

Møteinnkalling for Styret i Vestre Viken

Møte 7 2025

Til: Styret ved Vestre Viken HF

Dato utsendt: 12. juni

Vår ref. Styresekretær

Møtetype: Styremøte
Møtedato: 16. juni 2025
Møtetid: Kl. 10.00 - 15.00

Møtested: Drammen, Grønland 32

PROGRAM **Behandling av styresaker**

Publikum og media som ønsker å være til stede i møtet, bes melde fra om dette til styresekretær innen søndag 15. juni (vyhfbsekretariat@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
57/2025	10.00 0 min	Godkjenning av innkalling og saksliste Vedlegg: Innkalling og saksliste til styremøte 16. juni
58/2025	10.00 5 min	Godkjenning av møteprotokoller 22. og 28. mai 2025 Vedlegg: 1. Foreløpig protokoll 22. mai 2025 2. Foreløpig protokoll 28 (og 30) mai 2025
59/2025	10.05 20 min	Virksomhetsrapportering pr. 31. Mai 2025 Vedlegg: Virksomhetsrapportering per 31. Mai 2025
60/2025	10.25 20 min	Vedlikehold av bygningsmassen i VVHF
61/2025	10.45 30 min	Investeringer i VVHF
62/2025	11.15 30 min	Beredskap i VVHF
	11.45 30 min	Lunsj inkl. seminar
63/2025	12.15 15 min	Erstatningsareal for lagerareal som bortfaller ved flytting til NSD Vedlegg: Leieavtale Vestre Viken HF <i>Saken er unntatt dokument- og møteoffentlighet jf. offl. § 23, første ledd, og hfl. § 26a andre ledd nr. 4</i>
64/2025	12.30 20 min	Status sykefraværsoppfølging i VVHF Vedlegg: Status sykefraværsoppfølging i VVHF
65/2025	12.50 20 min	Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet
66/2025	13.10 10 min	Status nytt sykehus Drammen
	13.20 15 min	Pause
67/2025	13.35 15 min	Etiske retningslinjer i VVHF Vedlegg: Etiske retningslinjer i VVHF
68/2025	13.50 5 min	Rutine for håndtering av media i styremøter Vedlegg: Håndtering av media og besøkende 04.06.25
69/2025	13.55 0 min	Referatsaker 1. Årsplan for styret 2025 per juni inkl. Pendingliste 2. Rapport Samfunnsansvar 2024 3. Referat fra BU 20. Mai 2025 4. Referat SKU 6. mai 2025 5. Referat UR 22. mai 2025
70/2025	13.55 5 min	Eventuelt
71/2025	14.00 20 min	Driftsorientering fra administrerende direktør

	14.20	Møteslutt
--	-------	------------------

Dato: 12. juni 2025
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Godkjenning av innkalling og saksliste

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	57/2025	16.06.25

Forslag til vedtak

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Drammen, 12. juni 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: 1. Innkalling og saksliste til styremøte 16. juni 2025

Dato: 12. juni 2025
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Godkjenning av møteprotokoll

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	58/2025	16.06.25

Forslag til vedtak

Styret godkjenner møteprotokoller datert 22. mai og 28 (og 30) mai 2025

Drammen, 12. juni 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg:

1. Foreløpig protokoll 22. mai 2025
2. Foreløpig protokoll 28 (og 30) mai 2025

Saksbehandler: Hilde Enget

Møteprotokoll for styret i Vestre Viken

Møtested: Brakerøya, nytt sykehus Drammen**Dato:** 22. mai 2025**Tidspunkt:** Kl. 15.30 – 19.00

Følgende medlemmer deltok:

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

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

Følgende fra administrasjon og ledelse møtte:

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

Styreleder Siri Hatlen ledet møtet og administrerende direktør la fram sakene.

Protokollfører: Hilde Enget.

Sak 42/2025 Godkjenning av innkalling og saksliste

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 43/2025 Godkjenning av styreprotokoll fra 31. mars 2025

Styrets enstemmige

Vedtak:

Møteprotokoll fra styremøtet 31. mars 2025 godkjennes.

Sak 44/2025 Virksomhetsrapportering pr. 1. tertial 2025

Oppsummering av innhold

Det økonomiske resultatet så langt i år er bedre enn budsjett. De store merinntektene innenfor laboratorieområdet bidrar til det positive resultatet, men dette er sesongbetinget og ikke varig. Det er forbedringer i de somatiske klinikkene i april. Både aktivitet og sykefravær viser bedring. Underliggende drift i de somatiske klinikkene er allikevel fortsatt mer kostnadskrevende enn rammene som er til rådighet. Klinikken arbeider med å identifisere tiltak i inneværende år, og legge konkrete planer for 2026. Det etablerte samarbeidet mellom de somatiske klinikkene understøttes av ressursteamet. Samtidig legges grunnlaget for en Bærekraftsplan 3.0.

Kommentarer i møtet

Styret takker for en god gjennomgang og kommenterer at det er gledelig at resultatutviklingen er bedret i april. Særlig pekes det på at det er positivt at sykefraværet er redusert, til tross for økte krav om å redusere ventetidene. Helhetlig innsats i sykefraværarbeidet blir viktig også i fortsettelsen.

Styret er opptatt av fremdrift i omstillingsarbeidet i de somatiske klinikkene, da dette er avgjørende for å bedre resultatene i den underliggende driften. Riktig periodisering av planlagte gevinster er nødvendig for å følge utviklingen gjennom året og for planlegging av budsjett 2026.

Styret peker på viktigheten av å planlegge sommerferieavviklingen i god tid og at dette er riktig reflektert i budsjettene.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret tar virksomhetsrapporteringen pr. 1. tertial 2025 til etterretning.

Sak 45/2025 Måloppnåelse pakkeforløp kreft i VVHF

Oppsummering av innhold

Vestre Viken HF har over tid hatt en utfordring med å oppfylle anbefalte forløpstider for flere kreftpakkeforløp. Det har vært variasjon over tid, og innenfor hvert enkelt forløp. Vi har ikke klart å etablere en praksis som sikrer at vi for alle våre kreftpakkeforløp stabilt oppnår målet om at minst 70% av pasientene gjennomfører pakkeforløpet innenfor anbefalt tidsramme. Samtidig er det viktig å understreke at Vestre Viken HF samlet sett har gode behandlingsresultater innenfor kreftområdet. Det er pågående tiltak for å forbedre måloppnåelsen. Vi prioriterer i første omgang de forløpene som omfatter store pasientgrupper, men alle forløpene med for lav måloppnåelse vil

følges opp innen rimelig tid. Styret vil kunne følge utviklingen i forbindelse med de månedlige virksomhetsrapportene.

Kommentarer i møtet

Styret takker for en god presentasjon. Styret uttaler at det er gode resultater på viktige områder, samtidig som det påpekes at det er nødvendig å iverksette tiltak for blant annet kvalitetssikring av forløpsdata. Styret støtter at det er startet en gjennomgang og forbedring av to av de store forløpene; brystkreft og lungekreft og ber om å bli holdt orientert om utviklingen innen disse områdene på styremøtene fremover. Styret imøteser også en informasjon om hvordan pakkeforløpene oppleves fra pasientenes ståsted.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret tar informasjonen om måloppnåelse pakkeforløp til orientering.

Sak 46/2025 Økonomisk langtidsplan (ØLP) 2026 - 2029

Oppsummering av innhold

Foretakets ØLP innspill var basert på en fremskrivning av den ØLP som ble behandlet i fjor. Som følge av endrede rentebetingelser og endret klassifisering av deler av investeringen i NSD vil foretaket få et forverret økonomisk resultat sammenlignet med fjorårets ØLP. I tillegg er resultatkravet for 2025 redusert fra fjorårets ØLP, noe som også gir en svakere resultatutvikling i planperioden. Det er nå avklart at foretaket ikke får inntektsstøtte ut over det som er gitt for kostnader som overskrider P85. ØLP må derfor omarbeides i tråd med det. Det berammes et ekstraordinært styremøte 28. og 30. mai for behandling av ØLP for årene 2026 til 2029.

Kommentarer i møtet

Styrets uttrykker bekymring knyttet til hvilke konsekvenser manglende inntektsstøtte fra Helse Sør-Øst vil få for planlagte og fremtidige investeringer i helseforetaket. Det er behov for å få fremlagt en helhetlig oversikt over investeringsbehovene de neste 5 årene, som styret kan ta stilling til. I denne må også eventuelle investeringsbehov hos Martina Hansens hospital fremkomme, samt hvilke investeringer som bærekraftsplanen forutsetter for å hente ut gevinster. Fremtidig reanskaffelsesbehov innenfor større medisinsk utstyr må særskilt fremgå.

Det vises til ekstraordinært møte 28. (og 30.) mai der sluttbehandling av ØLP er tema.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret konstaterer at foretaket ikke er innvilget ekstra inntektsstøtte, og av den grunn må nedjustere sitt investeringsnivå i økonomisk langtidsplan. Saken tas til orientering, og økonomisk langtidsplan behandles i ekstraordinært styremøte 28. og 30. mai 2025.

Sak 47/2025 Klinisk ibruktakelse av nytt sykehus i Drammen

Oppsummering av innhold

Saken beskriver hvilke vurderinger som er gjennomført for klinisk ibruktakelse av nytt sykehus i Drammen som planlagt. Fremdeles er det gjestående arbeid som kan påvirke fremdriften, og utgjøre en risiko for de klinisk ibruktakelsene. Dette gjelder i særlig grad IKT-området og nødvendigheten av å sikre en mer robust og stabil nettverksinfrastruktur og plattformer for kritiske tjenester og utstyr. Det viktig at prosjektet fortsatt har høy prioritet hos Sykehuspartner

både for å ferdigstille leveranser, men også for å sikre en trygg innflytting. Basert på tilgjengelig informasjon og prosjektorganisasjonens vurdering anbefaler administrerende direktør å opprettholde gjeldende plan.

Kommentarer i møtet

Styret takker for en god redegjørelse i møtet.

Styrets enstemmige

Vedtak:

1. Styret vedtar klinisk ibruktakelse for psykisk helse og rus 24. august 2025
2. Styret vedtar å holde plan om full klinisk ibruktakelse av nytt sykehus i Drammen 5. oktober.
3. Styret bes om å få en gjennomgang av fremdrift og risiko i alle møter frem til full klinisk ibruktakelse

Sak 48/2025 Parkeringsordning for ansatte

Oppsummering av innhold

Saken ber om ny vurdering av tidligere styrevedtak knyttet til at parkering for ansatte skal være basert på selvkost, samt at videre organisering og utarbeidelse av parkeringssatser skal beslutes av administrerende direktør.

Kommentarer i møtet

Ingen kommentarer.

Styrets enstemmige

Vedtak:

1. Styret gir sin tilslutning til at foretaket kan bære inntil 10 MNOK av parkeringskostnaden for ansattparkering.
2. Gebyrsatser og organisering av parkering ved samtlige lokasjoner vedtas av administrerende direktør.

Sak 49/2025 Styrets møteplan for 2026

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret godkjenner møteplan for 2026 der følgende styremøter inngår:

Mandag 26. januar (digitalt møte 09.00 – 11.00)

Onsdag 25. februar

Mandag 23. mars

Onsdag 27. mai

Mandag 15. juni (inkl. styreseminar)

Mandag 31. august (digitalt møte 09.00 – 11.00)

Mandag 28. september

Mandag 26. oktober (inkl. styreseminar)

Mandag 30. november

Mandag 14. desember

Det foreslås at styret har styreseminar i tilknytning til styremøtene i juni og oktober. Det legges derfor opp til heldagsmøte inkludert seminar 15. juni og 26. oktober.

Sak 50/2025 Referatsaker

Styreleder informerte om henvendelse, svarbrev fra VVHF og tilbakemelding på denne, fra pårørende knyttet til forløpstider innen brystkreft. Henvendelsen og svarbrev fra VVHF ligger som referatsak.

Sak 51/2025 Eventuelt

Ingen saker.

Sak 52/2025 Fremtidig organisering av Basal Eksponeringsterapi (BET) i Klinikk psykisk helse og rus

Oppsummering av innhold

Dette er en oppfølging av styresak 33/2025 – Fremtidig organisering av Basal Eksponeringsterapi (BET) som ble behandlet i styremøte 31.03.25. Klinikk for psykisk helse og rus (PHR) har arbeidet med ytterligere detaljering av organisasjonsmodell, behandlingsinnhold i poliklinikk og prosjektorganisering av BET-tilbudet. Det har vært involvering av ledelse og medarbeidere ved BET-seksjonen, samt klinikktillitsvalgte og klinikkhovedverneombud i prosessen.

Kommentarer i møtet

Styret takker for en god presentasjon i en krevende sak.

Ansattrepresentanten Harald Baardseth informerer om de faglige vurderingene knyttet til alternativt forslag til vedtak i saken. Særlig vektlegges behovet for en trinnvis fremdriftsprosess.

Styret uttaler at det ikke kan legges opp til en faglig detaljert diskusjon om saken i styret, og at styrets oppgave er knyttet til å ivareta de overordnede perspektivene i saken. Styret er opptatt av at BET-tilbudet videreutvikles i et utviklingsprosjekt der ansatte og tillitsvalgte involveres i prosessen og at ny organisering evalueres.

Ansattrepresentantene Harald Baardseth, Tom Roger H Frost, Toril A K Morken og Gry L Christoffersen fremmet alternativt forslag til vedtak:

1. Styret støtter anbefalt retning for utvikling av nytt driftskonsept og endret organisering for Basal Eksponeringsterapi (BET) i Klinikk for psykisk helse og rus. Endret organisering for Basal Eksponeringsterapi (BET) implementeres i to trinn. Første trinn i Drammen DPS poliklinikk og DPS døgnet for å sikre en samlet og robust videreutvikling av Bet-kompetansen i klinikk for psykisk helse og rus.
2. For å sikre at en robust og samlet BET-kompetanse videreutvikles og for å sikre helhetlige BET-behandlingsforløp i PHR, forutsetter styret at medarbeidere i BET-prosjektet har fleksible roller og funksjoner som gjør det mulig å arbeide både klinisk og pedagogisk på tvers av organisatoriske strukturer.

Forslaget fikk 4 stemmer og falt.

Styrets vedtak: (6 mot 4 stemmer)

Styret viser til saksgrunnlag og redegjørelse i møtet, og støtter at nødvendig endringsarbeid skjer innenfor et 5-årig implementerings og utviklingsprosjekt.

Styret fremhever betydningen av at evaluering gjennomføres som beskrevet i saken.

De som stemte imot: Harald Baardseth, Tom Roger H Frost, Toril A K Morken og Gry L Christoffersen.

Sak 53/2025 Driftsorientering fra administrerende direktør**Oppsummering av innhold**

Administrerende direktør informerte om at Tone Burvald Enersen ved Drammen sykehus er tildelt Sykepleierprisen 2025 og at Cindy Treland fra Drammen sykehus er kåret til «Årets Buskerud-lege» for 2025. Ny ambulansestasjon skal bygges på Bangeløkka i Drammen og vil stå klar mot slutten av 2026. Det er sendt høringsinnspill til HSØ om at det er ønskelig at VVHF tar det helhetlige ansvaret for ambulansetjenesten i Asker og Bærum. Bærum sykehus har fått 3 MNOK i gave fra Venner av Bærum sykehus, og midlene går til nye investeringer. «Høyvolumdag» på robotstua på Drammen sykehus gir bedre utnyttelse og kortere ventetider. «Vidar Viken» er en ny digital medarbeider som har startet opp som pilot ved akuttmottaket ved Drammen sykehus. Det er gjennomført stor CBRNE-beredskapsøvelse på Kongsberg 13. mai, med involvering av aktører fra Forsvaret, nødetater, næringsliv og Kongsberg sykehus. Styret ble informert om at de vil motta undersøkelse knyttet til virksomhetsstyring per epost en av de nærmeste dagene.

Teknologidirektør Cecilie B Løken gikk bort 4. april 2025. Fred over hennes minne.

Kommentarer i møtet

Styret takket for en fin presentasjon.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Driftsorienteringen fra administrerende direktør tas til orientering.

Drammen 22. mai 2025

Siri Hatlen
styreleder

George Harold Fulford (sett)

Hans Tore Frydnes
nestleder

Robert Bjerknes

Kristin Vinje

Kari Fjelldal

Hege Mørk

Tom Roger H Frost

Toril A K Morken

Gry L Christoffersen

Harald Baardseth

Saksbehandler: Hilde Enget

Møteprotokoll for styret i Vestre Viken

Møtested: Digitalt, Teams
Dato: 28 (og 30) mai 2025
Tidspunkt: Kl. 09.00 – 10.00

Følgende medlemmer deltok:

Navn	Funksjon
Siri Hatlen	Styreleder
Hans Tore Frydnes	Nestleder
George Harold Fulford	Styremedlem (deltok 30. mai)
Kari Fjelldal	Styremedlem
Robert Bjerknes	Styremedlem
Kristin Vinje	Styremedlem (deltok 30. mai)
Hege Mørk	Styremedlem (deltok 30. mai)
Harald Baardseth	Styremedlem
Tom Roger Heggelund Frost	Styremedlem
Maria Josefsen Gundersen	Styremedlem
Toril Anneli Kiuru Morken	Styremedlem

Nestleder av Brukerutvalget Gudrun Breistøl deltok som observatør med møte- og talerett.

Følgende fra administrasjon og ledelse møtte:

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

Styreleder Siri Hatlen ledet møtet og administrerende direktør la fram sakene.

Protokollfører: Hilde Enget.

Sak 54/2025 Godkjenning av innkalling og saksliste

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 55/2025 Økonomisk langtidsplan (ØLP) 2026 - 2029

Oppsummering av innhold

Økonomisk langtidsplan (ØLP) er første trinn i budsjettprosessen for 2026, og beskriver foretakets forventede rammer knyttet til kapasitet, aktivitet, driftsøkonomi og investeringer de neste fire årene. I saken redegjøres det for den forventede overordnede økonomiske utviklingen for Vestre Viken HF (VVHF) i perioden 2026-29, basert på rammer gitt fra Helse Sør-Øst 6. mars 2025 (styresak 024-2024 Økonomisk Langtidsplan 2026-2029 - planforutsetninger), samt i svar på foretakets søknad om ekstraordinær inntektsstøtte, datert 14. mai 2025. Det vises for øvrig til VVHF styresak 32-2025 – Økonomisk langtidsplan (ØLP) forutsetninger.

Økonomidirektør Mette Lise Lindblad la frem en presentasjon i møtet, denne ligger i admincontrol.

Kommentarer i møtet

Styret takker for et godt saksunderlag og fremlegg i saken.

Ansattrepresentantene viser til sitt innspill til saken, oversendt styret per epost i forkant av møtet. Ansattrepresentantene ser med sterk bekymring på de forutsetninger som forslag til økonomisk langtidsplan bygger på, og leser opp sin forklaring på hvorfor de ikke kommer til å støtte forslag til vedtak i saken.

Den økte investeringskostnaden for nytt sykehus i Drammen innebærer en betydelig økt belastning for økonomien i foretaket. Styret uttrykker bekymring knyttet til en redusert investeringsevne i kommende periode, sett opp mot behovene for nødvendige oppgraderinger av bygninger og utstyr ved foretakets lokasjoner utenom NSD. Risikoen for ytterligere forverret tilstand er økt ved disse lokasjonene som følge av et redusert investeringsnivå. I denne planen legges det opp til at det først er i 2032 helseforetaket kan øke investeringsgraden, noe som vil innebære stor risiko i årene fremover. Ikke minst gjelder det avhengigheter mellom investeringer og driftsøkonomiske gevinster.

Styret understreker at VVHF er i en særstilling sammenlignet med andre helseforetak som har overtatt nye sykehusbygg. Når styret i 2019 vedtok bygging av nytt sykehus i Drammen, sak 2/2019, var det basert på tidligere beslutning om oppgradering og vedlikehold av bygningsmassen ved Bærum, Ringerike og Kongsberg, BRK-planen vedtatt i 2017, sak 30/2017. Når pandemien inntraff i 2020, medførte det lavere resultatoppnåelse og utsettelse av investeringsplanene i disse byggene. Videreføringen av BRK-programmet rammes nå av overskridelsene i byggeprosjektet NSD.

Styret vil fortsette å følge opp arbeidet med bærekraftsplanen med vekt på funksjonsfordeling og effektivisering, slik økonomisk langtidsplan 2026 – 2029 legger opp til. Styret vil også sørge for en videre dialog med Helse Sør-Øst på overordnet nivå om forutsetningene for å kunne levere forsvarlige helsetjenester fra alle våre lokasjoner de kommende årene.

Styrets vedtak (7 mot 4 stemmer):

1. Styret vedtar følgende resultatmål i planperioden, basert på de forutsetninger som er beskrevet i saksfremlegget:

MNOK	2026	2027	2028	2029
Resultatmål fra ordinær drift	-659	-460	-424	-388
Gevinst ved salg av eiendom	725	-	-	-
Resultatmål ØLP 2026-2029	66	-460	-424	-388

2. Styret legger til grunn følgende investeringsrammer for planperioden 2026-2029:

MNOK	2026	2027	2028	2029	SUM
Investeringer	216	165	166	166	713

Styret konstaterer at investeringsnivået er svært lavt. Styret er bekymret for konsekvensene av den risiko dette innebærer for akutte havarier og ytterligere forverring av teknisk bygningstilstand ved foretakets lokasjoner utenom NSD. Investeringsplanene må av den grunn grundig vurderes, og avhengigheter til drift må utredes. Herunder om investeringer inngår som forutsetninger for bærekraftsplanen.

3. Styret ber om at investeringsbudsjettet for 2025 revurderes og ses i sammenheng med planene for en kommende femårsperiode. Dette ønskes fremlagt til styremøtet 16. juni som forberedelse til budsjett 2026. Investeringsplanene må sikre at foretaket kan ivareta sitt ansvar for å levere forsvarlige helsetjenester.
Styret viser til brev fra Helse Sør-Øst RHF av 14. mai 2025 der det åpnes for dialog om det endelige investeringsnivået for budsjett 2026. Styret henviser for øvrig til vedtak i styret i Helse Sør-Øst RHF i sak 008-2023, pkt. 4: «Styret vil gjennom økonomisk langtidsplan og de årlige budsjettene, følge opp slik at de økonomiske konsekvensene av økt styringsramme for Nytt sykehus i Drammen ikke blir til hinder for at Vestre Viken HF kan fortsette å levere gode helsetjenester.»
4. Styret tar til orientering at overdragelsen av Martina Hansens Hospital ikke er innarbeidet i økonomisk langtidsplan, og at de økonomiske konsekvensene av overtakelsen må håndteres i forbindelse med budsjett 2026. Det bes om at det fremtidige investeringsbehovet i Martina Hansens Hospital belyses i saksfremlegget om investeringsbehovene som omtalt i vedtak pkt. 3. Styret viser til godkjenning av avtale om overtakelse, vedtak i sak 99/2024, pkt. 3, samt vedtak i styret i Helse Sør-Øst RHF, sak 125-2024. «*Vestre Viken HF ikke skal få forbigående, forsterkede økonomiske utfordringer som følge av overføringen*».
5. Planforutsetninger ØLP 2026 - 2029 legges til grunn for det videre arbeidet med budsjett 2026.
6. Styret tar forbehold om eventuelle justeringer som måtte tilkomme etter behandlingen i Helse Sør Øst RHF, herunder behandling av økonomisk langtidsplan i styret i Helse Sør-Øst RHF 22. juni 2025.
7. Styret ber styreleder og administrerende direktør ivareta videre dialog med Helse Sør-Øst om de økonomiske forutsetningene for å overta Martina Hansens hospital og sikre nødvendige investeringer for kunne levere forsvarlige helsetjenester i årene fremover.

De som stemte imot: Harald Baardseth, Tom Roger H Frost, Toril A K Morken og Maria J. Gundersen.
Ansattrepresentantene gav følgende stemmeforklaring:

“Ansattes representanter ser med sterk bekymring på forutsetningene for en god økonomistyring av helseforetaket gjennom ØLP.

Forutsetningene for å kunne drive en forsvarlig drift, vedlikehold og investering i helseforetak, er forutsigbare og bærekraftige økonomiske rammer som til enhver tid gis sykehuset.

Dessverre er vi vitne til at vesentlige rammebetingelser for en forsvarlig planlegging av ØLP er endret av HSØ med tilbakevirkende kraft. (Hvem som skal bære økte prosjektkostnader for prosjekt PNSD fra P50 til P85.) HSØ vedtok selv at PNSD ikke var bærekraftig som prosjekt utover rammen for P50, og gir med det helseforetaket et uakseptabelt utgangspunkt for å sikre en bærekraftig økonomi fremover. Foretaket har holdt seg lojal til dette arbeidet for å oppnå nødvendig gevinstrealisering.

Når HSØ endrer spillereglene underveis og lar foretaket sitte igjen med en uventet milliardregning, mener vi ansattrepresentantene at en slik endring av avtalte premisser bryter med vesentlige forutsetninger for god økonomiforvaltning som vi ikke kan akseptere.

De konkrete konsekvensene av foreslått ØLP vil for det første bety et kraftig redusert investeringsbudsjett som vil gi så store etterslep på vedlikehold og oppgradering, at vi kun kan håndtere havari på utstyr og bygningsmasse. Konsekvensene vil bli økte kostnader. Dette gir ingen god forvaltning av våre lokaler og utstyr.

For det andre vil det over tid medføre en vesentlig reduksjon av kvalitet på behandlingstilbudet som gis våre pasienter, og arbeidsforhold for våre ansatte. Dette er en uakseptabel risiko for foretaket.

Under byggeperioden er HSØ byggherre og derved ansvarlig for byggeprosjektet. Vestre Viken har hatt mindre mulighet for påvirkning på overskridelsene. Det var i nettopp denne perioden disse oppsto. HSØ må derfor ta et større, mer forutsigbart økonomisk ansvar, enn de nå ser ut til å gjøre.

Vi kan med denne bakgrunn ikke støtte hverken forutsetninger for, eller forslag til ØLP. Vi kan derimot støtte et forslag til ØLP basert på økonomiske rammer gitt forutsetningene som lå til grunn for PNSD med en styringsramme til P50”.

Sak /2025 Eventuelt

Ingen saker.

Drammen 2025

Siri Hatlen
styreleder

George Harold Fulford

Hans Tore Frydnes
nestleder

Robert Bjerknes

Kristin Vinje

Kari Fjellidal

Hege Mørk

Tom Roger H Frost

Toril A K Morken

Maria Josefsen Gundersen

Harald Baardseth

Dato: 12. juni 2025
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Virksomhetsrapportering pr. mai 2025

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	59/2025	16.06.2025

Forslag til vedtak

Styret tar virksomhetsrapporteringen pr. mai 2025 til orientering.

Drammen, 12. juni 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

I tråd med instruks for administrerende direktør fremlegges rapport for virksomheten og resultater pr mai 2025.

Foretaket har tre primære mål for 2025, reduksjon av ventetider, forbedring av det økonomiske resultatet og reduksjon av sykefraværet. Lederavtalene med klinikker og staber fastsetter utvalgte indikatorer og konkrete tiltak som understøtter dette.

I vedlegget presenteres status og utvikling med utdypende kommentarer.

Saksutredning

Økonomi – aktivitet og bemanning

Resultatet per mai viser et overskudd på 11,5 MNOK, som er 5,2 MNOK bak budsjett. Dette inkluderer 10,0 MNOK i høyere kostnader til vedlikehold over drift som møtes av tilsvarende lavere investeringer. Korrigert for vedlikehold over drift vises et positivt resultatavvik på 4,8 MNOK akkumulert per mai. Resultatet inkluderer også høyere investeringer i MTU under 200' på 4,5 MNOK som forventes utjevnet gjennom året. Aktiviteten er høyere enn plan både innen somatikk og psykiatri både i mai og hittil i år. Effektene av utbrudd av Norovirus ved Drammen sykehus både i januar og mars er følgelig utlignet. Samlet er inntektene 16,9 MNOK over budsjett i mai. På kostnadssiden er det noe merforbruk på varekost, i hovedsak knyttet til H-resepter, legemidler, implantater og instrumenter, som til en viss grad henger sammen med høy aktivitet. Gjestepasientkostnader og kjøp av tjenester er 1,8 MNOK under budsjett i mai og 7,8 MNOK over budsjett akkumulert. Dette gjelder i hovedsak kjøp fra private. Lønnsområdet viser i mai et negativt avvik mot budsjett på 15,2 MNOK. Det er registrert kostnader på ventetidsløftet på ca. 12,4 MNOK i mai, og akkumulert ca. 31,3 MNOK per mai.

De tverrgående klinikkene viser resultatforbedringer i tråd med bærekraftsplanen per mai. De somatiske klinikkene ligger fortsatt bak resultatmålene. Både sykefravær og aktivitet viser imidlertid positiv utvikling.

Prognose for årsresultat opprettholdes lik årets budsjett på 40 MNOK. Helse Sør-Øst har oversendt foreløpige estimater for avregning for kjøp fra private per 1. tertial. Basert på disse tallene er det en betydelig risiko for at VVHF vil få en negativ avregning i desember 2025. Aktivitetene i de kommende to tertialene vil påvirke endelig utfall. Dette er derfor ikke tatt inn i prognosen, men det gir en økt risiko for at resultatmålet ikke oppnås.

De somatiske klinikkene har så langt et negativt avvik mot budsjett på 47 MNOK. Dette er delvis dekket inn av merinntekter i KMD på 25 MNOK. Det er ikke forventet at merinntektene vil fortsette siden dette er knyttet til influensasезongen, og det er varslet endringer i takstene. Utviklingen i de somatiske klinikkene er følgelig avgjørende for om resultatmålet oppnås. Det er spesielt risiko knyttet til effekter ved innflytting i NSD.

Brutto månedsverk i mai er 8 284, som er 69 brutto månedsverk høyere enn budsjett. Akkumulert har vi et negativt avvik på 32 månedsverk i snitt målt mot budsjett. Merforbruket skyldes et fortsatt høyt sykefravær første del av året, samt ekstra innsats knyttet til ventetidsløftet. Sykefraværet er vesentlig bedret i april og forventes å gi bedre resultater de neste månedene. Sykelønnsrefusjonene er høyere enn budsjett.

Ventetider

Samlet har foretaket en fortsatt positiv utvikling. Med fortsatt forsterket innsats for å redusere antall ventende (ekstraordinær poliklinikk, økt bruk av avtalespesialister, økt bruk av private leverandører med avtale) og oppmerksomhet på de som har ventet lengst, forventer vi å oppnå delmålet om ventetider på 2019-nivå innen utgangen av juni.

Det er en klar nedgang i både antall ventende og gjennomsnittlig ventetid for ventende. For psykisk helsevern har vi allerede oppnådd det langsiktige målet om gjennomsnittlig ventetid for de som har fått oppstart helsehjelp. Den videre innsatsen må nå vris mot tiltak som gir varig effekt og som gjør at foretaket stabiliserer ventetider på ønsket nivå over tid.

Det vil også fremover innenfor enkelte fag kunne være behov for å benytte kvelds-/ekstrapoliklinikk for å redusere ventetider. Det er inngått ny avtale med Den Norske Legeforening om godtgjørelse. Det er ikke inngått avtaler med øvrige organisasjoner, men sendt ut informasjon om hvilke godtgjørelser som skal benyttes. Det pågår allerede, og planlegges for flere initiativer som skal bidra til at vi samlet får varig økt kapasitet. Her kan nevnes systematisk gjennomgang av behandlingsforløp i poliklinikkene, forsterket innsats med kompetanseheving og strukturelle endringer innenfor kontorlaget, pilotering av felles venteliste per fagområde på tvers i foretaket, læringsnettverk for langtidsplanlegging av aktiviteten, spredning av digitale løsninger og videreutvikling av det virtuelle sykehuset.

Sykefravær

Etter vinteren er det en markant nedgang i korttidsfravær, som er veldig positivt. Sykefraværet er likevel høyt, til tross for at det arbeides kontinuerlig med tiltak og individuell oppfølging. Dette utgjør en risiko for både arbeidsmiljøet og effektiviteten i virksomheten. Sykefraværet i mai viser en liten økning; 7,5 % i mai mot 7,2 % i april. Både sykefraværet hittil i år og i mai måned var likevel lavere enn i 2024.

Arbeid med å utvikle kollegastøtteordning ble ferdigstilt i månedsskiftet mai/juni. Alle seksjoner i klinisk drift anbefales å etablere kollegastøtter i sin enhet. Det legges opp til opplæring av kollegastøttene over sommeren. Kollegastøtteordningen forventes å bidra til økt trygghet på jobb ved å tilrettelegge for ansattes mulighet til å støtte hverandre. Arbeid med utvikling av fadderordning som del av god onboarding er igangsatt.

Opplæring av og støtte til ledere for å sikre oppfølging av ansatte som har hyppig korttidsfravær gjøres via grunnopplæring for nye ledere, webinarer mv. Å være tett på, i tidlig fase, viser god effekt. Digitale kurs/webinar settes opp hyppig slik at ledere kan delta når det er mest hensiktsmessig i forhold til drift.

Administrerende direktørs vurderinger

Det økonomiske resultatet så langt i år er bedre enn budsjett, når vi hensyntar høyere vedlikehold og MTU over drift. Dette møtes av reduserte investeringer eller utjevnes mot budsjett gjennom resten av året. Både aktivitet og sykefravær viser bedring.

De foreløpige estimatene for avregning for kjøp fra private indikerer en negativ utvikling for VVHF. Dette vil utredes nærmere, og eventuelle nye tiltak vil iverksettes. Det er av den grunn ikke hensyntatt i prognosen for året.

Utviklingen i ventetider for ventende har vært positiv. VVHF forventer å nå delmålet om gjennomsnittlig ventetid for de som har fått oppstart helsehjelp i juni tilsvarende 2019 nivå. For å sikre fortsatt stabil og god utvikling vil oppmerksomheten fremover rettes inn mot tiltak som gir langsiktig effekt på kapasitet.

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

Vedlegg:

1. Virksomhetsrapport pr. mai 2025

Saksnr. 59/2025

Vedlegg 1

Virksomhetsrapportering pr
31. mai 2025



Primære mål

- ventetider**
- bærekraftig økonomi**

Ventetidsløftet

Ventetid

VVHF		Mai		Hittil i år		Prognose	
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avviklet Somatikk - DAGER	Resultat	68		75		56	
	Plan	57		57		56	
	Avvik	11		18		0	
	I fjor	76		78		77	
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avviklet VOP - DAGER	Resultat	32		37		40	
	Plan	40		40		40	
	Avvik	-8		-3		0	
	I fjor	45		48		44	
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avviklet BUP - DAGER	Resultat	26		32		35	
	Plan	35		35		35	
	Avvik	-9		-3		0	
	I fjor	41		42		39	
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avviklet TSB - DAGER	Resultat	25		25		30	
	Plan	30		30		30	
	Avvik	-5		-5		0	
	I fjor	39		46		35	
KVALITET - Andel passert planlagt tid - ANDEL	Resultat	10,8		10,4		8,0	
	Plan	8,0		8,0		8,0	
	Avvik	2,8		2,4		0,0	
	I fjor	0,0		11,9		11,9	
KVALITET - Andel fristbrudd - ANDEL	Resultat	1,8		2,9		0,0	
	Plan	0,0		0,0		0,0	
	Avvik	1,8		2,9		0,0	
	I fjor	8,2		6,7		6,6	

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

Status

Somatikk: Gj.snittlig ventetid for oppstart helsehjelp (avviklet) mai 2025 var ytterligere redusert i forhold til fjoråret og gjennomsnittlig ventetid ventende var i mai 52,6 dager (mål 51,6 dager som var 2019-nivå). Antall ventende er redusert med nærmere 6000 pasienter sammenlignet med mai i fjor.

PHR: Gjennomsnittlig ventetid avviklet er betydelig redusert i forhold til i fjor innen alle fagområder og er bedre enn måltallene hittil i år. Antall ventende er redusert og ventetiden til de som venter er kortere.

Tiltak

Somatikk: Har til nå hatt størst innsats på tiltak som gir rask effekt; som rydding i lister, ekstraordinær poliklinikk og bruk av kapasitet hos avtalespesialister og private leverandører med avtale. Siden oktober 2024 har det vært stor oppmerksomhet på ventende > 90 dager. Parallelt er det jobbet med en rekke tiltak som bidrar til langvarig effekt i form av økt kapasiteten, både per fagområde og på foretaksnivå. Innsatsen mot tiltak med varig effekt økes.

PHR: Har hatt konkrete tiltak fra høsten 2024 slik at pasienter med ADHD, OCD og angstlidelse får time til utredning raskere enn tidligere. Ytterligere tiltak er gjennomført; rydding av ventelister i alle avdelinger og opplæring i korrekt registrering for varig endring.

Gjennomsnittlig ventetid ventende somatikk

Gj. snitt ventetid for ventende



År ● 2019 ● 2022 ● 2023 ● 2024 ● 2025



Gjennomsnittlig ventetid for ventende er nå tilnærmet på 2019-nivå (som var delmålet) frem til og med juni. Det arbeides videre med økt innsats på tiltakene med varig effekt for å øke samlet kapasitet.

Gjennomsnittlig ventetid avviklet helsehjelp PHR

Gj. snitt ventetid påbegynt helsehjelp

År ● 2019 ● 2022 ● 2023 ● 2024 ● 2025



Ventetiden er redusert i forhold til de tre foregående år, og er lavere enn 2019-nivå. Pågående tiltak for å sikre fortsatt positiv utvikling og løsninger med varig effekt.

Bærekraftig økonomi

Bærekraftig økonomi

VVHF		Mai		Hittil i år		Prognose	
ØKONOMI - Driftsresultat - TNOK	Resultat	-526		11 490		40 000	
	Plan	3 333		16 667		40 000	
	Avvik	-3 860		-5 177		0	
	I fjor	-12 110		-4 446		172 671	
ØKONOMI - Andel avdelinger som drifter utenfor ramme - ANDEL	Resultat	56		46		0	
	Plan	0		0		0	
	Avvik	56		46		0	
	I fjor	46		50		50	
HR - Brutto Månedswerk - ANTALL (Juni)	Resultat	8 284		8 249		8 329	
	Plan	8 215		8 217		8 307	
	Avvik	-69		-32		-22	
	I fjor	8 095		8 092		8 231	
AKTIVITET - ISF-Poeng Somatikk - ANTALL	Resultat	10 990		54 256		125 302	
	Plan	10 828		53 367		124 610	
	Avvik	162		889		692	
	I fjor	10 240		52 285		122 505	
AKTIVITET - ISF-poeng PHR poliklinisk behandling - ANTALL	Resultat	6 848		33 535		72 318	
	Plan	6 018		29 317		67 833	
	Avvik	830		4 217		4 485	
	I fjor	6 194		28 979		67 242	

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

Status

Resultat eks vedlikehold over drift er 2,3 MNOK lavere enn budsjett i mai, 4,8 MNOK høyere enn budsjett hittil i år. De tverrgående klinikkene viser resultatforbedringer i tråd med bærekraftsplanen pr mai. De somatiske klinikkene ligger fortsatt bak resultatmålene, men har vist forbedringer de siste par månedene. Økt aktivitet og redusert sykefravær bidrar positivt.

Inntekter: Positivt budsjettavvik på ISF-inntekter på 8,3 MNOK i mai, 37,7 MNOK hittil i år.

Varekostnader: Negativt avvik på 9,1 MNOK mot budsjett i mai. De største avvikene er på H-resepter og legemidler, men også noe på implantater og instrumenter som henger sammen med aktivitet.

Lønn: Negativt avvik mot budsjett per mai på 32,4 MNOK. Det er pr mai ført 31,3 MNOK som lønnskostnader på ventetidsløftet. Brutto månedswerk pr mai er 32 månedswerk over budsjett. Tall per juni foreligger ikke på rapporteringstidspunkt.

Finans: Kostnader er 9,1 MNOK høyere enn budsjettet pr mai både som følge av rentenivået og høyere trekk på driftskreditt.

Tiltak

Bærekraftsplanen er førende i alt tiltaksarbeid og følges opp med klinikkene. Endringer i bemanningsplaner for sengepostene danner grunnlag for bemanningsplaner fra høsten av. Klinikkene jobber videre med vurdering av funksjonsfordelinger. Effekter av dette vil ligge noe lenger frem i tid og vil spesielt vurderes i forbindelse med budsjett 2026.

Aktivitet

VVHF		Mai		Hittil i år		Prognose	
AKTIVITET Somatikk - Polikliniske konsultasjoner - ANTALL	Resultat	47 014		230 718		526 100	
	Plan	45 628		225 083		520 465	
	Avvik	1 386		5 635		5 635	
	I fjor	43 600		215 782		505 455	
AKTIVITET - Polikliniske konsultasjoner VOP - ANTALL	Resultat	12 929		65 445		147 252	
	Plan	12 384		60 852		141 305	
	Avvik	545		4 593		5 947	
	I fjor	11 992		61 374		139 347	
AKTIVITET - Polikliniske konsultasjoner BUP - ANTALL	Resultat	10 018		48 038		102 191	
	Plan	9 204		44 172		102 191	
	Avvik	814		3 866		0	
	I fjor	9 037		42 934		98 318	
AKTIVITET - Polikliniske konsultasjoner TSB - ANTALL	Resultat	2 038		10 583		25 415	
	Plan	2 162		11 062		25 415	
	Avvik	-124		-479		0	
	I fjor	2 182		11 218		24 590	
AKTIVITET - Antall operasjoner døgnet og dag - ANTALL	Resultat	3 455		17 912		38 340	
	Plan	2 901		17 136		38 340	
	Avvik	554		776		0	
	I fjor	2 979		17 595		39 402	

pr mai	Hittil i år	Avvik mot budsjett	% avvik
Antall utskrevne pasienter døgnet somatikk	28 974	-90	-0,3 %
Antall liggedøgnet - døgnetbehandling somatikk	91 013	-1 878	-2,0 %
Antall dagopphold somatikk	16 026	-399	-2,4 %
Antall utskrevne pasienter VOP og TSB	1 449	-275	-16,0 %
Antall utskrevne pasienter BUP	76	7	10,1 %

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

Status

Somatikk: Det er høy poliklinisk aktivitet mot plan i mai. Døgnetaktiviteten er omtrent på plan hittil i år. Aktiviteten samlet er høyere enn samme periode i fjor for alle klinikker. Norovirusutbruddet på Drammen i 1. kvartal påvirket aktiviteten negativt.

PHR: Samlet aktivitet for PHR er over plan per mai. Antall polikliniske konsultasjoner innen BUP er 12 % høyere per mai enn samme periode i fjor, og 5 % høyere innen VOP og TSB.

Tiltak

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

Brutto månedsverk



Det er noe høyere brutto månedsverk enn budsjett. Ekstraordinær poliklinikk er en del av årsaken.

HR

HR

VVHF		Mai		Hittil i år		Prognose	
HR - Sykefravær totalt - PROSENT	Resultat	7,5		8,1		7,2	
	Plan	7,2		7,2		7,2	
	Avvik	-0,3		-0,9		0,0	
	I fjor	7,7		8,4		7,8	
HR - Brudd på arbeidstidsbestemmelsene - ANDEL	Resultat	0,0		2,6		0,0	
	Plan	0,0		0,0		0,0	
	Avvik	0,0		-2,6		0,0	
	I fjor	2,6		2,7		2,8	

Status

Sykefravær:

Korttidsfraværet er 2,2%. Langtidsfraværet er på 5,3%. Sykefraværet har økt med 0,3 prosentpoeng siden april, likevel lavere enn samme periode i fjor.

AML-brudd:

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

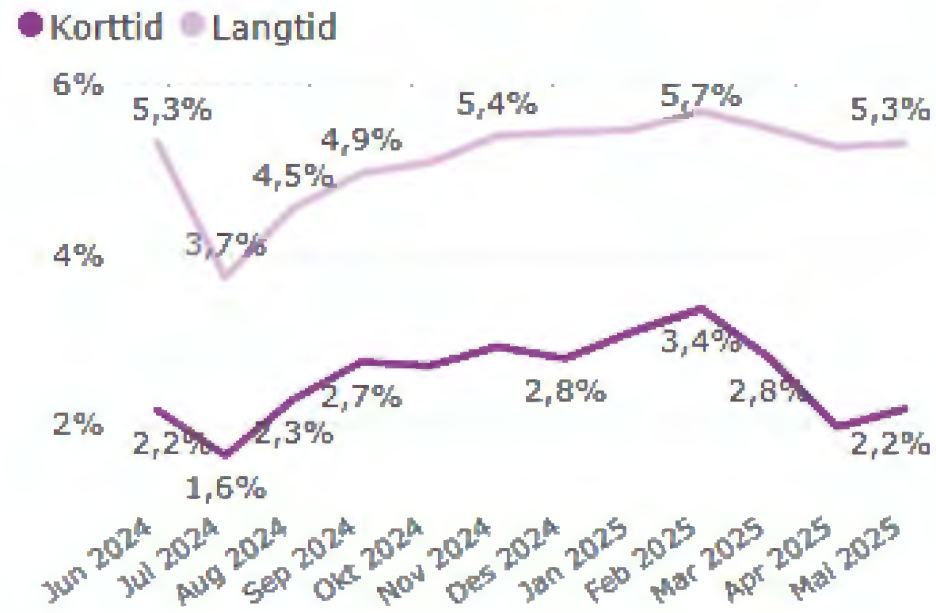
Tiltak

- Ledere oppfordres til å være tett på ansatte med hyppig og gjentakende korttidsfravær. Dette gir resultater, både på kort og lang sikt
- Det gjennomføres kontinuerlig kurs og webinar i IA-arbeid og sykefraværsoppfølging. Videre tilbyr HR utstrakt lederveiledning og arbeidsmiljøarbeid i enkelte seksjoner
- Kollegastøtteordning lanseres i mai/juni til hele foretaket
- Ledere må kartlegge årsaken til sine AML-brudd, og sørge for at avtaler og dispensasjoner er oppdatert og registrert i GAT. HR/Ressursstyring (RAPS) tilbyr kurs og opplæring i GAT og arbeidstidsplanlegging

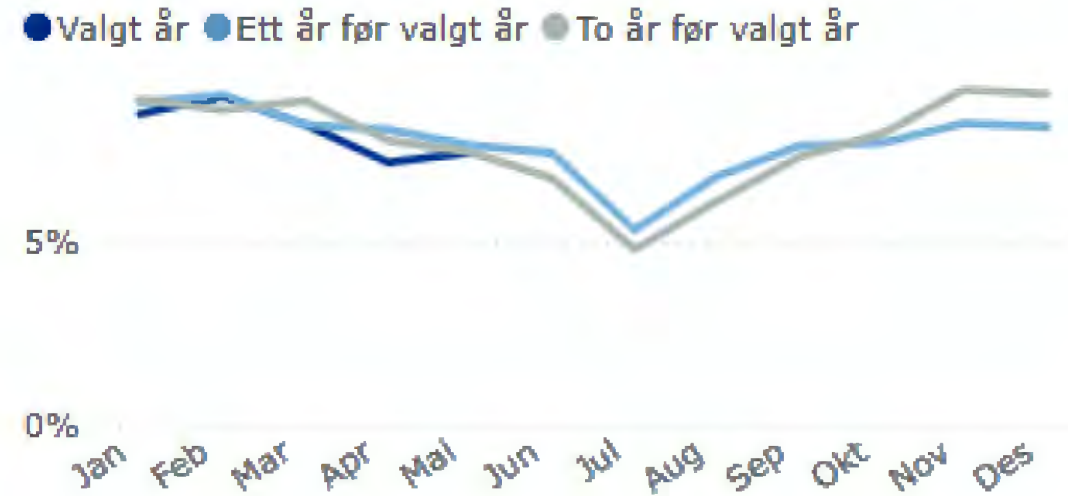
Farge= status akkumulert mot mål
Pil opp = forbedring siste tre måneder
Pil ned= forverring siste tre måneder

Sykefravær

Utvikling i kort- og langtidssykefravær



Utvikling i sykefraværsprosent 2023 til 2025



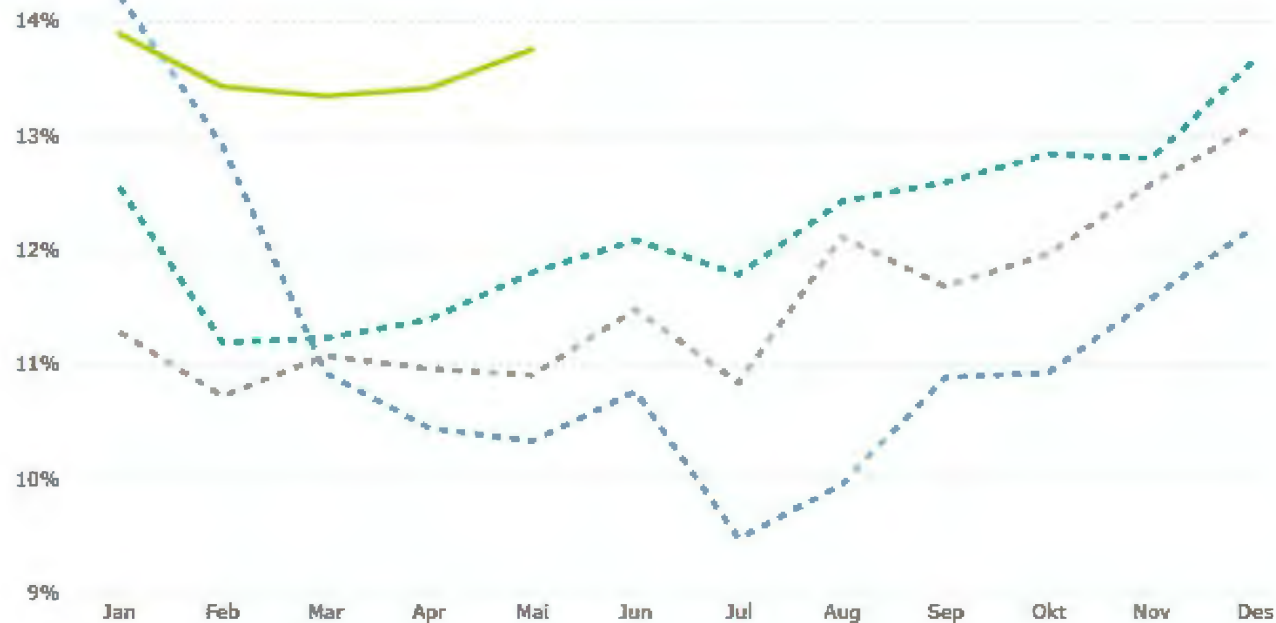
Sykefravær fra RDAP (Regional data og analyseplattform) per 1. juni

Sekundære mål

Telefon- og videokonsultasjoner

Andel telefon- og videokonsultasjoner

År ● 2022 ● 2023 ● 2024 ● 2025



Status

Somatikk: Økt andel gjennom året, nærmer oss målet om 15%.

PHR: Andel telefon og videokonsultasjoner i PHR er 20 % per mai. Klinikken har et mål om minimum 20 % og er dermed på plan.

Tiltak

Somatikk:

Pågående innsats fra flere hold, men også ansatt ny rådgiver som startet i mai og skal spesifikt arbeide ut mot poliklinikkene for å øke andelen video- og telefonkonsultasjoner.

PHR: Pågående tiltak for å øke andelen videokonsultasjoner, som å tilby video ved avbestilling og øke aktiviteten innenfor eBehandling (digitalt)

Pakkeforløp- status

- Gjennomgang Brystkreft forløp utførst og oppgaver fordelt.
- Viktige avklaringer med HSØ om å kunne ta pasienter ut av forløp etter kriterie. Kommunisert med forløpseier.
- Møte om operasjonskapasitet og samarbeid uke 25
- Kontakt om MR kapasitet pågående.
- MoH forbereder struktur på samarbeid.
- MoH forbereder struktur for gjennomgang lungekreftforløp, med plan om initiering før sommeren.



Saksfremlegg**Vedlikehold av bygningsmassen i VVHF**

Dato: 06.06.2025

Saksbehandler:

Kristin

Fagerhaug

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styret i VVHF	60/2025	16.06.2025

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Drammen, 12. juni 2025

Lisbeth Sommervoll

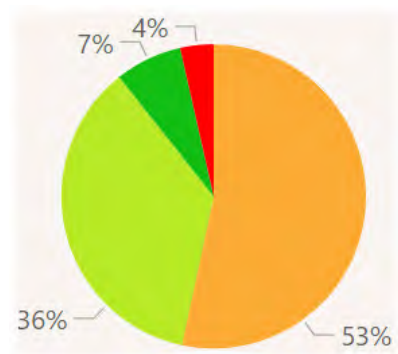
Administrerende direktør

Bakgrunn

VVHF har i 2025 fått i oppdrag fra HSØ å sikre forutsigbar planlegging og gjennomføring av vedlikehold, basert på tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner. Helseforetaket skal tertialvis rapportere planlagt og utført vedlikehold til det regionale helseforetaket, med mål om å forbedre tilstandsgraden for bygningsmassen over tid.

Status tilstandsgrad

Tilstandskartlegging viser at 57% av VVHFs bygningsmasse har utilfredsstillende kvalitet. Dette er arealer som har dårligere tilstandsgrad (TG) enn 1,2. HOD og Riksrevisjonen definerer et arealvektet snitt på ca. 1,2 som mål bilde for tilstandsgrad, med høyere krav til kritiske områder, for eksempel operasjonsstuer.



TG 0	Meget god	0 – 0,75
TG 1	God / tilfredsstillende	0,75 – 1,50
TG2	Utilfredsstillende	1,50 – 2,25
TG3	Dårlig / meget dårlig	2,25 – 3,00

Figur 1: Teknisk tilstand fordelt på samlet areal i 2024 (Drammen sykehus og Blakstad er ikke med i figuren).

Det gjøres oppmerksom på at finansieringsbehovet mellom TG0 og TG3 ikke er lineært, men eksponentielt. Jo dårligere bygningsmessig tilstand, jo dyrere og mer omfattende er det å sette bygget tilbake i god stand. Et løft fra snittet i VVHF på TG 1,57 til TG 1,2 krever betydelig mer kapital enn et løft fra TG 0,5 til TG 0.

Antatt TG fra 2026, som inkluderer NSD, og uten Drammen og Blakstad, er 0,86, men gjennomsnittstallet gir ikke et riktig bilde av tilstanden i porteføljen generelt, da det er store forskjeller. Se figur 2. Bærum og Ringerike er lokasjonene som forholdsvis har de største etterslepene, mens Kongsberg har størst relativ andel av tilstandsgrad 3. For Bærum, er TG2 og TG 3 vist samlet som TG 2 pga. manglende data. Porteføljen vil fra 2026 være på 285 100 m² BTA eid areal.



Figur 2: Teknisk tilstand per sykehus i 2024.

Status planlagt og gjennomført vedlikehold

Etterslepsløftet fra TG 1,57 til TG 1,2 er beregnet 2,3 milliarder kroner. Dette krever investeringer på 144 MNOK per år over 14 år, frem til 2040, for å sikre bygninger med god kvalitet. I tillegg kommer årlig behov til planlagt vedlikehold (149 MNOK), og årlig beløp til utvikling knyttet til nye brukerbehov (206 MNOK). Utviklingsbehovet er basert på normtall med utgangspunkt i snitt over byggets levetid. Totalt er investeringsbehovet vurdert til 499 MNOK per år.

Tabell 1 nedenfor viser behov per år, vedtatt budsjett 2025 og påløpt kostnader første tertial 2025.

<i>Del av portefølje</i>	<i>Verdibevarende vedlikehold</i> <i>(post 32,33 NS 3454)</i>	<i>Etterslep</i> <i>(post 41 NS 3454)</i>	<i>Utviklingsbehov</i> <i>(post 42 NS 3454)</i>	<i>Sum årlig kostnad</i> <i>(post 32,33,41,42 NS 3454)</i>
Sum behov pr. år fra 2026	148 840 288	144 000 000	206 212 783	499 053 071
Vedtatt budsjett i ØLP 2025	30 000 000	143 000 000	120 000 000	293 000 000
Påløpt* T-1 2025 HSØ rapp.	20 551 800	26 469 000	42 026 000	89 046 800

**Påløpt tilsvarende fakturert, og det er 1-2 måneder etterslep ift. produksjon. Dette betyr at det er god fart i prosjektproduksjonen pr. 1. tertial 2025.*

Tabellen viser at det vedtatte nivået for verdibevarende vedlikehold og utviklingsbehov er henholdsvis 118 MNOK og 86 MNOK lavere pr. år enn behovene for porteføljen tilsier. Dette innebærer at vedlikeholdsetterstelepet øker tilsvarende hvert år.

Påløpte kostnader er i all hovedsak knyttet til 22 BRK-prosjekter, som er under produksjon. Alle prosjektene er prioritert etter en risikoanalyse av hele BRK i forhold til liv og helse, samt ivaretagelse av lover og forskrifter knyttet til utstyr, infrastruktur, bygg og arbeidsmiljø.

Samlet budsjetttramme for disse er 361,4 MNOK, hvorav 293 MNOK er finansiert i ØLP for 2025, og resten er fra tidligere års investeringsbudsjetter. Dette fordi de fleste av prosjektene er flerårige.

BRK er vedtatt som et kostnadsstyrt prosjektprogram, dvs. med kostnadskontroll som primær styringsparameter, fremfor gjennomføringstid og/eller markedsverdi, slik det er vanlig i offentlige prosjekter. Derfor har kun ett av prosjektene, ny automasjonslinje på laboratoriet på Bærum, rapportert gult på kostnadsoverskridelse. Dette håndteres i programmet.

Fire av prosjektene, BS12-post operativ og intensiv, BS13-radiologi, RS19-pasientsignalanlegg og samleprosjektet KS07/K16/K20 (pasientsignal), har vesentlig forsinket fremdrift, mens det største BRK-prosjektet – BS11-ventilasjon – vil ferdigstilles ett år før planen.

Kvaliteten på prosjektleveransene er gjennomgående god. Det gjelder også omfanget, hvor kun ett prosjekt, sikkerhetsanlegg på Kongsberg, vil få noe redusert omfang på grunn av utenforliggende forhold. Dette er vurdert til å ha moderat risiko/konsekvens.

Vurdering av tiltakenes effekt på samlet kvalitet bygningsmasse

Tabell 1 viser at VVHF bruker for lite midler på verdibevarende vedlikehold og utvikling av arealene, noe som medfører økt vedlikeholdsetterslep år for år. Dette til tross for innsats på etterslep og utvikling gjennom BRK programmet. Behovet for utviklingsmidler (206 mill kr i 2026) inkluderer NSD.

Administrerende direktørs vurderinger

Det er god gjennomføring i BRK-programmet, med gjennomgående god styring og kvalitet på prosjektene. Foretaket har allikevel store uløste behov knyttet til årlig vedlikehold og utvikling av bygningsmassen, utover nytt sykehus i Drammen. Det gjøres årlige kartlegginger av tilstandsgrader, og det foreligger planer for å ta ned vedlikeholdsetterslepet til null i 2040. Det vil medføre en økt risiko for havari i tekniske anlegg og infrastruktur hvis ikke disse planene følges.

Dato: 12. juni 2025

Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Investeringer i VVHF

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styret i VVHF	61/2025	16.06.2025

Forslag til vedtak

Styret tar redegjørelsen om investeringsbehovene til orientering.

Drammen, 12. juni 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Det vises til protokoll fra styremøtet 28. og 30. mai for behandling av sak 55/2025 Økonomisk langtidsplan (ØLP) 2026 – 2029. I vedtak pkt. 3 ber styret om at investeringsbudsjettet for 2025 revurderes og ses i sammenheng med planene for en kommende femårsperiode. Dette ønskes fremlagt til styremøtet 16. juni som forberedelse til budsjett 2026. Styret ber spesielt om at investeringsplanene ses i sammenheng med avhengigheter til drift og eventuelle forutsetninger for realisering av bærekraftsplanen.

Saksutredning

Det foretas systematisk vurdering av nødvendige prioriteringer når investeringsplanene legges. Følgende kriterier benyttes som prioriteringsgrunnlag (prosedyre for beslutning og gjennomføring av investeringer):

- Myndighetskrav og lovpålagte forskrifter
- Avsetning til eventuelt havari/nødvendige erstatningskjøp
- Teknisk tilstand/nødvendig for sikker og stabil drift
- Funksjonelle og strategiske behov, samt innovative ideer
- Annet

Det er nå gjort nye gjennomganger av behovene som er grunnlag for budsjettforslagene for 2025 og for ØLP 2026 – 2029.

Investeringer i 2025

Disponible midler til investeringer i 2025 omfatter vedtatt budsjett for 2025, samt overførte midler fra tidligere års budsjett, samt eventuelle gavemidler.

Det er nå gjort gjennomganger av investeringsbudsjettet på ny for å vurdere om noe kan forskyves og/ eller nedprioriteres til fordel for nye behov i de påfølgende årene. Som følge av lange anskaffelsesperioder er det svært mye som allerede er forpliktet.

- Store deler av investeringsbudsjettet for MTU omfatter foretakets forpliktelser inn i nytt sykehus i Drammen. Øvrige investeringer omhandler havarier og utstyr som er end-of-life.
- For IKT er det per utgangen av mai ikke forpliktet 24 MNOK. Det er uavklart om dette likevel kan stoppes, da investeringene på IKT området i stor grad omhandler regionale prosjekter som styres av Sykehuspartner.
- For bygg er det også gjennomgående forpliktet gjennom fremforhandlede kontrakter og oppsigelser vil medføre betydelige gebyrer og er ikke regningssvarende. De investeringer som iverksettes på BRK er de som er vurdert å ha absolutt størst risiko knyttet til driften, pasientsikkerhet og arbeidsmiljø.
- Det er overført 27 MNOK fra fjorårets investeringsbudsjett som ikke er fordelt eller forpliktet til noe så langt i år. Dette beløpet fristilles til prioriteringer neste år.

Investeringer i ØLP perioden, pluss 2030

Som det fremgår av tabellen nedenfor er vurderingen at minimumsbehovene vesentlig overstiger de rammer som er til rådighet. På eiendomsområdet ble det i saksfremlegget for ØLP kommunisert at de reelle investeringsbehovene ligger utover den ØLP som opprinnelig ble foreslått. Det er som tidligere nevnt kun investeringer i bygg som innebærer betydelig risiko som prioriteres. Det er derfor ikke lyktes å fremlegge en ny plan som viser absolutt minimumsbehov tilsvarende de to øvrige investeringsområdene. Det vil i styremøtet fremlegges en presentasjon som går mer inn i innholdet i investeringsområdene.

Investeringsområde	2026	2027	2028	2029	ØLP planperioden	2030
Minimumsbehov MTU	116	84	155	113	466	112
ØLP innspill MTU	128	124	119	121	492	110
Revidert ØLP innspill MTU	66	40	41	41	186	41
Minimumsbehov IKT	34	24	51	24	134	
ØLP innspill IKT	38	20	37	38	133	20
Revidert ØLP IKT	29	29	29	29	116	20
ØLP innspill eiendom, grunnutrustning og byggnær IKT	296	296	296	207	1 095	110
Revidert ØLP eiendom	195	170	170	120	654	181

Nedjustering av investeringsplanene medfører forskyvninger frem i tid. Levetiden på utstyr er begrenset, og på et eller annet tidspunkt må utstyr erstattes. Utsettelse av investeringer i 2026 gir et økt behov de påfølgende årene.

For MTU er investeringsbehovene knyttet til den pasientbehandling som foregår på de ulike lokasjonene. Det forventes at endringer i funksjonsfordelinger kan påvirke investeringsbehovene positivt gjennom at det oppnås en bedre utnyttelse av utstyret. Det vil ikke være forsvarlig å drifte sykehusene med utdatert utstyr. Når anskaffelsesprosessene er såpass lange, medfører ikke planmessige reanskaffelser en betydelig økt risiko for driftsstans.

Tilsvarende gjelder for eiendomsområdet. De største investeringsbehovene er i infrastrukturen. Dette omfatter ventilasjon, rør, elektrisitet. Konsekvensene av havarier blir langvarig driftsstans. Videre vil hastereparasjoner oftest medføre at vi får høyere priser fra leverandørene. Når utbedringene av bygg ikke lenger kan vente, vil det samtidig være uhensiktsmessig om ikke MTU og IKT foretas parallelt.

På IKT området er det primært utrulling av nye regionale løsninger som implementeres på NSD som kan forsinkes. Dette gjelder eksempelvis helselogistikk og DIPS Arena på mobil. Utsettelse av implementering av helselogistikk og DIPS Arena mobil utover NSD vil også medføre lavere behov for investeringer i mobile arbeidsflater/ rolletelefoner. Det er i anslått minimumsbehov ikke tatt høyde for utrulling de nærmeste årene. Vi får uansett reanskaffelser av dette til NSD i 2028 med 27 MNOK. Samtidig har vi ikke tilstrekkelig innsikt i forventede gevinster knyttet til eksempelvis innføring av helselogistikk, og etter hvert mobile arbeidsflater for DIPS Arena. Når dette er mer gjennomarbeidet vil det kunne resultere i økte gevinster over drift som kan gi økte midler til investeringer.

Administrerende direktørs vurderinger

Som det fremgår av redegjørelsen i saken er det svært krevende å foreslå nedprioriteringer på investeringsområdene tilpasset de rammer vi har til rådighet. For å gi styret økt innsikt i hva som ligger bak summene vil grunnlagene gjennomgås nærmere i møtet. Før endelige beslutninger kan fattes vil det ivaretas involvering i tråd med retningslinjene for medvirkning.

Helselogistikk og mobile arbeidsflater for DIPS Arena kan gi gevinster frem i tid. Videre vil arbeidet med eventuelle funksjonsfordelinger kunne påvirke det fremtidige investeringsbehovet. Det er følgelig flere forhold som må avklares før vi kan si hva som representerer et absolutt minimumsbehov for investeringer frem i tid. Anslaget for 2026 medfører at foretaket vil anmode om ekstra økonomisk støtte for å sikre forsvarlig drift gjennom 2026.

Administrerende direktør foreslår at styret tar saken til orientering, og behandler det endelige investeringsbehovet for 2026 i forbindelse med budsjett 2026.

Dato: 30. mai 2025
Saksbehandler: Jørn-Ivar Hellesnes

Saksfremlegg

Beredskap i VVHF

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	62/2025	16.06.25

Forslag til vedtak

Styret tar statusinformasjonen om beredskap i VVHF til orientering.

Drammen, 12. juni 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Helseberedskap er definert som en grunnleggende nasjonal funksjon. Formålet med norsk helseberedskap er å verne om liv og helse og bidra til at befolkningen kan tilbys nødvendig medisinsk behandling, pleie og omsorg i kriser og katastrofer både i fredstid og krig.

Alle virksomheter i helse- og omsorgssektoren forventes å ha beredskapsplaner som gjør dem i stand til å yte nødvendige tjenester ved

- interne og eksterne hendelser som vesentlig reduserer virksomhetens evne til å yte tjenester, for eksempel svikt i kritiske innsatsfaktorer og infrastruktur.
- eksterne hendelser som vil innebære en ekstraordinær belastning på virksomheten og som vil kunne kreve en omstilling av den ordinære driften for å kunne øke kapasiteten, for eksempel en hendelse med masseskade eller en pandemi.

Formålet med beredskapen i Vestre Viken er å sette oss i stand til å levere på samfunnsoppdraget under spesielt krevende eller ekstreme forhold. Beredskapen skal bidra til å sikre at vi

- er i stand til å levere nødvendige spesialisthelsetjenester til befolkningen ved kriser og katastrofer i fredstid så vel som i krig
- ivaretar pasienter, ansatte og pårørendes helse, miljø og sikkerhet
- er i stand til å legge om driften, utvide kapasiteten og utnytte foretakets samlede ressurser på beste mulige måte

Et mer krevende trussel- og risikobilde gjør at beredskapen i samfunnet må gis økt prioritet. Det gjelder også helse- og omsorgsberedskapen.

Saksutredning

De siste nasjonale trusselvurderingene peker på at det er stor geopolitisk og økonomisk usikkerhet, og at hele samfunnet må være forberedt på sabotasje og bortfall av kritisk infrastruktur.

Helseberedskapsmeldingen peker på seks risikoområder som krever særskilt oppmerksomhet:

- Sammensatte trusler og krig.
- Digitale trusler og sårbarheter.
- Forsyningssikkerhet med vekt på tilgang til medisinske mottiltak.
- Pandemi og smittevern.
- Trygg vannforsyning.
- Atomhendelser som truer liv og helse.

Totalberedskapsmeldingen understreker at arbeidet med sikkerhet og beredskap, på tvers av sektorene, skal sørge for at det sivile samfunnet er forberedt på krise og krig, og bidra til å utvikle et samfunn som understøtter militær innsats og som motstår sammensatte trusler. Herunder pekes det på at

- helsetjenestens fleksibilitet, evne til å mobilisere ressurser og omstille seg for å møte kriser må økes.
- samarbeidet på tvers av sektorer, med næringslivet og med frivillig sektor må styrkes.

Vår vurdering er at:

- **økt bruk av teknologi** gir bedre kvalitet og effektivitet, men samtidig økt sårbarhet.
- **den sikkerhetspolitiske situasjonen** gir redusert forutsigbarhet og økt risiko bortfall av eller svikt i kritisk infrastruktur og/eller forsyninger.
- **samfunnsutviklingen** gir økt risiko for alvorlige volds- og trusselsituasjoner.
- **klimaendringer** gir økt risiko for værrelaterte hendelser som vil kunne påvirke virksomheten.

Den sikkerhetspolitiske utviklingen har ført til økt fokus på militær og sivil motstandsdyktighet. NATOs krav til sivil beredskap er uttrykt gjennom tre kjerneoppgaver; kontinuitet i nasjonale styringssystem, kontinuitet i kritiske samfunnsfunksjoner til befolkningen, og sivil støtte til militære operasjoner. Kravene til nasjonal motstandsdyktighet kommer til uttrykk gjennom syv grunnleggende forventninger; 1) kontinuitet i nasjonale styringssystem og kritiske offentlige tjenester, 2) robust kraftforsyning, 3) evne til å håndtere store forflytninger av mennesker, 4) stabil mat- og vannforsyning, 5) evne til å håndtere masseskader, 6) robuste sivile kommunikasjonssystem, og 7) robuste transportsystemer. Flere av disse treffer oss direkte.

Det forutsettes at Vestre Viken bidrar i arbeidet med å robustgjøre samfunnet for å kunne håndtere hendelser i den øvre del av krisespekteret, i tråd med bl a oppdrag i OBD 2025. Samtidig forutsettes det at vi vedlikeholder og videreutvikler evnen til å håndtere hendelser i den nedre delen av krisespekteret i tråd med helseberedskapslovens bestemmelser.

Norge har bare én, samlet helsetjeneste i fred, krise og krig. Vi må ha en balansert og sammenhengende verdikjede fra Forsvaret via spesialisthelsetjenesten til kommunene. Vi er en del av et hele, og har et gjensidig avhengighetsforhold til kommuner og andre sentrale beredskapsaktører. En felles situasjonsforståelse og gode felles planforutsetninger nasjonalt og regionalt er en forutsetning for å sikre koordinert utførelse og mindre rom for suboptimalisering. Vi må bidra til å styrke samarbeidet både innenfor egen sektor og på tvers av sektorer, bl a gjennom aktiv deltakelse i beredskapsråd og -utvalg, for å sikre effektiv pasientflyt, ressursutnyttelse og forutsetninger for drift under alle forhold.

Grunnberedskapen i Vestre Viken er god, men vi har mangler i planverket for hendelser i den øvre delen av krisespekteret. Noen av disse kan og må vi håndtere selv. Andre forhold krever sentral og regional avklaring og koordinering før vi kan operasjonalisere på vårt nivå.

Samtidig må vi fortsetter det systematiske arbeidet med å forbedre vår egen håndteringsevne, med vekt på å

1. sikre at beredskap er en integrert del av virksomheten på alle nivåer.
2. videreutvikle og styrke kompetansen på alle nivåer i beredskapsorganisasjonen.
3. videreutvikle, forenkle og implementere planverk.
4. styrke samhandlingen med kommunene og andre sentrale beredskapsaktører.

Administrerende direktørs vurderinger

Grunnberedskapen er god, og foretaket har gjennom øvelser og håndtering av reelle hendelser vist god evne til å omstille seg, tilpasse driften og utnytte ressursene på en god måte under til dels svært vekslende og uforutsigbare omstendigheter. Det er imidlertid fortsatt rom for forbedring.

Risiko- og trusselbildet er i stadig endring. Dette påvirker behovet for og innretningen av planer, og det stiller nye krav til utvikling for å sette oss i stand til å møte et stadig bredere spekter av uønskede hendelser på en hensiktsmessig måte.

Beredskapsutviklingsarbeidet videreføres med fokus på kontinuerlig forbedring av grunnberedskapen og på lukking av gap i den øvre delen av krisespekteret.

Vedlegg:

Dato: 12. juni 2025
Saksbehandler: Eli Årnot

Saksfremlegg

Status sykefraværsoppfølging VVHF

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	64/2025	16.06.2025

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering,

Drammen, 12. Juni 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Helse Sør-Øst RHF (HSØ) la frem en sak for sitt styre 22. november 2024 om videreføring av arbeidet med oppfølging av sykefravær, sak 121-2024. HSØ anmodet helseforetakene om å legge frem sak for sine styrer om hvordan det arbeides med oppfølging av sykefravær. Styret i Vestre Viken hadde sak til behandling i styremøtet 16. desember 2024 (sak 114/2024), og ba samtidig om oppdatering av status i det strategiske arbeidet i juni 2025.

Vestre Viken har fortsatt et høyt sykefravær, men det er en positiv trend med lavere sykefravær i første tertial 2025 sammenliknet med gjennomsnittet siste tre år. Samlet sykefravær i foretaket var per mai 8,1 %, mot tilsvarende 8,4 % per mai 2024. Mål for sykefravær i 2025 er 7,2 %. Ny IA-avtale peker særlig på områdene partssamarbeid, systematikk i oppfølgingen av sykefravær og forebyggende arbeidsmiljøarbeid. Vestre Viken gjør allerede mye innen disse områdene, men søker hele tiden utvikling og forbedring.

Vestre Viken jobber målrettet og systematisk med flere innfallsvinkler for å redusere sykefravær. Høyt sykefravær kan være en konsekvens av at arbeidet ikke er organisert godt nok, jobben er belastende over tid, eller det kan være konflikter i arbeidsmiljøet. Lederlinjen søker å se helhetlig på utfordringene, vurdere risikofaktorer i arbeidsmiljøet og jobbe med konkrete tiltak for å redusere risiko, sikre jobbgledet og et godt arbeidsmiljø. Arbeidet er langsiktig og kontinuerlig, og medfører at tiltak som iverksettes i mindre grad gir umiddelbare synlige effekter.

Saksutredning

I styresak 114/2024 ga styret i Vestre Viken sin støtte til følgende prioriteringer for 2025 i det strategiske arbeidet med sykefravær:

- Organisering
 - Teamledelse, teamarbeid, oppgavedeling og prioriteringsstøtte
 - Systematisere onboarding, inkludert mentor- og fadderordninger
 - Arbeide med å profesjonalisere og standardisere turnusplanlegging, inkl. bruk av KI
- Oppfølging av sykefravær
 - Tiltak rettet mot enkelte seksjoner som scorer lavere enn 75% på utvalgte temaer i ForBedring og har sykefravær over 10%
 - Lederstøtte i enkeltsaker og i arbeidsmiljøprosesser
- Tverrfaglig partsarbeid for å støtte og fremme ansattes psykiske helse
 - Iverksette felles rammeverk for kollegastøtte
 - Benytte mental helses nasjonale kampanjeperiode i uke 39-42
 - Spesifikk tiltak for å adressere helseutfordringer som er spesielt relevante for kvinner i arbeidslivet

Nedenfor gis en kort orientering om deler av oppfølgingen av prioriteringene så langt.

Organisering

Arbeidet med å profesjonalisere og standardisere turnusplanlegging, inkludert bruk av KI, er godt i gang. En partssammensatt arbeidsgruppe leverte forslag til tiltak ultimo februar 2025. Styringsgruppen støttet forslagene og disse fikk tilslutning i foretaksledelsen 27.5.25. I dette arbeidet er helsefremmende turnus for ansatte løftet ytterligere, samt at det skal etableres standardisert prosess for utarbeidelse av arbeidsplaner og like turnusperioder.

Økt fleksibilitet i arbeidstidsordninger, for eksempel langvakter, er fulgt opp i partssammensatt arbeid ved jevnlig møter med Norsk Sykepleierforbund, Delta og Fagforbundet med sikte på å få på plass et langsiktig rammeverk. Gjeldende rammeverk er utvidet til å gjelde ut 2025, og Den norske jordmorforening har også sluttet seg til den avtalen. Oslo Economics leverte sin evalueringsrapport om langvakter i Vestre Viken i februar 2025, med hovedsakelig positive

evalueringer. Antall seksjoner som har tatt i bruk langvakter har økt vesentlig i 2025. Aktivitetsbaserte arbeidsprosesser i seksjonene, samt at leder styrer pauseavvikling, fremheves som viktig både i evalueringen, og i lederlinjen. Erfaringer er innhentet fra Oslo kommune og Lambertseterhjemmet hvor det ble etablert kun 100% stillinger (heltidskultur) og at alle sykepleiere arbeider langvakter. De tilkjennegir tilsvarende erfaringer som med hensyn til organisering og ledelse rundt langvakter.

Spørreundersøkelsen for leger i 2024, med utgangspunkt i #legermåleve sommeren 2023, rettet oppmerksomheten på legers arbeidsbelastning. Som oppfølging av denne pågår det fortsatt arbeid med mer systematikk rundt aktivitets- og arbeidsplaner for leger. Dette inkluderer behovsanalyse, også mht. utdanningsselementer, arbeidsplaner med jevnere vaktbelastning ut fra helsefremmende prinsipper, samt risikovurdering av planene. Kurs i arbeidstidsplanlegging for leger inngår i dette arbeidet.

Vestre Viken har tatt initiativ overfor Universitetet i Sørøst-Norge (USN) for å få etablert en videreutdanning i teamledelse. Studiet (12,5 studiepoeng), som er utviklet i samarbeid med Vestre Viken, er på plass med oppstart i september 2025. Mellom 25 og 30 medarbeidere i Vestre Viken vil delta i første kull av videreutdanningen.

Oppfølging av sykefravær

Vestre Viken har fortsatt høyt sykefravær, men det er en nedgang i vinter og utover våren sammenliknet med de tre siste årene.

Bistand og tiltak i seksjoner som scoret lavere enn 75 % på utvalgte temaer i Forbedringsundersøkelsen 2024, og samtidig hadde sykefravær på over 10 %, har fortsatt gjennom vinteren og våren. Dette er et langsiktig arbeid, og følges opp videre utover i 2025. Tilsvarende vil seksjoner som identifiseres i Forbedringsundersøkelsen 2025 og har høyt sykefravær følges opp særskilt. Reduksjon i sykefravær i de seksjonene som har fått ekstra bistand er samlet sett på 3,4 % hittil i år. I mai var sykefraværet i disse seksjonene 5,6 % lavere enn i april 2024.

Bærum sykehus har hatt økt oppmerksomhet på korttidsfravær, med tett oppfølging av alle ansatte med 5 eller flere fraværsdager. De har hatt en nedgang i sykefravær fra 9,0 % til 7,5 % per mai i år sammenliknet med fjoråret. Sykefravær vil variere over tid, men kontinuerlig innsats over tid synes å gi gode resultater.

Tverrfaglig partsarbeid for å støtte og fremme ansattes psykisk helse og arbeidsmiljø

I Vestre Viken fremmes bruk av forbedringsmetodikk, grønt kors, "snakk om forbedring", "Råbra", risikovurderinger med tilhørende handlingsplaner og ForBedring.

Det er gode eksempler, blant annet fra en seksjon ved Bærum sykehus, som har vist at bruk av grønt kors, økt innflytelse på egen arbeidshverdag med justering i visittider og bruk av «Råbra» har ført til kraftig reduksjon i sykefravær. Ringerike sykehus har ved akuttmottaket etablert sin egen psykososiale kalender hvor det registreres hvordan arbeidsdagen (vaktene) har blitt opplevd av de ansatte på flere punkter, og som de ser sammen med grønt kors. Dette brukes aktivt for å iverksette hensiktsmessige tiltak for å ivareta både god drift og godt arbeidsmiljø.

Partssamarbeid er en viktig premiss for å lykkes med å redusere sykefravær. Et av verktøyene som brukes er en «partsduk» utviklet av bransjeprogram IA i sykehus. Alle seksjoner som får bistand i arbeidsmiljøarbeid, gjennomfører «partsduk». Tilpassede versjoner er også benyttet ved klinikkledelsen ved Hallingdal Sjukestue og Bærum sykehus. «Partsduk» skal gjennomføres med foretakstillitsvalgte, foretakshovedverneombud og direktør kompetanse m.fl. over sommeren.

Det tilbys omfattende opplæring for ledere innen sykefraværsoppfølgning, psykososialt arbeidsmiljø, helsefremmende arbeidstidsordninger, HMS, risikovurderinger, konflikthåndtering og kommunikasjon. Læring skjer gjennom programmer som "ny som leder", digitale kurs, temakurs og tilpassede tilbud som refleksjonsgrupper og ferdighetstrening. Kompetanseplaner for ledere og ansatte for å klargjøre forventninger til sykefraværsoppfølgning og styrke arbeidsmiljøarbeidet er utviklet og tatt i bruk. Tilsvarende kompetanseplaner for verneombud og tillitsvalgte ferdigstilles rett over sommeren. Ansatte og ledere får tilgang til kurs og e-læring om helse og sykefravær, samt ulike webinarer med et forebyggende perspektiv.

Retningslinje for kollegastøtteordning er utviklet gjennom partssammensatt arbeid og ble iverksatt første uken i juni. Dette er ett av flere tiltak som kan bidra til å gjøre helsepersonell tryggere i sin arbeidshverdag, noe som igjen kan trygge pasienter og brukere. Alle seksjoner i klinisk drift anbefales å etablere kollegastøtter i sin enhet. Det legges også opp til opplæring av og ivaretagelse av kollegastøttene. Fadderordning knyttet til onboarding etter mal fra LIS leger er under utvikling. Vestre Viken har søkt om, og blitt tildelt, utviklingsmidler fra HSØ til utvikling og implementeringen av begge disse ordningene.

Konkrete tiltak knyttet til kvinnehelse og psykisk helse er planlagt over sommeren, blant annet med korte filmer rundt ernæring og fysisk aktivitet.

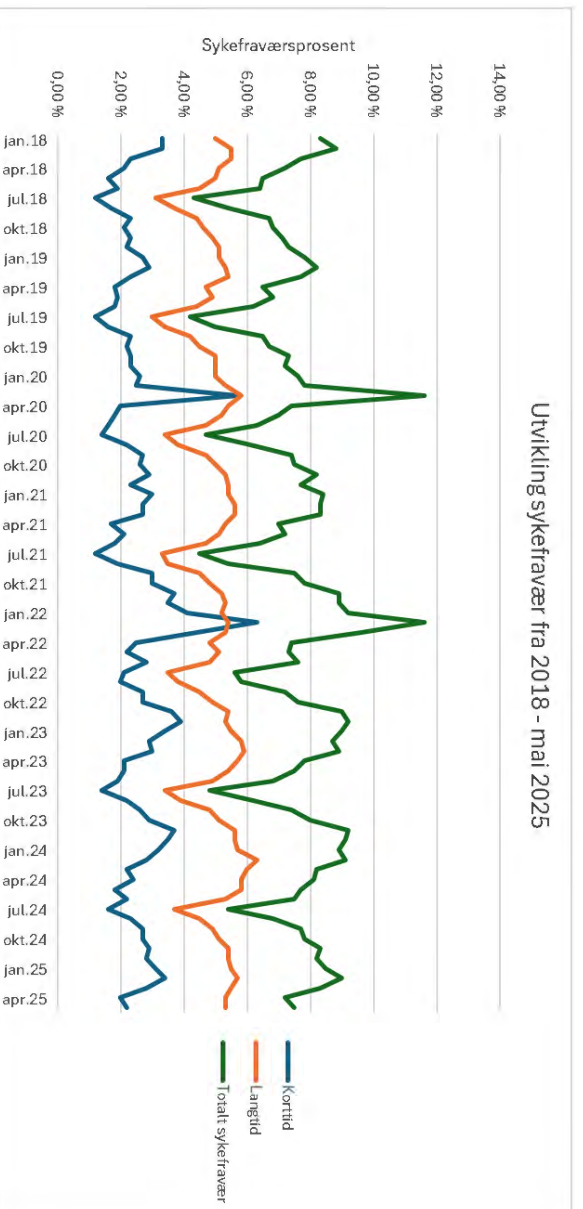
Administrerende direktørs vurderinger

Det er viktig å fortsette det målrettede og helhetlige arbeidet, og forstå hva som påvirker motivasjon, mestring og jobbnærvær. Det er arbeidet godt med prioriteringsmådene som er fastsatt for 2025. På den måten kan det settes inn effektive tiltak som forebygger sykefravær og frafall, og virker rekrutterende. Ledere vil få nødvendig opplæring, støtte i egen lederlinje og tilgang til praktiske verktøy. Kvinner er en stor del av arbeidsstyrken, og mer kunnskap om kvinners helse og årsaker til at kvinner har et høyere sykefravær kan bidra til mer effektive og forebyggende tiltak.

For å ha gjennomslagskraft i det helhetlige og systematiske arbeidet med å redusere sykefravær, er godt samarbeid mellom ledere, tillitsvalgte og verneetnesteen på alle nivåer helt nødvendig.

Vedlegg:

- Oversikt over sykefraværsutvikling i Vestre Viken 2018 – mai 2025
- For utvikling på klinikknivå, se vedlegg 1.



2025 m7 sak 63 - vedlegg status sykefraværsoppfølging i VVHF

Sykefraværsprosent	Sykefravær totalt								Graf over tid
År	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025 (jan-mai)	
Vestre Viken Helseforetak	6,80 %	6,60 %	7,40 %	7,40 %	8,10 %	7,80 %	7,80 %	8,10 %	
Klinikk Drammen sykehus	6,60 %	6,50 %	7,20 %	7,70 %	8,50 %	7,90 %	7,60 %	8,00 %	
Klinikk Bærum sykehus	6,60 %	6,80 %	7,40 %	6,90 %	8,50 %	7,30 %	8,00 %	7,50 %	
Klinikk Kongsberg sykehus	6,00 %	6,40 %	6,10 %	6,80 %	8,00 %	7,80 %	6,50 %	7,30 %	
Klinikk Ringerike sykehus	6,00 %	5,50 %	6,80 %	6,60 %	7,30 %	6,80 %	6,90 %	7,30 %	
Klinikk for Intern service	7,60 %	7,20 %	9,20 %	8,70 %	8,50 %	9,00 %	8,90 %	9,20 %	
Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	6,80 %	6,70 %	8,10 %	7,00 %	7,60 %	7,00 %	7,20 %	8,70 %	
Klinikk for Prehospitale tjenester	7,00 %	6,50 %	7,20 %	7,80 %	7,50 %	8,40 %	7,00 %	7,40 %	
Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	7,80 %	7,40 %	8,00 %	8,00 %	8,30 %	8,50 %	8,80 %	8,80 %	
Kommunikasjon og samfunnskontakt	5,70 %	11,70 %	6,20 %	7,10 %	9,00 %	9,30 %	8,00 %	15,50 %	
Kompetanse	4,70 %	5,90 %	4,40 %	4,90 %	5,70 %	5,10 %	6,00 %	7,70 %	
Medisin og helsefag	6,90 %	3,40 %	2,70 %	4,60 %	2,80 %	2,30 %	4,60 %	6,00 %	
Nytt sykehus Drammen	0,00 %	2,10 %	1,40 %	1,20 %	4,80 %	5,40 %	3,50 %	3,30 %	
Støtte administrasjon og ledelse	0,80 %	0,60 %	1,20 %	0,70 %	1,10 %	2,80 %	1,20 %	1,30 %	
Teknologi	2,90 %	5,00 %	6,70 %	3,50 %	6,10 %	7,70 %	6,30 %	3,10 %	
Økonomi	4,10 %	1,70 %	2,80 %	4,10 %	8,90 %	7,20 %	5,80 %	9,20 %	

Korttid									Graf over tid
År	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025 (jan-mai)	
Vestre Viken Helseforetak	2,20 %	2,10 %	2,50 %	2,50 %	3,20 %	2,60 %	2,50 %	2,70 %	
Klinikk Drammen sykehus	2,10 %	2,20 %	2,60 %	2,70 %	3,50 %	2,70 %	2,50 %	2,70 %	
Klinikk Bærum sykehus	1,90 %	1,90 %	2,70 %	2,60 %	3,40 %	2,80 %	2,60 %	2,90 %	
Klinikk Kongsberg sykehus	2,00 %	2,20 %	2,50 %	2,50 %	3,00 %	2,50 %	2,20 %	2,40 %	
Klinikk Ringerike sykehus	1,80 %	1,70 %	2,10 %	1,90 %	2,90 %	2,20 %	2,10 %	2,20 %	
Klinikk for Intern service	2,20 %	2,40 %	2,30 %	2,50 %	3,20 %	2,60 %	2,30 %	3,00 %	
Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	2,40 %	2,30 %	3,00 %	2,80 %	3,50 %	3,10 %	3,00 %	3,30 %	
Klinikk for Prehospitale tjenester	1,90 %	1,70 %	1,90 %	2,20 %	2,80 %	2,20 %	2,10 %	2,30 %	

Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	2,50 %	2,30 %	2,70 %	2,70 %	3,40 %	2,80 %	2,70 %	2,70 %	
Kommunikasjon og samfunnskontakt	2,20 %	2,00 %	2,20 %	2,30 %	2,60 %	3,60 %	3,00 %	2,60 %	
Kompetanse	1,40 %	1,20 %	1,50 %	1,50 %	1,90 %	1,40 %	1,50 %	1,20 %	
Medisin og helsefag	1,10 %	0,90 %	0,80 %	0,50 %	1,20 %	1,00 %	1,10 %	0,80 %	
Nytt sykehus Drammen	0,00 %	0,90 %	0,20 %	0,10 %	1,10 %	0,70 %	0,40 %	0,90 %	
Støtte administrasjon og ledelse	0,80 %	0,60 %	1,20 %	0,70 %	1,10 %	1,20 %	0,50 %	1,30 %	
Teknologi	1,50 %	1,90 %	1,70 %	1,50 %	2,40 %	2,00 %	1,90 %	1,60 %	
Økonomi	1,10 %	0,90 %	0,60 %	0,90 %	1,30 %	1,10 %	1,50 %	1,20 %	

Langtid

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025 (jan-mai)	Graf over tid
Vestre Viken Helseforetak	4,70 %	4,60 %	4,90 %	4,80 %	4,80 %	5,10 %	5,30 %	5,40 %	
Klinikk Drammen sykehus	4,40 %	4,30 %	4,60 %	5,00 %	5,00 %	5,20 %	5,10 %	5,30 %	
Klinikk Bærum sykehus	4,70 %	4,90 %	4,70 %	4,30 %	5,00 %	4,50 %	5,40 %	4,70 %	
Klinikk Kongsberg sykehus	4,00 %	4,20 %	3,60 %	4,40 %	5,00 %	5,20 %	4,30 %	4,90 %	
Klinikk Ringerike sykehus	4,10 %	3,70 %	4,70 %	4,60 %	4,40 %	4,60 %	4,80 %	5,10 %	
Klinikk for Intern service	5,40 %	4,80 %	6,80 %	6,20 %	5,30 %	6,40 %	6,60 %	6,20 %	
Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	4,40 %	4,40 %	5,10 %	4,20 %	4,10 %	3,90 %	4,30 %	5,40 %	
Klinikk for Prehospitale tjenester	5,10 %	4,70 %	5,30 %	5,70 %	4,70 %	6,10 %	4,90 %	5,10 %	
Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	5,30 %	5,10 %	5,20 %	5,20 %	4,90 %	5,70 %	6,10 %	6,00 %	
Kommunikasjon og samfunnskontakt	3,50 %	9,70 %	4,00 %	4,80 %	6,40 %	5,60 %	5,00 %	12,80 %	
Kompetanse	3,40 %	4,60 %	2,90 %	3,40 %	3,80 %	3,70 %	4,50 %	6,50 %	
Medisin og helsefag	5,80 %	2,50 %	1,90 %	4,10 %	1,50 %	1,30 %	3,40 %	5,10 %	
Nytt sykehus Drammen	0,00 %	1,20 %	1,20 %	1,10 %	3,80 %	4,60 %	3,10 %	2,40 %	
Støtte administrasjon og ledelse	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	1,60 %	0,70 %		
Teknologi	1,30 %	3,10 %	5,00 %	2,00 %	3,70 %	5,70 %	4,40 %	1,50 %	
Økonomi	3,10 %	0,80 %	2,20 %	3,20 %	7,60 %	6,10 %	4,40 %	8,10 %	

Dato: 05.06.2025

Saksbehandler: Joachim
Thorkildsen

Saksfremlegg

Statusrapport Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styret i VVHF	65/2025	16.06.25

Forslag til vedtak

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

Drammen, 12. Juni 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Det vises til virksomhetsrapport per 1 tertial (m5 Sak 44) og sak 05/2025 som omhandler tertialvis rapportering på kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. I april/ mai hvert år kommer tall som oppsummerer året før. Dette gjelder nasjonale kvalitetsindikatorer, kreftregisterets kvalitetsregister(e) og Helse Sør Østs regionale kliniske dashbord med overlevelse og forbruksrater. Vi skal i denne sak beskrive sentrale funn og vår tolkning av disse. Der det finnes avvik vil vi komme tilbake til styret til oktobermøte med en analyse og tiltak. Saksfremlegget følger rekkefølge og parametere i rapportene.

Saksutredning

Hvordan jobber vi?

Kvalitetsparametere er et fokus på mange nivåer av vår tjeneste. Kvalitetsavdelingen/ ass. Fagdirektør og Fagdirektør jobber årlig med tolkning av de overordnede rapportene, presentasjon til styret og samarbeid med aktuelle kliniske miljøer for tiltak. Regionalt dashbord blir oppsummert og delt av HSØ med fagdirektør med oppdrag om oppfølging mens årets krefttall presenteres av Kreftregisteret selv i vårt sentralt kvalitetsutvalg og fagdirektørmøte. Vi bruker årets arbeid til å sette dette mere formelt i system både i sentral stab og per klinikk, med fokus på kvalitetsplanlegging. Oppsettet for dette presenterer vi i styremøte i oktober.

HSØ Regionalt klinisk dashbord

Dette er en kombinasjon av overlevelsedata, forbruksrater og innleggesstatistikk. Dette er ment som et verktøy for helseforetakene til å ivareta sitt "sørge for ansvar" med tanke på likeverdig behandling. Signifikant defineres som å ligge utenfor 95% konfidensintervall fra gjennomsnitt. Vestre Viken har to viktige avvik.

Ringerike sykehus har signifikant redusert 30 dagers overlevelse etter innleggelse på sykehus. Dette er data fra norsk pasientregister (NPR) koblet mot dødsregisteret. Dette er korrelert for alder, kjønn og Charlson komorbiditetsindeks.

Etter innleggelse for hoftebrudd ved Drammen sykehus har vi i 2024, en signifikant økt sannsynlighet for død innen 30 dager. Sammenlikningen er gjennomsnittet for andre foretak i HSØ.

Hverken Drammen eller Ringerike Sykehus kjenner til noe problem eller forklaring på dette per dags dato. De tar det på stort alvor og har satt ressurser på å jobbe med dette. De understøttes av kvalitetsavdelingen i Medisin og Helsefag. Vi har lyktes i å få tilgang til samme data, helt nødvendig for videre analyse.

Vestre Viken har også avvik i frobruksrater innenfor prosedyrer og liggedøgn. Disse må analyseres videre sammen med miljøene selv. Noen er helt selvforklarende og uten et klart resultat av villet og god praksis mens andre trenger betydelig analyse og tolkning.

Innenfor fokusområder for å redusere unødvendig bruk ligger vi godt an. Prosedyrefrekvens er forhøyet innenfor ortopedi, sårbehandling og inngrep i lever, galle og pankreas. De er lave ved øvre endoskopi, urinblære, nyre/ nyrebekken og øye injeksjonsbehandling.

Vi har som foretak samlet signifikant lavere liggedøgn enn andre i vår region. Vi har høyt antall liggedøgn innenfor kreftområdet, men lavt for luftveier, nevrologi og endokrinologi. Innleggesraten for luftveier og nevrologi er signifikant lave.

Nasjonale kvalitetsindikatorer

Fra hjertestansregisteret i 2024 ser vi at Vestre Viken er nest best på å ha satt i gang hjertelunge redning før ambulanse ankommer ved plutselig uventet hjertestans. For andel som får tilbake egen hjerterytme har vi for 2024 nest dårligst resultat. Dette er et alvorlig avvik. Vi har

historisk vært rangert topp tre på dette området. Den mest sannsynlige årsaken avdekket så langt er en overgang i bruk av utstyr som også endrer rapportering. PHT har vært i kontakt med registeret og skal gjennomgå alle data. Vi har fått bekreftet at dersom vi avdekker feil så skal all informasjon om dette oppdateres.

Foretaket har blant Norges laveste forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner. Vi har noe over gjennomsnittet forbruk av et utvalg av bredspektrede antibiotika, men samlet i vår region og hele Norge er dette forbruket svært lavt og fallende.

For diabetes området har vi en lav andel med høy langtidsblodsukker (HbA1c), mens vi har en gjennomsnittlig andel som har god årlig kontroll.

Innenfor psykiatrien har vi svært høy rate av påbegynt helsehjelp for barn og unge innen 65 dager. Vi har tilsvarende svært få fristbrudd innenfor både psykiatri og rusbehandling hvor ventetider også er kortere enn det langsiktige målet til ventetidsløftet.

Vestre Viken har også en lav andel av planlagte operasjoner som blir utsatt. Innenfor behandling av hoftebrudd innen 24 eller 48 timer så ligger vi bedre an enn gjennomsnittet. Innenfor 24 timer er det vesentlig forskjeller mellom Kongsberg (74,8%) og Bærum (73,5%) sykehus mot Drammen (53,8%) og Ringerike sykehus (49,5%), men selv Drammen og Ringerike ligger på et nasjonalt gjennomsnitt.

Vestre Viken (32,9%) er et av få foretak som når målsettingen om andel dialysepasienter med kronisk nyresvikt som får hjemme dialyse (mål > 30%)

Samlet i somatikken har Vestre Viken (1,9%) gode tall for andel henvisninger som IKKE er vurdert innen 10 virkedager, mens andel epikrise skrevet og utsendt innen 1 dag etter utskrivning er høy (82,4%). Fristbrudd var lavere enn gjennomsnittet og er på vei ned. Vi har hatt gjennomsnittlig andel korridor pasienter

Kreftregisteret

For 2024 kommenter Kreftregisteret at Vestre Viken har gode resultater og gode rutiner for rapportering til kvalitetsregistre. De ber oss konkret følge opp andel lungekreft pasienter som er vurdert i tverrfaglig møte og andel pasienter med melanom som blir operert med utvidet eksisjon innen 35 dager. Miljøene som står for disse forløpene er blitt spurt om å kommentere og vurdere tiltak. De anses som mindre alvorlig.

Det viktigste målet er 5 års overlevelse. Vestre Viken har "høy grad av måloppnåelse" innenfor barnekreft, brystkreft, gynekologisk kreft, lungekreft, lymfoid kreft, melanom, tykk- og endetarmskreft samlet. Vi har for tykktarmskreft isolert lav måloppnåelse i relativ overlevelse etter operasjon ved Ringerike og Drammen Sykehus mens den er høy for Bærum sykehus. Den er til tross for dette innen ett drøyt prosent poeng av det nasjonale målet og trolig innenfor en normal variasjon.

Innenfor behandling av prostata kreft oppgis ikke overlevelse som indikator. Kirurgisk margin er en av de viktigste prosessindikatorer. Her oppnår Vestre Viken svært gode resultater og er helt i Norgestoppen. Dette er et resultat av svært systematisk og disiplinert arbeid i tett samarbeid mellom flere sykehus i og utenfor Vestre Viken samt flere profesjoner. Det er resultater som vekker positiv oppmerksomhet, godt fortjent av et engasjert miljø.

Oppsummering

Samlet mener vi at det er høy kvalitet på behandlingen som leveres i foretaket. Vi har som del av disse nasjonale tallene fått noen konkrete avvik som vi må analysere nærmere for å kunne finne riktige tiltak. Status på dette blir presentert til høsten.

Administrerende direktørs vurderinger

Vestre Viken leverer behandling av høy kvalitet, og de nasjonale kvalitetstallene bekrefter dette. På volumet av målinger oppnår vi måloppnåelse ved eller over gjennomsnittet.

Det er samtidig noen avvik av alvorlig karakter. Det er igangsatt analysearbeid, og tiltak vil måtte tilpasses funn.

Kvalitetsstyring er en kjerneoppgave innenfor virksomhetsstyring. Her er vi som kjent i en modningsprosess, og vi bruker årets gjennomgang til å systematisere og forbedre dette arbeidet. Status vil bli presentert i styremøtet i oktober.

Dato: 4.juni 2025
Saksbehandler: Morten Støldal

Saksfremlegg

Statusrapport Nytt sykehus Drammen

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styret i VVHF	66/2025	16.6.2025

Forslag til vedtak:

Styret i tar status for nytt sykehus til orientering.

Drammen, 12. juni 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Nytt sykehus i Drammen skal være i full drift i oktober 2025. Innflyttingen vil foregå i to faser. Klinik for psykisk helse og rus og klinikk for intern service skal ta bygget i bruk for pasientbehandling 24. august 2025. Klinik Drammen sykehus og Klinik for medisinsk diagnostikk skal ta bygget i bruk for pasientbehandling 5. oktober 2025.

Saksutredning

I møtet 22. mai 2025 besluttet styret i Vestre Viken å fastholde datoer for ibruktakelse. Det ble i møtet redegjort for fremdrift og risiko for begge ibruktakelsene. Det overordnede bildet er uforandret. Det betyr at det fortsatt er risiko knyttet til å sikre tilstrekkelig grad av opplæring av ansatte, samt risiko for å ikke komme opp i full drift i løpet av 14 dager, slik målsetningen er. Det gjennomføres flere tiltak for å sikre tilstrekkelig opplæring, hvor hovedtiltakene er flere opplæringsdager, simulering innenfor flere områder og etablering av opplæringslab for helselogistikk. Selv om risiko på IKT-området er betydelig redusert, er det fortsatt IKT-relaterte aktiviteter som utgjør hovedårsaken til at risiko vurderes uforandret. Dette skyldes både at manglende eller forsinkede leveranser på området i seg selv er uheldig, men at forsinkelser på dette området skaper følgeeffekter og forsinkelser på andre områder som testing og opplæring.

Prosjektdirektørs samlede vurdering KIB 1 (uforandret siden forrige styremøte)

Trygg og sikker innflytting 24.8.2025	
God pasientsikkerhet før, under og etter flytting	
Gjenoppretting av full drift innen 14 dager	
Ansatte som er trygge og godt forberedt på jobb første dag i nytt sykehus	

Prosjektdirektørs samlede vurdering KIB 2 (uforandret siden forrige styremøte)

Sett opp mot målsetning om trygg og sikker innflytting 5.8.2025	
God pasientsikkerhet før, under og etter flytting	
Gjenoppretting av full drift innen 14 dager	
Ansatte som er trygge og godt forberedt på jobb første dag i nytt sykehus	

Det utarbeides en samlet plan rapport i samarbeid med byggeprosjektet. Denne baserer seg på rapportering av fremdrift på gitte cut-off datoer. Rapporten for mai ferdigstilles i forkant at styremøtet og vil ettersendes.

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør ser fremdriften mot innflytting går som planlagt, og at risiko er uendret. Klinisk ibruktakelse forutsettes å gå som planlagt.

Administrerende direktør anbefaler å ta saken til orientering

Vedlegg: 1. Samlet plan rapport mai 2025(ettersendes)

Dato: 9. juni 2025
Saksbehandler: Eli Årnot

Saksfremlegg

Etiske retningslinjer i VVHF

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	67/2025	16.06.25

Forslag til vedtak

Styret tar de etiske retningslinjene i VVHF til orientering.

Drammen, 12. juni 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

De etiske retningslinjene utgjør et overordnet rammeverk som alle medarbeidere, studenter, lærlinger og andre involverte i Vestre Viken skal følge. Retningslinjene ble etablert i 2017 for å samle verdiene i HSØ og etiske dokumenter i Vestre Viken til et felles system. Siden da har retningslinjene blitt oppdatert og presentert for styret flere ganger, senest i juni 2024.

Styret får de etiske retningslinjene vedlagt til orientering.

Som en del av retningslinjene, skal alle styremedlemmer årlig gjennomføre det obligatoriske e-læringskurset «Etikk for alle».

Saksutredning

Pr. mai 2025 er det 7 712 som har gjennomført kurset «Etikk for alle» i Vestre Viken.

Retningslinjen er i 2025 oppdatert med lenke til antikorrupsjonsprogrammet i Helse Sør-Øst og deres dilemmasamling. Antikorrupsjonsprogrammet er et felles rammeverk i arbeidet mot korrupsjon og misligheter. Antikorrupsjonsprogrammet er Helse Sør-Øst sitt forebyggende tiltak for å motvirke korrupsjon og sørge for riktig håndtering av saker med mistanke om korrupsjon.

Dilemmasamlingen er et verktøy som kan brukes for å la medarbeidere trene på og diskutere etiske problemstillinger.

[Antikorrupsjonsprogram Helse Sør-Øst RHF](#)

[Dilemmasamling – Helse Sør-Øst RHF](#)

Administrerende direktørs vurderinger

Etiske retningslinjer i Vestre Viken skal bidra til å sikre enhetlig og profesjonell opptreden for alle medarbeidere, studenter, lærlinger og andre som har engasjement og oppgaver i foretaket, inkludert alle med styreverv og tillitsverv. Det er derfor viktig at alle medarbeidere gjennomfører den obligatoriske opplæringen.

Sammen med tilhørende støttmateriell er retningslinjen en god veileder i innføring av forventninger og krav til etisk standard i Vestre Viken og Helse Sør-Øst.

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret tar de etiske retningslinjene i VVHF til orientering.

Vedlegg: 1. Etiske retningslinjer i Vestre Viken

Målgruppe

Retningslinjen gjelder for alle ansatte, uavhengig av nivå, rolle, funksjon og klinikktilhørighet.

Retningslinjen gjelder også for studenter, lærlinger, vikarer, konsulenter og andre som har engasjement og oppgaver i foretaket, alle med tillitsverv samt styrets medlemmer. Ledere har et særskilt ansvar for at medarbeiderne og innleide vikarer/konsulenter kjenner til og handler i tråd med retningslinjene.

Retningslinjen er godkjent av styret.

Hensikt

Vestre Viken sitt overordnede mål er å tilby likeverdige helsetjenester av høy kvalitet til befolkningen. Foretakets grunnverdier er kvalitet, trygghet og respekt. I det daglige arbeidet skal målet og verdigrunnlaget være med å prege våre holdninger, vurderinger og beslutninger når vi er på jobb i Vestre Viken. Denne retningslinjen er i tråd med [etiske retningslinjer som er vedtatt i Helse Sør-Øst](#).

Formålet med retningslinjene er å gi et felles etisk ståsted for den daglige kontakt med pasienter, brukere, pårørende, ansatte, arbeidsgiver og andre samarbeidspartnere. Alle som handler på vegne av Vestre Viken skal opptre i tråd med retningslinjene. Retningslinjene skal gi veiledning og støtte for etisk refleksjon og praksis. For tema som ikke omfattes av eller er direkte regulert i norsk lov, vil etiske refleksjoner ha større plass.

Beskrivelse

Innholdsfortegnelse

[Innholdsfortegnelse](#)

[Formelle rammer](#)

[I møte med pasienten og pårørende](#)

[Taushetsplikt](#)

[Rollesammenblaning](#)

[I møte med medarbeidere og ledere](#)

[Faglig utvikling](#)

[Ledelse](#)

[Kommunikasjonskultur](#)

[Ytringsklima](#)

[Bierverv](#)

[Gaver](#)

[Forholdet til eksterne instanser](#)

[Samhandling med industrien](#)

[Faglige møter i regi av kommersielle aktører](#)

[Media](#)

[Når etiske utfordringer oppstår](#)

[Kliniske etikk komiteer](#)

Formelle rammer

Alle medarbeidere i VV skal følge de lover, regler og retningslinjer som til enhver tid gjelder uavhengig av arbeidssted, stilling og funksjon. Den enkelte har selv en plikt til å sette seg inn i og følge de lover og retningslinjer som berører den enkeltes arbeidsoppgaver.

Å følge lover, instruksjoner og regler er ikke i seg selv alltid nok for å sikre en høy etisk standard. Ledere og ansatte må selv reise relevante etiske problemstillinger i sitt virke. Det betyr at hver enkelt, kontinuerlig og kritisk, må vurdere egne interesser og engasjement med tanke på potensielle etiske konfliktsituasjoner.

Likeverd for alle mennesker skal ligge til grunn for alt arbeidet som skjer i foretaket.

Vestre Vikens omdømme og tillit i omgivelsene er avhengig av ansattes profesjonalitet og faglige dyktighet, og et høyt

etisk nivå. Det forventes derfor at alle opptre med aktsomhet, redelighet og objektivitet.

Vestre Viken er et grønt sykehus. Vi har et spesielt ansvar innenfor miljøsatsing i kraft av å være blant de største virksomheter i vår region og som en del av foretaksgruppen i Helse Sør-Øst. Miljøvurderinger og miljøkostnader skal være del av beslutningsgrunnlaget i alle typer saker. Se [Vestre Viken – et grønt sykehus \(fisp.no\)](#)

Vestre Viken arbeider mot alle former for misligheter og korrupsjon, og ser dette som en viktig del av det å forvalte samfunnets ressurser best mulig.

Som del av Helse Sør-Øst er vi også forpliktet til å følge prinsipperklæringen og [retningslinjene til initiativ for etisk handel](#).

For etiske retningslinjer innen forskningsvirksomhet vises det til [kapittel 4, Etiske retningslinjer i Helse Sør-Øst](#).

I møte med pasienten og pårørende

Ansatte i Vestre Viken skal møte alle pasienter og deres pårørende med respekt for det enkelte menneskets liv og dets iboende verdighet og integritet. Alt helsepersonell i Vestre Viken forholder seg til sine yrkesetiske retningslinjer. Ansatte skal opptre med nødvendig diskresjon og alminnelig høflighet.

Pasientenes rettigheter er regulert i [Pasient- og brukerrettighetsloven](#). Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.

Pårørende møtes med medmenneskelighet og respekt for deres integritet og de påkjenninger som situasjonen fører med seg også for dem. Pårørende skal ha informasjonen de har krav på, etter pasient- og brukerrettighetsloven, formidlet på en hensynsfull og mest mulig tilpasset måte.

Vestre Viken har spesiell oppmerksomhet rettet mot brukermedvirkning og brukerstyring. Helsepersonell må sørge for at den enkelte pasient får oppfylt sin rett til informasjon slik at de kan gjøre valg og ta del i bestemmelser for egen behandling. Herunder er det viktig med riktig benyttelse av tolk og tolkeverktøy.

Helsepersonell har en spesiell plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som er pårørende/etterlatte til foreldre eller søsken. Hver klinikk har barneansvarlig personell som kan kontaktes ved behov for veiledning. Helsepersonell har opplysningsplikt til Barnevernet. Se [§33 i Lov om helsepersonell](#)

Taushetsplikt

Alle ansatte undertegner helseforetakets taushetserklæring når arbeidsforholdet starter. Taushetsplikt etter forvaltningsloven gjelder for alle ansatte i Vestre Viken. Helsepersonell og andre som bidrar med helsehjelp har også taushetsplikt. Se [Lov om helsepersonell, kapittel 5](#)

Taushetsplikt må også overholdes i forhold til andre ansatte som ikke yter nødvendig helsehjelp, samt andre pasienter, eks skranke, fellesareal, flersengsrom.

Elektronisk pasientjournal gir dem som har tilgang i prinsippet adgang til opplysninger om alle helseforetakets pasienter, men å søke opplysninger om pasienter som man ikke har pleie- eller behandlingsansvar for, er ulovlig og ikke forsvarlig yrkespraksis.

Rollesammenblaning

Pasienter har krav på trygghet i behandlingssituasjoner og at ansatte opptre profesjonelt. Dette betyr, blant annet, å skille klart mellom profesjonelle og private relasjoner og å ivareta pasienters autonomi og integritet. Se [VV Rollesammenblanding, privatisering og seksuelle relasjoner mellom ansatt og pasient](#)

I møte med medarbeidere og ledere

Alle ansatte har ansvar for å bidra til et godt arbeidsmiljø preget av kvalitet, kunnskap, åpenhet, involvering, omtanke, respekt og forutsigbarhet.

Gjensidig hjelp og kollegial støtte er en forutsetning for godt faglig og tverrfaglig samarbeid i Vestre Viken, og for fleksibilitet og god flyt i arbeidshverdagen.

Alle ansatte har plikt til å si fra om forhold som kan medføre fare for pasienters og kollegers sikkerhet.

Faglig utvikling

Alle ansatte skal bidra til å utvikle og opprettholde en høy faglig standard i sitt arbeid, og skal utføre sitt arbeid i samsvar

med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Se [Lov om Helsepersonell §4](#).

Det forventes at ansatte bidrar til spredning av kunnskap og til å avdekke uhell og avvik i pasientsikkerhets- og kvalitetsforbedringsarbeid. Når det er påkrevd for å sikre god yrkesutøvelse, gis kollegaveiledning og respektfull korreksjon. Se [lov om helsepersonell §26](#)

Foretaket skal sørge for at helsepersonell gis opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig. Se [Spesialisthelsetjenesteloven §3-10](#)

Ledelse

Ledere skal gå foran som gode eksempler, og holde høyt etisk nivå i sitt arbeid.

Ledere skal sørge for at ansatte gis veiledning og opplæring slik at de er i stand til å utføre de oppgaver de er satt til på en god måte. Undervisning, opplæring og veiledning skal være en integrert del av arbeidshverdagen.

Leder har ansvar for å følge opp den enkelte medarbeider, gi konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet, og sikre rom for etisk refleksjon. Gjennom utvikling av kultur, verdier, kompetanse og klare prinsipper for ledelse og medvirkning, skal medarbeiderne oppleve et trygt, åpent og involverende arbeidsmiljø med høyt etisk nivå.

Ledere har et særskilt ansvar for at deres medarbeidere kjenner foretakets etiske retningslinjer.

Kommunikasjonskultur

Alle ansatte skal bidra til, og følge, etablerte normer for imøtekomende opptreden, respekt og høflighet. Dette gjelder i kommunikasjon med hverandre, og i møte med pasient, pårørende og andre samarbeidspartnere. Dette utelukker ikke konstruktiv meningsutveksling i dertil egnede fora. Det forventes at ansatte respekterer og forholder seg til at resultatet av prosesser og diskusjoner ikke nødvendigvis blir deres eget førstevalg. Det vil si at medarbeidere, når en beslutning er tatt, innretter sitt arbeid etter det som blir bestemt.

Ytringsklima

Et godt ytringsklima innebærer stor takhøyde for meningsutveksling. Det betyr et arbeidsmiljø som er preget av åpenhet, dialog, trygghet og tillit. Forslag, kritikk og andre ytringer er velkomne som grunnlag for forbedring og utvikling. Vi plikter å melde fra til leder om vi er kjent med forhold som kan påføre pasienter, medarbeidere, virksomheten eller omgivelsene skade, slik at det kan settes inn tiltak for å unngå eller begrense skaden.

Vestre Viken oppfordrer ansatte til å si fra om uønskede forhold, så tidlig som mulig, slik at forholdene blir håndtert og rettet opp. Dette gir grunnlag for forbedringer og utvikling i virksomheten, og uheldige belastninger for enkeltpersoner og arbeidsmiljøet unngås. Dersom medarbeidere opplever at nærmeste leder ikke følger opp, kan saken tas videre i linjen. Se [VV Varsling av kritikkverdige forhold](#)

Bierverv

Med bierverv menes det arbeid eller verv hvor det ytes vederlag eller annen form for godtgjørelse eller økonomisk gevinst som følge av arbeidet eller tjenesten. Alle ansatte skal registrere status på bierverv i personalportalen.

Alle oppdrag for eksterne (betalte og ubetalte) må være av en slik karakter at ikke de skaper tvil om den enkeltes lojalitet eller faglige integritet. Se [VV Prosedyre for behandling av bierverv](#)

Gaver

Ansatte skal ikke motta personlige gaver, provisjon, tjeneste eller annen ytelse som kan påvirke handlinger, saksforberedelse eller beslutninger på en utilbørlig måte. Ved tvil kan du søke råd hos nærmeste leder. Retningslinje for oppmerksomhet fra Vestre Viken som arbeidsgiver til ansatte ved merkedager skal følges.

Se [personelhåndbok/velferd/oppmerksomheter](#)

Forholdet til eksterne instanser

Alle ansatte er omfattet av habilitetsreglene i [Forvaltningsloven \(kapittel II\)](#). Det innebærer at alle har et ansvar for å løse oppgaver og behandle problemstillinger på en upartisk måte. Personlige interesser eller bierverv skal ikke være en del av beslutningsgrunnlaget. Samarbeid mellom ansatte i helseforetaket og eksterne aktører, skal foregå slik at verken

pasienter eller andre kan trekke foretakets eller den enkeltes uavhengighet i tvil.

Samhandling med industrien

Retningslinjene for innkjøpsarbeidet skal skape tillit og bidra til å sikre omdømmet til foretaket.

Våre innkjøp gjøres gjennom avtaler med definerte leverandører. Ansatte må ikke etablere relasjoner til leverandører som kan innebære utilbørlige bindinger i forbindelse med anskaffelser.

Ansatte som har nær tilknytning til for eksempel legemiddelindustrien, kan bli vurdert som inhabile, for eksempel i en innkjøpsprosess. Se [Regionale produktråd med habilitetsskjema](#)

Les mer:

[VV Samhandling med industrien](#)

[VV bestilling av varer og tjenester](#)

[Samarbeidsavtalen mellom helseregionene og Medtek Norge \(tidligere LFH\)](#)

[Samarbeidsavtalen mellom helseregionene, LMI og Medtek Norge \(brosjyre\)](#)

Faglige møter i regi av kommersielle aktører

Ansatte kan delta på kurs, faglige møter, konferanser i regi av kommersielle aktører, under forutsetning av at tiltaket er godkjent av klinikkdirektør. Ansvar for klarering tilligger den enkelte medarbeider. Se [VV Samhandling med industrien](#)

Reiseutgifter i faglig sammenheng skal dekkes av det enkelte helseforetak. Det skal være faglig nytteverdi av kurset.

Media

I kontakt med redaktørstyrte medier har alle ansatte ytringsfrihet og uttaler seg som selvstendige fagpersoner. Ved deltagelse i et offentlig ordskifte må grensegangen mellom ytringsfrihet og lojalitet vurderes.

Når en ansatt uttaler seg offentlig, skal det presiseres at den ansatte ikke uttaler seg på vegne av Vestre Viken som foretak, men som ansatt. Foretaket har egne retningslinjer for opptreden i sosiale medier som omfatter alle ansatte. Se [VV Bruk av sosiale medier for ansatte](#)

Når etiske utfordringer oppstår

I det daglige arbeidet kan medarbeidere komme i situasjoner der alminnelige normer i seg selv ikke gir tilstrekkelig veiledning. De etiske retningslinjene skal være til hjelp i slike situasjoner. Ved vanskelige situasjoner, eller når vi er i tvil, skal spørsmål om etiske dilemma tas opp med kollegaer eller leder.

Manglende etterlevelse av de etiske retningslinjene kan medføre konsekvenser for arbeidsforholdet.

Dilemmasirkelen angir de sentrale spørsmålene ansatte må stille seg som utgangspunkt for etisk refleksjon.



Kliniske etikk komiteer

Helsepersonell er ofte i situasjoner der de må foreta etiske vurderinger. Vestre Viken har lokale kliniske etikk-komiteer (KEK) i somatikken og PHR, som kan bistå i drøfting av konkrete etiske utfordringer før, og/eller etter at beslutninger tas. KEK skal bidra til økt bevissthet og kompetanse om verdispørsmål i helsetjenesten, og kan på forespørsel gi råd.

Ansatte som ønsker hjelp til etisk refleksjon rundt dilemma relatert til pasienter og pårørende kan henvende seg til den lokale kliniske etikk komite. Pasienter kan også henvende seg direkte til KEK.

Definisjoner

Brukermedvirkning og **brukerstyring** er at pasienter og brukere deltar aktivt i å planlegge, gjennomføre og vurdere tiltak som gjelder egen helse og tjenestetilbud.

Etikk handler om verdier og valg den enkelte gjør i ulike situasjoner.

Med **etisk dilemma** mener vi i denne sammenhengen situasjoner der ulike verdier er i konflikt med hverandre og man må gjøre et valg på bekostning av noe annet.

Pasientens pårørende er den eller de pasienten oppgir som nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, er nærmeste pårørende den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten.

Endringer fra forrige versjon

03.03.2025:

Oppdatert med link til dilemmatrening HSØ, vedlagt lenke til antikorrupsjonsprogrammet til HSØ.

28.04.2023:

En partssammensatt arbeidsgruppe, bestående av ansatte fra sentrale staber, foretakshovedverneombud og foretakstillitsvalgt, har revidert retningslinjen. Det har vært fokus på å korte ned teksten, og bruke et mere folkelig språk. Det er lagt til avsnitt som omhandler brukermedvirkning, brukerstyring og barn som pårørende.

09.12.2020:

Etiske retningslinjer er skrevet i sin helhet i VV Etiske retningslinjer for ansatte i Vestre Viken
Kortversjonen er fjernet

Referanser

[Etikk - Helse Sør-Øst RHF](#)

[Dilemmasamling - Helse Sør-Øst RHF](#)

Vedlegg

- [Antikorrupsjonsprogram Helse Sør-Øst](#)

Dato: 28.05.2025
Saksbehandler: Henning Aarset

Saksfremlegg

Retningslinje håndtering av media og besøkende i styremøter

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	68/2025	16.06.2025

Forslag til vedtak

1. Styre tar retningslinjen til orientering.

Drammen, 12. juni 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Representanter fra publikum har etterspurt hvilke spilleregler som gjelder for de som er tilhørere i styremøter. For å gjøre dette mer tilgjengelig og tydelig har vi utarbeidet en retningslinje som skal gi lik og forutsigbar håndtering av besøkende. Retningslinjen vil også gjøres tilgjengelig for allmenheten.

Saksutredning

Styremøter i helseforetak skal holdes for åpne dører hvis ikke annet følger av unntak i helseforetaksloven § 26a. Lukking av møtet skal vurderes av styret på møtetidspunktet, men administrasjonen vil på forhånd komme med en anbefaling.

Begrunnelsen for at styremøtene som hovedregel skal være åpne er at fellesgoder av stor betydning for befolkningen drøftes og at åpne styremøter bidrar til tillit og legitimitet for de vedtakene som fattes.

At møter holdes for åpne dører, innebærer at alle som ønsker det kan være til stede og overhøre møtene, men uten tale-, forslags- eller stemmerett. Det er også alminnelig adgang til å referere fra åpne møter.

Som hovedregel skal møteleder gi tillatelse til at det gjøres opptak eller overføring av lyd og/eller bilde fra åpne møter ved forespørsel. Opptak og overføring skal kun nektes dersom det er forstyrrende for gjennomføring av møtet. Dette kan for eksempel være på grunn av lys eller støy fra utstyret eller andre forhold som er tilstrekkelig sjenerende for møtedeltagerne til at det virker forstyrrende. At det oppleves som ubehagelig at det blir gjort opptak eller overføring vil ikke være tilstrekkelig til å nekte.

Det er ikke adgang til å overføre eller gjøre opptak av lukkede møter.

Vedlagt retningslinje beskriver etablert praksis knyttet til gjennomføring av styremøter i Vestre Viken HF. Retningslinjen legger også til rette for lik og forutsigbar håndtering av henvendelser fra media og andre interessenter i forbindelse med oppmøte i styremøter.

Administrerende direktørs vurderinger

Hovedregelen er at styremøter skal være åpne, slik at allmennheten har mulighet til å få innsyn i saksprosessene i styret. For å legge til rette for en best mulig gjennomføring av møtet er det nyttig å ha tydelige retningslinjer med lik og forutsigbar håndtering av besøkende. Videre er det også viktig å ha tydelige retningslinjer for hvordan et møte skal lukkes.

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at retningslinjen tas til orientering.

Vedlegg: 1. «VV Håndtering av media og besøkende i styremøter»

Dokument-ID: 114198
Versjon: 0**Status:**
Under arbeid**Dokumentansvarlig:**
Henning Aarset**Godkjent av:**
Henning Aarset**Godkjent fra:**

Målgruppe

Kommunikasjonsansvarlig, styresekretær og andre ansatte som har dialog med interessenter i forbindelse med styremøter i Vestre Viken HF. Retningslinjen bidrar også til å besvare spørsmål fra publikum og media.

Hensikt

- Etablert lik praksis for håndtering av styremøter i Vestre Viken HF.
- Legge til rette for forutsigbar og lik håndtering av henvendelser fra media og andre interessenter i forbindelse med deltakelse i styremøter.

Beskrivelse

Styremøter i Vestre Viken HF skal holdes for åpne dører. Eneste unntak er lovbestemt taushetsplikt eller vedtak etter helseforetaksloven § 26a. Styremøter skal gjennomføres under forhold som gir styret anledning til god og uforstyrret behandling av sakene. Det skal legges til rette for at styremøtene avvikles i lokaler som er egnet for åpne møter. Alle som ønsker har anledning til å overvære de åpne møtene. Innredningen i lokalet skal legge til rette for at styrets arbeidsforhold ivaretas på en god måte. Tilhørere skal oppholde seg i en egen publikumsdel som plasseres med tilstrekkelig avstand fra styrebordet for å unngå forstyrrelser.

Lukking av møte

Lukking av møtet skal vurderes av styret på møtetidspunktet, men administrasjonen skal på forhånd komme med en anbefaling. Dersom styret ønsker det kan debatten om lukking foregå bak lukkede dører. Vurderingen om lukking skal ta utgangspunkt i helseforetaksloven § 26a eller saker underlagt lovpålagt taushetsplikt. Selv om saksdokumentene er unntatt offentlighet iht. Offentleglova er det ingen automatikk i at møtet og behandlingen av saken må lukkes. Styret skal gjøre en selvstendig vurdering av dette i møtet. Selve avstemmingen om lukking skal være åpen. Dersom styret vedtar å lukke møtet under behandlingen av en sak, må publikum og media forlate møtet/lokalet. Styret bestemmer hvem som kan være til stede under den lukkede behandlingen.

Om foto/film/lydopptak

Som hovedregel skal møteleder gi tillatelse til at det gjøres opptak eller overføring av lyd og/eller bilde fra åpne møter ved forespørsel. Opptak og overføring skal kun nektes dersom det er forstyrrende på gjennomføring av møtet. Dette kan for eksempel være på grunn av lys eller støy fra utstyret, eller andre forhold som er tilstrekkelig sjenerende for møtedeltagerne til at det virker forstyrrende. At det oppleves som ubehagelig at det blir gjort opptak eller overføring vil ikke være tilstrekkelig til å nekte. Opptak skal skje fra publikumsplass eller annen tilvist plass og uten ekstra lys, eller annet som forstyrrer møtet og styrebehandlingen. Lydopptak skal opphøre i pausene i møtet. Nærmere avklaring gjøres med den som er kommunikasjonsansvarlig i styremøtet, alternativt med styresekretær.

Styrets talsperson

Intervjuer kan etter avtale gjøres i pauser eller i etterkant av møtet. I henhold til instruks for styret i Vestre Viken HF er det styrets leder som uttaler seg på vegne av styret og som, sammen med administrerende direktør, er talsperson utad for Vestre Viken HF i styresaker. Andre talspersoner kan utpekes ved behov.

Henvendelser

For å kunne tilrettelegge best mulig for publikum og media, oppfordres det til å melde fra om tilstedeværelse til styresekretær (vvhfpbsekretariat@vestreviken.no) i forkant av styremøte.

Retningslinjen bygger på:

[Instruks for styret i Vestre Viken HF](#)

[Offentlighetsloven \(Ekstern lenke\)](#)

[Helseforetaksloven § 26 og § 26a \(Ekstern lenke\)](#)

Årsplan for styret 2025

Ajourført pr. juni 2025

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Mandag 27. januar Digitalt / teams (09.00 – 11.00)	Kjøp av tjenesteboliger Blakstad	Andre orienteringer: - Virksomhetsrapport per 31. Desember 2024 og foreløpig årsresultat 2024 - Kvalitetsindikatorer VVHF - Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet	
Torsdag 6. februar Digitalt / teams (08.00 - 09.00)	Midlertidige parkeringsplasser ved nytt sykehus Drammen		Ekstraordinært styremøte
Mandag 24. februar G 32, Drammen	- Virksomhetsrapportering pr 3. tertial 2024, inkludert risikovurdering og IKT - Årlig melding 2024 - Oppnevning av medlemmer i Brukerutvalget 2025 - 2027	- Virksomhetsrapport pr. 31. januar 2025 - Utkast styrets årsberetning - Årsrapport 2024 Varslingsutvalget Andre orienteringer: - Nytt sykehus Drammen – flytteforberedelser Referatsaker: - Styreprotokoll fra HSØ 6. februar - Revisjonsplan 2025 for Konsernrevisjonen HSØ - SKU 28. januar - HAMU 4. februar - Styrets årsplan pr februar	

		• Brukerutvalg 21. januar	
28. februar – foretaksmøte og felles styreseminar kl. 09.00 – 16.00 i regi av HSØ (Gardermoen)			Oppdrag og bestilling (OBD) 2025. Program formidles per epost.
Mandag 31. mars Bærum sykehus	• Årsberetning/årsregnskap 2024 • Fremtidig organisering av BET/PHR • Plan for ibrukstakelse NSD • Styrende dokumenter for VVHF 2025 • Instruks for styret i VVHF • Instruks for AD i VVHF • Protokoll fra foretaksmøte og Oppdrag og bestilling for 2025	• Virksomhetsrapport pr. 28. februar 2025 • ØLP forutsetninger Andre orienteringer: • Nytt sykehus Drammen • Bærum sykehus Referatsaker: • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 6. mars • Brukerutvalg 18. februar (25. mars) • SKU 11. mars • Styrets årsplan pr mars	Eget møte mellom styret og revisor.
Mandag 22. mai Brakerøya Styremøte og styreseminar	• Virksomhetsrapport pr. 1. tertial 2025 inkludert risikovurdering, bærekraftsplan og IKT • ØLP 2026 – 2029 • Nytt driftskonsept og organisering BET • Parkeringsordning for ansatte VVHF • Styrets møteplan 2026	Andre orienteringer: • Nytt sykehus Drammen Eierskifte 1 og 2 Referatsaker • Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 8. mai • HAMU 8. april • Brukerutvalg 20. mai • SKU 6. mai • Styrets årsplan pr mai	Program styreseminar Flytteforberedelser NSD Bærekraftsplan 2.0 Beredskap og sikkerhet
Ekstraordinært styremøte 28. mai			
Mandag 16. juni Drammen, G 32	• Status sykefraværsoppfølging i VVHF	• Virksomhetsrapport pr. 31. mai 2025 Andre orienteringer:	<i>Dialog med Pasient- og brukerombudet – avventer til nytt ombud er på plass</i>

		- Nytt sykehus Drammen - Etiske retningslinjer i VVHF - Status investeringsramme 2025 - Pasientombudenes årsmelding 2024 Referatsaker: - SKU 10. juni - HAMU 3. juni - Brukerutvalg 10. juni - Styrets årsplan pr juni	E-læringskurs "Etikk for alle"
20. juni - foretaksmøte kl. 13.30 – 15.00 (Grev Wedels plass 5, Oslo)			Program formidles når dette er klart
Mandag 25. august Digitalt / teams (09.00 - 11.00)	Parkeringsløsning Brakerøya	- Virksomhetsrapport pr. 31. juli - Nytt sykehus Drammen Eierskifte 3, oppsummering KIB 1	
Mandag 29. september Ringerike sykehus	- Virksomhetsrapport pr 2. tertial 2025 inkludert risikovurdering, bærekraftsplan og IKT - Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2026	Andre orienteringer: - Ringerike sykehus - Status nytt sykehus Drammen Status drift PHR - Forbedringsundersøkelsen 2025 Referatsaker: - Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 28. august - HAMU 9. september - SKU 2. september - Brukerutvalg 16. september - Styrets årsplan pr september	Forskning i VVHF

Mandag 27. oktober Styremøte og styreseminar G 32, Drammen	Lønnsoppgjør 2025 for administrerende direktør	- Virksomhetsrapport pr 30. September 2025 - Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet Andre orienteringer: - Nytt sykehus Drammen Oppsummering KIB 2 - Budsjett 2025 Referatsaker - Styreprotokoll fra HSØ 25. september - SKU 14. oktober - Brukerutvalg 14. oktober - Styrets årsplan pr oktober	Program styreseminar Bærekraftsplan 3.0 Veikart Evaluering av styrets arbeid
Mandag 17. november Nytt sykehus Drammen, Brakerøya		- Virksomhetsrapport pr. 31. oktober 2025 Andre orienteringer: - Nytt sykehus Drammen Oppsummering KIB Referatsaker: - Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 23. oktober - Brukerutvalg 11. November Referatsaker:	Dialogmøte med Brukerutvalget og Ungdomsrådet.
Mandag 15. desember G 32, Drammen	- Budsjett og mål 2026 - Styrets årsplan 2026 - Revidering av bærekraftsplanen	- Virksomhetsrapport pr. 30. november 2024 Andre orienteringer: - Fullmakter i VVHF - Nytt sykehus Drammen	

		Referatsaker: • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 20. november • SKU 2. desember • HAMU 9. desember • Brukerutvalg 9. desember • Styrets årsplan pr desember	
--	--	--	--

Merk:

- Det tas forbehold om endringer i oversiktene basert på at aktuelle saker ikke har fastsatt møtetidspunkt eller det er oppstått forsinkelser.
- Fysisk møte kan også omgjøres til digitalt møte ved behov.
- Oppdatert årsplan for styret ligger som fast referatsak til styremøtene.

Saker til behandling på senere tidspunkt / pendingliste styremøter:

Grønt: Står på listen i grønt i det møtet det leveres på – tas deretter ut av pendinglisten.

Bestilling fra styret	Bestillings-dato	Forventet leveranse	Status
Sak 76/2024 Strukturendringer i klinikk Psykisk Helse og Rus. Styret legger til grunn at det iverksettes tiltak for å redusere ulemper, som beskrevet i saken. Styret ønsker også å få en status på arbeidet hvert halvår	23.09.24	29.09.25	Det vises til styresak 33/2025 den 31. mars og sak 52/2025 22. Mai.
Sak 114/2024 Sykefraværsarbeidet i VVHF. Styret kommenterer videre at det er positivt at det vektlegges en bred og systematisk innsats for å redusere sykefraværet i helseforetaket. Styret ønsker å høre status og resultater av sykefraværsinnsatsen i et styremøte før sommeren 2025.	18.12.24	16.06.25	
Sak 4/2025 Konsernrevisjonens undersøkelse om etterlevelse og oppfølging av nasjonale faglige råd. Styret takker konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst for en god og informativ gjennomgang av revisjonsrapporten, og deres anbefalinger for det videre	27.01.25	16.06.25	

arbeidet. Styret imøteser at det lages en handlingsplan med tiltak, og ønsker å få en oppdatering i et styremøte i løpet av 1. halvår 2025.			
Sak 14/2025 Virksomhetsrapportering pr. 3. tertial 2024. Styret kommenterer at satsningen rundt økt samarbeid mellom Kongsberg sykehus og Kongsberg kommune er spennende og viktig, og ønsker derfor å høre mer om dette i et kommende styremøte.	24.02.25	16.06.25	
Sak 45/2025 Måloppnåelse pakkeforløp kreft i VVHF. Styret støtter at det er startet en gjennomgang og forbedring av to av de store forløpene; brystkreft og lungekreft og ber om å bli holdt orientert om utviklingen innen disse områdene på styremøtene fremover. Styret imøteser også en informasjon om hvordan pakkeforløpene oppleves fra pasientenes ståsted.	22.05.25	25.08.25	
Sak 46/2025 Økonomisk langtidsplan (ØLP) 2026 – 2029. Det er behov for å få fremlagt en helhetlig oversikt over investeringsbehovene de neste 5 årene, som styret kan ta stilling til. I denne må også eventuelle investeringsbehov hos Martina Hansens hospital fremkomme, samt hvilke investeringer som bærekraftsplanen forutsetter for å hente ut gevinster. Fremtidig reanskaffelsesbehov innenfor større medisinteknisk utstyr må særskilt fremgå.	22.05.25	16.06.25	

Agenda

Møte:	Brukerutvalget Vestre Viken HF
Møtedato:	20.05.25
Tidspunkt:	1200-1800
Sted:	G32, Tyrifjord 1 og 2
Møteleder:	Gudrun Breistøl
Deltakere:	Fra Brukerutvalget: Gudrun Breistøl, David C. Hemmingsen, Jan Helge Tuv, Toril Naper Hauge, Christine Malmberg, Jan Ørum Uldal Sjøes Leth Christensen, Cathrine Amanda Blisten Johansen. Fra Administrasjonen: Anne-Lise Kristensen Fra administrasjonen Stine Wilhelmsen (sak 50/25) Halstein Oskarsen (sak 52/25) Lisbeth Sommervoll (sak 56/25) Anders Debes (sak 56/25) Forfall Kurt Kleppe Josefsen Rune Kløvtveit

Sak nr.	Sak/merknad
44/25	Godkjenning av innkalling og sakliste Vedtak/kommentarer: Godkjent
45/25	Protokoll brukerutvalgets møte 25. mars Vedtak/kommentarer: Godkjent
46/25	Referat arbeidsutvalgets møte 6. mai Vedtak/kommentarer: Tas til orientering
47/25	Saker til orientering, innkommet post Foreløpig protokoll BU HSØ 8/9-4.25

Sak nr.	Sak/merknad
	- Samhandlingsarena Kongsberg - Brukerutvalgets økonomi - Innspill til regionalt brukerutvalg i forhold til satsninger 2026. Frist for innsending 10. juni Vedtak/kommentarer: Det spilles inn til regionalt brukerutvalg i forhold til satsninger 2025 at det bør ha mer fokus på: Tilbud om videokonsultasjoner. De øvrige saker tas til orientering.
48/25	Konferanser, seminarer - Hvordan oppnå reell brukermedvirkning i klinisk forskning – workshop - Workshop User Involvement June 5th 2025 norsk 1.pdf - Seminar Kaldnes Pasient og pårørendeopplæring Påmelding - Konferanse kliniske etikk komiteer 3. juni. Flere deltar Vedtak/kommentarer: - Hvordan oppnå reell brukermedvirkning i klinisk forskning – workshop - Workshop User Involvement June 5th 2025 norsk 1.pdf Christine melder seg på. - Seminar Kalnes Pasient og pårørendeopplæring Påmelding Ingen meldte seg - Årlig konferanse for alle kliniske etikk komiteer i VVHF 3. juni. Flere deltar BU medlemmer som er brukerrepresentant i etikkkomiteer i VVHF deltar.
49/25	Oppnevninger David leder idegruppa i Samhandlingsarena Kongsberg Vedtak/kommentarer: Tas til orientering.
50/25	Digitale konsultasjoner Stine Wilhelmsen, LMS Presentasjon vedlagt. Norsk helsenett seminar om hvordan bli god på videokonsultasjoner til høsten. Ansatte mer tilbakeholdne enn brukere. Hvorfor? Utstyr og kompetanse. Hva er gevinsten - på begge sider av bordet? Og for hvilke pasienter. BU følger opp dette. Vedtak/kommentarer: Anne-Lise inviterer Stine, 1 fra UR og BU til et møte med de som leder arbeidet med det Virtuelle sykehuset.
51/25	Høring utkast retningslinjer LAR-samarbeid Gudrun Breistøl orienter og viser til Halstein som kommer i neste sak.

Sak nr.	Sak/merknad
	Vedtak/kommentarer: Tas til orientering.
52/25	TSB og rusbehandling i VVHF Status i dag og hvordan det blir i nye DS, ved Halstein Oskarsen, avdelingssjef Vedtak/kommentarer: Har hatt behandling på tre steder, nå samles dette. Rusakutt på det nye sykehuset, resten på Konnerud. ARA poliklinikk, inntak og LAR er ikke i omstilling. Koordinator har fått presentasjonen, legges som vedlegg til protokoll. For utfyllende se presentasjon. Vedtak/kommentarer: Presentasjon tas til orientering. Takk for en god og lærerik presentasjon.
53/25	Helsekompetanse og migrasjonshelse Presentasjon av delstrategi for styrket helsekompetanse og handlingsplan for mangfold, likeverd og migrasjonshelse, Anne-Lise Kristensen Vedtak/kommentarer: Presentasjonen tas til orientering.
54/25	Kontinuerlig forbedring David gir informasjon om mail som BU medlemmer skal sende sammen med spørreskjema til sekretær/koordinator for LSU og FSU der de er med. NB! Mail sendes etter at BU medlem har informert muntlig i sitt utvalg om at det kommer en mail med spørreskjema og bakgrunn for utsendelsen. Her kan tekst fra mailen brukes. Vedtak/kommentarer: Vedtatt. Tas opp av BU medlem så snart som mulig (Neste LSU/FSU møte).
55/25	BU diskusjonen 1. Er det ønske om implementering av fadderordning for nye medlemmer? Ønsker definisjon på hva fadderordningen skal inneholde og at det implementeres. 2. Kunne vi tatt opp feil behandlinger som en sak i BU? BU ønsker at fagdirektør orienterer om: Hvor mange feilbehandlinger er det i året, hvilket tiltak gjøres for at personer og spesielt barn får rask og riktig behandling? Hva gjøres når det har vært en feilbehandling? 3. Hvordan er samarbeidet sykehusene og kommunene nå ift de lovpålagte rehabiliteringstjenestene? BU viser til Riksrevisjonens rapport 2024. BU ønsker en orientering fra fagdirektør. Medlemmene har i perioden deltatt i følgende aktiviteter: • Klinisk etisk komitee • Styringsgruppa Samhandlingsarena Kongsberg

Sak nr.	Sak/merknad
	• Klinikens kvalitetsutvalg KMD • AU Brukerutvalget • Klinisk etisk komite, Bærum sykehus • Faglig samarbeidsutvalg, psykisk helse og rus • Vedtak/kommentarer: Vedrørende pkt. 1: BU jobber videre med fadderordning Vedrørende pkt. 2 og 3: BU ønsker dialog med fagdirektør
56/25	Dialog med administrerende direktør Temaer: • Tertialrapport • Ventetidsløftet • Generelt om feilbehandlinger, hvor mange feil behandlinger er det årlig og hvilke tiltak er satt i gang for å minimere feilbehandlinger • Rehabilitering, samarbeid foretak og kommuner, jfr Riksrevisjonens rapport 2024 • Ellers aktuelle saker Vedtak/kommentarer: Positive tall sykemelding og ventelisteløfte. Til det siste mer spennende nå som sommeren kommer. Klar marsordre om å se på kontrollene, er det de riktige? Må man møtes fysisk?
57/25	Kommende møter • Styrets årsplan • “Monsterarket” – Vedtak/kommentarer: Tas til orientering.
58/25	Styresaker Saker på styremøte i mai er: • Godkjenning av innkalling og saksliste • Godkjenning av møteprotokoll 31. mars 2025 • Virksomhetsrapportering pr 1. tertial 2025 ▪ Virksomhetsrapport 1. tertial 2025 ▪ IKT-tertrialrapport NSD 1. tertial 2025 ▪ Bærekraftsplan statusrapport per 1. tertial ▪ Økonomisk langtidsplan 2026 – 2029 ▪ Nytt driftskonsept og organisering av BET • Iverksettelse av klinisk ibruktakelse for Nytt sykehus i Drammen • Parkeringsordning for ansatte i VVHF • Styrets møteplan 2026

Sak nr.	Sak/merknad
	• Referatsaker • Driftsorientering fra administrerende Styresaker ettersendes når de foreligger Vedtak/kommentarer: Tas til orientering
59/25	Eventuelt Ingen saker

Referat

Møte:	Sentralt kvalitetsutvalg
Møtedato:	06. mai 2025
Tidspunkt:	09.00-11.00
Sted:	Hallingsskarvet, G32
Møteleder:	Administrerende direktør Lisbeth Sommervoll

Saksliste:

Saksnr.	Beskrivelse
13/2025	GODKJENNING AV REFERAT OG AGENDA v/AD Lisbeth Sommervoll Vedtak: Godkjent
14/2025	RAPPORTERING SMITTEVERN v/smittevernoverlege Mette Walberg VV har vedtatt ny beredskapsplan for alvorlig smittsom sykdom med tilhørende utbruddsprosedyre. VV har i samarbeid med OUS etablert overvåkingsscreening av tarmbakterien <i>Cl. difficile</i> . VV starter insidensovervåking av proteseinfeksjon etter kneprotese-inngrep. VV forbereder seg på økt forekomst av multidrugresistente bakterier.
15/2025	PLAN FOR HELSEKOMPETANSE - Regional delstrategi for styrket helsekompetanse v/Anne-Lise Kristensen, avd.sjef - Regional handlingsplan for mangfold, likeverdige helsetjenester og migrasjonshelse i Helse Sør-Øst v/Solveig Midtvedt og Anne-Lise Kristensen - o herunder tolketjeneste Det er vedtatt i HSØ delstrategi for styrket helsekompetanse og en regional handlingsplan for mangfold, likeverdige helsetjenester og migrasjonshelse. Begge dokumentene vedlegges referatet.
16/2025	BARN SOM PÅRØRENDE - Orientering om arbeidet som pågår i VV v/ Anne-Lise Kristensen Kommentar: Avventer beslutning i ledermøte. Tas opp på senere tidspunkt.
17/2025	DIGITALT HELSEKORT FOR GRAVIDE v/Frøydís Jacobsen, rådgiver IKT, klinisk IKT Vestre Viken deltar gjennom DS og BS inn i et utviklingsprosjekt for å innføre digitalt helsekort. Prosjektet ledes av HSØ. Utviklingsmodellen er smidig og prosjektet strekker sett frem til utrulling i 2017. Med i prosjektet er, foruten sykehuset, fire fastleger og flere helsestasjoner. Det er tatt ut 25 gravide til prosjektet. Mål for prosjektet er: Verdi og kvalitet både for helsepersonellet og de gravide. Prosjektet medfører ny arbeidsflyt og ikke kun en teknisk løsning.

18/2025	INNLEGG INNFORING AV EVALUERINGSKOLLEGIUM - evalueringskollegium kan være et godt verktøy v/ Kaja Tangen Nortvedt, utdanningsansvarlig lege med.avd. BS Kommentar: Avlyst på grunn av sykdom
---------	--

Referat

Møte:	Ungdomsrådet i Vestre Viken
Møtedato:	22.05.25
Tidspunkt:	1700-1900
Sted:	Grønland 32, 3045 Drammen Møterom Hallingskarvet
Inviterte:	Fra Ungdomsrådet Vestre Viken: Ayse Iclal, Asli Ay, Sarah Krogh, Elenor Iversen Fra Ungdomsrådet AHUS Julie Therese Larsen, Veronica Høyen, Sara Ali, Mathilde Gaustad, Oliver Olsen-Lie, Michelle Olsen Lunde Koordinatorer AHUS: Siw Merete Paulsen, Karen Margrethe Walaas Nedberge Koordinatorer Vestre Viken: Kurt Kleppe Josefsen, Anne-Lise Kristensen Forfall: Andreas Rollheim Melby Vilde Skurdal Stave Botnen Mille Jacobsen Anna Seljelid Kongsmo Celine Paixao Gulbrandsen Silje Crosby Hanan Murad

Kl	Sak
1700-1730	Mingling og mat
1730-1900	Hva har skjedd siden sist? Ayse innledet
	Presentasjon av forslag Ayse tok oss igjennom alle fire versjonene av kortet og det ble klart flertall for det ene.
	Gruppearbeid Innspill på tekst og innhold ble gjennomført i grupper og felles tekst ble gjennomgått. Utkast ligger som vedlegg til møtereferatet.

	Oppsummering av gruppearbeidet Hva videre? Både AHUS og Vestre Viken går igjennom kortet og kommer med tilbakemeldinger pr mail. Disse samles og printversjon presenteres på første møte i de respektive råd over sommeren.

Til våre ungdommer

Dette er et kort som kan brukes i samtaler på sykehuset. Kortet inneholder informasjon og rettigheter for deg som er ung i møte med spesialisthelsetjenesten. Den andre siden forteller ansatte hvilke plikter de har når de møter deg.

Informasjon

Du har rett til å bli informert om dine rettigheter, hva som er grunnen til at du får helsehjelp, hvilke behandlingsmuligheter som finnes, hvordan behandlingen kan foregå og hvilke konsekvenser det kan ha. Husk at din behandler er der for å hjelpe deg og du kan stille spørsmål du lurer på. Du har krav på tolk hvis du trenger det.

Brukermedvirkning

Som pasient har du rett til å påvirke din behandling. Tenk på hva som er viktig for deg. Du kan samtykke (si ja) eller si nei til en behandling, dersom du ikke sier noe blir dette forstått som at du sier ja.

Taushetsplikt

Taushetsplikt betyr at dine helseopplysninger blir mellom deg og behandler, så lenge du ikke samtykker til noe annet. Dersom du er under 16 år får også dine foresatte informasjon om din helse. Som pasient har du rett på innsyn til din helsejournal.

Selvstendighet

Du kan alltid kunne be om å få prate med din behandler alene. Husk at du likevel kan ha med noen til timen om du ønsker det.

Videre oppfølging

Du har krav på å bli informert om veien videre i din behandling. Du kan også spørre om mulighet for digital oppfølging. Husk at du alltid har rett til å klage, scan QR koden for mer informasjon om dine klagerettigheter og andre pasientrettigheter.



Les mer om dine rettigheter
på Helsenorge

Til deg som er ansatt

Det er et kort som kan brukes i samtaler med unge pasienter. Denne siden forteller deg hvilke plikter du har når du møter pasientene. Den andre siden inneholder informasjon og rettigheter pasienten har.

Informasjon



Pasienten har krav på å bli informert om sine rettigheter, helsetilstand og aktuelle behandlinger. Som behandler må du passe på at pasienten forstår informasjonen du gir. Spør om pasienten lurer på noe og bruk tolk dersom det er behov.

Brukermedvirkning



Pasienten har rett til å være med å påvirke sitt behandlingsforløp. Tilrettelegg behandlingen så langt det lar seg gjøre etter pasientens behov og ønsker.

Taushetsplikt



Informer pasienten om taushetsplikt og deres rett til innsyn i egen journal. Sørg for at pasientens helserettslige myndighet blir respektert og ivaretatt.

Selvstendighet



Du må tilrettelegge for at pasienten kan prate med deg alene. Pasienten kan også velge om de vil ha med seg noen, eller ikke.

Videre oppfølging



Sørg for at pasienten er informert om videre behandlingsforløp og gi informasjon om muligheter for digitale konsultasjoner. Forbered overgangen til andre avdelinger, sykehus eller kommunale tilbud.

