

Mandat for arbeid med utviklingsplan 2040

Gjelder oppdrag om å revidere utviklingsplanen i foretakene 2040. Mandatet er utarbeidet med utgangspunkt i [Veileder for arbeid med utviklingsplaner](#). Presentert for AD, foretaksledelsen i møtet 18. august og styret 31. august.

Utviklingsplaner

- Utviklingsplanen er foretakets øverste strategiske dokument og beskriver hvordan vi skal utvikle vår virksomhet for å møte framtidige behov og sikre at pasienter, brukere og pårørende i vårt opptaksområde får nødvendig helsehjelp.
- Med «virksomhet» menes her å tilby spesialisthelsetjenester. Foretakets samfunnsoppdrag er å gi god, likeverdig og kunnskapsbasert pasientbehandling, drive med forskning, utdanne helsepersonell og gi opplæring til pasienter og pårørende. Dette skal vi gjøre på en bærekraftig måte både med tanke på økonomi, personell og miljø. Vi har en forpliktelse til å forvalte felleskapets ressurser på en god måte og opprettholde høy beredskap med tanke på større hendelser som pandemi, naturkatastrofer og krig.
- Utviklingsplaner skal jamfør veileder rulleres hvert fjerde år, med en kort horisont på fire år og en lang horisont på 15 år. VVHF sin utviklingsplan 2035 ble vedtatt 2022 og skal derfor etter planen revideres i 2026. Helse Sør Øst RHF [reviderer regionens plan](#) med frist 15. oktober.

Bakgrunn for revidering

- Dagens plan må revideres med tanke på større endringer i foretaket som følge av innflytting i nytt Drammen sykehus, overtakelse av Martina Hansens Hospital og organisatoriske endringer i klinikk psykisk helse og rus.
- Erfaringene med gjeldene utviklingsplan viser samtidig at planen i for liten grad setter en tydelig retning, mangler klare strategiske prioriteringer, og per nå ikke fungerer ikke som et reelt styringsverktøy for hele foretaket. Dette har bidratt til fragmentert utvikling mellom klinikker, hyppige omkamper i beslutninger og mer krevende gjennomføring av endringsprosesser.
- Det er også en utydelig sammenheng med andre strategiske, taktiske og operative planverk. *Strategiske = Utviklingsplan, Bærekraftsplanen og ØLP. Taktiske = veikart, årlige planer som lederavtaler og budsjett inkludert handlingsplaner. Operativ = daglig drift, løpende planlegging av de tjenestene man her satt til å levere på.*
- Foretaket har det siste året arbeidet med delområdet struktur og organisering i Bærekraftsplanen, kalt Fag og funksjon. Dette arbeidet skal videreføres som en del av utviklingsplanen.

Rammer og nøkkeldokumenter

- Nasjonale føringer, overordnede mål og satsingsområder i [den regionale utviklingsplanen 2040](#), og [felles nasjonal framskrivningspolitikk](#) setter overordnet retning og mål for sektoren. Det skal sees til nasjonale planer som Helsepersonellplanen 2040 og innstillingen fra Helsereformutvalget når det foreligger.
- Planen skal utarbeides med utgangspunkt og tilpasses til foretakets behov og framskrivinger knyttet til vårt nedslagsområde. Det skal tas hensyn til utfordringer (risikoer og muligheter) knyttet til sentral områder som blant annet pasientbehandling, personell, beredskap, organisering, teknologi og økonomi.

Krav til innhold og format

- Utviklingsplanen skal beskrive foretakets ambisjoner og mål, og angi konkrete strategisk veivalg både på kort og lang sikt. Arbeidet skal ha oppmerksomhet på retning og valg, ikke beskrivelse av dagens situasjon. Planen skal inneholde et begrenset antall strategiske prioriteringer (ikke mer enn 5–7). Det bør konkretiseres hva som skal prioriteres og hvorfor, og evt. hva som ikke skal prioriteres.
- Planen skal peke på utvikling mot en mer bærekraftig, kompetansedrevet og teknologistøttet helsetjeneste, med tydeligere prioritering, bedre organisering og økt samhandling med kommune. Det vil bli vurdert om det er behov for områdeplaner (taktiske planer) innenfor noen eller flere av de strategiske prioriteringene.
- Det skal ikke utarbeides detaljerte tiltaksplaner som en del av arbeidet med revidering av utviklingsplanen. Føringer og prioriteringer skal følges opp med konkrete planer for hvordan det skal jobbes med tiltak i hver enkelt klinikk og sentral stab.
- Det vil bli sett til andre foretaks arbeid med revidering for inspirasjon. For eksempel Sunnaas sykehus sin utviklingsplan 2040 med tanke på innretting og omfang¹, og OUS sin plan med tanke på digital utforming².
- Planen skal være kortfattet (maks 20 sider) og uten omfattende beskrivelser eller analyser i selve dokumentet.

Suksesskriterier og forventninger til effekt

- Vi har lyktes med en god revisjon dersom utviklingsplanen oppleves å være kjent, nyttig og relevant for alle ledere i hele foretaket. Utviklingsplanen er å anse som relevant dersom den brukes aktivt til å planlegge og prioritere ressurser både på kort og lang sikt.
- Det betyr konkret at utviklingsplanen brukes inn mot de årlige planleggings- og oppfølgingsprosessene som definert i årshjulet, som etablering av lederavtaler og planlegging for neste års budsjett, og inn i styringsdialogen.
- Det vil bli vurdert om det skal gjøres en enkel spørreundersøkelse eller tilsvarende med tanke på kjennskap til og bruk av utviklingsplanene i klinikk og sentrale staber.

¹¹ [Utviklingsplan 2040 - Sunnaas sykehus HF](#)

² [Oslo universitetssykehus Utviklingsplan 2040 - Oslo universitetssykehus HF](#)

- Det er en forventning om at en revidert UP2040 bidrar til å tydeliggjøre hva som er besluttet retning og dermed redusere frekvensen av «omkamper». Det er også en forventning at utviklingsplanen bidrar til bedre samordning mellom klinikker. Dette avhenger av om vi også får til å utvikle gode strukturer og prosesser rundt styring og ledelse.
- Dette igjen vil kunne bidra til økt gjennomføringsevne med tanke på implementering av større utviklings og endringsarbeid.

Avhengigheter og samtidigheter

- Det er viktig at utviklingsplanen henger god sammen med andre strategiske og taktiske plandokumenter (se over). Det vil derfor bli gjort en vurdering av sammenheng og overlapp mellom alle strategiske og taktiske planverk i foretaket. Vestre Viken skal ha et tydelig planhierarki som er lett for organisasjonen å håndtere.
- For å sikre sammenhenger må revideringen henge sammen med utviklingsarbeid knyttet til for eksempel økonomiske langtidsplan (ØLP) og overordnet kvalitetspolitikk med tilhørende anbefalinger for god kvalitetsstyring. ØLP er et verktøy for å følge opp utviklingsplanen økonomisk. Kvalitetspolitikken definerer våre overordnede mål, forpliktelser og retning for kvalitet («styringskompass»). Det vil være naturlig også å se til sammenhengen med Bærekraftsplanen og de eksisterende veikartene.
- Regional utviklingsplan setter rammene for vår utviklingsplan. Denne er under revidering og sendt på høring med frist til HSØ 15 oktober, og intern frist 15.09. Arbeidsgruppen som ser på revidering av foretakets plan holder i denne høringen og vil bruke innspill her inn mot revidering av foretakets utviklingsplan.
- En revidert utviklingsplan vil få betydning for foretakets styringssystem og utøvelse av god virksomhetsstyring. Med styringssystem menes her strukturer, prosesser, og kultur relevant for å lede og styre hele foretakets virksomhet (også kalt virksomhetsstyring). Dette utviklingsarbeidet er tenkt skal foregå frem mot 2030 og ledes av en egen arbeidsgruppe. Særlig relevant vil en god utviklingsplan være for våre plan og oppfølgingsprosesser.

Risikoer knyttet til revideringsprosessen

- VVHF er et stort foretak med ni klinikker og en sentral stab. Den største risikoen ligger å samordne de mange ulike interesser og involvere godt uten en for tungvint og omfattende prosess. Det er også en risiko knyttet til pågående omstillingsprosess for sentral staber.
- Det forventes at revideringen skal være effektiv og med en ikke for omfattende prosess, samtidig som det er store forventninger til et nytt og mer nyttig produkt. Dette setter krav til måten vi involverer på.
- En god prosess avhenger særlig av et godt fremtidsbilde med tanke på å identifisere og håndtere den raske utviklingen både innen det medisin og helsefag, samt utnyttelse teknologi. Det er her gjort mye arbeid og framskrivninger knyttet til den reviderte utviklingsplanen som vi skal ta hensyn til. Samtidig er vi avhengig av innspill fra sentrale kompetanseområder.

Krav til involvering

- Revideringen skal være åpen og involverende, men for å sikre effektivitet vil involveringen være målrettet og uten krav til full konsensus. Eventuelle merknader eller disens vil bli gjort synlig og tilgjengelig som vedlegg.
- Sentrale aktører for involvering er styret i VVHF, foretaksledelsen, tillitsvalgte og vernetjeneste, brukerutvalget og ungdomsrådet, samhandlingsnettverk, samhandlingslegene og Helsefelleskapet.
- Styret vil involveres i de strategiske vurderingene underveis gjennom styreleder og med egen workshop på styreseminar. Brukerutvalget og ungdomsrådet involveres tidlig ved deltakelse på deres møter og ved at de er mottakere av høring om regional utviklingsplan. Tillitsvalgte og vernetjeneste involveres via etablerte medvirkningsordningene (medvirkningsmøte). Helsefelleskapet Vest-Viken og kommunene i opptaksområdet trekkes inn i arbeidet gjennom strategisk samarbeidsutvalg (SSU). Samhandlingsnettverket og samhandlingslegene får regional utviklingsplan på høring og vil kunne gi innspill. Det er laget en detaljert tidsplan for involvering.
- For å sikre effektiv fremdrift, legges det opp til:
 - Få, men tydelige innspills arenaer og innspill knyttet til konkrete problemstillinger. Det er et behov for å særlig få innspill knyttet til beredskap, teknologi, oppgavedeling og pasientpopulasjon
 - Det kan etableres tidsbegrensede grupper på utvalgte temaer ved behov. Det skal gjøres regelmessige avklaringer opp mot arbeidsgruppen utvikling av virksomhetsstyring i VVHF.
 - Det blir en åpen og bred innspillsrunde knyttet til planutkast.

Organisering

- **Oppdragsgiver:** Administrerende direktør
- **Styringsgruppe:** Foretaksledelsen
- **Oppdragseier:** Morten Asker Støldal
- **Arbeidsgruppe**
 - Prosjektleder: Ida Waal Rømuld, medisin og helsefag
 - Representant fra kommunikasjon
 - Representant fra organisasjonsutvikling/ressursteamet
 - Birgitte Walle, av. samhandling
 - Gerty Lund fra avd. medisin og helsefag
- **Referansegruppe/personer**
 - Referansepersoner fra klinikk ut fra særlig ansvarsområder (prioriterte innsatsområder)
 - Referansepersoner knyttet til sentral stab ut fra særlig ansvarsområder (prioriterte innsatsområder)
 - Tillitsvalgt/verneombud, strategisk samarbeidsutvalg, brukerutvalg/ungdomsrådet
 - Ressurssenter for pasient- og pårørendeopplæring og samhandlingsnettverket
 - Sentralt samarbeidsutvalg

Overordnet fremdrift

- Oppstart og forankring av mandat juni -august.
- Analyse- og prioriteringsfase august
- Utforming av planutkast september
- Forankring og innspill oktober - november
- Endelig behandling i styret januar eller februar, avhengig av resultater knyttet til foretaksreformen

Se [detaljert tidsplan](#) for informasjon om planlagt fremdrift, møter etc.

Mandat – utarbeide forslag til kvalitetspolicy i Vestre Viken

Oppdragseier: Administrerende direktør, Lisbeth Sommervoll

Prosess og ansvar: Oppdraget ledes av kvalitetssjef Hanne Juritzen.

Bakgrunn

Vestre Viken HF skal levere trygge, virkningsfulle og sammenhengende helsetjenester til befolkningen i vårt opptaksområde. For å lykkes med dette må foretaket ha en tydelig og felles forståelse av hva kvalitet betyr, hvilke kvaliteter vi skal være kjent for, og hvordan kvalitetsarbeidet skal understøtte foretakets samfunnsoppdrag og strategiske mål.

Vestre Viken HF gjennomførte høsten 2025 en internrevisjon av styringssystemet opp mot NS-EN ISO 9001:2015 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Revisjonen avdekket blant annet at foretaket ikke har en definert kvalitetspolicy i tråd med kravene i ISO 9001 (punkt 5.2 – Quality Policy).

En kvalitetspolicy er et kort, overordnet og forpliktende utsagn fra toppledelsen, som gir strategisk retning, danner grunnlag for kvalitetsmål og forplikter foretaket til etterlevelse av krav om kontinuerlig forbedring.

For Vestre Viken favner kvalitetsbegrepet bredere enn pasientbehandling alene – det omfatter kvalitet i alle ledd og på alle tjenester som leveres, både i klinikkene og i sentrale staber. Alle deler av virksomheten bidrar til foretakets samlede evne til å oppfylle sitt samfunnsoppdrag. Kvalitetspolicyen må derfor forankres i vårt samfunnsoppdrag og i forventningene fra pasienter og pårørende, eier, myndigheter og øvrige interessenter. Det er bedt om at det gjennomføres en kontekst og interessentanalyse i forbindelse med etablering av en overordnet kvalitetspolicy.

Formål og oppdrag

Policyen skal fungere som et felles strategisk kompass for vår styring og ledelse. Den enkelte klinikk og stabsenhet operasjonaliserer den gjennom egne mål og lokale kvalitetsprinsipper tilpasset egen tjeneste – slik skapes sammenheng mellom foretakets overordnede retning og kvalitetsarbeidet i den enkelte enhet.

Oppdraget er å utarbeide et dokument som beskriver VV kvalitetspolicy som definerer prinsipper og føringer for kvalitet, gir tydelig retning for kvalitetsmål, prioriteringer og styring, og understøtter foretakets overordnede strategier og planer. Kvalitetspolicyen skal være tilpasset virksomhetens formål, kontekst og risikobilde

Leveranse

1. Forslag til kvalitetspolicy

Et kort, tydelig og lederforankret dokument som:

- beskriver foretakets retning og ambisjon for kvalitet
- inneholder forpliktelse til etterlevelse av krav og kontinuerlig forbedring
- gir grunnlag for kvalitetsmål på alle nivåer i organisasjonen

2. Begrunnelse og faglig forankring

Kort beskrivelse av:

- hvordan policyen understøtter foretakets strategi og samfunnsoppdrag
- hvordan den svarer på kravene i ISO 9001 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- hvordan den er forankret i nasjonale kvalitetsprinsipper for helsetjenesten

3. Forslag til implementering

Anbefalinger for hvordan kvalitetspolicyen skal:

- kommuniseres i organisasjonen
- integreres i ledelsens gjennomgang
- kobles til virksomhetsstyring og kvalitetsmål
- brukes i lederutvikling og forbedringsarbeid
- følges opp og evalueres over tid

Organisering

Arbeidet ledes av avdelingssjef, Hanne Juritzen. Det legges opp til involvering fra klinikker og staber gjennom 2-3 workshop. Brukerutvalg, ungdomsråd, tillitsvalgte og verneombud involveres gjennom ordinære strukturer.

Forslag til kvalitetspolicy legges frem for administrerende direktør og foretakets ledergruppe for vurdering og beslutning. Utkastet skal gjennomgås av foretakets styre i styremøtet 26. oktober.

Rammer

Oppdraget gjennomføres innenfor ordinære driftsrammer og tilgjengelige ressurser.