

Til: Styret ved Vestre Viken HF

Dato utsendt: 10. februar

Vår ref. Styresekretær

Møtetype: Styremøte
Møtedato: **13. februar 2026**
Møtetid: Kl. 08.00 – 08.30

Møtested: Digitalt, teams

PROGRAM **Behandling av styresaker**

Publikum og media som ønsker å være til stede i møtet, bes melde fra om dette til styresekretær innen 12. februar (vhfpbsekretariat@vestreviken.no).

Ved forfall vennligst gi beskjed til:

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

Med vennlig hilsen
For styreleder Siri Hatlen

Hilde Enget

Saksnr.	Tid (tentativt) Type sak	SAKER TIL BEHANDLING
10/2026	08.00 0 min	Godkjenning av innkalling og saksliste Vedlegg: Innkalling og saksliste til styremøte 13. februar
11/2026	08.00 0 min	Godkjenning av møteprotokoll 26. januar 2026 Vedlegg: Foreløpig protokoll 26. januar 2026
12/2026	08.00 30 min	Årlig melding 2025 VVHF Vedlegg: 1. Årlig melding 2025 2. Foretakstillitsvalgte/ Foretakshovedverneombudets samlede innspill 3. Brukerutvalgets samlede innspill
	08.30	Møteslutt

Dato: 2026
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Godkjenning av innkalling og saksliste

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	10/2026	13.02.26

Forslag til vedtak

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Drammen, 9. februar 2026

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: 1. Innkalling og saksliste til styremøte 13. februar 2026

Dato: 9. febr 2026
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Godkjenning av møteprotokoll

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	11/2026	13.02.26

Forslag til vedtak

Styret godkjenner møteprotokoll datert 26. januar 2026

Drammen, 9. februar 2026

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: 1. Foreløpig protokoll 26. januar 2026

Saksbehandler: Hilde Enget

Møteprotokoll for styret i Vestre Viken

Møtested: Digitalt, teams
Dato: 26. januar 2026
Tidspunkt: Kl. 09.00 – 10.45

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
Harald Baardseth	Styremedlem
Tom Roger Heggelund Frost	Styremedlem
Maria Josefsen Gundersen	Styremedlem
Toril Anneli Kiuru Morken	Styremedlem

Leder og nestleder av Brukerutvalget Rune Kløvtveit og David C Hemmingsen 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
Bjørn Sandvik	Direktør teknologi
Hilde Enget	Administrasjonssjef/styresekretær

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

Sak 2/2026 Godkjenning av innkalling og saksliste

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 3/2026 Godkjenning av styreprotokoller fra 15. desember 2025 og 7. januar 2026

Styrets enstemmige

Vedtak:

Møteprotokollene fra styremøtet 15. desember 2025 og 7. januar 2026 godkjennes.

Sak 4/2025 Virksomhetsrapportering pr. 31. desember 2025 og foreløpig årsresultat 2025

Presentasjon i møtet.

Kommentarer i møtet

Styret kommenterer at virksomhetsrapporten per desember 2025 viser at styringsfarten inn i budsjettåret 2026 er høy, og at dette er noe klinikkene må hensynta når de periodiserer sine tiltaksplaner for 2026. Administrerende direktør redegjorde for at tiltak for å bedre ventetidene fremover handler om bedre planlegging og økt digitalisering, herunder avvikling av fysiske kontroller der dette er hensiktsmessig.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret tar virksomhetsrapporteringen per 31. desember og foreløpig årsresultat 2025 til orientering.

Sak 5/ 2026 Budsjett og mål 2026

Oppsummering av innhold

Saken omhandler styrets endelige behandling av budsjett og mål for 2026. Foretaket foreslår et budsjett med totale inntekter på 16 021 MNOK og et resultatmål på –632 MNOK, i tråd med økonomisk langtidsplan. Det er identifisert nye tiltak for 153 MNOK, og klinikkene har redegjort for aktivitet, årsverk og risikovurderinger som en del av budsjettprosessen.

Det legges opp til en investeringsramme på 259,5 MNOK, inkludert særskilt låneramme fra HSØ til investeringer i Martina Hansens Hospital. Aktiviteten forventes å øke i 2026, særlig knyttet til strålebehandling og normalisering av drift etter flytting til nytt sykehus i Drammen. Samtidig øker bemanningen som følge av integrering av MHH og nye driftskonsepter.

For å sikre måloppnåelse styrkes det sentrale ressursteamet og det etableres tettere oppfølging av klinikkene. Administrerende direktør anbefaler at styret vedtar budsjettet som foreslått.

Kommentarer i møtet

Styret takker for et godt saksunderlag med periodiserte tiltaksplaner for klinikkene. Klinikker for intern service viser en stor aktivitetsøkning, der hovedårsaken er nye konsepter på nytt sykehus i Drammen. Klinikken må bruke inneværende år på å optimalisere effektene av de ulike driftskonseptene. Styret ser frem til en nærmere gjennomgang av planlagte konsepter knyttet til nytt sykehus Drammen i februarmøtet.

Styret kommenterer at det er stor variasjon i risiko fra de somatiske klinikkene, og ønsker en gjennomgang av status for den periodiserte tiltaksplanen for klinikkene i hvert styremøte fremover. Den høyeste risikoen ligger på Drammen sykehus som bla. beskriver mange tiltak for å øke inntektene, men færre tiltak for å redusere kostander. Det blir derfor viktig for styret å følge særskilt med på Drammen sykehus. Styret ber derfor om at det tas en gjennomgang av status for Drammen sykehus i mars- eller aprilmøtet, med tanke på realisme knyttet til aktiviteter for 2. halvår 2026.

Styret bemerker at arbeidet med og resultatene av prosjektet Fag og funksjon vil være avgjørende fremover og vil kreve god samhandling og koordinering av tiltak på tvers av de somatiske klinikkene.

Ansattrepresentanten Tom Frost viser til drøftingsnotatet om budsjett 2026 som forelå som vedlegg til budsjettsaken i desember. Frost mener det er veldig høy risiko knyttet til budsjettert effekt for mange av tiltakene, eksempelvis forventede effekter av langvakter, fadderordning, standardisering av bemanningsplaner ved Drammen sykehus og Tale til sammendrag. Det bemerkes også at krav om reduksjon av ventetider skal gjennomføres uten ekstra kostnader.

Styret bemerker at det er positivt at innsatsen knyttet til forskning opprettholdes i budsjettet. Styret støtter at det etableres forsterket ressursteam for systematiske oppfølging av sentrale områder, og berømmer at det skal avholdes budsjettkonferanse i mars for å sikre resultater i 2026 og planlegging av 2027. Resultatoppnåelse i 2026 vil kreve tett og god styring og ledelse, i samarbeid med organisasjonene.

Styret imøteser rapportering for den enkelte måned for faktisk resultat sett opp mot periodisert budsjett. Det skal redegjøres for avvik og fremlegges tiltak for å sikre at budsjettet kan realiseres.

Styrets enstemmige

Vedtak:

1. Budsjettet vedtas med totale inntekter på 16 021 MNOK, hvorav 11 577 MNOK er basisrammetildeling fra HSØ, og et underskudd på 632 MNOK. Dette er i samsvar med økonomisk langtidsplan.
2. Styret vedtar en øvre investeringsramme på 259,5 MNOK for nye investeringer i 2026. Dette omfatter investeringer i MHH, som HSØ har innvilget en særskilt låneramme for med 58,6 MNOK.

Sak 6/ 2026 Inngåelse av forpliktende avtale om kjøp av ambulanser

Saken er unntatt offentlighet jf offl. § 23 1. ledd og hfl. § 26 a2. ledd nr. 4. Egen protokoll fra behandlingen.

Sak 7/2026 Referatsaker

Ingen kommentarer.

Sak 8/2026 Eventuelt

Ingen saker.

Sak 9/2026 Driftsorientering fra administrerende direktør

Oppsummering av innhold

Administrerende direktør informerte om utskifting og modernisering av ventilasjonsanlegget ved Bærum sykehus, dette som en del av BRK-programmet. Vestre Viken skal delta i et nasjonalt forskningsprosjekt for transport av biologisk materiale med droner. Som en del av samfunnsoppdraget til helseforetaket deltok Vestre Viken på markeringen av "Trafikkofrenes dag" i Drammen. VVHF får annerkjennelse på internasjonal konferanse om robotkirurgi for måten utdanning og logistikk er satt i system ved Ringerike sykehus, Administrerende direktør informerte også om hospitering ved Drammen sykehus, akuttmedisinsk avdeling, og om hennes deltakelse på ukeskurs i totalberedskap i regi av Statsforvalteren. Helseministreren holdt årets Helsetale ved Drammen sykehus, dette er andre gang talen legges til VVHF.

Kommentarer i møtet

Styret kommenterer at det er gledelig å få innblikk i mye av det spennende som skjer i helseforetaket.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Driftsorienteringen fra administrerende direktør tas til orientering.

Drammen 26. januar 2026

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

Harald Baardseth

Dato: 9. febr 2026
Saksbehandler: Anders Debes

Saksfremlegg

Årlig melding 2025

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte Vestre Viken HF	12/2026	13.02.26

Forslag til vedtak

1. Styret godkjenner årlig melding 2025.
2. Administrerende direktør gis fullmakt til å slutføre endelig dokument basert på styrets eventuelle innspill i møtet. Årlig melding 2025 oversendes Helse Sør-Øst RHF innen fristen 1. mars 2026.

Drammen, 9. februar 2026

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Ifølge § 14 i vedtektene for foretaket skal styret i Vestre Viken HF hvert år sende en årlig melding til Helse Sør-Øst RHF. Meldingen omfatter virksomhetens rapport for foregående år og styrets plandokument for virksomheten. Den utarbeides etter mal gitt av Helse Sør-Øst RHF, og er en rapportering på oppfølging av *Oppdrag og bestilling 2025 for Vestre Viken HF*.

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

Saksutredning

I tillegg til innledning inneholder Årlig melding to deler:

- Rapporteringsdel (del II) hvor det rapporteres på hvordan helseforetaket har svart opp mål for 2025 i *Oppdrag og bestilling 2025 for Vestre Viken HF* og øvrige bestillinger/pålegg gitt i foretaksmøter gjennom året.
- Styrets plandokument (del III) skal være av strategisk og overordnet karakter, og vise hovedtrekkene i fremtidig drift innenfor de rammebetingelser som er gitt av det regionale foretaket som eier. Her legger Helse Sør-Øst RHF til grunn at det kan henvises til andre styregodkjente dokumenter.

En foreløpig rapportering (del II) ble oversendt Helse Sør-Øst RHF innen fristen 20. januar 2026. Etter styrets behandling 13. februar 2026 vil meldingen i sin helhet bli sendt inn til Helse Sør-Øst RHF innen fristen 1. mars 2026.

Ved utarbeidelse av Årlig melding er tillitsvalgte, vernetjeneste, Brukerutvalget og Ungdomsrådet invitert til å komme med innspill. Innspill fra disse ligger vedlagt årlig melding 2025.

Administrerende direktørs vurderinger

Årlig melding for 2025 er utarbeidet i samsvar med eiers føringer. Plandelen bygger på Utviklingsplan 2035, Bærekraftsplanen, gjeldende økonomisk langtidsplan og vedtatt budsjett og mål for 2025. Planene er forankret i Regional utviklingsplan og de regionale føringer om mål og oppdrag.

Administrerende direktør mener Årlig melding 2025 for Vestre Viken HF til Helse Sør-Øst RHF gir et dekkende bilde av virksomheten. Det kan vises til mange gode resultater og vellykkede enkelttiltak, mens det fortsatt er enkelte områder som må arbeides videre med.

Administrerende direktør foreslår på bakgrunn av dette at styret vedtar det fremlagte forslag til Årlig melding 2025.

Vedlegg:

1. Årlig melding 2025
2. Foretakstillitsvalgte/ Foretakshovedverneombudets samlede innspill
3. Brukerutvalgets samlede innspill

VESTRE VIKEN HF

ÅRLIG MELDING 2025

til Helse Sør-Øst RHF

Drammen, 9.februar 2026

Innhold

DEL I: INNLEDNING OG VURDERING	3
1. Innledning.....	3
1.1. Oppgaver og organisering	3
1.2. Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag	3
1.3. Mål for virksomheten	4
1.4. Virksomhetsstyring.....	4
1.5. Medvirkning fra brukere og ansatte.....	5
2. Vurdering av virksomheten.....	6
2.1. Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2025	6
Evaluering av egen virksomhet og organisering	6
DEL II: RAPPORTERINGER.....	7
3. Oppfølging av styringsbudskap for 2025.....	7
3.1. Rask tilgang til trygge helsetjenester av høy kvalitet og sammenhengende pasientforløp.....	7
3.2. Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.....	14
3.3. Kunnskapsbaserte og bærekraftige tjenester gjennom forskning, innovasjon og næringslivssamarbeid.....	17
3.4. Den offentlige helsetjenesten skal være fagfolkenes foretrukne arbeidsplass	17
3.5. Spesialisthelsetjenesten bidrar til samfunnssikkerhet og er forberedt på kriser....	20
3.6. Øvrige krav og rammer for 2025	22
3.7. Tildeling av midler og krav til aktivitet.....	26
DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT	30
4. Strategi- og plandokumenter	30
DEL IV: VEDLEGG.....	31
5. Vedlegg.....	31

DEL I: INNLEDNING OG VURDERING

1. Innledning

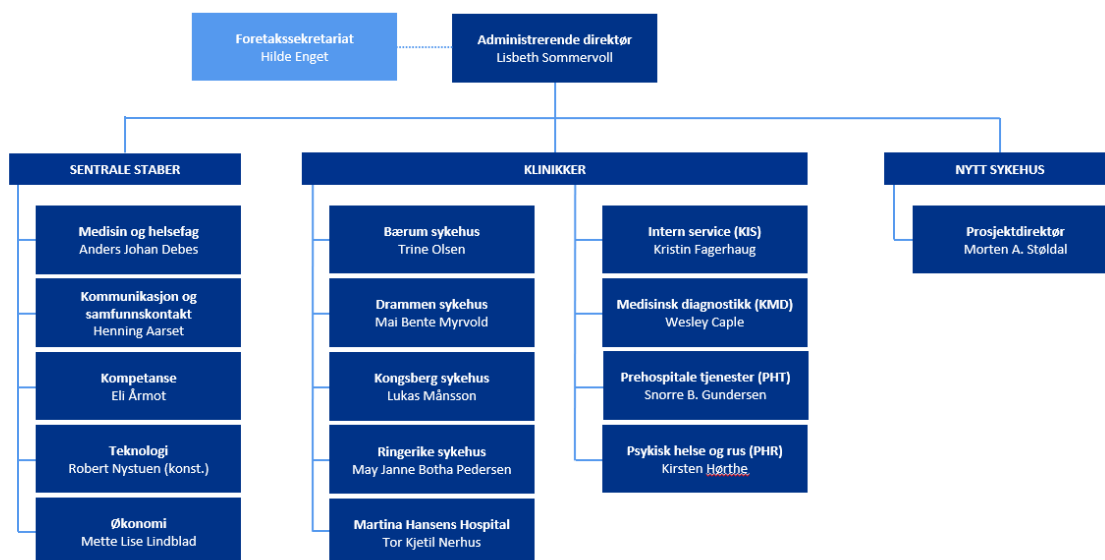
1.1. Oppgaver og organisering

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

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

Aktivitet innen PHR fordeler seg mellom de voksenpsykiatriske avdelingene på Drammen sykehus, Barne- og ungdomspsykiatrisk avdelings døgnsesjoner og poliklinikker, de fem distriktpsikiatriske sentre (DPS) med poliklinisk tilbud, DPS døgn med tre døgnlokasjoner, samt tverrfaglig spesialisert rus- og avhengighetsbehandling (ARA).

Vestre Viken HF hadde gjennomsnittlig ca. 10 500 ansatte fordelt på 8 500 årsverk i 2025.



Figur 1 Overordnet organisasjonskart Vestre Viken HF pr. 31.12.2025

1.2. Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Vestre Viken HF legger eiers visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag til grunn for virksomheten. Visjonen er å skape gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det,

når de trenger det uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, i samsvar med formålet for helseforetakene slik dette er tatt inn i helseforetaksloven § 1

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

1.3. Mål for virksomheten

I Oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst RHF fremgår styringskrav for helseforetaket for året. Det rapporteres på disse i del II av årlig melding.

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

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

En bærekraftig økonomi er et viktig fundament for måloppnåelsen. Styret i Vestre Viken HF vedtok i august 2023 en Handlingsplan for bærekraftig utvikling (heretter kalt Bærekraftsplanen), med tydelige mål og prioriteringer. Bærekraftsplanen er lagt til grunn for utviklingsarbeidet i foretaket. I desember 2024 vedtok styret en revidert plan (Bærekraftsplan 2.0) og i desember 2025 er Bærekraftsplan 3.0 vedtatt som en del av budsjettforutsetningene for 2026. Arbeidet med utviklingen i klinikkene har omfattet fire innsatsområder:

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

Innsatsområdene videreføres. Samtidig er det utredet satsingsområder der foretaket må utvikles for å sikre fremtidig måloppnåelse. Dette skaper retning for det videre arbeidet og er visualisert gjennom et veikart med følgende hovedområder:

- Helhetlig, proaktiv og integrert virksomhetsstyring
- Tverrsektoriell samhandling og sømløse tjenester
- Strategisk ressurs- og kompetansestyring
- Digital transformasjon
- Helhetlig tjenesteorganisering, inkl. fag- og funksjon

1.4. Virksomhetsstyring

Mål og oppdrag fra eier operasjonaliseres årlig i organisasjonen. Ansvar for gjennomføring, oppfølging og rapportering på helseforetakets måloppnåelse fordeles i organisasjonen i tråd med foretakets styringssystem. Styringssystemet er i samsvar med gjeldende bestemmelser i forskrift- og lovverk, samt krav og føringer fra Helse Sør-Øst RHF. Styringssystemet samler de overordnede prosessene for å planlegge, gjennomføre, følge opp, evaluere og forbedre

virksomheten. Ledelsens gjennomgang (LGG) er den overordnede styrende og kontrollerende delen av virksomhetsstyringen i foretaket, og som skal sikre at styringssystemet fungerer etter sin hensikt og bidrar til forbedring.

Det inngås årlig lederavtaler mellom administrerende direktør og klinikkdirektører og tilsvarende mellom klinikkenes ledernivåer. Lederavtalene konkretiserer mål for den enkelte klinikk med utgangspunkt i årets Oppdrag og Bestilling for Vestre Viken HF og helseforetakets egne satsingsområder. Klinikken har regelmessige møter med administrerende direktør med oppfølging av målene i lederavtalene.

Hvert tertial utvides virksomhetsrapporteringen og det fremlegges risikovurderinger på sentrale områder som også rapporteres til Helse Sør-Øst RHF. Helseforetaket bruker avviks- og forbedringssystemet 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.

1.5. Medvirkning fra brukere og ansatte

Ansatte

Involvering av ansatte i helseforetaket skjer gjennom tillitsvalgte og verneombud på alle nivåer. Tillitsvalgte er valgt av organisasjonene, mens verneombudene er valgt etter AML kap. 6. På foretaksnivå er det korte ukentlige dialogmøter samt månedlige medvirkningsmøter med alle foretakstillitsvalgte og foretakshovedverneombudet. Involvering skjer ellers gjennom informasjon, arbeidsmiljøutvalg, ulike dialogmøter, drøfting og forhandlinger. Tillitsvalgte og vernetjenesten er godt representert og bidrar med råd, erfaringer og informasjon i en rekke fora, prosjekter og utviklingsområder i helseforetaket. Helse Sør-Øst sine "12 prinsipper for medvirkning", samt lov og avtaleverk med tillitsvalgte og vernetjeneste legges til grunn for samarbeidet. Mange ansatte deltar i lokale forbedringsteam med direkte involvering i endringsarbeid. Ved utarbeidelse av Årlig melding er tillitsvalgte og vernetjeneste invitert til å komme med innspill.

Brukere

Involvering av brukere skjer daglig i møter mellom pasienter og våre ansatte. Det legges vekt på retten til samvalg i utforming av behandlingen, og pasientene skal informeres om sine pasient- og brukerrettigheter. I tillegg inkluderes de i lokale forbedringsarbeid ute i avdelingene.

Involvering av brukere og pårørende på systemnivå ivaretas av Brukerutvalget og Ungdomsrådet. De har månedlige møter, i tillegg deltar medlemmene i et stort antall prosjekt, råd og utvalg. Leder og nestleder i Brukerutvalget deltar på styremøtene og leder sitter i det sentrale kvalitetsutvalget og andre sentrale styringsgrupper. Helseforetakets kliniske etikkomiteer har alle brukerrepresentant. Administrerende direktør, fagdirektør og andre ansatte deltar i brukerutvalgsmøtene og har dialog om aktuelle saker.

Ungdomsrådet har månedlige møter. I 2025 har ungdomsrådet fortsatt sin innsats inn mot BUPA med deltakelse på strategisamlinger i styringsgruppene til Fact Ung. Ungdomsrådet har i 2025, i samarbeid med Ungdomsrådet på Ahus, utviklet et Ungdomskort etter modell av Vestre Viken-kortet. Kortet informerer pasienter og ansatte om sykehusets forventninger til god samhandling. Ungdomsrådet i Vestre Viken har 10 års jubileum i 2026 og vil markere det med to ungdomskonferanser i samarbeid med fagavdelingene.

Brukerutvalget og Ungdomsrådet har to felles møter i året. Brukerutvalget og Ungdomsrådet møter styret en gang i året og orienterer om sitt arbeid. Leder og nestleder i Brukerutvalget og avdelingssjef for samhandling, brukermedvirkning og helsekompetanse har fast dialogmøte med administrerende direktør fire ganger i året.

Pasienter og pårørendes helsekompetanse har avgjørende betydning for deres deltakelse i egen helse. Brukerutvalget, Ungdomsrådet og Ressurssenteret for pasient- og pårørende opplæring har dette som en rettesnor i sitt utviklingsarbeid for å bidra til mer bærekraftige og likeverdige tjenester.

Det vises ellers til Brukerutvalgets kommentarer til Årlig melding i eget vedlegg.

2. Vurdering av virksomheten

2.1. Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2025

2025 har vært et år med høy aktivitet og store omstillinger for Vestre Viken HF. Foretaket har levert gode resultater innen flere sentrale oppdragsområder, samtidig som økonomi, kapasitet og enkelte kritiske pasientforløp fortsatt representerer betydelige utfordringer.

Ventetidene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling har vært en klar styrke i 2025, med måloppnåelse gjennom året. Dette skyldes systematisk kapasitetsstyring og forbedret virksomhetsstyring i lederlinjen. Samhandlingen med kommunene er styrket, særlig gjennom FACT-team og nye samhandlingsprosjekter, som har gitt mer helhetlige tjenester for pasienter med sammensatte behov.

Foretaket har også hatt betydelig fremgang innen digital transformasjon. Nye KI-løsninger innen bildediagnostikk, automatisert overføring av medisinalister og moderne arbeidsflytplattformer har gitt konkrete gevinster for pasientbehandling, effektivitet og kvalitet. Aktiviteten innen somatikk har totalt sett vært høyere enn planlagt til tross for krevende drift i forbindelse med innflytting i nytt sykehus Drammen.

Samtidig viser virksomheten flere uløste utfordringer. Økonomien er utfordrende, og året endte med et betydelig underskudd. En negativ avregning for kjøp fra private og økte finanskostnader utgjør den største delen av resultatavviket. I tillegg har driftsforutsetningene i nytt sykehus i Drammen påført organisasjonen stor belastning etter flytting. Kapasitetstiltak knyttet til ventetider har medført økte lønnskostnader. Ventetidene innen somatikk er fortsatt over måltallet, og reinnleggelser er høye i enkelte fagområder. Flere av kreftpakkeforløpene ligger under kravet om 70 % gjennomført innen standard tid, blant annet på grunn av flaskehalser i radiologi, patologi og operasjon. Sykefraværet er fortsatt høyt og over målnivået.

Samlet viser 2025 et foretak med sterk forbedringskapasitet og tydelige resultater innen digitalisering og psykisk helsevern, men også et foretak som står foran nødvendige strukturelle og økonomiske grep for å sikre bærekraftig drift. Prioriteringer fremover vil være økonomisk kontroll, styrket kapasitet i somatikken, reduksjon av ventetider og reinnleggelser, og fortsatt utvikling av standardiserte og robuste pasientforløp.

Evaluerings av egen virksomhet og organisering

Se kap.2.1.

DEL II: RAPPORTERINGER

3. Oppfølging av styringsbudskap for 2025

3.1. Rask tilgang til trygge helsetjenester av høy kvalitet og sammenhengende pasientforløp

Mål 2025:

Kvalitative mål:

- Pasienter med store og sammensatte behov, herunder eldre med skrøpelighet 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.*

Målet er delvis nådd. Arbeidet med sammenhengende og trygge helsetjenester forankres i Helsefellesskapet Vest-Viken. Det er etablert Faglig samarbeidsutvalg barn og unge, Faglig samarbeidsutvalg for personer psykisk helse og rus, FACT-tilbud for barn og unge, voksne og pasienter i sikkerhetspsykiatrien. Dialogbasert inntak i barne- og ungdomspsykiatrien er videreført og videreutviklet.

Vestre Viken HF og Ringerike kommune etablerte i 2025 et samhandlingsprosjekt for å styrke samarbeidet rundt Koordinerende enhet. Målet er å utnytte de samlede ressurser bedre for pasienter med behov for koordinerte tjenester. Målet er at dette kan breddes til alle våre kommuner.

Helsefellesskapet benytter rekrutterings- og samhandlingsmidler til å understøtte bedre samhandling for utsatte grupper, i tråd med Helse- og samhandlingsplanen. Vestre Viken HF har i dag tre prosjekter med tema eldre med skrøpelighet, to for barn og unge, og to for psykisk helse. I tillegg et program for felles ansettelse i kommuner og sykehus. Prosjektet Samhandlingsarena Kongsberg ble i 2025 utpekt som ett av regjeringens Prosjekt X, og har som mål å teste ut nye tjenestemodeller mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten i Kongsbergregionen.

Innflyttingen i nytt sykehus Drammen på slutten av 2025, legger godt til rette for styrket samhandling mellom de somatiske avdelingene og Klinikk for psykisk helse og rus.

Som en del av arbeidet med Bærekraftsplanen 3.0 og arbeidet med Veikart 2035, er det opprettet et eget fagråd for rehabilitering.

- Helseforetaket skal arbeide systematisk med prioritering og unngå overbehandling og overdiagnostikk.*

Målet er delvis nådd. Vestre Viken HF har i 2025 signert en samarbeidsavtale med Legeforeningen om å bli et Kloke valg-foretak. Det er dialog med helsefellesskapet om å vurdere dette i en bredere kontekst og sammen jobbe mot å bli et Kloke valg-helsefellesskap, sammen med våre 22 samarbeidende kommuner. Vestre Viken HF har søkt og fått tildelt midler til frikjøp av en Kloke valg ambassadør. Det er engasjert en overlege som starter arbeidet i mars 2026. Videre er det etablert fagråd i 15 av de største somatiske fagområdene. Fagrådene har fått

i oppdrag å sette seg inn i Kloke valg-kampanjen og etablere et felles forbedringsprosjekt basert på det som de faglig vurderer som mest hensiktsmessig. Helseforetaket bruker kontinuerlig forbedring som metode og sikrer dokumentasjon i Life QI. Ellers støttes det godt opp under allerede påstartede tiltak og prosjekter, assisterende fagdirektør er tett involvert i arbeidene. I Klinikk for medisinsk diagnostikk har det siden 2024 vært arbeidet med “Ikke stikk meg uten grunn”-prosjektet som har som mål å redusere unødvendig rekvisisjon av laboratorieprøver og redusere antall blodprøvetakinger av pasientene.

En sentral arbeidsgruppe etablerer overordnet struktur og oppsett. Dette målet vil bli nådd i 2026. I 2025 ble det også etablert en sentral klinisk etisk komite for å adressere overordnede etiske problemstillinger som f.eks. omhandler prioriteringer, over- og underdiagnostikk og behandlingsbegrensninger.

- *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.*

Målet er delvis oppnådd. Vestre Viken HF har et system for å registrere hendelser, nesten-uhell og forbedringsområder (Synergi). I all hovedsak er systemet godt kjent, men vi registrerer at det er ulik tilnærming i saksbehandling av registrerte hendelser. Det arbeides kontinuerlig med å forbedre meldingskulturen i foretaket.

I 2024 tok vi også i bruk modulen “#Råbra” som gir positive tilbakemeldinger til enkeltansatte, enheter og avdelinger som utmerker seg, dette meldes også i forbedringssystemet Synergi. I 2025 har «Team Pasientsikkerhet» vektlagt forbedringsmetodikk som en del av opplæring og veiledning, noe som også videreføres i 2026.

Vestre Viken HF har bidratt med to ressurser i Helse Sør-Øst RHF sitt initiativ til å utvikle et regionalt kurs om meldekultur og hensikten med å melde uønskede hendelser og forbedringsforslag. Dette kurset ble tilgjengelig i læringsportalen for alle ansatte i Helse Sør-Øst RHF i juni 2025. Det holdes i tillegg kurs og veiledning på forespørsel.

- *Kvinner skal oppleve et sammenhengende, trygt og helhetlig tilbud gjennom svangerskap, fødsel og barseltiden.*

Målet er nådd. Helseforetaket har i 2025 fulgt opp oppdraget om å sikre et sammenhengende, trygt og helhetlig tilbud gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. Arbeidet er gjennomført i tråd med nasjonale føringer og har vært forankret i klinikkene, samt i fagråd for gynekologi og føde-/barsel, med vekt på pasientforløp, risikoseleksjon, kontinuitet og kvalitet i tjenestene.

Det er gjennomført en systematisk gjennomgang og videreutvikling av pasientforløp i henhold til nasjonal retningslinje for fødselsomsorg. Helseforetaket har via fagrådet etablert en tydeligere og enhetlig praksis for seleksjon av gravide basert på risikoprofil og justert kriterier for seleksjon av fødsler til våre fødelokasjoner.

Helseforetaket har videre arbeidet med kontinuitetsmodeller innen svangerskaps- og fødselsomsorgen. Ved Drammen sykehus er prosjektet Min jordmor etablert som utprøving av en modell der teambasert tilnærming med kjent jordmor bidrar til økt sammenheng mellom svangerskapsomsorg, fødsel og barseltid. Dette tiltaket videreføres i 2026 og det er følgeforskning for å vurdere effekter og resultater. Risikobasert seleksjon og tilbud om jordmorstyrte fødsler er etablert ved Bærum sykehus, Ringerike sykehus og Kongsberg sykehus gjennom Luna-modellen.

Helseforetaket deltar i utprøving av digitalt helsekort for gravide.

Vestre Viken HF har også arbeidet systematisk med oppgaveglidning mellom ulike helsepersonellgrupper innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen.

- *Gjennomsnittlig ventetid skal i 2025 være lik eller under 61 dager i somatikken.*

Målet er ikke oppnådd. Den gjennomsnittlige ventetiden for påbegynt helsehjelp somatikk endte i 2025 på 66 dager (mål 61 dager) samlet for somatikken i helseforetaket, men det er variasjoner mellom fagområder og klinikker. Tallet er lavere enn gjennomsnittet for 2023 og 2024, men noe over 2019-nivå som representerer måltallet. Ventetiden for ventende og antall ventende (over 90 dager) har vært redusert betraktelig gjennom 2025 i forbindelse med arbeidet med Ventetidsløftet. Vestre Viken HF nådde delmålet for juni 2025, men vi har ikke klart å stabilisere ventetidene på ønsket nivå i alle de somatiske klinikkene. Dette må sees i sammenheng med prosessen omkring flytting av Drammen sykehus, og forberedelser knyttet til sammenslåing med Martina Hansens Hospital. Se beskrivelse av tiltak beskrevet under oppdrag knyttet til ventetider under.

- *Helseforetaket skal overholde minst 95 pst. av pasientavtalene (maks 5 pst. passert planlagt tid) innen alle fagområdene.*

Målet er ikke nådd. Andel kontakter med passert tid gjennom året var på 11 %. Dette er stabilt og vesentlig lavere enn 2024. Andel fristbrudd for året er 2,9 %. Dette området har sterk oppmerksomhet for ventetidsinnsatsen videre i 2026.

- *Helseforetaket skal ha en reduksjon i reinnleggelser som kan forebygges gjennom god samhandling innenfor somatikk.*

Målet er ikke nådd. Det er hjerte, lunge og gastromedisinske miljøer som samlet har opp mot 20 % reinnleggelserater ved flere lokasjoner. Vestre Viken HF har ikke fått gjennomført tilstrekkelig effektive tiltak mot dette i 2025, men i helseforetakets «Prosjekt X»; *Samhandlingsarena Kongsberg*, er det planlagt et prosjekt om utvidet ansvarstid for spesialisthelsetjenesten på 72 timer som har som ett av målene å redusere reinnleggelser. Det vil gi nyttig læring for det aktuelle oppdraget. I tillegg planlegges det et innovasjonsprosjekt omkring bruk av digital hjemmeoppfølging etter innleggelse i samarbeid med de aktuelle miljøene i 2026.

- *Gjennomsnittlig ventetid skal i 2025 være lik eller under 40 dager i psykisk helsevern voksne, 35 dager i psykisk helsevern barn og unge og 30 dager i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).*

Målet er nådd. Ventetider innen psykisk helsevern, både voksne og barn/unge, ble oppnådd innen sommeren og har senere holdt seg stabilt innenfor det definerte målet som er satt. Aktivitet, ventetider og avslag følges opp i månedlige oppfølgingsmøter og ellers ved kontinuerlig overvåkning. Det er satt inn en rekke tiltak der varig endring har vært resultatet. Oppfølging av ventetider er en del av en helhetlig virksomhetsstyring der hele lederlinjen er involvert.

- *Helseforetaket skal ha en reduksjon i reinnleggelser som kan forebygges gjennom god samhandling innenfor somatikk, psykisk helsevern og TSB.*

Målet er ikke nådd. Innenfor Klinikk psykisk helse og rus (PHR) har vi hatt en særlig utfordring med reinnleggelser ved overføring av pasienter fra lukket til åpen avdeling. Ved omstilling av

DPS døgndrift til egen avdeling i klinikk PHR er det derfor arbeidet med reduksjon av variasjon mellom de tre gjenværende DPS døgnsesksjonenes rutiner på dette området. En del av hensikten med arbeidet er å gjøre det lettere å planlegge overføring fra lukket avdeling til åpen døgnsesksjon, og med dette redusere risiko for reinnleggelser.

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

Målet er ikke nådd. Vestre Viken HF har måloppnåelse lavere enn 70 % i flere av pakkeforløpene og samlet, men vi har arbeidet systematisk og det er en tydelig bedring gjennom andre halvdel av året. Gjennomsnittlig antall dager i forløp er jevnt fallende.

Det er i 2025 gjennomført kartlegging av noen pakkeforløp med særlige utfordringer. Det er ulike flaskehalser som ventetider på poliklinikk, tilgjengelighet av radiolog ressurser, svartider innenfor patologi, operasjon med mer. Det gjennomføres i mindre grad regelmessige og effektive forløpsgjennomganger enn det som er anbefalt i regionale veileder.

I 2025 har en arbeidsgruppe fra sentral stab fasilitert en bedret implementering av forløpsgjennomganger i tråd med regional veileder for pakkeforløp kreft. De har i første omgang fokusert på bryst- og lungekreftsforløpene, da disse har høyt pasientvolum og har vist lav måloppnåelse over tid.

Vi utvikler i den sammenheng et arbeidsflytverktøy i prosessplattformen PEGA. Applikasjonen vil sikre bedre helhetlig oversikt over pakkeforløpene, standardisere arbeidsprosesser og automatisere flere manuelle prosesser. Det vil samtidig gi bedre og fortløpende innsikt i forsinkende ledd for pakkeforløpskoordinatorene. Vi er i pilot for første forløp på lungekreft per januar 2026, men vil utvide dette sammen med forløpsgjennomganger i et forsøk på å skape varig forbedring i 2026. Pakkeforløp for kreft er også i 2026 særskilt løftet som ett av 14 prioriterte områder i klinikkens lederavtaler.

3.1.1. 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.*

Målet er delvis oppnådd. En stor innsats knyttet til antall ventende over hhv 90 dager somatikk og 30 dager innenfor psykisk helse og rus medførte at vi nådde målet for gjennomsnittlig ventetid påbegynt ved utgangen av juni 2025. Gjennomsnittlig ventetid påbegynt helsehjelp ligger for 2025 lavere enn både 2024 og 2023, men over 2019-nivå som er måltallet. For fagområdene psykisk helsevern og rus er målene oppnådd, men for somatikken er ikke måltallet oppnådd.

Den positive utviklingen initialt i 2025 tillegges i stor grad tiltak knyttet til systematisk gjennomgang og rydding av ventelister, sammen med en økt aktivitet i perioden ved bruk av ekstrapoliklinikk. Tiltak gjennomført for å øke kapasiteten har variert mellom avdelinger og fagområder. Dette har vært nødvendig for å håndtere etterslep. Samtidig har oppmerksomheten vært holdt på langsiktige tiltak for å adressere grunnleggende utfordringer med kapasitet. Tverrgående tiltak pågår og dette forventes å gi varig effekt over tid. Det har vært og jobbet med optimalisering av poliklinikkene, inkludert bredding av forløp for digital hjemmeoppfølging,

reduksjon i kontroller og konsultasjoner, tilbud om telefon og videokonsultasjoner til pasienter, innføring av digitale forløp for preundersøkelser før inngrep/undersøkelser med mer.

- *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.*

Målet er delvis nådd. Gjennom arbeid med ventetidsløftet og optimalisering av poliklinikker, har det vært gjennomganger i alle poliklinikker for å ta i bruk digital hjemmeoppfølging. Alle klinikker har identifisert minst 2-3 forløp de ønsker å implementere, og har pågående aktiviteter for å komme i gang med behovsstyrte poliklinikker. Midler fra Ventetidsløftet er tildelt klinikkene for å frikjøpe ressurser til å øke innsatsen andre halvdel av 2025. Det er samtidig allokert flere ressurser fra sentral stab til å understøtte arbeidet, dette kontinueres i 2026. VVHF har etablert egen prosedyre for involvering av brukerrepresentanter i utvikling av nye forløp.

Brukerutvalget og Ungdomsrådet er utålmodige og etterspør økt tilgang på digitale tilbud. Brukerutvalget har blitt jevnlig orientert om arbeidet med digital hjemmeoppfølging. Strategisk arbeid med digital hjemmeoppfølging følges opp av Program for digital hjemmeoppfølging. Programmet har årlige mål og evalueringer.

- *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.*

Målet er delvis nådd. I forbindelse med optimalisering av polikliniske forløp har det vært gjennomført forbedringsaktiviteter som har sett på gjeldende praksis, deriblant kontroller. På samme måte har utvikling og implementering av digitale forløp medført at fagmiljøer har identifisert og eliminert kontroller som oppfattes unødvendige. Oppgavedeling har vist en særlig positiv effekt på ventetidene innenfor fagområdet øyesykdommer. Gjennom de nyopprettede fagrådene gis det oppdrag om å systematisk gjennomgå fagområdets praksis på dette området og standardisere tilnærmingen i hele VVHF.

VV har etablert egen prosedyre for involvering av brukerrepresentanter i utvikling av nye forløp.

- *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.*

Målet er nådd. Samarbeidet med avtalespesialister har vært vesentlig mer aktivt i 2025, i stor grad knyttet til tiltakene i Ventetidsløftet. Et sentralt tiltak har her vært å bedre samarbeide med og bruke kapasiteten til avtalespesialistene. Helseforetaket har som følge av dette også hatt et mer aktivt forhold til å opprette nye og revidere eksisterende samarbeidsavtaler fortløpende. Størst fokus er viet de områdene med størst pasientvolum. Dette gjelder innenfor somatikk og psykisk helse. Fagområdene/aktuelle avdelinger har fått invitasjoner til å møte nye avtalespesialister fra Helse Sør-Øst RHF ved inngåelse av nye avtaler.

3.1.2. Behandlingstilbud

Annen oppgave 2025

- *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.*

Målet er nådd. Helseforetaket har, som et innovasjonsprosjekt, innført en robotisert overføring av medisinalisten fra elektronisk kurve i Metavision til epikrise. Dette er iverksatt ved Bærum sykehus i desember 2025, og spredning til resten av helseforetaket starter opp tidlig i 2026. Ved hjelp av Robotic Process Automation (RPA) overføres strukturert data uten endring i innhold (kun i tilpasset formspråk) og sikrer vesentlig bedre samsvar mellom ordinerte og dokumenterte medikamenter, samtidig som det sparer tid for våre klinikere. Tidsbesparelsen og kvalitetshevingen er dokumentert gjennom brukerundersøkelser. Dette har vært gjort i tett samarbeid med pasientens legemiddelliste (PLL). Den robotiserte løsningen har fått navnet Vidar Viken.

Sentral forskrivningsmodul har vært forsinket, men det er dialog via samhandlingskjeden for å forstå roller og ansvar i modulen fremover. Vestre Viken deltar aktivt i dette arbeidet og har lånt ut ressurser til HSØ RHF i dette arbeidet. Samhandlingslegene er aktivt med i forberedelsene og informasjonsarbeidet omkring innføringen av PLL.

- *Helseforetaket skal delta i regional utprøving av pasientens prøvesvar med formål helsehjelp med oppstart andre halvår 2025*

Målet er ikke nådd. På grunn av forberedelser og innflytting i Nytt Sykehus Drammen ble denne oppstarten forskjøvet til første halvår 2026. Vestre Viken HF har bidratt i det regionale og nasjonale prosjektet, men nøkkelressurser har måttet prioritere arbeid med det nye sykehuset i andre halvår av 2025.

- *Helseforetaket skal følge opp tilgjengelige data for forbruksrater 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.*

Målet er nådd. Vestre Viken HF har iverksatt flere tiltak for dette gjennom 2025. For radiologi er beslutningsstøtte tatt i bruk i DIPS Interactor som første foretak i Helse Sør-Øst. For laboratoriemedisin er det iverksatt konkrete tiltak innenfor noen områder der Vestre Viken HF hadde uvanlig høyt forbruk, og det er startet opp et prosjekt med navnet «Ikke stikk meg uten grunn» i helseforetaket (beskrevet tidligere i dette kapittelet). Dette arbeidet vil fortsette i 2026. I tillegg er det forventet at arbeidet med «Kloke valg» vil redusere bruk av både radiologi- og laboratorietjenester i 2026.

Kvalitetsavdelingen har bistått med vurdering av forbruksrater i regionalt klinisk dashbord i et bredere bruksområde. Dette har vist at flere av tallene i løsningen ikke er tilstrekkelig pålitelige og i motsetning til funksjonen for nødvendige helsetjenester og 30 dagers overlevelse, oppfatter vi ikke forbruksrater i dashbordet som et nyttig måltall per nå. Helseforetaket har deltatt i flere møter med Helse Sør-Øst RHF med hensikt å forbedre dette og vil fortsette det i året som kommer.

- *Helseforetaket skal bistå Sykehusapotekene HF med å sette i drift en regional løsning for lager, salg og distribusjon av legemidler hjem til pasienter.*

Målet er delvis nådd. Arbeidet pågår, og helseforetaket bistår ved fagdirektørs stab.

- *Helseforetaket skal delta i regional utprøving av nasjonal digital samhandlingsløsning "Pasientens måledata" (deling av måledata fra digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi) i samhandling med primærhelsetjenesten.*

Målet er delvis nådd. Vestre Viken HF har bidratt i å utvikle en teknisk plattform for visning av måledata for helsepersonell i sykehus. Løsningen ble produksjonssatt for VVHF i slutten av november 2025. Selve utprøvingen har vært forsinket på grunn av tekniske forsinkelser i Drammen kommune, bytte av DHO leverandør i Asker kommune og frysperiode i forbindelse med innflytting i Nytt sykehus Drammen.

Det er planlagt en begrenset utprøving mellom Asker- og Drammen kommune og Akuttmottak, Drammen sykehus. Utprøvingen forutsetter pasienter med behov for tjenester i sykehus. Per desember 2025 har klinikere i akuttmottaket tilgang til måledata for pasienter i Drammen kommune, men foreløpig ikke gjort oppslag. Målet forventes nådd Q1 2026.

- *Helseforetaket skal lage en implementeringsplan for Program for regelmessig netthinneundersøkelser inklusive plan for lokaler, personell og utstyr (kameraer).*

Målet er delvis nådd. Det er utarbeidet en kapasitetsutredning for fotografering i Vestre Viken HF. Videre er det satt ned et team for implementering av løsningen, bestående av representanter fra øyeavdeling Drammen sykehus, Klinikk for medisinsk diagnostikk og Stab Medisin og helsefag. Det er meldt inn behov for investeringsmidler til innkjøp av kamera, men ikke tildelt foreløpig. Implementeringsteamet vil jobbe videre med plan for implementering i 2026.

3.1.3. Nasjonal kreftstrategi

Annen oppgave 2025

Tilgang til Comprehensive Cancer Center eller Cancer Center

- *Oslo universitetssykehus HF skal i samarbeid med de helseforetak som behandler kreftsykdommer, sørge for at pasienter med kreft, herunder de med sjeldne kreftdiagnoser, skal ha tilgang til den samlede kompetansen i regionen og likeverdig tilgang til Comprehensive Cancer Centre (CCC) eller et Cancer Center (CC) eller et nettverk av helsetjenesteinstitusjoner som er koordinert av et CCC eller CC.*

Det bes om en tidsplan for arbeidet innen 1. oktober og en statusrapportering i årlig melding for 2025.

Målet er nådd. En tidsplan for arbeidet er utarbeidet og svart ut samlet via Oslo universitetssykehus HF innen fristen 1. oktober. Vestre Viken HF vil på linje med flere foretak etablere et kreftstyre som skal utvikle en lokal kreftstrategi i 2026. Mandat for dette arbeidet er skrevet og vi er i prosess med å rekruttere prosjektleder. Etablering av kreftstyre henger godt sammen med vårt ønske om å gjennomføre en kreftsenter-akkreditering, og en gap-analyse som grunnlag for dette arbeidet ble gjennomført allerede i 2024.

Pakkeforløp hjem

- *Helseforetaket skal følge opp «Pakkeforløp hjem» for kreftpasienter i tråd med Helsedirektoratets anbefaling. Dette innebærer at det gjennomføres en samtale med pasienten om pasientens livssituasjon utover kreftbehandling og oppfølging, etter at pasienten er informert om sin kreftdiagnose.*

Målet er ikke nådd. Pakkeforløp hjem er foreløpig ikke helhetlig tatt i bruk i helseforetaket. Med dagens IKT-løsning fremkommer det ikke antall pasienter som har blitt tilbudt samtale, men takket nei.

Ernæringsstrategi

- *Helseforetaket skal ha en ernæringsstrategi.*

Målet er nådd. Ernæringsutvalget har utarbeidet utkast til ernæringsstrategi som har vært til bred høring i helseforetaket. Strategien fremlegges og vedtas i foretaksledelsen innen 1.3.26.

3.1.4. Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Annen oppgave 2025

- *Helseforetaket skal gjennomgå og planlegge de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus i samarbeid med kommunene. Det vises til Meld. St. 23 For nye, forsterke, forbedre som beskriver utfordringene for de akuttmedisinske tjenestene og begrunner oppdraget. Helsefellesskapene skal benyttes som arena for samarbeid, tjenesteutvikling og felles planlegging mellom kommuner og helseforetak.*

Akershus universitetssykehus HF, Diakomhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus skal samarbeide med Oslo universitetssykehus HF om oppdraget i sitt opptaksområde.

Målet er delvis nådd. Klinikkk for prehospitaltjenester (PHT) har tidligere ikke vært representert i de lokale samarbeidsutvalgene i helsefellesskapet. I løpet av 2025 ble det arbeidet aktivt for å få plass, og fra 2026 er PHT en del av LSU i Drammen, Kongsberg, Ringerike og Hallingdal. PHT vurderer sammen med beredskapssjefen muligheten for å etablere faglige samarbeidsutvalg knyttet til den akuttmedisinske kjeden og øvrige beredskapsområder. Klinikkdirektør er fra 2025 representant i Strategisk samarbeidsutvalg i helsefellesskapet Vest Viken.

På bakgrunn av beslutning i styret i Helse Sør-Øst RHF om organisering av prehospitaltjenester i Helse Sør-Øst vil dette medføre at Vestre Viken, for området Asker og Bærum, også vil måtte samarbeide med Oslo universitetssykehus HF om oppdraget. Dette arbeidet må videreføres i 2026.

3.2. Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

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).*

Målet er nådd. Faktiske tall for 2025 er ikke klare ved rapporteringstidspunkt, men det forventes at målet nås. Totalt er estimatet pr. 2. tertial realvekst høyere enn demografisk vekst. Det er noe lavere på TSB-området, men samlet med VOP er estimatet høyere.

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.

Målet er delvis nådd. Det er en rekke aktiviteter inn mot dette oppdraget:

Alle FACT team i DPS-ene har felles avklaringsinntak med samarbeidende kommuner. Videre tilbyr alle poliklinikker i DPS avklaringsamtaler. To av fem DPS har etablert avklaringsteam der representanter for avtalespesialistene deltar. Det gjennomføres også regelmessig samarbeidsmøter mellom DPS og kommuner hvor enkeltsaker drøftes og avklares. Som et neste steg i arbeidet vil det iverksettes et samhandlingsprosjekt mellom Bærum DPS og Bærum kommune der formålet er utprøving av felles avklaringsteam med kommunen. Prosjektet blir i 2026 tildelt midler gjennom helsefelleskapets samhandlingsmidler. Bærum DPS og Bærum kommune vil prøve ut denne måten å jobbe sammen på, og dette vil gi erfaring slik at videre bredding og implementering i de øvrige DPS-ene kan vurderes.

- Helseforetaket skal øke behandlingsskapasitet, fortrinnsvis poliklinisk og ambulante tjenester, innen TSB. Helseforetakene skal etablere tilbud om integrert ettervern herunder brukerstyrte senger*

Målet er ikke nådd. Det er i 2025 gjennomført en omfattende omstilling av Avdeling for rus og avhengighet (ARA) og DPS-området i forbindelse med forberedelser og innflytting i nytt sykehus Drammen. Det er derfor bevisst valgt å holde dette oppdraget igjen i inneværende år. I januar 2026 starter "DPS tjenesteutviklingsarbeid" opp og dette omfatter da også arbeidet med TSB. En av arbeidspakkene i arbeidet er å etablere enhetlige behandlingsforløp i VOP og TSB, herunder å gi forslag til modell som sikrer integrert ettervern for pasienter som har vært innlagt i ARA Døgn.

- Helseforetaket skal etablere bredt sammensatt og fleksible ambulante spesialisthelseteam innen psykisk helsevern barn og unge. Teamene tilpasses lokale forhold.*

Målet er delvis nådd. Denne oppgaven har det vært jobbet med over en lengre periode; i oppdragsdokumentet fra Helse Sør-Øst RHF i 2024 fikk foretakene en bestilling med å utrede etableringen av ambulant spesialisthelseteam knyttet opp mot barneverninstitusjonene i opptaksområdet. Med utgangspunkt i dette arbeidet har Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA), sammen med Bufetat Sør og Bufetat Øst, utarbeidet forslag til ulike modeller. Tre hovedmodeller har deretter blitt gjennomgått, også eksternt på dialogkonferanse helse – barnevern, med bred deltakelse. Det anbefales en modell som skiller mellom akutte – og elektive forløp og det er laget en aktivitetsplan for etablering, med målsetting om oppstart av BUPA helseteam uken etter påske i 2026.

- 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.*

Målet er delvis nådd. I 2025 har det vært gjennomført et omfattende revisjonsarbeid knyttet til behandlingstilbud for barn med autisme. Utredningen er uendret da den allerede er svært komprimert, men veiledningstilbudet er endret til å omfatte mer avgrensede samarbeidsavtaler i samarbeid med kommunene. Mye er nå gjennomført i grupper og per videokonferanse. Samlet er dette en god måte å nå flere og øke tilbudet med samme ressurser. Ellers jobber en arbeidsgruppe fra både habilitering og psykisk helsevern med implementering av videre trinn i

fagplanen. Viktige avklaringer er gjort mellom miljøene og arbeidet understøttes med prosjektstøtte. Dette vil fortsette i 2026.

- *Helseforetaket skal styrke innsatsen overfor mennesker med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser (ROP-lidelser). Det er et mål å etablere tverrfaglige behandlingsplasser for denne gruppen i alle helseregioner. Det vises til anmodningsvedtak nr 504 i behandling av Meld. St. 5 (2024–2025) Trygghet, fellesskap og verdighet, Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Del I – en ny politikk for forebygging, skadereduksjon og behandling: «Stortinget ber regjeringen styrke innsatsen overfor mennesker med ROP-lidelser ved å etablere tverrfaglige behandlingsplasser for denne gruppen i alle helseregioner.»*

Målet er delvis nådd. Det er etablert en egen seksjon i Avdeling for rus og avhengighet (ARA) for pasienter med akutt behov for døgnplasser grunnet ruslidelse, i forbindelse med nytt sykehus: Rusakutt. Seksjonen samarbeider tett med akuttpsykiatrien og de somatiske avdelingene i sykehuset. I tillegg videreutvikles ROP-tilbudet i ARA som en del av døgntilbudet på Konnerud i Drammen.

Regional fagplan for psykisk helsevern og rusbehandling er revidert og PHR vil være involvert i videre arbeid med å implementere denne, både innenfor voksne og barn/ungdom, i 2026. PHR deltar i det nasjonale prosjektet for å lage en plan for utbygging av tjenestetilbudet til barn og unge med ruslidelser i Norge. Oppbygging av kompetanse, parallelt med utvikling av innholdet i behandlingstilbudet, vil være vesentlig for hele landet. Det er stor vilje i BUPA til å ta fatt på dette området, både i sykehusseksjonen og i poliklinikkene.

- *Helseforetaket skal gjøre inntaksvurderinger i psykisk helsevern i tråd med gjeldende prioriteringsveiledere fra Helsedirektoratet og rusproblemer alene kan ikke være grunn for avslag til behandling i psykisk helsevern. Dette gjelder også for barn og unge. Det vises til anmodningsvedtak nr 505 i behandling av Meld. St. 5 (2024–2025) Trygghet, fellesskap og verdighet, Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Del I – en ny politikk for forebygging, skadereduksjon og behandling: «Stortinget ber regjeringen sikre, gjennom tydelige føringer til alle helseregioner, at rusproblemer alene ikke kan være en grunn for avslag til behandling i psykisk helsevern. Dette gjelder også for barn.»*

Målet er delvis nådd. PHR følger prioriteringsveilederen og rus alene er ikke grunn til avslag på henvisning. Det vil være aktuelt å jobbe videre med dette inn i “DPS tjenesteutviklingsarbeid” innunder arbeidspakken Inntak. En av leveransene her er en anbefaling om modell for beslutningsstøtte til klinikere med tanke på enhetlig prioritering og behandling. Arbeidspakken skal i henhold til plan gjennomføre workshops i mai – juni 2026.

- *Helseforetaket skal utvide tilbudet om legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og gjøre det mer tilgjengelig for personer med problembruk av opioider som av ulike grunner ikke mottar LAR i dag. Flere større byer har allerede lavterskel inngang til LAR og ambulant oppfølging. Det er likevel et potensial for økt rekruttering av pasienter gjennom en mer oppsøkende og fleksibel tilnærming.*

Målet er ikke nådd. Selv om dagens organisering av LAR sørger for at hele Vestre Viken HF sitt opptaksområde er dekket, er lavterskeltilbud vurdert, men så langt ikke utredet. Dagens LAR tilbud har lite restkapasitet til å utvikle dette, slik det nå er ressursatt.. Samarbeid med fastleger og kommuner er sentralt i arbeidet med LAR og aktuelle tiltak kan vurderes videre inn i helsefellesskapet.

- *Helseforetaket skal lage en konkret og tidfestet plan for hvordan døgncapasiteten i psykisk helsevern i regionen skal økes fram mot 2030, i tråd med gjeldende framskrivningsmodell. Planen skal leveres innen 15. oktober 2025, og det forventes at den faktiske økningen starter i inneværende år.*

Målet er nådd. Det ble 20. oktober 2025 oversendt et notat til HSØ RHF der PHR gjorde rede for døgncapasiteten i klinikken, sett opp mot framskrivningsmodellen. Kort oppsummert har klinikken økt kapasiteten på voksenpsykiatriske sykehussenger etter flyttingen til nye Drammen sykehus. Det beskrives videre hvilke kompenserende tiltak som er satt i verk for å møte behovene som fortsatt gjenstår. Det redegjør også for utviklingen i DPS-døgncapasiteten, som nå har potensial til å nå fremskrevet behov innen 2028 uten større bygningsmessige endringer.

3.3. Kunnskapsbaserte og bærekraftige tjenester gjennom forskning, innovasjon og næringslivssamarbeid

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.*

Målet er nådd. Partssammensatt arbeid rundt profesjonalisering og standardisering av turnusplanlegging, samt fleksibilitet i arbeidstidsordninger er påbegynt i 2025 og arbeidet vil fortsette i 2026. Pilotprosjekt med utprøving av KI i turnusplanlegging sammen med Sykehuspartner er gjennomført i Vestre Viken HF. Arbeidet er videreført i ett tverrgående prosjekt eid av Helse Sør-Øst RHF og drevet av Sykehuspartner HF. Ressurspersoner fra Vestre Viken HF deltar.

Gjennom programmet for digital transformasjon (VIDT) har helseforetaket i 2025 gjort vesentlige fremskritt i utnyttelsen av personellbesparende teknologi. Det er etablert varige teknologiske kapabiliteter innen automatisering og prosess støtte, blant annet gjennom bruk av RPA, Power Platform og prosessplattformen PEGA. Dette har gitt økt intern kompetanse og redusert avhengighet av eksternt bistand. Programmet har levert konkrete gevinster, herunder automatisert overføring av medisinalister (roboten Vidar Viken) og effektivisering av prioriterte pakkeforløp, blant annet innen lungekreft. Arbeidet videreføres i 2026 med mål om å skalere automatisert håndtering av medisinalister til hele helseforetaket og bedret oversikt for utvalgte pakkeforløp. I tillegg har helseforetaket videreutviklet og tatt i bruk løsninger for kunstig intelligens innen bildediagnostikk i eget foretak samt bidratt til spredning til andre foretak i Helse Sør-Øst RHF, og dette arbeidet vil bli ytterligere styrket i 2026.

Vestre Viken HF jobber systematisk med å prøve ut, og benytte, kunstig intelligens i klinisk drift, og er blant de ledende foretakene på dette. Innen bildediagnostikk er flere løsninger allerede i bruk, blant annet innen skjelettskader, MR for MS-pasienter og innen biopsitaking ved mistenkt prostatakreft. Parallelt pågår validering og pilotering av nye KI-løsninger innen røntgen og CT, særlig rettet mot lunge- og thoraxdiagnostikk. I tillegg er flere initiativer planlagt i nær fremtid, blant annet innen patologi, avansert bildeanalyse og merkantile støtteverktøy, med mål om gradvis skalering og varig effekt for pasienter og helsepersonell i årene som kommer.

3.4. Den offentlige helsetjenesten skal være fagfolkenes foretrukne arbeidsplass

3.4.1. 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.*

Målet er ikke nådd. Vestre Viken HF har igangsatt et arbeid med fag og funksjon i den somatiske delen av virksomheten hvor breddekompetanse blir viktig. Arbeidet er prosjektorganisert. Som del av dette er det igangsatt et arbeid med gjennomgang av utdanningsplanene for utdanningsløpene for Indremedisin og Generell kirurgi, med mål om å oppnå bedre og attraktive utdanningsløp for spesialitetene.

- *Helseforetaket må tilrettelegge for en god og effektiv organisering, og gjennomføring av LIS-utdanningen. Dette inkluderer støtte til kursledere, i samarbeid med regionalt utdanningssenter (RegUt), for videreutvikling av kursporteføljen, vurdering av ulike læringsaktiviteter, herunder en økning i antallet digitale kursdager.*

Målet er nådd. Fire overleger har i 2025 gjennomført Train the trainer-programmet (TTT) i regi av RegUt, og de er nå en del av instruktørgruppen som holder kurs i veiledning og supervisjon for overleger og LIS i Vestre Viken. Det gjennomføres sentrale kurs innen veiledning og supervisjon, kommunikasjon og forskningsforståelse. I tillegg gjennomføres gruppeveiledning med tema «Legehelse i LIS-utdanningen», og det er implementert fadderordning for nyansatte LIS i flere klinikker.

I samarbeid med UiO er det gjennomført et prosjekt «Spirallæring for kvalitetsforbedring fra medisinstudent til LIS», en modell som knytter teoretisk utdanning med praktiske forbedringsprosjekter i helsetjenesten. Vestre Viken HF har i 2025 arrangert heldagssamling for utdanningsansvarlige overleger og lege-ledere med tema «Utdanningsledelse i praksis».

- *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.*

Målet er nådd. Rapporten er utarbeidet av Klinikken for psykisk helse og rus i samarbeid med stab Kompetanse og oversendt til Helse Sør-Øst RHF innen fristen. I arbeidet med å rekruttere og beholde personell har det vært størst søkelys på å beholde, begrunnet i ønske om å beholde fagpersoner oppbygde kompetanse i klinikken. Tiltakene har likevel som mål å både rekruttere og beholde, og er inndelt i fem hovedområder: 1) Ledelse 2) Robuste fagmiljøer og mulighet for faglig utvikling 3) Omdømmebygging 4) Mottak og oppfølging av nyansatte og 5) Fleksibilitet.

- *Helseforetaket skal forsere arbeidet med en effektiv arbeids- og oppgavedeling. Det skal ses hen til rapport utarbeidet under Ventetidsløftet og arbeidet i Tørn-programmet.*

Målet er delvis nådd. Arbeidet med effektiv arbeids- og oppgavedeling er igangsatt og vil bli ytterligere vektlagt i 2026. Det er store variasjoner med hensyn til hvor langt de enkelte klinikker er kommet i dette arbeidet. Det er utarbeidet en overordnet retningslinje for arbeidet med oppgavedeling. I tillegg økes satsingen på kompetanseheving blant flere yrkesgrupper for å kunne utføre nye oppgaver.

- *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.*

Målet er delvis nådd. Bemanningssenteret som avdeling er nå lagt organisatorisk inn under HR Bemanning og rekrutteringsstøtte. Bemanning er teamorganisert med vikarpool bestående av pleiepersonell, både fast ansatte og tilkallingsvikarer, som primært skal dekke korttidsfravær i helseforetaket. Team Bemanning er ansvarlig for å rekruttere personell til vikarpool, men bistår også linjeledere med rekruttering til grunnbemanning ved behov. Det er satt i gang et tverrfaglig arbeid for å videreutvikle ledermobilisering- og rekruttering.

- *Med utgangspunkt i tidligere gitte oppdrag for å fremme hensiktsmessig oppgavedeling skal helseforetaket iverksette et eget systematisk arbeid for å etablere hensiktsmessig oppgavedeling og god organisering av arbeidsprosesser mellom personellgrupper som er sentrale i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Det skal tas utgangspunkt i fagarbeiderkompetanse i arbeidet.*

Det bes om en tidsplan for arbeidet innen 1. oktober 2025 og en statusrapportering i årlig melding for 2025.

Det vises også til oppdrag fra 2023 om å utarbeide en årlig felles rapport om personell, kompetanse-utvikling og utdanning med tiltak for å rekruttere, videreutvikle og beholde personell, med nasjonal oversikt over behov for legespesialister, ABIOK-sykepleiere og jordmødre i spesialisthelsetjenesten. Helseforetaket skal på bakgrunn av dette utarbeide planer for å rekruttere og beholde fagfolk som er sentrale i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen, herunder barnepleiere, jordmødre og legespesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Virkemidler innen områdene i) arbeidsmiljø og arbeidsvilkår; ii) oppgavedeling og effektiv organisering; og iii) rekruttering, kvalifisering og kompetanseutvikling, skal inngå i planene.

Det skal rapporteres på oppdraget i årlig melding for 2026.

Målet er delvis nådd. Tidsplan for arbeidet ble sendt inn i tråd med fristen 1. oktober.

Systematisk arbeid med å etablere hensiktsmessig oppgavedeling og organisering mellom yrkesgrupper ble startet allerede i 2022, og det er etablert system/rammer for oppgavedeling i helseforetaket. Høsten 2025 ble det startet forberedelser for å øke antallet helsefagarbeidere som får videreutdanning i Barsel- og barnepleie. Disse begynner i studier fra høsten 2026.

Det er et pågående arbeid med fleksible arbeidstidsordninger, og det ble inngått langsiktig avtale med DNJ om langvakter høsten 2025. Kollegastøtteordning er under implementering, og eksisterende "Buddy-ordning" inngår i dette. Som del av helhetlig system for onboarding er også fadderordning for nyansatte i implementeringsfasen.

Vestre Viken HF har utdanningsstillinger ved alle sykehusene, også for jordmødre, og det er gjort tiltak for styrket praksisveiledning (hovedveiledere). Det pågår også et arbeid med å utforske nye veiledningsmodeller.

Arbeid pågår også rundt standardisering av pasientforløp (barsel lav/moderat risiko), innføring av helselogistikk, digitalisering av pasientforløp. Seleksjon av fødsler i tråd med nasjonale føringer er iverksatt.

3.4.2. 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.*

Målet er ikke nådd. For å nå målet om et sykefravær på 2019-nivå, må sykefraværet reduseres til 6,6 %. I 2025 var sykefraværet i Vestre Viken HF 7,6 %, hvorav 5,2 % var langtidsfravær og 2,4 % korttidsfravær. Til sammenligning var sykefraværet i 2024 på 7,8 %. Det er positivt at fraværet har gått noe ned, men det er fortsatt et godt stykke igjen til 2019-nivået.

Ny IA-avtale understreker betydningen av partssamarbeid, systematisk oppfølging av sykefravær og forebyggende arbeidsmiljøarbeid. Vestre Viken HF har økt innsatsen på disse områdene, men arbeidet er langsiktig og gir ikke umiddelbare effekter. I 2025 har Vestre Viken HF arbeidet langsiktig med strategier innen organisering, oppfølging og partsarbeid. Bransjeprogram IA, herunder bruk av partsduk, er benyttet i tilpasset form ved flere enheter. Innen organisering er det etablert et samarbeid med Universitetet i Sørøst-Norge om videreutdanning i teamledelse. 20 sykepleiere har fullført studiet, med mål om å styrke trygghet i teamlederrollen. Det er utviklet rammeverk for kollegastøtte, samt fadderordning for nye medarbeidere for å støtte opp under trygghet og mestring. Opplæring av kollegastøtter er påbegynt, og fadderordninger er under etablering. Ledere har et tydelig ansvar for oppfølging av sykefravær. Det gjennomføres kontinuerlig opplæring av ledere i sykefraværsoppfølging, herunder i bruk av ny modul i Personalportalen. Vestre Viken HF har deltatt i den nasjonale kampanjen om psykisk helse, med vernetjenesten i spissen. I år var temaene arbeidsmiljø, omstilling, emosjonell belastning og kollegastøtte. Falck Bedriftshelsetjeneste sin «fast dag»-ordning ble utvidet med en ekstra dag viet psykologisk støtte ved omstilling i 2025.

3.4.3. 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.*

Målet er nådd. Den enkelte leder har oppfølgingsansvar i egen enhet, og overordnet leder skal sørge for at oppfølgingen gjennomføres og at handlingsplan utarbeides. Vernetjenesten har en aktiv rolle i oppfølgingsarbeidet. Tillitsvalgte involveres i egen egenhet, og foretakstillitsvalgte har tilgang til resultater i helseforetakets enheter. HAMU følger opp at handlingsplaner er utarbeidet. I klinikkenes AMU presenterer enkelte ledere sitt oppfølgingsarbeid. Formålet er bedre kvalitet i oppfølgingen, læring på tvers og redusert variasjon.

3.5. Spesialisthelsetjenesten bidrar til samfunnssikkerhet og er forberedt på kriser

3.5.1. Beredskap og sikkerhet

Annen oppgave 2025:

- *Helseforetaket skal delta i arbeidet med revisjonen av nasjonalt beredskapsplanverk, øvelse Digital 2025 og forberedelser til totalforsvarsåret.*

Målet er nådd. Vestre Viken HF har bidratt i Helse Sør-Østs arbeid med revisjon av nasjonalt og regionalt beredskapsplanverk, deltatt i AD-øvelsen og i forberedelsene til totalforsvarsåret. Arbeidet vil naturlig bli videreført i 2026.

- *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.*

Målet er nådd. Forsterkede rutiner er etablert og underlagt oppfølging i helseforetakene i regionene og i Sykehusinnkjøp HF som er helseforetakenes innkjøpssentral. Sikkerhet i anskaffelser vurderes og formidles i behovsinnmeldingen av anskaffelser fra helseforetakene til Sykehusinnkjøp HF og det er etablert rutiner for oppfølging av sikkerhet i anskaffelsene og i påfølgende avtaleforvaltning. Helseforetakene oppnevner fagressurser innen sikkerhet til anskaffelsene på linje med øvrige fagressurser. Sykehusinnkjøp HF har gjennomført opplæring av egne ansatte og etablert rollen sikkerhetsleder i egen organisasjon. Ny løsning for konkurransegjennomføring og kontraktsadministrasjon som implementeres i Sykehusinnkjøp HF i 2026 har integrert funksjonalitet for risikostyring. Denne løsningen vil erstatte dagens manuelle løsning.

De regionale helseforetakene skal sørge for at Sykehusinnkjøp HF og de regionale IKT-selskapene etablerer en arena for samarbeid og erfaringsutveksling innenfor sikkerhet i anskaffelser som ikke faller inn under sikkerhetsloven, og sikkerhetsgraderte anskaffelser. Arbeidet skal gjøres i samarbeid med Norsk helsenett SF.

Arena for samhandling og erfaringsutveksling er operasjonalisert og ledes av Norsk Helsenett.

- *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 innsidevirkosomhet.*

Målet er delvis nådd. Handlingsplan for informasjonssikkerhet og personvern ble etablert og forankret i juni 2025. Det utarbeides årshjul for å konkretisere aktiviteter knyttet til sikkerhetsarbeidet.

Sikkerhetsbarrierer mot digitale angrep er allerede på plass i infrastrukturen, som videre forvaltes og driftes av vår databehandler Sykehuspartner.

Det er gjennomført et arbeid i regionen knyttet til innsideproblematikken, herunder personellsikkerhet. Arbeidet nærmer seg slutføring og Vestre Viken HF etablerer i januar 2026 en tverrfaglig gruppe som skal arbeide med å ta i bruk nye prosedyrer for å imøtekomme innsideproblematikken.

- *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 helsefellesskap.*

Målet er delvis nådd. Vestre Viken HF har gjennomført kartlegginger av evakuerings behov i somatikken, og deltatt i forberedelser til, og gjennomføring av, øvelse i regi av det regionale beredskapsutvalget. Helseforetaket har i tillegg vunnet verdifull erfaring gjennom arbeidet med flytting av psykiatri og somatikk til nytt sykehus i Drammen. Arbeidet vil bli videreført i 2026 i samarbeid med relevante kommuner.

- *Helseforetaket skal bidra til Helse Sør-Øst RHF's arbeid med å kartlegge relevante beredskapskapasiteter og beredskapsbehov i spesialisthelsetjenesten og klargjøre rollefordeling og logistikkbehov mellom sykehusene i helseregionen.*

Det vises for øvrig til beredskapsoppdrag gitt i oppdrags- og bestillingsdokument til helseforetaket hhv. i 2023 og 2025.

Målet er nådd. Vestre Viken HF har bidratt til Helse Sør-Østs arbeid i tråd med krav og forventning.

- *Helseforetaket skal benytte regional løsning for krisestøtteverktøy. Løsningen skal forvaltes av Sykehuspartner HF med tentativ oppstart for innføring fjerde kvartal 2025. For å understøtte regional samordning og koordinering, anbefales det at Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus benytter samme krisestøtteverktøy som Helse Sør-Øst.*

Målet er ikke nådd. Implementering av den regionale løsningen er utsatt i påvente av at leverandøren skal få på plass en tilfredsstillende varslingsløsning. Inntil denne løsningen er på plass (forventet medio 2026) brukes HelseCIM i Vestre Viken HF.

3.5.2. 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.*

Målet er delvis nådd. Vestre Viken HF har vedtatt mål om å redusere forbruk av usterile hansker fra 2024-nivå med 30 % innen utgangen av 2026. Det innebærer en reduksjon i forbrukte hansker fra 8 700 000 hansker i 2024, til 6 090 000 før utløpet av 2026. Det ble startet to piloter i 2025, som skal breddes ut til resten av helseforetaket i løpet av 2026, etter evaluering.

Det er gjennomført en kartlegging i bruk av engangsvarmejakker i helseforetaket, og det ble startet utfasing av disse jakkene ved Drammen sykehus. På grunn av utfordring med inn klima på nytt sykehus ble dette reversert. Det kartlegges nå alternativer innen flergangs varmejakker. Det er utarbeidet felles informasjonsmateriell i regi av Helse Sør-Øst RHF som vil tas i bruk gjennom 2026.

Generelt er unødvendig forbruk og økt ombruk høyt prioritert i helseforetaket, og det vil i Q1 2026 fremmes beslutningssak om utfasing av flere engangsprodukter.

3.6. Øvrige krav og rammer for 2025

3.6.1. 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.*

Målet er nådd. I FACT-team og ved poliklinikkene er det jobbspesialister, som arbeider etter individuell jobbstøtte-metoden (IPS). I Drammen DPS har man etablert en prøveordning med såkalt NAV-los, hvor medarbeidere fra NAV er til stede i poliklinikken to dager i uken. Erfaringene så langt er gode. Sikkerhetsseksjonen ved voksenpsykiatrisk avdeling har de siste to årene hatt et prosjekt med arbeids- og utdanningsspesialist; dette er helsepersonell med spesielt søkelys på arbeid og utdanning, og som komplementerer IPS metoden. Flere av sikkerhetsseksjonens pasienter, som i hovedsak er unge med betydelige og sammensatte utfordringer, har kommet i en form for ordinært arbeid i løpet av dette prosjektet.

- *Helseforetaket skal følge opp Riksrevisjonens hovedfunn, vurderinger og anbefalinger i Dokument 3:12 (2023–2024) Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenesten.*

Målet er delvis nådd. Mange av anbefalinger i dette dokumentet er rettet mot departementet. Vestre Viken HF har aktivt deltatt i faggruppen for å utvikle fagplanen for fysikalsk medisin og rehabilitering i Helse Sør Øst. Vestre Viken HF følger opp denne planen i 2025 og utover i 2026. Det er etablert et rehabiliteringsmessig tyngdepunkt som et fagråd på tvers av hele organisasjonen, ledet av fysikalsk medisinsk avdeling på Drammen Sykehus. Helseforetaket har deltatt i en vellykket pilot i Helse Sør-Øst RHF for å se på effekten av endret henvisningsløp og gjennomfører nå en mini-metodevurdering av tidligrehabilitering. Koordinerende enhet har oppdaterte nettsider og er ressursatt i avdeling for Samhandling, brukermedvirkning og helsekompetanse.

- *Helseforetaket skal følge opp Riksrevisjonens hovedfunn, vurderinger og anbefalinger i Dokument 3:13 (2023–2024) Risikostyring i de regionale helseforetakene og helseforetakene.*

Målet er delvis nådd. Vestre Viken HF har over tid arbeidet med et integrert system for risikostyring i vår egen virksomhetsstyring. Det er etablert et rammeverk for risikostyring i e-håndboken, e-læringskurs for ansatte og en egen retningslinje. Det er tatt i bruk egen modul i vårt digitale avvikssystem for registrering av risikovurderinger og det er gjennomført opplæring med over 350 medarbeidere i bruk av systemet i perioden 2022-2024.

Riksrevisjonen presenterte rapporten med hovedfunn i Sentralt kvalitetsutvalg 18. juni 2024. Resultatene av undersøkelsen viser at Vestre Viken HF har mye på plass på systemnivå i forhold til risikostyring, men det ble også påpekt områder med behov for forbedring.

Positive funn for Vestre Viken:

- Vestre Viken HF er ett av få helseforetak der prioriterte risikoer tar utgangspunkt i både oppdragsdokumentet, utfordringer i egen virksomhet og eksterne omgivelser
- Et av få HF som har rammeverk for risikostyring (ISO 31000)
- VV fremgangsmåte for planlegg og gjennomføring fremholdes positivt i undersøkelsen
- LGG i VV er en av få som vurderer tilstanden på styringssystemet generelt – inkludert systemet for risikostyring

Forbedringsområder i Vestre Viken:

- Forbedre dokumentasjon av tiltak og oppfølging av tiltak etter risikovurderinger
- Operasjonalisere mål om kvalitet og pasientsikkerhet på alle nivå tilpasset virksomheten
- Tydeliggjøre risikostyringens plass i styringssystem/virksomhetsstyringen
- Generelt lav kjennskap til krav hjemlet i lover og forskrifter om krav til oversikt over risikoer i egen seksjon/avdeling.
- Lav forståelse og kompetanse blant ledere for risikostyring som begrep og bruk av verktøyene for risikovurdering.

Vestre Viken HF har besluttet å løfte virksomhetsstyringen til å bli helhetlig, proaktiv og integrert og det pågår et prosjekt for å gjennomføre dette. En arbeidsgruppe har ansvaret for å koordinere arbeidet og det er utarbeidet en årsplan for tiltak og aktiviteter for 2025/2026. Tiltak omfatter bl.a. kompetanseheving (fysiske kurs for ledere på hver klinikk og staber) inkl. definerte kompetansekrav, i tillegg til videreføring av de tiltakene som allerede pågår. Det er etablert "en vei inn" via egen intranettside for forespørsel om støtte og bistand i risikovurderinger.

- *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-systemer¹, 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.*

Målet er delvis nådd. Vestre Viken HF har i 2025 fulgt opp Riksrevisjonens oppfølgingsundersøkelse gjennom tiltak for bedre kontroll med enheter i nettverket, styrket autentisering og økt oversikt over medisinsk-teknisk utstyr og tilhørende risiko. Funn og anbefalinger fra konsernrevisjonens vurdering av IKT-sikkerhet er fulgt opp, og arbeidet videreføres i 2026 i samarbeid med Sykehuspartner HF.

3.6.2. 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.

Målet er delvis nådd, da evalueringen av Nytt sykehus Drammen er planlagt, men ikke fullført. Evalueringen legges frem på helseforetakets styremøte 19. juni 2026.

- *Helseforetaket skal ta i bruk Kontraktsvedlegg for FDVU i alle store sykehusbyggprosjekter i henhold til oppsett fra nasjonalt og regionalt prosjekt digitalisering av eiendomsforvaltning*

Målet er nådd. Kontraktsvedlegget vil tas i bruk fremover for alle store sykehusbyggprosjekter.

- *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.*

Målet er delvis nådd, Vestre Viken HF har over flere år hatt tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner, og rapporterer i henhold til krav. Helseforetaket er i en finansiell situasjon som gjør at tilstandsgraden vil forverres, og ikke bedres i budsjettperioden. Det er i utgangspunktet kun midler til tiltak som forhindrer driftsstans. Dette som følge av et betydelig vedlikeholdsetterslep på alle lokasjoner, med unntak av Drammen sykehus. Det er svært begrensede midler til ordinært preventivt vedlikehold.

3.6.3. 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.*

Målet er nådd. Vestre Viken HF styrket fagområdet personvern i 2024 som følge av behovet for å ha god kompetanse og kapasitet på et fagområde under stadig utvikling. Fagområdet består nå av to jurister, hvorav den ene er fagansvarlig for personvern i Vestre Viken HF, og en ressurs med et hovedansvar for forskning og KI. Fagområdet personvern er organisert i enhet for sikkerhet og personvern for å påse at det er en samlet tilnærming til fagfeltene.

Det er utarbeidet en felles handlingsplan for sikkerhet og personvern med tilhørende årshjul for fagfeltet. Handlingsplan og årshjul legges til grunn i kontroll og oppfølging, samt rapportering. Videre rapporterer også fagområdet tertialvis inn til Helse Sør-Øst RHF iht. mottatt malverk.

Vestre Viken HF avviklet personvernombudrollen med virkning fra 15.09.2025. Ombudsrollen er erstattet med en fagansvarlig for personvern. Styrende dokumenter er oppdatert med nødvendig informasjon om nytt ombud. Det er videre klargjort internt i helseforetaket at rådgivning iht. §§ 9 og 10 i personopplysningsloven, håndteres videre internt i helseforetaket etter etablerte prosedyrer. Fagansvarlig for personvern deltar aktivt inn i regionalt personvernråd.

3.6.4. 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.*

Målet er nådd. "Ny rekvisisjonspraksis" er implementert i henhold til både lokal og nasjonal plan.

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.*

Målet er ikke nådd. Prosjektet er blitt forsinket fra Pasientreiser HF sin side. Vil bli iverksatt i 2026, og Vestre Viken HF følger Pasientreiser HF sin tidslinje for implementering.

Serviceparametere

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

Målet er nådd. Hovedsakelig er det for Pasientreiser servicegrad og samkjøringsgrad som er aktuelle å rapportere på nåværende tidspunkt.

Status

- Servicegrad på telefon (antall telefoner besvart innen 90 sekunder): 69 % (mål:80 %). Ny rekvisisjonspraksis innvirker negativt på dette punktet.
- Samkjøringsgrad: 1,92 % (per 6 januar). Endelig samskjøringsgrad for 2025 er ikke klar før sent i januar, og antas å være nærmere målet på 1,94 %.

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.*

Målet er nådd. Prosjektet er i gang og Vestre Viken HF bidrar inn i prosjektet.

3.7. Tildeling av midler og krav til aktivitet

3.7.1. Økonomiske krav og rammer

Mål 2025:

- *Vestre Viken HF skal i 2025 basere sin virksomhet på de tildelte midler.*

Målet er ikke nådd. Vestre Viken HF har budsjettet med basisfinansiering, forskningsmidler og statlige tilskudd i tråd med tildeling fra Helse Sør-Øst RHF. Planlagt virksomhet for 2025 var i overensstemmelse med de rammer som var tildelt. Virksomheten i 2025 har imidlertid overskredet tildelte midler med et resultatavvik på 264 MNOK.

- 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.*

Målet er delvis nådd. Vestre Viken HF mener at vi så langt det er mulig bruker tilgjengelige ressurser til beste for pasientene. Resultatet for året er ikke imidlertid ikke i samsvar med styringsmålet. Se omtale nedenfor.

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.*

Målet er delvis nådd. Helseforetaket følger planlagte tiltak i Bærekraftsplanen og flere tiltak er realisert i samsvar med planen. For somatikken er realiseringstakten svakere. Resultatmålet er imidlertid ikke nådd.

• Resultatkrav

Mål 2025:

- Årsresultat 2025 for Vestre Viken HF skal minst være på 40 millioner kroner.*

Målet er ikke oppnådd. Årsresultatet viser et underskudd på 236,4 MNOK for 2025. Dette er 276,4 MNOK lavere enn resultatkravet. Foretaket har fått en negativ avregning for kjøp fra private på hele 55,4 MNOK. Finanskostnadene overskred budsjett med 68,3 MNOK. Det er flere årsverk enn budsjett både på fast og variabel lønn. Aktiviteten har vært god og aktivitetsbaserte inntekter er høyere enn budsjett. Innflytting i nytt sykehus i Drammen har påført de berørte klinikker vesentlig mer belastning enn forutsatt. I tillegg har arbeidet med ventetidsløftet påført flere klinikker ekstra kostnader til bemanning. Realisering av bærekraftsplanen for 2025 er noe ulikt oppnådd. De tverrgående klinikkene har gjennomgående oppnådd resultatmål. De største økonomiske utfordringene ligger i de somatiske klinikkene. Samtidig ser vi forbedringer også her. Foretaket viser en forbedring på EBITDA (resultat før avskrivninger og finans). For at foretaket skal kunne utvikle seg i riktig retning og sikre god forvaltning av bygg og utstyr kreves det en ytterligere forbedring av de økonomiske resultatene.

• Likviditet og investeringer

Annen oppgave 2025:

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

Målet er delvis nådd. Helseforetaket har gjennom 2025 holdt seg innenfor grensen for kassekreditte. Samtidig er det betydelig overskridelse mot driftsbudsjettet. Investeringer i 2025 er innenfor vedtatt budsjett.

- Etablerte prinsipper for likviditetsstyring skal følges opp. Budsjettresultat for 2025 skal ikke benyttes til investeringer i 2025 uten etter særskilt avtale med Helse Sør-Øst RHF.*

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

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

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• <i>Det skal tas høyde for resultatrisiko og risiko ved pågående investeringsprosjekter før etablering av nye investeringsforpliktelser.</i> |
|---|

Målet er delvis nådd. Investeringsnivå tilpasses nivået for tilgjengelig likviditet til investeringer. Det er avdekket en feil i modellen for oppfølging av investeringslikviditet. Modellen benyttet internt har ikke tatt hensyn til overførte midler fra tidligere års budsjetter. Dette utfordrer investeringslikviditeten frem i tid. Det er etablert et styringssystem for oppfølging av de større investeringsprosjektene. Det er avdekket en større overskridelse på et av prosjektene som følges opp med tiltak for å sikre bedre styring i fremtiden.

Opptjening av resultater tas ikke med som tilgjengelig midler før de er endelige, først i året etter opptjening.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• <i>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.</i> |
|---|

Målet er delvis nådd. Alle gevinstplaner følges opp via Bærekraftsplanen. Det har vært store endringer siden forprosjektet ble vedtatt. Alle gevinstprosjekter for Nytt sykehus Drammen (NSD) er inkludert i Bærekraftsplanen og rapporteres samlet sammen med denne tertialvis. Resultatene for 2025 viser at det hentes ut gevinster, men ikke helt i henhold til planlagte prosjekter.

3.7.2. Aktivitetskrav

Annen oppgave 2025:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• <i>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.</i> |
|--|

Aktivitet i 2025	Somatikk	VOP	BUP	TSB
ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk og pasientadm. legemidler) "sørge for" ansvaret				
Krav i oppdrag og bestilling	124 610	27 527	35 716	4 590
Resultat 2025	126 641	33 382	37 003	5 003
Avvik	2 031	5 855	1 287	413
Pasientbehandling				
<i>Antall utskrivninger døgnbehandling</i>				
Krav i oppdrag og bestilling	68 556	3 385	166	782
Resultat 2025	69 083	2 933	196	636
Avvik	527	-452	30	-146
<i>Antall liggedøgn døgnbehandling</i>				
Krav i oppdrag og bestilling	219 695	66 286	4 101	14 685
Resultat 2025	215 212	60 384	3 963	11 009
Avvik	-4 483	-5 902	-138	-3 676
<i>Antall oppholdsdager dagbehandling</i>				
Krav i oppdrag og bestilling	37 304			
Resultat 2025	36 532			
Avvik	-772			
<i>Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner</i>				
Krav i oppdrag og bestilling	520 465	141 304	102 191	25 415
Resultat 2025	524 405	145 030	106 043	24 119
Avvik	3 940	3 726	3 852	-1 296

Målet er nådd.

Somatikk: Aktivitet innenfor somatikk, inkludert H-resepter målt som antall ISF-poeng, er 2 031 poeng høyere enn budsjettet. Antall utskrivninger døgnbehandling er over plan. Den polikliniske aktivitet er over plan, mens dag er noe under plan. Martina Hansen Hospital er inkludert i aktivitetstallene fra november. Målt i ISF-poeng er aktiviteten samlet er over plan også uten MHH.

Psykisk helse og rus: antall polikliniske konsultasjoner er over plan for VOP og BUP. TSB er noe under plan, men VOP og TSB er samlet over plan. Antall ISF-poeng er over plan for alle tjenesteområder. Døgnaktiviteten samlet er noe under plan.

DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT

4. Strategi- og plandokumenter

[Utviklingsplan 2035](#) og [Bærekraftsplanen 3.0](#) er Vestre Viken HFs viktigste strategiske dokumenter. Disse peker ut retningen for videreutvikling av virksomheten i årene fremover. For nærmere omtale av utviklingstrender og rammebetingelser vises det til disse.

DEL IV: VEDLEGG

5. Vedlegg

- Årlig melding 2025; Foretakstillitsvalgte/ Foretakshovedverneombudets samlede innspill
- Årlig melding 2025; Brukerutvalgets samlede innspill

Årlig melding 2025 – Foretakstillitsvalgte/ Foretakshovedverneombudets samlede innspill

- Samarbeid og medbestemmelse:

- Samarbeid og dialog etter hovedavtalens bestemmelser er for det meste tilfredsstillende på foretaksnivå. Det er diverse faste møtearenaer som bidrar til at ansattes representanter har mulighet til å samhandle med ledelsen i ulike saker. Det er stadig bedre på lavere nivå, men vi ser fortsatt et behov for å utjevne variasjoner på lavere nivå for å sikre en enhetlig kultur for medvirkning. For året 2025 har det også vært foretaksivergripende prosesser som vi opplever ikke har vært like gode som retningslinjer og avtaleverk legger opp til. Det er også forbedringspotensial ved å få konkrete svar og konklusjoner tilbake når vedtak er fattet i foretaksledermøte, eller avgjørelser vurdert etter innspill og formelle henvendelser fra tillitsvalgte og verneombud.

Budsjettprosess på foretaksnivå har fungert bra og vi synes riggen for medvirkning ut i klinikkene er god. Vi opplever på tross av en god rigg for medvirkning, at det utføres ulikt ute i organisasjonen. Her er det potensiale for økt standardisering som vil ha positiv effekt på samarbeid og medbestemmelse.

Det samme potensialet gjelder involvering av tillitsvalgte og vernetjeneste på de øvrige nivå i klinikkene, som har ulike arenaer og rammer for dette. En standardisering på dette området mer likt riggen som er lagt opp på foretaksnivå vil kunne ha positiv effekt på samarbeid på alle nivå i organisasjonen.

- Arbeidsmiljø og HMS:

- Tillitsvalgte og verneombud opplever at arbeidsbelastningen er høy, og det viser seg blant annet konkret i økende tilbakemeldinger på ikke avviklede pauser for ansatte. Arbeidsgiver gjør flere tiltak som skal bedre arbeidsmiljøet som vi støtter, herunder fadderordning og kollegastøtte. Men tiltakene som er innført i 2025 er ikke spisset mot å løse de konkrete problemstillingene rundt pauseavvikling som eksempel.

Innflytting i nytt sykehus Drammen har ilt siste halvdel 2025 utløst behov for økt bemanning på ulike områder grunnet nye driftskonsepter, herunder enerom, mat og logistikk som noen eksempler, samt langvakter. Tillitsvalgte og vernetjenesten har signalisert at vi tror dette må påregnes å være permanente behov som ikke er tatt tilstrekkelig høyde for før innflytting.

Innflyttingen i nytt sykehusbygg og gjennomføring av BRK-prosjekter har på mange områder gitt et betydelig løft for arbeidsmiljøet, men det er kritisk at arbeidsgiver fortsetter å jobbe raskt med nødvendige utbedringer for å sikre stabilitet, og unngå sykefravær og flukt av kompetanse. Å kunne videreføre BRK prosjektene som gjenstår er viktig for å kunne ivareta arbeidsmiljøet for de ansatte. Det har vært et krevende år med store strukturelle endringer innen psykisk helse og rus og nytt sykehusbygg. hvor satsingen på endringsledelse og etterlevelse av de «12 prinsippene for medvirkning» har vært avgjørende for å lykkes. Vi ser nå at enkelte nye arbeidsrutiner er mer ressurskrevende enn planlagt og er i behov av justeringer for å lykkes i videre drift.

Årlig melding 2025 – Brukerutvalgets samlede innspill

Vestre Viken HF

Innledning

Brukerutvalget i Vestre Viken HF gir med dette sine samlede innspill til Årlig melding 2025. Uttalelsen bygger på rapporterte resultater, dialog med foretaket og brukererfaringer fra pasienter og pårørende. Brukerutvalget legger særlig vekt på pasientopplevd kvalitet, medbestemmelse, trygghet, tilgjengelighet og sammenheng i pasientforløpene.

Medvirkning fra brukere og ansatte

Brukerinvolvering gjennom brukerundersøkelser

Brukerutvalget har over tid etterlyst en SMS-basert løsning for brukerundersøkelser, da dette kan bidra til høyere svarprosent og bedre representativitet. Utvalget er svært fornøyd med at det innføres en regional brukerundersøkelse våren 2026.

Samtidig er det viktig at brukerundersøkelser ikke bare gir kvantitative data, men også åpner for kvalitative tilbakemeldinger som kan belyse pasienters og pårørendes opplevelse av kvalitet, trygghet og sammenheng i behandlingen.

Rask tilgang til trygge helsetjenester og sammenhengende pasientforløp

Brukerutvalget er tilfreds med at Samhandlingsarena Kongsberg, som del av Prosjekt X, nå er godt etablert og i aktiv drift. Utvalget opplever det som svært positivt at det arbeides systematisk for å styrke samhandlingen mellom kommunene, spesialisthelsetjenesten og innbyggere .

Brukerutvalget er særlig fornøyd med at det legges til rette for tettere og mer helhetlig samhandling mellom somatiske avdelinger og Klinikk for psykisk helse og rus. Dette vurderes som et viktig skritt for å sikre sammenhengende pasientforløp, bedre koordinering av tjenester og økt kvalitet og pasientsikkerhet for pasienter og pårørende.

Brukerutvalget stiller seg bak etableringen av nye fagråd og ser dette som et viktig virkemiddel i arbeidet med bærekraftige og helhetlige helsetjenester. Utvalget ønsker en aktiv rolle i dette arbeidet og mener at systematisk brukermedvirkning er avgjørende for å lykkes med videre utvikling av tjenestene.

Kloke valg, samvalg og brukerinvolvering

Brukerutvalget støtter arbeidet med Kloke valg og ønsker å bidra aktivt til å fremme kloke valg i behandlingen. For utvalget henger Kloke valg og samvalg tett sammen. Kloke valg kan ikke realiseres fullt ut uten at pasienter og pårørende får god informasjon og reell mulighet til å delta i beslutninger om egen behandling.

Uønskede hendelser – læring og forbedring

Brukerutvalget støtter arbeidet med å sikre en kultur der det er trygt for ansatte å melde om uønskede hendelser. Samtidig mener utvalget at pasienter og pårørende har en viktig rolle i dette arbeidet.

Uønskede hendelser oppleves ikke bare faglig, men også personlig. Pasienters og pårørendes erfaringer gir verdifull innsikt i årsaker, konsekvenser og forbedringsbehov. Brukerutvalget understreker betydningen av at brukererfaringer, der det er hensiktsmessig, systematisk inkluderes i læring etter uønskede hendelser.

Kvinnehelse og svangerskap

Brukerutvalget er svært positive til at Vestre Viken HF styrker innsatsen innen kvinnehelse, og ønsker jordmor prosjektet ved Drammen sykehus varmt velkommen.

Ventetider

Brukerutvalget anerkjenner at helseforetaket har lagt ned et betydelig arbeid for å redusere ventetidene i 2025. Samtidig er utvalget ikke fullt ut tilfreds med resultatene.

Den gjennomsnittlige ventetiden for påbegynt helsehjelp innen somatikk var i 2025 på 66 dager, med betydelige variasjoner mellom fagområder og klinikker. Selv om nivået er lavere enn i 2023 og 2024, ligger ventetiden fortsatt over fastsatt måltall.

Ventetiden for ventende pasienter og antall pasienter med ventetid over 90 dager er redusert betydelig gjennom 2025 som følge av Ventetidsløftet. Vestre Viken HF nådde delmålet for juni 2025, men har ikke klart å stabilisere ventetidene på ønsket nivå i alle somatiske klinikker. Brukerutvalget forventer at styret følger utviklingen tett og

etterspør regelmessig rapportering på ventetider, variasjoner og pasientkonsekvenser av iverksatte tiltak.

Digitale løsninger

Brukerutvalget har klare forventninger til videre utvikling av digitale løsninger. Digitale tjenester, herunder digital hjemmeoppfølging og behovsstyrte poliklinikker, må gi reell nytte for pasienter og pårørende gjennom bedre tilgjengelighet, økt forutsigbarhet og bedre sammenheng i pasientforløpene.

Løsningene må være enkle å bruke, universelt utformet og tilpasset ulike digitale forutsetninger. Digitale løsninger skal supplere, ikke erstatte, nødvendig fysisk oppfølging.

Brukerutvalget forventer tidlig og systematisk brukermedvirkning i utvikling, utprøving og evaluering av digitale forløp, samt tydelige mål og indikatorer for kvalitet, pasientsikkerhet og brukeropplevd nytte.

Pakkeforløp hjem – kreftpasienter

Brukerutvalget ser at helseforetaket fortsatt har utfordringer knyttet til pakkeforløp for hjemgang av kreftpasienter. Utvalget forventer at dette arbeidet prioriteres og forbedres i 2026, slik at pasienter får tryggere og mer sammenhengende overganger fra sykehus til hjem.

Klinikk for psykisk helse og rus

Positive utviklingstrekk

Brukerutvalget vil fremheve at ventetidsmålene innen psykisk helsevern for voksne, barn og unge, samt tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), er nådd i tråd med målene for 2025. Dette er av stor betydning for pasienter og pårørende, og bidrar til tidligere hjelp, mindre symptomforverring og økt tillit til tjenestene.

Videre vurderes utviklingen av FACT-team, dialogbasert inntak i barne- og ungdomspsykiatrien og styrket samarbeid mellom DPS og kommuner som viktige bidrag til mer helhetlige og sammenhengende tjenester.

Etableringen av Rusakutt ved nytt Drammen sykehus vurderes som et viktig tiltak for pasienter med alvorlige rusutfordringer og samtidige psykiske lidelser.

Utfordringer som gir bekymring

Samtidig gjenstår flere sentrale utfordringer. Brukerutvalget er særlig bekymret for manglende måloppnåelse knyttet til reduksjon av reinnleggelser innen psykisk helsevern og TSB. Reinnleggelser skaper utrygghet for pasienter og pårørende og indikerer behov for bedre planlegging av overganger, tydelig ansvar og tettere samhandling med kommunale tjenester.

Innen TSB er flere mål utsatt eller ikke nådd i 2025, blant annet knyttet til poliklinisk og ambulant kapasitet, integrert ettervern og brukerstyrte senger. Manglende ettervern oppleves av mange brukere som et kritisk hull i behandlingsskjeden.

Lavterskel og mer oppsøkende LAR-tilbud er fortsatt ikke etablert, noe brukerutvalget vurderer som uheldig i lys av økende rusutfordringer.

Barn, unge og pårørende

Brukerutvalget ser positivt på utviklingen av ambulante spesialisthelseteam og styrket samarbeid med barnevern og kommuner. Samtidig oppleves overganger mellom tjenester fortsatt krevende for mange familier.

Pårørendes situasjon omtales i begrenset grad. Brukerutvalget understreker behovet for systematisk pårørendeinvolvering og bedre informasjon innen hele PHR.

Avsluttende vurdering

Brukerutvalget vurderer samlet sett at Klinikk for psykisk helse og rus har hatt reelle forbedringer i 2025, særlig når det gjelder ventetider og strukturert samhandling. Samtidig må arbeidet i 2026 rettes tydelig mot områder der brukerne fortsatt opplever svikt, særlig overganger, reinnleggelser, ettervern, TSB og lavterskeltilbud.

Brukerutvalget forventer å bli tett involvert i videre tjenesteutvikling og ser frem til et fortsatt konstruktivt samarbeid for å sikre trygge, sammenhengende og brukerorienterte tjenester i Vestre Viken HF.

Innlegg fra Brukerutvalget

Årlig melding 2025 – Klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken HF

Brukerutvalget i Vestre Viken HF vil med dette gi sine innspill til Årlig melding 2025, med særlig vekt på Klinikk for psykisk helse og rus (PHR). Brukerutvalget representerer pasienter og pårørende med erfaring fra psykisk helsevern og rusbehandling, og vårt bidrag tar utgangspunkt i både rapporterte resultater og kjente brukererfaringer fra året som har gått.

Positive utviklingstrekk

Brukerutvalget vil først løfte frem viktige forbedringer som er tydelige i meldingen.

Ventetidene innen psykisk helsevern voksne, barn og unge, samt tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), er nådd i tråd med målene for 2025. Dette oppleves som svært positivt, og er av stor betydning for pasienter og pårørende. Kortere ventetid gir tidligere hjelp, mindre forverring av symptomer og økt tillit til tjenestene. Brukerutvalget anerkjenner det systematiske arbeidet som er gjort for å oppnå dette, og understreker betydningen av at resultatene opprettholdes over tid.

Vi vil også trekke frem utviklingen av FACT-team, dialogbasert inntak i barne- og ungdomspsykiatrien, samt økt samarbeid mellom DPS og kommuner. Disse tiltakene bidrar til mer helhetlige og sammenhengende tjenester, særlig for pasienter med sammensatte og langvarige behov. Etableringen av Rusakutt ved nytt Drammen sykehus vurderes som et viktig grep for å styrke tilbudet til pasienter med alvorlige rusutfordringer og samtidige psykiske lidelser.

Brukerutvalget ser positivt på at klinikken har styrket døgnkapasiteten i voksenpsykiatrien etter innflytting i nytt sykehus, og at det foreligger planer for videre utvikling av DPS-døgntilbudet. Dette gir bedre forutsetninger for å møte fremtidige behov.

Utfordringer som gir bekymring

Samtidig viser Årlig melding at flere sentrale utfordringer gjenstår.

Brukerutvalget er særlig bekymret for manglende måloppnåelse når det gjelder reduksjon av reinnleggelser innen psykisk helsevern og TSB. Reinnleggelser, spesielt i overgangene fra lukket til åpen behandling, skaper utrygghet for pasienter og pårørende og kan oppleves som et tegn på at overganger og oppfølging ikke er tilstrekkelig godt planlagt. Dette er

et område der brukerutvalget mener det er behov for ytterligere styrking av kontinuitet, individuell tilpasning og samhandling med kommunale tjenester.

Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er flere mål utsatt eller ikke nådd i 2025. Økt poliklinisk og ambulant kapasitet, integrert ettervern og brukerstyrte senger er tiltak som brukere og pårørende har etterspurt over lang tid. Brukerutvalget har forståelse for at omfattende omstillinger har påvirket gjennomføringsevnen i 2025, men forventer at disse områdene gis høy prioritet i 2026. Manglende ettervern oppleves av mange brukere som et kritisk hull i behandlingskjeden.

Brukerutvalget merker seg også at lavterskel og mer oppsøkende tilbud innen legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ikke er etablert. Dette er uheldig sett i lys av økende rusutfordringer og behovet for fleksible tjenester som når personer som i dag står utenfor behandling.

Barn, unge og pårørende

For barn og unge ser Brukerutvalget positivt på utviklingen av ambulante spesialisthelseteam og styrket samarbeid med barnevern og kommuner. Samtidig er det viktig at etableringen av nye team faktisk fører til økt tilgjengelighet og raskere hjelp for barn og familier med store belastninger. Overganger mellom tjenester og nivåer oppleves fortsatt krevende for mange familier.

Pårørendes situasjon omtales i begrenset grad i meldingen. Brukerutvalget vil understreke at pårørende er en avgjørende ressurs, men også en gruppe med betydelig belastning. Systematisk pårørendeinvolvering og bedre informasjon bør fortsatt styrkes innen hele PHR.

Brukermedvirkning og digitale løsninger

Brukerutvalget anerkjenner at brukermidvirkning er godt forankret på systemnivå i Vestre Viken HF. Samtidig opplever vi at brukere og pårørende er utålmodige når det gjelder utvikling av digitale tilbud, digitale behandlingsforløp og hjemmebaserte løsninger. Dette gjelder også innen psykisk helse og rus, hvor fleksible digitale tilbud kan bidra til økt tilgjengelighet og bedre mestring i hverdagen.

Avsluttende vurdering

Brukerutvalget vurderer samlet sett at Klinikken for psykisk helse og rus har hatt viktige og reelle forbedringer i 2025, særlig når det gjelder ventetider og strukturert samhandling. Samtidig er det avgjørende at arbeidet i 2026 retter seg tydelig mot områder der brukerne fortsatt opplever svikt: overganger, reinnleggelser, ettervern, TSB og lavterskeltilbud.

Brukerutvalget forventer å bli tett involvert i videre tjenesteutvikling, og ser frem til et fortsatt konstruktivt samarbeid for å sikre trygge, sammenhengende og brukerorienterte tjenester innen psykisk helse og rus i Vestre Viken HF.

Brukerutvalgets fem hoved forbedringspunkter for 2026

1. Tryggere og mer sammenhengende pasientforløp
Styrke overgangene mellom døgntil behandling, poliklinikk og kommunale tjenester, særlig ved utskrivelse fra lukket til åpen behandling, for å redusere reinnleggelser og øke pasientsikkerheten.
2. Reduksjon av reinnleggelser i psykisk helsevern og TSB
Prioritere målrettede tiltak for bedre oppfølging etter utskrivelse, tydelig ansvar i overgangsfaser og tettere samhandling med kommunene.
3. Styrket tverrfaglig spesialisert rusbehandling og ettervern
Etablere integrert ettervern, herunder brukerstyrte senger, og øke poliklinisk og ambulant kapasitet innen TSB.
4. Bedre tilgjengelige og fleksible tilbud til barn, unge og personer med sammensatte behov
Sikre rask etablering og tilstrekkelige ressurser til ambulante spesialisthelseteam og FACT-team, samt god forankring i samarbeid med kommunene.
5. Økt brukermedvirkning og tempo i utvikling av digitale tilbud
Videreutvikle digitale behandlings- og oppfølgingstilbud innen psykisk helse og rus, i tett dialog med brukere og pårørende, og sikre at gode resultater på ventetid opprettholdes over tid.