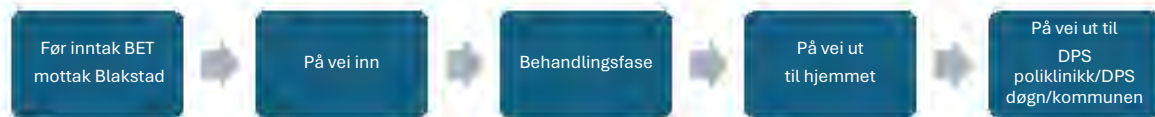
### *Blakstad døgn mottak (kortvarig)*

Det må utarbeides et standardisert behandlingsforløp for målgruppen BET som innføres i mottak Blakstad og skisserte faser jf. over må beskrives.



### *Sykehus døgn seksjon xxx (behandlingsprogram x uker)*

Det må utarbeides et standardisert behandlingsforløp for målgruppen BET som innføres i valgt seksjon på Blakstad og skisserte faser jf. over må beskrives.



### **Muligheter**

Nærhet til akuttmottak, hvor pasientene ofte legges inn, og hvor en negativ utvikling med eskalerende antall innleggelser først kan komme til syne.

Nærhet til alarmbistand og vakthavende lege på huset

Kortere vei til veiledning av, og faglig samarbeid med, sykehusets øvrige avdelinger, somatikken og Prehospitale Tjenester.

Gode erfaring med alderspsykiatrisk poliklinikk fra områdesykehus, dette kan gi en modell å se på.

BET-metodikken kan være mer velkommen i mottak enn på DPS

BET i sykehus kan bidra til å øke fokus på autonomi

Metoden kan bidra til kortere liggetid for pasienter i målgruppen

### **Utfordringer**

Sykehuspsykiatriske seksjoner er planlagt med lukket dør. Dette kan endre seg i fremtiden, men vil inntil en slik endring skjer representere et tilbakesteg mtp. muligheten til å skape reell autonomi.

Høyere bemanning i sykehusseksjoner, og større vaktlag med hyppig utskiftning, vil gjøre det mer utfordrende å lære opp og samkjøre medarbeidere.

Høy grad av kontroll og sikringstiltak i psykiatrisk sykehus kan gi implementeringsutfordringer.

BET-metodikk i sykehus kan leveres enklere som veiledning på sak eller via opplæring.

Drammen sykehus sin somatikk får dette tilbudet å spille på, men det gjør ikke de øvrige somatiske sykehusene. Dette vil føre til ulikhet i tilbudet til klinikkens somatiske sykehus.

Mange pasienter oppgir innleggelse på psykiatrisk avdeling som mer skamfullt enn behandling på DPS.

Sykehusseksjoner er ofte preget av uro. Pasienter kan påvirke hverandre på en måte som gjør at symptomer eskalerer.

## 6 Felles utfordringer ved begge konseptskisser

Flere innspill fra brukere (se neste avsnitt) dreier seg om premissene som er felles for begge konseptskissene denne gruppen har vurdert.

I arbeidsgruppen kom det også opp utfordringer som gjelder begge konseptskisser i lik grad:

Begge konseptskisser er retningsgivende og overordnede. Dette gjør dem utfordrende å vurdere, fordi det innenfor hver konseptskisse finnes flere valgmuligheter, og utfallet av disse valgmulighetene kan ha stor betydning for hvordan det endelige tilbudet blir. Et eksempel som kom tydelig frem i gruppen er: Dersom vi velger DPS som base for fremtidig BET-tilbud, skal BET døgnerforløp i DPS finnes på alle DPS døgenseksjoner, eller skal én DPS døgenseksjon velges ut til å spesialisere seg på BET døgnerforløp? For mange av gruppens medlemmer fremstår denne distinksjonen som viktig, siden spredning på flere døgenseksjoner ville kunne gjøre det vanskelig å konsentrere BET-kompetanse tett nok rundt pasientene som får BET døgnerforløp. Denne problemstillingen ble vurdert som så viktig av gruppen at den ble valgt ut til å være et eget punkt i ROS, til tross for at den strengt tatt hører hjemme i lengre inne i detaljeringen av fremtidig BET-tilbud.

For begge skisser vil man måtte formidle behandlingsformen til mange miljøbehandlere og ulike vakthavende leger. Et viktig tiltak vil være å formidle underregulering på riktig måte, slik at holdningen ikke misforstås som avvisning.

Det kan bli utfordrende for medarbeidere i døgenseksjon å skulle gi BET-tilnærming til noen pasienter, men ikke til alle. BET-seksjonen har ekstensiv erfaring med implementering, og dette vil kunne lette utfordringen. I fremtidig organisering av DPS døgenseksjoner er det sannsynlig at hver seksjon spesialisere seg på en eller flere problemstillinger/fagområder, som f.eks. spiseforstyrrelser, affektive lidelser, psykose og alder/ECT. At pasienter med ulike problemstillinger har behandlingsplaner som tilsier at de skal møtes med ulike terapeutiske intervensjoner vil i en slik ordning være vanlig, og kunne representere et kvalitetsløft, så lenge kompetansenivået hos medarbeiderne understøtter denne strategien. Jo flere spesifikke intervensjoner som skal gis i samme DPS døgenseksjon, jo mer utfordrende vil det kunne bli å sikre at kompetansenivået holder følge med ambisjonen.

Organisering av BET som prosjekt, med grunntilbud i form av ikke-døgnbasert tjeneste, vil kunne gjøre BET vanskeligere tilgjengelig for gjestepasienter. Et viktig tiltak er at Vestre Viken er på tilbudssiden når det gjelder å bidra med undervisning eller hospitering for andre foretak som ønsker å starte BET-tilbud.

## 7 Brukerinvolvering

Leder i Brukerutvalget i PHR, Gudrun Breistøl har deltatt i arbeidsgruppens møter. I tillegg ga klinikkdirktør et oppdrag til leder av brukerrådet og avdelingssjef FoU-avdelingen og forskningssjef i PHR, Nina Helen Mjøsund, om å innhente innspill til konseptene fra personer med pasienterfaring fra BET-behandling. To personer med positive erfaringer fra behandlingen og to personer med negative erfaringer fra behandlingen har gitt sine innspill til konseptene og prosessen i form av to runder med hver sine møter, første gang 18. september og andre gang 7. oktober. Innspill fra de to

brukermedvirkningsmøtene er sammenfattet i egne presentasjoner (vedlegg 1 og 2), som også er gjennomgått i arbeidsgruppen.

Begge gruppene var opptatt av BET døgntilbud. De som hadde positive erfaringer mente et døgntilbud var viktig, og de som hadde negative erfaringer ønsket mindre døgnbehandling. Ingen av gruppene hadde tro på et ambulant BET-tilbud som kommer hjem til brukerne. Det finnes svært forskjellige oppfatninger blant tidligere pasienter. Det fremstår derfor viktig at BET-behandling i en prosjektperiode organiseres slik at det er tydelig når man har BET-behandling som en del av sin behandlingsplan, og når man ikke har det. Det grunnleggende prinsippet bør være at behandlingen er noe man samtykker til, og som ikke benyttes dersom man ikke har samtykket. Samtidig er det viktig å være klar på at det finnes fellestrekk mellom BET og andre tilnærminger eller forståelser. At appellativ adferd kan møtes med empatisk ansvarliggjøring, er det f.eks. bred konsensus om innen norsk psykisk helsevern.

Fremover vil det bli viktig å sørge for kontinuitet i brukermedvirkningen gjennom et samarbeid med brukerutvalget, men også vurdere brukerinvolvering av personer som har forskjellige erfaringer med behandlingen. I tillegg bør personer med pårørendeerfaring også få komme med innspill fra sitt perspektiv.

## 8 Konklusjon

Etter å ha diskutert muligheter og utfordringer ved de to skissene, mener arbeidsgruppen at BET i en DPS-setting har flest fordeler. Et BET-tilbud på DPS, hvor pasienter tas inn etter sekundærhenvielse fra klinikkens øvrige tjenester, ville representere en lignende måte å tenke på.

Samtidig er gruppen opptatt av at det finnes spørsmål som må avklares.

Finansiering og dimensjonering vil være viktige faktorer. Det fremstår viktig at disse spørsmålene diskuteres i et klinikkperspektiv.

Selv om BET-tilbudet får base i DPS, kan tilbudets pasienter få behov for innleggelse i sykehusavdeling. Hva slags behandling de skal få der blir da et viktig spørsmål. Om man ønsker en konsekvent og helhetlig tilnærming, vil det kreve at sykehusavdeling, hvorav mottaksseksjonen fremstår som mest relevant, også vil ha mulighet til å møte pasientene som er i et BET-forløp med BET-tilnærming.

## 9 Innspill til rammer for prosjektteamets arbeid

Begge retninger beskriver prosjektorganisering, med et prosjektteam som har både kliniske, pedagogiske og tjenesteutviklende oppgaver. Viktige tjenesteutviklende oppgaver vil være å definere tilbudets målgruppe og inntakskriterier, og å utarbeide detaljene i hvordan tilbudet skal fungere i praksis. Uavhengig av hvilken retning som velges, vil et tydelig mandat og en tydelig oppgavebeskrivelse for BET-prosjektet være sentralt. Arbeidsgruppens deltagere fra BET spiller inn til mandat at det vil være avgjørende at prosjektteamet ikke får oppgaver som er relatert til noe annet enn BET-modellen og BET som behandlingstilbud.

Klinikk PHR har et mål om at tilbudet skal gi bred mening for fagfolk og ledere i klinikken, være nyttig for klinikere og pasienter, og håper å kunne legge til rette for forskning som kan gi mer kunnskap.

Utvikling av et BET-tilbud med base i DPS vil i det hele tatt måtte ta hensyn til mange perspektiver. Det vil være viktig å avgjøre hvem som skal delta i selve utviklingen, og hvem som skal defineres som interessenter og involveres på egnet måte.

Relevante ledere og fagpersoner fra klinikken, ikke minst med BET-kompetanse, vil være viktige i arbeidet. Denne arbeidsgruppen tar ikke mål av seg til å foreslå navngitte personer, og fremholder viktigheten av en sammensetning som arbeider mot et tilbud som gir bred mening for pasienter, pårørende og fagfolk. Innenfor rammen av dette spiller BET-seksjonen inn roller som leder av pedagogisk team og overlege som egnede deltakere. DPS-området peker på viktigheten av at spesialister som arbeider med inntak stiller seg bak det nye tilbudets inntakskriterier, samt på at det allerede finnes behandlere i DPS-området som har BET-utdanning og erfaring med bruk av metoden i poliklinisk setting. FoU bør medvirke for å kunne si noe om hvordan man på best mulig vis kan legge til rette for forskning, og bør ha en rolle når det kommer til fasilitering av brukermedvirkning.

Når det gjelder brukermedvirkning, vil brukerutvalget ha en selvskreven rolle for å sikre helhet og balanse. Når nye pasientforløp skal designes, hadde det vært interessant å høre fra brukere som plasserer seg mellom de ytterpunktene vi så langt har fått informasjon fra. Pasienter i Drammen DPS, hvor mange behandlere har BET-utdanning, kan muligvis være en kilde til slik informasjon. Pårørende vil også ha sine perspektiver, og vil kanskje være særlig relevante i en diskusjon om hvordan tilbudet skal samarbeide med systemene rundt sine pasienter.

På generelt grunnlag ble det fremhevet i arbeidsgruppen at problemstillingene rundt BET og tilbudets målgruppe har en lang historie, hvor oppfatninger og tilnærminger har endret seg mye i løpet av de 24 årene BET har eksistert. Dersom man ønsker å lage et tilbud som gir bred mening for klinikkens fagpersoner, vil det være fordelaktig å ha deltagere med bred og nylig erfaring fra forskjellige settinger og arbeidssteder.

Det finnes allerede tilbud i klinikk PHR hvor man kan ha erfaring som kan være relevant i utviklingen av BET-forløp på DPS. OCD-teamet er nevnt som eksempel.

Uavhengig av den endelige definisjonen av målgruppe og inntakskriterier, kan vi legge til grunn at tilbudet kommer til å arbeide med en gruppe pasienter som har hyppig kontakt med flere offentlige hjelpeinstanser. Det er et uttalt behov for mer samhandling mellom disse aktørene, hvor felles behandlingsplaner for pasienter med alvorlig og gjentakende selvmordsadferd bør stå sentralt. Somatikk, politi, AMK og kommune er typiske eksempler på slike aktører, og vil kunne utgjøre viktige interessenter. I dagens BET-seksjon finnes erfaring fra opplæring av AMK-personell ved UNN, som kan være interessant å bygge videre på.

## Vedlegg

1. ROS-analyse
2. 2024.0.18.\_Brukerinnspill BET konseptskisse dialog1
3. 2024.10.7.\_Oppsummert Brukerinnspill BET konseptskisse dialog2

Rapport for risikoanalyse

# Videre organisering av BET

**Type** Enkel analyse

**Status** Under behandling - Analyserer

**ID** 1422

**Versjon** 0

**Risikoområde** Pasientbehandling

**Mappe** Felles Avdeling for spesialpsykiatri

---

**Opprettet** 08.10.2024

**Utskriftsdato** 17.12.2024

---

**Registrert av** Liv Ingeborg Mølbach

**Ansvarlig** Liv Ingeborg Mølbach, Magnus Kristoffer Karlsen, Sondre Sperle Nguyen Engebretsen

**Implementeringsansvarlig** -

## INNHOLD

1. Analyseinformasjon	3
2. Analysemedlemmer	4
3. Hendelser	5
4. Matriser	17

# 1. Analyseinformasjon

## 1.1. Hensikt/Mål

Risikoanalysere organisering ved DPS eller Områdesykehus

Innledende ROS er gjort i liten gruppe for å kunne ha mest mulig fruktbare diskusjoner i to omganger.

I denne lille gruppen satt Didrik, Margrete og Magnus, der Magnus ledet gjennomføringen, og Liv bistod i dokumentering

Så møtes vi i den store gruppen som tidligere har møttes, der utfallet fra liten gruppe diskuteres og endelig ROS avklart, Marit er møteleder

Liten gruppe har foreslått hvordan hendelsene forstås og beskrevet dette samt laget forslag til skåring av hendelsene og beskrevet hvorfor

Stor gruppe skal gjennomgå beskrivelser og skåringsforslag og bli enige om endelig ROS-skår

## 1.2. Bakgrunn

## 1.3. Beskrivelse

Det er vanskelig å gjøre en ROS av noe som vi ikke vet helt hva vil innebære. Det er åpenbart at organiseringen (i behandlingslinjen) vil endre sannsynlighet.

Et helhetlig behandlingsforløp er avhengig av et tydelig mandat, og en klar lederforankring uavhengig av om navet er i DPS eller Poliklinikk

Pasientforløpet skal være forankret i et poliklinisk nav, og for mange vil veien inn og ut av BET være poliklinikk

Det er ikke avklart hvorvidt det skal være ambulant, dagbehandling eller tradisjonell poliklinikk

Noen pasienter vil komme inn i BET behandling fra mottak/sykehus/dpsdøgn

Pasienter som får BET behandling og som er i behov av behandling i døgnseksjon skal få det enten i DPS-døgn eller i Sykehus

Mottak vil komme i kontakt med disse pasientene uavhengig av om behandlingsforløpet ligger på DPS eller sykehus

Det er ikke avklart hva BET-døgn skal innebære, hverken av kompetanse rundt sengen eller hvor innleggelse skal skje i sykehuset –hvilken avdeling/seksjon?

I DPS –1 lokasjon eller 3?

Det er ikke øremerkede senger

Det er ikke avklart hvilke pasienter som skal ha BET i fremtiden

Mulighetsrommet er stort

Sentralt inntak er viktig i begge behandlingslinjer

At det er uenigheter i behandlergrupper, medarbeidergrupper, faggrupper

At medarbeidere i BET hittil har følt seg lite involvert, og at de lurer på hvor og hvordan de skal jobbe videre

At vi har en tendens til å snakke forbi hverandre, og at det kan være vanskelig å huske helt hva som er besluttet og ikke.

## 4. ANALYSEMEDLEMME

Navn	Avdeling	Rolle
Åse Birgitte Lyngstad	DDPS Døgnseksjonen Konnerud	Medlem
Christian Hølland Eikeland	RDPS Vaktordning leger	Medlem
Didrik Heggdal	BLAK BET	Medlem
Inger Hilde Vik	BLAK BET	Medlem
Joan Sigrun Nygard	BDPS Poliklinikk 2 Psykisk helse og rus	Medlem
Liv Ingeborg Mølbach	BLAK Stab	Ansvarlig
Margrete Nysterud	DDPS Avdelingsledelse	Medlem
Nils Jørgen Aagaard-Gjestvang	Verneombud	Medlem
Tuva Elgaaen	BLAK Stab	Fasilitator
Eivind Liljedahl Hagen	BLAK BET	Medlem
Peggy Lilleby	BLAK BET	Medlem
Magnus Kristoffer Karlsen	BLAK Stab	Ansvarlig
Sondre Sperle Nguyen Engebretsen	LS Klinikkledelse PHR FELLES	Ansvarlig
Gudrun Bore Breistøl	Brukerutvalget	Medlem
Marit Kristine Opsahl	BLAK Stab	Medlem
Katrine Sofie Hippe	LS Klinikkledelse PHR FELLES	Medlem



## 3. HENDELSE

### 3.1. Hendelse: DPS

#### Økt avstand til somatisk sykehus kan føre til dårligere oppfølging av pasienter med alvorlig selvskading

Dersom pasienter som mottar døgnbehandling i DPS døgn skader seg alvorlig, er det lengre avstand til somatisk sykehus, og det medfører risiko for et dårligere tilbud enn ved organisering på sykehus.

Sannsynlighet - før	Sannsynlighet - etter
Liten sannsynlighet	Liten sannsynlighet
<b>Begrunnelse</b> Ikke nødvendigvis tilfelle, både Dr. Høst og KDPS ligger nærmere somatisk sykehus enn Blakstad. Blakstad er «langt» unna somatikken i dag, og det er overkommelig med god dekning på ambulanse. Pasienter som er i faresonen kan måtte behandles på høyere omsorgsnivå, men erfaring tilsier at det er få pasienter det er snakk om.	

#### 3.1.1. Konsekvensområder

Tittel	Konsekvens - før	Konsekvens - etter
Pasientsikkerhet	Mindre alvorlig	Mindre alvorlig
<b>Begrunnelse</b> Kan gi forbigående negativ helseeffekt		

### 3.2. Hendelse: DPS

#### Dårlig samarbeid mellom BET på DPS og områdesykehus for pasienter som trenger noe mer enn DPS-nivå

Hvis en pasient har høyere behov for trygghet og ivaretagelse enn det DPS-døgn rammene kan tilby. BET er spesifikk behandlingsmetodikk som da ikke vil være tilgjengelig i større utstrekning på sykehuset.

Sannsynlighet - før	Sannsynlighet - etter
Liten sannsynlighet	Liten sannsynlighet
<b>Begrunnelse</b> Dette kan sammenliknes med dagens organisering, der rammene på BET-seksjonen er tilsvarende DPS-døgn. Pasienter som er i faresonen kan måtte behandles på høyere omsorgsnivå, men erfaring tilsier at det er få pasienter det er snakk om.	

### 3.2.1. Konsekvensområde

Tittel	Konsekvens - før	Konsekvens - etter
Pasientsikkerhet	Mindre alvorlig	Mindre alvorlig
<b>Begrunnelse</b> Kan gi forbigående negativ helseeffekt.		

## 3.3. Hendelse: DPS

### Ikke alarmbistand eller vakthavende lege på huset gir dårligere mulighet til medisinsk behandling og ekstra personal når de trengs

Pasienter innlagt på DPS-døgn for BET behandling vil ha en risiko for å få et dårligere tilbud, fordi det er lege kun i hjemnevakt og det er ikke alarmbistand som skaper utrygghet for medarbeidere

Sannsynlighet - før	Sannsynlighet - etter
Meget liten sannsynlighet	Meget liten sannsynlighet
<b>Begrunnelse</b> Det er alarmer på BET i dag, det har nesten aldri vært utrykning på annet enn falske alarmer. BET venter i dag på lege, da seksjonen ligger noe unna. Ambulanse er på stedet før legen også på Blakstad i dag.	

### 3.3.1. Konsekvensområder

Tittel	Konsekvens - før	Konsekvens - etter
Pasientsikkerhet	Mindre alvorlig	Mindre alvorlig
<b>Begrunnelse</b> Ambulanse raskt til stedet, forbigående negativ helseeffekt		
Arbeidsmiljø/ansatte	Mindre alvorlig	Mindre alvorlig
<b>Begrunnelse</b> Vi tror ikke dette fører til fravær, men kan gi grobunn for uro		

## 3.4. Hendelse: DPS

### Spesialteam kan bli upopulært blant andre ansatte ved DPS

Kan gjelde både poliklinikk og døgn.

Andre ansatte reagerer på at det er forskjellsbehandling mellom medarbeidere og pasienter. Kan være seg at døgn brukes mer i en gruppe, at kravene til «produksjon» eller å ta unna felles inntaksliste, er forskjellige.

Denne tenkte forskjellen fører til konflikt og dårlig arbeidsmiljø.

Sannsynlighet - før	Sannsynlighet - etter
Stor sannsynlighet	Stor sannsynlighet

### 3.4.1. Konsekvensområder

Tittel	Konsekvens - før	Konsekvens - etter
Arbeidsmiljø/ansatte	Mindre alvorlig	Mindre alvorlig
<b>Begrunnelse</b> Vi tror ikke dette fører til fravær, men kan gi grobunn for uro		
Pasientsikkerhet	Mindre alvorlig	Mindre alvorlig
<b>Begrunnelse</b> Forbigående negativ helseeffekt. Møtes av negativ innstilling av andre, nødvendige tiltak sitter lenger inne å gjennomføre		
Omdømme	Mindre alvorlig	Mindre alvorlig

## 3.5. Hendelse: DPS Lokasjon langt unna (dagens plassering) for BET døgnerforløp kan medføre tap av kompetanse

Dagens medarbeidere i BET seksjonen som ikke skal jobbe poliklinisk slutter om tilbudet legges til Kongsberg eller Bærum. Endringen i geografisk plassering fører til økt reisevei, økte kostnader til transport.

Sannsynlighet - før	Sannsynlighet - etter
Moderat sannsynlighet	Moderat sannsynlighet
<b>Begrunnelse</b> BET medarbeiderne er bosatt i store deler av det sørlige opptaksområdet. Noen vil få lengre, og noen kortere vei. Flere enkelttilfeller vil trolig vurdere om reisevei til arbeid er «verdt det».	

### 3.5.1. Konsekvensområder

Tittel	Konsekvens - før	Konsekvens - etter
Omdømme	Mindre alvorlig	Mindre alvorlig
<b>Begrunnelse</b> Noen vil bytte jobb og havne utenfor VVHF. Noen bytter jobb og forblir i VVHF. Mindre tap av kompetanse		
Pasientsikkerhet	Mindre alvorlig	Mindre alvorlig
<b>Begrunnelse</b> Færre med BET kompetanse til nye er lært opp, redusert tilbud. Forbigående negativ helseeffekt		
Arbeidsmiljø/ansatte	Mindre alvorlig	Mindre alvorlig
<b>Begrunnelse</b> Vi tror ikke dette fører til fravær, men kan gi grobunn for uro		

### 3.6. Hendelse: DTS

## Behandlere drar i ulike faglige retninger kan gi dårlig sammenheng i pasientforløp, som kan føre til misfornøyde og frustrerte pasienter og pårørende

En pasient følges poliklinisk av et BET team, blir innlagt i en seksjon som har lite BET kompetanse, behandlingsforløpet henger ikke sammen fordi BET krever spesiell kompetanse.

Et BET-team som driver poliklinisk behandling, setter premisser for døgntilfelle utført av medarbeidere uten spesialkompetanse.

Sannsynlighet - før	Sannsynlighet - etter
Moderat sannsynlighet	Moderat sannsynlighet
<b>Begrunnelse</b> Avhengig av organisering, men sammenliknet med praksis i dag er det trolig flere enkelttilfeller pasienter som vil få manglende sammenheng i sine forløp.	

### 3.6.1. Konsekvensområder

Tittel	Konsekvens - før	Konsekvens - etter
Pasientsikkerhet	Moderat	Moderat
<b>Begrunnelse</b> Døgntilfelle vil kunne bli mindre virksom og man må sette inn behandlingstiltak for å motvirke dette.		
Arbeidsmiljø/ansatte	Mindre alvorlig	Mindre alvorlig
<b>Begrunnelse</b> Vi tror ikke dette fører til fravær, men kan gi grobunn for uro		
Omdømme	Mindre alvorlig	Mindre alvorlig
<b>Begrunnelse</b> Mindre tap av kompetanse		

### 3.7. Hendelse: Områdesykehus

## Høy fokus på ytre kontroll kan gjøre at kortvarig sikkerhet går på bekostning av langsiktig behandling

En pasient som får sin del av behandlingen på døgntilfelle i sykehuset vil møte vaktlag og et system som har fokus på ytre kontroll. Det medfører en fare for at behandlingen forringes grunnet overstyring fra fagpersoner «uten BET-kompetanse»

Sannsynlighet - før	Sannsynlighet - etter
Moderat sannsynlighet	Moderat sannsynlighet
<b>Begrunnelse</b> En mulig problemstilling, men det er en felles opplevelse av at det er en oppdatert faglig forståelse og lojalitet til behandlingsplaner. Avhengig av detaljering, men det vil kunne være flere tilfeller	

### 3.7.1. Konsekvensområder

Tittel	Konsekvens - før	Konsekvens - etter
Pasientsikkerhet	Moderat	Moderat
<b>Begrunnelse</b> Døgnbehandling vil kunne bli mindre virksom og man må sette inn behandlingstiltak for å motvirke dette.		
Arbeidsmiljø/ansatte	Mindre alvorlig	Mindre alvorlig
<b>Begrunnelse</b> Vi tror ikke dette fører til fravær, men kan gi grobunn for uro		
Omdømme	Mindre alvorlig	Mindre alvorlig
<b>Begrunnelse</b> Kan føre til mindre tap av kompetanse, fordi noen få vil slutte grunnet opplevd «motarbeiding»		

## 3.8. Hendelse: Områdesykehus

### Lettere å definere seg selv i pasientrollen når sykehus er base

Pasienter som følges poliklinisk, eller er innlagt på sykehuset, for BET behandling vil oppleve forverring i tilstand eller manglende/utsatt bedring. Dette fordi behandlingen foregår der de opplever å ha blitt marginalisert tidligere.

Sannsynlighet

Sannsynlighet - før	Sannsynlighet - etter
Stor sannsynlighet	Stor sannsynlighet

#### 3.8.1. Konsekvensområder

Tittel	Konsekvens - før	Konsekvens - etter
Pasientsikkerhet	Moderat	Moderat
<b>Begrunnelse</b> Kan bremse behandlingseffekten for en stor del av pasientgruppen.		

## 3.9. Hendelse: Områdesykehus

### Urolig og tett miljø øker sjansen for at pasienter kan påvirke hverandre i negativ retning

Pasienter som får BET-døgnbehandling i seksjon med andre pasienter som ikke får BET, vil komme i uheldig samspill som påvirker begge i negativ retning.

Det kan dreie seg om pasienter med tilsvarende problematikk som møtes med forskjellige intervensjoner. Eller pasienter med liknende utfordringer som møtes i forskjellige deler av forløpet.

Kan også være snakk om utprøvende atferd som forsterkes i miljøet.

Sannsynlighet - før	Sannsynlighet - etter
Moderat sannsynlighet	Moderat sannsynlighet
<b>Begrunnelse</b> Vi tror det vil være flere enkelttilfeller av dette	

### 3.9.1. Konsekvensområder

Tittel	Konsekvens - før	Konsekvens - etter
Pasientsikkerhet	Moderat	Moderat
<b>Begrunnelse</b> Døgnbehandling vil kunne bli mindre virksom og man må sette inn behandlingstiltak for å motvirke dette.		

## 3.10. Hendelse: Områdesykehus Større miljø gir stor sjanse for polarisering og samarbeidsproblemer

Medarbeidere som jobber med BET-behandling i et stort system som områdesykehuset vil måtte hevde seg for å forsvare behandlingsmetoden. Medarbeidere som ikke jobber med BET-metodikk vil måtte forklare sine behandlingsvalg. Noe som fører til polarisering og samarbeidsproblemer.

Er sterkt avhengig av detaljering av tilbudet

Sannsynlighet - før	Sannsynlighet - etter
Stor sannsynlighet	Stor sannsynlighet
<b>Begrunnelse</b> Avhenger av hvordan driften av det helhetlige pasientforløpet organiseres i sykehuset, men uten tiltak vil det kunne forekomme flere steder og over tid.	

### 3.10.1. Konsekvensområder

Tittel	Konsekvens - før	Konsekvens - etter
Arbeidsmiljø/ansatte	Moderat	Moderat
<b>Begrunnelse</b> Vi tror ikke dette fører til fravær, men vil gi et dårlig arbeidsmiljø som preges av konflikter		
Pasientsikkerhet	Moderat	Moderat
<b>Begrunnelse</b> Døgnbehandling vil kunne bli mindre virksom og man må sette inn behandlingstiltak for å motvirke dette.		
Omdømme	Mindre alvorlig	Mindre alvorlig
<b>Begrunnelse</b> Kan føre til mindre tap av kompetanse, fordi noen få vil slutte grunnet opplevd «motarbeiding». Vi tror ikke det vil gi mer enn begrenset lokal oppmerksomhet		

### 3.11. Hendelse: Områdesykehus

## Fragmentering av kollegialt samhold med base i stort sykehus

Mye likt som forrige hendelse, og er avhengig av detaljering. Kan også være gjeldende for DPS; der BET-terapeuter ansatt på døgnsesksjon blir ansatt på flere seksjoner

Medarbeidere med BET kompetanse vil ha få kollegaer som jobber med det samme i samme seksjon noe som fører til fragmentering av fagmiljø og kollegiet.

Sannsynlighet - før	Sannsynlighet - etter
Stor sannsynlighet	Stor sannsynlighet
<b>Begrunnelse</b> Avhenger av organisering i sykehuset, men uten tiltak vil det kunne forekomme flere steder og over tid.	

#### 3.11.1. Konsekvensområder

Tittel	Konsekvens - før	Konsekvens - etter
Arbeidsmiljø/ansatte	Moderat	Moderat
<b>Begrunnelse</b> Vi tror ikke dette fører til fravær, men vil gi et dårlig arbeidsmiljø som preges av konflikter		
Pasientsikkerhet	Moderat	Moderat
<b>Begrunnelse</b> Døgnbehandling vil kunne bli mindre virksom og man må sette inn behandlingstiltak for å motvirke dette.		
Omdømme	Moderat	Moderat
<b>Begrunnelse</b> Vi tror det er flere som vil slutte dersom man ikke får dele «faget» i et kollegium.		

### 3.12. Hendelse: Områdesykehus

## Mange medarbeidere i dagens BET ønsker ikke arbeide i akuttpost på sykehus, noe som fører til tap av kompetanse

Medarbeidere med BET-kompetanse, som ikke skal jobbe poliklinisk, ansettes i akutt (fordi BET behandling organiseres der), noe som fører til at flere medarbeidere slutter.

Er sterkt avhengig av detaljering av tilbudet

Sannsynlighet - før	Sannsynlighet - etter
Moderat sannsynlighet	Moderat sannsynlighet
<b>Begrunnelse</b> Tilbakemeldinger fra BET-miljøet tilsier at det er snakk om flere enkelttilfeller.	

### 3.12.1. Konsekvensområder

Tittel	Konsekvens - før	Konsekvens - etter
Arbeidsmiljø/ansatte	Mindre alvorlig	Mindre alvorlig
<b>Begrunnelse</b> Vi tror ikke dette fører til fravær, men kan gi grobunn for uro		
Pasientsikkerhet	Mindre alvorlig	Mindre alvorlig
<b>Begrunnelse</b> Færre med BET kompetanse til nye er lært opp, redusert tilbud. Forbigående negativ helseeffekt		
Omdømme	Mindre alvorlig	Mindre alvorlig
<b>Begrunnelse</b> Noen vil bytte jobb og havne utenfor VVHF. Noen bytter jobb og forblir i VVHF. Mindre tap av kompetanse		

## 3.13. Hendelse: Områdesykehus Motstand og samarbeidsproblemer kan gi dårlig sammenheng i pasientforløp, som fører til misfornøyde og frustrerte pasienter og pårørende

Pasienter i BET-behandlingsforløp i områdesykehuset får varierende og usammenhengende tjenester. Dette fordi BET-kompetanse ikke er sikret i alle ledd av forløpet og at deler av forløpet kan bli preget av økt bruk av ytre regulering. Er avhengig av organisering

Sannsynlighet - før	Sannsynlighet - etter
Moderat sannsynlighet	Moderat sannsynlighet
<b>Begrunnelse</b> Avhengig av organisering og detaljering av det helhetlige pasientforløpet, men sammenliknet med praksis i dag er det trolig flere enkelttilfeller pasienter som vil få manglende sammenheng i sine forløp.	

### 3.13.1. Konsekvensområder

Tittel	Konsekvens - før	Konsekvens - etter
Omdømme	Moderat	Moderat
<b>Begrunnelse</b> Vi tror flere vil slutte fra sykehuset enn fra DPS.		
Pasientsikkerhet	Moderat	Moderat
<b>Begrunnelse</b> Døgnbehandling vil kunne bli mindre virksom og man må sette inn behandlingstiltak for å motvirke dette.		
Arbeidsmiljø/ansatte	Moderat	Moderat
<b>Begrunnelse</b> Vi tror ikke dette fører til fravær av betydning, men vil gi et dårlig arbeidsmiljø som preges av konflikter		



### 3.14. Hendelse: Områdesykehus

## BET beveger seg i en retning som vil kunne oppleves som et tilbakesteget

BET vil med organisering i områdesykehuset ha døgnbehandling bak lukkede dører, noe som ikke fremmer behandlingen og vil være autonomi-hemmende.

Sannsynlighet - før	Sannsynlighet - etter
Stor sannsynlighet	Stor sannsynlighet

#### 3.14.1. Konsekvensområder

Tittel	Konsekvens - før	Konsekvens - etter
Omdømme	Moderat	Moderat
<b>Begrunnelse</b> Vi tror flere vil slutte (men at dette er sammensatt)		
Pasientsikkerhet	Moderat	Moderat
<b>Begrunnelse</b> Døgnbehandling vil kunne bli mindre virksom og man må sette inn behandlingstiltak for å motvirke dette.		
Arbeidsmiljø/ansatte	Mindre alvorlig	Mindre alvorlig
<b>Begrunnelse</b> Vi tror ikke dette fører til fravær, men kan gi grobunn for uro		

### 3.15. Hendelse: Områdesykehus

## BET mister identitet som et tydelig alternativ til krisepregede innleggelser

BET organisert på sykehuset, og eventuelt spesielt i akuttavdelingen, vil ha mindre verdi som et alternativ for pasienter som er inn og ut av sykehuset.

Det vil føre til at pasienter og medarbeidere mister troen på at BET kan representere noe annet enn tradisjonell akuttbehandling.

Avhenger av organisering

Sannsynlighet - før	Sannsynlighet - etter
Moderat sannsynlighet	Moderat sannsynlighet
<b>Begrunnelse</b> Avhengig av detaljering, men sammenliknet med praksis i dag er det trolig flere enkelttilfeller pasienter som ikke vil ha samme utbytte av behandlingen.	

#### 3.15.1. Konsekvensområder

Tittel	Konsekvens - før	Konsekvens - etter
Omdømme	Mindre alvorlig	Mindre alvorlig
<b>Begrunnelse</b> Mindre tap av kompetanse		
Pasientsikkerhet	Moderat	Moderat

Tittel	Konsekvens - før	Konsekvens - etter
<b>Begrunnelse</b> Døgnbehandling vil kunne bli mindre virksom og man må sette inn behandlingstiltak for å motvirke dette.		
Arbeidsmiljø/ansatte	Mindre alvorlig	Mindre alvorlig
<b>Begrunnelse</b> Vi tror ikke dette fører til fravær av betydning, men vil gi grobunn for uro		

### 3.16. Hendelse: Områdesykehus

#### Vanskeligere å drive utadrettet virksomhet fra sykehusperspektiv

Organisering av et poliklinisk BET-team på områdesykehuset vil føre til et dårligere tilbud for pasienter som ikke er innlagt. Dette fordi fokuset vil være intramuralt.

Sannsynlighet - før	Sannsynlighet - etter
Moderat sannsynlighet	Moderat sannsynlighet
<b>Begrunnelse</b> Vi tror det vil være flere enkelttilfeller som får dårligere oppfølging poliklinisk, sammenliknet med en organisering på DPS	

#### 3.16.1. Konsekvensområder

Tittel	Konsekvens - før	Konsekvens - etter
Omdømme	Ingen/svært liten	Ingen/svært liten
<b>Begrunnelse</b> Vi tror ikke dette fører til tap av kompetanse		
Pasientsikkerhet	Moderat	Moderat
<b>Begrunnelse</b> Poliklinisk oppfølging vil bli mindre virksom og man får mindre systemarbeid rundt pasienter utenfor døgn. Vi tror det fører til økt behandlingssinnsats (mer døgn)		
Arbeidsmiljø/ansatte	Mindre alvorlig	Mindre alvorlig
<b>Begrunnelse</b> Vi tror ikke dette påvirker arbeidsmiljøet		

### 3.17. Hendelse: DPS DPS tanket om lik behandlingstilje ved alle lokasjoner vil gjøre implementering mer utfordrende. Ressursteam som reiser rundt. Ikke faste BET døgnplasser

BET døgnbehandling fordeles på alle 3 DPS døgnseksjoner, noe som gir redusert implementeringsgrad og spredt fagmiljø. Ressursteamet med spesialister med BET-kompetanse har mindre klinisk tid grunnet reising mellom enheter, noe som fører til dårligere tilbud til pasientene.

Avhenger av organisering, både av døgnplasser og av spesialistkompetansen

Sannsynlighet - før	Sannsynlighet - etter
Stor sannsynlighet	Stor sannsynlighet
<b>Begrunnelse</b> Avhenger av organisering, men vi tror det vil være av periodevis lengre varighet på flere steder og omfatte flere pasienter	

#### 3.17.1. Konsekvensområder

Tittel	Konsekvens - før	Konsekvens - etter
Pasientsikkerhet	Moderat	Moderat
<b>Begrunnelse</b> Døgnbehandling vil kunne bli mindre virksom og man må sette inn behandlingstiltak for å motvirke dette.		
Arbeidsmiljø/ansatte	Moderat	Moderat
<b>Begrunnelse</b> Vi tror ikke dette fører til fravær, men vil gi et dårlig arbeidsmiljø som preges av konflikter		
Omdømme	Moderat	Moderat
<b>Begrunnelse</b> Vi tror flere vil slutte enn ved organisering på en lokasjon, moderat tap av kompetanse		

### 3.18. Hendelse: DPS Motstand og samarbeidsproblemer kan gi dårlig sammenheng i pasientforløp, som fører til misfornøyde og frustrerte pasienter og pårørende

Pasienter i BET-behandlingsforløp i DPS får varierende og usammenhengende tjenester. Dette fordi BET-kompetanse ikke er sikret i alle ledd av forløpet.

Er avhengig av organisering

Sannsynlighet - før	Sannsynlighet - etter
Moderat sannsynlighet	Moderat sannsynlighet
<b>Begrunnelse</b> Avhengig av organisering, men sammenliknet med praksis i dag er det trolig flere enkelttilfeller pasienter som vil få manglende sammenheng i sine forløp.	

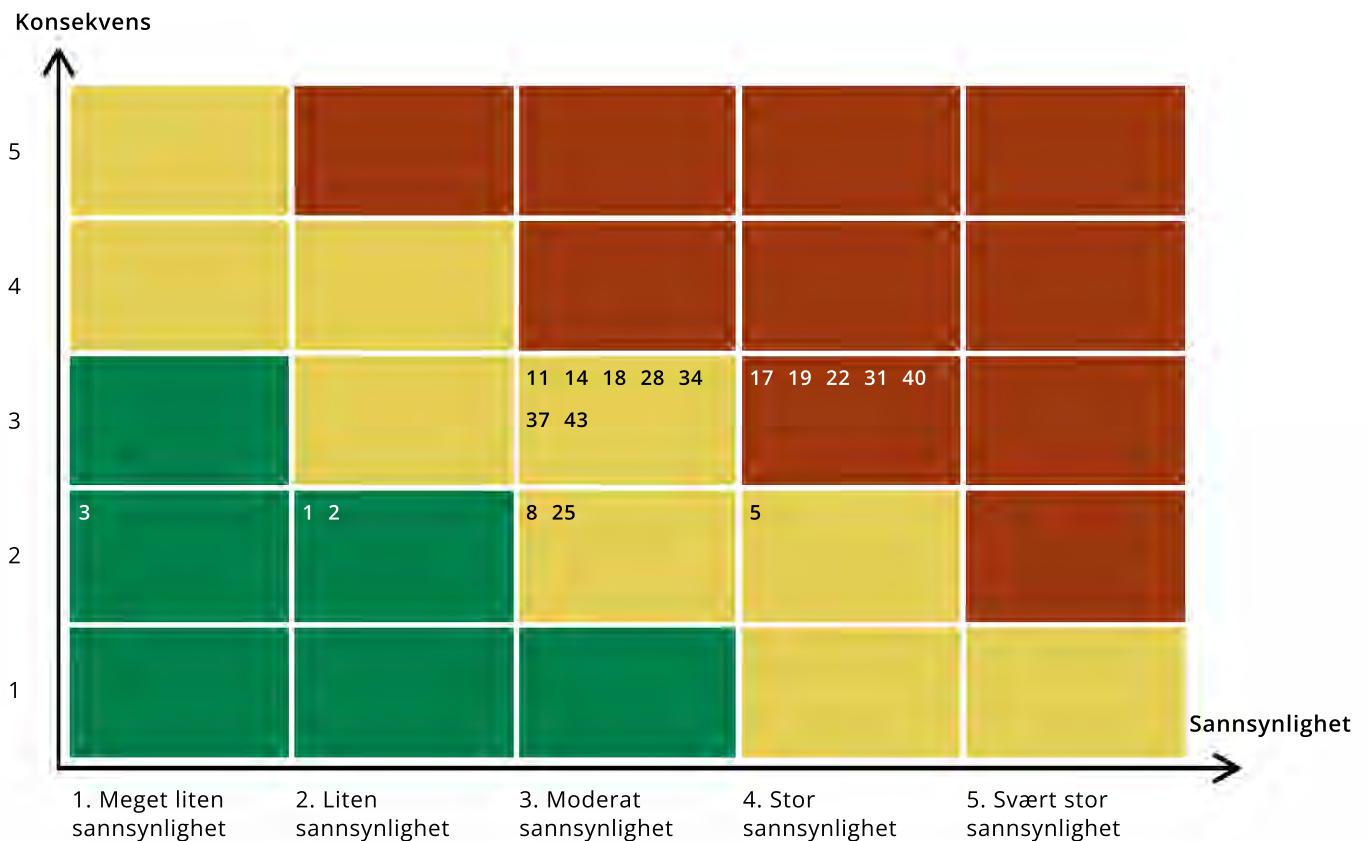
**5.10.1. Konsekvensområde1**




Tittel	Konsekvens - før	Konsekvens - etter
Pasientsikkerhet	Moderat	Moderat
<b>Begrunnelse</b> Døgnbehandling vil kunne bli mindre virksom og man må sette inn behandlingstiltak for å motvirke dette.		
Arbeidsmiljø/ansatte	Moderat	Moderat
<b>Begrunnelse</b> Vi tror ikke dette fører til fravær, men vil gi et dårlig arbeidsmiljø som preges av konflikter		
Omdømme	Mindre alvorlig	Mindre alvorlig
<b>Begrunnelse</b> Mindre tap av kompetanse		

## T. IVARHISCI

### 4.1. Pasientsikkerhet

#### 4.1.1. Før

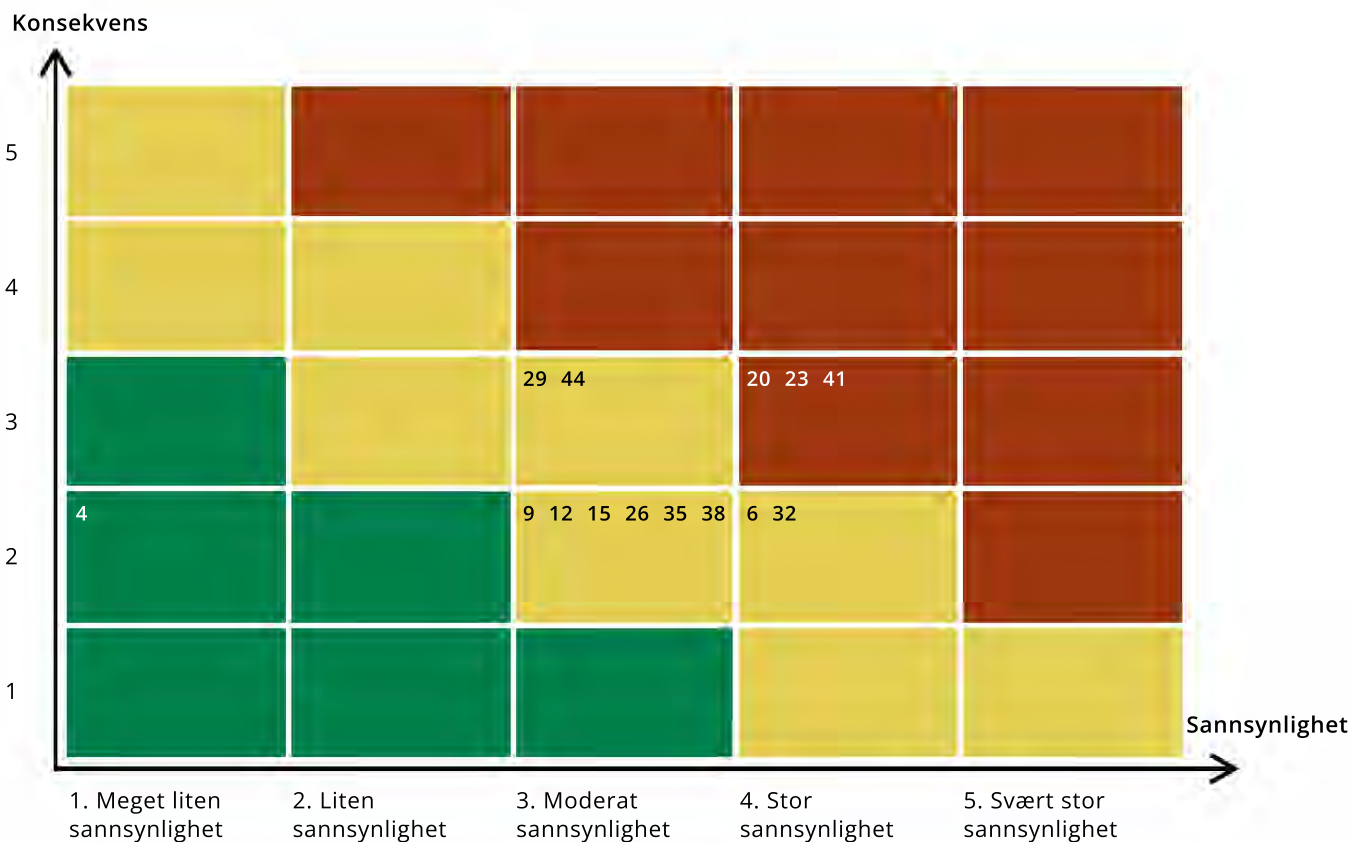


ID		Hendelse	Konsekvensområde
1		DPS Økt avstand til somatisk sykehus kan føre til dårligere oppfølging av pasienter med alvorlig selvskading	Pasientsikkerhet
2		DPS Dårlig samarbeid mellom BET på DPS og område sykehus for pasienter som trenger noe mer enn DPS-nivå	Pasientsikkerhet
3		DPS Ikke alarmbistand eller vakthavende lege på huset gir dårligere mulighet til medisinsk behandling og ekstra personal når de trengs	Pasientsikkerhet
5		DPS Spesialteam kan bli upopulært blant andre ansatte ved DPS	Pasientsikkerhet










ID		Hendelse	Konsekvensområde
8		DPS Lokasjon langt unna (dagens plassering) for BET døgnsforløp kan medføre tap av kompetanse	Pasientsikkerhet
11		DPS Behandlere drar i ulike faglige retninger kan gi dårlig sammenheng i pasientforløp, som kan føre til misfornøyde og frustrerte pasienter og pårørende	Pasientsikkerhet
14		Områdesykehus Høy fokus på ytre kontroll kan gjøre at kortvarig sikkerhet går på bekostning av langsiktig behandling	Pasientsikkerhet
17		Områdesykehus Lettere å definere seg selv i pasientrollen når sykehus er base	Pasientsikkerhet
18		Områdesykehus Urolig og tett miljø øker sjansen for at pasienter kan påvirke hverandre i negativ retning	Pasientsikkerhet
19		Områdesykehus Større miljø gir stor sjanse for polarisering og samarbeidsproblemer	Pasientsikkerhet
22		Områdesykehus Fragmentering av kollegialt samhold med base i stort sykehus	Pasientsikkerhet
25		Områdesykehus Mange medarbeidere i dagens BET ønsker ikke arbeide i akuttpost på sykehus, noe som fører til tap av kompetanse	Pasientsikkerhet
28		Områdesykehus Motstand og samarbeidsproblemer kan gi dårlig sammenheng i pasientforløp, som fører til misfornøyde og frustrerte pasienter og pårørende	Pasientsikkerhet
31		Områdesykehus BET beveger seg i en retning som vil kunne oppleves som et tilbakesteg	Pasientsikkerhet
34		Områdesykehus BET mister identitet som et tydelig alternativ til krisepregede innleggelses	Pasientsikkerhet
37		Områdesykehus Vanskeligere å drive utadrettet virksomhet fra sykehusperspektiv	Pasientsikkerhet
40		DPS DSPs tanker om lik behandlingslinje ved alle lokasjoner vil gjøre implementering mer utfordrende. Ressursteam som reiser rundt. Ikke faste BET døgnplasser	Pasientsikkerhet
43		DPS Motstand og samarbeidsproblemer kan gi dårlig sammenheng i pasientforløp, som fører til misfornøyde og frustrerte pasienter og pårørende	Pasientsikkerhet

## 4.2. Arbeidsmiljø/ansatte

### 4.2.1. Før



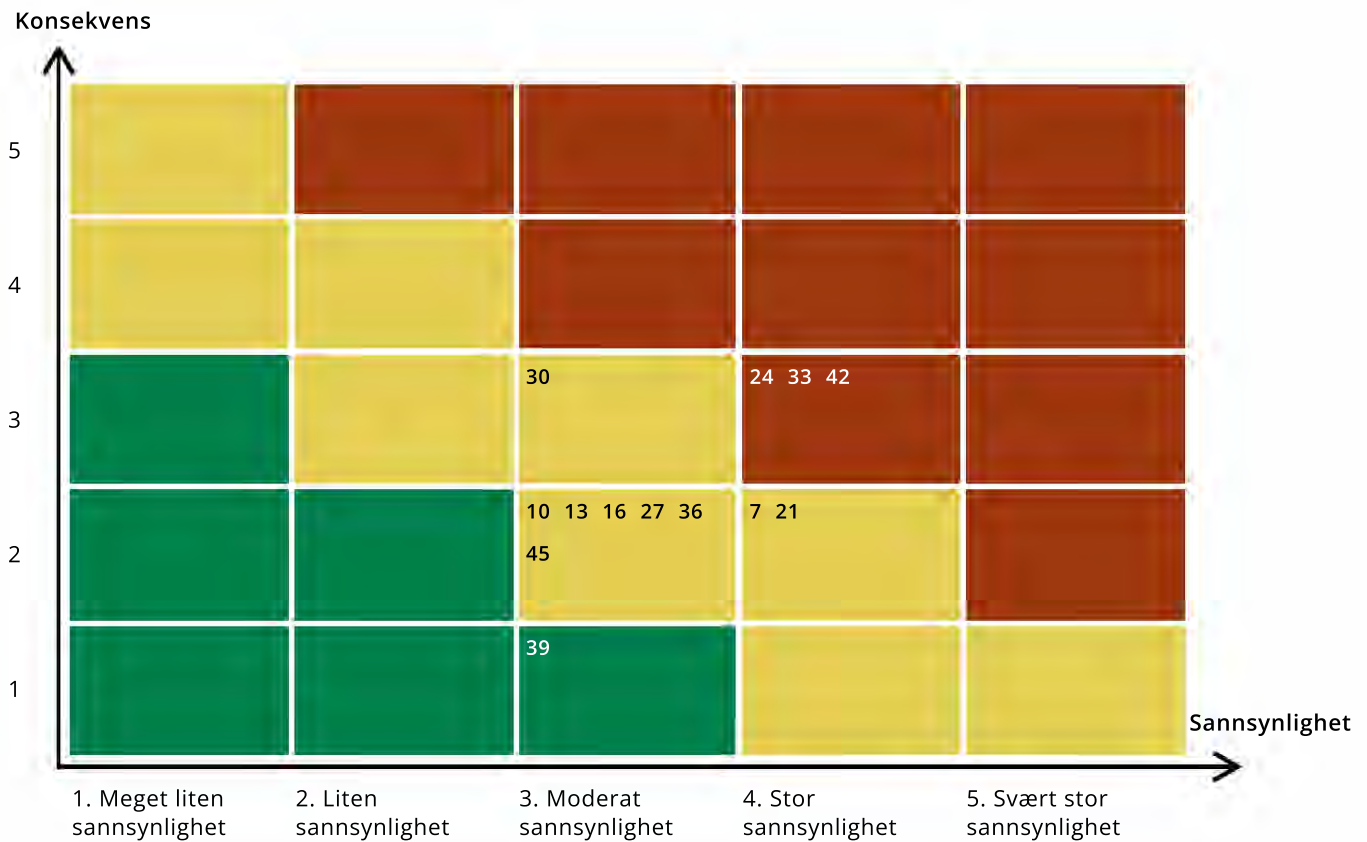
ID		Hendelse	Konsekvensområde
4		DPS Ikke alarmbistand eller vakthavende lege på huset gir dårligere mulighet til medisinsk behandling og ekstra personal når de trengs	Arbeidsmiljø/ansatte
6		DPS Spesialteam kan bli upopulært blant andre ansatte ved DPS	Arbeidsmiljø/ansatte
9		DPS Lokasjon langt unna (dagens plassering) for BET døgnsforløp kan medføre tap av kompetanse	Arbeidsmiljø/ansatte
12		DPS Behandlere drar i ulike faglige retninger kan gi dårlig sammenheng i pasientforløp, som kan føre til misfornøyde og frustrerte pasienter og pårørende	Arbeidsmiljø/ansatte
15		Områdesykehus Høy fokus på ytre kontroll kan gjøre at kortvarig sikkerhet går på bekostning av langsiktig behandling	Arbeidsmiljø/ansatte






ID		Hendelse	Konsekvensområde
20		Områdesykehus Større miljø gir stor sjanse for polarisering og samarbeidsproblemer	Arbeidsmiljø/ansatte
23		Områdesykehus Fragmentering av kollegialt samhold med base i stort sykehus	Arbeidsmiljø/ansatte
26		Områdesykehus Mange medarbeidere i dagens BET ønsker ikke arbeide i akuttpost på sykehus, noe som fører til tap av kompetanse	Arbeidsmiljø/ansatte
29		Områdesykehus Motstand og samarbeidsproblemer kan gi dårlig sammenheng i pasientforløp, som fører til misfornøyde og frustrerte pasienter og pårørende	Arbeidsmiljø/ansatte
32		Områdesykehus BET beveger seg i en retning som vil kunne oppleves som et tilbakesteg	Arbeidsmiljø/ansatte
35		Områdesykehus BET mister identitet som et tydelig alternativ til krisepregede innleggelse	Arbeidsmiljø/ansatte
38		Områdesykehus Vanskeligere å drive utadrettet virksomhet fra sykehusperspektiv	Arbeidsmiljø/ansatte
41		DPS DSPs tanker om lik behandlingslinje ved alle lokasjoner vil gjøre implementering mer utfordrende. Ressursteam som reiser rundt. Ikke faste BET døgnplasser	Arbeidsmiljø/ansatte
44		DPS Motstand og samarbeidsproblemer kan gi dårlig sammenheng i pasientforløp, som fører til misfornøyde og frustrerte pasienter og pårørende	Arbeidsmiljø/ansatte











## 4.3. Omdømming

### 4.3.1. Før

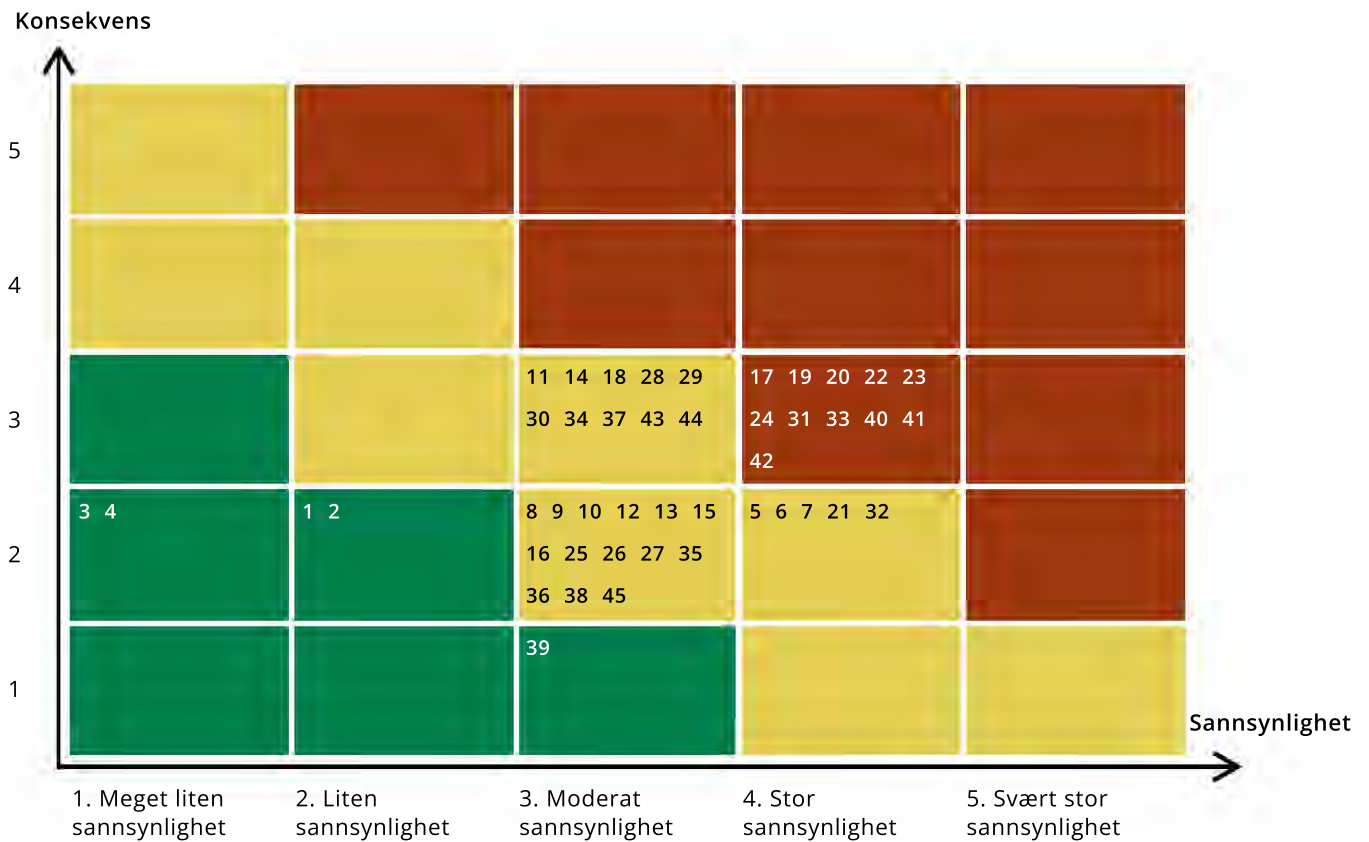


ID		Hendelse	Konsekvensområde
7		DPS Spesialteam kan bli upopulært blant andre ansatte ved DPS	Omdømme
10		DPS Lokasjon langt unna (dagens plassering) for BET døgnerforløp kan medføre tap av kompetanse	Omdømme
13		DPS Behandlere drar i ulike faglige retninger kan gi dårlig sammenheng i pasientforløp, som kan føre til misfornøyde og frustrerte pasienter og pårørende	Omdømme
16		Områdesykehus Høy fokus på ytre kontroll kan gjøre at kortvarig sikkerhet går på bekostning av langsiktig behandling	Omdømme
21		Områdesykehus Større miljø gir stor sjanse for polarisering og samarbeidsproblemer	Omdømme

ID		Hendelse	Konsekvensområde
24		Områdesykehus Fragmentering av kollegialt samhold med base i stort sykehus	Omdømme
27		Områdesykehus Mange medarbeidere i dagens BET ønsker ikke arbeide i akuttpost på sykehus, noe som fører til tap av kompetanse	Omdømme
30		Områdesykehus Motstand og samarbeidsproblemer kan gi dårlig sammenheng i pasientforløp, som fører til misfornøyde og frustrerte pasienter og pårørende	Omdømme
33		Områdesykehus BET beveger seg i en retning som vil kunne oppleves som et tilbakesteg	Omdømme
36		Områdesykehus BET mister identitet som et tydelig alternativ til krisepregede innleggelse	Omdømme
39		Områdesykehus Vanskeligere å drive utadrettet virksomhet fra sykehusperspektiv	Omdømme
42		DPS DSPs tanker om lik behandlingslinje ved alle lokasjoner vil gjøre implementering mer utfordrende. Ressursteam som reiser rundt. Ikke faste BET døgnplasser	Omdømme
45		DPS Motstand og samarbeidsproblemer kan gi dårlig sammenheng i pasientforløp, som fører til misfornøyde og frustrerte pasienter og pårørende	Omdømme

## 4.4. RISC-område

### 4.4.1. Før



ID		Hendelse	Konsekvensområde
1		DPS Økt avstand til somatisk sykehus kan føre til dårligere oppfølging av pasienter med alvorlig selvskading	Pasientsikkerhet
2		DPS Dårlig samarbeid mellom BET på DPS og områdesykehus for pasienter som trenger noe mer enn DPS-nivå	Pasientsikkerhet
3		DPS Ikke alarmbistand eller vakthavende lege på huset gir dårligere mulighet til medisinsk behandling og ekstra personal når de trengs	Pasientsikkerhet
4		DPS Ikke alarmbistand eller vakthavende lege på huset gir dårligere mulighet til medisinsk behandling og ekstra personal når de trengs	Arbeidsmiljø/ansatte
5		DPS Spesialteam kan bli upopulært blant andre ansatte ved DPS	Pasientsikkerhet

ID		Hendelse	Konsekvensområde
6		DPS Spesialteam kan bli upopulært blant andre ansatte ved DPS	Arbeidsmiljø/ansatte
7		DPS Spesialteam kan bli upopulært blant andre ansatte ved DPS	Omdømme
8		DPS Lokasjon langt unna (dagens plassering) for BET døgncykluser kan medføre tap av kompetanse	Pasientsikkerhet
9		DPS Lokasjon langt unna (dagens plassering) for BET døgncykluser kan medføre tap av kompetanse	Arbeidsmiljø/ansatte
10		DPS Lokasjon langt unna (dagens plassering) for BET døgncykluser kan medføre tap av kompetanse	Omdømme
11		DPS Behandlere drar i ulike faglige retninger kan gi dårlig sammenheng i pasientforløp, som kan føre til misfornøyde og frustrerte pasienter og pårørende	Pasientsikkerhet
12		DPS Behandlere drar i ulike faglige retninger kan gi dårlig sammenheng i pasientforløp, som kan føre til misfornøyde og frustrerte pasienter og pårørende	Arbeidsmiljø/ansatte
13		DPS Behandlere drar i ulike faglige retninger kan gi dårlig sammenheng i pasientforløp, som kan føre til misfornøyde og frustrerte pasienter og pårørende	Omdømme
14		Områdesykehus Høy fokus på ytre kontroll kan gjøre at kortvarig sikkerhet går på bekostning av langsiktig behandling	Pasientsikkerhet
15		Områdesykehus Høy fokus på ytre kontroll kan gjøre at kortvarig sikkerhet går på bekostning av langsiktig behandling	Arbeidsmiljø/ansatte
16		Områdesykehus Høy fokus på ytre kontroll kan gjøre at kortvarig sikkerhet går på bekostning av langsiktig behandling	Omdømme
17		Områdesykehus Lettere å definere seg selv i pasientrollen når sykehus er base	Pasientsikkerhet
18		Områdesykehus Urolig og tett miljø øker sjansen for at pasienter kan påvirke hverandre i negativ retning	Pasientsikkerhet

ID		Hendelse	Konsekvensområde
19		Områdesykehus Større miljø gir stor sjanse for polarisering og samarbeidsproblemer	Pasientsikkerhet
20		Områdesykehus Større miljø gir stor sjanse for polarisering og samarbeidsproblemer	Arbeidsmiljø/ansatte
21		Områdesykehus Større miljø gir stor sjanse for polarisering og samarbeidsproblemer	Omdømme
22		Områdesykehus Fragmentering av kollegialt samhold med base i stort sykehus	Pasientsikkerhet
23		Områdesykehus Fragmentering av kollegialt samhold med base i stort sykehus	Arbeidsmiljø/ansatte
24		Områdesykehus Fragmentering av kollegialt samhold med base i stort sykehus	Omdømme
25		Områdesykehus Mange medarbeidere i dagens BET ønsker ikke arbeide i akuttpost på sykehus, noe som fører til tap av kompetanse	Pasientsikkerhet
26		Områdesykehus Mange medarbeidere i dagens BET ønsker ikke arbeide i akuttpost på sykehus, noe som fører til tap av kompetanse	Arbeidsmiljø/ansatte
27		Områdesykehus Mange medarbeidere i dagens BET ønsker ikke arbeide i akuttpost på sykehus, noe som fører til tap av kompetanse	Omdømme
28		Områdesykehus Motstand og samarbeidsproblemer kan gi dårlig sammenheng i pasientforløp, som fører til misfornøyde og frustrerte pasienter og pårørende	Pasientsikkerhet
29		Områdesykehus Motstand og samarbeidsproblemer kan gi dårlig sammenheng i pasientforløp, som fører til misfornøyde og frustrerte pasienter og pårørende	Arbeidsmiljø/ansatte
30		Områdesykehus Motstand og samarbeidsproblemer kan gi dårlig sammenheng i pasientforløp, som fører til misfornøyde og frustrerte pasienter og pårørende	Omdømme
31		Områdesykehus BET beveger seg i en retning som vil kunne oppleves som et tilbakesteg	Pasientsikkerhet
32		Områdesykehus BET beveger seg i en retning som vil kunne oppleves som et tilbakesteg	Arbeidsmiljø/ansatte

ID		Hendelse	Konsekvensområde
33		Områdesykehus BET beveger seg i en retning som vil kunne oppleves som et tilbakesteg	Omdømme
34		Områdesykehus BET mister identitet som et tydelig alternativ til krisepregede innleggelse	Pasientsikkerhet
35		Områdesykehus BET mister identitet som et tydelig alternativ til krisepregede innleggelse	Arbeidsmiljø/ansatte
36		Områdesykehus BET mister identitet som et tydelig alternativ til krisepregede innleggelse	Omdømme
37		Områdesykehus Vanskeligere å drive utadrettet virksomhet fra sykehusperspektiv	Pasientsikkerhet
38		Områdesykehus Vanskeligere å drive utadrettet virksomhet fra sykehusperspektiv	Arbeidsmiljø/ansatte
39		Områdesykehus Vanskeligere å drive utadrettet virksomhet fra sykehusperspektiv	Omdømme
40		DPS DSPs tanker om lik behandlingslinje ved alle lokasjoner vil gjøre implementering mer utfordrende. Ressursteam som reiser rundt. Ikke faste BET døgnplasser	Pasientsikkerhet
41		DPS DSPs tanker om lik behandlingslinje ved alle lokasjoner vil gjøre implementering mer utfordrende. Ressursteam som reiser rundt. Ikke faste BET døgnplasser	Arbeidsmiljø/ansatte
42		DPS DSPs tanker om lik behandlingslinje ved alle lokasjoner vil gjøre implementering mer utfordrende. Ressursteam som reiser rundt. Ikke faste BET døgnplasser	Omdømme
43		DPS Motstand og samarbeidsproblemer kan gi dårlig sammenheng i pasientforløp, som fører til misfornøyde og frustrerte pasienter og pårørende	Pasientsikkerhet
44		DPS Motstand og samarbeidsproblemer kan gi dårlig sammenheng i pasientforløp, som fører til misfornøyde og frustrerte pasienter og pårørende	Arbeidsmiljø/ansatte
45		DPS Motstand og samarbeidsproblemer kan gi dårlig sammenheng i pasientforløp, som fører til misfornøyde og frustrerte pasienter og pårørende	Omdømme

Innspill på rapport fra personer med positive  
og negative pasienterfaring fra BET,  
sammenstilt 9. januar 2025

Fremtidig driftskonsept BET-tjenesten

# Brukermedvirkning i utvikling av BET-tjenesten



Ansvarlig for PHR i brukerutvalget, Gudrun Breistøl  
Avdelingssjef FoU-avdeling Nina Helen Mjøsund

### Proessen

- Gudrun fra Brukerutvalget er deltakende i alle møte og arbeidsverksted, WS 1 (16.9.2024) WS 2 (24.9.2024).
- Gudrun og Nina fikk august 2024 oppdrag fra klinikkdirektør å innhente innspill fra personer med både positive og negative pasienterfaring fra BET.
- Utkast til rapport med forslag til videre utvikling av BET-tjenesten foreligger 18.12.2024.
- Utkastet til rapport sendes til medvirkende, med frist for innspill innen 12.1.2025.
- Fire personer med erfaring fra å ha mottatt helsetjenester ved BET-seksjonen har gitt sine innspill til spørsmål tilsvarende de spørsmål som har vært behandlet i to workshop. Deltakere i workshop har vært brukerrepresentant Gudrun fra Brukerutvalget og sentrale fagpersoner både fra BET-seksjon og fra andre avdelinger.
- Personer med pasienterfaring formidler sine innspill til rapportutkastet til Gudrun og Nina i Teams møter 7.1.2025. For å sikre anonymitet blir innspillene omsatt til prikkpunkt (skrevet inn i neste Power Point bilde).
- Innspillene oversendes fra Gudrun og Nina innen fristen 12.1.2025.



### Innspill fra deltaker 1 + 2, positive pasienterfaringer

- Dokumentet er omfattende, konklusjonen er dårlig forklart
- BET-fagmiljøet må ikke splittes, risiko for tap av kompetanse og kunnskap bygget over 24 år
- Splitting av fagmiljøet vil føre til en svekkelse av tilbudet som det vil ta lang tid å bygge opp igjen.
- Bedre at hele tilbud er avgrenset til et sted for å konsentrere kompetanse og tilbud ett sted. En base.
- Fagmiljøet bør flyttes samlet til en base (med døgnfunksjon), etablere en ny base først før eventuell utvidelse til poliklinisk behandling for å forhindre svekket kompetanse.
- Ja til poliklinisk behandling, men basen bør være døgn. Og at behandlingen kan utvikles til poliklinikk
- Utdanningen av BET-terapeuter må fortsette, med økt fokus på implementering i egen institusjon, viktig med god støtte fra ledelsen.
- Det er fordeler med at BET er en åpen seksjon. Låste dører kan være nødvendig i en akutt fase, men krever mer kompetanse og trygg/stødig forvaltning av BET og bør ikke implementeres før en åpen døgnbase allerede er godt etablert. Det er nødvendig med et akuttilbud i sykehus for å sikre et helhetlig pasientforløp.
- Et DPS pakkeforløp vil ikke dekke pasientgruppens behov. Viktig at pasienter som skal ha BET behandling ikke får begrenset sin behandling av rammene i pakkeforløp.

### Innspill fra deltaker 1 + 2, positive pasienterfaringer

- Hvordan skal det sikres at BET pasientforløp blir et helhetlig forløp og vi unngår brudd i behandlingen?
- Rapporten mangler utredning av antall pasienter som kan nyttiggjøre seg av poliklinisk behandling. Dette er nødvendig før det er forsvarlig å vurdere å fjerne døgntilbudet.
- Poliklinisk behandling må ikke gå på bekostning av pasientene som har behov for døgnbehandling. De pasientene som ikke har behandlingstilbud andre steder må prioriteres over pasienter som kan få annen behandling.
- Et godt samlet fagmiljø i en døgnavdeling kan videreutvikles til poliklinisk behandling, mens et rent poliklinisk behandlingstilbud kan føre til at man aldri vil klare å gjenoppbygge et døgntilbud. Dette vil føre til at en stor gruppe mennesker blir stående helt uten behandlingstilbud.
- BET bør inn i eller være tett på fagmiljøet i sykehus med mål om å bidra til å redusere tvang i tråd med internasjonale anbefalinger og CRPD.
- Privatpraktiserende terapeuter med BET-utdanning bør delta i arbeidsgruppen, de har et perspektiv som det er viktig at kommer frem i forhold til tilgang til BET-tilbudet gjennom henvisning.

## Innspill fra deltaker 3 + 4, negative pasienterfaringer

- Presisere at samtykke til BET er grunnleggende – løpende bekreftelse på samtykke, tilsvarende at samtykke når som helst kan trekkes.
- Avgrense BET-tilbud til ett fysisk sted og at det er transparent at BET gis her og bare her.
- Ja til tilbud ved EN poliklinikk ved DPS; strukturerte polikliniske dagtilbud eller konsentrerte tverrfaglige heldagstilbud.
- BET bør ikke tilbys i døgnsesjon. Hvis det må være et definert døgntilbud basert på BET må det avgrenses til EN fysisk seksjon, ikke spres til alle seksjoner i DPS.
- Skeptisk til at BET gis som en tidlig intervensjon, en må ha prøvd andre behandlingstilnærminger først før en kan henvises til BET.
- Studien «BET-ikke bra for meg» med tilhørende publikasjon bør nevnes i rapporten. Den sier noen om erfaringer der BET har vært skadelig. Det er slike virkninger av BET denne deltakerne ønsker å forhindre med sine innspill. Studien bør være sentral for videre utvikling.
- Bred brukermedvirkning i den videre prosessen er viktig – og ikke bare stemmer som er pro BET, men en brukermedvirkning som representerer bredden i erfaringer.

## **Innspill fra deltaker 3 + 4, negative pasienterfaringer**

- Rapporten er nøytral og overordnet, og er et godt utgangspunkt for videre arbeid.
- Mange uavklarte forhold som må avklares i det videre arbeid med pasientforløpene i BET
- Inntakskriteriene må jobbes med
- De endringene som gjøres nå (flytte til DPS og mer poliklinisk tilnærming) kan føre til endringer hos pasientene og pasientgruppen, noe som må evalueres underveis.



## Høringssvar fra BET-seksjonen

### «Fremtidig organisering av BET i Vestre Viken»

Versjon 1.0, datert 21.11.24

#### ***Innledning til høringssvaret***

BET-seksjonen har gjennomgått rapporten som er basert på de to siste workshopene og påfølgende runder med ROS-analyser. Vi påpeker og beskriver i høringssvaret

- mangler i bakteppet og innrammingen av prosessen med omorganisering av BET-tilbudet
- manglende sammenheng mellom innholdet i rapporten og tidligere uttalte/beskrevne intensjoner og ambisjoner med omorganisering av BET-tilbudet
- manglende beskrivelse av formålet med å bruke BET i Vestre Vikens tjenester

Det vi her spiller inn har også vært formidlet i workshops og arbeidet ROS-analyser. Høringssvaret fra BET-seksjonen er således et innspill som handler om seleksjon og vekting av informasjon som videresendes til beslutningstakere i Vestre Viken. Dersom beslutningstakere har mangelfull informasjon, så har de heller ikke et godt grunnlag for å ta beslutninger som er bærekraftige og som Vestre Viken og tjenestebrukerne er tjent med.

#### ***Generelle innspill***

##### «Prosjektorganisering»

I alle faser av omorganiseringsarbeidet har formen «prosjektorganisering» blitt brukt om det framtidige BET-tilbudet. Prosjektorganisering beskrives i litteraturen slik:

*«Prosjektorganisering beskriver en type styring og organisering som er rettet mot spesifikke leveranser som skal løse konkrete utfordringer.»*

På side 6, under overskriften "Prosjektorganisering", står det i 2. setning:

*"Utviklingen av fornyet BET-tilbud skal også skje innenfor rammen av prosjektorganisering, ved at det etableres et områdeovergripende prosjektteam med kliniske, pedagogiske og tjenesteutviklende oppgaver. Prosjektet bør inneholde en plan for evaluering. Mulighet for å følge tjenesteutviklingen med et aksjonsforskningsprosjekt, kontinuerlig forbedringsmetodikk eller annet egnet tilnærming bør overveies.»*

Det fremgår ikke av dette hva som er målsettingen med prosjektet, og hva slags oppgaver/utfordringer BET skal bidra til å løse. Man kan si at dette vil være en del av detaljeringen som inngår i neste fase. Å plassere en tjeneste inn i en organisasjon *før man har bestemt hva tjenesten skal bidra med*, virker imidlertid bakvendt.

Rapporten bør invitere til å avklare følgende spørsmål:

- Hva slags utfordringer skal BET bidra til å løse i PHR?
- Hva er det BET skal «levere»?

Vi vil anbefale at klinikkledelsen spesifiserer målsettingene med prosjektet og bruk av BET slik at innplassering i organisasjonen og lokalisering gir mening før tjenesten detaljeres. Når det gjelder formuleringen "... *plan for evaluering*" så må man også vite hva BET-prosjektet skal "produsere" for å kunne evaluere nytten av BET. Slik rapporten per i dag er formulert, så foreligger det fremdeles ikke en beskrivelse av hva PHR ønsker å bruke BET til. I forhold til å følge tjenesteutviklingen med f.eks. et aksjonsforskningsprosjekt eller kontinuerlig forbedringsmetodikk, bør det i denne rapporten stå noe om FOU's rolle og funksjon, og hvordan PHR's egen forskningsenhet skal delta og bidra i den videre prosessen.

#### «Kunnskapsgrunnlag»

På side 5 i rapporten står det:

*«I arbeidet ble det sett hen til forskningsprosjektet «Extreme challenges» ved OUS, som studerer en gruppe mennesker med hyppige/langvarige innleggelse pga. fare for selvmord/ alvorlig selvskadning. I de to artiklene som så langt er offentliggjort fra prosjektet, beskrives betydelig overlapp med det BET-tilbudet i Vestre Viken har hatt som målgruppe. Artiklene skisserer anbefalinger, som arbeidsgruppen vurderer som relevante for det foreliggende arbeidet, spesielt i lys av at det finnes lite forskning på behandlingstilbud til pasienter med komplekse lidelser og omfattende/ eskalerende selvskadingsadferd.»*

Her burde det stå noe om de omtalte anbefalingene, og hvilke artikler det refereres til. Vi legger ved to referanser, som evt. kan tas med i rapporten:

[Mental health disorders, functioning and health-related quality of life among extensively hospitalized patients due to severe self-harm - results from the Extreme Challenges project - PubMed](#)

[Evaluation of health services and treatment alliance among extensively hospitalized patients due to severe self-harm - results from the Extreme Challenges project - PubMed](#)

På side 12, under hovedpunkt 9, står det helt nederst på siden:

*"Klinikk PHR har et mål om at tilbudet skal gi bred mening for fagfolk og ledere i klinikken, være nyttig for kliniskere og pasienter, og håper å kunne legge til rette for forskning som kan gi mer kunnskap" (vår understrekning)*

Helt fra starten av omorganiseringsprosessen har det blitt holdt fram at "kunnskapsgrunnlaget for BET er svakt". Dette har blitt brukt som begrunnelse for å organisere BET-tilbudet *bort fra dagens organisering*, og da også tilrettelegge for forskning som kan styrke kunnskapsgrunnlaget for BET som behandlingsmodell.

Når det i rapporten står "... håper å kunne legge til rette for forskning som kan gi mer kunnskap" kan dette i verste fall fungere som en utvanning av ambisjonen og forpliktelsen som ligger i tidligere uttalelser og begrunnelser for å omorganisere dagens BET-tilbud. Det slås altså fast at det skal være prosjektorganisering, noe som innebærer at BET skal brukes til å løse spesifikke utfordringer. Som

beskrevet om "evaluering" i prosjektet, så er uttrykksformen like vag og like ikke-forpliktende som denne formuleringen om forskning.

Slike vage formuleringer vil, sammen med en manglende beskrivelse av hva PHR vil bruke BET til og hva prosjektet skal handle om, vanskeliggjøre etablering av en fungerende og bærekraftig helsetjeneste. Mangelen på verdiforankrede, forpliktene uttalelser og rammebetingelser vil ikke bare gå utover Vestre Vikens omdømme, men også svekke muligheten til å holde på kompetanse og til å tilby tjenester med høy kvalitet.

Når det gjelder prosjektorganisering og kunnskapsgrunnlag anbefaler vi ledelsen å legge inn et tydeligere beslutningsgrunnlag i rapporten. Omstendighetene og forutsetningene vi her peker på har vært formidlet flere ganger i løpet av workshops og ROS-analyser.

### Konseptskisse 01 DPS og Konseptskisse 02 Sykehus

Det som kalles konseptskisser for DPS og sykehus er helt identiske. Det eneste som skiller dem er organisatorisk plassering, og da antakelig også fysisk/geografisk lokalisering (når den tid kommer). Likheten gjenspeiler at dette ikke dreier seg om "konsepter". Et *konsept* i denne sammenhengen vil referere til *utformingen av en tjeneste basert på formål/målsetting og mandat*.

Vi mener «konsept» slik det er brukt her er villedende, i og med at det kan virke som om reorganiseringen av BET-tilbudet har kommet lenger enn det faktisk har. Istedenfor å bruke begrepet skrive "konsept", burde ledelsen det stå "organisatorisk plassering/innplassering". Det nye BET-konseptet vil først kunne beskrives når oppdraget er klart og å detaljeringen av tjenestene (løsningen på oppdraget) er formulert tydelig og klart i en prosjektbeskrivelse og et mandat.

### ***Innspill på de spesifikke delene i rapporten***

#### **1 Sammendrag**

- a) Se innspill vedrørende begrepet «konsept» ovenfor
- b) I første avsnitt i sammendraget står det «... *innenfor de rammene prosjektets mandat setter*». Her kan det se ut som prosjektets mandat skal lages en gang i fremtiden. Dette stiller vi oss undrende til. PHR er i gang med en omorganisering av BET, og en plassering av en prosjektorganisert poliklinisk/pedagogisk base et eller annet sted i organisasjonen.

Hvordan ser rekkefølgen og stegene i prosessen ut, slik PHR legger opp til når det gjelder BET, i et organisasjonsvitenskapelig perspektiv? Må ikke prosjektet og mandatet beskrives først, slik at man kan tilrettelegge organiseringen av tjenestene ut fra hva tjenestene skal produsere?

#### **2 Innledning**

- a) Utvikling av Basal Eksponeringsterapi (BET).  
I første setning i innledningen står det:

*«Basal Eksponeringsterapi (BET) er utviklet av medarbeidere i klinikk PHR over en periode på 24 år».*



Denne formuleringen er ikke riktig, og den kan medføre at det oppstår misforståelser når det gjelder utviklingen av BET-modellen og BET-tilbudet i Vestre Viken. Forslag til redigert formulering:

*«BET-modellen er utviklet i Bergen på 1990-tallet av Didrik Heggdal i samarbeid med Øystein Saksvik. BET-tilbudet i Vestre Viken er et behandlingsprogram som er basert på BET-modellen. Dette tilbudet har vært utviklet av medarbeidere i klinikk PHR over en periode på 24 år.»*

b) Manglende bakteppe for BET som recoveryorientert supplement og som alternativ i psykisk helsevern

I en FN-rapport i 2019 oppfordrer spesialrapportøren for mennesker med funksjonsnedsettelse norske myndigheter til å kopiere og lage flere tilbud som BET-seksjonen i Vestre Viken. Verdens helseorganisasjon (WHO) presenterer i 2022 BET-tilbudet i VV som et personsentrert, rettighetsbasert og recovery-orientert tjenestetilbud og som et eksempel for framtidens psykiske helsetjenester. Europarådet presenterer i sin katalog over autonomifremmende behandlingstilbud (helsetjenester som bidrar til å få ned bruken av tvang i behandling) BET-tilbudet i VV som et eksempel på «best practice». Ingenting av dette er med som bakteppe i presentasjonen av BET. Altså, beslutningstakerne i Vestre Viken blir ikke minnet om sentrale helsepolitiske problemstillinger og målsettinger som BET kan bidra til å løse. BET kan bidra til å sikre individets autonomi og rettigheter, og bidra til å få ned bruken av tvang i behandling.

Informasjon om fremhevelse av BET i overnasjonale føringer må inn i rapporten som en tematisering opp mot prosjektorganisering og utforming av mandatet for framtidige BET-tjenester i Vestre Viken.

### **3 Felles premisser for begge konseptskisser (side 5-6)**

- Se kommentar ovenfor, under Generelle innspill

### **4 Konseptskisse 01: BET i en DPS-setting**

- På side 6, under «Andre aktuelle oppgaver enn de kliniske vil være; ...» står det en punktliste på 5 punkter. De to første punktene (oppgavene)
  - utarbeide behandlingsforløp ...
  - utarbeide inntakskriterier for målgruppen ...

burde ligge under detaljeringen i prosjektplanleggingen, dvs. den delen av prosjektet som er knyttet til klinisk virksomhet.

Som nevnt lenger oppe, så må prosjektet utformes først, og så kan man organisere tjenestene. I andre avsnitt under overskriften på 4 DPS står det

*«Temaet må dimensjoneres i fht målgruppens behov for BET-tjenester i PHR sitt opptaksområde»*

Altså: Inntaks og inklusjonskriteriene for BET vil avgjøre hvordan teamet skal dimensjoneres. Derfor må det være i den rekkefølgen som vi påpeker her, først lage prosjektet, herunder inntakskriterier til BET-tjenester, og deretter dimensjonere teamet.

I dag har BET en relativt snevert definert målgruppe, som riktignok er sammensatt og noe utfordrende å avgrense dersom man skulle basere inklusjon/eksklusjon på diagnostiske kriterier i ICD/DSM. I prosessen vi er inne i nå, har det vært snakk om «å komme tidligere inn», og «ha en bredere kontaktflate med resten av klinikken». Dette vil kunne bety at målgruppen blir mye bredere enn den er pr. i dag i døgntilbudet på Blakstad.

- Øverst på side 8 står det:

*«Ved å definere BET-tilbudet på DPS bedre, blir det tydeligere hva slags metodikk man behandles etter»*

Det bør tydeliggjøres hva som menes med denne setningen

## **5 Konseptskisse 02: BET i en sykehus-setting**

## **6 Felles utfordringer for begge konseptskisser**

## **7 Brukerinvolvering**

## **8 Konklusjon**

I konklusjonen står det

*Samtidig er gruppen opptatt av at det finnes spørsmål som må avklares*

*Finansiering og dimensjonering vil være viktige faktorer. Det fremstår viktig at disse spørsmålene diskuteres i et klinikkperspektiv*

Man kan si at det er konkluderende så langt. Men konklusjonen mangler at det neste nødvendige steget er beskrivelse av prosjektet og utformingen av et mandat. Dette må knyttes opp mot målsettingen med prosjektet. Finansiering og dimensjonering vil være viktige faktorer ja, men som det står i rapporten vil dette avhenge av målgruppebeskrivelsen og hva som er inklusjonskriteriene i den kliniske delen av prosjektet, og hva som er de pedagogiske og forskningsmessige oppgavene til det pedagogiske teamet.

## **9 Innspill til rammer for prosjektteamets arbeid**

Se vårt innspill under overskriften «Kunnskapsgrunnlag» på side 2 i dette høringssvaret.

### ***Sluttkommentar i høringsinnspillet***

BET-seksjonen ber om at våre innspill tas inn i rapporten, og at det legges et tydeligere beslutningsgrunnlag for klinikkdirektør når hen skal ta beslutningen (eller lage en innstilling). Innplassering i organisasjonen avhenger som vi har påpekt av hva prosjektet skal bidra med i PHR. Rapporten ser ut til å vise at det ikke er så avgjørende for klinisk drift, forskning og implementeringsarbeid om BET-basen er plassert på et DPS eller det nye sykehus. Det er mer avgjørende hvordan de neste stegene i prosessen legges opp, dvs. at man først definerer og beskriver målsettingen(e) med prosjektet, så beskriver prosjektet, herunder dimensjonerer det opp mot målgruppebeskrivelse(r) og oppgaver knyttet til pedagogikk og forskning, og utformer et tydelig mandat som plasserer BET inn i virksomheten på en tydelig måte.

## Drøftingsnotat

Til: klinikktilitsvalgte og klinikkhovedverneombud Psykisk helse og rus

Fra: klinikkdirektør Kirsten Hørthe

### **Sak: Nytt driftskonsept og endret organisering for Basal eksponeringsterapi (BET).**

#### **Bakgrunn for saken:**

Basal Eksponeringsterapi (BET) er utviklet av medarbeidere i klinikk PHR over en periode på 24 år. I mesteparten av denne tiden har BET-tilbudet vært en integrert del av sykehuspsykiatrien. Siden 2018 har tilbudet vært organisert som en åpen seksjon på området til Blakstad sykehus, med beliggenhet et stykke unna de øvrige sykehusbygningene. Pasienter har i all hovedsak vært tatt inn via henvisning og venteliste.

Klinikk PHR er nå inne i en stor omstilling. Blakstad sykehus og BUPA sine døgnsesjoner skal flytte til Nytt Sykehus Drammen. Sengekapasiteten i dette sykehuset vil øke sammenlignet med dagens situasjon, og det skal opprettes en ny seksjon for avrusning og akutt rusbehandling, samtidig som TSB døgntilbudet utenfor sykehus skal samles på Konnerud. DPS-området skal samle sine døgnplasser på tre lokasjoner, og har foreslått at DPS døgndriften organiseres som en egen avdeling, samt at hver døgnsesjon skal spesialisere seg på en eller flere problemstillinger/fagområder. For BET-tilbudet får omstillingen en åpenbar konsekvens i form av at lokalene som har vært brukt siden 2018 ikke lenger vil være tilgjengelige. Samtidig endrer den landskapet i klinikken på en måte som åpner nye muligheter for internt samarbeid, og gjør det mulig å innrette tilbudet slik at det kan være tilgjengelig for pasienter på et tidligere stadium enn det som så langt har vært tilfelle.

Et grunnleggende spørsmål vil være hvorvidt BET-tilbudet som har vært siden 2018 skal forbli uendret, og bare flytte til andre lokaler, eller hvorvidt man som ledd i den pågående omstillingen ser behov for å endre på tilbudet.

I innledende arbeidsgrupper våren 2024 ble fordeler og ulemper med dagens organisering diskutert, og flere mulige retninger for et fremtidig BET-tilbud ble utforsket. Klinikkdirktør sin vurdering var at det forelå behov for å endre tilbudet, men at de innledende arbeidsgruppene ikke ga nok grunnlag for å avgjøre hva tilbudet burde endres til. Prosessen rundt hvordan klinikkens BET-tilbud skulle bli i fremtiden fortsatte derfor høsten 2024.

I løpet av sommer/ tidlig høst 2024 har det kommet mange innspill til videre prosess, både fra BET-seksjonen selv, fra DPS-området, fra brukere og fra andre interessenter. Det har vært avholdt møter med deltagelse fra klinikkledelse, DPS-området, Blakstad og BET-seksjonen, og gjennom disse møtene er det utarbeidet to overordnede konseptskisser for organisering

av BET-tilbud i klinikk PHR. Disse skissene har vært vurdert i en bredt sammensatt arbeidsgruppe, samt at brukere har fått komme med innspill til skissene, på samme tidspunkt i prosessen som arbeidsgruppedeltakerne.

BET er et behandlingstilbud til pasienter med komplekse lidelser, hvor selvskading i en eller annen form ofte er en del av bildet. [Nyere forskning på denne pasientgruppen](#) anbefaler forsterking av polikliniske/ambulante tjenester, fokus på unge pasienter, tidlig intervensjon, reduksjon av tvangsbruk, helhetlig og integrert behandling, samt langvarig oppfølging og støtte.

Dagens BET-tilbud i Vestre Viken er kun basert på døgninnleggelser, og har ventetid på ca. 1.5 år. I tillegg er det eksplisitt innrettet mot pasienter som har forsøkt all annen relevant behandling, noe som i praksis medfører det motsatte av fokus på unge pasienter og tidlig intervensjon.

Med et ikke-døgnbasert BET tilbud i bunn, mener klinikken vi vil kunne hjelpe flere, og intervenere tidligere, enn det vi kan i dag. Med BET døgnforløp i DPS døgnseksjon vil det, i motsetning til i dagens situasjon, ikke finnes noe tak på antall pasienter som kan behandles samtidig. Plassering i DPS-området, hvor det er åpne dører og frivillighet er regelen, vil harmonere med BET-tilnærmingens fokus på autonomi og Vestre Vikens ønske om å redusere tvangsbruk for målgruppen. Det vil også legge til rette for bedre integrasjon av BET-tilbudet med klinikkens øvrige tjenester.

#### **Arbeidsgivers vurdering:**

BET-tilbudet har, etter at det i 2018 ble endret til en tjeneste som i hovedsak tar inn elektive pasienter, fått det klinikken vurderer som uholdbart lang ventetid.

Endringen gjorde at det oppstod en utfordrende mekanisme knyttet til innsøking. Fordi tilbudet er unikt i nasjonal sammenheng, fordi det er basert på døgninnleggelser av relativt lang varighet, og fordi det i Norge er fri anledning til å velge behandlingssted for elektive behandlinger, har det vært stor innsøking fra andre deler av HSØ og andre deler av landet. Dette er en situasjon med både positive og negative sider. Den positive er at mennesker fra hele landet har fått mulighet til å forsøke BET-behandling. Den negative er at mekanismen i praksis innebærer en utilsiktet omfordeling av ressurser fra Vestre Viken sine innbyggere, til innbyggere fra andre deler av landet. Gjestepasienter genererer inntekter for klinikken, men denne effekten er begrenset. Dersom alle pasientene hadde vært gjestepasienter, ville ikke inntektene være nok til å fullfinansiere driften. Å utvide dagens BET-tilbud for å møte etterspørsel fremstår ikke som et økonomisk bærekraftig alternativ.

I løpet av høst/vinter 2025 har klinikk PHR gjennomført en utredning med hensikt å peke retning for den fremtidige organiseringen av BET-tilbudet. Fagfolk fra BET-seksjonen, fra DPS-ene og fra sykehusavdelingen på Blakstad har deltatt, sammen med hovedtillitsvalgt, hovedverneombud og ledere. Brukermedvirkning er gjennomført ved at klinikkens FOU-avdeling, sammen med representant for foretakets brukerutvalg, har hatt innspills- og innsiktsmøter med brukere. Basert på denne utredningen ønsker klinikken å utvikle et tilbud hvor BET døgnbehandling gis i DPS døgnseksjon, og underbygges av en poliklinisk/ambulant tjeneste som også er forankret i DPS-området.

**Arbeidsgivers forslag til løsning:**

BET-tilbudet etableres som et områdeovergripende prosjektteam i en av de eksisterende poliklinikkene i en av områdets fem DPS. Teamet kan organiseres som et tradisjonelt poliklinisk team, alternativt som et strukturert poliklinisk dagtilbud eller som et konsentrert tverrfaglig heldagstilbud.

Teamet må dimensjoneres i forhold til målgruppens behov for BET-tjenester i PHR sitt opptaksområde. I tillegg bør bemanning og kompetanse i et slikt områdeteam dimensjoneres i forhold til andre arbeidsoppgaver som tillegges teamet enn de rent kliniske.

**Videre prosess/framdrift:**

Grunnet sakens kompleksitet vil det 31.03.25. legges frem en styresak om det fremtidige BET tilbudet. I etterkant av styresaken vil det arbeides ut en detaljert fremdriftsplan for prosessen videre.

**Vedlegg:**

Rapporten «Fremtidig organisering av BET i Vestre Viken»

ROS analyse

Høringsinnspill

**Referat**

<b>Møte:</b>	<b>Drøftingsmøte – Nytt driftskonsept og endret organisering for Basal eksponeringsterapi (BET)</b>	<b>Til stede:</b>	<b>Fra arbeidsgiver:</b> Sondre S. E. Engebretsen, klinikkoverlege Katrine Sofie Hippe, områdesjef DPS Marit Kristine Opsahl, sykehussjef Blakstad Heidi Taksrud, avdelingssjef BUPA Svein Erling Gabrielsen, prosjektleder
<b>Møtedato:</b>	17. mars 2025		<b>Fra organisasjonene:</b> Marthe Wang Eriksen, NSF Maria Josefsen Gundersen, FF (Teams) Joan S. Nygard, NPF Håvard Svendsen Rognlidalen, Delta
<b>Tidspunkt:</b>	12:00 – 15:00		
<b>Sted:</b>	Grønland 32		
<b>Møteleder:</b>	Heidi Taksrud		
<b>Referent:</b>	Svein Gabrielsen	<b>Forfall:</b>	Harald Baardseth, FO Camilla Grundmann, OLF Geir Bye Gundersen, NFF Halstein Oskarsen, avdelingssjef ARA Kirsten Hørthe, klinikkdirektør PHR

**Agenda:**

Det vises til drøftingsnotat med vedlegg.

**Beskrivelse/oppfølging/vedtak**
**Momenter i møtet:**

- Siste frist for innspill til referat er onsdag 19. mars kl 14:00.
- Angående avsnitt to på side 2 i drøftingsnotatet:  
*«Dagens BET-tilbud i Vestre Viken er kun basert på døgninnleggelses, og har ventetid på ca. 1.5 år. I tillegg er det eksplisitt innrettet mot pasienter som har forsøkt all annen relevant behandling, noe som i praksis medfører det motsatte av fokus på unge pasienter og tidlig intervensjon».*  
Arbeidsgivers hensikt med formuleringen har ikke vært at pasienter som har forsøkt alt annet skal utelukkes; hensikten er å peke på intensjon om å åpne tilbudet også for pasienter i tidlig fase av utviklingen av problematikk knyttet til komplekse lidelser og eskalerende selvskading. Dette forutsetter selvsagt tydelig, god og riktig definisjon av målgruppe. Vi har under arbeidet sett til prosjektet Extreme Challenges ved OUS.
- Fysisk plass kan bli et dilemma.
- Det er viktig å se klinikkens totale antall døgnplasser når saken vurderes.
- Det er ikke mulig å vite noe om hvordan en eventuell omstilling blir for ansatte før det er valgt en organisering av tjenesten.
- Det haster etter styremøtet 31. mars med å få på plass detaljer for organisering, og det haster nå med å få på plass en tidsplan for fremdrift.
- Behandling i styremøte 31. mars betinger at saken blir vurdert som god nok til tas opp og ikke forskyves.
- 0-alternativ vil være å flytte dagens drift inklusive døgnplasser til PHR sine lokaler i Haugesgate.

**Synspunkter og innspill fra organisasjonene og KHVO****FO:**

Meldt forfall til møtet. Har som øvrige møtedeltakere, fått frist til onsdag 19. mars kl 14:00 med å levere skriftlig innspill. Følgende innspill har blitt oversendt fra FO:

BET er et svært viktig behandlingstilbud som må tas vare på og videreutvikles. Det har vist seg å være svært vellykket, sett i forhold til mange andre behandlingstilbud for samme pasientgruppe. Ventetiden er imidlertid lite heldig.

FO er enig i at Vestre Viken ikke i nåværende økonomiske situasjon kan opprettholde et landsdekkende tilbud på eget budsjett. Vi mener tilbudet burde være tilgjengelig for flere enn de i Vestre Vikens opptaksområde, men det avkrever ekstern full-finansiering eller at andre helseforetak/ helseregioner utvikler tilsvarende tilbud lokalt.

Det er vanskelig å ta stilling til forslagene i høringsdokumentet fordi detaljeringsgraden er svært liten. Det er derfor vanskelig å se for seg hvordan behandlingstilbudet i praksis vil se ut.

Det er en fare at vi nå «låser» første trinn i endringen uten å vite helt hvor vi skal. Hvis vi seinere ser at vi må tenke andreledes kan vi nå være bundet av vedtaket i styret. Veien tilbake kan derfor være låst. Dette er derfor kritikkverdig. Veien tilbake må derfor være åpen dersom vi ser at dette er nødvendig. Det er også uheldig at ikke et nullalternativ følger saken.

Utvikling av fagkompetanse er svært viktig. For å lykkes med dette mener FO at vi trenger et samlet fagmiljø. Dette gjelder både poliklinisk og ambulant virksomhet, dagtilbud og døgn. Det er også viktig å ha mulighet for en behandlingsskjede hvor tilbud som blir gitt til den enkelte pasient er helhetlig og forutsigbar. Da vil et samlet fagmiljø være den beste løsningen.

Lokalisering og bruk av sengeplasser vil kunne få konsekvenser for andre behandlingstilbud. Dette er ikke beskrevet godt nok i drøftingsdokumentet.

Vi har allerede bygget ned et vesentlig antall DPS døgn senger. Vi må anta at det vil være et varierende behov for å legge BET pasienter inn på døgn der det måtte lokaliseres.

Om en legger BET til en DPS døgnseksjon vil dette trolig fortrenge DPS plassene ytterligere. Dette vil ikke være i tråd med de beregninger og behov vi har fått presentert i omstillingen på DPS døgn. Om en legger BET til sykehus vil dette medføre bygningsmessige rammer for behandling som ikke er i tråd med behandlingssideologien. Det står lite om hvordan dette eventuelt kan tilpasses. Det bør derfor også beskrives hvordan vi kan få bedre rammer i et mulig alternativt driftssted. Om Vestre Viken allerede eier disse arealene, må det beskrives hvilke konsekvenser lokaliseringen vil kunne få.

**NSF:**

- Medlemmene som jobber på BET, opplever at de kan ha blitt fratatt noen muligheter ved å ikke ha vært en del av øvrige omstilling.
- Kompetansen på BET i DPS, hvilke tanker/planer har arbeidsgiver for utvikling av denne ved poliklinisk behandling? Ønskelig at arbeidsgiver utdyper dette bedre.

Støtter innspillet om å organisere det polikliniske og døgnbaserte bet tilbudet på samme lokasjon, da risikoen for en pulverisering av bet-tilbudet og -kompetansen er for stor dersom det skal spres utover flere lokasjoner.



Et godt BET-behandlingstilbud krever både stor interesse for behandlingsformen og strukturert trening og veiledning av personalet. Man kan ikke stå aleine eller med et veldig lite team og drive god BET behandling av høy kvalitet. Det vil i så fall forringe tilbudet til pasientene betraktelig, men også bli svært belastende for terapeutene som skal jobbe med pasientene.

Ved å spre tilbudet utover flere lokasjoner så vil det være vanskelig å klare å lage et robust nok fagmiljø. Ved å spre tilbudet vil det også være en fare for smitte av BET-tilnærmingen dersom man i døgnsesjoner skal veksle mellom BET pasienter og andre pasienter og personalet ikke er utdannet til denne behandlingen. BET-tilnærming passer ikke for alle pasientgrupper og det kan få alvorlige konsekvenser dersom man tilnærmer seg ikke BET-pasienter med en slik tilnærming. Samtidig er det viktig å understreke at en BET-tilnærming er svært effektivt for pasientgruppen det er ment for.

#### **Fagforbundet:**

- Ansatte er bekymret for at det faglig sterke tilbudet som BET er blir forringet som følge av eventuell endret organisering. Derfor viktig å ivareta at en fortsatt får sterkt faglig tilbud og også forbedret tilbud som følge av eventuell endret organisering.
- Viktig at en får gjort noe med ventetiden og får denne betydelig redusert da den i dag er veldig lang og en risikerer at flere blir dårligere mens de venter på behandling.
- En annen ting som er viktig er å nå ut til flere pasienter som kan være aktuelle for BET i Vestre Viken og på et mye tidligere tidspunkt i sykdomsforløpet.
- Pasienter som ikke ønsker eller ikke passer til BET forløp skal heller ikke kjøres forløp på da dette kan virke mot sin hensikt. Tydeliggjøring rundt forløp og andre forløp vil derfor være viktig i eventuell ny organisering.
- Pasienter gjennom brukerrådet har gitt viktige tilbakemeldinger som tilsier at det er viktig å få til noen endringer for å få et mer tilpasset BET-tilbud i forhold til pasientenes behov.
- Da både pasienter og ansattgruppen har gitt gode innspill i prosessen oppleves det som at det finnes et godt grunnlag å ta beslutning på. Det viser viktigheten av en god prosess selv om det har tatt noe mer tid.
- Ansatte trenger tydelig informasjon og viktig å få kommunisert ut til ansatte tidlig om hva beslutning blir og prosessen videre. Dette for å skape forutsigbarhet og forebygge uro som følge av eventuell endret organisering av BET.

#### **Psykologforeningen:**

BET er et unikt tilbud det er et tydelig behov for, noe som har medført at etterspørselen fra eget og andre opptaksområder langt har overgått kapasiteten og ventetiden for BET-behandling har blitt for lang. Dette er vi enige i at må gjøres noe med.

Foreslått endring vil redusere mulighet for å ta imot pasienter fra andre opptaksområder. Psykologforeningen er enig i at Vestre Viken ikke i nåværende økonomiske situasjon kan opprettholde et landsdekkende tilbud på eget budsjett. Vi mener tilbudet burde være tilgjengelig for flere enn de i Vestre Vikens opptaksområde, men det avkrever ekstern finansiering eller at andre helseforetak/ helseregioner utvikler tilsvarende tilbud lokalt.

I drøftingsdokumentet står «Dagens BET-tilbud i Vestre Viken er kun basert på døgninnleggelse, og har ventetid på ca. 1.5 år. I tillegg er det eksplisitt innrettet mot pasienter som har forsøkt all annen relevant behandling, noe som i praksis medfører det motsatte av fokus på unge pasienter og tidlig intervensjon». Dette kan tolkes som at målgruppen skal erstattes med unge med selvskadingsproblematikk og fokus skal være på

tidlig intervensjon. Målgruppen for dagens BET seksjon er pasienter med alvorlig selvskadingsproblematikk som har forsøkt all annen relevant behandling. Dette er en gruppe som er svært lidende, som bruker hjelpeapparatet mye og som hjelperne bruker mye ressurser på å hjelpe. Det sier seg selv at det påløper store kostnader hvis man ikke finner måter å hjelpe disse til mer varig bedring. Psykologforeningen mener at disse to gruppene ikke må settes opp mot hverandre. Det er svært viktig å utforme gode tilbud til unge og satse på tidlig intervensjon, men dette må gjøres i tillegg til å bevare tilbud til målgruppen som dagens BET behandler.

Psykologforeningen mener at det er positivt at det i drøftingsdokumentet står at det ved BET døgnforløp i DPS døgnseksjon ikke vil finnes tak på antall pasienter som kan behandles samtidig. Dette kan gi tilbud til flere raskere.

Samtidig har det nylig blitt gjennomført en omstilling av DPS døgnavdeling der man går ned på antall DPS døgnenger begrunnet i statistikk på forbruk av DPS-senger. I omstillingen ble det ikke tatt høyde for det behov potensielle BET-pasienter måtte ha. Med mindre man utvider kapasiteten på DPS-sengene anses intensjonen om bedre døgnkapasitet for BET-pasientene ikke realistisk.

En svakhet ved drøfting nå er at det skal vedtas en organisasjonsmessig ramme rundt BET-tilbudet videre, men uten at detaljer i det videre tilbudet er skissert. Hvordan dette organiseres videre har stor betydning for om vi klarer å ivareta BET-tilbudet videre på en måte som har effekt for de med alvorlig grad av selvskadingsproblematikk. Selv om videre organisering og detaljering av tilbudet videre er en del av videre prosess etter vedtak så nevnes noe her da det likevel raskt må tas stilling til.

For det første vil en spredning av pasientene i tilfeldige DPS-senger på ulike lokasjoner ikke gi den samme behandlingseffekt som i et miljø med BET-utdannede miljøterapeuter. Det vil derfor ha en betydning om man velger å spre de som jobber på BET på de ulike døgnene eller samler kompetansen primært på en døgnlokasjon. Det vil videre være viktig å samlokalisere det polikliniske/ pedagogiske BET-tilbudet med en av døgnene for å understøtte det helhetlige behandlingsforløpet og bidra med kompetanse, eventuelt også personell i spesielt utfordrende forløp. Samlokalisering vil kunne gi raskere og bedre samhandling, kortere forløp, lettere tilgjengelig kompetanse for miljøpersonale.

Proessen har tatt lang tid og vi minner om at det på drøftingsmøtet i juni 2024 ble sagt at ansatte på BET ikke skulle bli skadelidende av at omstillingen der skjer i etterkant av den store omstillingen som nå har vært i DPS, ARA og Akuttavdelingen.

Heller ikke BET-tilbudet bør bli skadelidende av en avgjørelse om å legge BET til DPS selv om DPS døgnavdeling er i slutfasen av omstilling og ombygging.

**Delta:**

- Delta støtter innspillene fra de andre fagforeningene.

**KHVO:**

- Viktig at ansatte som berøres blir godt ivaretatt.
- Det er viktig at ansatte som blir med på ny organisering tar del i videreutvikling av kompetansen innen BET i klinikken.
- Tror det kan være en fordel dersom tilbudet organiseres i tilknytning til en av 2 DPS-døgnlokasjoner hvor det også er poliklinisk aktivitet.

Vestre Viken HF  
Sykehuset Buskerud  
3004 DRAMMEN

Vår ref.  
24/1713 - 1

Deres ref

Dato  
29.07.2024

## Undersøkelse av menneskerettsvurderinger i bærekraftsplan

### 1. Mandat og bakgrunn for LDOs henvendelse

Likestillings og diskrimineringsombudet (LDO) har som lovfestet mandat å føre tilsyn med FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med funksjonsnedsettelse (CRPD).

Personer med langvarig mentale funksjonsnedsettelse /psykiske lidelser er blant de persongrupper som har et menneskerettslig vern etter CRPD, jf. CRPD artikkel 1 annet ledd. CRPD styrker det menneskerettslige prinsippet om autonomi og selvbestemmelse, og pålegger staten å sikre frihet fra diskriminering, rett til frihet og personlig sikkerhet og behandling basert på fritt og informert samtykke, uavhengig av funksjonsnedsettelse.

I lys av vårt mandat er vi ikke opptatt av organiseringen av Vestre Viken HF i og for seg. Det vi er opptatt av, er om pågående og planlagte endringsprosesser tar hensyn til ansvaret alle statlige aktører har til å organisere tjenestene slik at også personer med psykososiale funksjonsnedsettelse får en reell tilgang på helsetjenester som er i tråd med de menneskerettslige forpliktelsene som Norge har etter CRPD.

På bakgrunn av dette ønsker vi å undersøke hvordan Vestre Viken HF i den pågående omstillingsprosessen vil sikre at behandlingstilbud som bygger på prinsippet om autonomi og selvbestemmelse ikke blir nedbygget eller svekket, med den konsekvens at personer i målgruppen risikerer å bli utsatt for større bruk av tvang i møte med psykisk helsevern, se nedenfor punkt 4. Før vi de stiller de konkrete spørsmålene vil vi imidlertid fremme de aktuelle menneskerettslige forpliktelsene Vestre Viken som leverandør av statlige helsetjenester er forpliktet av.

### 2. Forpliktelser etter CRPD og regjeringens arbeid med inkorporering i norsk rett

Respekt for «individuell selvstendighet med rett til å treffe egne valg» er et generelt prinsipp i CRPD jf. artikkel 3 a. Dette prinsippet følges opp i de materielt forpliktende

bestemmelsene i CRPD artiklene 12 og 14 og 25. Essensen i disse bestemmelsene er å pålegge partene plikt til å sikre at enhver person med funksjonsnedsettelse, inkludert personer med mentale funksjonsnedsettelse/psykiske lidelser, på lik linje med andre, har rett til å foreta egne valg (artikkel 12), rett til frihet og personlig sikkerhet (artikkel 14) og rett til å velge behandling basert på fritt og informert samtykke (artikkel 25 d). I den grad funksjonsnedsettelse medfører behov for det, skal personene få støtte til å utøve sin autonomi (artikkel 12.3).

Det er noe usikkerhet om rekkevidden av disse bestemmelsene.

Norge, har avgitt tolkningserklæringer om hvordan de mener at artiklene 14 og 25 skal tolkes. Den norske tolkningserklæringen til artikkel 14 og 25 lyder:

“Norway recognises that all persons with disabilities enjoy the right to liberty and security of person, and a right to respect for physical and mental integrity on an equal basis with others. Furthermore, Norway declares its understanding that the Convention allows for compulsory care or treatment of persons, including measures to treat mental illnesses, when circumstances render treatment of this kind necessary as a last resort, and the treatment is subject to legal safeguards.”

Hvilken betydning LDO vurderer at forpliktelsene bør få for norsk rett og praksis innen feltet psykisk helsevern, har LDO vi utredet grundig i vår rapport «Inkorporering av CRPD».<sup>1</sup>

Selv om det er en viss uenighet om CRPD overhodet åpner for bruk av tvang utover nødretts- og nødverge situasjoner, er det ikke uenighet om at tvang kun skal brukes når det er nødvendig som en siste utvei.

For at tvang eventuelt skal være en siste utvei må personer som ellers risikerer tvang ha tilgang på frivillig behandling i tråd med CRPD.

Norge er folkerettslig forpliktet av CRPD. Regjeringen uttrykte allerede i Hurdalsplattformen<sup>2</sup> at konvensjonen skal inkorporeres i norsk rett, og regjeringen arbeider nå med dette.<sup>3</sup>

Omfattende bruk av tvang i psykisk helsevern og mangel på tilgang til helsetjenester i psykisk helsevern som er basert på fritt og informert samtykke, er en alvorlig menneskerettslig utfordring, som en rekke av FNs menneskerettsorganer har uttrykt bekymring for. CRPD-komiteen har anbefalt Norge å endre både lovgivning og praksis når det gjelder bruk av tvang overfor personer med psykiske lidelser.<sup>4</sup>

Da FNs spesialrapportør for funksjonshemmede besøkte Norge i 2019, var hun opptatt av at omfattende bruk av tvang overfor personer psykiske lidelser ikke er i tråd med den menneskerettslige utviklingen. I sin oppsummering av undersøkelsene i Norge sa Devandas at «utstrakt bruk av tvang går ikke bare imot internasjonale menneskerettigheter, men er ineffektivt og kan hindre mennesker i å søke annen form for hjelp.»

---

<sup>1</sup> [Inkorporering av CRPD: Likestillings- og diskrimineringsombudets anbefalinger om norsk rett og praksis \(ldo.no\)](#) se side se side 47-88.

<sup>2</sup> [Hurdalsplattformen - regjeringen.no](#)

<sup>3</sup> [Høring - Utredning om inkorporering av FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne \(CRPD\) i norsk lov - regjeringen.no](#)

<sup>4</sup> [CRPD/C/NOR/CO/1 \(regjeringen.no\)](#) se para 23 og 24

Hun fremhevet to tjenestetilbud - seksjonen for basal eksponeringsterapi (BET) ved Blakstad sykehus i Asker og Avdeling for medisinfrie tilbud ved Åsgård psykiatriske sykehus i Tromsø – som eksempler på at en kan oppnå gode resultater uten bruk av tvang.<sup>5</sup>

### **3. Betydningen av BET for menneskerettigheter i praksis**

Vi har merket oss at BET-seksjonen ved Blakstad sykehus i Vestre Viken HF har greid å tilby behandling tilnærmet uten bruk av tvang, overfor mennesker som ellers er utsatt for mye tvang, og svært hyppig bruk av tvangsmidler i behandlingen.

De som tas inn til behandling kan ha diagnoser innen kategorier som psykolidelser og bipolare lidelser og være plaget av symptomer som vrangforestillinger, hallusinasjoner og store stemningssvingninger, eller mer sammensatte tilstandsbilder preget av dissosiasjon, personlighetsproblematikk, selvskading og selvmordsforsøk.<sup>6</sup>

Evalueringsstudier viser etter det vi er kjent med at behandling ved BET-klinikken utmerker seg med positive effekter for pasientene, ved blant annet å bidra til mindre bruk av tvang i behandling og redusert bruk av psykiatriske legemidler. Denne tilnærmingen hjelper mange til å skape seg et mer selvstendig og bedre liv. BET har gitt personer som har hatt omfattende psykososiale utfordringer og plager en mulighet til å til å leve selvstendig og være deltakere i samfunnet på en helt annen måte enn de kunne uten tilsvarende behandling:

Antall nye døgninnleggelser i etterkant av gjennomført behandling er blitt betydelig redusert både med hensyn til innleggelser i somatiske akuttmottak og i akuttenheter i psykisk helsevern. En tredjedel av pasientene har også blitt medisinfrie uten at dette har blitt kompensert med legale eller illegale rusmidler. Oppfølgingsstudier tilsier at omtrent halvparten av alle som gjennomgår programmet blir medisinfrie. Oppfølgingsstudier viser også at mennesker som slutter med medisiner fungerer bedre psykososialt enn de som har fortsatt og at de fleste bor i egen bolig, halvparten har ikke lenger behov for tjenester fra psykisk helsevern og en tredjedel kommer seg i arbeid.<sup>7</sup>

Formålet med behandlingen ved BET er å mobilisere iboende ressurser og styrke autonomi. Seksjonen tilbyr medisinfri behandling for de som ønsker dette, jf. Helse- og omsorgsdepartementets krav om at alle helseforetak skal tilby denne muligheten. Det er derfor risiko for at nedbyggingen av BET vil gjøre at retten personer til psykiske lidelser har til et likeverdig behandlingstilbud basert på fritt og informert samtykke svekkes på landsbasis.<sup>8</sup>

### **4. LDOs spørsmål og spørsmål til Vestre Viken HF**

---

<sup>5</sup> [LDO - FN-rapportør bekymret over bruk av tvang og utdatert vergemålslov](#)

<sup>6</sup> [Fordeler og ulemper med BET-behandling - Vestre Viken HF](#)

<sup>7</sup> Heggdal, Basal eksponeringsterapi, Bærekraft i psykisk helsevern, 2022 side 22 og 23 med videre henvisninger.

Vi presiserer at det fremstår noe uklart for oss hvor i beslutningsprosessen saken står nå. Slik vi har forstått det er det foreløpig ikke avklart hva som skal skje videre med tilbudet til personer som er i målgruppa for behandlingen som gis i dag gis ved BET-klinikken. Vi har merket oss uttalelser om at beslutning foreløpig ikke er tatt, men at klinikkdirektør Hørthe samtidig har uttalt at dagens organisering av BET ved Blakstad ikke vil bestå.<sup>9</sup>

Basert på innspill vi har fått fra ulike aktører, herunder personer i sivilsamfunn, og et notat fra klinikkdirektør Hørthe til tillitsvalgte og hovedverneombud, datert 4. juni 2024, er vi bekymret for signaler om at omorganiseringsprosess i Vestre Viken Helseforetak kan medføre at helsetjenestene som i dag tilbys ved BET-klinikken vil bli svekket.

På bakgrunn av dette ber vi om svar på følgende spørsmål:

- Er menneskerettslige forpliktelser i CRPD en del av Vestre Viken HF's vurdering av hva som er bærekraftige helsetjenester?
- Hvilke faktorer har klinikkleder ved Vestre Viken HF vurdert og vektlagt når det står i notat 4. juni 2024 at «dagens organisering ved BET i liten grad er bærekraftig videre»?
- Mener Vestre Viken HF at innleggelse og behandling som bygger på bruk av tvang er mer bærekraftig enn frivillig behandling ved BET-klinikken, for personer som ikke er ansett til fare for andre?
- Har Vestre Viken HF foretatt en kostnadsberegning som sammenligner pris på døgnbehandling basert på tvangsvedtak med kostnad på døgnbehandling ved BET-klinikken?
- Når Vestre Viken HF vurderer hva som er bærekraftig helsetjenester, vurderes da også konsekvensen i ettertid for pasientene som mottar behandling, slik som konsekvens for evne til å bo og leve selvstendig og tilknytning til arbeidsliv og omfang av bruk av helsetjenester?
- Hvordan vil Vestre Viken HF sikre at omorganiseringen ikke medfører at tilbudene som i dag gis ved BET erstattes med tilbud som bygger på tvang og bruk av medikamenter med stor risiko for bivirkninger?
- Ville Vestre Viken HF kunne anse BET- behandlingen som bærekraftig dersom behandlingen ble finansiert av statlige midler som gjenspeiler at opptaksområdet, er fra hele landet?
- Har Vestre Viken HF bedt om å få en annen finansieringsmodell for BET-klinikken?
- Vil Vestre Viken HF i en omorganiseringsprosess sikre at behandlingstilbudet til den pasientgruppa som er i målgruppa for behandlingen som i dag gis ved BET-klinikken ved Vestre Viken HF ikke svekkes, og eventuelt hvordan?

## 5. Oppsummering

Avslutningsvis fremhever vi at vårt anliggende er å bidra til at behandlingstilbudet ved BET, som utmerker seg med autonomifremmende behandling til persongrupper

---

<sup>9</sup> [BET-tilbudet ved Blakstad: – Dagens organisering vil ikke bestå \(sykepleien.no\)](#)

som har et vern til rett til frihet og personlig sikkerhet og behandling basert på fritt og informert samtykke etter FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med funksjonsnedsettelse (CRPD), og som ellers risikerer bruk av mye tvang, ikke svekkes.

Vi har ikke opplysninger som gjør det mulig for oss å vite når det skal fattes avgjørelser som vil få direkte betydning for tilbudet og organiseringen av BET-klinikken. Vi ber imidlertid om svar på våre spørsmål i god tid før det fattes avgjørelser som vil påvirke BET-klinikkens drift. I lys av at det fremgår av notat 4. juni 2024 at organiseringen av BET i dag ikke anses bærekraftig, har vi grunn til å tro at det er foretatt en del aktuelle vurderinger allerede, og vi ber derfor om svar på våre spørsmål senest innen 20. september 2024. Vi ber om tilbakemelding dersom denne fristen ikke kan etterleves og at det eventuelt i samtidig opplyses når beslutninger skal tas og når vi kan forvente svar.

Ta gjerne kontakt med fagdirektør Guri Hestflått Gabrielsen på epost [guri.gabrielsen@ldo.no](mailto:guri.gabrielsen@ldo.no) dersom dere har spørsmål.

Vennlig hilsen

May Schwartz  
avdelingsdirektør

Guri Hestflått Gabrielsen  
fagdirektør

Dokumentet er elektronisk godkjent, og gyldig uten signatur.

LIKESTILLINGS- OG DISKRIMINERINGSOMBUDET  
(Datterselskap)  
Postboks 9297 Grønland  
0134 OSLO

Guri Hestflått Gabrielsen

Dato: 30.08.2024  
Saksbehandler: Sondre S Engebretsen  
Direkte telefon:  
Vår referanse: 24/07987-2 / 33  
Deres referanse: 24/1713-1  
Klinikk/avdeling: Vestre Viken HF /  
Psykisk helse og rus

## Brev med spørsmål fra likestillings og diskrimineringsombudet - Undersøkelse av menneskerettsvurderinger i bærekraftsplan

Vestre Viken HF takker for LOD sitt initiativ ved brev av 29.07.24, og er glade for at ombudet har fokus på psykiske helsetjenester. Brevet angår vurderinger som er gjort i klinikk for Psykisk Helse og Rus (PHR), og vi finner det derfor naturlig at det er klinikkdirektør som svarer på vegne av Vestre Viken HF.

### 1. Om BET-tilbudet i Vestre Viken

Basal Eksponeringsterapi (BET) er utviklet av medarbeidere i klinikk PHR over en periode på 24 år. I mesteparten av denne tiden har BET vært en integrert del av sykehuspsykiatrien. Seksjonen hvor BET oppstod var lokalisert sammen med de andre sykehuspsykiatriske seksjonene, og overføringer fra de andre sykehuspsykiatriske seksjonene til BET-seksjonen var vanlig.

I 2018 skjedde det imidlertid en endring i måten klinikk PHR organiserte BET-tilbudet på. Tilbudet ble fysisk flyttet bort fra de sykehuspsykiatriske seksjonene, og satt opp som en uavhengig seksjon. Samtidig har klinikken stilt seg bak et initiativ for å profilere seksjonen mtp. henvisninger fra andre deler av landet. Pasienter har i all hovedsak vært tatt inn via henvisning og venteliste, og overføringer fra de sykehuspsykiatriske seksjonene har knapt forekommet.

BET-tilbudet har avstedkommet mange lovende funn og positive erfaringer, som vi ser at LOD også har merket seg. De fleste av disse stammer imidlertid altså fra en tid hvor tilbudet hadde andre rammer og en annen pasientflyt enn det som har vært tilfelle siden 2018. Til tross for at seksjonens medarbeidere har arbeidet utrettelig og oppnådd gode resultater på flere fronter, ser vi at utviklingen på noen sentrale områder gjør det nødvendig å korrigere kurs. Hva disse områdene er, vil vi komme tilbake til når vi besvarer ombudets konkrete spørsmål.

Klinikk PHR er inne i en stor omstillingsprosess, som vil berøre nær sagt alle klinikkens tilbud. Som ledd i denne prosessen har vi vurdert dagens organisering av BET-tilbudet, altså den organiseringen som har vært siden 2018, og konkludert med at denne bør endres. Hvordan klinikkens fremtidige BET-tilbud skal se ut er fremdeles ikke avgjort, og spørsmålet vil bli arbeidet videre med i løpet av inneværende år.

### 2. Om betydningen av BET for menneskerettigheter i praksis

Klinikk PHR mener det er behov for en stor verktøykasse og mange innfallsvinkler når man arbeider med de vanskelige problemstillingene som finnes i våre fagfelt, hvor menneskerettigheter, samfunnsvern, kravet til evidens og perspektivene til pasienter og pårørende alltid må balanseres mot hverandre.



Som LOD skriver, finnes det lovende funn i forskningen som er gjort på BET. De studier som foreligger er alle forankret i vår egen FOU-avdeling, og det gjør inntrykk å se dem referert av store og toneangivende aktører. Samtidig er vi nødt til å påpeke at vi ikke har klart å komme så langt som vi skulle ønske når det gjelder forskningen på BET. Slik tilbudet har vært organisert, har det ikke latt seg gjøre å etablere studier med kontrollgruppe eller randomisering, og vitenskapelig sett utgjør dette en betydelig svakhet. Behandlingen bygger på metoder med høy grad av evidens, men disse metodene kombineres og brukes på et vis som gjør at summen åpenbart fremstår som unik.

Selv om det altså finnes lovende antydninger om mange av effektene som LOD refererer, gjør begrensninger ved de studiene som så langt er gjennomført at disse effektene ennå ikke kan fastslås med noen stor grad av sikkerhet. Ingen betviler pasientene som har opplevd positive endringer etter å ha gjennomgått BET-behandling; hvorvidt endringene på gruppenivå skyldtes behandlingen er fremdeles et ubesvart spørsmål.

Klinikk PHR forstår imidlertid selvsagt at det ombudet refererer er basert på materiale publisert på våre hjemmesider og av våre medarbeidere. I tillegg til å ha ambisjoner om bedre forskning på BET-metodikken, har vi også en ambisjon om å kommunisere om tilbudet på en tydeligere måte. Både i offentlig debatt og innad i norske fagmiljøer har BET-behandlingen blitt gjenstand for betydelig polarisering. Er BET en mirakelkur som kan helbrede alle psykiske lidelser uten medisiner eller tvang? Eller er BET en kald og udokumentert terapiform som påfører lidelse? Det er vår klare mening at mange pasienter, pårørende og fagfolk opplever det som vanskelig å få grep om hva behandlingen egentlig innebærer, hva slags effekter den kan dokumentere, hvem den er for og hvem den ikke er for. Studien «Når behandling gjør vondt verre – erfaringer fra basal eksponeringsterapi» (Psykologtidsskriftet 01.12.22) undersøkte erfaringene til pasienter som opplevde at BET-behandlingen hadde gjort dem verre. En konklusjon i etterkant er at den kommunikasjonen som så langt har vært om tilbudet, har bidratt til å skape forventninger som ikke stemmer med hva behandlingen faktisk innebærer. Pasienter som har negativ erfaring med BET-tilbudet beskriver gjennomgående frykt for å stå frem med sine opplevelser. Dette er en form for utvikling vi ikke kan være bekjent av.

I siste instans er det klinikk PHR som har ansvaret for å kommunisere tydeligere om BET-tilbudet vårt. Dersom det autonomifremmende potensialet som ligger i tankegangen bak BET skal kunne realiseres til fulle, er vi nødt til å organisere og beskrive tilbudet på en måte som gir bred mening for pasienter, pårørende og fagfolk i norsk psykisk helsevern.

#### **4. LDOs spørsmål og spørsmål til Vestre Viken HF**

*Er menneskerettslige forpliktelser i CRPD en del av Vestre Viken HFs vurdering av hva som er bærekraftige helsetjenester?*

Når klinikk PHR i Vestre Viken bruker begrepet bærekraftige helsetjenester i den pågående omstillingsprosessen, mener vi helsetjenester som tilfredsstiller alle forpliktelser norske myndigheter legger på landets helseforetak, og som er organisert slik at behovene til befolkningen i vårt opptaksområde på best mulig vis kan dekkes med ressursene klinikken får tildelt.

*Hvilke faktorer har klinikkleder ved Vestre Viken HF vurdert og vektlagt når det står i notat 4. juni 2024 at «dagens organisering ved BET i liten grad er bærekraftig videre»?*

Etter at BET-tilbudet ble omgjort i 2018, har pasientflyten vært basert på henvisninger til planlagte opphold. Henvisningene har blitt vurdert, pasientene har blitt satt på venteliste, og behandling har blitt gitt når dette har latt seg gjøre. I skrivende stund har ventetiden blitt om lag 1.5 år. Ved revisjon av praksis for vurdering av henvisninger, ser vi at klinikken ikke i tilstrekkelig grad har sikret at denne oppfyller alle kravene i pasient og brukerrettighetsloven.

Klinikken har også stilt seg bak et initiativ for å promotere seksjonen for henvisninger fra andre områder av landet. Dette har en åpenbar positiv side, men har også ført til at Vestre Vikens egne pasienter har utgjort et klart mindretall blant de som har fått tilbud i seksjonen. Selv om det er anledning til å velge behandlingssted i Norge, er det også slik at helseforetakenes primæroppgave er å sørge for behovene i eget opptaksområde. Det er derfor anledning til å avslå eksterne henvisninger dersom det oppstår fristbrudd for egne pasienter. På grunn av måten vi har vurdert henvisninger til BET-seksjonen på, har denne regelen aldri blitt anvendt. I våre egne poliklinikker oppgir behandlere og pasienter at dagens BET-tilbud fremstår utilgjengelig, samt at ventetiden gjør at man lar være å sende henvisning.

Ved gjennomgang av pasientene som har fått tilbud i seksjonen de siste 3.5 årene, har ca. 85% vært kvinner, og nesten 90% har hatt bakgrunn fra norsk majoritetsbefolkning. Klinikkk PHR er sikre på at medarbeiderne i BET-seksjonen har gjort sitt beste for å hjelpe alle, uansett bakgrunn, og vi vet også at seksjonen på individnivå har hatt et bredt spektrum av pasienter. Sammenholdt med oppfatningen som har utviklet seg rundt tilbudet, hvor det ofte har blitt beskrevet som et rettighetsbasert og autonomifremmende alternativ til tvungen behandling på generell basis, fremstår tallene imidlertid påfallende.

Organiseringen fra 2018 har ikke gjort det mulig å legge til rette for forskning med kontrollgrupper eller randomisering, og derfor ikke bragt klinikken videre når det kommer til å øke evidensgraden bak metodikken i BET. Klinisk etisk komité i PHR har ut ifra sitt mandat sendt en bekymringsmelding til klinikkdirektør, hvor det foreslås å definere tilbudet som utprøvende behandling, samtidig som det legges til rette for forskning som kan øke evidensgraden. Når kommunikasjonen om tilbudet heller ikke har gitt bred mening blant fagfolk, har det oppstått en situasjon hvor PHR ikke har klart å gjøre BET-tilbudet til en faglig integrert del av klinikken.

Sammen med økende bevissthet omkring negative pasienterfaringer og debattklimaet som har oppstått rundt tilbudet, utgjør faktorene over hovedtrekkene i det klinikk PHR mener er en lite bærekraftig utvikling. Det er viktig å være tydelig på at den uheldige utviklingen ikke har vært ønsket fra noen parter, samt på at medarbeiderne ved BET-seksjonen har gjort sitt ytterste for å skape et banebrytende og nytenkende tilbud. Ansvar for utviklingen hviler utelukkende på klinikk PHR. Klinikken vil derfor arbeide sammen med medarbeidere på BET-seksjonen, øvrige fagfolk i klinikken, tillitsvalgte og vernetjeneste, med mål om å utvikle et mer bærekraftig BET-tilbud. I dette arbeidet vil det være sentralt å inkludere brukere på en måte som sikrer at den bredden av erfaringer som foreligger blir representert.

*Mener Vestre Viken HF at innleggelse og behandling som bygger på bruk av tvang er mer bærekraftig enn frivillig behandling ved BET-klinikken, for personer som ikke er ansett til fare for andre?*

Klinikk PHR i Vestre Viken mener at det ikke er lov å bruke tvang dersom det foreligger et frivillig alternativ, forutsatt at det frivillige alternativet ikke er åpenbart formålsløst å forsøke. Vi mener også at vi har en tydelig forpliktelse til å arbeide for redusert bruk av tvang i våre tjenester, jf. definisjonen av bærekraft innenfor rammen av pågående omstilling som beskrevet over.

Når det gjelder tilnærmingen som ligger bak BET-metodikken, mener vi den har potensiale til å redusere tvangsbruk for en viktig gruppe pasienter, men at vi i dagens situasjon ikke klarer å utnytte dette potensialet til fulle på grunn av måten tilbudet er organisert på. Samtidig må vi også være klare på at vi ikke mener at BET-behandling er et formålstjenlig alternativ for alle pasienter og alle typer problemstillinger.

*Har Vestre Viken foretatt en kostnadsberegning som sammenligner pris på døgnbehandling basert på tvangsvedtak med kostnad på døgnbehandling ved BET-klinikken?*

## Vestre Viken

Igjen må vi være klare på at klinikk PHR i Vestre Viken ikke mener at BET-behandling er et alternativ for alle pasienter og alle typer problemstillinger. Det er ikke slik at alle pasienter som er innlagt til tvungen døgnbehandling kunne ha fått forsvarlig frivillig behandling ved dagens BET-seksjon. For den gruppen pasienter hvor tilnærmingen bak BET kan vært et formålstjenlig alternativ til tvungen innleggelse, er det åpenbart at et slikt alternativ ville kunne være kostnadseffektivt.

*Når Vestre Viken HF vurderer hva som er bærekraftige helsetjenester, vurderes da også konsekvensen i ettertid for pasientene som mottar behandling, slik som konsekvens for evne til å bo og leve selvstendig og tilknytning til arbeidsliv og omfang av bruk av helsetjenester?*

At redusert behov for helsehjelp, økt evne til selvstendig liv og styrket tilknytning til arbeidslivet utgjør viktige kjennetegn ved bærekraftige tjenester fremstår åpenbart, også for klinikk PHR i Vestre Viken. Det finnes mange pasienter som har opplevd slike endringer i etterkant av BET-behandling, men det finnes også en betydelig gruppe pasienter som har motsatt erfaring. I ingen av tilfellene er effektene dokumentert i studier med kontrollgruppe eller randomisering. Dette betyr ikke at man kan se bort ifra dem; det betyr at de må anses som tentative, lovende eller urovekkende, avhengig av hvilken effekt det er snakk om.

*Hvordan vil Vestre Viken sikre at omorganiseringen ikke medfører at tilbudene som i dag gis ved BET erstattes med tilbud som bygger på tvang og bruk av medikamenter med stor risiko for bivirkninger?*

Klinikk PHR mener at tilnærmingen bak BET-metodikken har potensiale til å redusere tvangsbruk og overmedisinering for en viktig gruppe pasienter, men at dagens organisering gjør at potensialet ikke utnyttes til fulle. Et sentralt mål med omorganiseringen av BET-tilbudet er å redusere årsakene til dette. Dagens ventetid på opp mot 1.5 år og den høye andelen gjestepasienter er viktige faktorer i så måte. Det samme er fraværet av pasientflyt fra de sykehuspsykiatriske seksjonene, hvor pasientene som legges inn på tvang tross alt befinner seg.

*Ville Vestre Viken HF kunne anse BET-behandlingen som bærekraftig dersom behandlingen ble finansiert av statlige midler som gjenspeiler at opptaksområdet, er fra hele landet?*

I den nåværende omstillingen begrenser klinikk PHR i Vestre Viken seg til å jobbe for at våre egne tilbud i best mulig grad skal møte pasientbehovene i våre opptaksområder og forpliktelsene norske myndigheter legger på landets helseforetak. På generell basis mener vi kravet om evidensbasert behandling er en viktig del de nevnte forpliktelsene, og at mer forskning på BET-metodikken bør være prioritert i første omgang.

*Har Vestre Viken HF bedt om å få en annen finansieringsmodell for BET-klinikken?*

Klinikk for psykisk helse og rus i Vestre Viken har aldri bedt om å få en annen finansieringsmodell for BET-tilbudet.

*Vil Vestre Viken i en omorganiseringsprosess sikre at behandlingstilbudet til den pasientgruppa som er i målgruppa for behandlingen som i dag gis ved BET-klinikken ved Vestre Viken HF ikke svekkes, og eventuelt hvordan?*

Klinikk PHR i Vestre Viken mener at det i dagens situasjon finnes mange pasienter som hadde vært aktuelle for BET-tilnærming, men som ikke får muligheten på grunn ventetid og manglende integrasjon med klinikkens øvrige tilbud. Ved å fokusere på utfordringsområdene vi har presentert på de foregående sidene, mener vi det er mulig å lage et BET-tilbud som kan hjelpe raskere, og som kan hjelpe flere.

Med vennlig hilsen

Kirsten Hørthe  
Klinikkdirektør  
Klinikk psykisk helse og rus  
Vestre Viken HF

Sondre Sperle Nguyen Engebretsen  
Klinikkoverlege  
Klinikk psykisk helse og rus  
Vestre Viken HF

*Dokumentet er elektronisk godkjent og har ingen signatur*

Dato: 12. mars 2025  
Saksbehandler: Anders Debes

## Saksfremlegg

### Protokoll fra foretaksmøte 28. februar og Oppdrag og bestilling 2025 for Vestre Viken HF

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	35/2025	31.03.25

#### Forslag til vedtak

Styret tar protokoll fra foretaksmøte i Vestre Viken HF 28. februar og Oppdrag og bestilling 2025 til etterretning.

Drammen, 24. mars 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

### **Bakgrunn**

Helse- og omsorgsdepartementets styring av Helse Sør-Øst RHF gjøres gjennom årlig oppdragsdokument og vedtak i foretaksmøter. Helse Sør-Øst RHF gir videre styringsbudskap til underliggende helseforetak gjennom Oppdrag og bestilling som overleveres i foretaksmøte i februar hvert år. Eierstyring skjer ellers gjennom foretaksmøter i løpet av året etter behov. Nye styremedlemmer oppnevnes hvert annet år i foretaksmøte i februar, sist den 26. februar 2024.

### **Saksutredning**

Oppdrag og bestilling 2025 ble overlevert i foretaksmøte 28. februar 2025.

Gjennom Oppdrag og bestilling 2025 (OBD) gis Vestre Viken HF styringskrav og rammer fra Helse Sør-Øst RHF (HSØ) for 2025. Det anføres også at Vestre Viken HF skal sette seg inn i overordnede føringer og styringsbudskap gitt Helse Sør-Øst RHF i oppdragsdokument og foretaksprotokoller i 2025 og grunnlaget for disse.

### Overordnede føringer

Gjennomsnittlige ventetider i spesialisthelsetjenesten har økt siden 2017. Derfor lanserte regjeringen Ventetidsløftet i mai 2024. I Ventetidsløftet har regjeringen gått sammen med sentrale arbeidstaker- og arbeidsgiver-organisasjoner, og de regionale helseforetakene, for felles innsats med mål om å sørge for en markant nedgang i gjennomsnittlig ventetid i 2024 og 2025. Målsettingen på sikt er gjennomsnittlig ventetid lavere enn 50 dager for somatikk, 40 dager for psykisk helsevern voksne, 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og 30 dager for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Pasient- og pårørendemedvirkning er viktig både på system- og individnivå. Arbeid for å styrke pasientenes helsekompetanse og bidra til mestring av egen helsetilstand er viktig for pasientenes livskvalitet og for god ressursbruk i tjenesten. Helsetjenesten skal møte pasientene med åpenhet, respekt og legge til rette for medvirkning i valg av behandling, eksempelvis ved bruk av samvalgsverktøy.

Effektiv organisering av arbeidsprosesser og god ressursutnyttelse er viktig for å sikre at den offentlige helsetjenesten er bærekraftig for fremtiden.

Innenfor sine ansvarsområder skal Vestre Viken HF understøtte arbeidet med hovedmålene Helse Sør-Øst RHF er gitt i styringsdokumentene:

1. Rask tilgang til trygge helsetjenester av høy kvalitet og sammenhengende pasientforløp
2. Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Kunnskapsbaserte og bærekraftige tjenester gjennom forskning, innovasjon og næringslivssamarbeid
4. Den offentlige helsetjenesten skal være fagfolkenes foretrukne arbeidsplass
5. Spesialisthelsetjenesten bidrar til samfunnsikkerhet og er forberedt på kriser

Helseforetaket har også ansvar for å sette seg inn i og, så raskt som mulig, følge opp tiltak og funn i rapporter fra gjennomførte tilsyn.

### Oppfølging av styringsbudskap

Det er angitt konkrete mål og oppgaver for 2025 for hvert av de fem hovedmålene som er omtalt over. Under punkt 4 er helseforetakene bedt om å intensivere innsatsen for å redusere sykefraværet, med mål om å komme tilbake på 2019-nivå. I tillegg er det gitt oppgaver og stilt krav knyttet til områdene oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelser, bygg og eiendom, styrket arbeid med personvern, pasientreiseområdet, samt resultat- og aktivitetskrav.

Helse Sør-Øst RHF vil følge opp styringsbudskap under Mål 2025 i de faste oppfølgingsmøtene med Vestre Viken HF. Styringsbudskap under Annen oppgave 2025 vil bli fulgt opp dersom det er behov. Vestre Viken HF skal rapportere avvik i forhold til oppgaveløsningen. Styret og ledelsen i Vestre Viken HF har ansvar for å følge med på Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer og evt. iverksette tiltak for å bedre kvaliteten i tjenestene.

Det må påregnes at det i løpet av året vil komme supplerende eller nye styringsbudskap. Disse vil bli gitt i foretaksmøter for helseforetaket eller i form av egne brev. Nye styringsbudskap vil integreres i styrings- og rapporteringssystemene samt lederavtaler.

I årlig melding for 2025 skal det som hovedregel rapporteres på alle styringsbudskap under overskriftene Mål 2025 og Annen oppgave 2025 samt ytterligere styringsbudskap gitt gjennom året. Helse Sør-Øst vil utarbeide hvert år en mal for årlig melding fra helseforetakene.

Styret mottar løpende rapportering via virksomhetsrapporteringen.

#### **Administrerende direktørs vurderinger**

Administrerende direktør viser til at Oppdrag og bestilling 2025 er i tråd med de forventninger som er lagt til grunn for arbeid i foretaket i 2025. Alle styringsbudskap vil bli gjennomgått for å sikre at de iverksettes, følges opp fortløpende og at det rapporteres til eier innen oppgitt frist. Arbeidet operasjonaliseres i virksomheten gjennom felles lederavtale for stabene og klinikkvise lederavtaler. Det utarbeides handlingsplaner som angir tiltak, ansvar og frister og resultatene følges opp regelmessig. Rapportering til styret er sikret gjennom virksomhetsrapporteringen, tertialvis rapportering på tilsyn og revisjoner, samt forslag til Årlig melding 2025.

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret tar foretaksprotokollene fra 28. februar og Oppdrag og bestilling 2025 til etterretning.

- Vedlegg:
1. Protokoll fra foretaksmøte 28.02.25
  2. Oppdrag og bestilling 2025 for VVHF

**PROTOKOLL  
FRA  
FORETAKSMØTE I VESTRE VIKEN HF**

Fredag 28. februar 2025 klokken 09:00 ble det avholdt foretaksmøte i Vestre Viken HF. Møtet ble gjennomført ved Clarion Hotell og Congress Oslo airport Gardermoen, som felles foretaksmøte for helseforetakene i Helse Sør-Øst.

**Dagsorden:**

1. Foretaksmøtet konstitueres
2. Dagsorden
3. Oppdrag og bestilling 2025
4. Ventetider

**Til stede var:**

Helse Sør-Øst RHF, 100 % eier av foretaket, representert ved styreleder Svein Gjedrem, som også ledet møtet.

I tillegg møtte fra administrasjonen i Helse Sør-Øst RHF:

Administrerende direktør Terje Rootwelt  
Eierdirektør Jørgen Jansen, som også førte protokollen

Fra styret i Vestre Viken HF møtte:

Nestleder Hans Tore Frydnes, på fullmakt fra styreleder Siri Hatlen  
Styremedlem Kari Fjelldal  
Styremedlem Kristin Vinje

I tillegg møtte fra administrasjonen i Vestre Viken HF:

Administrerende direktør Lisbeth Sommervoll

Foretakets revisor var varslet i samsvar med helseforetaksloven.

Riksrevisjonen var varslet i samsvar med riksrevisjonsloven.



### **Sak 1: Foretaksmøtet konstitueres**

Som øverste eiermyndighet og møteleder ønsket styreleder Svein Gjedrem velkommen og spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

Nestleder Hans Tore Frydnes ble valgt til å underskrive protokollen sammen med møteleder.

#### ***Foretaksmøtet vedtok:***

*Innkallingen godkjennes. Foretaksmøtet er lovlig satt.*

### **Sak 2: Dagsorden**

Styreleder Svein Gjedrem spurte om noen hadde merknader til den utsendte dagsorden. Det var ingen merknader til dagsorden.

#### ***Foretaksmøtet vedtok:***

*Dagsorden godkjennes.*

### **Sak 3: Oppdrag og bestilling 2025**

Det ble gitt en kort generell gjennomgang av oppdrag og bestilling 2025.

Oppdrag og bestilling 2025 er utarbeidet av Helse Sør-Øst RHF med utgangspunkt i styringsbudskapene som er gitt til det regionale helseforetaket fra Helse- og omsorgsdepartementet i oppdragsdokument 2025 og foretaksmøteprotokoll datert 15. januar 2025. Det er også innarbeidet styringsbudskap med bakgrunn i vedtak i det regionale helseforetaket, regionale strategier og lignende.

I oppdrag og bestilling 2025 er styringsbudskapene fremstilt samlet, slik at oppfølging og rapportering blir så oversiktlig som mulig. Helse Sør-Øst RHF vil i oppfølgingsmøtene med helseforetaket følge opp mål og oppgaver gitt i 2025, Vestre Viken HF skal rapportere avvik i oppgaveløsningen.

Befolkningen skal ha tillit til at den offentlige helsetjenesten er tilgjengelig når de trenger den. Den offentlige helsetjenesten skal være førstevalget for både pasienter og helsepersonell. Dersom spesialisthelsetjenesten skal fortsette å levere helsetjenester av høy kvalitet og klare å rekruttere og beholde ansatte, må tjenestene kontinuerlig fornyes, forsterkes og forbedres.

Regjeringen lanserte i 2024 *Ventetidsløftet* – en felles innsats mellom arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjonene og de regionale helseforetakene med mål om en markant nedgang i gjennomsnittlige ventetider i 2024 og 2025. Helseforetakene skal i 2025

videreføre og forsterke både kortsiktige og langsiktige tiltak for å redusere de gjennomsnittlige ventetidene innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Resultatene for 2024 viste at den ekstraordinære innsatsen som ble lagt ned i helseforetakene hadde effekt og bidro til å snu den negative utviklingen. Situasjonen ved inngangen til 2025 viser imidlertid at den positive trenden ikke har fortsatt. Foretaksmøtet uttrykker bekymring for hvorvidt helseforetakene samlet sett vil nå målene for gjennomsnittlige ventetider innen alle fagområder i tråd med oppdraget for 2025.

Helsepersonell skal oppleve et godt og trygt arbeidsmiljø, faglig autonomi, samt at kompetanse og tid benyttes der den trengs mest. I *Ventetidsløftet* er det identifisert en rekke områder som tar tid bort fra pasientrettet arbeid. Helseforetakene skal videreføre og forsterke arbeidet med å identifisere tidstyver og iverksette tiltak som kan gi økt fleksibilitet i ansattes arbeidshverdag og samtidig bidrar til reduserte ventetider. Innføring av nye teknologiske løsninger, samt nye organisasjons- og arbeidsformer skal vurderes. En av de viktigste tidstyvene i sykehusene er sykefravær. Foretaksmøtet ber derfor helseforetakene videreføre og forsterke arbeidet for å redusere sykefraværet, med mål om å komme tilbake på 2019-nivå.

Styret i Vestre Viken HF er ansvarlig for at det iverksettes nødvendige tiltak for å innfri kravene i oppdrag og bestilling 2025 innenfor de juridiske, økonomiske og organisatoriske rammene som gjelder.

Styret i Vestre Viken HF er også ansvarlig for at gjeldende fullmaktsstruktur følges. I henhold til dagens fullmaktsstruktur, må styret i Helse Sør-Øst RHF behandle investeringsprosjekter over en viss størrelse før arbeidet med disse kan igangsettes. Dette gjelder også for første fase i prosjekteringen.

Oppdrag og bestilling 2025 er vedlegg til protokollen.

#### ***Foretaksmøtet vedtok:***

*Oppdrag og bestilling 2025 gjøres gjeldende for Vestre Viken HF.*

#### **Sak 4: Ventetider**

Foretaksmøtet viste til protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 19. februar 2025, sak 3 *Ventetider*, samt mål om reduserte ventetider gjort gjeldende i oppdrag og bestilling til helseforetaket for 2025, jf. sak 3 i foretaksmøtet 28. februar 2025.

Ventetidsløftet ble signert 13. mai 2024 med mål om å snu trenden og sørge for en markant reduksjon i ventetider. I forbindelse med *Ventetidsløftet* ble det i revidert

nasjonalbudsjett 2024 tilført betydelige ekstraressurser og varige bevilgningsøkninger til de regionale helseforetakene for å muliggjøre arbeidet med kortere ventetider.

Arbeidet med å redusere ventetider er den viktige prioriteringen for helseforetakene i 2025, jf. Ventetidsløftet.

Det vises videre til krav i foretaksmøtet 15. november 2024 hvor helseforetaket ble bedt om å gjennomføre en særlig innsats for å redusere ventetider slik at målene for 2025 nås. De regionale helseforetakenes kapasitetsberegninger skulle ligge til grunn for fastsetting av aktivitet. Foretaksmøtet presiserte at dersom kapasiteten måtte ytterligere opp for at gjennomsnittlig ventetid innen alle fagområder i juni 2025 skal være lik eller under juni 2019, skulle det så tidlig som mulig gjennomføres tiltak for å øke kapasiteten til tilstrekkelig nivå.

Til tross for betydelig innsats i 2024 viser foretaksmøtet til at ventetidene fortsatt er for lange og at måloppnåelsen ikke er tilfredsstillende. Det er derfor behov for en betydelig styrket innsats for raskt å få kontroll på utviklingen i ventetider.

Foretaksmøtet legger til grunn at helseforetaket tar igjen det oppståtte etterslepet så raskt som mulig, og sørger for en aktivitet fremover som tilsvarer egne kapasitetsberegninger inkludert buffer på 20 prosent. For å være sikker på at målene nås er det behov for å gjøre betydelige korrigerende tiltak tidlig i 2025. Ut over allerede igangsatte tiltak vil reduksjon i antall ventende kreve utstrakt bruk av kvelds- og helgepoliklinikker, økt bruk av avtalespesialister og økt kjøp fra private ved at eksisterende avtaler med private utnyttes ytterligere eller utvides, og ved at det raskt inngås nye avtaler der det er behov. For å utnytte all tilgjengelig kapasitet vil det videre være behov for samarbeid på tvers av helseforetak og sykehus. Tiltakene må vedvare så lenge det er behov, slik at styringsmålene nås. I tillegg er det viktig at en fremdeles jobber med tiltak i Ventetidsløftet som vil øke kapasiteten og effektiviteten også på lengre sikt.

Ansatte og tillitsvalgte på alle nivåer skal involveres i arbeidet med å redusere ventetidene.

For å understøtte arbeidet ute i helseforetakene, vil Helse Sør-Øst RHF både gjennomføre nye og utvidete kjøp av eksterne helsetjenester, og bidra med regional delfinansiering av økt aktivitet basert på ordning med finansiering per konsultasjon innen utvalgte områder.

#### **Foretaksmøtet vedtok:**

- 1. For å sikre at målene om ventetider nås i 2025, skal helseforetaket umiddelbart forsterke innsatsen med å redusere ventetider slik at en har god kontroll på utviklingen framover og slik at styringsmålene nås. Helseforetaket skal sikre en aktivitet fremover som tilsvarer egne kapasitetsberegninger inkludert buffer, samt at aktiviteten må økes tilsvarende det helseforetaket per 19. februar 2025 ligger etter sine egne planer. Dette slik at gjennomsnittlig ventetider innen alle fagområder i juni 2025 er lik eller under nivået i juni 2019.*

2. *Helseforetaket skal umiddelbart øke aktiviteten for å nå ventetidsmålene. Dette skal skje gjennom utstrakt bruk av kvelds- og helge-poliklinikker, der personell som ønsker å jobbe mer får muligheten til det innen områder med ventetidsutfordringer, samt økt bruk av avtalespesialister og økt kjøp fra private - ved at eksisterende, utvidede og nye avtaler med private utnyttes ytterligere. Tiltakene må vedvare så lenge det er behov for å kunne være sikker på at styringsmålene nås. I tillegg er det viktig at det fremdeles jobbes aktivt med tiltak som vil øke kapasiteten og effektiviteten også på lengre sikt, som for eksempel bedre ansvars- og oppgavedeling, fjerning av tidstyver, økt bruk av ny teknologi og digitale løsninger, behovsstyrt poliklinikk og digital hjemmeoppfølging, reduksjon av unødvendige kontroller, samt styrket langsiktig samarbeid med private aktører.*
3. *Helseforetaket skal iverksette og følge opp de ekstraordinære tiltakene for å redusere ventetidene som Helse Sør-Øst RHF etablerer.*
4. *Helseforetaket skal, ved behov og ved forespørsel fra Helse Sør-Øst RHF, ukentlig rapportere på status for ventetider og aktivitet gitt deres egne kapasitetsberegninger inkludert en buffer på 20 prosent.*
5. *Foretaksmøtet forventer at de økte budsjetttrammene til helseforetakene brukes til å øke kapasiteten og aktiviteten slik at ventetidene går ned i tråd med styringsmålene.*
6. *Foretaksmøtet ber om at ansatte og tillitsvalgte involveres aktivt på alle nivåer i arbeidet med å redusere ventetidene. Det er viktig at forslag til mer effektiv arbeidsflyt og bedre organisering av oppgavene lyttes til og følges opp.*

Møtet ble hevet klokken 09:30.

Gardermoen, 28. februar 2025.

---

Styreleder Svein Gjedrem  
Helse Sør-Øst RHF

---

Nestleder Hans Tore  
Frydnes  
Vestre Viken HF

*Protokollen er elektronisk godkjent og inneholder derfor ikke håndskrevne signaturer*

# OPPDRAK OG BESTILLING 2025 FOR VESTRE VIKEN HF

8

1

## Innhold

Innhold .....	2
Innledning .....	3
Overordnede føringer .....	3
Oppfølging av styringsbudskap.....	4
Nye dokumenter som gjøres gjeldende .....	5
1. Rask tilgang til trygge helsetjenester av høy kvalitet og sammenhengende pasientforløp .....	6
1.1 Ventetid.....	7
1.2 Behandlingstilbud.....	8
2. Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling .....	9
3. Kunnskapsbaserte og bærekraftige tjenester gjennom forskning, innovasjon og næringslivssamarbeid .....	11
4. Den offentlige helsetjenesten skal være fagfolkens foretrukne arbeidsplass .....	12
4.1 Bemanning og kompetanse.....	12
4.2 Sykefravær.....	13
4.3 Arbeidsmiljø og ForBedring.....	13
5. Spesialisthelsetjenesten bidrar til samfunnssikkerhet og er forberedt på kriser .....	14
5.1 Beredskap og sikkerhet.....	14
5.2 Samfunnsansvar – klima og miljø.....	14
6. Øvrige krav og rammer for 2025 .....	16
6.1 Oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelser .....	16
6.2 Bygg og eiendom .....	16
6.3 Styrket arbeid med personvern .....	17
6.4 Pasientreiseområdet.....	17
7. Tildeling av midler og krav til aktivitet.....	18
7.1 Økonomiske krav og rammer .....	18
7.2 Aktivitetskrav .....	19
8. Oppfølging og rapportering .....	21
Vedlegg 1. Detaljert økonomitabell.....	22
Vedlegg 2. Detaljert aktivitetstabell.....	24

## Innledning

Helseforetakets formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det.

### Overordnede føringer

Helse- og omsorgsdepartementet styrer de regionale helseforetakene gjennom oppdragsdokument og vedtak i foretaksmøter. I Oppdrag og bestilling til helseforetakene samordner Helse Sør-Øst RHF oppgaver og krav fra Helse- og omsorgsdepartementet som gjelder helseforetakene og vedtak fattet i det regionale helseforetakets styre.

Gjennom oppdrag og bestilling gis Vestre Viken HF styringskrav fra Helse Sør-Øst RHF for 2025. Vestre Viken HF skal også sette seg inn i overordnede føringer og styringsbudskap gitt Helse Sør-Øst RHF i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller i 2025 og grunnlaget for disse.

Regjeringens hovedmål er å videreutvikle og styrke vår felles helsetjeneste og motvirke sosiale og økonomiske helseforskjeller. Regjeringens overordnede mål for helse- og omsorgspolitikken er:

- God helse og mestring i befolkningen, uavhengig av sosial bakgrunn
- Gode pasientforløp og rask tilgang til tjenester i hele landet
- Helse- og omsorgstjenesten er et attraktivt arbeidssted i et livslangt karriereløp
- Bærekraftig og rettferdig ressursbruk
- Helse- og omsorgssektoren er forberedt i møte med kriser og katastrofer

Sykehusene skal særlig ivareta følgende oppgaver, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-8:

1. Pasientbehandling
2. Utdanning av helsepersonell
3. Forskning
4. Opplæring av pasienter og pårørende

Gjennomsnittlige ventetider i spesialisthelsetjenesten har økt siden 2017 og er for lange. Alle pasienter som er vurdert å ha behov for spesialisthelsetjenester, skal være trygge på å motta gode tjenester innen forsvarlig tid. Derfor lanserte regjeringen Ventetidsløftet i mai 2024. I Ventetidsløftet har regjeringen gått sammen med sentrale arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjoner, og de regionale helseforetakene, for felles innsats med mål om å sørge for en markant nedgang i gjennomsnittlig ventetid i 2024 og 2025. Målsettingen på sikt er gjennomsnittlig ventetid lavere enn 50 dager for somatikk, 40 dager for psykisk helsevern voksne, 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og 30 dager for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). I november 2024 ble det avholdt et eget foretaksmøte om Ventetidsløftet for å sikre tilstrekkelig oppmerksomhet og planlegging av arbeidet for 2025. Det ble gitt oppdrag for 2025 om hhv. mål for gjennomsnittlige ventetider og kapasitet, jf. protokoll fra foretaksmøtet 15. november.

Pasient- og pårørendemedvirkning er viktig både på system- og individnivå. Arbeid for å styrke pasientenes helsekompetanse og bidra til mestring av egen helsetilstand er viktig for pasientenes livskvalitet og for god ressursbruk i tjenesten. Helsetjenesten skal møte pasientene med åpenhet, respekt og legge til rette for medvirkning i valg av behandling, eksempelvis ved bruk av samvalgsverktøy. Minoriteter skal ivaretas. Pasienter skal oppleve medvirkning i egen behandling gjennom at det tilrettelegges for at pasientene kan bruke eget språk. Helsepersonellens kulturelle kompetanse er viktig for å sikre likeverdige helsetjenester for alle.

Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres

gjennom hele pasientforløpet. Arbeidet med å følge opp strategidokumentet Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen vil sikre kvalitet og utvikling av kompetanse om samisk språk og kultur i spesialisthelsetjenesten.

Aktivitet og arbeidsdeltakelse er helsefremmende og bidrar til inkludering. Spesialisthelsetjenesten skal bidra til at pasienter tilbys samtidige helse- og arbeidsrettede tilbud i et samarbeid med Nav, for å bli inkludert i arbeidsliv eller skole.

Effektiv organisering av arbeidsprosesser og god ressursutnyttelse er viktig for å sikre at den offentlige helsetjenesten er bærekraftig for fremtiden.

Innenfor sine ansvarsområder skal Vestre Viken HF understøtte arbeidet med hovedmålene Helse Sør-Øst RHF er gitt i styringsdokumentene:

1. Rask tilgang til trygge helsetjenester av høy kvalitet og sammenhengende pasientforløp
2. Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Kunnskapsbaserte og bærekraftige tjenester gjennom forskning, innovasjon og næringslivssamarbeid
4. Den offentlige helsetjenesten skal være fagfolkens foretrukne arbeidsplass
5. Spesialisthelsetjenesten bidrar til samfunnsikkerhet og er forberedt på kriser

Helseforetaket har også ansvar for å sette seg inn i og, så raskt som mulig, følge opp tiltak og funn i rapporter fra gjennomførte tilsyn.

## Oppfølging av styringsbudskap

Flere av oppdragene som er gitt i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller til Helse Sør-Øst RHF, må gjennomføres på regionalt nivå og omtales ikke i oppdrag og bestilling. Det forutsettes likevel at Vestre Viken HF medvirker og/eller tar del i oppfølgingen når det er nødvendig. Helse Sør-Øst RHF vil i så fall komme tilbake med nærmere informasjon om medvirkning/oppfølging for det enkelte oppdrag.

I oppdrag og bestilling 2025 er det lagt vekt på at styringsbudskapene skal fremstilles samlet, slik at oppfølging og rapportering blir så oversiktlig som mulig. Helse Sør-Øst RHF vil følge opp styringsbudskap under *Mål 2025* i de faste oppfølgingsmøtene med Vestre Viken HF. Styringsbudskap under *Annen oppgave 2025* vil bli fulgt opp dersom det er behov. Vestre Viken HF skal rapportere avvik i forhold til oppgaveløsningen. Styret og ledelsen i Vestre Viken HF har ansvar for å følge med på Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer og evt. iverksette tiltak for å bedre kvaliteten i tjenestene.

Det må påregnes at det i løpet av året vil komme supplerende eller nye styringsbudskap. Disse vil bli gitt i foretaksmøter for helseforetakene eller i form av egne brev, men vil ikke medføre at dette dokumentet blir revidert. Disse styringsbudskapene må likevel integreres i styrings- og rapporteringssystemene. I juni vil det bli utarbeidet et tilleggsdokument til oppdrag og bestilling. I dette dokumentet vil nye styringsbudskap fra Helse Sør-Øst RHF bli tatt inn.

I årlig melding 2025 skal det som hovedregel rapporteres på alle styringsbudskap under overskriftene *Mål 2025* og *Annen oppgave 2025*. Årlig melding skal også omfatte styringsbudskap som er gitt i løpet av året i foretaksmøter og tilleggsdokument til oppdrag og bestilling. Der måloppnåelsen ikke er tilfredsstillende, skal årlig melding inneholde oversikt over tiltak som er iverksatt for å bedre måloppnåelse og forventet tid for full måloppnåelse.

Det vil mot slutten av året bli utarbeidet egen mal for årlig melding der de endelige rapporteringskravene vil fremkomme.

Når helseforetaket anmodes om bistand i prosjekter ledet av Helse Sør-Øst RHF, skal nødvendige



ressurser til å gjennomføre prosjektene stilles til disposisjon etter avtale. Utgifter til reise mv. i forbindelse med prosjektarbeidet skal som hovedregel dekkes av helseforetaket.

## Nye dokumenter som gjøres gjeldende

Følgende nye nasjonale dokumenter skal legges til grunn for utvikling av tjenesten:

- Meld. St. 9 (2023–2024) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027. *Vår felles helsetjeneste*
- Meld. St. 5 (2024–2025) Trygghet, fellesskap og verdighet – *Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Del 1 – en ny politikk for forebygging, skadereduksjon og behandling*
- Nasjonal én-helse strategi mot antimikrobiell resistens 2024–2033
- Regjeringens kvinnehelsestrategi – betydningen av kjønn for helse
- Fremtidens digitale Norge. *Nasjonal digitaliseringsstrategi 2024–2030*
- Strategi - Vårt felles ansvar – ny retning for barnevernets institusjonstilbud
- Prop. 36 S (2023–2024) Opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner (2024–2028) – *Trygghet for alle*
- Veikart Helsenæring
- Meld. St. 9 (2024-2025) Totalberedskapsmeldingen – *Forberedt på kriser og krig*

Følgende nye regionale dokumenter gjøres gjeldende og skal legges til grunn for utvikling av tjenesten:

- Framskrivning av behov for helsepersonell innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, jf. RHF-styresak 122-2024
- Felles retningslinjer brukervedvirkning, jf. RHF-styresak 124-2024
- Veileder for risikostyring i byggeprosjekter i Helse Sør-Øst
- Helse Sør-Østs antikorrupsjonsprogram og tilhørende dilemmasamling

Lenke til regionale dokumenter: [Regionale planer og strategier - Helse Sør-Øst RHF \(helse-sorost.no\)](#)

# 1. Rask tilgang til trygge helsetjenester av høy kvalitet og sammenhengende pasientforløp

Regjeringen vil at alle i Norge skal ha tilgang til gode helsetjenester når de trenger det. Derfor er det viktig at vi har en sterk offentlig, skattefinansiert helsetjeneste med god kvalitet, tilgjengelighet og kortest mulig ventetider.

I 2025 skal de regionale helseforetakene realisere målene i Ventetidsløftet om markant nedgang i gjennomsnittlige ventetider for påbegynt helsehjelp. I foretaksmøtet 15. november ble det gitt to oppdrag som skal gjennomføres i 2025, og som omhandler krav til ventetider for 2025 og hvilken kapasitet inkludert bufferkapasitet på minimum 20 pst. som må legges til grunn for fastsetting av økt aktivitet frem mot juni 2025. Dersom kapasiteten må ytterligere opp for at gjennomsnittlig ventetid i alle fagområder i juni 2025 er lik eller under juni 2019, skal det så tidlig som mulig gjennomføres tiltak som øker kapasiteten til tilstrekkelig nivå, inkludert en usikkerhetsbuffer.

Helseforetaket skal iverksette og gjennomføre tiltak i tråd med Ventetidsløftet innenfor områdene helsepersonell, innovasjon og samarbeid. Partssamarbeidet skal benyttes aktivt på alle nivåer og lokale tillitsvalgte skal involveres på en god måte i arbeidet. Personellkonsekvenser av tiltakene skal vurderes. I tillegg til tiltak som økt bruk av kvelds- og helgepoliklinikk og kjøp fra private, skal de regionale helseforetakene intensivere arbeidet med arbeids- og oppgavedeling, bruk av KI og teknologiske løsninger, samt reduksjon av tidstyver, herunder redusere antall unødvendige kontroller. I arbeidet med få ned ventetidene skal det også vurderes tiltak som kan få varig effekt.

Rask tilgang til helsetjenester innebærer at pasienter skal få riktig behandling til rett tid i alle ledd i helsetjenesten, og rask tilgang på nye, kostnadseffektive behandlingsmetoder. Gode helsetjenester krever gode prioriteringer. Regjeringen skal legge frem en ny stortingsmelding om prioritering i 2025. Kontinuerlig utvikling av system for Nye metoder er viktig for å bidra til rask innføring av trygge og kostnadseffektive behandlingsmetoder og til at metoder uten tilstrekkelig effekt kan fases ut.

Regjeringen vil videreutvikle det desentraliserte spesialisthelsetjenestetilbudet gjennom samarbeid mellom store og små sykehus og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, samt ved bruk av digitale løsninger. I 2024 fikk helseforetakene i oppdrag å videreføre arbeidet med å vurdere hvilken elektiv aktivitet som helt eller delvis kan flyttes fra større til mindre sykehus. Nye måter å yte tjenester på, som digital hjemmeoppfølging og behovsstyrt poliklinikk gjør det mulig å gi et mer tilpasset tjenestetilbud. Bruk av digitale løsninger innen logistikk, som for eksempel digital timebok, gjør det mulig å planlegge bedre og unngå avlyste operasjoner og konsultasjoner.

Pasientene skal oppleve sammenhengende pasientforløp med trygge overganger. Det vises til *nasjonalt faglig rammeverk for pasientsikkerhet* og nasjonale føringer for systematisk arbeid for å unngå pasientskader som kan forebygges. I helse- og omsorgstjenesten må kompetanse og kapasitet ses i sammenheng og på tvers av kommuner og sykehus. Det bør prøves ut tjenestemodeller med integrerte tjenester innenfor flere fagområder, og dersom kommuner og sykehus er enige, kan det også gjøres forsøk med slike modeller. Rekrutterings- og samhandlingstilskuddet kan blant annet brukes til å prøve ut tiltak lokalt som bygger ned skillene mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Helsefelleskapene er en viktig arena for samarbeid om tjenesteutvikling og felles planlegging. Ideelle sykehus skal inkluderes som likeverdige parter i plan- og utviklingsarbeid.

## Mål 2025

### Kvalitative mål:

- Pasienter med store og sammensatte behov, herunder eldre med skrøpelig og personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, barn og unge med store og sammensatte behov og personer med flere kroniske lidelser, skal motta sammenhengende tjenester med trygge overganger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten og få dekket sine behov for habilitering og/eller rehabilitering.
- Helseforetaket skal arbeide systematisk med prioritering og unngå overbehandling og overdiagnostikk.
- Det skal være trygt for ansatte i spesialisthelsetjenesten å melde om uønskede hendelser og forbedringspunkter, og helseforetakenes system og kultur for tilbakemelding, oppfølging og læring skal bidra til færre pasientskader.
- Kvinner skal oppleve et sammenhengende, trygt og helhetlig tilbud gjennom svangerskap, fødsel og barseltiden.

### Indikatorer:

- Gjennomsnittlig ventetid skal i 2025 være lik eller under 61 dager i somatikken.
- Helseforetaket skal overholde minst 95 pst. av pasientavtalene (maks 5 pst. passert planlagt tid) innen alle fagområdene.
- Helseforetaket skal ha en reduksjon i reinnleggelser som kan forebygges gjennom god samhandling innenfor somatikk.
- Gjennomsnittlig ventetid skal i 2025 være lik eller under 44 dager i psykisk helsevern voksne, 45 dager i psykisk helsevern barn og unge og 33 dager i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).
- Helseforetaket skal ha en reduksjon i reinnleggelser som kan forebygges gjennom god samhandling innenfor somatikk, psykisk helsevern og TSB.
- Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 24 kreftformene skal være minst 70 pst.

## 1.1 Ventetid

### Annen oppgave 2025

- Helseforetaket skal realisere målene i Ventetidsløftet om markant nedgang i gjennomsnittlige ventetider for påbegynt helsehjelp. Det vises til krav stilt i foretaksmøtet 15. november 2024.
- Alle steder det er hensiktsmessig, skal helseforetaket intensivere arbeidet med å gå fra kalenderstyrt til behovsstyrt poliklinikk og ta i bruk digital hjemmeoppfølging. Brukerorganisasjonene skal involveres på egnet måte.
- Helseforetaket skal gjennomgå praksis med oppgavedeling og kontroller innenfor minimum de fem fagområdene med lengst ventetider og ventelister, med mål om å redusere antall unødvendige kontroller og sikre bedre pasientflyt. Brukerorganisasjonene skal involveres på egnet måte.
- I Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 pekes det på et behov for å integrere avtalespesialistene bedre med de øvrige tjenestene. Helseforetaket skal bidra til et aktivt og løpende samarbeid med avtalespesialistene gjennom etablering og videreutvikling av samarbeidsavtalene og møtearenaer mellom helseforetakene og avtalespesialistene. Det er særlig viktig med samarbeid om prioriteringer og rett utnyttelse av samlet kapasitet på de områder der ventetidene er lange.

## 1.2 Behandlingstilbud

- Helseforetaket skal sikre bedre kvalitet i e-reseptkjeden, bedre samsvar mellom legemiddelinformasjon i epikriser og e-resepter, og forberede for innføring av pasientens legemiddelliste fra 2026.
- Helseforetaket skal delta i regional utprøving av pasientens prøvesvar med formål helsehjelp med oppstart senest andre halvår 2025.
- Helseforetaket skal følge opp tilgjengelige data for forbruskrater i Helseatlas og Klinisk Dashboard og iverksette tiltak for å redusere overforbruk og reduksjon av uønsket variasjon innen bildediagnostikk og laboratoriefag i tråd med anbefalingene fra det interregionale prosjekt ledet av Helse Vest RHF.
- Helseforetaket skal bistå Sykehusapotekene HF med å sette i drift en regional løsning for lager, salg og distribusjon av legemidler hjem til pasienter.
- Helseforetaket skal delta i regional utprøving av nasjonal digital samhandlingsløsning "Pasientens måledata" (deling av måledata fra digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi) i samhandling med primærhelsetjenesten.
- Helseforetaket skal lage en implementeringsplan for Program for regelmessig netthinneundersøkelser inklusive plan for lokaler, personell og utstyr (kameraer).

## 2. Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Regjeringens mål og tiltak for å styrke tilbudet innen psykisk helsevern er beskrevet i *Opptrappingsplan for psykisk helse 2023–2033*. Barn, unge og de med alvorlige og sammensatte lidelser er prioriterte grupper. Gjennom *Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet* setter regjeringen som mål at TSB i større grad utvikles som en del av den offentlige helseforetaksstrukturen for å sikre tjenestetilbud som er bedre integrert med øvrige fagområder i spesialisthelsetjenesten. Det gode samarbeidet med ideelle aktører innen TSB skal videreutvikles, og handlingsrommet i anskaffelsesregelverket skal utnyttes for å prioritere ideelle tjenesteytere og langsiktige avtaler basert på kvalitet. Det er viktig med en god blanding av sentrale og desentrale tilbud.

I tråd med Hurdalsplattformen har Helsedirektoratet forenklet pasientforløpene innen psykisk helse og rus fra 2025. Det vil gis midlertidig fritak for rapportering av forløpskoder i nasjonale pasientforløp i 2025 slik at helseregionene får tid til å utvikle enklere og mer automatiserte løsninger for framtidig innhenting av opplysninger som er særlig viktige.

Tematisk organisering i psykisk helsevern er utredet i tråd med Hurdalsplattformen, jf. rapporten «*Forenkle og forbedre*». For å redusere tid og ressursbruk fra henvisning til riktig behandling for den enkelte pasient, i spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten, skal arbeidet med ulike former for vurderingssamtaler eller tidlig avklaringsteam for barn og unge videreføres. Videre skal det i 2025 legges til rette for dette også i psykisk helsevern voksne. Det regionale helseforetaket vurderer selv hvilke tilstands-grupper og behandlingsformer de har behov for å organisere ved hjelp av spesialiserte fagteam i psykisk helsevern for sikre tilgang til riktig behandling.

Det er behov for å styrke hele behandlingsskjeden for mennesker med langvarige og sammensatte behov, herunder pasienter med samtidig somatisk og psykisk sykdom og rusmiddelproblemer. Det er viktig å legge til rette for å forebygge kriser, akuttinnleggelse og fremme frivillige behandlingalternativ når det er faglig forsvarlig. Tverrfaglige oppsøkende team som ACT og FACT-team bør etableres der det er befolkningsmessig grunnlag for det. I tråd med Hurdalsplattformen og de regionale helseforetakenes egne framskrivninger er det behov for å styrke døgnkapasiteten i psykisk helsevern. Samlet døgnkapasitet i psykisk helsevern i regionen skal ikke reduseres, jf. mål i *Opptrappingsplan for psykisk helse 2023–2033*.

Regjeringens strategi for barnevernets institusjonstilbud legger til grunn at de regionale helseforetakene har ansvar for å bidra til at barn i barnevernet får god helsehjelp. I dette inngår å videreføre arbeidet med ambulante team, følge opp barn med store og sammensatte behov, samt planlegge for utbygging av tjenestetilbudet for barn og unge med rusmiddelproblemer.

### Mål 2025

Indikatorer:

- Realveksten i kostnader innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere enn den demografiske veksten lagt til grunn i Prop. 1 S (2024–2025).

### Annen oppgave 2025

- Helseforetaket skal, i samarbeid med kommunene, etablere ordninger for tidlig avklaringsteam (ulike typer vurderingssamtaler) i psykisk helsevern voksne. Formålet er å sikre rask avklaring for pasienter med uavklarte behov, riktig nivå for utredning og behandling, samt god oppfølging uavhengig av om pasienter får rett til spesialisthelsetjeneste eller ikke. Det vises blant annet til anbefalinger om inntaks- og utredningsprosessen i rapport om tematisk organisering av psykisk helsevern.

- Helseforetaket skal øke behandlingsskapitet, fortrinnsvis poliklinisk og ambulante tjenester, innen TSB. Helseforetakene skal etablere tilbud om integrert ettervern herunder brukerstyrte senger
- Helseforetaket skal etablere bredt sammensatt og fleksible ambulante spesialisthelseteam innen psykisk helsevern barn og unge. Teamene tilpasses lokale forhold.
- Helseforetaket skal styrke kapasiteten i habiliteringstjenestene slik at pasientene får rask og likeverdig tilgang til riktig utredning og behandling med særlig prioritet på førskolebarn med autisme, pasienter med utfordrende adferd, og psykisk helse hos barn, unge og voksne.

### 3. Kunnskapsbaserte og bærekraftige tjenester gjennom forskning, innovasjon og næringslivssamarbeid

Helsetjenesten utvikles gjennom forskning og innovasjon i samarbeid med næringslivet, ideelle aktører og academia nasjonalt og internasjonalt. Personell, pasienter og brukere har viktige roller gjennom deltakelse i forskning og innovasjon som grunnlag for fag- og tjenesteutvikling. Klinisk forskning skal inngå som en integrert del av all klinisk praksis og pasientbehandling. I tråd med Nasjonal handlingsplan for kliniske studier skal antallet kliniske behandlingsstudier som inkluderer pasienter i 2025, økes med minst 15 prosent sammenlignet med 2024.

Utprøving, implementering og spredning av innovative arbeidsprosesser og løsninger i samarbeid med helsenæringen bidrar til bedre tjenester, kortere ventetider og bedre bruk av personellens tid og kompetanse. Det vises til regjeringens eksportsatsing innenfor helse og veikart for helsenæringen. Sykehusene har en viktig rolle for å understøtte målene som test- og utprøvingsarena, utviklingspartner og markedsaktør. Sykehusene bør kjenne til og ta i bruk gode og kvalitetssikrede løsninger som finnes i markedet, der dette er mer effektivt enn å utvikle løsninger i egen regi.

Det vises til de regionale helseforetakenes bidrag i arbeidet med å legge til rette for enklere tilgang til og økt bruk av data fra de medisinske kvalitetsregistrene. Økt bruk av helsedata er viktig for å redusere uønsket variasjon og for kunnskapsutvikling gjennom forskning og innovasjon.

#### Annen oppgave 2025

- Helseforetaket skal forsere arbeidet med å implementere effektive løsninger innenfor KI og IKT, særlig personellbesparende teknologier og tiltak som bedrer logistikk. Det skal ses hen til rapport utarbeidet under Ventetidsløftet.

## 4. Den offentlige helsetjenesten skal være fagfolkernes foretrukne arbeidsplass

Regjeringen er opptatt av å styrke arbeidet som sikrer et godt og trygt arbeidsliv, også for spesialisthelsetjenestens mange ansatte. Å beholde personell i den offentlige spesialisthelsetjenesten er høyt prioritert. Det vises til de tre innsatsområdene fra Nasjonal helse- og samhandlingsplan: i) arbeidsmiljø og arbeidsvilkår; ii) hensiktsmessig oppgavedeling og effektiv organisering av arbeidsprosesser; og iii) rekruttering, kvalifisering og kompetanseutvikling. Et systematisk og samtidig arbeid ved hjelp av ulike virkemidler innen disse innsatsområdene skal bidra til at fagfolk vil velge den offentlige helsetjenesten som sin arbeidsplass gjennom hele yrkeslivet.

Norsk helsetjeneste skal være preget av åpenhet, samarbeid og tillit. Helseforetakene må arbeide aktivt med god ivaretagelse av medarbeidere på alle nivåer. Arbeid med faste hele stillinger skal videreføres. Det vises også til krav som er stilt om utprøving av økt fleksibilitet i arbeidstidsordninger. Videre skal sykehusene skal særlig se hen til innføring av teknologi som understøtter en mer fleksibel arbeidshverdag, for eksempel bruk av mobile arbeidsflater.

I oppdrag og bestilling 2024 ble det stilt krav om å redusere sykefraværet. Det er behov for fortsatt og forsterket innsats med å redusere sykefravær. Dette er et sentralt tiltak som kan bidra til å bedre tilgjengeligheten på arbeidskraft og redusere innleie. Videre er det behov for å vurdere utvikling av felles indikatorer for HMS og arbeidsmiljø og sørge for god oppfølging av den årlige ForBedringsundersøkelsen. Hensiktsmessig oppgavedeling skal bidra til god ressursutnyttelse og effektive arbeidsprosesser i vår felles helsetjeneste. Partene har gitt tilslutning til premisser for hensiktsmessig oppgavedeling i Ventetidsløftet, og disse skal legges til grunn for det pågående arbeidet.

Bredde- og generalistkompetanse er nødvendig for å gi god behandling til pasienter med sammensatte tilstander og for å opprettholde et desentralisert tjenestetilbud over hele landet. Det er viktig å legge til rette for praksisplasser og lærlingestillinger i grunn- og videreutdanninger. Kombinerte stillinger mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten kan bidra til bedre bruk av de samlede ressursene og fremme kvaliteten i tjenesteytingen.

Utdanningsstillinger for sykepleiere innenfor anestesi-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie (ABIOK) og jordmødre er viktig for helseforetakene mht. å sikre kompetanse. Det bør legges til rette for at ti prosent av utdanningsstillingene lyses ut som stillinger som dekker et fullverdig masterløp.

### 4.1 Bemanning og kompetanse

#### Annen oppgave 2025

- Helseforetaket skal legge til rette for gode karriereløp og tilgang til breddekompetanse innen indremedisin og kirurgi. Det innebærer blant annet å styrke spesialistutdanningen mtp. disse spesialitetene og å vurdere organisering og faginndeling. Berørte parter skal involveres i arbeidet. Det vises til rapporten «Breddekompetanse i indremedisin og kirurgi – viktige veivalg» fra 2024.
- Helseforetaket må tilrettelegge for en god og effektiv organisering, og gjennomføring av LIS-utdanningen. Dette inkluderer støtte til kursledere, i samarbeid med regionalt utdanningscenter (RegUt), for videreutvikling av kursporteføljen, vurdering av ulike læringsaktiviteter, herunder en økning i antallet digitale kursdager.
- Antallet utdanningsstillinger for LIS3 i psykisk helsevern skal økes til minst 2020-tall. Det skal gi en status for arbeidet med lokale handlingsplaner for økt rekruttering og bibehold av



personell innen 1. juli 2025. Rapporten skal inneholde evaluering av iverksatte tiltak, effekt og eventuelt hvilke nye tiltak som er iverksatt eller skal iverksettes for å nå målet.

- Helseforetaket skal forsere arbeidet med en effektiv arbeids- og oppgavedeling. Det skal ses hen til rapport utarbeidet under Ventetidsløftet og arbeidet i Tørn-programmet.
- Helseforetak med sykehusdrift bør ha bemanningsenhet fortrinnsvis med vikarpool som dekker kortsiktige bemanningsbehov, og et ressurscenter som har en tydelig rolle i rekrutteringsarbeidet, med fokus på tiltak som kan avlaste ledere med hensyn til planlegging og tilstrekkelig oversikt. Helseforetak bør vurdere om det skal ha som prinsipp "en dør inn" for alle jobbsøkere til foretaket og at dette legges til ressurscenteret.

## 4.2 Sykefravær

### Annen oppgave 2025

- Helseforetaket skal forsterke arbeidet og innsatsen med å redusere sykefraværet med sikte på at helseforetaksgruppen samlet skal komme ned på 2019-nivå. Det skal trekkes veksler på vellykkede tiltak i egen og andre regioner, og forbedringstiltak innen ledelse, systematisk oppfølging, økt fleksibilitet og tilrettelegging for den enkelte og redusert leder- og kontrollspenn. IA-bransjeprogram skal benyttes som en ressurs i arbeidet, der det er relevant. Det systematiske arbeidet med forebygging og nærværfremmende tiltak skal videreføres, eksempler på vellykket praksis skal deles på tvers i foretaksgruppen. Det skal rapporteres på utviklingen i oppfølgingsmøtet i juni 2025.

## 4.3 Arbeidsmiljø og ForBedring

### Annen oppgave 2025

- Helseforetaket skal se til at resultatene fra den årlige ForBedringsundersøkelsen følges opp lokalt. Tillitsvalgte skal involveres på alle nivåer.

## 5. Spesialisthelsetjenesten bidrar til samfunnssikkerhet og er forberedt på kriser

Arbeid med revisjon av nasjonalt beredskapsplanverk, øvelse *Digital 2025* og forberedelser til totalforsvarsåret vil være prioriterte oppgaver innen sikkerhet og beredskap i 2025.

Behandling av pasientjournaler, kvalitetsregistre, forskningsdata og andre opplysninger er en vesentlig del av det å yte gode helsetjenester. Informasjonssikkerhet handler om konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet. Den sikkerhetspolitiske situasjonen og trusselbildet innenfor digitaliseringsområdet er i endring. Det vises videre til de regionale helseforetakenes Trusselvurdering 2024 - Det digitale trusselbildet mot spesialisthelsetjenesten. Det er behov for å styrke spesialisthelsetjenestens motstandsdyktighet mot sikkerhetstruende hendelser og kriser, samt angrep mot IKT-systemene i helseforetakene. I den forbindelse skal det vurderes overgang til mer skybaserte løsninger for å bedre cybersikkerheten.

Helseforetaket skal ha en intensivkapasitet som takler naturlige variasjoner, og en beredskap som gjør at sykehusene ved større kriser raskt kan skalere opp intensivkapasiteten. I denne sammenheng er fleksibilitet og omdisponering av personell, inkludert øvelser og kompetanse, viktig. Ambulanseberedskapen skal sikres, særlig der det er lange avstander til sykehus, slik at det er god akuttberedskap i hele landet.

Arbeidet med samfunnsansvar, herunder klima- og miljø, er en viktig del av virksomheten til helseforetakene. De regionale helseforetakene har vedtatt ambisiøse klima- og miljømål for spesialisthelsetjenesten. Arbeid med å redusere forbruk og øke ombruk og materialgjenvinning er viktig for å nå disse målene.

### 5.1 Beredskap og sikkerhet

#### Annen oppgave 2025

- Helseforetaket skal delta i arbeidet med revisjonen av nasjonalt beredskapsplanverk, øvelse *Digital 2025* og forberedelser til totalforsvarsåret.
- Helseforetakene skal etablere rutiner for risikovurderinger i tilknytning til anskaffelser, samt rutiner for oppfølging av leverandører, for å ivareta sikkerhet i anskaffelser generelt og sikkerhetsgraderte anskaffelser.
- Helseforetaket skal bruke *spesialisthelsetjenestens* trusselvurdering, som sammen med verdivurdering skal inngå i risikostyringen som beslutningsunderlag for å sikre riktig prioritering av sikkerhetsarbeidet. Ut fra risikobildet skal helseforetaket videreutvikle en helhetlig tilnærming til sikkerhetsarbeidet og iverksette nødvendige tiltak. Videre skal gode, grunnleggende sikkerhetsbarrierer som beskytter mot digitale angrep, og metoder for å avdekke uønsket aktivitet videreutvikles. Helseforetaket skal også forebygge uønskede hendelser som følge av innsidevirksomhet.
- Helseforetaket skal etablere planer for evakuering og relokalisering av sentrale deler av virksomheten. Oppdraget skal gjøres i samarbeid med relevante helseforetak, samt med relevante kommuner gjennom etablerte helsefelleskap.

### 5.2 Samfunnsansvar – klima og miljø

#### Annen oppgave 2025

- Helseforetaket skal i tråd med nye felles klima- og miljømål arbeide med å redusere unødvendig forbruk og øke ombruk og materialgjenvinning. Som et verktøy i arbeidet vises

det til *Grønt sykehus* og *Veikart mot en bærekraftig, lavutslipps og klimatilpasset helse- og omsorgstjenesten*.

## 6. Øvrige krav og rammer for 2025

### 6.1 Oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelser

#### Annen oppgave 2025

- Helseforetaket skal følge opp Riksrevisjonens hovedfunn, vurderinger og anbefalinger i *Dokument 3:17 (2023–2024) Arbeidsretta bistand frå styresmaktene til unge utanfor arbeidslivet*
- Helseforetaket skal følge opp Riksrevisjonens hovedfunn, vurderinger og anbefalinger i *Dokument 3:12 (2023–2024) Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenesten*
- Helseforetaket skal følge opp Riksrevisjonens hovedfunn, vurderinger og anbefalinger i *Dokument 3:13 (2023–2024) Risikostyring i de regionale helseforetakene og helseforetakene*
- Det vises til Dokument 3:2 (2024–2025) *Riksrevisjonens treårsoppfølgingsundersøkelse av helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer*.
  - Helseforetaket skal følge opp Riksrevisjonens oppfølgingsundersøkelse om helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer<sup>1</sup>, herunder:
    - Ha kontroll med enheter i nettverket.
    - Håndtere risiko knyttet til svake passord. Sykehuspartner HF skal tilby sikre og effektive løsninger for autentisering.
    - Eier av utstyret skal ha oversikt over medisinsk-teknisk utstyr og risikoer ved tilsiktede angrep. Som underlag skal Sykehuspartner HF utarbeide vurdering av trusler og sårbarheter i nettverkene for medisinsk-teknisk utstyr.
  - Riksrevisjonen peker i sin undersøkelse på at god implementering av NSMs grunnprinsipper for IKT-sikkerhet forebygger hendelser. Som en del av arbeidet skal helseforetaket følge opp funn og anbefalinger i konsernrevisjonens rådgivningsoppdrag 5/2024 om IKT-sikkerhet – evaluering av regionens prosessmodenhet. Sykehuspartner HF kan bistå helseforetaket.

### 6.2 Bygg og eiendom

#### Annen oppgave 2025

- Med bakgrunn i krav i foretaksmøtet i januar 2018 utarbeidet helseregionene en felles veileder Evaluering av sykehusbyggprosjekter – Planlegging, gjennomføring og kunnskapsdeling. Det ble lagt til grunn at helseforetakene som byggherre er ansvarlig for evalueringen, mens Sykehusbygg HF er ansvarlig for kunnskapsdelingen. Helseforetaket skal evaluere alle større investeringsprosjekter i tråd med den til enhver tid gjeldende veileder for evaluering. Evalueringene skal ha fokus på måloppnåelse i investeringsprosjektene, samtidig som det må legges til rette for en dynamisk kunnskapsgenerering og systematisk deling av oppdatert og ny kunnskap.
- Helseforetaket skal ta i bruk Kontraktsvedlegg for FDVU i alle store sykehusbyggprosjekter i henhold til oppsett fra nasjonalt og regionalt prosjekt *digitalisering* av eiendomsforvaltning
- Helseforetaket skal på grunnlag av tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner legge til rette for forutsigbarhet i planlegging og realisering av vedlikehold av bygningsmassen. Helseforetaket skal tertialvis rapportere planlagt og gjennomført vedlikehold til det regionale helseforetaket. Gjennomført vedlikehold ved helseforetaket skal over tid bedre tilstandsgraden for bygningsmassen.

## 6.3 Styrket arbeid med personvern

### Annen oppgave 2025

Det vises til RHF-styresak 089-2024 Styrket arbeid med personvern.

- Helseforetaket er ansvarlig for etterlevelse av personvernregelverket, og skal ha nødvendig kapasitet og kompetanse til personvernarbeid, herunder rådgivning og kontroll.
- Helseforetaket skal ha oversikt over personverntilstanden i helseforetaket. Etter nærmere spesifisering skal status rapporteres i ordinær tertialrapportering.
- Helse Sør-Øst RHF vil utnevne et konsernfelles personvernombud med virkning fra 1. august 2025. Helseforetakene må gjøre nødvendige forberedelser, herunder avvikling av lokale personvernombud og gjennomgang av styrende dokumenter hvor personvernombudet er omtalt.
- Helseforetaket er ansvarlig for eventuell pliktig rådgivning i henhold til §§ 9 og 10 i personopplysningsloven. Dette vil ikke utføres av konsernfelles personvernombud.
- Helseforetaket skal oppnevne en person med fagansvar for personvern som skal delta i regionalt personvernråd.

## 6.4 Pasientreiseområdet

### *Ny rekvisisjonspraksis*

- Helseforetaket skal, sammen med Pasientreiser HF, ta i bruk ny rekvisisjonspraksis, selvbetjeningsløsning og attestasjonsløsning i 2025, slik at forventede gevinster for brukerne, behandlerne og helseforetak kan oppnås.

### *Innmelding av avvik og klage*

- Helseforetaket skal, sammen med Pasientreiser HF, pilotere og implementere løsningen som skal gi innbygger mulighet til å melde inn et avvik eller en klage på selvbetjeningsløsningen.

### *Serviceparametere*

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

### *Planlegging og optimering*

- Pasientreiser HF skal starte et utviklingsløp med mål om å løse behovene for felles planlegging av pasientreiser med rekvisisjon, samtidig som gevinster og brukereffekter realiseres underveis i arbeidet. Helseforetaket skal bidra i dette arbeidet.

## 7. Tildeling av midler og krav til aktivitet

### 7.1 Økonomiske krav og rammer

Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre god kvalitet i pasientbehandlingen.

#### Mål 2025

- Vestre Viken HF skal i 2025 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.

#### Annen oppgave 2025

- 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.

- **Resultatkrav**

Kravet til økonomisk resultat 2025 er fastsatt av styret i Helse Sør-Øst RHF. Resultatkravet er basert på helseforetakets innspill til økonomisk langtidsplan, endrede forutsetninger som følge av statsbudsjettet for 2025 og konkret vurdering av situasjon og risiko for helseforetaket knyttet til årsbudsjettet for 2025. Styret i helseforetaket har vedtatt resultatmål som gjenspeiles i resultatkravet for 2025.

#### Mål 2025

- Årsresultat 2025 for Vestre Viken HF skal minst være på 40 millioner kroner.

- **Likviditet og investeringer**

Tilgjengelig likviditet til investeringer i 2025 videreføres på nivå med 2024, pris og lønnsjustert til i alt 163,9 millioner kroner for Vestre Viken HF, forutsatt et resultat i henhold til resultatkrav for 2025.

Investeringer skal budsjetteres innenfor helseforetakets tilgjengelige investeringsmidler i 2025, det vil si likviditetstildelingen for 2025 med tillegg av budsjettert bruk av oppspart likviditet og eventuelle salgs-/gavemidler. I tråd med forutsetningene fra økonomisk langtidsplan skal egenkapitaltilskudd til pensjonsinnretningene og netto likviditet fra lokale IKT-investeringer gjennomført av Sykehuspartner HF, salderes innenfor helseforetakets tilgjengelig investeringsmidler.

Helseforetakets bruk av midler (basisfordring) til ekstraordinært vedlikehold utbetales etterskuddsvis basert på innrapportert bruk av midlene, 26,2 millioner kroner til Vestre Viken HF.

#### Annen oppgave 2025

- Helseforetakets styring av samlet likviditet skal skje innenfor tilgjengelige rammer til drift og investeringer.
- Etablerte prinsipper for likviditetsstyring skal følges opp. Budsjettert resultat for 2025 skal ikke benyttes til investeringer i 2025 uten etter særskilt avtale med Helse Sør-Øst RHF.

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

- **Framskrivingsmodeller**

Det er utviklet felles nasjonale framskrivingsmodeller for kapasitet innen de forskjellige tjenesteområdene. Helse Sør-Øst RHF oppdaterer framskrivningene årlig, og forutsetningene slik de bl.a. fremgår av Regional utviklingsplan 2040 legges til grunn. For å sikre riktig anvendelse og legge til rette for foretaksvis tilpasninger basert bl.a. på sammenligning med andre helseforetak, utføres framskrivningene av ressurser fra analysemiljøet i det regionale helseforetaket. Helseforetaket skal bidra i arbeidet.

- **Annet**

Utbetalingene skjer innen den syvende arbeidsdag i hver måned. Månedlig overføring utgjør normalt 1/12 av samlet likviditetsoverføring. Enkelte tilskudd mv. vil bli utbetalt i sin helhet i januar 2025.

Helse Sør-Øst RHF skal forespørres i god tid dersom det er behov for driftskreditt ut over gjeldende ramme, og det skal fremlegges tilstrekkelig underbyggende dokumentasjon for dette behovet.

Regionale retningslinjer for estimering av driftsøkonomiske effekter skal brukes for beregning av effekter av investeringsprosjekter.

Det vises til finansstrategien v6.1 for Helse Sør-Øst, datert 17. januar 2024, hvor det fremgår at helseforetakene før signering av kontrakter med vesentlig valutarisiko skal ta kontakt med Helse Sør-Øst RHF for vurdering av om Helse Sør-Øst RHF skal gjennomføre valutasikring på vegne av helseforetaket, eller om valutasikring skal overlates til leverandøren ved å avtale leveranse i norske kroner. Dersom Helse Sør-Øst RHF gjennomfører sikringen, innhentes fullmakt fra helseforetaket på forhånd.

Helseforetaket vil bli avregnet for faktisk kostnad og forbruk av eksterne helsetjenester. Foreløpig avregning vil skje i forbindelse med foreløpig regnskap per desember, og omfatte alle tjenesteområder. Endelig avregning vil skje i forbindelse med avslutning av årsregnskapet.

## 7.2 Aktivitetskrav

Aktivitet i 2025	Somatikk	VOP	BUP	TSB	Total
ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk og pasientadm. legemidler) i henhold til sørge-for-ansvaret	132 292	27 527	35 716	4 590	
Pasientbehandling					
Antall utskrivninger døgnbehandling	68 556	3 385	166	782	
Antall liggedøgn døgnbehandling	219 695	66 286	4 101	14 685	
Antall oppholdsdager dagbehandling	37 304	0	0	0	
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	520 465	141 304	102 191	25 415	789 375
Andel telefon- og videokonsultasjoner på 15 %					118 406

### Annen oppgave 2025

- Vestre Viken HF skal i 2025 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.



## 8. Oppfølging og rapportering

Helse Sør-Øst RHF vil i oppfølgingsmøtene med helseforetaket følge opp mål og oppgaver gitt i 2025, samt ved behov relevante kvalitetsindikatorer.

Helse Sør-Øst RHF utarbeider hvert år en mal for årlig melding fra helseforetak og private ideelle sykehus. Denne malen skal sikre at de årlige meldingene er sammenlignbare og inneholder de nødvendige rapporteringene. I årlig melding 2025 skal det rapporteres på styringsbudskap under overskriftene *Mål 2025* og *Annen oppgave 2025*. Frist for innsendelse av styrets årlige melding er 1. mars 2026.

I henhold til helseforetaksloven § 34 skal årlig melding fra regionale helseforetak også omfatte de helseforetak som det regionale helseforetaket eier. Dette gjelder også for de private ideelle sykehusene som mottar oppdrag og bestilling. For å ivareta denne rapporteringsplikten skal Vestre Viken HF oversende en egen rapportering som gir Helse Sør-Øst RHF de nødvendige opplysninger om arbeidet med de styringsbudskapene som inngår i Del II Rapportering i den årlige malen for årlig melding.

Frist for innsendelse av denne rapporteringen er 20. januar 2026.

## Vedlegg 1. Detaljert økonomitabell

VESTRE VIKEN HF	2025
<b>Basisramme 2024 inkl. RBF</b>	<b>8 635 133</b>
<b>Nye forhold inn mot 2025</b>	
RBF 2024 tilbakelegging av uttrekk basis	45 955
RBF 2024 uttrekk av KBF- bevilgning	-45 912
Justering RBF RNB2024	5 575
# RNB 2024- pensjon i ØLP ramme (RNB 2024)	39 013
# RNB 2024- pensjon RNB 2024 - endring	-10
Pensjonsmidler - holdt tilbake i RNB2024	7 047
Pensjonsmidler - holdt tilbake i budsjett 2024	3 677
Inntektsmodell 2024, fra ØLP 2025-2028	93 832
Fordeling av bevilgning til sjeldne diagnoser	100 253
<b>Basisramme 2025 før statsbudsjettet</b>	<b>8 884 564</b>
<b>Endringer som følge av Prop 1S (2024-2025)</b>	
Effektiviseringstiltak	-14 711
Prisomregning	321 883
Pensjon fra Prop 1S (2024-2025)	42 908
Varig styrket sykehusøkonomi, videreføring RNB	98 388
Døgnbehandling brukerstyrte plasser og ettervern, videreføring RNB	1 924
Overføring av finansieringsansvar for legemidler	26 834
Overføring av finansieringsansvar for kraniofaciale lidelser og leppe- kjeve-ganespalte	762
Flytting av øremerkede tilskudd fra post 70 (statlige tilskudd)	3 539
Provenynøytral nedjustering av laboratorierefusjon	10 451
Sikkerhetspsykiatri, videreføring RNB	10 391
Økt aktivitetsvekst 1,8 prosent, alle tjenesteområder	195 919
Gratis langtidsvirkende prevensjon til kvinner i TSB	535
Vurderingssamtale for henviste til psykisk helsevern-VOP	2 892
Vurderingssamtale for henviste til psykisk helsevern-BUP	630
Kompensasjon for manglende prisjustering av egenandeler	7 009
Nasjonal inntektsmodell	16 691
Redusert ISF-andel	876 910
<b>Resultatbasert finansiering, RBF</b>	
# uttrekk basisramme RBF	-48 360
# bevilget sfa score på kvalitetsparametere	53 030
<b>Nye forhold fra Helse Sør-Øst RHF</b>	
Dyre legemidler-aktivitetsavhengig del private ideelle sykehus	38
Tidligere reserverte midler til regionalt innsatsteam for pasientsikkerhet og beredskap	888
Regionale behandlingstjenester	6 180
Kompensasjon for endring i fordeling av tilbakeholdte pensjonsmidler	-
<b>Basisramme 2025 inkl. RBF</b>	<b>10 499 295</b>
<b>Forskning</b>	
Strategiske forskningsmidler, fra post 72	8 973
Øremerkede midler, fra post 78	7 089

<b>Statlige tilskudd, post 70</b>	<b>13 496</b>
Rekrutterings- og samhandlingstilskudd	13 496
<b>Sum faste inntekter</b>	<b>10 528 854</b>
<b>ISF- refusjoner</b>	
herav somatikk	2 159 481
herav psykisk helsevern og TSB	259 122
<b>Sum ISF- refusjoner</b>	<b>2 418 603</b>
<b>Sum inntekter</b>	<b>12 947 457</b>

## Vedlegg 2. Detaljert aktivitetstabell

### SOMATIKK

#### Antall pasientbehandlinger

TOTAL AKTIVITET	2025
Antall utskrivninger døgntilrettelagt (Total)	68 556
Antall liggedøgn døgntilrettelagt (Total)	219 695
Antall oppholdsdager dagbehandling (Total)	37 304
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner (Total)	520 465

#### Fordeling av antall ISF-poeng

DØGNBEHANDLING	2025
Fordeling av antall ISF-poeng	
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF (Døgntilrettelagt)	83 900
Pasienter bosatt i egen region behandlet ved private institusjoner iht. avtale (Kun RHF) (Døgntilrettelagt)	0
Pasienter bosatt i eget opptaksområde behandlet i andre regioner (Døgntilrettelagt)	1 005
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF (Døgntilrettelagt)	1 508
Pasienter bosatt i egen region behandlet innen Fritt behandlingsvalg (Døgntilrettelagt)	0
Sum ISF-poeng (Døgntilrettelagt)	86 414
Andel ISF-poeng (Døgntilrettelagt) i % av totalen	68,4 %

DAGBEHANDLING	2025
Fordeling av antall ISF-poeng	
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF (Dagbehandling)	10 819
Pasienter bosatt i egen region behandlet ved private institusjoner iht. avtale (Kun RHF) (Dagbehandling)	0
Pasienter bosatt i eget opptaksområde behandlet i andre regioner (Dagbehandling)	0
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF (Dagbehandling)	54
Pasienter bosatt i egen region behandlet innen Fritt behandlingsvalg (Dagbehandling)	0
Sum ISF-poeng (Dagbehandling)	10 873
Andel ISF-poeng (Dagbehandling) i % av totalen	8,6 %
Sum ISF-poeng (Døgntilrettelagt og dagbehandling) for pasienter bosatt i egen region (iht. sørge-for-ansvaret)	95 725
Sum ISF-poeng (Døgntilrettelagt og dagbehandling) for pasienter bosatt i egen og andre regioner	97 287

POLIKLINISK VIRKSOMHET	2025
Fordeling av antall ISF-poeng (Poliklinisk virksomhet)	
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF (Poliklinisk virksomhet)	28 632
Pasienter bosatt i egen region behandlet ved private institusjoner iht. avtale (Kun RHF) (Poliklinisk virksomhet)	0
Pasienter bosatt i eget opptaksområde behandlet i andre regioner (Poliklinisk virksomhet)	253
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF (Poliklinisk virksomhet)	133
Pasienter bosatt i egen region behandlet innen Fritt behandlingsvalg (Poliklinisk virksomhet)	0
Sum ISF-poeng (Poliklinisk virksomhet)	29 019
Andel ISF-poeng (Poliklinisk virksomhet) i % av totalen	23,0 %

Sum ISF-poeng (Poliklinisk virksomhet) for pasienter bosatt i egen region (iht. sørge-for-ansvaret)	28 885
Sum ISF-poeng (Poliklinisk virksomhet) for pasienter bosatt i egen og andre regioner	29 019

<b>PASIENTADMINISTRERTE LEGEMIDLER (H-RESEPTER)</b>	<b>2025</b>
<b>Fordeling av ISF-poeng knyttet til pasientadministrerte legemidler</b>	
Sum ISF-poeng pasientadministrerte legemidler, som inngår i ISF-ordningen tidligere år, for pasienter bosatt i eget opptaksområde, uavhengig av hvem som har utstedt resept (iht. sørge-for-ansvaret)	7 682
Sum ISF-poeng pasientadministrerte legemidler, som inngår i ISF-ordningen fra og med inneværende år, for pasienter bosatt i eget opptaksområde, uavhengig av hvem som har utstedt resept (iht. sørge-for-ansvaret)	0
Sum ISF-poeng pasientadministrerte legemidler (H-resepter)	7 682

<b>TOTALT ANTALL ISF-POENG</b>	<b>2025</b>
Totalt antall ISF-poeng (døgn, dag og poliklinikk) iht. sørge-for-ansvaret (Pasienter bosatt i egen region)	124 610
Totalt antall ISF-poeng (døgn, dag og poliklinikk) iht. sørge-for-ansvaret for aktivitet utført i eget helseforetak	123 352
Totalt antall ISF-poeng (døgn, dag og poliklinikk) (pasienter bosatt i egen og andre regioner)	126 306
Totalt antall ISF-poeng (døgn, dag og poliklinikk) for aktivitet utført i eget helseforetak	125 047
Totalt antall ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk, pasientadministrerte legemidler) iht. sørge-for-ansvaret (pasienter bosatt i egen region/opptaksområde)	132 292
Totalt antall ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk for pasienter bosatt i egen og andre regioner og pasientadministrerte legemidler for pasienter bosatt i eget opptaksområde)	133 987

#### PSYKISK HELSEVERN

<b>PSYKISK HELSEVERN FOR VOKSNE (VOP)</b>	<b>2025</b>
<b>Psykisk helsevern for voksne (VOP) Sum DPS og sykehus</b>	
Antall utskrivninger døgnbehandling(VOP)	3 385
Antall liggedøgn døgnbehandling (VOP)	66 286
Antall oppholdsdager dagbehandling (VOP)	0
Antall polikliniske konsultasjoner (VOP)	141 304
<b>Kjøp fra private institusjoner (VOP)</b>	
Antall utskrivninger døgnbehandling(VOP Private)	0
Antall liggedøgn døgnbehandling (VOP Private)	0
Antall oppholdsdager dagbehandling (VOP Private)	0
Antall polikliniske konsultasjoner private (VOP Private)	6 818
<b>PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE (BUP)</b>	<b>2025</b>
Antall utskrivninger døgnbehandling(BUP)	166
Antall liggedøgn døgnbehandling (BUP)	4 101
Antall oppholdsdager dagbehandling (BUP)	0
Antall polikliniske konsultasjoner (BUP)	102 191
<b>Kjøp fra private institusjoner</b>	
Antall utskrivninger døgnbehandling(BUP Private)	0
Antall liggedøgn døgnbehandling (BUP Private)	0
Antall oppholdsdager dagbehandling (BUP Private)	0

Antall polikliniske konsultasjoner (BUP Private)	0
--	---

TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING (TSB)	2025
Antall utskrivninger døgnbehandling(TSB)	782
Antall liggedøgn døgnbehandling (TSB)	14 685
Antall oppholdsdager dagbehandling (TSB)	0
Antall polikliniske konsultasjoner (TSB)	25 415
Kjøp fra private institusjoner	
Antall utskrivninger døgnbehandling(TSB Private)	0
Antall liggedøgn døgnbehandling (TSB Private)	0
Antall oppholdsdager dagbehandling (TSB Private)	0
Antall polikliniske konsultasjoner (TSB Private)	0

Dato: 6. mars 2025  
Saksbehandler: Hilde Enget

## Saksfremlegg

### Styrende dokumenter for VVHF

Møte	Saknr.	Møtedato
Styret i VVHF	36/2025	31.03.25

### Forslag til vedtak

Styret tar oversikten over styrende dokumenter til etterretning.

Drammen, 24. mars 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

## Bakgrunn

Vestre Viken HF (VVHF) er heleid av Helse Sør-Øst RHF (HSØ). Formålet med virksomheten i Vestre Viken er definert i § 4 i vedtektene for foretaket:

*«Vestre Viken HF skal drives med sikte på å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette. Gjennom utøvelse av oppgaver tildelt av Helse Sør-Øst RHF vil Vestre Viken HF bidra til at spesialhelsetjenestens målsetting blir oppfylt innenfor Helse Sør-Østs geografiske område.»*

Oppgavene skal løses innenfor gjeldende lover, regler og forventninger til måloppnåelse, herunder spesialisthelsetjenesteloven (sykehusenes plikter), pasient- og brukerrettighetsloven (om pasientenes rett til helsehjelp) og helseforetaksloven (om organiseringen av sykehus). I tillegg til helselovgivningen vil lover for forholdet mellom virksomhet og ansatte (eksempelvis arbeidsmiljøloven) og miljølovgivning (eksempelvis forurensningsloven) gi føringer for hvordan VVHF planlegger og etterlever myndighetskrav.

HSØ utøver sin eierstyring i foretaksmøter, som er foretakets øverste organ. Her settes rammer og mål for virksomheten og i praksis er dette ofte videreføring av styringsbudskap fra statlig eier.

Dette dokumentet gir en oversikt over de sentrale styrende dokumenter som legger føringer for virksomheten i VVHF.

## Saksutredning

### Overordnede lover

Helseforetaksloven og spesialisthelsetjenesteloven er det overordnede rammeverket for spesialisthelsetjenesten. Disse skal i hovedsak bidra til at for pasientenes rettigheter innfris etter pasient- og brukerrettighetsloven.

### Sentrale forskrifter

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Den tydeliggjør kravene til systematisk styring (internkontroll) av aktivitetene.

### Helse Sør-Øst

HSØ sitt rammeverk for virksomhetsstyring gjelder alle foretakene i regionen. Styret i Vestre Viken behandlet det reviderte rammeverket i møte 29. november 2021, sak 103/2021. Revidert retningslinje for virksomhetsstyring i VVHF ble vedtatt i styremøte den 30. januar 2023, sak 4/2023. HSØ har tatt initiativ til en forbedring av dagens rammeverk for virksomhetsstyring og denne prosessen vil pågå med involvering fra helseforetakene i 2025.

HSØ styrer sine foretak via vedtekter i tillegg til styremøtene. Vedtekter for Vestre Viken ble sist endret i foretaksmøte 26. februar 2024.

HSØ er selv styrt av instruks for styret i Helse Sør-Øst RHF og har laget en regional veileder for styrearbeid. Veilederen sammenfatter gjeldende rettsregler, belyser praktiseringen av disse og skal bidra til styrets rolleforståelse.

HSØ stiller årlige krav til helseforetakene. Disse bygger på krav fra Helse- og omsorgsdepartementet til HSØ:

**Post:** Vestre Viken HF, Postboks 800, 3004 Drammen | **Telefon:** 03525 | **Org. Nr:** 894.166.762 | [postmottak@vestreviken.no](mailto:postmottak@vestreviken.no)  
**Vår bank:** DNB Bank ASA | **Kontonummer:** 1506 91 85816. | **IBAN:** NO61 1506 9185 816. | **BIC:** DNBANOKK (erstatte SWIFT)



- Protokoll fra foretaksmøte 28. februar 2025
- Oppdrag og bestilling 2025 for Vestre Viken

#### Styret i VVHF

Styret i Vestre Viken vedtar årlig instruks for både egen virksomhet og administrerende direktør:

- Instruks for styret i VVHF, sak 37/2025
- Instruks for administrerende direktør i VVHF, sak 38/2025

Vedtekter for VVHF, instruks for styret og for administrerende direktør, samt protokoller fra foretaksmøter ligger tilgjengelig på hjemmesiden under informasjon om styret.

Signaturrett er tildelt styreleder og administrerende direktør i fellesskap, og styreleder eller administrerende direktør i fellesskap med ett styremedlem (sak 70/2020). Prokura er gitt administrerende direktør, fagdirektør medisin og helsefag samt økonomidirektør (sak 69/2023).

Administrerende direktørs delegerte fullmakter gjennomgås årlig som en del av budsjettprosessen i desember, sist i styremøte den 16. desember 2024 (sak 113/2024).

#### Særlig om statlig eierskap

Som foretak eid av et regionalt foretak som igjen er statlig eid, skal Vestre Viken følge generelle prinsipper for statlig eierskap. Nærings- og fiskeridepartementets samlede oversikt over publikasjoner om statlig eierskap finnes på regjeringen.no. Nærings- og fiskeridepartementet har fastsatt retningslinjer for lønn og godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel.

Felles etiske retningslinjer gjelder for hele helseforetaksgruppen i Helse Sør-Øst. Vestre Viken har i tillegg vedtatt egne etiske retningslinjer som bygger videre på disse. Etiske retningslinjer for VVHF vedtas årlig, sist i styremøte 13. mai 2024 (sak 47/2024). Styret gjennomfører årlig e-læringskurset «Etikk for alle».

Aktuelle lenker:

<a href="#">Helseforetaksloven</a>	<a href="#">Styrearbeid i regionale helseforetak</a>
<a href="#">Spesialisthelsetjenesteloven</a>	<a href="#">regjeringen.no</a>
<a href="#">Pasient- og brukerrettighetsloven</a>	<a href="#">Om Styret i Vestre Viken</a>
<a href="#">Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten</a>	<a href="#">Retningslinjer for lønn og godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel</a>
	<a href="#">1 Innledning/Formål (helse-sorost.no)</a>

#### **Administrerende direktørs vurderinger**

Saken beskriver de sentrale dokumenter som er førende for hvordan Vestre Viken HF styres og drives, med målsetting om å formidle dette på en oversiktlig måte.

Administrerende direktør foreslår at styret tar oversikten til etterretning.



Dato: 10. mars 2025  
Saksbehandler: Hilde Enget

## Saksfremlegg

### Instruks for styret i VVHF

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	37/2025	31.03.25

### Forslag til vedtak

Instruks for styret i Vestre Viken HF regodkjennes.

Drammen, 24. mars 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

**Bakgrunn**

I protokoll fra foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 31. januar 2011 er det presisert at styrene for helseforetakene skal fastsette instruks for styret og instruks for daglig leder. Instruksene bygger på maler fra Helse Sør-Øst RHF.

Styret har lagt til grunn at instruksen legges fram for styret for en årlig gjennomgang og godkjenning, og at dette skjer på styremøtet i mars.

**Saksutredning**

Instruks for styret angir nærmere regler om styrets arbeid og saksbehandling. Styreinstruksen skal inneholde regler om struktur på styrearbeidet, krav til styredokumentasjon, styrets saksbehandling og styremedlemmenes plikter og rettigheter.

Det ble i styremøte 18. november 2024 (sak 103/2024) sist gjort endringer i instruksen. Endringen var knyttet til at dersom det varsles et alternativt forslag til vedtak i behandlingen av en sak, vil disse settes opp mot hverandre i en avstemming. Det ble også lagt inn at protokolltilførsel skal være skriftlig og fremlagt i møtet.

**Administrerende direktørs vurderinger**

Adm. direktør vurderer at instruksen er tilfredsstillende og har ikke funnet grunn til å foreslå noen nye endringer ved denne behandlingen av instruksen. Administrerende direktør anmoder allikevel styret om å vurdere om det er ønskelig å foreta noen endringer eller tillegg.

Administrerende direktør foreslår at styret regodkjenner instruks for styret i Vestre Viken HF, eventuelt med endringer som fremkommer i møtet.

Vedlegg:                   1. Instruks for styret i Vestre Viken HF

## **Instruks for styret**

### **Vestre Viken HF**

## 1. Innledning

Instruksen for styret i Vestre Viken HF er utarbeidet i samsvar med de prinsippene som gjelder for styrearbeid i selskaper, herunder i helseforetak. Formålet med styreinstruksen er å gi retningslinjer for styrets arbeidsform og styremøtenes innhold og gjennomføring. Instruksen er rettesnor for styremedlemmenes roller, plikter og ansvar.

Uavhengig av styreinstruksen er styret bundet av de regler som følger av lov, vedtekter eller instruks i vedtak fra foretaksmøte. Det vises spesielt til helseforetaksloven.

Administrerende direktør forestår den daglige ledelsen av foretaket og skal følge de retningslinjene og påleggene som styret har gitt. Styret skal utarbeide egen instruks for administrerende direktør.

## 2. Hovedmålsetting for styrearbeidet

Styret i Vestre Viken HF er det øverste utøvende organ med ansvar for en forsvarlig forvaltning av helseforetaket. Det er et kollegium der styremedlemmene ikke representerer noen interessegruppe. Hele styret skal kun ivareta de interessene som tjener Vestre Viken HF.

## 3. Styremedlemmenes rettigheter og plikter

Alle styrets medlemmer har ansvar for alle saker.

Styremedlemmer valgt av ansatte deltar ikke i behandlingen av saker som gjelder arbeidsgivers forberedelse til forhandlinger med arbeidstaker, arbeidskonflikter, rettsvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler (jr. vedtektene § 7).

Bortsett fra det som er særskilt angitt for styrets leder, styrets nestleder (møteleder hvis ingen av de to skulle være til stede på et styremøte) har alle styremedlemmer de samme rettighetene og pliktene.

Styrets medlemmer skal delta på styremøtene. Et styremedlem som ikke kan møte skal varsle om dette så tidlig som mulig. Hvert styremedlem har plikt til å legge frem all kjent informasjon som er av betydning for en sak styret behandler, herunder egen vurdering.

### Habilitet

Styremedlem som enten selv eller via nærstående har en fremtredende personlig eller økonomisk særinteresse i en sak, skal erklære seg inhabil. Det samme gjelder dersom det er andre «særegne forhold» i saken som er «egnet til å svekke tilliten» til medlemmets upartiskhet (forvaltningsloven § 6). Et styremedlem kan dermed ikke delta i behandling eller avgjørelsen av saker der vedkommende er inhabil etter forvaltningsloven kap. II.

Det er styret som avgjør habiliteten. Den det gjelder skal ikke selv delta i disse drøftelsene ut over å gi de forklaringer styret ber om. Har et styremedlem erklært seg inhabil skal styret som hovedregel godta dette. Styremedlemmer skal ikke ha eierskap, styreverv eller utføre oppgaver og aktiviteter for virksomhet der det kan reises tvil om styremedlemmets lojalitet eller habilitet.

### Taushetsplikt

Forvaltningsloven og offentleglova gjelder for styrets arbeid som dermed har taushetsplikt etter forvaltningsloven § 13. Dersom Styret vurderer det som svært viktig at opplysninger fra en sak

ikke tilflyter andre enn de som har krav på informasjon, skal saken behandles konfidensielt, helseforetaksloven § 26a. Dette skal i så fall gå fram av sakspapirene.

### **Styreansvarsforsikring**

Styrevervet er personlig og det enkelte styremedlemmet kan bli gjort ansvarlig. På bakgrunn av dette har styret i Helse Sør-Øst RHF i sak 037-2011 *Styreansvarsforsikring* vedtatt at det tegnes styreansvarsforsikring for hele helseforetaksgruppen.

## **4. Hvilke saker skal styret behandle**

### **Hovedoppgaver**

Styrets oppgaver og kompetanse, herunder begrensninger i styrets kompetanse og myndighet, reguleres i helseforetaksloven kapittel 7 og er presisert i foretakets vedtekter.

Styrets hovedoppgaver er knyttet til:

1. *Medisinsk og helsefaglig kvalitet og tjenesteinnhold*  
Styret skal med basis i helseforetaksloven legge til rette for et best mulig helsetilbud ved bruk av tildelte ressurser.
2. *Strategi og mål*  
Styret har ansvar for Vestre Viken HFs strategiske utvikling.
3. *Organisasjon og ledelse*  
Styret har ansvar for en tilfredsstillende organisering og ledelse av foretakets samlede virksomhet.
4. *Budsjett og planer*  
Styret skal fastsette budsjett og planer for foretakets virksomhet.
5. *Tilsyn med foretakets virksomhet og drift*  
Styret skal føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med målene som er nedfelt i helseforetaksloven § 1, foretakets vedtekter, vedtak truffet av foretaksmøtet og vedtatte planer og budsjetter, jf. helseforetaksloven § 28 tredje ledd. Styret skal blant annet føre tilsyn med administrerende direktørs ledelse av virksomheten, herunder:
  - holde seg orientert om foretakets økonomiske utvikling og plikter, og påse at virksomheten, regnskap og formuesforvaltning er godt kontrollert.
  - påse at foretaket har en egenkapital som står i forsvarlig forhold til foretakets virksomhet

### **Virksomhetsstyring**

Styret skal påse at Vestre Viken HF har et forsvarlig styringssystem, holde seg informert om at tjenestene drives forsvarlig, og at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring, jf. «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten». Styringssystemet defineres som den del av helseforetakets styring som omfatter hvordan aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav i helse- og omsorgslovgivningen.

Dette omfatter internkontroll som ledelsesverktøy for å sammenfatte systemer, prosesser og rutiner som gjennomføres. Internkontrollen skal sørge for:

- målrettet og effektiv drift herunder medisinsk forsvarlig beredskap, utredning og behandling

- pålitelig styringsinformasjon, herunder korrekt rapportering av kvalitet og pasientsikkerhet, aktivitet, bemanning, økonomi og annen informasjon
- etterlevelse av lover, regler, styringskrav og selvpålagte krav, herunder spesielt etiske retningslinjer

Styringssystemet skal tilpasses Vestre Vikens risiko og egenart. Risiko må derfor identifiseres, analyseres og kontrolleres (risikostyring). Styret har ansvar for at internkontrollen blir fulgt opp i et tilstrekkelig omfang og på en systematisk måte. Styret skal herunder påse at det blir truffet tiltak for å korrigere svikt og følge opp rapporter fra ulike tilsyn.

### **5. Struktur for styrearbeidet**

Det skal settes opp en årsplan for styrearbeidet. Planen angir en oversikt over hovedoppgaver og møtetidspunkter. I tillegg skal planen vise tema som skal presenteres for styret.

Det skal årlig foretas en egevaluering av styrets arbeid og arbeidsform.

Styret gjennomfører normalt 7-10 styremøter per år. Ut over dette møtes styret når styreleder, administrerende direktør eller et flertall av styrets medlemmer krever det.

Styrets leder er ansvarlig for at styret kalles inn til møte og setter opp saksliste i samråd med administrerende direktør.

Til innkallingen skal det følge en saksliste, og det skal følge med dokumentasjon som gir et tilfredsstillende behandlingsgrunnlag for den enkelte saken i sakslisten, herunder administrerende direktørs forslag til vedtak. Saker skal være påført nummer og årstall.

Administrerende direktør har rett og plikt til å delta i styrebehandlingen og til å uttale seg, med mindre noe annet bestemmes av styret i den enkelte sak. Administrerende direktør skal ha mulighet til å uttale seg om saker som skal behandles.

Styret skal behandle saker i møte med mindre styrets leder finner at saken kan forelegges skriftlig eller behandles på annen betryggende måte. Årsberetning, årsregnskap, strategisk plan og budsjett skal alltid behandles i møte. Dersom styreleder finner det forsvarlig, kan møte holdes digitalt.

Saker som ikke er ført opp på sakslisten kan styrebehandles, med mindre møteleder eller en tredjedel av de tilstedeværende styremedlemmer motsetter seg behandling.

Dersom styret har besluttet å lukke styremøtet, avgjør styrets flertall også om og eventuelt hvilke andre deltakere enn styrets medlemmer som skal gis adgang til møtet.

Brukerutvalget i Vestre Viken HF møter i styret som observatør med to representanter (jf. Helse Sør-Østs styresak 043-2017 *Felles retningslinjer og enhetlig praksis for brukermedvirkning på systemnivå*). Observatører eller andre som gis talerett har ikke stemmerett.

### **6. Innkalling til styremøte**

Innkallingen sendes ut av administrerende direktør. For ordinære styremøter skal den være mottatt av styremedlemmene senest fem virkedager før styrebehandlingen. For andre styremøter skal styrets medlemmer så vidt mulig, motta innkallingen senest to virkedager i forkant.



## **7. Styremøtene**

Styret er vedtaksdyktig når mer enn halvparten av medlemmene er til stede. Styrets beslutninger fattes med alminnelig flertall av tilstedeværende stemmeberettigede styremedlemmer. Minst en tredjedel av disse må stemme for et forslag før dette er formelt vedtatt. I tilfelle stemmelikhet har møteleder dobbeltstemme.

Styrets medlemmer plikter å avgi stemme i alle saker styret behandler.

Styrets møter skjer som hovedregel for åpne dører, men kan lukkes når styret finner at det er et reelt og saklig behov og det er forenlig med offentlighetslovens prinsipper. Styrets møter skal alltid lukkes ved behandlingen av taushetsbelagte opplysninger.

Styrets medlemmer og andre som deltar i styrets behandling har taushetsplikt etter forvaltningsloven. Denne gjelder også etter at vervet er avsluttet.

## **8. Protokoller**

Det skal alltid føres protokoll fra styrebehandlingen. Foreløpig protokoll skal utarbeides så snart som mulig etter styrebehandlingen og publiseres på internett. Protokollen skal angi tid og sted for styrebehandlingen, om sakene er behandlet i møte eller på annen måte, deltakere og styrets beslutninger. Protokollen blir endelig ved godkjenning i påfølgende møte.

Dersom det varsles et alternativt forslag til vedtak under behandling av en sak, vil alternativt forslag settes opp mot administrerende direktørs anbefalte vedtak i avstemmingen. Vedtakene stemmes over hver for seg i den rekkefølgen møteleder bestemmer. Dersom en beslutning ikke er enstemmig, skal det angis hvem som har stemt for og imot. Styremedlem og administrerende direktør som ikke er enig i en beslutning, kan kreve egen oppfatning ført i protokollen. Protokolltilførselen skal være skriftlig og fremlagt i møtet. Protokollen skal signeres av de medlemmene som deltok i behandlingen. Styremedlemmer som ikke deltok skal ved påtegning på styreprotokollen bekrefte at de har gjort seg kjent med dens innhold.

## **9. Informasjon fra styremøtene**

Offentleglova gjelder for Vestre Viken HF. Opplysninger fra styremøter og dokumenter skal håndteres på en måte som ikke skader styrets arbeid eller Vestre Viken HFs interesser.

Dersom styret vurderer at konkrete saksopplysninger ikke skal gis andre enn de som har krav på dem, skal saken behandles konfidensielt. Beslutningen påføres sakspapirene. Styremedlemmene har da taushetsplikt om saken.

Informasjonsoppgavene knyttet til styresaker ligger hos administrerende direktør. Styret kan også vedta en særskilt informasjonsprosedyre i enkeltsaker.

Styrets leder uttaler seg på vegne av styret og er, sammen med administrerende direktør, talsperson utad for Vestre Viken HF.

Dato: 10. mars 2024  
Saksbehandler: Hilde Enget

## Saksfremlegg

### Instruks for administrerende direktør i Vestre Viken HF

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	38/2024	31.03.25

### Forslag til vedtak

Instruks for administrerende direktør i Vestre Viken HF regodkjennes.

Drammen, 24. mars 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

**Bakgrunn**

I protokoll fra foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 31. januar 2011 er det presisert at styrene for helseforetakene skal fastsette instruks for styret og instruks for daglig leder. Instruksene bygger på maler fra Helse Sør-Øst RHF.

Instruks for administrerende direktør i Vestre Viken HF ble sist regodkjent i styremøte 19. mars 2024, sak 35/2024. Styret har lagt til grunn at instruksen legges fram for styret for en årlig gjennomgang og godkjenning.

**Saksutredning**

Instruks for administrerende direktør fastsetter regler for dennes oppgaver, plikter og rettigheter. Instruks for administrerende direktør gir også en overordnet rolleavklaring mellom styret og administrerende direktør.

Administrerende direktør har ansvar for at virksomheten drives i samsvar med foretakets formål, vedtekter, årsbudsjett, foretaksmøtets avgjørelser, styrets instruks og andre retningslinjer, samt aktuelle lover og forskrifter.

Det understrekes særlig at den daglige ledelse ikke omfatter saker som etter foretakets forhold er av uvanlig art eller av stor betydning. Slike saker plikter administrerende direktør å legge fram for styret. Administrerende direktør kan likevel i helt spesielle hastesituasjoner fatte vedtak, men styrets leder skal i så fall umiddelbart informeres. Ut over dette vises til vedlagte instruks.

**Administrerende direktørs vurderinger**

Administrerende direktør vurderer vedlagte instruks som tilfredsstillende, men ber styret om å ta stilling til om det er behov for endringer eller tillegg.

Administrerende direktør foreslår at styret regodkjenner instruks for administrerende direktør i Vestre Viken HF, med de endringer som fremkommer i møtet.

Vedlegg: 1. Instruks for administrerende direktør

## **Instruks for administrerende direktør**

### **Vestre Viken HF**

### **1. Formål med instruksen**

Denne instruksen omhandler administrerende direktørs oppgaver, plikter og rettigheter. Den er basert på helseforetaksloven, eiers styringsdokumenter og vedtekter for Vestre Viken HF, samt fullmakter i Vestre Viken HF.

### **2. Overordnet rolleavklaring**

Styret er foretakets øverste ledelse og har det overordnede ansvaret for forvaltningen av foretakets virksomhet.

Administrerende direktør forestår den daglige ledelsen av foretaket og har gjennomføringsansvar i virksomheten. Administrerende direktør har ansvar for at virksomheten drives i samsvar med foretakets formål, vedtekter, årsbudsjett, foretaksmøtets avgjørelser, instruksjoner og andre retningslinjer, samt aktuelle lover og forskrifter.

Administrerende direktør tilsettes av styret som også fastsetter administrerende direktørs lønn og andre ansettelsesvilkår. Styret gir instruksjoner og fører tilsyn med administrerende direktørs arbeid. Styret treffer vedtak om å si opp eller avskjedige administrerende direktør, jf. helseforetaksloven § 36.

Administrerende direktør møter i styret, eventuelt med stedfortreder, med tale- og forslagsrett, jf. helseforetaksloven § 26.

### **3. Administrerende direktørs myndighet**

Administrerende direktør forestår den daglige ledelsen av Vestre Viken HF og skal følge de retningslinjer og pålegg som styret har gitt.

Den daglige ledelsen omfatter ikke saker som etter foretakets forhold er av uvanlig art eller av stor betydning. Administrerende direktør plikter å forelegge saker av slik natur for styret. Administrerende direktør kan i helt spesielle hastesituasjoner fatte vedtak i slik sak. I slikt tilfelle skal styrets leder umiddelbart informeres.

Det vises for øvrig til bestemmelser i vedtektene og fullmakter i helseforetaket.

### **4. Administrerende direktørs oppgaver**

Administrerende direktør skal arbeide for at Vestre Viken HF utfører sine hovedoppgaver slik de står i foretakets vedtekter og andre styrende dokumenter innenfor de vedtatte budsjetter.

Administrerende direktør har ansvaret for foretakets daglige drift og virksomhet og skal utføre de oppgaver som kreves i den forbindelse, herunder følge opp styrets beslutninger.

Administrerende direktør skal aktivt bidra til å sikre videreutvikling av medisinsk og helsefaglig kompetanse og kvalitet i Vestre Viken HF.

### **Nærmere beskrivelse av enkelte oppgaver som inngår i ansvaret til administrerende direktør**

#### **Virksomhetsstyring**

I henhold til «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» har administrerende direktør ansvar for at styringssystemet i helseforetaket er etablert og følges opp. Styringssystemet defineres som den del av helseforetakets styring som omfatter hvordan

aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav i helse- og omsorgslovgivningen. Administrerende direktørs ansvar omfatter etablering og oppfølging av internkontroll som ledelsesverktøy for å sammenfatte systemer, prosesser og rutiner som gjennomføres for å sørge for:

- målrettet og effektiv drift, herunder medisinsk forsvarlig beredskap og utredning og behandling
- pålitelig styringsinformasjon, herunder korrekt rapportering av kvalitet og pasientsikkerhet, aktivitet, bemanning, økonomi og annen informasjon
- overholdelse av lover, regler, styringskrav og selvpålagte krav, herunder spesielt etiske retningslinjer

Styringssystemet må tilpasses virksomhetens risiko og egenart. Risiko må derfor identifiseres, analyseres og kontrolleres (risikostyring). Administrerende direktør har ansvar for å etablere et forsvarlig internkontrollsystem og å holde styret tilstrekkelig orientert. Administrerende direktør skal minst én gang årlig sørge for en samlet gjennomgang av styringssystemet for å påse at det fungerer i tråd med hensikten og bidrar til forbedring.

### **Informasjon til styret**

Administrerende direktør har plikt til å informere styret om foretakets virksomhet, stilling og resultatutvikling.

I alle ordinære styremøter skal administrerende direktør gi styret skriftlig rapport om situasjonen i Vestre Viken HF. Rapporten skal inneholde både økonomiske og ikke-økonomiske forhold, herunder ha et spesielt fokus på kvalitet og pasientsikkerhet, aktivitet, innhold og effektivitet.

Administrerende direktør skal for hvert tertial forelegge styret en utvidet rapportering fra virksomheten. Rapporten skal inneholde risikovurderinger vedrørende måloppnåelse, status for tilsynssaker og redegjøre for kvalitet og pasientsikkerhet.

Styret kan til enhver tid kreve at administrerende direktør gir styret redegjørelse både av generell art og i saker av særskilt interesse.

Administrerende direktør har ansvaret for å holde styret informert om vesentlige forhold internt og eksternt.

### **Kontroll og regnskap**

Administrerende direktør skal sørge for at foretakets registrering og dokumentasjon av regnskapsopplysninger er i samsvar med lov og forskrifter og at formuesforvaltningen er ordnet på betryggende måte, jf. helseforetaksloven § 37, siste ledd.

### **Rapportering**

#### *Årlig melding*

Administrerende direktør skal utarbeide forslag til den årlige meldingen styret plikter å levere til Helse Sør-Øst RHF i henhold til helseforetakets vedtekter § 14.

#### *Årsberetning og årsregnskap*

Administrerende direktør skal utarbeide forslag til årsberetning og årsregnskap til styret. Administrerende direktør har ansvar for at godkjent årsberetning og årsregnskap innsendes til foretaksregisteret.

### **Saksforberedelse - styremøter**

Styrets leder har det formelle ansvaret for styrebehandling av saker. Saksliste settes opp av styrets leder i samråd med administrerende direktør.

Administrerende direktør forestår saksforberedelser til styremøtene i samråd med styrets leder og innstiller til vedtak i sakene. Alle saker skal forberedes og fremlegges på en slik måte at styret har tilfredsstillende behandlings- og beslutningsgrunnlag. Administrerende direktør vil i samråd med styrets leder foreta innkalling til styremøte.

Administrerende direktør skal sørge for å holde styret informert om viktige beslutninger som gjøres av ledelsen innenfor den daglige ledelse. Administrerende direktør skal rapportere fremdrift i planer og informere om eventuelle avvik til styret. Administrerende direktør skal sørge for at alle styremedlemmer får den samme informasjon til samme tid.

Administrerende direktør utarbeider forslag til årsplan for styret.

Administrerende direktør kan kreve at styret sammenkalles.

### **Foretaksmøtet**

Administrerende direktør, eventuelt stedfortreder, plikter å være til stede og har rett til å uttale seg i foretaksmøtet, jf. helseforetaksloven § 17.

### **Representasjon**

Administrerende direktør representerer foretaket utad i saker som inngår i den daglige ledelsen, jf. helseforetaksloven § 39.

Administrerende direktør, eventuelt stedfortreder, deltar i aktuelle fora og styrende organer i foretaket/foretaksgruppen.

### **Lederfora og lederkompetanse**

Administrerende direktør har et overordnet ansvar for at det drives gode lederutviklingsprosesser i Vestre Viken HF.

### **Samarbeid med andre**

Administrerende direktør skal aktivt tilrettelegge for samarbeid i foretaket slik at det totalt sett oppnås hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse. Administrerende direktør skal også bidra til samarbeid med andre helseforetak i Helse Sør-Øst når dette er egnet til å fremme formålet til Vestre Viken HF.

Administrerende direktør skal tilrettelegge for samarbeid med private aktører når dette bidrar til å fremme Vestre Viken HF's formål, og i et helhetlig perspektiv, bidrar til en hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse. Administrerende direktør skal følge opp de plikter Vestre Viken HF har i forhold til private aktører, gjennom lovverk, instruksjer og andre styringsdokumenter, samt særskilte avtaler.

Administrerende direktør skal bidra til at det etableres nødvendig samarbeid med og veiledning overfor kommunene, både administrativt og klinisk, slik at pasientene sikres et helhetlig helse- og omsorgstilbud. Det samme gjelder i forhold til fylkeskommunale samarbeidspartnere og i forhold til andre aktuelle statlige organer.

Administrerende direktør skal bidra til at det etableres nødvendig samarbeid med universiteter og høyskoler, slik at Vestre Viken HF kan ivareta de til enhver tid eksisterende forpliktelser.

Administrerende direktør skal gjennom samarbeid og dialog med pasient- og brukerorganisasjoner tilrettelegge for at Vestre Viken HF sikrer den medvirkning som er beskrevet i helseforetaksloven § 35 og i vedtektene.

Administrerende direktør skal gjennom samarbeid og dialog med de foretakstillitsvalgte og verneombud legge til rette for at Vestre Viken HF ivaretar den medvirkning som er beskrevet i lov- og avtaleverk.

### **Informasjon og samfunnskontakt**

Administrerende direktør har ansvar for at det utvikles gode holdninger til, rutiner og systemer for kontakt med eksterne aktører slik at offentligheten sikres innsyn i de aktiviteter Vestre Viken HF har ansvar for. Det skal praktiseres meroffentlighet.

Styret og Helse Sør- Øst RHF skal uten opphold informeres om saker som kan bli gjenstand for stor politisk og/eller mediemessig omtale.

### **Helse, miljø og sikkerhet**

Administrerende direktør har ansvar for at det utvikles systemer, rutiner og gode holdninger som ivaretar helse, miljø og sikkerhet i virksomheten inkludert pasientbehandlingen.

### **Organisering**

Administrerende direktør har ansvar for at Vestre Viken HF er riktig organisert og har kompetanse som gjør at de samlede oppgavene kan ivaretas på en god måte. Administrerende direktør har personalansvaret for de ansatte i Vestre Viken HF. Dette kan delegeres til lavere ledernivåer.

### **Fullmakter**

Administrerende direktør kan, innenfor sin fullmakt, delegere oppgaver og avgjørelsesmyndighet til ansatte i foretaket. Administrerende direktør har ansvar for utførelsen av delegerte oppgaver og delegert myndighet.

### **5. Resultatkrav og evaluering av administrerende direktør**

Det vil bli foretatt en årlig evaluering av administrerende direktør. Styrets leder skal årlig ha en medarbeidersamtale med administrerende direktør.



## Foreløpig protokoll

<b>Møte:</b>	<b>Brukerutvalget Vestre Viken HF</b>
<b>Møtedato:</b>	18.02.25
<b>Tidspunkt:</b>	1200-1800
<b>Sted:</b>	G32, Tyrifjord1
<b>Møteleder:</b>	David C. Hemmingsen
<b>Deltakere:</b>	<p><b>Fra Brukerutvalget:</b> Rune Kløvtveit (digitalt), Gudrun Breistøl (digitalt), Jan Helge Tuv, Toril Naper Hauge, Jan Ørum Uldal Søes Leth Christensen, Cathrine Amanda Blisten Johansen.</p> <p><b>Fra Administrasjonen:</b> Anne-Lise Kristensen og Kurt Kleppe Josefsen (koordinator)</p> <p><b>Fra administrasjonen, konkrete saker</b> Lisbeth Sommervoll (sak 22/25) Anders Debes (sak 22/25) Monica Øvrid (sak 24/25)</p>

Sak nr.	Sak/merknad
16/25	<p><b>Godkjenning av innkalling og saksliste</b></p> <p><b>Kommentarer/vedtak:</b> Godkjent</p>
17/25	<p><b>Protokoll brukerutvalgets møte 21. januar</b></p> <p><b>Kommentarer/vedtak:</b> Godkjent</p>
18/25	<p><b>Referat arbeidsutvalgets møte 4. februar</b></p> <p><b>Kommentarer/vedtak:</b> Tas til orientering</p>
19/25	<p><b>Saker til orientering, innkommet post</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foreløpig protokoll BU HSØ 15.01.25</li> <li>• Studie om synspunkter for generell biobank</li> <li>• Foreløpig protokoll BU HSØ 4-5.02</li> <li>• Nyhetsbrev, Jardin</li> <li>• Informasjon om arbeidet med å øke telefon og videokonsultasjoner – tas</li> <li>• Pasientreiser</li> </ul>

Sak nr.	Sak/merknad
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Virksomhetstesting</li> </ul> <p><b>Kommentarer/vedtak:</b></p> <p><b>Nyhetsbrev om ventelisteproblematikken</b>            BU mener det er viktig å ta ventelistene alvorlig og lage gode varige arbeidsmåter som er varige over tid. BU er bekymret for at tiltakene styres ut fra sykehusenes behov enn brukernes behov. Kveldspoliklinikker kan være et tilbud som burde være varig. Administrasjonen tar opp med øvrig stab hvordan BU kan inkluderes.</p> <p><b>Virksomhetstesting</b>            BU har mottatt forespørsel om noen kan være interessert i å være markører under virksomhetstesting på NSD. Det er interesse i Brukerutvalget, men det er ikke rammer for det i BU sin ramme. Har NSD rammer for dette? Koordinator sender prosjektet en forespørsel om mer informasjon.</p> <p>De øvrige saker tas til orientering.</p>
20/25	<p><b>Konferanser, seminarer</b>            Ikke mottatt noen.</p>
21/25	<p><b>Årlig melding</b>            Brukerutvalgets uttalelse til årlig melding del2 ettersendes</p> <p><b>Kommentarer/vedtak:</b>            Tas til orientering</p>
22/25	<p><b>Dialog med administrerende direktør og fagdirektør</b>            Informasjon om og diskusjon om Kongsbergprosjektet sammen med det virtuelle sykehus.</p> <p><b>Kommentarer/vedtak:</b>            AD informerte om ventelisteproblematikken. Det er litt utfordring med bemanning av fritidspoliklinikk. AD har bedt klinikkene gjøre en ekstra innsats i forhold til dette. Hvordan kan BU medvirke til å sette fokus på dette? En utfordring er at mange ikke møter til oppsatt time. Selvbestilling av timer og timeendringer bør skje digitalt. En av løsningene er å få flere konsultasjoner digitale og det er viktig at dette arbeidet intensiveres. Det blir en kampanje første uken i mars. Det er stort behov for varige løsninger i forhold til ventelister og ikke bare hurtigløsninger. Foretaket savner litt mer styringssignaler for digitalisering av tjenestene.</p> <p><b>Samhandlingsarena Kongsberg:</b> Vi er nødt til å jobbe sammen for gode helsetjenester og vi må jobbe for å få overgangene til å bli bedre. Prosjektet er fortsatt i støpeskjeen og det arbeides med mandat. Det er gitt midler til forprosjekt. Det må både jobbes mot lavthengende frukt, men det er viktig å sikte mot de lengre prosessene. Det er mange</p>

Sak nr.	Sak/merknad
	<p>gode fagfolk med i prosjektet, både i foretaket, kommunene og responscenteret. Målet er at prosjektet etableres før sommeren og at snorklipping kan gjennomføres da. Prosjektet er imidlertid langvarig. Fokus i prosjektperioden er "eldre med skrøpeligheit". Viktig for å få til gode løsninger er pårørende. Fagdirektør kommer tilbake til brukerutvalget når mandatet er klart. Mye av aktivitetene blir å gjøre sykehuset mer utadvendt og bidrar til å behandle flere pasienter der de er. Pårørende er viktig og responscenteret kan bidra til å gjøre hverdagen enklere for dem.</p>
23/25	<p><b>Oppnevninger prosjekt, råd og utvalg</b> Se egen tabell (monsterarket)</p> <p><b>Kommentarer/vedtak:</b> Det ble gjennomført en fullstendig gjennomgang av alle engasjementer som medlemmer av brukerutvalget er med i.</p> <p>ALLE sjekker at kontaktperson stemmer med terrenget, så sender koordinator ut melding til alle aktuelle om reoppnevning eller nyoppnevning til alle kontaktpersoner.</p>
24/25	<p><b>Økonomi</b> Monica Øvrid</p> <p><b>Kommentarer/vedtak:</b> Vi takker for en god gjennomgang av den økonomiske situasjonen og rutiner. Minner om at honorarkrav sendes Ingunn Skiaker innen 15. hver måned. Spesielt oppfordres det til å sende inn før hvert tertial, dvs mars, juli og november.</p>
25/25	<p><b>Kontinuerlig forbedring</b> Gjennomgang av arbeidet og skjema.</p> <p><b>Kommentarer/vedtak:</b> Utgår. Tas på neste møte.</p>
26/25	<p><b>BU diskusjonen</b> Medlemmer i Brukerutvalget har i denne perioden deltatt på følgende arenaer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• KEK KONGSBERG</li> <li>• arbeidsmøte årsmelding</li> <li>• samhandlingsarena Kongsberg</li> <li>• LSU KS</li> <li>• Styremøte</li> <li>• Ekstraordinært styremøte</li> <li>• KKV PHR</li> <li>• KKV BS</li> <li>• KEK BS</li> </ul>

Sak nr.	Sak/merknad
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Styringsgruppe Helselogistikk</li> <li>• Brukerutvalget</li> <li>• Arb.gruppe Rhab tyngdepunkt</li> <li>• NSD Styringsgruppe</li> <li>• Helselogistikk</li> <li>• Budsjettmøte BS</li> <li>• VIDT programstyre</li> <li>• Styringsgruppe Helselogistikk</li> <li>• Samhandlingsarena Kongsberg</li> <li>• LSU Drammen</li> </ul>
27/25	<p><b>Kommende møter</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styrets årsplan</li> <li>• “Monsterarket”</li> <li>• Møte i april?</li> </ul> <p><b>Kommentarer/vedtak:</b> Møte i april settes til 22. april. Det er ikke styremøte denne måneden og det avklares på AU 8. april om det er behov for møteet.</p>
28/25	<p><b>Styresaker</b> Styresaker ettersendes når de foreligger</p> <p><b>Kommentarer/vedtak:</b> Gudrun ønsker å ta opp i styret ønske om mer kvalitative brukerundersøkelser. Dette som et supplement til de kvantitative.</p>
29/25	<p><b>Eventuelt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sykehusvertene</b></li> <li>• <b>Brukerkontor</b></li> <li>• <b>Møte i april?</b></li> </ul> <p><b>Kommentarer/vedtak:</b> <b>Sykehusvertene.</b> Ansvar for vertene på BS har vært på LMS, men flyttes nå over til KIS. Diskusjon om ansvar på NSD tas nå også på Drammen.</p> <p><b>Brukerkontor</b> Tjenesten på DS fungerer ikke godt nok. Det er behov for noen endringer og det er ikke sikkert at tjenesten blir videreført på NSD. Det er utfordrende at det er åpnet brukerkontor på RS men dette er kun i regi av Kreftforeningen. Det er planer om tilsvarende på KS. Dette er ikke bra at det ikke er likeverdige tilbud i Vestre Viken. En mulig løsning er at klinikerne tar mer ansvar for å vise til likepersontjenesten foreningene har.</p>

Sak nr.	Sak/merknad
	<p>AU tar ansvar for å lage et diskusjonsnotat rundt brukerkontor og likepersontjeneste til diskusjon i utvalget. Saken settes opp på marsmøtet.</p> <p>Møte i april? Vi setter av 22. April, men det avklares etter AU den 8. april.</p> <p>Kampanje digitale konsultasjoner Alle medlemmer i BU tar del i arbeid på å fordele materialet. Materialet sendes til LMS og HSS ved Marit. Staben sender materialet ut. Kampanjeuke er uke 11. Alternativt uke 12. Kan vi lage noen intervjuer om dette? Pressemelding? ALK avklarer med kommunikasjon inn i sosiale medier. Rune, David, Toril, Jan Helge og Gudrun melder at de kan fronte kampanjen. Kan kanskje Ungdomsrådet bidra?</p> <p>Tillitsvalgte Burde vi invitere de tillitsvalgte inn i BU. Sender til AU</p>

## Referat

<b>Møte:</b>	<b>Ungdomsrådet i Vestre Viken</b>
<b>Møtedato:</b>	27.02.25
<b>Tidspunkt:</b>	1700-1945
<b>Sted:</b>	G32, Sems vann
<b>Inviterte:</b>	<p><b>Fra Ungdomsrådet:</b> Andreas Rollheim Melby, Ayse Iclal, Silje Crosby, Elenor Amalie Iversen, Asli Ay, Sarah Krogh</p> <p><b>Fra administrasjonen:</b> Kurt Kleppe Josefsen, Anne-Lise Kristensen</p>

## Saksliste:

Sak nr	Sak
9/25	<p><b>Godkjenning av innkalling</b></p> <p><b>Vedtak/kommentarer:</b> Godkjent</p>
10/25	<p><b>Godkjenning av referat fra UR 23. januar</b></p> <p><b>Vedtak/kommentarer:</b> Godkjent muntlig referat</p>
11/25	<p><b>Saker til orientering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Studie om synspunkter for generell biobank, pasientperspektivet</li> <li>• Foreløpig protokoll BU HSØ 4-5.02</li> <li>• Nyhetsbrev, ventetid</li> <li>• Nyhetsbrev, Jardin</li> <li>• Informasjon om arbeidet med å øke telefon og videokonsultasjoner</li> <li>• Foreløpig protokoll BU VV 18.02</li> <li>• Ambulanskortet</li> <li>• Videokonferansekampanjen</li> </ul> <p><b>Vedtak/kommentarer:</b> UR ser positivt på arbeidet med ventetider</p> <p><b>Invitasjon til å delta ubetalt som markører på Nytt sykehus Drammen/Brakerøya. Alle sjekker i forhold til virksomhetstesting og gir beskjed til koordinator innen 6. mars.</b></p> <p><b>Ambulanskortet</b> Litt skepsis til ordlyden i kortet med Ungdomsrådet liker veldig godt at det legges igjen kort ved besøk. Spesielt siste setning kan virke hard. Alle medlemmer</p>

	<p>får bilde av kortet og kommer med forslag til tekst innen to dager. Koordinator tar kontakt med ambulansetjenesten og kommer med forslag til møtetidspunkt hvor Silje og Sarah deltar på vegne av UR:</p> <p><b>Videokonferansekampanjen</b> – Vi kommer tilbake til denne. Er det noen i UR som kunne tenke seg å være med ved noen video innslag</p> <p>Ellers tas de øvrige saker til orientering.</p>
<b>12/25</b>	<p><b>Runden</b> Hva har den enkelte vært med på siden sist?</p> <p><b>Vedtak/kommentarer:</b> I perioden har medlemmene deltatt på møter i:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fact ung – planleggingsmøte</li> <li>• BUPA oppfølging</li> </ul> <p>Ungdomsrådet ønsker ellers at avdelingsleder for BUPA deltar på aprilmøtet, sammen med SKILS. Hva skjer på NSD?</p>
<b>13/25</b>	<p><b>Pålogging</b> Vi setter av tid slik at vi sikrer at alle kommer inn på Teams. Ta med nettbrett eller PC som dere bruker vanligvis.</p>
<b>14/25</b>	<p><b>Ungdomskortet</b></p> <p><b>Vedtak/kommentarer:</b> Planlegging fellesmøtet varighet 2,5 timer Workshop med utgangspunkt i innspill fra møtet Etterspør referat fra januarmøtet</p> <p><b>Mål med møtet:</b> Ferdig utviklet prototype med spørsmål</p> <p>Oppstart 45 min</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mingling og spørsmål bli kjent (vi må lage en oppgave som beskriver den enkelte)</li> <li>• Oppsummering fra forrige møte</li> <li>• 10 min pause</li> <li>• 15 minutter i workshop</li> <li>• Sammenfatning innhold</li> <li>• Deretter workshop om design</li> </ul>
<b>15/25</b>	<b>Fokusområder 2025</b>

	<p>30 minutter workshop</p> <p><b>Vedtak/kommentarer:</b> Hva er viktig for ungdomsrådet inneværende år</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ferdigstille ungdomskortet</li> <li>• Hvordan kan UR bidra mer på NSD – virksomhetstesting</li> <li>• Vi må være mer synlig internt – sikre medvirkning</li> <li>• Revitalisering av fokusgruppe – spesielt få opp igjen samarbeidet med ambulansetjenesten</li> <li>• Revidering av internettsidene i forhold til NSD - novembermøtet</li> <li>• Mer arbeid i mindre grupper mellom møtene</li> <li>• Rekruttering – vi må ha flere medlemmer og mer stabilt oppmøte</li> <li>• Barne- og ungdomsavdelingen – vi føler vi er oversett og ønsker å bli mer inkludert i driften. Viser til BUPA hvor UR er med på prosjektoppfølgingsmøter. Har barne- og ungdomsavdelingen noen arenaer som vi kan delta på?</li> <li>• Arbeid på voksenavdelinger. Kan vi få en oversikt over antall ungdom (16-18 år) på voksenavdelingene? Inkludert hele VV. Snakk ned Vibecke.</li> <li>• Besøktid for ungdom på sykehuset. Kan vi adressere problemet?</li> <li>• Fagdager – hvordan kan UR komme inn på fagdager?</li> <li>• Legg opp kanaler i Teams til dette og lag et felles dokument.</li> </ul> <p>Mer konkret fordeling av arbeidsoppgaver tas på aprilmøtet.</p>
<p><b>16/25</b></p>	<p><b>Rekruttering</b> Hva er viktige punkter å få inn i annonsen?</p> <p><b>Vedtak/kommentarer:</b> Administrasjonen lager utkast til annonsen og sender gruppen Denne må senere lenkes til i FB gruppene. Viktig å få frem motivasjonen til den enkelte i søknadene og dette må inn i annonsen.</p>
<p><b>17/25</b></p>	<p><b>Neste møte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 13. mars</li> <li>• Aprilmøtet blir 10. april</li> </ul> <p>Kan vi få til et møte på NSD. Det er ønskelig så snart som mulig.</p>
<p><b>18/25</b></p>	<p><b>Eventuelt</b></p>



## Årsplan for styret 2025

Ajourført pr. mars 2025

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
<b>Mandag</b> <b>27. januar</b> <b>Digitalt / teams</b> (09.00 – 11.00)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kjøp av tjenesteboliger Blakstad</li> </ul>	<b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Virksomhetsrapport per 31. Desember 2024 og foreløpig årsresultat 2024</li> <li>Kvalitetsindikatorer VVHF</li> <li>Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet</li> </ul>	
<b>Torsdag 6. februar</b> <b>Digitalt / teams</b> (08.00 - 09.00)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Midlertidige parkeringsplasser ved nytt sykehus Drammen</li> </ul>		<b>Ekstraordinært styremøte</b>
<b>Mandag</b> <b>24. februar</b> <b>G 32, Drammen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Virksomhetsrapportering pr 3. tertial 2024, inkludert risikovurdering og IKT</li> <li>Årlig melding 2024</li> <li>Oppnevning av medlemmer i Brukerutvalget 2025 - 2027</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Virksomhetsrapport pr. 31. januar 2025</li> <li>Utkast styrets årsberetning</li> <li>Årsrapport 2024 Varslingsutvalget</li> </ul> <b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nytt sykehus Drammen – flytteforberedelser</li> </ul> <b>Referatsaker:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Styreprotokoll fra HSØ 6. februar</li> <li>Revisjonsplan 2025 for Konsernrevisjonen HSØ</li> <li>SKU 28. januar</li> <li>HAMU 4. februar</li> <li>Styrets årsplan pr februar</li> </ul>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brukerutvalg 21. Januar</li> </ul>	
<b>28. februar – foretaksmøte og felles styreseminar kl. 09.00 – 16.00 i regi av HSØ (Gardermoen)</b>			Oppdrag og bestilling (OBD) 2025. Program formidles per epost.
<b>Mandag</b> <b>31. mars</b> <b>Bærum sykehus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Årsberetning/årsregnskap 2024</li> <li>• Fremtidig organisering av BET/PHR</li> <li>• Plan for ibrukstakelse NSD</li> <li>• Styrende dokumenter for VVHF 2025</li> <li>• Instruks for styret i VVHF</li> <li>• Instruks for AD i VVHF</li> <li>• Protokoll fra foretaksmøte og Oppdrag og bestilling for 2025</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhetsrapport pr. 28. februar 2025</li> <li>• ØLP forutsetninger</li> </ul> <b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nytt sykehus Drammen</li> <li>• Bærum sykehus</li> </ul> <b>Referatsaker:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 6. mars</li> <li>• Brukerutvalg 18. februar (25. mars)</li> <li>• SKU 11. mars</li> <li>• Styrets årsplan pr mars</li> </ul>	Eget møte mellom styret og revisor.
<b>Mandag</b> <b>22. mai</b> <b>Brakerøya</b>  <b>Styremøte og styreseminar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhetsrapport pr. 1. tertial 2025 inkludert risikovurdering, bærekraftsplan og IKT</li> <li>• ØLP 2026 – 2029</li> <li>• Parkeringsløsning Brakerøya</li> <li>• Prismodeller parkering VVHF</li> <li>• Styrets møteplan 2026</li> </ul>	<b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etske retningslinjer i VVHF</li> <li>• Nytt sykehus Drammen Eierskifte 1 og 2 samt Go-No Go</li> </ul> <b>Referatsaker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 7/8. mai</li> <li>• HAMU 8. april</li> <li>• Brukerutvalg 20. mai</li> <li>• SKU 6. mai</li> <li>• Styrets årsplan pr mai</li> </ul>	Program styreseminar  Flytteforberedelser NSD Bærekraftsplan 2.0 Beredskap og sikkerhet
<b>Mandag</b> <b>16. juni</b> <b>Drammen, G 32</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Status sykefraværsoppfølging i VVHF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhetsrapport pr. 31. mai 2025</li> </ul> <b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nytt sykehus Drammen</li> </ul>	<i>Dialog med Pasient- og brukerombudet</i>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Status investeringsramme 2025</li> <li>• Pasientombudenes årsmelding 2024</li> </ul> <b>Referatsaker:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SKU 10. juni</li> <li>• HAMU 3. juni</li> <li>• Brukerutvalg 10. juni</li> <li>• Styrets årsplan pr juni</li> </ul>	E-læringskurs "Etikk for alle"
<b>20. juni - foretaksmøte kl. 09.00 – 16.00 (Grev Wedels plass 5, Oslo)</b>			Program formidles når dette er klart
<b>Mandag 25. august Digitalt / teams (09.00 - 11.00)</b>	•	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhetsrapport pr. 31. juli</li> <li>• Nytt sykehus Drammen Eierskifte 3, oppsummering KIB 1</li> </ul>	
<b>Mandag 29. september  Ringerike sykehus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhetsrapport pr 2. tertial 2025 inkludert risikovurdering, bærekraftsplan og IKT</li> <li>• Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2026</li> </ul>	<b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ringerike sykehus</li> <li>• Status nytt sykehus Drammen Status drift PHR</li> <li>• Forbedringsundersøkelsen 2025</li> </ul> <b>Referatsaker:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 28. august</li> <li>• HAMU 9. september</li> <li>• SKU 2. september</li> <li>• Brukerutvalg 16. september</li> <li>• Styrets årsplan pr september</li> </ul>	Forskning i VVHF
<b>Mandag 27. oktober</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lønnsoppgjør 2025 for administrerende direktør</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhetsrapport pr 30. September 2025</li> </ul>	Program styreseminar

<b>Styremøte og styreseminar G 32, Drammen</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet</li> </ul> <b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nytt sykehus Drammen</li> <li>Oppsummering KIB 2</li> <li>• Budsjett 2025</li> </ul> <b>Referatsaker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styreprotokoll fra HSØ 25. september</li> <li>• SKU 14. oktober</li> <li>• Brukerutvalg 14. oktober</li> <li>• Styrets årsplan pr oktober</li> </ul>	Evaluering av styrets arbeid
<b>Mandag 17. november Nytt sykehus Drammen, Brakerøya</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhetsrapport pr. 31. oktober 2025</li> </ul> <b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nytt sykehus Drammen</li> <li>Oppsummering KIB</li> </ul> <b>Referatsaker:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 23. oktober</li> <li>• Brukerutvalg 11. November</li> </ul> <b>Referatsaker:</b>	Dialogmøte med Brukerutvalget og Ungdomsrådet.
<b>Mandag 15. desember G 32, Drammen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Budsjett og mål 2026</li> <li>• Styrets årsplan 2026</li> <li>• Revidering av bærekraftsplanen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhetsrapport pr. 30. november 2024</li> </ul> <b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fullmakter i VVHF</li> <li>• Nytt sykehus Drammen</li> </ul> <b>Referatsaker:</b>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 20. november</li> <li>• SKU 2. desember</li> <li>• HAMU 9. desember</li> <li>• Brukerutvalg 9. desember</li> <li>• Styrets årsplan pr desember</li> </ul>	
--	--	---	--

**Merk:**

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

**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
<b>Sak 76/2024 Strukturendringer i klinikk Psykisk Helse og Rus.</b> 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	
<b>Sak 111/2024 Bærekraftsplan versjon 2.0.</b> 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 døgnposten i løpet av 1. halvår 2025.	18.12.24	26.05.24	
<b>Sak 114/2024 Sykefraværarbeidet i VVHF.</b> Styret kommenterer videre at det er positivt at det vektlegges en bred og systematisk innsats for å redusere sykefraværet i	18.12.24	16.06.25	

helseforetaket. Styret ønsker å høre status og resultater av sykefraværssinnsatsen i et styremøte før sommeren 2025.			
<b>Sak 4/2025 Konsernrevisjonens undersøkelse om etterlevelse og oppfølging av nasjonale faglige råd.</b> 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	
<b>Sak 14/2025 Virksomhetsrapportering pr. 3. tertial 2024.</b> Styret kommenterer at satsningen rundt økt samarbeid mellom Kongsberg sykehus og Kongsberg kommune er spennende og viktig, og ønsker derfor å høre mer om dette i et kommende styremøte.	24.02.25	16.06.25	

## Referat

<b>Møte:</b>	<b>HAMU</b>	<b>Tilstede:</b>	Tom Frost, Bente Kristensen, Gry Christoffersen, Inger Bjurstrøm, Joan Nygard (for Harald Baardseth), Nina Bjerke (for Maria Gundersen), Lisbeth Sommervoll, Kirsten Hørthe, Kristin Fagerhaug, Mai Bente Myrvold, May Janne Bothe Pedersen, Henning Aarset (for Eli Årnot), Jakob W. Westlie (for Hanne Misund)
<b>Møtedato:</b>	26.februar 2025		
<b>Tidspunkt:</b>	0800 -		
<b>Sted:</b>	Teams		
<b>Møteleder:</b>	Tom Frost		
<b>Referent:</b>	Cecilie Søfting Monsen	<b>Forfall:</b>	Maria Gundersen, Hanne Misund, Hanne Juritzen, Eli Årnot, Marianne O Njøten, Kristin Besseberg

<b>Saksnr.</b>	<b>Beskrivelse/oppfølging/vedtak</b>
05/2025	<p><b>Prosjekt parkeringsløsninger i VVHF</b></p> <p>Presentert v/Gro Sølvberg-Øien</p> <p>Hovedmålet er at det skal være tilgjengelig parkering for pasienter, besøkende og ansatte som av ulike årsaker må bruke bil til lokasjonen. Nå-situasjonen og gjeldende ordninger ble presentert. Det er primært de ansattes parkeringsløsninger som diskuteres i dette fora. Målet er å ha prinsipper for tildeling og en prismodell klar til innflytting nytt sykehus i Drammen (NSD). Det vises for øvrig også til HSØ parkeringsveileder.</p> <p>Forslag til tiltak på følgende områder ble fremlagt til diskusjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Prisstruktur og prismodeller</li> <li>•Prinsipper og kriterier for tildeling</li> </ul> <p><u>Innspill i møtet:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– En kommune kan få flere prissoner og ulike parkeringspakker.</li> <li>– Det stilles spørsmål om det er nødvendig med tildeling på alle lokasjoner. Bør kun gjelde lokasjoner med kapasitetsutfordringer.</li> <li>– Diskusjon rundt å bruke utslagskriterier.</li> <li>– Det påpekes at alt faktagrunnlag må kvalitetssikres før det besluttes en prismodell.</li> <li>– Vurdere abonnement på tvers av lokasjoner.</li> <li>– «Gulrot vs pisk» kan stimulere til å bruke andre fremkomstmidler enn bil.</li> <li>– Vurdere om det i første omgang skal besluttes overordnet prismodell og tildelingsmodell og detaljere etter innflytting NSD</li> <li>– Ansatte opplever at prosessen går for raskt og stiller spørsmål ved om det i første omgang kun besluttes løsninger for NSD</li> <li>– Ansatte ber om at man ikke kommer i en situasjon der noen grupper prioriteres foran andre eller sees på som viktigere enn andre.</li> </ul> <p><b>Vedtak:</b></p> <p>HAMU tar informasjonen til orientering og ber om at innspill fra møtet tas med i det videre arbeidet frem mot drøfting og beslutning.</p>

