

Til: Styret ved Vestre Viken HF
Dato utsendt: 22. september
Vår ref. Styresekretær

Møtetype: Styremøte
Møtedato: 29. september 2025
Møtetid: Kl. 10.00 – 15.00

Møtested: Ringerike sykehus, møterom Legevakten

PROGRAM **Behandling av styresaker**

Publikum og media som ønsker å være til stede i møtet, bes melde fra om dette til styresekretær innen søndag 28. september (vhfpbsekretariat@vestreviken.no).

Ved forfall vennligst gi beskjed til:

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

Med vennlig hilsen
For styreleder Siri Hatlen

Hilde Enget

Saksnr.	Tid (tentativt) Type sak	SAKER TIL BEHANDLING
80/2025	10.00 0 min	Godkjenning av innkalling og saksliste Vedlegg: Innkalling og saksliste til styremøte 29. september
81/2025	10.00 5 min	Godkjenning av møteprotokoll 25. august 2025 Vedlegg: Foreløpig protokoll 25. august 2025
82/2025	10.05 20 min	Virksomhetsrapportering pr. 2. tertial 2025 Vedlegg: 1. Virksomhetsrapport pr. 2. tertial 2025 2. Bærekraftsplan statusrapport per august 2025
83/2025	10.25 15 min	Investeringer i VVHF 2026 Vedlegg: Spesifikasjon av prioriterte investeringer Budsjett 2026
84/2025	10.40 15 min	Overtakelse Martina Hansens hospital
85/2025	10.55 10 min	Status tilsyn og revisjoner i VVHF pr. 2. tertial 2025 Vedlegg: 1. Status tilsyn VVHF 2025 2. Revisjonsplan 2025 for Konsernrevisjonen i HSØ 3. Foretaksomfattende revisjonsplan VVHF 2025 - 2027
86/2025	11.05 10 min	Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2026 Vedlegg: Innspill til revisjonsplan 2026 for Konsernrevisjonen HSØ
87/2025	11.15 90 min	Status for oppfølging av bærekraftsplanen 1. Innledning v/Lisbeth Sommervoll 2. Fag og funksjon v/Inger Lise Hallgren 3. Tiltak på Ringerike v/ klinikkdirektør May Janne B Pedersen 4. Diskusjon Presentasjon i møtet
	12.45 30 min	Lunsj inkl. seminar
88/2025	13.15 10 min	Fremtidige lokaler for AMK-sentralen Vedlegg: Konseptstudie AMK <i>Saken er unntatt dokument- og møteoffentlighet jf. Offl. § 23 1. ledd, og hfl. § 26a andre ledd nr. 4</i>
89/2025	13.25 15 min	Salg av Blakstad sykehus – Anbefalt oppgjørsstruktur og endring i salgsstrategi <i>Saken er unntatt dokument- og møteoffentlighet jf. Offl. § 23 1. ledd, og hfl. § 26a andre ledd nr. 4</i>
90/2025	13.40 30 min	Status Nytt sykehus Drammen Presentasjon i møtet
	14.10 15 min	Pause
91/2025	14.25 15 min	Forbedringsundersøkelsen i VVHF 2025 Vedlegg: 1. Rapport Forbedring 2025 – VVHF 2. Oppfølgingsguide Forbedring 3. Prosedyre for oppfølging Forbedring

		4. Presentasjon Forbedringsundersøkelsen i VVHF 2025
92/2025	14.40 0 min	Referatsaker 1. Foreløpig protokoll fra Brukerutvalget 19. august 2025 2. Referat Ungdomsrådet 4. september 2025 3. Referat SKU 2. september 2025 4. Referat HAMU 9. september 2025 5. Styrets årsplan per september 2025 inkl. pendingliste
93/2025	14.40 5 min	Eventuelt
94/2025	14.45 15 min	Driftsorientering fra administrerende direktør
	15.00	Møteslutt

Dato: 2025
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Godkjenning av innkalling og saksliste

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	80/2025	29.0925

Forslag til vedtak

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Drammen, 22. september 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: 1. Innkalling og saksliste til styremøte 29. september 2025

Dato: 22.09.2025

Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Godkjenning av møteprotokoll

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	81/2025	29.09.25

Forslag til vedtak

Styret godkjenner møteprotokoll datert 25. august 2025

Drammen, 22. september 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: 1. Foreløpig protokoll 25. august 2025

Saksbehandler: Hilde Enget

Møteprotokoll for styret i Vestre Viken

Møtested: Digitalt, teams
Dato: 25. august 2025
Tidspunkt: Kl. 09.00 – 10.20

Følgende medlemmer deltok:

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

Leder og nestleder av Brukerutvalget Rune Kløvtveit og 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 72/2025 Godkjenning av innkalling og saksliste**Styrets enstemmige****Vedtak:**

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 73/2025 Godkjenning av styreprotokoller fra 16. juni 2025**Styrets enstemmige****Vedtak:**

Møteprotokoller fra styremøtet 16. juni 2025 godkjennes.

Sak 74/2025 Virksomhetsrapportering pr. 31. juli 2025**Oppsummering av innhold**

Den underliggende drift ligger så langt an til å klare budsjettmålene, selv om det er noe variasjon mellom klinikkene. De somatiske klinikkene viser resultatforbedring. Det er økte finanskostnader som medfører at vi må nedjustere prognosen for året. Det henger sammen med at gjeld knyttet til NSD påløper noe tidligere enn forutsatt, samt at den ventede rentereduksjonen som var lagt til grunn i budsjettet ikke har inntruffet.

Kommentarer i møtet

Styret kommenterer at virksomhetsrapporten viser positive resultater på flere områder.

Merforbruket innen ventetidsløftet skyldes at helseforetaket kun delvis har fått kompensert merkostnadene til iverksatte tiltak, for eksempel kveldspoliklinikk. Klinikken må derfor avvikle aktiviteter som medfører merkostnader og planlegge innenfor de rammene klinikkene har. Tiltak som har varig effekt på ventetidene må prioriteres.

Styret er enig i administrasjonens presisering om at det er nødvendig med tettere oppfølging av finanskostnadene for å sikre en bedre forutsigbarhet i prognosevurderingen.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Styret tar virksomhetsrapporteringen pr. 31. juli 2025 til orientering.

Sak 75/ 2025 Status nytt sykehus Drammen**Oppsummering av innhold**

Status 9 dager før KIB 1 er overordnet sett god. Det pågår arbeid i PHR-byggene for å gjøre mindre endringer og justeringer som vil ferdigstilles i forkant av innflytting. Noen vil også gjennomføres etter KIB. Disse er avklart med klinikken. PHR er klare til innflytting og pasientflyttingen er godt forberedt. Det er utarbeidet en omfattende plan for oppstartsstøtte og brukerstøtte som skal sikre nødvendig bistand under og etter innflytting.

Informasjon fra klinikkdirektør PHR Kirsten Hørthe og Prosjektdirektør Morten Støldal om flyttingen fra Blakstad sykehus til nytt sykehus i Drammen 24. august. Styret er invitert til åpningen av nytt sykehus Drammen den 23. Oktober.

Presentasjonene legges i admincontrol.

Kommentarer i møtet

Styret gir ros til administrasjonen og alle involverte for god planlegging og gjennomføring av flyttingen. Ansattrepresentanten informerer om gode tilbakemeldinger fra ansatte i flytteprosessen og nestleder i brukerutvalget gratulerer alle involverte for vel gjennomført flytteprosess KIB 1!

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret tar informasjonen til orientering.

Sak 76/ Tilleggsdokument OBD 2025

Oppsummering av innhold

I forbindelse med foretaksmøter for helseforetakene 20. juni 2025 ble tilleggsdokument til Oppdrag og bestilling for VVHF 2025 oversendt fra Helse Sør-Øst RHF. Tilleggsdokumentet sendes som et likelydende dokument til alle helseforetak. Det pågår arbeid i VVHF innenfor alle de nevnte områdene i tilleggsdokumentet. Til styringsbudskapet om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus og samarbeid innenfor rammen av helsefellesskapet bemerkes det at Vestre Viken HF i dag ikke har ansvaret for de prehospitale tjenester i Asker og Bærum. Det pågår en prosess i regi av HSØ der dette vil bli tatt stilling til.

Kommentarer i møtet

Styret er opptatt av at det etableres løsninger som understøtter et helhetlig helsefellesskap innenfor VVHFs område, slik at VVHF kan levere på tilleggsoppdraget. Styret ber om at det sendes en tilleggsuttalelse med støtte fra styret, der dette fremkommer.

Styrets enstemmige

Vedtak:

1. Styret tar tilleggsdokument til Oppdrag og bestilling 2025 for Vestre Viken HF til etterretning.
2. Det sendes en tilleggsuttalelse med innen 3. september 2025.

Sak /2025 Referatsaker

Ingen kommentarer.

Sak /2025 Eventuelt

Ingen saker.

Sak /2025 Driftsorientering fra administrerende direktør

Oppsummering av innhold

Administrerende direktør informerte om at "Samhandlingsarena Kongsberg" er tatt ut som et av regjeringens "Prosjekt X", der formålet er en bedre sammenhengende helse- og omsorgstjeneste. VVHF er et av de første helseforetak som nå prøver ut digitale helsekort for gravide. VVHF har deltatt på flere arrangementer i Arendalsuka, der bla. temaet om langvakter fikk mye oppmerksomhet. VVHF har også hatt besøk fra Den Danske Ambassade, som ville lære mer om innovasjon og Testbed. Eierskifte 3 på nytt sykehus i Drammen er gjennomført, og VVHF eier med dette hele bygget. Den offisielle åpningen av nytt sykehus Drammen er 23. Oktober kl. 12.00.

Kommentarer i møtet

Styret takker for en god presentasjon og kommenterer at det skjer mye positivt i helseforetaket.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Driftsorienteringen fra administrerende direktør tas til orientering.

Drammen 25. august 2025

Siri Hatlen
styreleder

George Harold Fulford

Hans Tore Frydnes
nestleder

Robert Bjerknes

Kristin Vinje

Kari Fjelldal

Hege Mørk

Tom Roger H Frost

Toril A K Morken

Maria Josefsen Gundersen

Harald Baardseth

Dato: 22. september 2025
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Virksomhetsrapportering pr. 2. tertial 2025

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	82/2025	29.9.2025

Forslag til vedtak

Styret tar virksomhetsrapporteringen pr. 2. tertial 2025 til etterretning.

Drammen, 22. september 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Kort oppsummering av saken

Tertialrapporten for 2. tertial 2025 viser at Vestre Viken HF har hatt positiv utvikling på flere sentrale områder, samtidig som den økonomiske situasjonen er krevende.

Ventetidene er betydelig redusert både innen somatikk og psykisk helse og rus (PHR), og antallet langtidsventende pasienter er nær eliminert. Det er lav samlet risiko for at foretaket ikke når sine kvalitetsmål, men enkelte områder – som pakkeforløp kreft– har fortsatt utfordringer.

Sykefraværet er redusert sammenlignet med samme periode i fjor, og det er iverksatt flere tiltak for å styrke arbeidsmiljøet og redusere belastning. Samtidig har etableringen av nytt sykehus i Drammen (NSD) medført økt bemanning og opplæringsbehov, noe som påvirker både drift og økonomi.

Foretaket har et akkumulert resultatavvik på –50,7 MNOK per august, og prognosen for året er et underskudd på om lag 75 MNOK, 115 MNOK lavere enn årets resultatmål. Finansområdet utgjør en betydelig del av avviket. Tiltak i bærekraftsplanen er iverksatt, men gir foreløpig begrenset effekt i 2025. Det arbeides med en ny versjon av planen (3.0) med sikte på forbedringer i 2026.

Innen forskning og innovasjon er det fortsatt lav måloppnåelse på kliniske behandlingsstudier, men antallet innovasjonsprosjekter er økende. Foretaket har også iverksatt tiltak for å redusere miljøbelastning, blant annet gjennom pilotprosjekter for å redusere forbruk av usterile hansker og fase ut engangsvarmejakker.

Sammendraget er laget ved hjelp av kunstig intelligens (KI).

Bakgrunn

I tråd med instruks for administrerende direktør fremlegges rapport for virksomheten og resultater pr 2. tertial 2025. I hht. administrerende direktørs instruks skal tertialrapporteringen være en utvidet rapportering fra virksomheten og inneholde risikovurdering vedrørende måloppnåelse. I tillegg skal styret tertialvis få fremlagt status for tilsynssaker og redegjørelser for kvalitet og pasientsikkerhet. Dette redegjøres for i egne saker til styret.

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. Målområdene i bærekraftsplanen ligger til grunn. Oppdrag og bestilling for 2025 gir konkrete føringer og mål for foretaket. Det vises til sak 33/2025, samt sak 76/2025 Tilleggsdokument oppdrag og bestilling.

I tillegg til rapportering på fastsatte mål for 2025, inneholder tertialrapporten en vurdering av risiko for måloppnåelse, status på realisering bærekraftsplan, status i foretakets kritiske portefølje, samt en status og vurdering av tiltak knyttet til IKT-området for nytt sykehus i Drammen.

I vedlegget presenteres vurdering av risiko, status og tiltak per målområde for 2025.

Saksutredning

Måloppnåelse pr. 2. tertial 2025 – status, prognose, risiko og tiltak

Økonomi – aktivitet og bemanning

Resultatet per august viser et underskudd på 39,2 MNOK, som er 65,9 MNOK bak budsjett.

Resultatet inkluderer 15,2 MNOK i høyere kostnader til vedlikehold over drift, som møtes av tilsvarende lavere investeringer. Avviket korrigert for vedlikehold over drift er 50,7 MNOK lavere enn budsjett per august, og 26,8 MNOK i august måned.

De tverrgående klinikkene viser resultatforbedringer i tråd med bærekraftsplanen per august. Drammen sykehus forverrer resultatet de siste månedene. De andre somatiske klinikkene viser forbedring, selv om de ikke når resultatmålene sine. De somatiske klinikkene samlet overskrider budsjett med 100 MNOK ved utgangen av august. Tidligere måneder er dette kompensert av de betydelige merinntektene fra HELFO, samt at driftskostnader for NSD ikke har inntruffet i tråd med det som var lagt inn i budsjettet.

Den polikliniske aktiviteten er høyere enn plan både innen somatikk og psykiatri hittil i år. Døgnaktiviteten er noe under plan hittil i år målt i antall opphold, men over plan målt i ISF-poeng. Samlet er inntektene 5,2 MNOK over budsjett i august og 111,0 MNOK over budsjett pr august. Merinntektene hittil i år er i hovedsak knyttet til ISF-inntekter og laboratorie- og radiologiinntekter fra HELFO.

På kostnadssiden er det merforbruk på varekost, i hovedsak knyttet til H-resepter og legemidler. Lønnsområdet viser i august et negativt avvik mot budsjett på 27,2 MNOK, og akkumulert hittil i år 60,4 MNOK. Det er ført 58,5 MNOK i lønnskostnader på ventetidsløftet pr august.

I gjennomsnitt for året hittil har vi et negativt avvik på 76 månedsværk målt mot budsjett. Av dette er 22 månedsværk hittil i år knyttet til ventetidsløftet. Brutto månedsværk i september måned er 8 732, som er 183 brutto månedsværk høyere enn budsjett. De største avvikene er på Drammen sykehus og klinikk for intern service, i sum 151 månedsværk i september. Avviket er knyttet til ekstra ressursbruk som følge av opplæringsaktiviteter og forberedelser til innflytting, utover det som er tatt høyde for i budsjettet. Hovedårsaken til dette er forsinkede og umodne IKT-systemer, som har medført behov for testing og opplæring i større utstrekning enn planlagt. Bærum og Ringerike sykehus er per september i tråd med planlagt bemanning for året, men har høyere kostnader enn budsjettet knyttet til overtid og ekstrahjelp.

Finanskostnader er 63,2 MNOK høyere enn budsjett hittil i år. Avviket skyldes at rentereduksjoner ikke er inntruffet som forutsatt i budsjett, i tillegg til ulik periodisering av budsjett mot faktisk regnskapsført. Prognosen for året er uendret på 65 MNOK.

Investeringene er gjennomgående i samsvar med plan, og det er god fremdrift i byggeprosjektene. Planlagt vedlikehold er i tråd med budsjett så langt i år.

Prognose

Det vises til sak 59/2025 Virksomhetsrapportering per 31. mai 2025 der styret ba om en oppdatert informasjon knyttet til prognose for året. Dette med tanke på styrebehandling av budsjett 2026.

Resultatprognosen er redusert med 50 MNOK fra forrige måned til et resultat på -75 MNOK, og dermed et avvik fra budsjett på 115 MNOK. Prognosen er fra tidligere redusert med 65 MNOK som følge av økte finanskostnader.

Forverringen av prognosen fra forrige måned inkluderer et forventet merforbruk på 22 MNOK vedrørende vedlikehold over drift. Dette sees mot lavere investeringer, og påvirker derfor ikke fremtidige investeringsmidler.

Resterende del av nedjusteringen av resultatforventningen skyldes at det ikke kan forventes større resultatforbedringer på de somatiske klinikkene ut året. DS har lagt planer for redusert forbruk av personell ved drift av sengeposter, men har midlertidig behov for økt personell på

andre områder. De nærmeste månedene forventes også økte kostnader til drift av bygget, som innebærer at dette ikke lenger gir noen kompensasjon for overskridelser på andre områder.

Prognosen inkluderer videre 4,2 MNOK i rammetrekk for resultatbasert finansiering i hht. styresak i HSØ 075-2025 revidert nasjonalbudsjett.

Avregning for kjøp fra private viste ved utgangen av 1. tertial en betydelig negativ effekt for VVHF. Dette gjelder spesielt innenfor voksenpsykiatri. Dette er foreløpig ikke innregnet i prognosen for året. Klinikken gjennomgår henvisningsrutiner internt, og vi forsøker å hente inn utdypende informasjon fra HSØ for å forstå innhold.

Den økonomiske utviklingen så langt i år innebærer en økt risiko for at vi ikke når våre resultatmål, og at vi vil ta med oss en økt utfordring inn i budsjett for 2026. Dette har negative konsekvenser for foretakets investeringsevne den kommende perioden. Arbeidet med veikart mot 2030 og revidering av bærekraftsplanen pågår for fullt, og danner grunnlag for budsjett 2026.

Ventetider

Gjennomsnittlig ventetid for påbegynt helsehjelp var for Vestre Viken samlet nede på 2019-nivå i juni. Gjennom sommeren har ventetiden steget til 65 dager (68 dager somatikk). Dette er som forventet, grunnet ferieavvikling. Ventetiden er fortsatt på et lavere nivå enn 2022-2024, men ikke under 2019-nivå, som er målet ved utgangen av 2025. Gjennomsnittlig ventetid for ventende har hatt samme ferievariasjon og økte i juni/juli, men har stabilisert seg allerede fra august. For august var gjennomsnittlig ventetid for ventende 68 dager (70 dager somatikk), mot 95 dager i 2024 (98 dager somatikk). Langtidsventende er redusert fra 565 i august 2024 til 26 i august i år (her er det samtidig langtidsventende som er avviklet, men som av tekniske årsaker ikke lar seg "rydde ut" av statistikken).

Innen psykisk helsevern har gjennomsnittlig ventetid for påbegynt helsehjelp og antall ventende ligget under 2019-nivå siden februar. For august er ventetiden samlet 36 dager (VOP 40 dager, BUP 24 dager, TSB 26 dager) mot samlet 52 dager i 2024. Gjennomsnittlig ventetid for ventende innenfor psykisk helsevern og rusbehandling ligger samlet på 25 dager, og antall ventende ligger betydelig lavere enn årene 2019-2024. Det er ingen langtidsventende.

Andel fristbrudd er 3,5 % samlet for VVHF i august, mot samme periode i fjor hvor fristbruddene lå på 7,9%. Det er ingen fristbrudd innenfor Klinikken for psykisk helse og rus, men 6 % i Klinikken for medisinsk diagnostikk, dog er det her et relativt lavt antall pasienter. De tre fagområdene med høyest antall fristbrudd er kvinnesykdommer, barnesykdommer og øre-nese-hals. Dette henger sammen med forberedelsene til innflytting i Nytt sykehus Drammen. Det jobbes aktivt med å gi pasientene tilbud ved andre sykehus i nærheten og via HELFO/Velg behandlingssted. Andel overholdte pasientavtaler var 88 % i august (mål 95%), altså relativt uendret. Ventetidsteamet er omdisponert, og arbeider nå aktivt ute i klinikkene for å understøtte arbeidet med å optimalisere driften ved poliklinikkene. Oppmerksomheten er rettet mot antallet kontroller, og omlegging til skjemabasert, behovsstyrt oppfølging. Dette vil skape varig økt kapasitet, og legge til rette for kortere ventetider.

Framover arbeides det videre med tiltak som vil gi langsiktige effekter. Felles innsatsområder er pekt ut, og tiltak på tvers av fagområder og enheter er etablert for å løse de underliggende årsakene. Tiltakene er samlet i en egen handlingsplan som følges opp med prosess- og metodestøtte fra ventetidsteamet for å sikre varige forbedringer og økt kapasitet. Et eksempel på et slikt tiltak er at klinikkene via finansiering fra Ventetidsløftet har fått mulighet til å frikjøpe

ressurser for å øke andelen skjemabasert/behovsstyrt oppfølging. Dette vil frigjøre kapasitet ved poliklinikkene som kan benyttes til å følge flere pasienter med de samme ressursene.

Det vurderes samlet å være liten risiko for at ventetidsmålet ikke oppnås for året.

Sykefravær

I august var samlet sykefravær på 6,3%, som er 0,5 prosentpoeng lavere enn i fjor. Sammenlignet med 2024 er sykefraværet så langt 0,4 prosentpoeng lavere. Arbeidet med tiltak for å redusere sykefravær følges opp kontinuerlig. Prognose for sykefravær i 2025 er 7,2 %. Fire klinikker har nådd målet pr august, og Vestre Viken er på 7,3%.

Kollegastøtteordningen er nå publisert med retningslinjer og intranettside, og implementeres i klinikkene med rom for lokal tilpasning. Kompetanseplanen er under utvikling, og første grunnopplæring skjer i oktober. Fadderordningen for nyansatte i Vestre Viken er også under utarbeidelse, og det forventes at iverksetting kan starte i uke 43. Tiltakene skal styrke trygghet, arbeidsmiljø og kompetansetilgang.

HR bistår ledere i oppfølging av langtidssykefravær og hyppig fravær, og oppfordrer til bruk av den nye sykefraværsmodulen i personalportalen. "Juristenes time" blir videreført med relevante temaer knyttet til sykefravær og andre aktuelle problemstillinger innen personal og ledelse.

Utviklingen i sykefraværet reduserer risikoen for måloppnåelse i 2026, samtidig som perioden vi har foran oss erfaringsvis har noe høyere sykefravær.

Personal og arbeidsmiljø

Risikoen for brudd på arbeidstidsbestemmelsene er stor, spesielt om sommeren. Det er knyttet til ferieavvikling, døgkontinuerlig drift, akutte situasjoner, sykefravær og begrensede ressurser. For å redusere risikoen gjennomføres forsvarlighetsvurderinger av arbeidsplaner, og det legges vekt på jevn fordeling av arbeidsbelastning. Dette innebærer å organisere arbeidet gjennom hele døgnet, tilpasse oppgaver og arbeidstid. I tillegg jobbes det aktivt med tiltak som langvakter, team- og oppgavedeling og nødvendige dispensasjoner. Målet er å redusere antall AML-brudd, at bemanning er tilpasset aktivitet og sikre forsvarlig drift.

Vestre Viken har registrert en økning i AML-brudd i 2. tertial sammenlignet med fjoråret. Perioden har vært preget av ekstraordinær drift knyttet til omstilling, planlegging og flytteprosesser, noe som har medført økt belastning på ansatte – særlig de med nøkkelfunksjoner. I tillegg begrunnes AML-bruddene i ferieavvikling, sykefravær og oppsigelser etter at ferieplaner var fastsatt, som har ført til bemanningsutfordringer og ubemannede vakter.

Tiltak innen teamorganisering og oppgavedeling er prioriterte områder. Vestre Viken har i samarbeid med USN utviklet videreutdanning på 12,5 studiepoeng i teamledelse. Utdanningen er nå i gang med til sammen 20 sykepleiere fra sengeposter ved Kongsberg sykehus, Ringerike sykehus, Bærum sykehus og Psykisk helse og rus. Utdanningen varer ett semester og vil bli evaluert sammen med USN.

I tråd med tiltak i Bærekraftsplanen har en partssammensatt arbeidsgruppe foreslått tiltak for å profesjonalisere og standardisere turnusplanlegging, samt legge til rette for fleksibilitet i arbeidstidsordninger. Tiltakene følges videre opp utover i 2025 med sikte på iverksetting av bla. felles planprosess for turnusplanlegging på tvers av VVHF, og sikre helsefremmende turnuser. Økt standardisering er en forutsetning for å kunne ta i bruk KI i turnusplanlegging så snart dette blir mulig. Ny rammeavtale for langvakter er inngått, og gjort gjeldende frem til 31.12.2027.

Handlingsplaner etter medarbeiderundersøkelsen (Forbedring) skal utarbeides ved alle enheter innen utgangen av juni. Leder skal følge opp handlingsplanen regelmessig og sørge for at medarbeiderne involveres og/eller informeres om gjennomførte tiltak.

Kvalitet i pasientbehandling

Det er samlet lav risiko for at kvalitetsmålene ikke nåes. Der hvor vi ikke når målene har vi pågående risikoreduserende tiltak.

Vi har tidligere presentert for styret to områder (hoftebrudd, Drammen sykehus og totaloverlevelse 30 dager, Ringerike sykehus) hvor Vestre Viken HF har avvikende kvalitetsmål. Innenfor behandling av hoftebrudd på Drammen Sykehus har man funnet en multimorbid pasientgruppe med en antatt tilfeldig variasjon. Det er ikke påvist systematiske mangler eller feil. Kjente kvalitetstiltak på området gjennomgås i avdelingen for å sikre økt etterlevelse. På Ringerike sykehus har en systematisk gjennomgang av de siste 50 dødsfall avdekket at 40 av 50 pasienter allerede hadde avklarte behandlingsbegrensinger. Mer enn halvparten dør etter utskrivelse. Samarbeid med kommunen om utskrivelse er vurdert og fungerer godt. Dokumentasjon av tilsyn fra spesialist eller overlege i mottak er noe mangelfullt dokumentert, og gjennomføring og dokumentasjon av NEWS er noe mangelfull. Tiltak på disse to områdene planlegges og presenteres i styremøte i oktober. Lav måloppnåelse i Hjertestansregisteret er trolig resultat av en registreringsfeil. Alle registreringer gjennomgås, og registeret vil oppdatere resultatene etter dette.

Forbedringsarbeidet knyttet til måloppnåelse i Pakkeforløpene er pågående. Det er en klar tendens til at gjennomsnittlig pakkeforløpstid måned for måned er jevnt redusert siden nyttår, både totalt og for brystkreft. Det gir imidlertid ikke utslag på andelen måloppnåelse per måned. Altså har den gjennomsnittlige pasienten en bedring og oppfyller målet, men den atypiske pasienten med krevende utredning og behandling ikke gjennomføres innen anbefalt forløpstid. Pakkeforløp brystkreft har tiltak rettet mot riktig inklusjon/eksklusjon, bistand til patologivurderinger fra Vestfold og økt operasjonskapasitet både i Vestre Viken og i Sykehuset i Vestfold. Innflytting i nytt sykehus gjør derimot at aktiviteten påvirkes og dette vil forsinke resultatene. Lungekreft skal ha forløpsgjennomgang i slutten av september. Det er fremgang i et internt innovasjonsprosjekt knyttet til å gi bedre oversikt og kommunikasjon i forløpene.

Vi følger opp oppdrag gitt fra Helse Sør-Øst RHF om forbruksrater og vil dele tolkning av dette i styremøtet i oktober.

Det første oppstartsmøte for (re)etablering av fagråd er gjennomført og resten følger gjennom høsten. Disse vil ha som første oppdrag å tydeliggjøre og følge opp faglige kvalitetsmål på tvers av klinikkene i Vestre Viken.

Forskning og innovasjon

Det rapporteres årlig på kliniske behandlingsstudier, og rapporteringen leveres regjeringen i juni 2025. Det blir utfordrende å oppnå nasjonale mål om 15% økning av kliniske behandlingsstudier for 2025. Dette melder flere andre helseforetak også om. Vestre Viken har ni nye innmeldte kliniske behandlingsstudier så langt i 2025, fire nye i 2. tertial. Drammen sykehus starter få nye studier grunnet forberedelser til flytting. Det jobbes med flere tiltak for å øke kliniske behandlingsstudier, men ressurser og kapasitet er fortsatt en begrensning. ØLP har lagt til grunn en økt finansiering av forskningsområdet i 2026 med 5 MNOK. Vedtas denne styrkingen av budsjettet vil ressursene fokuseres rundt kliniske behandlingsstudier.

Vestre Viken har nå 74 aktive innovasjonsprosjekter, hvorav 29 er nye i 2025 - en økning fra 2024. Flere prosjekter er allerede i drift, men det er moderat risiko for ikke å nå målet om 30 % vekst, hovedsakelig grunnet kapasitetsutfordringer i klinikkene og forberedelser til innflytting i Drammen sykehus. Begrenset prosjektstøtte og lav kapasitet i systemforvaltning for digitale

helsetjenester utgjør ytterligere risiko. Det prioriteres derfor prosjekter med høy innovasjonsgrad og bredding av eksisterende forløp for raskere skalering. Klinikkene får økonomisk støtte til innføring av digitale helsetjenester (se forøvrig beskrivelse under Ventetider ovenfor). Implementering av kunstig intelligens (KI) i bildediagnostikk følger planen og et eget veikart for KI sikrer en systematisk tilnærming.

Klima og miljø

Helseforetakene er gitt følgende oppdrag i oppdrags- og bestillingsdokumentet 2025 (kapittel 5.2 samfunnsansvar- klima og miljø): "Helseforetaket skal i tråd med nye felles klima og miljømål arbeide med å redusere unødvendig forbruk, øke ombruk og materialgjenvinning."

I april 2024 ga direktørene sin tilslutning til nytt felles klima- og miljømål om å redusere unødvendig forbruk, øke ombruk og materialgjenvinning (AD-møtesak 043-2024). For å øke ombruk, ble følgende indikatorer foreslått:

- Redusere forbruk av engangsvarmejakker i 2025, og fase ut engangsvarmejakker i løpet av 2026 (før engangsvarmejakker kan erstattes i operasjonsstuene må man sikre at nytt produkt opprettholder krav om hygienisk standard).
- Forbruk av usterile hansker skal tilbake til 2019-nivå, eventuelt reduseres med 30 prosent fra 2024 nivå

Vestre Viken vedtok i foretaksledermøte 19.08 25 å redusere forbruk av usterile hansker med 30 % innen utgangen av 2026. Arbeidet starter med to piloter, en på Ringerike og en på Bærum sykehus. Smittevern bistår med opplæring, kompetanseheving i rett hanskebruk og målinger.

Tiltak vedrørende engangsvarmejakker skal drøftes i medvirkningsmøte 11.09.25. Det må vurderes om foretaket skal inngå leieavtale om leie av flergangsjakker, som vaskes etter hver vakt i likhet med resten av arbeidsantrekket, eller om varmekjeller generelt ikke skal tilbys som et alternativ. Leie og administrasjon av engangsvarmejakker er i utgangspunktet ikke ønskelig, men det er behov for å utforske rotårsaker til den store økningen i bruken av engangsvarmejakkene. Saken skal besluttet i foretaksledelsen etter medvirkningsmøtet.

IKT Status NSD

IKT NSD har i 2025 blitt fulgt opp på overordnet risikonivå i parathetsvurderingene som er gjennomført i regi av mottaksprosjektet og planlagt fem mot KIB. Tempoet i prosjektet er nå svært høyt inn mot KIB 2, og innenfor IKT-feltet skjer utviklingen raskt.

Psykisk helsevern og rus tok i bruk IKT-løsninger i NSD ved KIB 1 den 24. august. Det var utfordrende med mange nye systemer. I stort var det mest utfordringer knyttet til Helselogistikk og mobil arbeidsflate knyttet til pålogging og tilganger. Dette er blitt fulgt opp fortløpende. Erfaringer fra KIB 1 tas med i forberedelse og gjennomføring av KIB2

Nedenfor gis en vurdering av momenter som følges særskilt opp for KIB 2.

<i>Risiko</i>	<i>Status pr august</i>	<i>Kommentar</i>
Kompleksitet i organisasjonsendringer forsinket produksjonssetting		Organisasjonsendringer er gjennomført
Manglende kapasitet hos Sykehuspartner		Under kontroll. Overvåkes av prosjektet.

Tid til integrering av byggnære IKT systemer		Enkelte systemer er forsinket og testfase er blitt kortet ned inn mot KIB 2
Forsinkelser i regionale løsninger		Regionale prosjekter er forsinket og har skapt usikkerhet for løsningene i NSD.
Kvalitet på Helselogstikk område C		Helselogistikk område C er i produksjon for Psykisk helsevern og rus, men må verifiseres i produksjonsmiljø for belastning som KIB 2 medfører. Positiv utvikling i kapasitetstester.
Pasientsignal		Utfordringer med integrasjon med Helselogistikk. PNSD følger opp leverandør.
Overfallsalarm blir ikke levert fra Helselogistikk		Funksjonen er stabil
Stansalarm blir ikke levert fra Helselogistikk		Funksjonen er stabil.

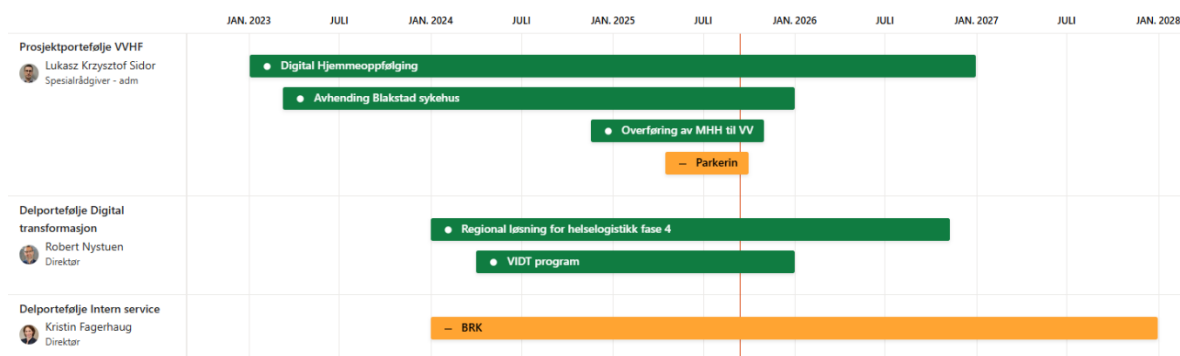
IKT-leveranser til NSD er fortsatt et kritisk område med tanke på kvalitet, men samlet sett vurderes dette til å være bedret siden forrige rapportering. De aller fleste systemene er overlevert fra PNSD til Sykehuspartner for drift og forvaltning. Helselogistikk område C er ikke overlevert da det fortsatt pågår oppfølging på funksjonalitet og stabilitet. Det arbeides systematisk med oppfølging av økonomiske og pasientsikkerhetsmessige konsekvenser av forsinkelsene.

Foretakets prosjekt- og programportefølje

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

Prosjektporteføljen skal understøtte realisering av Vestre Vikens Utviklingsplan 2035. Sammensetningen av porteføljen vurderes og oppdateres fortløpende. Prosjektene favner hele virksomheten, og kommer i tillegg til oppfølgingen av Bærekraftsplanen. Fra september vi porteføljestyret endre sammensetningen av porteføljen til de fem utpekte hovedsatsingene i veikart for 2025 – 2030.

Prosjektporteføljen består per august av fire initiativer. Programmene BRK og VIDT inngår i henholdsvis delporteføljene Intern service og Digital transformasjon, og rapporteres i denne konteksten. Delporteføljene omfatter flere programmer og prosjekter, men BRK, VIDT og prosjektet Regional løsning for helselogistikk, fase 4 følges særskilt opp.



Initiativenes bidrag til å nå foretakets overordnede mål er uendret i forhold til det som ble rapportert i 1. tertial 2025. Kolonnen «*Total poengsum*» illustrerer den totale poengverdien av effektene som hvert enkelt initiativ har på realiseringen av Vestre Vikens strategiske mål.

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

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

*Sikre bærekraftig økonomi er ikke definert som strategisk mål i den oppdaterte VVHF strategien 2025. Men en bærekraftig økonomi er en viktig forutsetning til at andre strategiske mål kan oppnås.

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

Prosjekter og programmer i porteføljen bidrar mest til å realisere målene om «Bidra til realisering av Klima- og miljømål for spesialisthelsetjenesten 2022-2030» (7 poeng) og «Styrke samhandling og nettverk» (7 poeng). Prosjektporteføljen har minst effekt på realisering av målet: «Sikre personell med rett kompetanse» (4 poeng).

Matrisen under visualiserer status for de viktigste styringsparametrene pr. 31.08.2025:

Oppgavenavn	Eier	Tilordnet til	Aktuell prosjekt...	Overordnet sta...	Fremdrift	Kostnad / ress...	Omfang / kvali...	Risiko	Gevinstpotensial
Avhending Blakstad sykehus	Lisbeth Sommervoll	Irene Beheim	Gjennomføring	Som planlagt	Som planlagt	Som planlagt	Som planlagt	Moderat	Ikke rapportert
Parkeringsløsning	Kristin Fagerhaug	Kristian Igelkjær Oj	Avslutning	Mindre avvik	Mindre avvik	Som planlagt	Som planlagt	Lav	Ikke rapportert
Overføring av MHH til VVHF	Mette Lise Lindblad ...	Lukasz Krzysztof Si	Gjennomføring	Som planlagt	Som planlagt	Som planlagt	Som planlagt	Moderat	Definert
Digital Hjemmeoppfølging	Anders Debes	Guro Kristine Kleivi	Gjennomføring	Som planlagt	Som planlagt	Mindre avvik	Som planlagt	Moderat	Definert
Delpordefølge Digital transformasjon				Mindre avvik					
Regional løsning for helseloggistikk fase 4	Robert Nystuen	Jan Rune Nilsen	Gjennomføring	Som planlagt	Som planlagt	Som planlagt	Som planlagt	Moderat	Definert
VIDT program	Robert Nystuen	Thomas Iversen	Gjennomføring	Som planlagt	Som planlagt	Som planlagt	Som planlagt	Moderat	Under arbeid
> Øvrige prosjekter				Mindre avvik	Mindre avvik	Som planlagt	Som planlagt	Moderat	Under arbeid
Delpordefølge Intern service				Som planlagt					
BRK	Kristin Fagerhaug		Gjennomføring	Mindre avvik	Mindre avvik	Som planlagt	Som planlagt	Moderat	Under arbeid
> Øvrige prosjekter				Mindre avvik	Som planlagt	Mindre avvik	Som planlagt	Moderat	Under arbeid

Delpordefølge Digital transformasjon

Delpordeføljen for digital transformasjon er en sentral del av Vestre Vikens tjenesteutvikling. Vi ser en gradvis dreining fra regionale mottaksprosjekter til økt bruk av regionale plattformer for lokal verdiskapning og gevinstrealisering i klinikk nær utvikling.

Regionale prosjekter:

- Helseloggistikk fase 4 – lavere risikonivå enn tidligere. Breddingsforberedelser til Bærum-, Ringerike- og Kongsberg sykehus (2026->) pågår.
- Multimedieløsning: I bruk på ultralyd føden, videre bredding vurderes.

Infrastruktur på øvrige sykehus i helseforetaket må videreutvikles for å understøtte bredding av nye digitale tjenester som lanseres på Nytt Sykehus i Drammen. Deler av dette ivaretas av modernisering av nett (Monet), mens øvrige tilpasninger for blant annet innendørs mobildekning ivaretas særskilt og planlegges gjennom budsjettprosessen for å sikre god utnyttelse av tjenester som Helseloggistikk, DIPS Arena på mobil og Tale til Oppsummering (regionale prosjekter).

VIDT-programmet har økt farten på klinikk nær utviklingsinitiativ, og jobber per september med følgende:

- Vidar Viken (RPA): Automatiserer medisinalister mellom DIPS og Metavision. Gevinstplan og bredding til ytterligere klinikker pågår.

Post: Vestre Viken HF, Postboks 800, 3004 Drammen | **Telefon:** 03525 | **Org. Nr:** 894.166.762 | postmottak@vestreviken.no

Vår bank: DNB Bank ASA | **Kontonummer:** 1506 91 85816. | **IBAN:** NO61 1506 9185 816. | **BIC:** DNBANOKK (erstatte SWIFT)

- Digital helsekort for Gravid: Nasjonal utprøving av teknisk løsning pågår i Vestre Viken, med en liten gruppe fordelt på Bærum og Drammen sykehus.
- Pasientens Måledata (PMD): Vestre Viken er aktiv part i utprøving av pasientens måledata og bidrar med innovasjon, teknisk og klinisk kompetanse inn i arbeidet samt at vi vil delta i gevinstverifisering. Initiativet er nå i nasjonal utprøving.
- KI for operasjonsplanlegging: Det er behov for en helhetlig KI-løsning som også håndterer akutte replanlegginger. Forberedende aktiviteter pågår med utgangspunkt i utprøving gjort på Bærum sykehus.
- Pakkeforløp lungekreft: Økt effektivitet for pakkeforløpskoordinatorer gjennom automatiserte arbeidsprosesser, støttet av et dashboard i Pega med oversikt over pasienter og utredningsforløp. Klinikknær utvikling pågår, med planlagt MVP (minimum viable product) november 2025.
- Kartlegging av potensielle administrative automatiseringsinitiativ med bruk av M365 Power platform og Copilot.

KI for turnusplanlegging: Anbefalingen fra tidligere utprøving av en spesifikk løsning, viser at hyllevareløsninger dessverre ikke er modne nok. Videre markedsovervåking fortsetter.

Delportefølje Intern service

BRK-programmet rapporterer moderat avvik på tid på overordnet nivå.

- 52% av prosjektene i BRK gjennomføres som planlagt
- 37% av prosjektene rapporterer mindre avvik
- 7% rapporterer vesentlig avvik på tid.

Prosjektene vil samlet sett gjennomføres innenfor budsjett. Overordnet risiko vurderes som liten, men to prosjekter rapporterer vesentlig tidsrisiko:

- BRK B13 Radiologi (CT3 på Bærum) er i utgangspunktet forsinket på grunn av forsinket beslutning om valg av konsept. Konsept er nå avklart av styringsgruppen i BRK, men det er usikkert om prosjektet må nedprioriteres pga. den økonomiske situasjonen.
- BRK R19 og K07 (Pasientsignal på Ringerike og Kongsberg) er forsinket på grunn av forsinkelser hos Sykehuspartner ved beskrivelse av systemløsning. Dette har blitt rapportert i tidligere porteføljerapporter. Manglende leveranser fra Sykehuspartner er imidlertid endelig på plass på Ringerike og prosjektet der kan gjennomføre resterende aktiviteter. På Kongsberg gjenstår det noe risiko. Konsekvenser av utsettelsene er at sluttmilepæl utsettes.

Samtidig bør det nevnes at det største BRK-prosjektet, «B11 Ventilasjon på Bærum», har funnet en løsning som gjør at byggearbeidene kan ferdigstilles høsten 2025 i stedet for august 2026. Dette reduserer forstyrrelsesperioden for virksomheten og gir større trygghet for at kostnadskalkylene holder.

Grønn mobilitet

Prosjektet Grønn mobilitet ble delt i 2 delprosjekter: Grønn mobilitet og Parkeringsløsninger.

Delprosjektet Grønn mobilitet: Intern service (KIS) har kartlagt behov for utbedring av sykkel- og garderobefasiliteter, som vil legge forholdene bedre til rette for at ansatte kan løpe/ gå eller sykle til og fra jobb. Tiltak er kostnadsberegnet til 2,3 MNOK og meldt inn som behov i investeringsbudsjett 2026. Det har ikke lyktes foretaket å inngå rabattavtaler på kollektivtransport eller å bidra til at ansatte kan inngå leasingavtaler av sykler hos leverandører.

Kollektivtilbudet til nytt sykehus i Drammen er meget bra. Samtidig ser vi at enkelte strekninger har uhensiktsmessige overganger som gir lang reisetid. Det er svært ønskelig at togene fra Kongsberg og Skien får ekstra stopp ved Brakerøya stasjon.

Delprosjektet Parkeringsløsninger: Etter vedtak i foretaksledelsen 8. april 2025 om overordnede føringer for parkeringsprinsipper, ble Intern service (KIS) gitt ansvaret for konkretisering og implementering av beslutningene, med bred medvirkning fra klinikker og TV/VO:

- Tildeling av parkering der det er kapasitetsutfordringer
- Inndeling i prissoner på tvers av foretaket, basert på geografi, kollektivtilbud og lokale priser
- Fastsetting av pris i tråd med økonomiske føringer
- Etablering av tildelingsordning for parkering der det er kapasitetsutfordringer

Foretakstillitsvalgte og foretakshovedverneombud ble invitert inn til drøftinger både for prissoner og pris for ansattparkering. Begge temaer ble også behandlet i HAMU før beslutning i foretaksledelsen medio juni.

Tildelingen av parkeringsplasser til ansatte ved NSD i slutten av juni medførte at mange som har parkeringsplass i dag, fikk avslag. Dette var kjent på forhånd, da det var kommet inn ca. 1550 søknader til ca 750 parkeringsplasser. Underdekningen av parkeringsplasser henger sammen med plasseringen av sykehuset på et kollektivknutepunkt, og miljøambisjoner både hos Drammen kommune og HSØ/VVHF fra tidlig stadium i byggeprosjektet. Tildelingen utløste store protester, og klinikkleidelsene på DS, KMD og PHR vurderte i juli at et potensielt betydelig omfang av oppsigelser ville kunne true driften av det nye sykehuset. Nye kriterier og vektning av de ulike kriteriene viste seg i tillegg å gi utilsiktede utfall, slik at ansatte med små barn og lang kollektiv reisevei falt uheldig ut i forhold til andre behov. Etter tydelige innspill fra tillitsvalgte og ledere, ble det i samarbeid med klinikker og staber gjennomført en ny og helhetlig gjennomgang av alle søknader de to første ukene av juli. Hensikten var å rette opp utilsiktede effekter, og sikre at ansatte med størst behov fikk parkeringsplass.

Etter ny vurdering ble det tildelt ca 450 nye parkeringsrettigheter, noe som krevde etablering av rundt 390 nye fysiske plasser, med 20% overbooking av disse. De nye plassene er fremskaffet ved å etablere overflateparkering på en reservetomt på NSD (vest for akuttmottaket), og ved å videreføre bruken av parkeringsplasser som pendlerparkering, ved gamle Drammen sykehus, i en overgangsperiode. I løpet av august har ytterligere 70 fått tildelt parkeringsrettigheter, og det totale antallet parkeringsrettigheter er nå ca 820, hvilket utgjør 80% av de som har søkt.

Foretaket har i løpet av de neste par årene en forventning om å kunne søke Drammen kommune om omfordeling av 100-200 besøksplasser på NSD til ansattparkering, etter en periode der vi erfarer behovene til pasienter og pårørende. Det er usikkerhet knyttet til om det permanente parkeringsbehovet vil reduseres som følge av endrede transportvaner over tid og bedret kollektivtilbud.

Det er besluttet at den nye tildelingsmodellen for foretaket bør justeres, og parkeringsprosjekt med implementering av tildeling på NSD skal evalueres. Det igangsettes derfor et prosjekt for videreutvikling av tildelingsmodellen, med kriterier og vektning, høsten 2025. Det samme gjelder for evaluering av konseptutvikling og implementering av ny parkeringsløsning. Både ny tildelingsrunde NSD og utrulling på øvrige lokasjoner som skal ha tildeling planlegges gjennomført i løpet av Q1 2026.

Digital hjemmeoppfølging og Virtuelt sykehus

Dette dekkes også delvis i avsnitt om ventetidsløftet (side 5). Programmet vil presentere sin årsrapport for programstyret i slutten av september. Det nasjonale måltallet for skjemasert oppfølging er 1%. Vestre Viken sitt måltall er 3%. Per i dag ligger Vestre Viken HF på 1,66%. Tildelte midler fra Ventetidsløftet (anført under avsnittet om ventetider over) er ment både å understøtte økt aktivitet til implementering fra klinikken og for teknisk støtte sentralt. Dagens organisering av det virtuelle sykehuset ser ikke ut til å bidra tilstrekkelig til skalering/bredding av tilbudene. Det pågår derfor en konseptutredning som vurderer alternative driftskonsepter for det virtuelle sykehuset, med mål om å understøtte økt skalering og økonomisk bærekraft samt hensiktsmessig ressursbruk. Anbefalt organisering/driftskonsept vil bli fremlagt foretaksledelsen i løpet av 3. tertial.

Overføring av MHH til VVHF

Prosjektets mål er å gjennomføre overføring av Martina Hansen Hospital til Vestre Viken HF innen 1. november 2025 på en smidig og kostnadseffektiv måte, med pasientens og ansattes interesser ivarettatt. Det vises til egen sak om overtakelse av MHH, sak 84/2025.

Informasjonssikkerhet og personvern

Informasjonssikkerhets- og personvernarbeidet i Vestre Viken HF er i henhold til fagområdets planer for året. Informasjonssikkerhets- og personvern nivået vurderes til å holde et stabilt nivå gjennom 2. tertial 2025. Det er særlig fokus på phishingforsøk og manipulering mot ansatte, noe som kan være en typisk inngangsportal til IKT-infrastrukturen. Helseforetaket opplever at Sykehuspartner har stor grad av oppmerksomhet og sterke mekanismer i IKT-infrastrukturen, med kontinuerlig overvåkning. Dette gir helseforetaket trygghet for systemenes konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet. Det er fremdeles knyttet risiko til systemer som konsumeres utenfor ordinær IKT-infrastruktur, og dette risikoområdet vil bli gjenstand for oppfølging gjennom stikkprøvekontroller i 2026.

Etterlevelse knyttet til personvern har holdt et høyt aktivitetsnivå gjennom flere år og det fortsetter også i 2. tertial 2025. Trenden viser også at personvern er i fokus blant helseforetakets ansatte, og ressurspersoner fra sikkerhet og personvern benyttes til faste etablerte undervisninger, samt under fagdager ute i klinikkene. Personvern er en del av obligatorisk undervisning for nye ansatte i Vestre Viken, herunder sykepleierstudenter og LIS. Det er avholdt interne DPIA kurser for forskning, prosjektledere og andre ansatte som har behov for å øke sin kompetanse rundt personvernkonsekvensvurderinger. Tilbakemeldingene var positive, og deltakerne opplevde svært høy nytte av kursene. Det planlegges tilsvarende kurs i 2026.

Rapportering bærekraftsplan

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

Bærekraftsplanen for Vestre Viken viser per august 2025 en samlet gjennomføringsgrad på 38 %, med planlagte tiltak for 2025 på totalt 216,5 MNOK, og ytterligere 118,4 MNOK planlagt for 2026. Klinikken har varierende fremdrift. Blant de somatiske klinikkene har Ringerike og Bærum sykehus høyest fullføringsgrad, med henholdsvis 65 % og 52 %. Klinik for psykisk helse og rus og Prehospitale tjenester har også høy fullføringsgrad, på henholdsvis 65 % og 63 %. Ved manglende realisering skal det iverksettes alternative tiltak. Dette er ikke tilstrekkelig systematisert og gjennomført, og vil bli ytterligere vektlagt og fulgt opp.

Planen for 2026 innebærer videreføring og oppskalering av tiltak, inkludert strukturelle endringer, digitalisering og energieffektivisering. Budsjettarbeidet er igangsatt, og det legges til rette for gevinstrealisering i tråd med målene.

Kort sammendrag for hver klinikk og stab:

- Drammen sykehus: På grunn av komplekse prosesser knyttet til innflytting i NSD, som innebærer både organisatoriske og prosessuelle endringer, rapporterer ikke Drammen sykehus på gjennomføringen av bærekraftsplanen i 2025.
- Bærum sykehus: 52 % gjennomført. Utfordringer med høye medikamentkostnader og vikarbruk, men strukturelle endringer gir positiv effekt. Forbedring på 22,7 MNOK sammenlignet med fjoråret.
- Ringerike sykehus: 65 % gjennomført. Tiltak innen aktivitet går etter plan, men sykefraværsreduksjon gir ikke effekt i 2025.
- Kongsberg sykehus: 33 % gjennomført. Noe lavere gevinstuttak enn planlagt, men tiltak på kostnadssiden gir resultater.
- Psykisk helse og rus (PHR): 65 % gjennomført. Plan følger budsjett, men risiko knyttet til forsinket gevinstuttak i 2026 pga. bemanningssituasjon.
- Prehospitale tjenester (PHT): 63 % gjennomført. I rute iht. plan.
- Klinikk for intern service (KIS): 28 % gjennomført. Nedgang i sykefravær og energiforbruk. Noe etterslep på eiendomsprosjekter, men det forventes full oppnåelse av gevinster i 2025.
- Klinikk for medisinsk diagnostikk (KMD): 26 % gjennomført. Framdrift, men forsinkelser knyttet til NSD.
- Stab teknologi: 25 % gjennomført. Redusert fremdrift hos Sykehuspartner, men gevinst på varekostnader behandlingshjelpemidler.
- Felles økonomi: 31 % rapporteres som gjennomført da arbeidet med implementering av nye avtaler vil pågå ut året, og aktiviteten ikke slutføres før alle er over på nye avtaler. Realiserer vesentlig mer enn budsjett på legemiddelområdet (47,7 MNOK realisert mot budsjett 23,4 MNOK per utgangen av august).

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

Administrerende direktørs vurderinger

Det gjøres mye godt arbeid i klinikkene, og de tverrgående klinikkene leverer resultater i tråd med budsjett. De somatiske klinikkene viser forbedring, men ikke tilstrekkelig til at de når sine mål. Årsaken til dette er en kombinasjon av for lav gjennomføringshastighet og mindre økonomisk effekt enn det som er estimert. Det viser at det er behov å være enda tydeligere på å identifisere alternative tiltak som kan iverksettes ved mangelfull måloppnåelse.

For Drammen sykehus er det spesielle omstendigheter i forbindelse med forberedelsene til innflytting i nytt sykehus. Umodne og dels uferdige IKT- systemer har gjort at opplæringen og testaktivitetene har blitt mer omfattende og tettere opptil innflytting, og måttet foregå utenom ordinær arbeidstid for å unngå å påvirke aktiviteten og ventetidene. Det gjør at årsverksforbruket har blitt høyere enn det som er avsatt i budsjettet. Drammen sykehus har lagt bemanningsplaner i tråd med nytt konsept for sengepostdrift og kontortjenesten. Vi ser at det påløper ekstra kostnader på sterilforsyning, operasjon og akuttmottak. Driftskonseptene her vil følges nøye opp.

Samlet betyr dette at det er sannsynlig at foretaket ikke når resultatmålet som er satt for året.

Det er etablert et godt samarbeid på tvers av klinikkene om identifikasjon av områder som kan gi positive effekter tidlig i 2026. Modellen for bemanningsplanlegging som er iverksatt ved DS behandles nå i de øvrige klinikkene, og inngår som grunnlag for kommende bemanningsplaner etter lokale risikovurderinger. Utviklingen av bærekraftsplan 3.0, og oppfølging av realiseringstakten for planlagte tiltak vil bli høyt prioritert også fremover.

Utviklingen i sykefraværet er lovende. Forlengelsen av avtalen om langvakter er en viktig milepæl for å kunne tilby fleksibilitet i arbeidsplaner.

Vestre Viken oppnådde delmålene for ventetidsløftet i juni. Langtidsventende er tilnærmet fjernet, og andel fristbrudd er kraftig redusert siste året. Det viktige fremover blir å sørge for at ventetidene holder seg lave. Oppmerksomheten er nå rettet inn mot felles innsatsområder og tverrgående tiltak som gir langsiktig effekt på kapasitet. Her vil brukerstyrt tjenesteutvikling være sentralt, og videre utvikling av det virtuelle sykehuset.

Administrerende direktør foreslår at styret tar virksomhetsrapporteringen pr. 2. tertial 2025 til etterretning.

- Vedlegg:
1. Virksomhetsrapportering pr. 2. tertial 2025
 2. Bærekraftsplan statusrapport per august 2025

Saksnr. 82/2025

Vedlegg 1

Virksomhetsrapportering pr 2. tertial 2025

29. september 2025



Primære mål

- reduserte ventetider**
- bærekraftig økonomi**
- redusert sykefravær**

Ventetidsløftet

Risikovurdering ventetider

Risikovurdering	Beskrivelse av risiko
Moderat	Ventetidene i Vestre Viken er redusert sammenlignet med de siste årene, og langtidsventende er nesten fjernet. Gjennom sommeren ble det langsiktige målet om <50 dager gj.snittlig ventetid for helsehjelp påbegynt oppnådd, men sommermånedene er ikke representative for resten av året. Ventetidene må derfor stabiliseres på det lavere nivået for at vi kan si målet er oppnådd. Innen psykisk helsevern er nivåene lavere enn i 2019, uten fristbrudd. Samlet andel fristbrudd er halvert til 3,5 %, men enkelte fagområder har fortsatt utfordringer. Andel overholdte pasientavtaler ligger under mål.
Risikovurdering etter tiltak	Beskrivelse av tiltak
Liten	Framover arbeides det med tiltak som vil gi langsiktige effekter. Felles innsatsområder er pekt ut, og tiltak på tvers av fagområder og enheter er etablert for å løse de underliggende årsakene. Tiltakene er samlet i en egen handlingsplan som følges opp med prosess- og metodestøtte fra ventetidsteamet for å sikre varige forbedringer og økt kapasitet. En særskilt prioritert innsats er økte digitale helsetjenester som vil frigjøre kapasitet slik at flere pasienter kan ivaretas med de tilgjengelige ressursene.

Ventetid

VVHF		April		Hittil i år	Prognose	
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avviklet Somatikk - DAGER	Resultat	69		77	56	
	Plan	57		57	56	
	Avvik	12		20	0	
	I fjor	80		78	77	
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avviklet VOP - DAGER	Resultat	35		38	40	
	Plan	40		40	40	
	Avvik	-5		-2	0	
	I fjor	49		48	44	
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avviklet BUP - DAGER	Resultat	28		33	35	
	Plan	35		35	35	
	Avvik	-7		-2	0	
	I fjor	44		43	39	
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avviklet TSB - DAGER	Resultat	25		25	30	
	Plan	30		30	30	
	Avvik	-5		-5	0	
	I fjor	41		47	35	
KVALITET - Andel passert planlagt tid - ANDEL	Resultat	10,4		10,3	8,0	
	Plan	8,0		8,0	8,0	
	Avvik	2,4		2,3	0,0	
	I fjor	0,0		11,9	11,9	
KVALITET - Andel fristbrudd - ANDEL	Resultat	2,3		3,4	0,0	
	Plan	0,0		0,0	0,0	
	Avvik	2,3		3,4	0,0	
	I fjor	7,0		6,3	6,6	

Status

Somatikk: Ventetidsmålet for juni 2025 ble oppnådd. Gjennom sommeren har ventetidene økt noe, men dette følger sesongvariasjonen og synes å flate ut på et lavere nivå enn tidligere. Langtidsventende er tilnærmet eliminert siste året. Andel passert planlagt tid har stabilisert seg og andel fristbrudd er kraftig redusert.

PHR: Ventetidsmålet er oppnådd for psykisk helse og rusbehandling og er nå på et relativt stabilt nivå. Det er ikke fristbrudd.

Tiltak

Somatikk: Framover arbeides det videre med tiltak som gir langsiktige effekter. Felles innsatsområder er pekt ut, og tiltak på tvers av fagområder og enheter er etablert for å løse de underliggende årsakene. Tiltakene er samlet i en egen handlingsplan som følges opp med prosess- og metodestøtte fra ventetidsteamet for å sikre varige forbedringer og økt kapasitet.

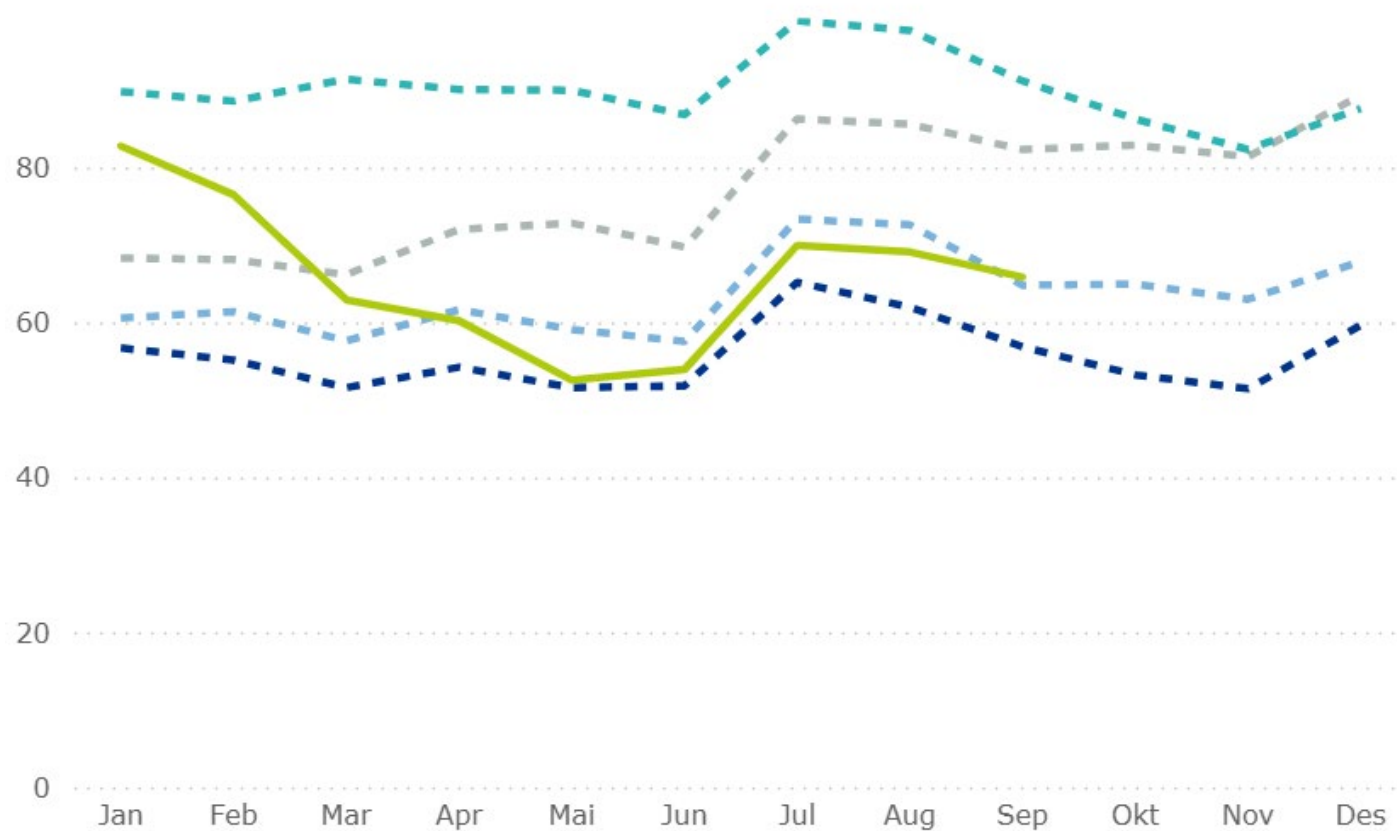
PHR: Fortsette pågående tiltak. Det kan være at innflytting i nytt sykehus kan medføre noe økning i ventetidene, men dette følges nøye.

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

Gjennomsnittlig ventetid ventende, somatikk

Gj. snitt ventetid for ventende

År ● 2019 ● 2022 ● 2023 ● 2024 ● 2025



Gjennomsnittlig ventetid for ventende har hatt en nedadgående trend siden oktober 2024.

Samlet er ventetidene redusert fra 98 dager august 2024, til 69 dager i august 2025.

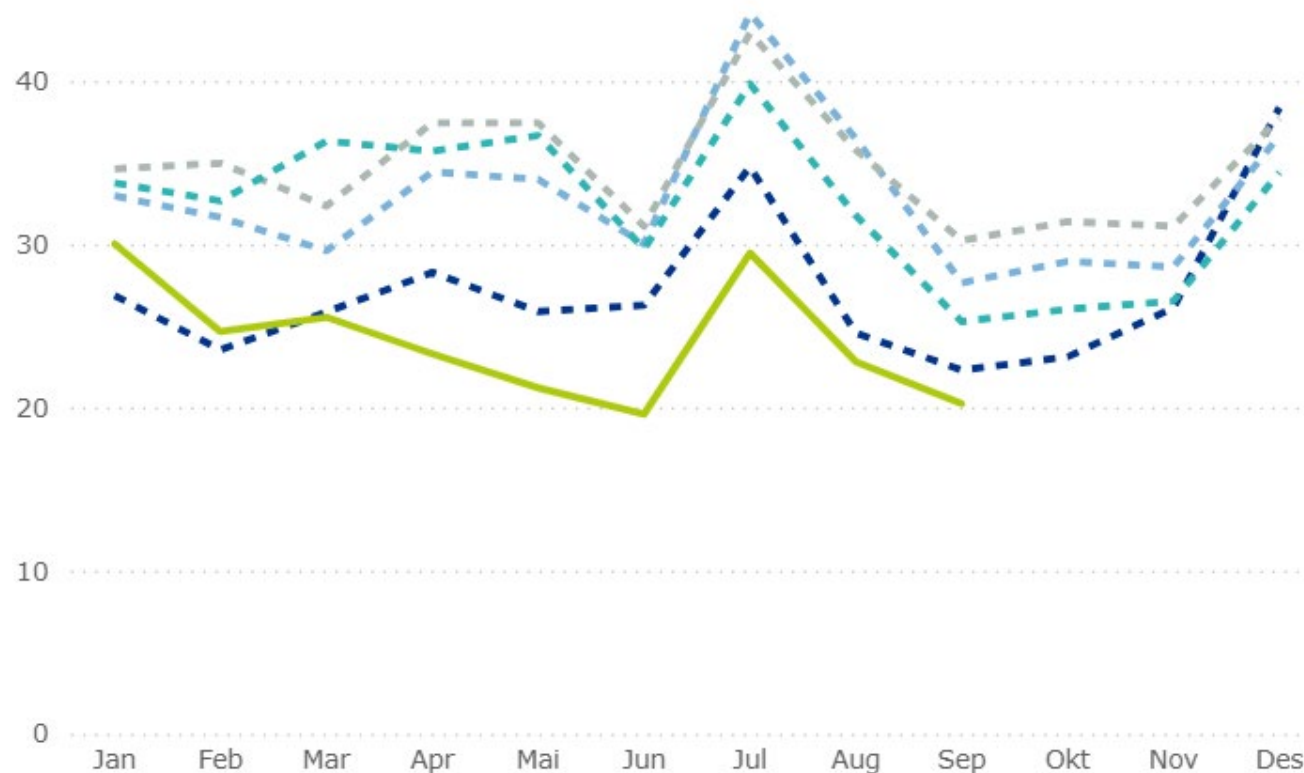
Ventetider for ventende ligger nå på nivå med 2022 og noe over nivået for 2019.

Antall ventende har gjennom 2025 vært betydelig redusert, men ikke helt ned til 2019-nivå (august 2025: 16 791). Siden mai har antallet ventende steget noe (+2755), som tilsvarer omtrent 2022-nivå.

Gjennomsnittlig ventetid ventende, PHR

Gj. snitt ventetid for ventende

År ● 2019 ● 2022 ● 2023 ● 2024 ● 2025



Gjennomsnittlig ventetid for ventende har hatt en nedadgående trend på alle fagområder.

Samlet er ventetidene redusert fra 32 dager i august 2024 til 23 dager i august 2025.

Ventetider for ventende ligger nå lavere enn nivået for 2019 og ser ut til å ligge ganske stabilt på det nivået.

Bærekraftig økonomi

Risikovurdering

Risikovurdering	Beskrivelse av risiko
Betydelig	Som følge av at rentefall ikke er innført i tråd med budsjett ligger foretaket an til et negativt finansresultat på 65 MNOK i 2025. De somatiske klinikkene oppnår ikke resultatmål og det er forventet økte kostnader ved NSD de kommende månedene. Manglende resultatoppnåelse i 2025 medfører ytterligere reduksjon i midler til investeringer neste år, og ytterligere økning i finanskostnadene. Det er lav til ingen risiko for at de tversgående klinikkene og sentrale staber ikke oppnår årets resultatmål.
Risikovurdering etter tiltak	Beskrivelse av tiltak
Betydelig	Tiltakene i bærekraftsplanen får ikke tilstrekkelig effekt i 2025 til å oppnå resultatforbedring utover budsjett. Bærekraftsplan 3.0 er under arbeid og legger grunnlaget for resultatforbedringer i budsjett 2026. De somatiske klinikkene er omforent om modell for bemanning av sengeposter. Implementering av standard modell vil iverksettes utover høsten. Beløpsmessig effekt er ikke ferdig estimert. Nye tiltak for økt samordning av tjenestene i somatikken er under utredning. Effekter forventes først oppnådd utover i 2026 og senere. Det er følgelig fortsatt vesentlig risiko for at det tar lenger tid før resultatforbedringer oppnås, med tilhørende konsekvenser for fremtidig investeringsnivå.

Bærekraftig økonomi

VVHF		August		Hittil i år		Prognose		
ØKONOMI - Driftsresultat - TNOK	Resultat	-26 717		-39 210		-75 000		↓
	Plan	3 333		26 667		40 000		
	Avvik	-30 050		-65 877		-115 000		
	I fjor	15 009		46 654		172 671		
ØKONOMI - Andel avdelinger som drifter utenfor ramme - ANDEL	Resultat	54		48		0		→
	Plan	0		0		0		
	Avvik	54		48		0		
	I fjor	52		48		50		
HR - Brutto Månedswerk - ANTALL (September)	Resultat	8 732		8 378		8 350		↓
	Plan	8 548		8 302		8 307		
	Avvik	-183		-76		-43		
	I fjor	8 492		8 200		8 231		
AKTIVITET - ISF-Poeng Somatikk - ANTALL	Resultat	9 990		82 886		125 472		→
	Plan	10 086		82 117		124 610		
	Avvik	-96		769		862		
	I fjor	9 739		80 301		122 505		
AKTIVITET - ISF-poeng PHR poliklinisk behandling - ANTALL	Resultat	5 541		48 775		75 524		↓
	Plan	5 568		43 622		67 833		
	Avvik	-27		5 152		7 691		
	I fjor	5 483		42 870		67 242		

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

Status

Resultat korrigert for vedlikehold over drift er 26,8 MNOK lavere enn budsjett i august, 50,7 MNOK lavere enn budsjett hittil i år.

Inntekter: Positivt budsjettavvik på ISF-inntekter på 0,2 MNOK i august, 44 MNOK hittil i år. Laboratorie- og radiologinntekter fra HELFO har et positivt avvik hittil i år på 20,7 MNOK.

Varekostnader: Negativt avvik på 9,1 MNOK mot budsjett i august, 57,6 MNOK hittil i år. De største avvikene er på H-resepter og legemidler. Prognosen for H-resepter ut året innebærer ingen forverring i resultatet da det oppnås effekter av nye legemiddelavtaler. Imidlertid er det fortsatt merkostnader i klinikkene for sykehusadministrerte legemidler.

Lønn: Negativt avvik mot budsjett pr august på 60,4 MNOK. Det er pr august ført 58,5 MNOK som lønnskostnader på ventetidsløftet. Brutto månedswerk pr september er 76 månedswerk over budsjett.

Finans: Kostnader er 63,2 MNOK høyere enn budsjett pr august og skyldes i hovedsak høyere rentenivå. Det er også noe høyere trekk på driftskreditt, og ulik periodisering mellom budsjett og faktisk regnskapsført.

Tiltak

De tversgående klinikkene realisere tiltak i bærekraftsplanen i tråd med budsjett. For de somatiske klinikkene realiseres om lag halvparten av årets mål. Se vedlegg 2 til saken. Bemanningsplaner for sengeposter skal baseres på utredningen om standard modell. Ekstraordinær poliklinikk for reduksjon av ventetider ble avviklet pr. 30. juni, og innsatsen rettes ytterligere mot tiltak med varig effekt. Arbeid med utredning av fag og funksjon i somatikken er startet opp. Det er nå i en innsiktsfase. Formål er samlet bedre ressursbruk i foretaket. Effekter forventes først mot slutten av 2026.

Aktivitet

VVHF		August		Hittil i år		Prognose		
AKTIVITET Somatikk - Polikliniske konsultasjoner - ANTALL	Resultat	40 088		342 201		523 083		↓
	Plan	41 576		339 583		520 465		
	Avvik	-1 488		2 618		2 618		
	I fjor	40 868		327 171		505 455		
AKTIVITET - Polikliniske konsultasjoner VOP - ANTALL	Resultat	11 015		96 064		146 247		↓
	Plan	11 783		91 798		141 305		
	Avvik	-768		4 266		4 942		
	I fjor	11 243		90 624		139 347		
AKTIVITET - Polikliniske konsultasjoner BUP - ANTALL	Resultat	7 297		68 785		105 891		↓
	Plan	8 316		65 085		102 191		
	Avvik	-1 019		3 700		3 700		
	I fjor	7 810		62 446		98 318		
AKTIVITET - Polikliniske konsultasjoner TSB - ANTALL	Resultat	1 739		15 396		24 056		→
	Plan	2 017		16 391		25 415		
	Avvik	-278		-995		-1 359		
	I fjor	1 815		15 916		24 590		
AKTIVITET - Antall operasjoner døgnet og dag - ANTALL	Resultat	2 967		25 968		38 340		→
	Plan	2 714		24 777		38 340		
	Avvik	253		1 191		0		
	I fjor	2 795		25 463		39 402		

pr august	Hittil	Avvik	
	i år	mot budsjett	% avvik
Antall utskrevne pasienter døgnet somatikk	45 213	-390	-0,9 %
Antall liggedøgnet - døgnetbehandling somatikk	142 374	-3 799	-2,6 %
Antall dagopphold somatikk	23 915	-508	-2,1 %
Antall utskrevne pasienter VOP og TSB	2 298	-477	-17,2 %
Antall utskrevne pasienter BUP	124	14	12,7 %

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

Status

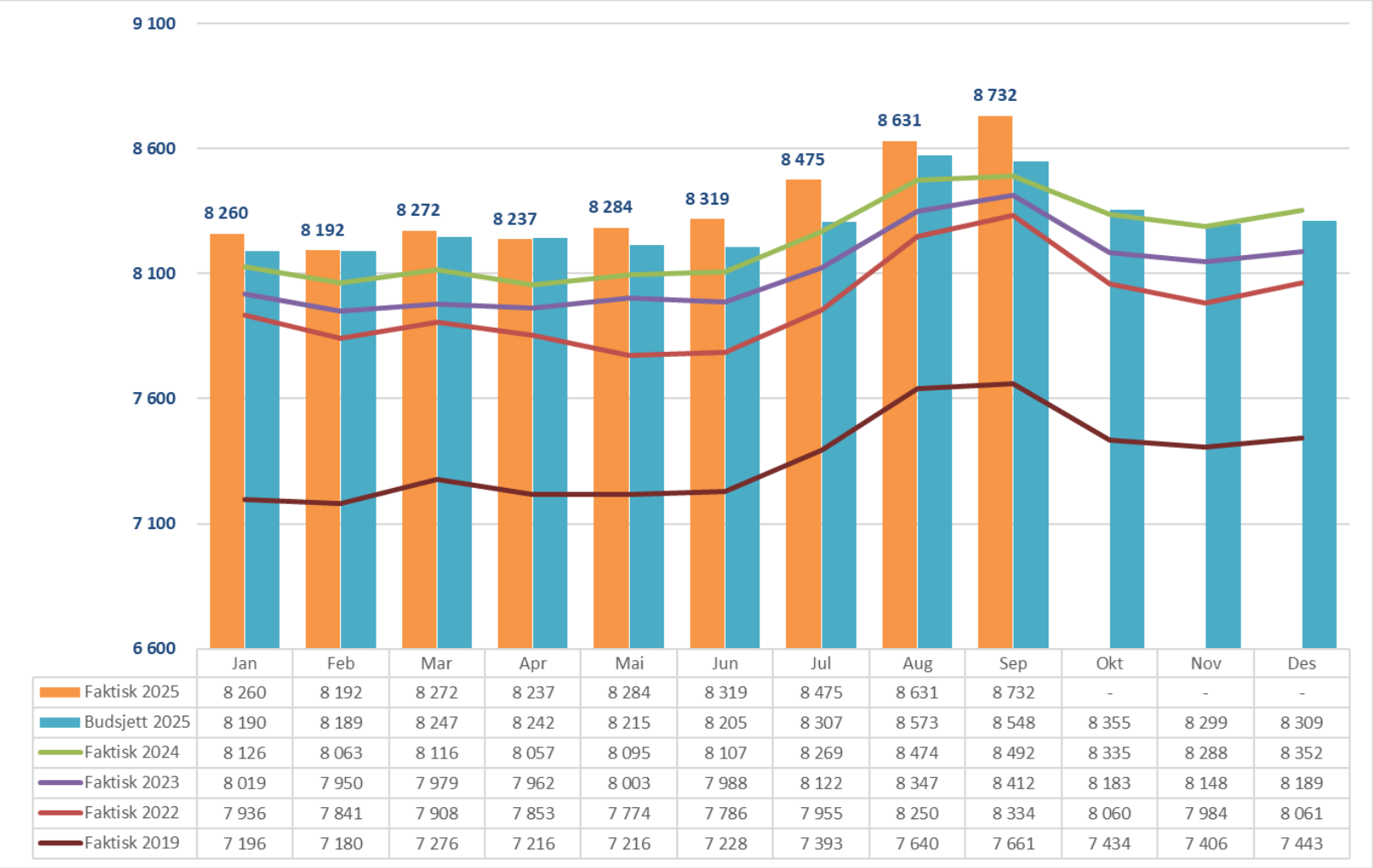
Somatikk: Poliklinisk aktivitet under plan i august på DS og henger sammen med aktiviteter for forberedelse til innflytting i NSD. De andre klinikkene er omtrent på plan. Døgnaktiviteten er noe under plan hittil i år målt i antall opphold, men over plan målt i ISF-poeng. Aktiviteten samlet er høyere enn samme periode i fjor for alle klinikker.

PHR: Samlet aktivitet for PHR er over plan per august. Antall polikliniske konsultasjoner innen BUP er 10 % høyere per august 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 høyere brutto månedsverk enn budsjett. Ventetidsløftet er en del av årsaken. Sykefravær har også innvirket på avviket tidligere i år, men er redusert de senere månedene. Det er nå spesielt merforbruk knyttet til opplæringsaktiviteter i NSD som innvirker på avviket fra budsjett. Av samlet avvik i september på 184 brutto månedsverk står KIS og DS for 151.

Investeringer

- Det er bokført investeringer på 294 MNOK ex NSD ved utgangen av august.
- Det er et merforbruk på vedlikehold over drift som ses i sammenheng med investeringsbudsjettet
- Investeringer i byggnær IKT og grunnutrustning er i stor grad planlagt knyttet opp mot prosjektene i BRK.
- For MTU er investeringene i tråd med budsjett. Avsatt budsjett til havarier er så å si brukt opp ved utgangen av 2. tertial.
- Leveransene fra Sykehuspartner omhandler i all hovedsak behov som ligger i forutsetningene for en vellykket innflytting i Nytt Sykehus Drammen.
- BRK er i henhold til plan. Hittil i år er det produsert for 80% av budsjettet – faktura henger noe etter, derfor ser tallene lave ut i tabellen. Forventer å forplikte for hele budsjettet og overførte midler, men noen prosjekter har forventet varighet over flere år.

Totale Investeringer MNOK	Budsjett i år	Overført fra i fjor	Ekstern finansiering	Disponibelt i år totalt	Bokført hittil i år
BRK	163	126	0	289	94
Øvrige bygg	54	23	7	84	38
MTU	120	23	13	156	116
Annet	3	28	0	31	5
Ambulanse	46	14	0	60	7
IKT	27	48	0	75	12
EK-innskudd	25	0	0	25	23
SUM Investeringer ex NSD	438	262	19	720	294

Vedlikeholdsinnsats

Rapportering av vedlikeholdskostnader til HSØ hver tertial – drift og investering

Vedlikeholdskostnader	B2025	1. tertial	2. tertial	3. tertial	SUM
32 Vedlikehold	51 610 000	15 393 800	14 894 668		30 288 468
33 Reperasjon av skader	18 984 000	5 158 000	9 119 185		14 277 185
41 Utskiftninger	118 900 000	26 469 000	53 144 912		79 613 912
42 Utvikling	131 100 000	42 026 000	58 088 625		100 114 625
SUM	320 594 000	89 046 800	135 247 390	0	224 294 190

- Av samlet innsats til vedlikehold, utskifting og utvikling, så utgjør BRK-aktiviteter 135 MNOK. Tiltakene består hovedsakelig av innhenting av vedlikeholdsetterslep og utvikling av bygningsmassen som følge av kapasitetsbehov eller endrede konsepter. Dette inngår hovedsakelig i post 41 og 42.
- Av resterende budsjett går ca. 35 MNOK til ordinært vedlikehold, 14 MNOK til grunnutrustning (senger, dekontaminatorer etc) og for øvrig PHR rokadeplan, byggnær IKT og kritisk infrastruktur.
- Det forventes produksjon for ca 90% av budsjettet, da en del aktiviteter går over flere år (men er forpliktet i 2025)

HR

Risikovurdering

Sykefravær

Risikovurdering	Beskrivelse av risiko
Moderat	Sykefraværet er fremdeles høyt, men har vist positiv utvikling i 2. tertial. Det arbeides kontinuerlig med ulike tiltak, individuell oppfølging og opplæring
Risikovurdering etter tiltak	Beskrivelse av tiltak
Moderat	Fleksible arbeidstidsordninger og tiltak for bedre arbeidsmiljø ("Bedre dager på jobb") Kollegastøtteordning er publisert med retningslinjer og intranettside som skal bidra til økt trygghet på jobb Ledere oppfordres å være tett på medarbeidere med hyppig fravær, erfaring viser at det har god effekt

Personal og HMS

Risikovurdering	Beskrivelse av risiko
Moderat	Det oppstår brudd på arbeidstidsbestemmelene som en konsekvens av døgntkontinuerlig drift, akutte situasjoner, sykefravær og mangel på ressurser
Risikovurdering etter tiltak	Beskrivelse av tiltak
Moderat	Forsvarlighetsvurdering av arbeidsplaner for å unngå alvorlige konsekvenser og AML-brudd Vurdere at belastningen blir jevnt fordelt blant medarbeiderne Aktive handlingsplaner etter forbedringsundersøkelsen følges opp i 2. tertial

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

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

Status

Sykefravær:

I august er korttidsfraværet 2%, og langtidsfraværet 4,1%. Hittil i år er sykefraværet 7,3%. Dette er lavere enn tilsvarende periode i fjor.

AML-brudd:

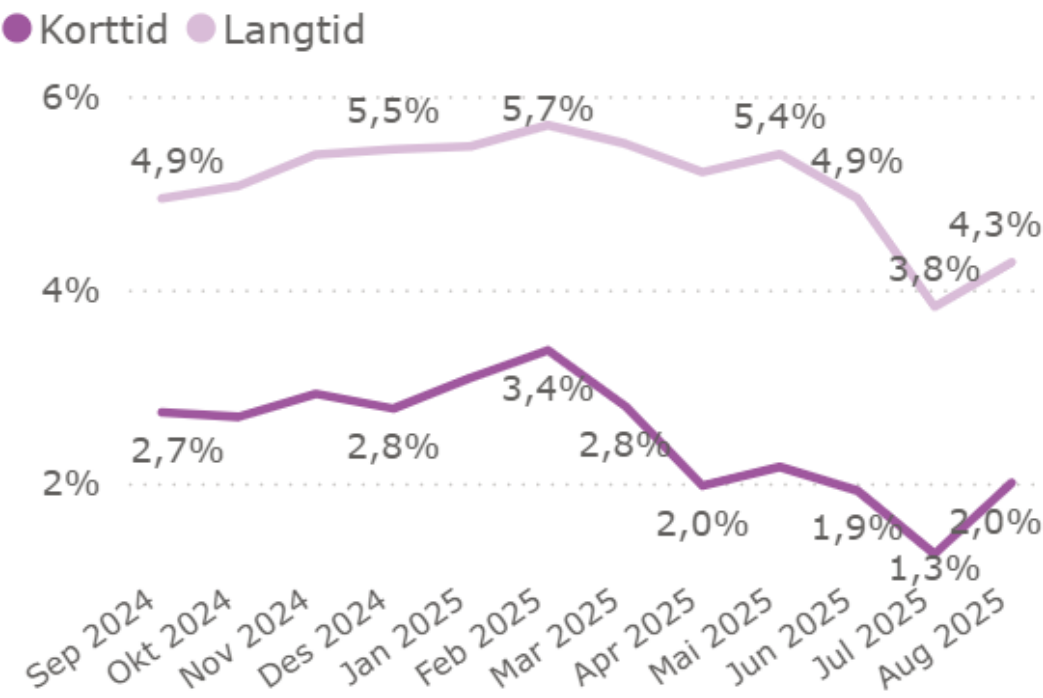
Erfaringsmessig øker antall AML-brudd hver sommer, da ferieavvikling fører til redusert bemanning og økt belastning på gjenværende ansatte. Enkelte klinikker har en økning i AML-brudd, direkte knyttet til etableringen av det nye sykehuset i Drammen.

Tiltak

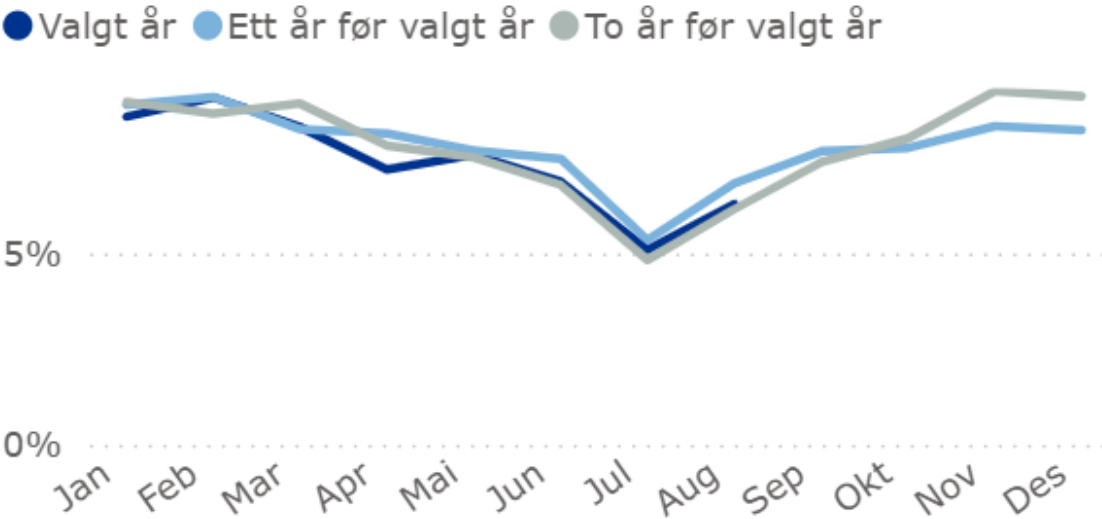
- Ledere oppfordres til å være tett på ansatte med hyppig og gjentakende korttidsfravær.
- Det gjennomføres kontinuerlig kurs og webinar i IA-arbeid og sykefraværsoppfølging. Lederveiledning og bistand i arbeidsmiljøarbeid tilbys.
- Kollegastøtteordningen er lansert i hele foretaket og fadderordning som del av helhetlig onboarding er under utvikling.
- Ledere må kartlegge årsaken til sine AML-brudd, og sørge for at avtaler og dispensasjoner er oppdatert og registrert i GAT. Kurs og opplæring i GAT og arbeidstidsplanlegging tilbys kontinuerlig.

Sykefravær

Utvikling i kort- og langtidssykefravær



Utvikling i sykefraværsprosent 2023 til 2025



Sykefravær fra RDAP (Regional data og analyseplattform) per 7. september

Sekundære mål

Risikovurdering – kvalitet i pasientbehandling

Risikovurdering	Beskrivelse av risiko
Liten	Liten risiko for at kvalitetsmålene ikke nås sett under ett. Eventuelle områder som avviker utløser analyse og iverksettelse av tiltak
Risikovurdering etter tiltak	Beskrivelse av tiltak
Liten	Tidligere avvik i 30 dagers overlevelser ved RS og hoftebrudd DS har gjennomført analyse og etablerer tiltak, Hjertestansregister: gjennomgang har påvist feil i registrering og retting er pågående. Ny arbeidsgruppe i virksomhetsstyring vektlegger også kvalitetsstyring og systematisk oppfølging av tiltak basert på handlingsplaner og lederavtaler

Kvalitet i pasientbehandlingen (Kreftbehandling: Pakkeforløp gjennomført innen definert standard forløpstid)

Mål	Status august	Status pr. 2. tertial	Prognose	Utvikling
75%	58%	54%	70%	↑

Status

Uendret, lav måloppnåelse

Tiltak:

Forbedringsprosjekt med støtte fra sentral stab med mål om måloppnåelse innen sommeren 2026. Brystforløp har tiltak knyttet til å registrere noen pasienter ut av forløp når det er korrekt, bistand fra Vestfold til biopsi vurderinger, prøver å øke operasjonskapasitet på DS og mer forutsigbar ekstra operasjonskapasitet i Vestfold. Lungekreft har gjennomgang i september.

Kvalitet i pasientbehandlingen (avslag BUPA)

Mål	Status august	Status pr. 2. tertial	Prognose	Utvikling
10 %	11,2%	12,5%	10%	↑

Status

Stabil og innenfor ønsket område. Dialogbasert inntak, "avslagsknappen" benyttes.

Tiltak

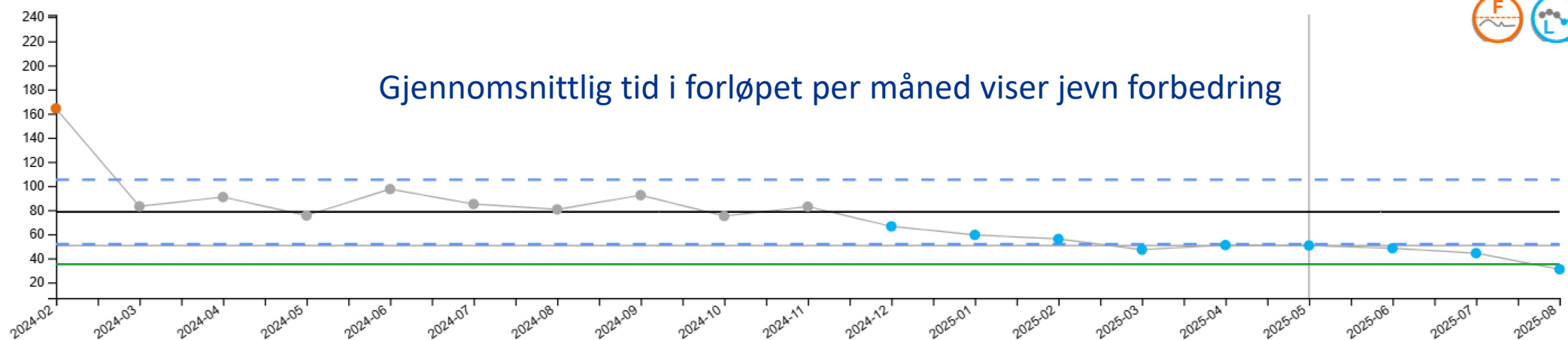
Ingen

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

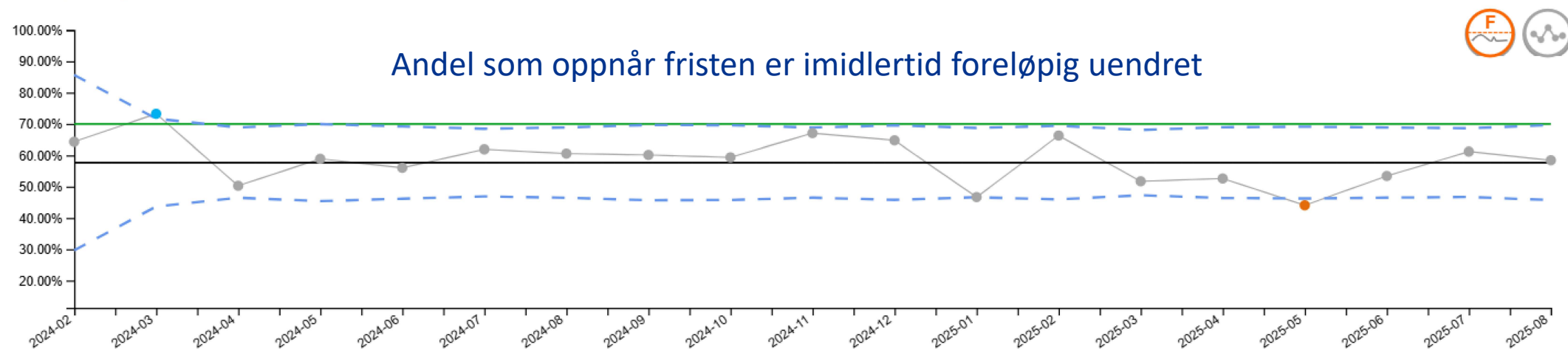
Pakkeforløp- status

OF4 pr år og måned

SDT=37



OF4 andel pr år og måned



Risikovurdering – forskning og innovasjon

Kliniske behandlingsstudier

Risikovurdering	Beskrivelse av risiko
Moderat	Kliniske behandlingsstudier ligger under måltall, dette er nasjonal trend. Det var 53 ved utgangen av 2024, og 9 nye er meldt inn i 2025 (4 nye i 2. tertial). Noe færre sammenlignet med samme tid i fjor. Drammen sykehus har startet opp få nye studier grunnet flytting, og har til nå vært den klinikken som har hatt flest kliniske behandlingsstudier. Det anses som utfordrende å nå årets måltall grunnet kapasitet og tilgjengelige ressurser.
Risikovurdering etter tiltak	Beskrivelse av tiltak
Moderat	Flere tiltak gjennomføres, se utdypende informasjon.

Innovasjon

Risikovurdering	Beskrivelse av risiko
Moderat	Det er en liten økning på antall aktive innovasjonsprosjekter fra første tertial (fra 64 til 74 aktive prosjekter). Det er utfordrende å nå måltall om 30 % økning av innovasjonsprosjekter fra 2024. Dette er knyttet til liten kapasitet på Drammen sykehus grunnet NSD, og risiko knyttet til moderat kapasitet på prosjektstøtte, i systemforvaltning for digitale helsetjenester og fagressurser i klinikkene. Dette vil kunne hemme skalering og bredding av eksisterende forløp, og utvikling av nye forløp og innovasjoner. Det er forøvrig en god økning i antall nye innovasjonsprosjekter sammenlignet med fjoråret.
Risikovurdering etter tiltak	Beskrivelse av tiltak
Moderat	KI veikart for Vestre Viken vil tilrettelegge for systematisk utvikling innenfor prosjekter som benytter KI. Implementering av KI på KMD bildediagnostikk følger plan.

Forskning og innovasjon (Antall kliniske behandlingsstudier)

Mål	Status august	Status pr. 2. tertial	Prognose	Utvikling
15% økning fra 2024	Ca 55 (9 nye i 2025)	Ca 55 (9 nye i 2025)	61	

Status

Kliniske behandlingsstudier ligger under måltall. Det var 53 ved utgangen av 2024 og 9 nye er meldt inn i 2025. Dette er færre sammenlignet med samme tid i fjor. Det anses som utfordrende å nå årets måltall.

Tiltak

- Utlysning av nye 20% postdok. stillinger for kliniske behandlingsstudier
- Prioritering av midler til studiepersonell i klinikkene
- Oppfølging av tiltaksplan for kliniske behandlingsstudier
- Oppfølging av industrisamarbeid gjennom Testbed, økt synlighet
- Forskningsgruppelederseminar i juni med fokus på kliniske studier
- ØLP for forskning, med fokus på kliniske behandlingsstudier

Forskning og innovasjon (Andel pasienter som inkluderes i behandlingsstudier)

Mål	Status august	Status pr. 2. tertial	Prognose	Utvikling
4 %	1,92%	1,92%	-	

Status

Måles årlig nasjonalt. Nasjonale tall for 2024 i tabell. Nedgang fra 2023 (3,18%).

Tiltak

- Samme som over.
- Oppfølging av informasjon om studier på HelseNorge.
- Oppfølging av inklusjon av pasienter i alle industristudier halvårlig.

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

Forskning og innovasjon (Antall innovasjonsprosjekter)

Mål	Status august	Status pr. 2. tertial	Prognose	Utvikling
30% økning fra 2024	62	62	101	

Status

62 aktive innovasjonsprosjekter (2024;78 aktive). 22 innovasjonsprosjekter er implementert hittil i 2025. 34 nye innovasjonsprosjekter så langt i 2025 (2024;24 nye). Ikke nok kapasitet på prosjektstøtte i utvikling og implementering
Lav kapasitet på systemforvaltning digitale helsetjenester
Lav kapasitet og begrenset tilgang på fagressurser i klinikkene

Tiltak

Økt ressursbehov systemforvaltning digitale helsetjenester spilt inn i ØLP 2026-2027
Prioritere bredding av eksisterende forløp og innovasjoner for raskere skalering
Prioritering av tiltak med høy innvasjonsgrad
Økonomisk støtte til arbeid med digitale helsetjenester i klinikkene

Forskning og innovasjon

(KMD: Bilde Tatt i bruk KI-applikasjoner)

Mål	Status august	Status pr. 2. tertial	Prognose	Utvikling
4	4	4	4	

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

Status

Fraktur i drift og har nå pilot i gang for å slutte å beskrive de positive, dvs autonomt KI triage-beskrivelse.
MS i drift etter pilot. Igangsatt anskaffelse for å finne det beste applikasjon på marked.
Prostata i drift og bredding pågår.
Rgtn Thorax første fase i drift, nå jobbes med utvidelse av bruksområder for å hente enda mere gevinster.
Andre applikasjoner jobbes med, for eksempel innenfor CT Thrx, Klinisk Patologi, osv.

Tiltak

Klima og miljø - Oppdrag og bestillingsdokument(OBD)

- Utklipp fra kapittel 5.2 *Samfunnsansvar – klima og miljø*:

Arbeidet med samfunnsansvar, herunder klima- og miljø, er en viktig del av virksomheten til helseforetakene. De regionale helseforetakene har vedtatt ambisiøse klima- og miljømål for spesialisthelsetjenesten. Arbeid med å redusere forbruk og øke ombruk og materialgjenvinning er viktig for å nå disse målene.

- Fra 2019 til 2024 har forbruket av undersøkelseshansker og engangs varmekjapper i Vestre Viken hatt følgende utvikling:
 - 66% økning i bruk av sterile undersøkelseshansker
 - 252% økning i bruk av engangs varmekjapper
- Vestre Viken har vedtatt å redusere forbruk av usterile hansker med 30 % innen utgangen av 2026.
- Vestre Viken jobber med en plan for å fase ut engangsvarmekjapper så raskt som mulig, og senest innen utgangen av 2026.

OPPDRA OG BESTILLING 2025 FOR Vestre Viken HF



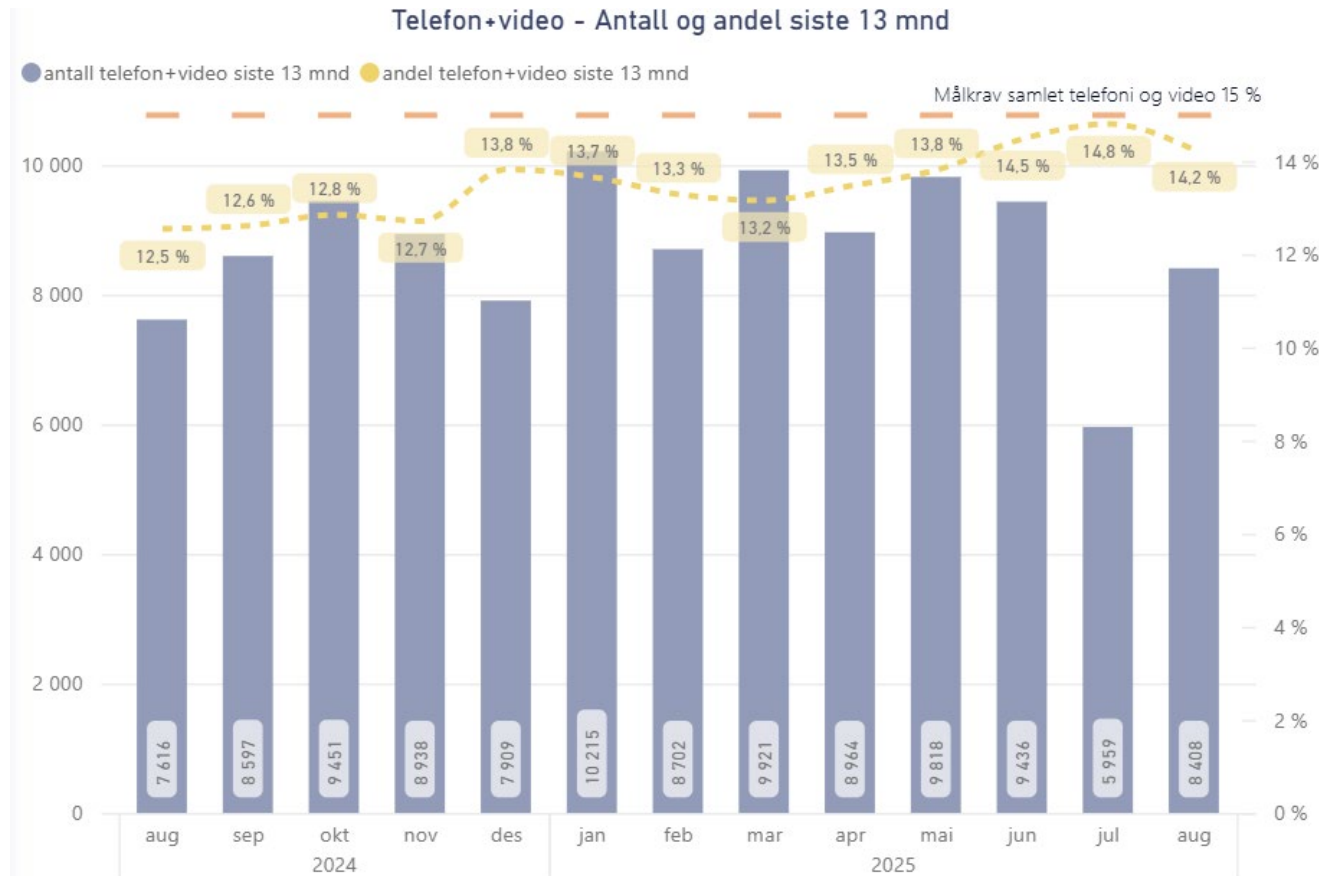
Risikovurdering – bestilling i OBD vedr. klima og miljø om å redusere forbruk av usterile hansker

Risikovurdering	Beskrivelse av risiko
Moderat	Vestre Viken har vedtatt å redusere forbruk av usterile hansker med 30 % innen utgangen av 2026. Arbeidet inkluderer endring av vaner, holdninger, kompetanse og prosedyrer. Implementeringen kan ta mer tid enn antatt. Erfaringer fra pilotprosjekt på OUS, viser at type hanskedispenser har betydning for å få forbruket tilstrekkelig ned. Dagens leverandøravtale bør revurderes dersom målet skal oppnås.
Risikovurdering etter tiltak	Beskrivelse av tiltak
Liten	Arbeidet starter med to piloter, en på Ringerike og en på Bærum sykehus. Smittevern bistår med opplæring, kompetanseheving i rett hanskebruk og målinger. Opplæringen breddes ut i VV i 2026 via smittevernkontaktprogrammet. Den nasjonale tiltaksbanken Grønt sykehus brukes som verktøy.

Risikovurdering – bestilling i OBD vedr. klima og miljø om å redusere og fase ut bruk av engangs varmekjapper

Risikovurdering	Beskrivelse av risiko
Moderat	Vestre Viken jobber med en plan for å fase ut engangsvarmekjapper så raskt som mulig, og senest innen utgangen av 2026. Arbeidet inkluderer endring av vaner, holdninger, kompetanse og prosedyrer. Implementeringen kan ta mer tid enn antatt. Ved utfasing av engangsvarmekjapper uten annet alternativ, kan ansatte oppleve å fryse på jobb og eventuelt ta i bruk eget privat tøy som ikke er i tråd med smittevern.
Risikovurdering etter tiltak	Beskrivelse av tiltak
Liten	- Alternative løsninger er utredet og drøftet i medvirkningsmøte 11. September. Sak fremmes for beslutning i foretaksledelsen. - Det skal gjennomføres en informasjonskampanje høsten 2025 (tentativt november 2025) i samarbeid med deltakere i det regionale miljønettverket.

Telefon- og videokonsultasjoner



Status

Somatikk: Økt andel gjennom året, fortsatt under målet om 15%.

PHR: Andel telefon og videokonsultasjoner i PHR er 21 % per august. Klinikken har et mål om minimum 20 % og er dermed på plan.

Tiltak

Somatikk: Pågående innsats fra flere hold, både frikjøpt ressurs som fra mai har spesifikt arbeide ut mot poliklinikkene for å øke andelen video- og telefonkonsultasjoner. Etter sommeren er også ventetidsteamets innsats vært rettet mot optimalisering av poliklinisk virksomhet hvor både økt DHO-andel og tilbud om video/telefon-konsultasjoner er prioriterte tiltak.

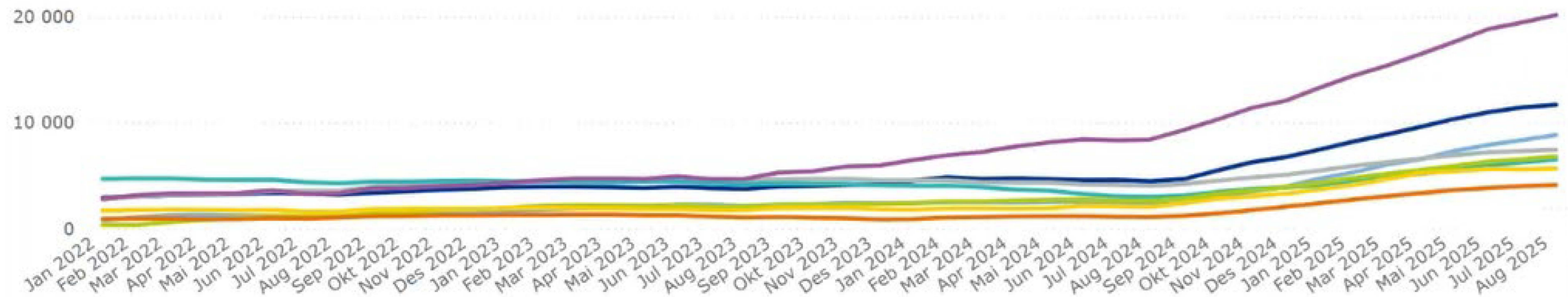
PHR: Pågående tiltak for å øke andelen videokonsultasjoner, som å tilby video ved avbestilling og øke aktiviteten innenfor eBehandling (digitalt).



Digital hjemmeoppfølging (DHO)

Antall unike pasienter i CheckWare med aktiv behandling

Helseforetak ● AHUSHF ● OUSHF ● SIHF ● SIVHF ● SOHF ● SSHF ● STHF ● VVHF





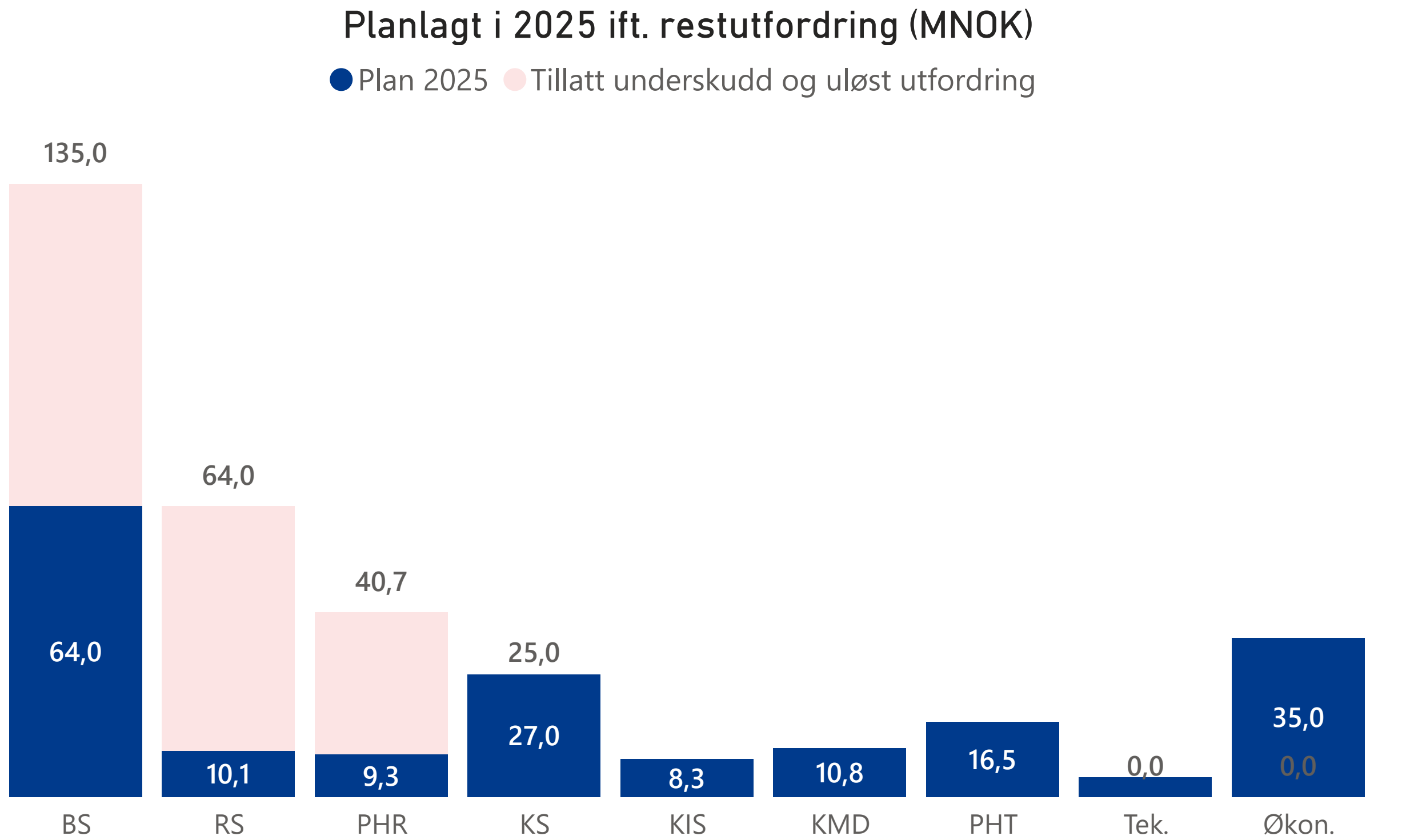
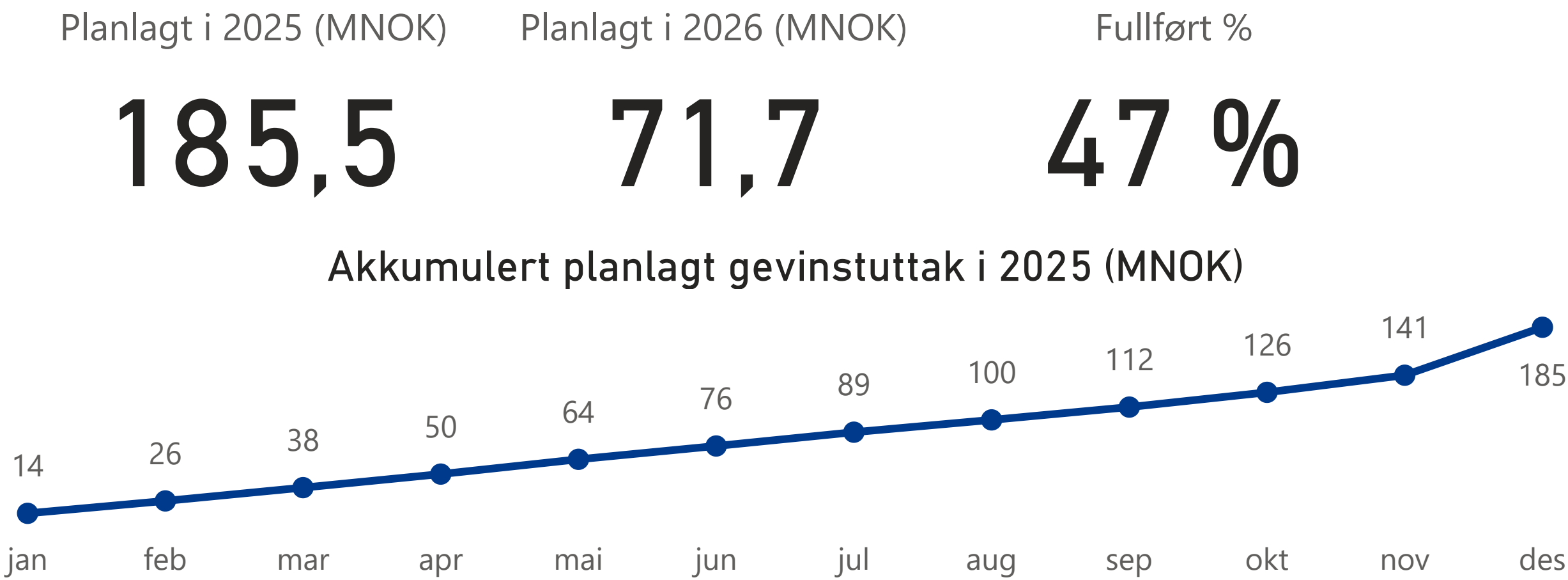
Statusrapport

Handlingsplan for bærekraftig utvikling

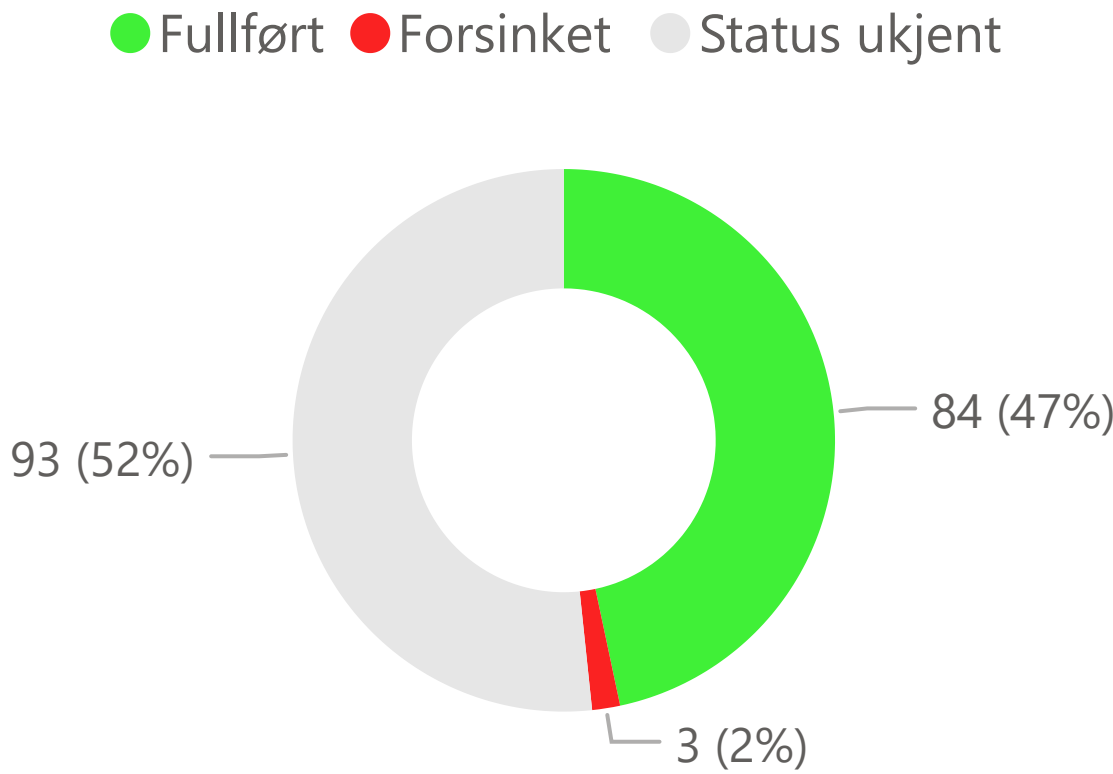
August 2025



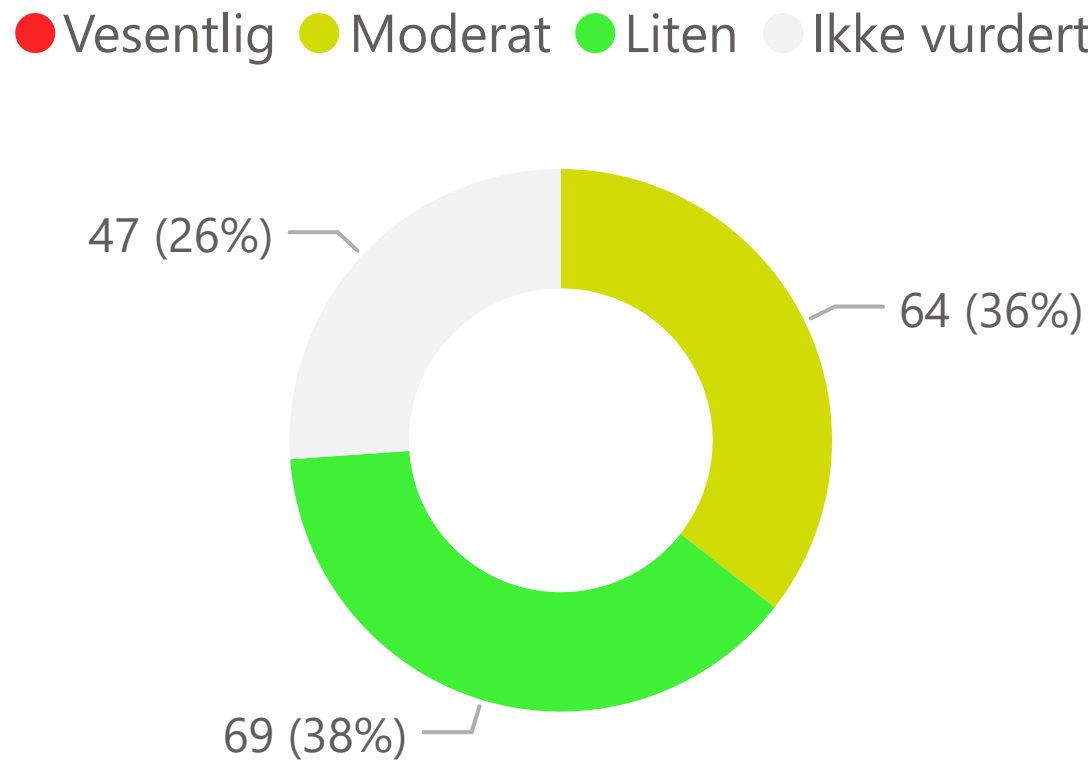
Alle monetære verdier i denne rapporten er oppgitt i MNOK.



Status på gjennomføring av planen



Risikoprofil



Klinikk	Fullført %	Risiko	Restutfordring	Planlagt 2025	Planlagt 2026
Bærum sykehus	52,4 %		-135,00	64,01	
Ringerike sykehus	65,4 %		-64,00	10,14	
PHR	64,9 %		-40,70	9,32	40,80
Kongsberg sykehus	33,3 %		-25,00	26,97	
FellesØkonomi	37,9 %		0,00	35,03	10,00
KIS	27,8 %		0,00	8,33	6,10
KMD	25,8 %		0,00	10,81	14,80
Teknologi	25,0 %		0,00	4,39	
PHT	62,5 %		9,20	16,50	
Totalt	46,7 %			185,49	71,70

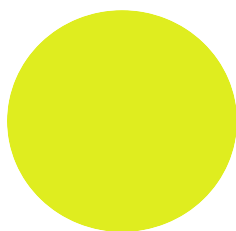
På grunn av komplekse prosesser knyttet til innflytting i NSD, som innebærer både organisatoriske og prosessuelle endringer, rapporterer ikke Drammen sykehus på gjennomføringen av bærekraftsplanen i 2025.

Overordnet status

Planlagt i 2025 (MNOK)

Restutfordring

Fullført %



64,0

-135,0

(ingen endring ift. juli)

52 %

Kommentar

Sist kommentert 10.09.2025

Det negativt avvik i august er tilknyttet til medikament kostnader (særlig kreft og hematologiske medikamenter) og ferievikarer og vikarer ved sykdom utover budsjett. Analyse av bemannende timer viser likevel redusert bruk av både vanlige timer og overtidstimer målt mot foregående år. Selv om resultat fortsatt er negativt, kan klinikken hittil vise til en forbedring på ca. 22,7 MNOK (39 MNOK uten ventetidsløftet og medikament kostnader) målt mot i fjor. Dette er en resultat av klinikkens handlingsplan inkludert strukturelle endringer implementert i januar 2024. Tett oppfølging av sykefravær fortsetter og vi ser effekt av arbeidet. Det pågår fortsatt prosess tilknyttet strukturelle endringer ved MED som berører ca. 1/2 klinikk BS.

Planlagt ift. utfordring

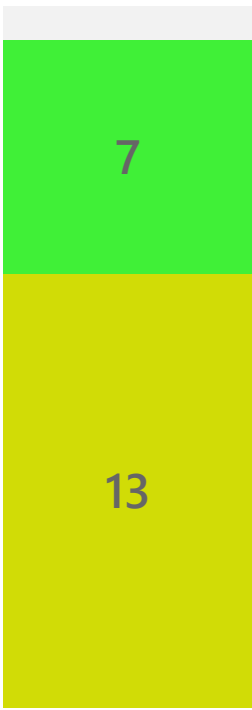
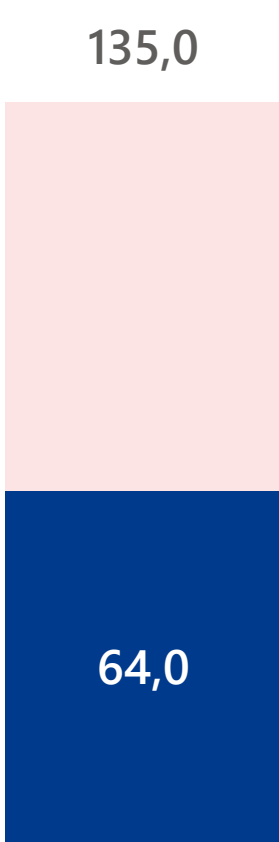
Risikoprofil

Status på gjennomføring

Plan 2025 Utfordring

Vesentlig Moderat Liten

Fullført Forsinket Pågår



Tiltak/Aktivitet

Planlagt start

Planlagt slutt

Status

Risiko

Planlagt 2025

Planlagt 2026

BS

Sengeposter og bemanning

Engangseffekter

Optimalisere poliklinikk, redusert ventetider og økt aktivitet der det er relevant

Aktivitet døgn MED

AKU

Revisjon av pasientforløp og reduksjon liggetid

Operasjonsaktivitet SOP

Operasjonsaktivitet dagkirurgen

Endring ferieavvikling og bemanning i lavdriftsperioder.

01.01.2023

31.12.2025

✓

■

64,01

01.11.2023

31.12.2025

✓

■

39,45

01.10.2024

31.12.2025

✓

■

11,70

01.01.2023

31.12.2025

✓

■

4,96

01.01.2024

31.12.2025

■

2,00

01.06.2024

31.12.2025

✓

■

2,00

01.10.2024

30.06.2025

✓

■

1,50

04.09.2023

31.12.2025

■

0,90

01.05.2023

31.12.2025

■

0,80

01.03.2025

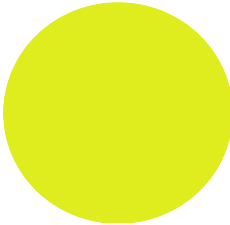
01.06.2025

✓

■

0,70

Overordnet status



Planlagt i 2025 (MNOK)

10,1

Restutfordring

-64,0

(ingen endring ift. juli)

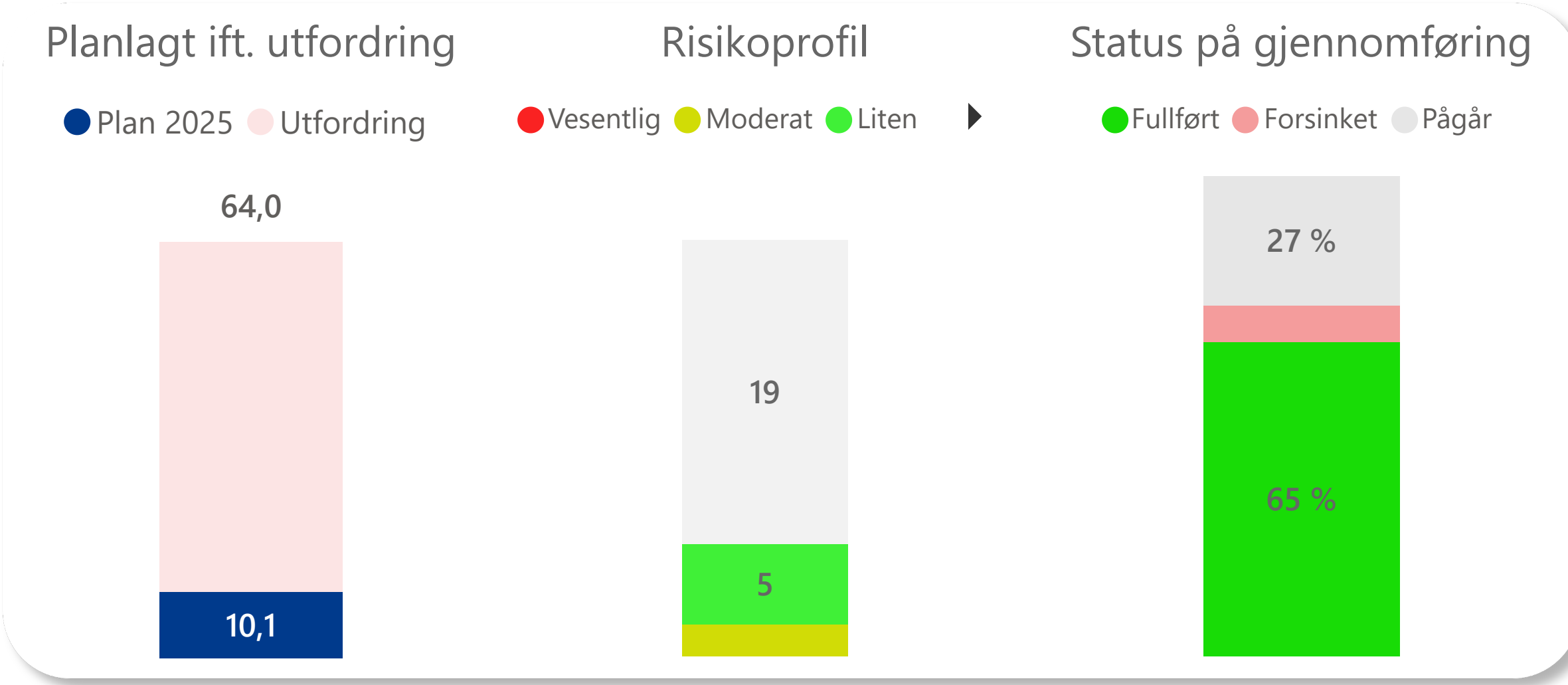
Fullført %

65 %

Kommentar

Sist kommentert 10.09.2025

Tiltak knyttet til aktivitet går som planlagt.
Tiltak rundt sykefravær er forsinket og vil ikke få planlagt effekt i 2025.



Tiltak/Aktivitet	Planlagt start	Planlagt slutt	Status	Risiko	Planlagt 2025	Planlagt 2026
RS	01.01.2025	31.12.2025			10,14	
Endringer i drift fra P24	01.02.2025	31.12.2025			4,00	
Robotkirurgi KIR	01.01.2025	31.12.2025			2,98	
Redusere sykefravær med 1%	01.01.2025	31.12.2025			2,00	
Øke antall kneproteser	01.01.2025	31.12.2025			0,44	
Robotkirurgi GYN	01.02.2025	31.12.2025			0,40	
LUNA fødetilbud	01.01.2025	31.12.2025			0,32	

Overordnet status

Planlagt i 2025 (MNOK)

27,0

Restutfordring

-25,0

(ingen endring ift. juli)

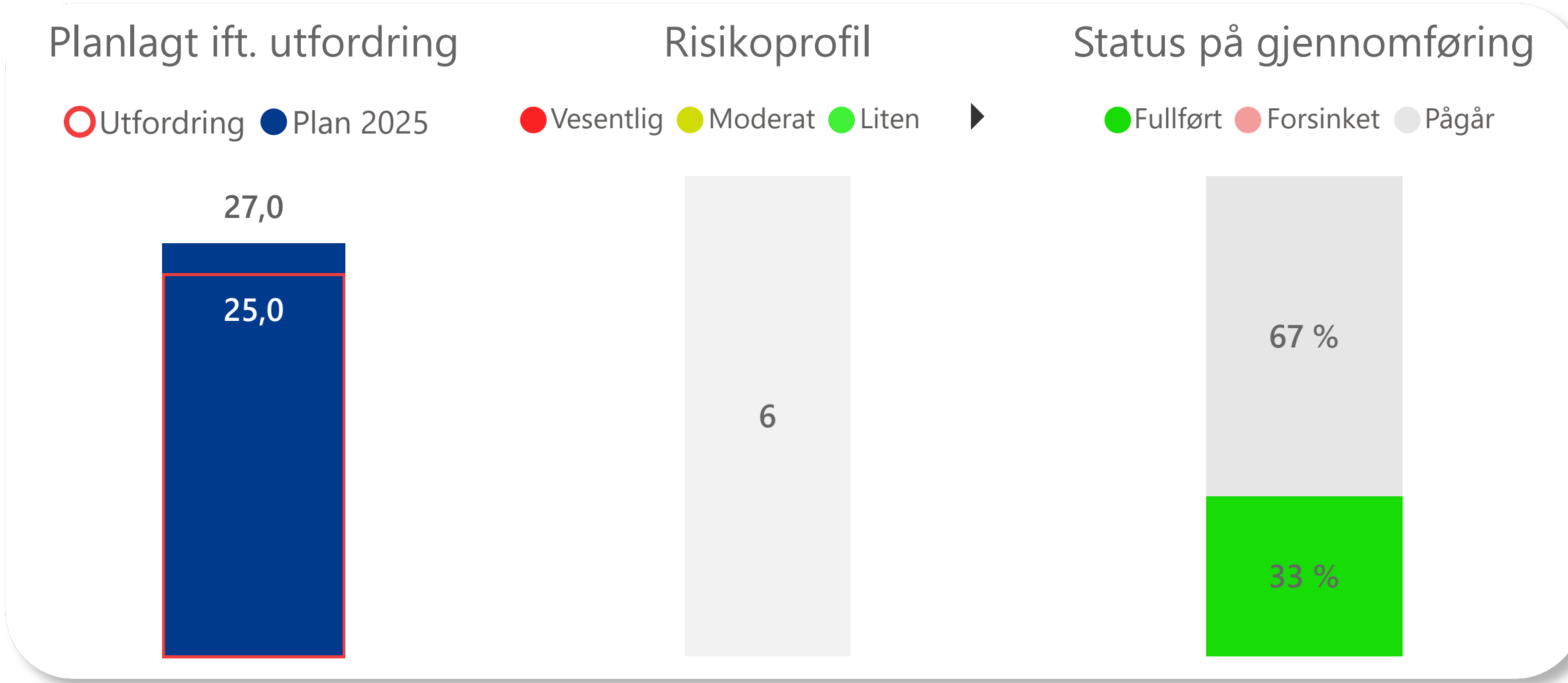
Fullført %

33 %

Kommentar

Sist kommentert 11.09.2025

Arbeid med handlingsplaner har gitt betydelig gevinst, men noe lavere enn planlagt. Arbeid fortsetter med å finne tiltak rettet mot kostnadssiden.



Tiltak/Aktivitet	Planlagt start	Planlagt slutt	Status	Risiko	Planlagt 2025	Planlagt 2026
KS	31.12.2024	01.01.2026	✓		26,97	
Økt operativ aktivitet					10,03	
Tilpasning bemanning pleie					9,48	
Ledigholde stilling i stab/klinikkledelsen	07.03.2025	07.03.2025	✓		0,49	
Felles scope-vakt Intensiv VVHF	01.01.2026	01.01.2026			6,00	
Endre pasientflyt øhjelp	31.12.2024	31.12.2024	✓		0,97	

Overordnet status

Kommentar

Planlagt i 2025 (MNOK)

8,3

Restutfordring

0,0

Fullført %

28 %

Sist kommentert 13.08.2025

Økonomien er fremdeles i balanse og den gode trenden med nedgang i sykefravær fortsetter. Den gode trenden på sykefravær gjør at prognosen for månedsverk har liten risiko. God kontroll på pukkelkostnadene, skal følges opp nøye under høsten ved oppstart av NSD. Energiforbruket har hatt en positiv trend siste månedene og følger nå målet. Ligger noe etter i produksjon knyttet til eiendomsprosjekter, som skal følges opp.



Tiltak/Aktivitet	Planlagt start	Planlagt slutt	Status	Risiko	Planlagt 2025	Planlagt 2026
KIS	11.09.2023	31.12.2026			8,33	6,10
Arealeffektivisering	18.09.2023	01.11.2023			0,00	
Avvikle leieavtale Rosenkrantzgata 11					0,80	
Budsjettoppfølging - sikre effekt av tiltak	01.01.2025	31.12.2025			4,25	
Gj.føre tiltak, utskifting av 60% av lyskilder, til LED lyskilder, trinnvis '24 - '26. EU-krav om utskifting av alle lyskilder som ikke er LED lyskilder. Innføring av LED-belysning forventes å medføre energibesparelser.	01.01.2024	31.12.2026			2,28	2,00
Grønn mobilitet. Hensikt er å redusere CO2-utslipp ved å øke kollektivbruk og sykkel/gange ,minke bilbruk til/fra jobb, øke tilgj.het til p-plasser for pasienter, besøkende og ansatte som trenger det.	11.09.2023	31.12.2025			1,00	1,00
Krav knyttet til Gevinsrealiseringsplan NSD fom 2017, dvs definert i årsverk. KIS har tatt ut gevinster i årsverk før 2024, som må synliggjøres. Det er gjennomført nedtak av bemanning i renhold som tilvarer mer enn 6,5 MNOK før 2025. Dette er foreløpig ikke hensyntatt i gevinstplanen.					0,00	3,10

Overordnet status

Kommentar

Planlagt i 2025 (MNOK)

9,3

Restutfordring

-40,7

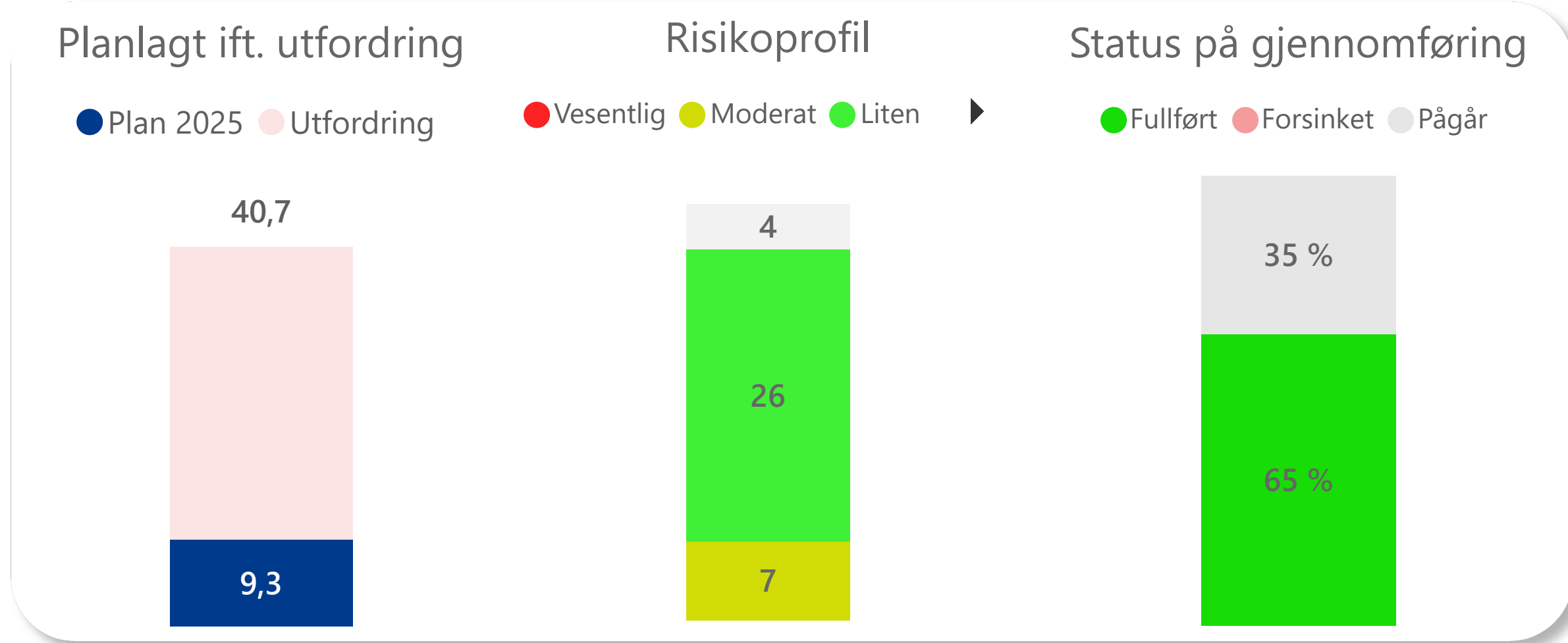
(ingen endring ift. juli)

Fullført %

65 %

Sist kommentert 08.09.2025

2025 går etter plan så langt mht gevinstrealisering. Budsjettarbeidet er i gang - og det vil bli lagt planer for 2026 for å oppnå resultater i tråd med utgangspunkt i tiltakene som er beskrevet i bærekraftsplanen for PHR. I forbindelse med omstilling er det fortsatt stillinger på topp utover bemanningsplanene. Dette følges tett fremover også, men vil fortsatt utgjøre en viss risiko mht forsinket uttak av gevinster i 2026.



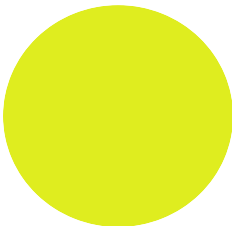
Tiltak/Aktivitet	Planlagt start	Planlagt slutt	Status	Risiko	Planlagt 2025	Planlagt 2026
PHR		01.02.2026	✓	■	9,32	40,80
Nye bemanningsplaner sykehuspsykiatrien i NSD		01.11.2024	✓	■	2,32	4,70
Slutføre omstilling BUPA i NSD		01.01.2025	✓	■	15,00	
Omstilling DPS døgn fra 5 til 3 lokasjoner		25.04.2025	✓	■	7,30	35,70
Samling av ARA på Konnerud		05.06.2025	✓	■	1,83	8,20
Opprette seksjon Akutt 4 NSD		24.08.2025	✓	■	-16,30	-20,70
Opprette seksjon Rusakutt NSD		26.08.2025	✓	■	-2,08	-2,90
Ny driftsmodell BET		01.09.2025	✓	■	1,25	3,80
Fremtidens kontortjeneste/ helselogistikk-løsninger		01.10.2025		■	0,00	3,00
Ny driftsmodell SUA		01.01.2026		■	0,00	7,00
Styrke poliklinikk DPS		01.01.2026		■	0,00	-20,00
Digitalisering		01.02.2026		■	0,00	5,00
Forventet inntektsvekst ved styrking av poliklinikk DPS		01.02.2026		■	0,00	7,00
Utvikling av teammodeller etter innflytting NSD		01.02.2026		■	0,00	5,00
Videre arbeid med oppgaveglidning		01.02.2026		■	0,00	5,00

Overordnet status

Planlagt i 2025 (MNOK)

Restutfordring

Fullført %



10,8

0,0

26 %

Kommentar

Sist kommentert 08.09.2025

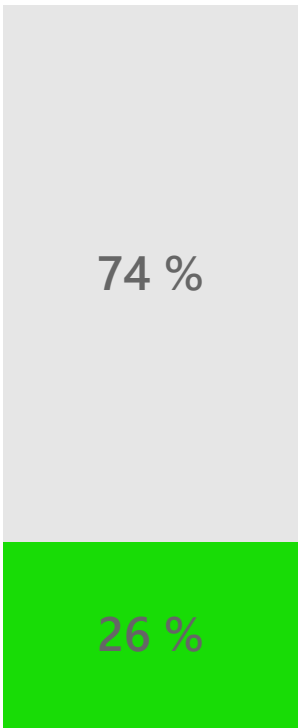
Mye går bra fremover, men ingen tvil NSD fokus betyr noen ting går litt saktere en periode.

Planlagt ift. utfordring

Risikoprofil

Status på gjennomføring

Plan 2025 Utfordring Vesentlig Moderat Liten Fullført Forsinket Pågår



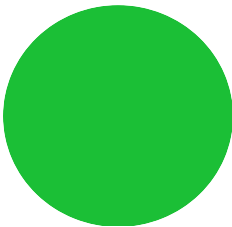
Tiltak/Aktivitet	Planlagt start	Planlagt slutt	Status	Risiko	Planlagt 2025	Planlagt 2026
KMD	01.03.2024	31.12.2026	✓	■	10,81	14,80
Felles analysehall	01.10.2024	31.12.2026	✓	■	6,14	6,50
Riktig Bruk Lab og Bilde	01.03.2024	30.12.2026		■	2,64	2,00
Kunstig intelligens innen bildediagnostikk	01.08.2024	01.05.2026	✓	■	1,73	3,20
Sammen om pasienten					0,30	1,30
Endre arkivering av restmateriale fra makroskopisk undersøkelse	01.11.2025			■	0,00	0,60
Kontortjeneste Bilde	01.11.2025	01.03.2026		■	0,00	0,90
PAT KI	01.01.2026			■	0,00	0,30

Overordnet status

Planlagt i 2025 (MNOK)

Restutfordring

Fullført %



16,5

9,2

63 %

Kommentar

Sist kommentert 13.08.2025

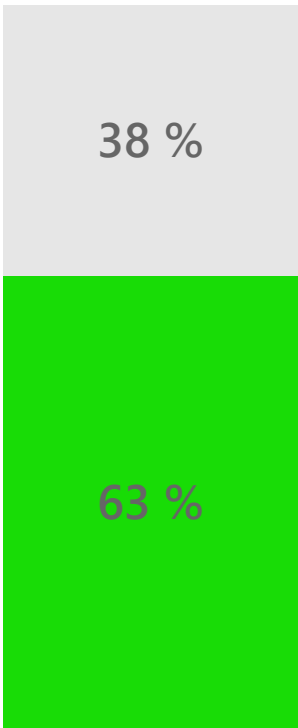
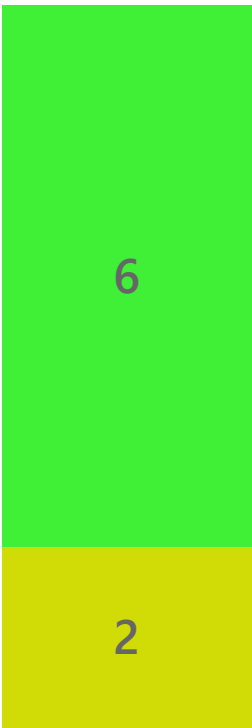
Klinikken er i henhold til plan i rute.

Planlagt ift. utfordring

Risikoprofil

Status på gjennomføring

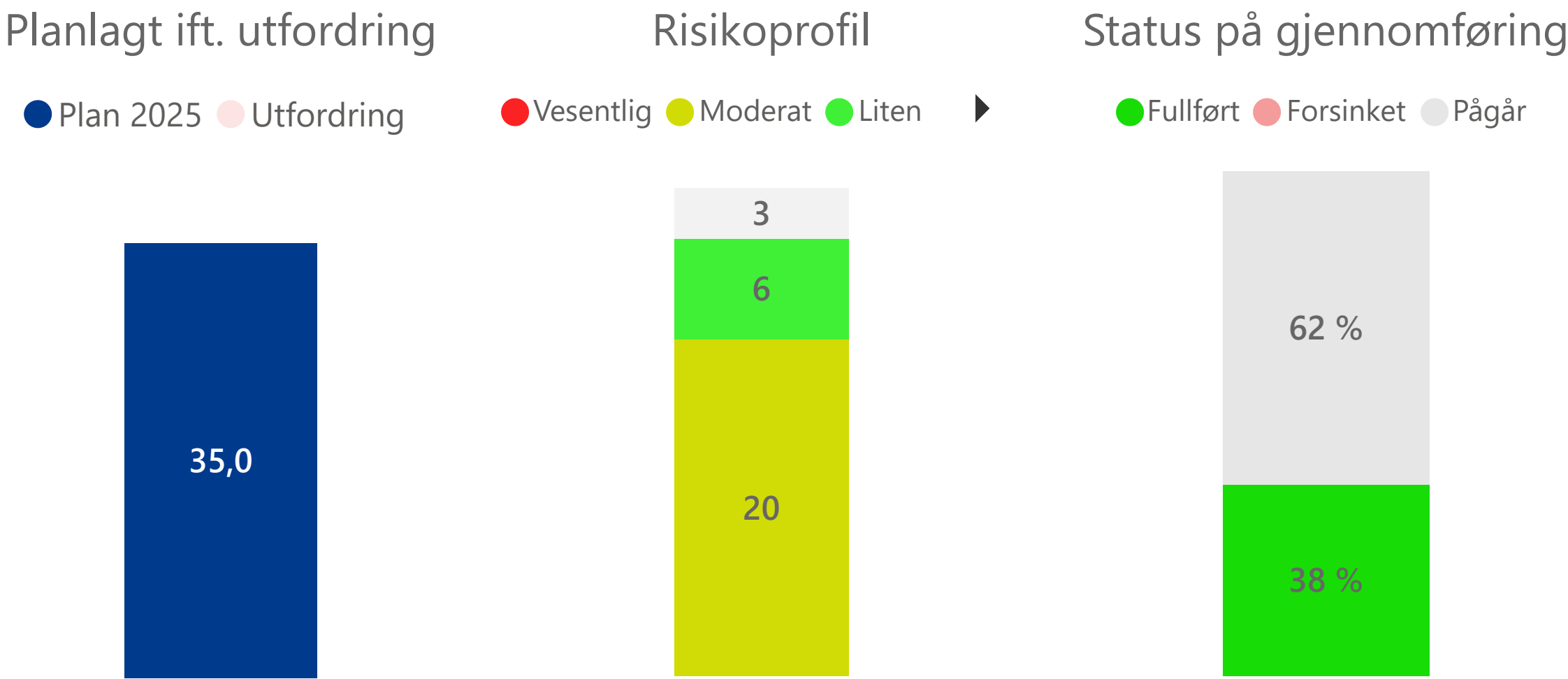
Plan 2025 Utfordring Vesentlig Moderat Liten Fullført Forsinket Pågår



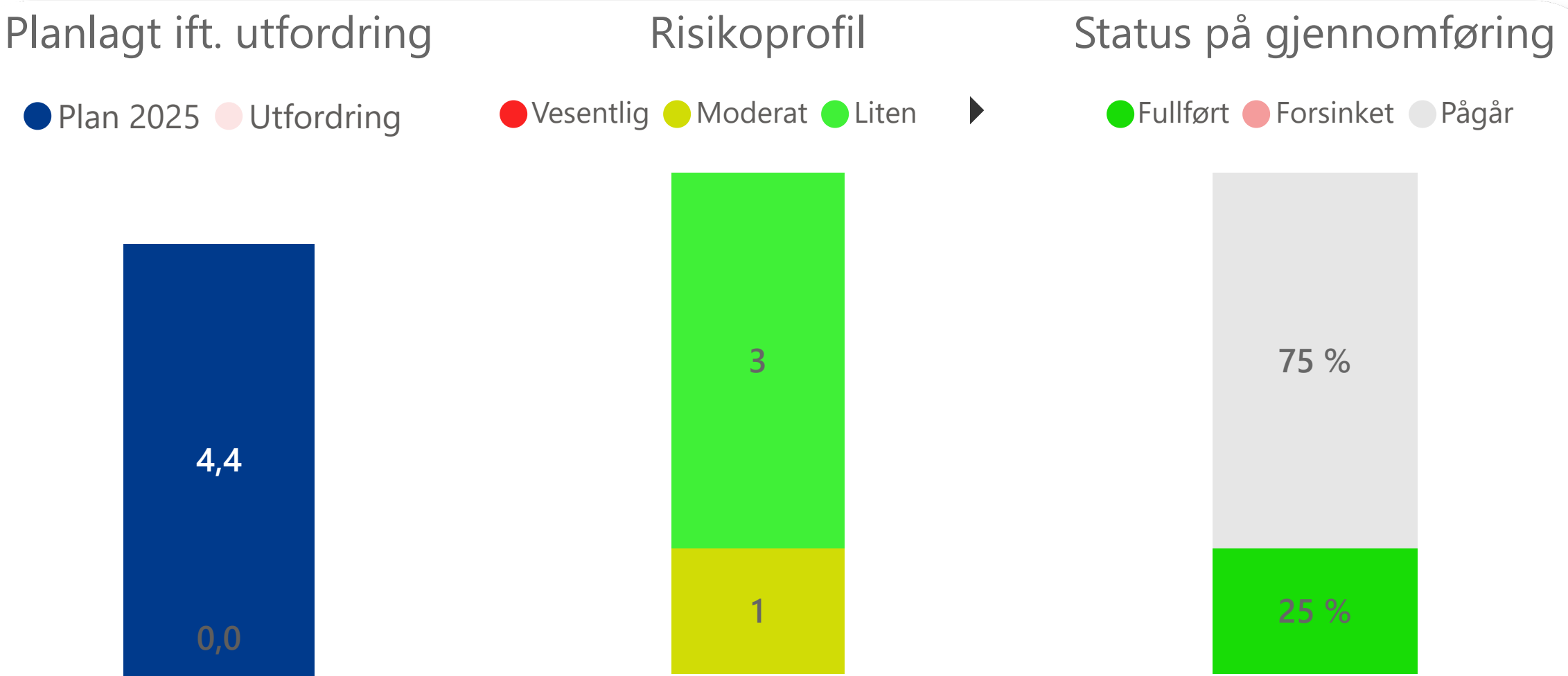
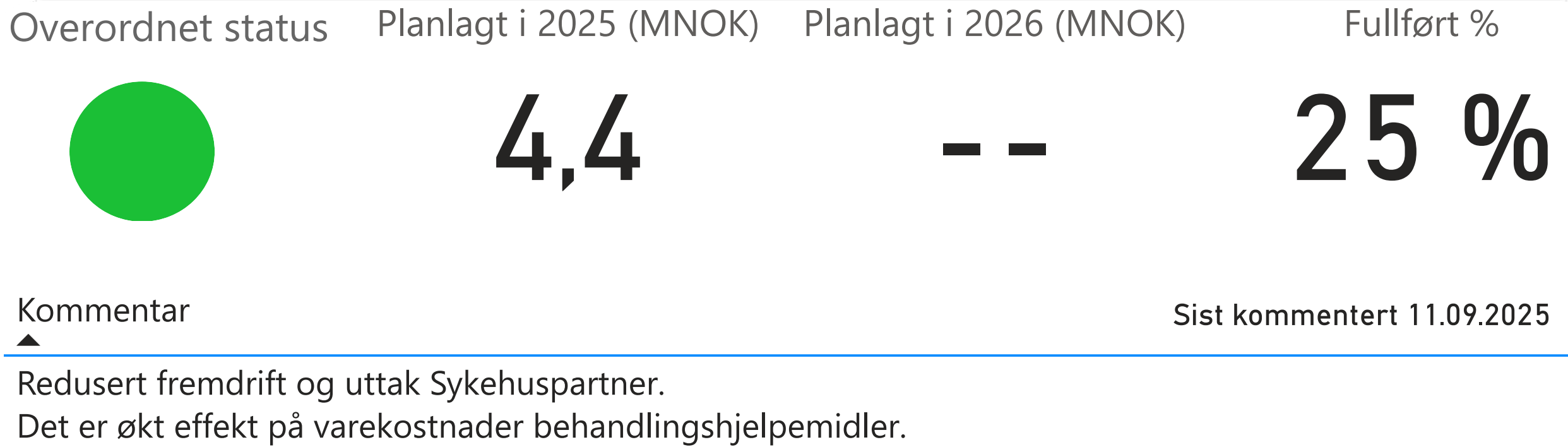
Tiltak/Aktivitet	Planlagt start	Planlagt slutt	Status	Risiko	Planlagt 2025	Planlagt 2026
PHT	01.04.2015	31.12.2026	✓	🚩	16,50	
720 Ambulansetjenessten	01.04.2015	31.12.2026	✓	🚩	4,50	
Kostnadsbesparelse endring i opplæring ved bruk av VR	01.05.2025	31.12.2026		🚩	1,13	
Kostnadsbesparelse endring seksjonene og redusert frikjøp	01.05.2025	31.12.2025		🚩	1,38	
Kostnadsbesparelse endring stillingskategori v/ turnover	01.04.2015	31.12.2025	✓	🚩	0,20	
Kostnadsbesparelse håndtere VR utvikling uten frikjøp	01.04.2015	31.12.2025	✓	🚩	0,35	
Kostnadsbesparelse innstille 1 ambulanse i sommerferieperioden	01.08.2025	30.09.2025	✓	🚩	0,50	
Kostnadsbesparelse redusert øvelse PLiVO / CBRNE	01.05.2025	31.12.2025		🚩	0,44	
Kostnadsbesparelse tilpasning i Pasientreiser og AMK	01.05.2025	31.12.2025	✓	🚩	0,50	
PHT Bærekraftsplan			✓	🚩	12,00	
Kostnadsunngåelse. Antall ambulanser økes ikke			✓	🚩	12,00	



På legemiddelområdet har høykostgruppen rapportert realisert gevinst på 47,69 MNOK ved utganger av august. Dette er 24,27 MNOK over budsjett som er 23,40. Årsaken er kraftig prisfall på flere legemidler fra 2024 som vi ser effekten av. I tillegg er det kommet fem nye avtaler i 2025 der bytte er utført raskt.



Tiltak/Aktivitet	Planlagt start	Planlagt slutt	Status	Risiko	Planlagt 2025	Planlagt 2026
FellesØkonomi	01.01.2023	31.12.2026	✓	■	35,03	10,00
2.12 Forbruksvarer	14.08.2023	31.12.2025	✓	■	0,00	
2.13 Legemidler	01.01.2023	31.12.2026	✓	■	35,03	10,00
Samfunnsansvar	20.06.2023	31.12.2025		■	0,00	

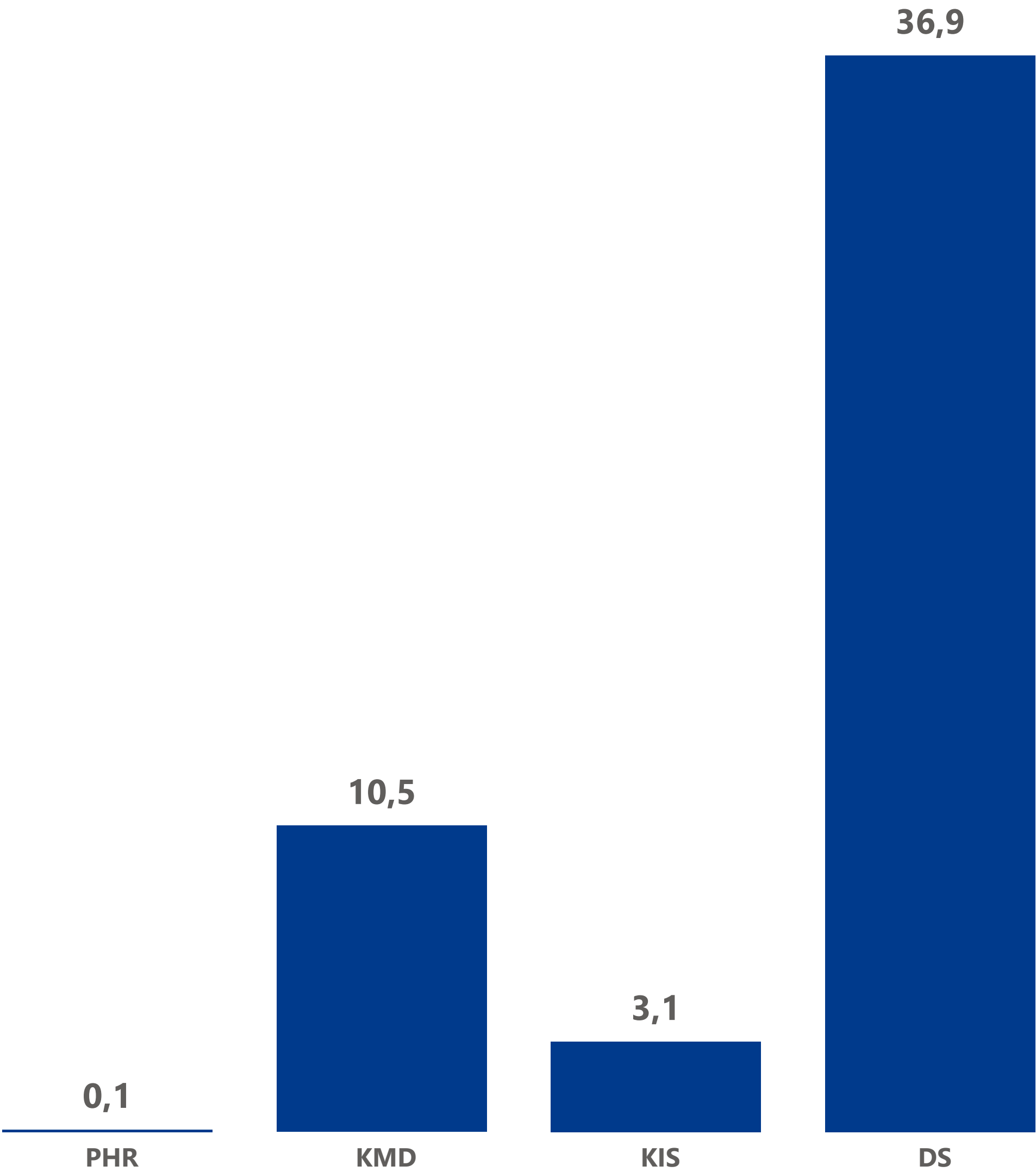


Tiltak/Aktivitet	Planlagt start	Planlagt slutt	Status	Risiko	Planlagt 2025	Planlagt 2026
Teknologi	06.01.2025	31.12.2025	✓	🚩	4,39	
Kostnadsreduserende tiltak	06.01.2025	31.12.2025	✓	🚩	4,39	
Avtalelojalitet VVHF, risikoreduserende tiltak, unngåelse av bot	06.01.2025	31.12.2025		🚩	0,00	
IKT kostnader, reduserende tiltak	06.01.2025	31.12.2025		🚩	0,79	
MTU Serviceavtale	06.01.2025	31.12.2025	✓	🚩	0,00	
Varekostnader, reduserende tiltak	06.01.2025	31.12.2025		🚩	3,60	

Planlagt 2025 - 2027 (Periodisert)

Klinikk ▼	Planlagt i 2025	Planlagt i 2026	Planlagt i 2027
PHR	0,2	-0,1	
Utvikling av teammodeller etter innflytting NSD		5,0	
Slutføre omstilling BUPA i NSD	15,0		
Opprette seksjon Rusakutt NSD	-2,1	-2,9	
Opprette seksjon Akutt 4 NSD	-16,3	-20,7	
Nye bemanningsplaner sykehuspsykiatrien i NSD	2,3	4,7	
Ny driftsmodell SUA		7,0	
Ny driftsmodell BET	1,2	3,8	
Fremtidens kontortjeneste/ helselogistikk-løsninger		3,0	
KMD	1,9	7,3	1,3
Kontortjeneste Bilde		0,9	1,3
Felles analysehall	1,9	5,8	
Endre arkivering av restmateriale fra makroskopisk undersøkelse		0,6	
KIS	0,0	3,1	
Krav knyttet til Gevinsrealiseringsplan NSD fom 2017, dvs definert i årsverk. KIS har tatt ut gevinster i årsverk før 2024, som må synliggjøres. Det er gjennomført nedtak av bemanning i renhold som tilvarer mer enn 6,5 MNOK før 2025. Dette er foreløpig ikke hensyntatt i gevinstplanen.		3,1	
DS	16,1	20,8	
10-3 Bedre utnyttelse av poliklinisk kapasitet	10,2	5,9	
10-2 Bemanning døgnområdet NSD	5,5	13,6	
10-10 Dagkirurgisk kapasitet	0,4	1,3	
Totalt	18,2	31,1	1,3

Planlagt 2025 - 2027 (Totalt)



Planlagt i 2026 (MNOK)

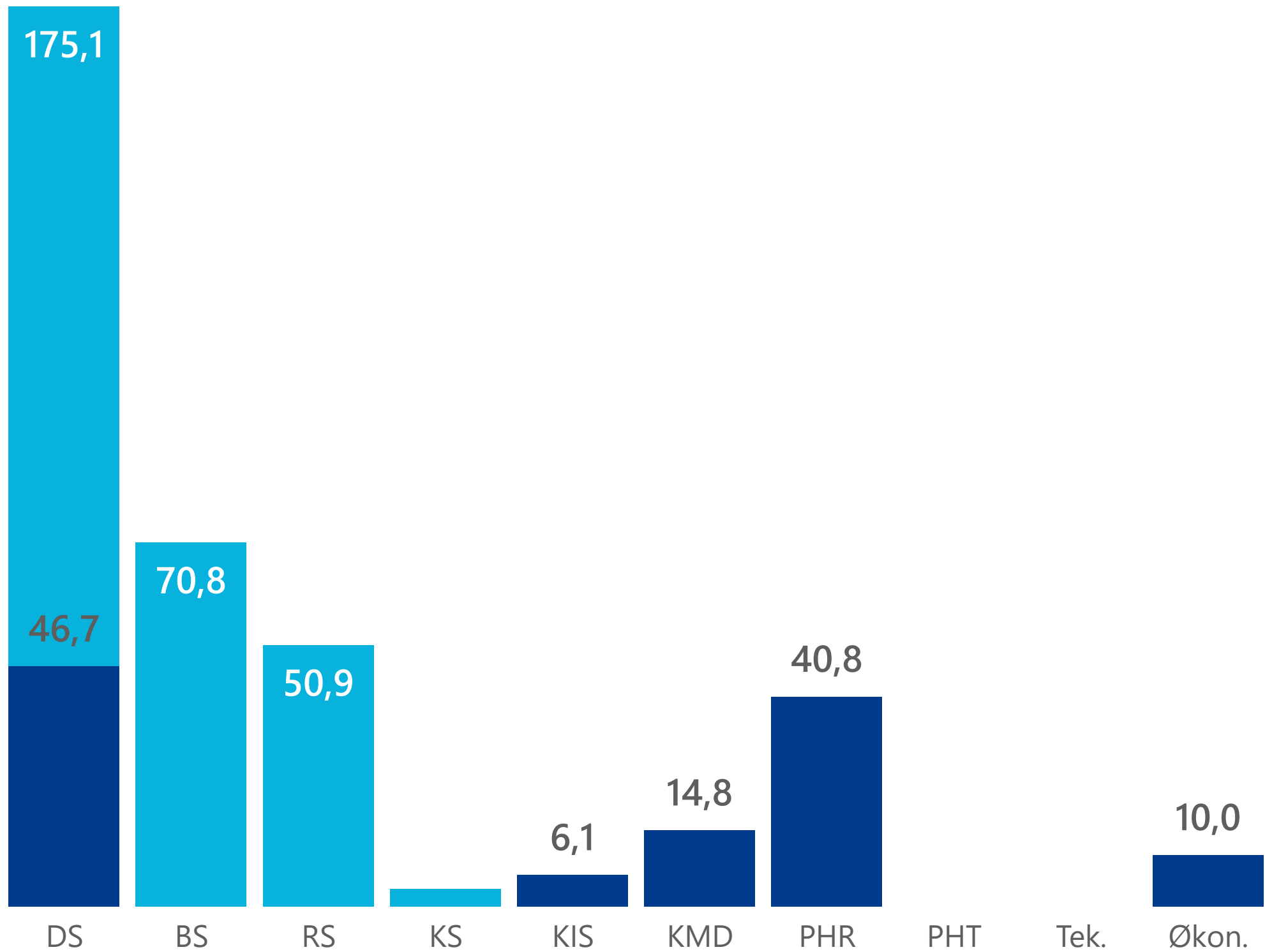
118,4

Fullført %

39 %

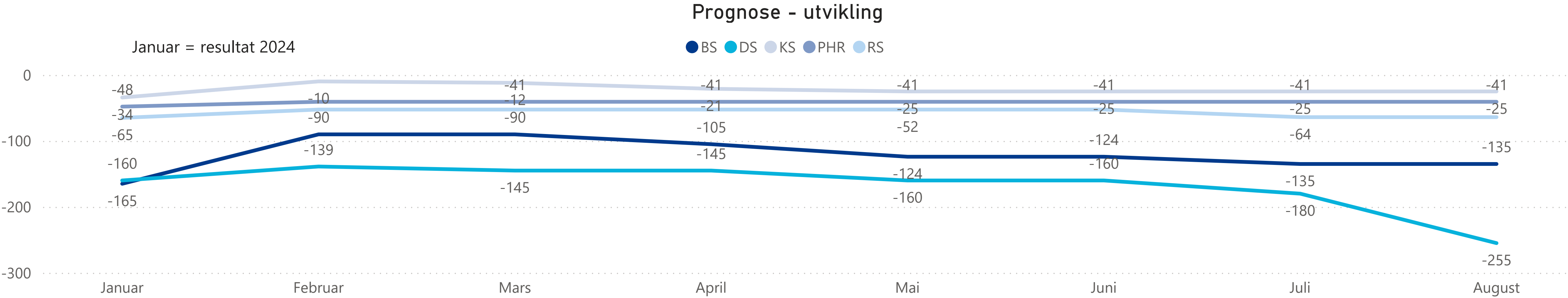
Planlagt i 2026 ift. restutfordring (MNOK)

● Planlagt i 2026 ● Restutfordring 2027



Klinikk	Fullført %	Risiko	Planlagt 2026
DS	4,5 %		46,69
10-1 Varekostnader			4,38
10-10 Dagkirurgisk kapasitet			1,32
10-2 Bemanning døgnområdet NSD	14,3 %		26,59
10-3 Bedre utnyttelse av poliklinisk kapasitet			10,40
10-5 Bedre kapasitet sentraloperasjon			4,00
FellesØkonomi	40,9 %		10,00
2.13 Legemidler	40,9 %		10,00
KIS	22,2 %		6,10
Gj.føre tiltak, utskifting av 60% av lyskilder, til LED lyskilder, trinnvis '24 - '26. EU-krav om utskifting av a			2,00
Grønn mobilitet. Hensikt er å redusere CO2-utslipp ved å øke kollektivbruk og sykkel/gange ,minke bilbruk til/fra	40,0 %		1,00
Krav knyttet til Gevinsrealiseringsplan NSD fom 2017, dvs definert i årsverk. KIS har tatt ut gevinster i årsverk			3,10
KMD	24,0 %		14,80
Endre arkivering av restmateriale fra makroskopisk undersøkelse			0,60
Felles analysehall	60,0 %		6,50
Kontortjeneste Bilde			0,90
Kunstig intelligens innen bildediagnostikk	42,9 %		3,20
PAT KI			0,30
Riktig Bruk Lab og Bilde			2,00
Sammen om pasienten			1,30
PHR	63,9 %		40,80
Digitalisering			5,00
Forventet inntektsvekst ved styrking av poliklinikk DPS			7,00
Fremtidens kontortjeneste/ helselogistikk-løsninger			3,00
Ny driftsmodell BET	100,0 %		3,80
Ny driftsmodell SUA			7,00
Nye bemanningsplaner sykehuspsykiatrien i NSD	100,0 %		4,70
Omstilling DPS døgn fra 5 til 3 lokasjoner	100,0 %		35,70
Opprette seksjon Akutt 4 NSD	100,0 %		-20,70
Opprette seksjon Rusakutt NSD	100,0 %		-2,90
Samling av ARA på Konnerud	100,0 %		8,20
Styrke poliklinikk DPS			-20,00
Utvikling av teammodeller etter innflytting NSD			5,00
Videre arbeid med oppgaveglidning			5,00

Klinikk	Opprinnelig mål 2024	Opprinnelig mål 2025	Opprinnelig mål 2026	Opprinnelig TOTALT	Resultatmål 2024	Resultatmål 2025	Resultatmål 2026	Prognose 2025	Revidert mål 2025	Revidert mål 2026	Estimert restuttfordring 2026	Estimert restuttfordring 2027	Avvik fra mål 2025	Avvik fra mål 2026
Drammen sykehus	0,00	0,00	35,70	35,70	0,00	0,00	-21,20	-255,00	31,06	46,69	-223,94	-177,25	-223,94	-156,05
Bærum sykehus	0,00	0,00	16,00	16,00	0,00	0,00	-24,10	-135,00	64,01		-70,99	-70,99	-70,99	-46,89
Ringerike sykehus	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-22,40	-64,00	10,14		-53,86	-53,86	-53,86	-31,46
PHR	0,00	0,00	40,70	40,70	0,00	0,00	0,00	-40,70	9,32	40,80	-31,38	9,42	-31,38	9,42
Kongsberg sykehus	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11,90	-25,00	26,97		1,97	1,97	1,97	-9,93
Teknologi	1,90	5,30	3,40	10,60	0,00	5,30	8,70	0,00	4,39		4,39	4,39	-0,92	-4,32
KIS	0,00	0,00	5,10	5,10	0,00	0,00	11,20	0,00	8,33	6,10	8,33	14,43	8,33	3,23
KMD	0,00	0,00	30,10	30,10	0,00	0,00	25,30	0,00	10,81	14,80	10,81	25,61	10,81	0,31
PHT	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-9,00	9,20	16,50		25,70	25,70	25,70	34,70
FellesØkonomi	15,00	6,00		21,00		6,00	6,00	0,00	35,03	10,00	35,03	45,03	29,03	39,03
Totalt	16,90	11,30	131,00	159,20	0,00	11,30	-13,60		216,55	118,39	-293,95	-175,56	-305,25	-161,96





Dato: 22. september 2025
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Investeringer i VVHF 2026

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	83/2025	29.09.2025

Forslag til vedtak

Styret ber administrerende direktør fremme en søknad om utvidet investeringsramme med 160 MNOK for budsjett 2026.

Drammen, 22. september 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Kort oppsummering av saken

Foretaket står overfor en krevende økonomisk situasjon med begrensede investeringsmidler. Tidligere vedtak har uttrykt bekymring for konsekvenser ved lavt investeringsnivå, særlig knyttet til risiko for driftsstans og teknisk forfall.

Samlet investeringsbehov beløper seg til 475 MNOK, hvorav 324 MNOK vurderes som kritisk for liv og helse. Tilgjengelig ramme er 216 MNOK til investeringer. I tillegg er det lagt til grunn 100 MNOK til vedlikehold som treffer driftsregnskapet. Prioriterte områder er spesielt knyttet til vedlikeholdsetterslep ved sykehusene Bærum, Ringerike og Kongsberg, HMS-tiltak, utskifting av MR ved Ringerike, CT3 til Bærum, operasjonsutstyr og avsetning for å dekke havarier. IKT området vil i første omgang ikke prioriteres, men det vil søkes løsninger med operasjonell leasing av mobile arbeidsflater for å kunne bredde løsninger som er tatt i bruk i NSD. Bredding vil kobles til potensiale for gevinstrealisering. Det søkes Helse Sør-Øst om utvidet investeringsramme på 160 MNOK, primært som ekstraordinær inntektsstøtte. *Sammendraget er laget ved hjelp av kunstig intelligens (KI).*

Bakgrunn

Den økonomiske situasjonen i foretaket medfører at midler til investeringer er svært begrenset sammenlignet med tidligere år og styret har bedt om særskilt vurdering av risiko for forsvarlig drift gitt situasjonen.

Sak 55/2025 – ØLP, vedtakets punkt 2 sier; «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.»

Videre i punkt 3 sies det; «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.»

Sak 61/2025 Investeringer i VVHF, vedtakets punkt 3 sier; «Styret konstaterer at det vil bli nødvendig med utvidede rammer for investeringer i 2026 og ber om at det innledes dialog med HSØ i forkant av behandlingen av budsjettet for 2026....»

Saksutredning

Tilgjengelige rammer til investering består i utgangspunktet av investeringstilskudd fra HSØ, foretakets egne overskudd i året, eventuelle salg av bygg, gavemidler og oppsparte midler fra tidligere år.

Basert på prognose for 2025 går det mot et underskudd i resultatet, og det blir derfor kun tilskudd og oppsparte midler fra tidligere år som er tilgjengelig i neste års investeringsbudsjett.

Finansiering investeringer	2026	2027	2028	2029	Total
Ordinære tilskudd	165 184	165 314	165 721	166 127	662 345
Regional likviditet til ekstraord. Vedlikehol	26 316	0	0	0	26 316
Overførte midler fra tidligere år	24 211	0	0	0	24 211
Tilgjengelig likviditet	215 710	165 314	165 721	166 127	712 871

Det er i tillegg tatt høyde for 100 MOK til oppgradering/vedlikehold av bygg over driftsbudsjettet for 2026.

De ansvarlige for de ulike investeringsområdene har vurdert hvilke investeringer som er kritisk å få iverksatt allerede neste år.

Eiendom

BRK-prosjektet er gjennom de siste tre årene forskjøvet fram i tid, som en konsekvens av at foretaket ikke har levert resultater i tråd med budsjett. Investeringsrammene for 2026 medfører ytterligere forskyvning, og medfører at foretaket ikke vil klare å bedre tilstandsgradene av betydning. Store deler av BRK-prosjektet handler om vedlikeholdsetterslep. Når investeringene strammes ytterligere inn vil etterslepet øke. Det ble i 2023 gjennomført en risikovurdering av alle gjenstående prosjekter i BRK-planen, og planen ble revidert for å sikre prioritering av prosjekter med høyest risiko. Ny vurdering er nå gjennomført, og prosjekter med estimert investeringskostnad på 191 MNOK vurderes nødvendig å starte opp i 2026 av hensyn til liv og helse. 175 MNOK av dette forventes levert i 2026.

I tillegg til BRK-prosjektene er det nødvendig å igangsette tiltak som omhandler forskriftsbrudd innenfor brann og avløp, tiltak for overflateutbedringer i pasientområder, utskifting av LED-lys og tilpasninger for å lukke HMS-avvik ved ambulansestasjon. Prosjektet Grønn mobilitet har pekt på investeringsbehov for å avhjelpe parkeringssituasjonen. I tillegg bør det prioriteres noen mindre tiltak for å sikre fremdrift i tråd med planlagt rocade for PHR.

Samlet oppsummerer de tiltakene som vurderes som helt nødvendig av hensyn til liv og helse seg til et investeringsbehov på 270 MNOK, der ca 240 MNOK antas å treffe 2026 budsjettet og resterende forskyves til 2027.

Ytterligere 172 MNOK i investeringsbehov omfatter prosjekter som er vurdert til høy risiko og ønskes også prioritert, men der kun 77 MNOK forventes å treffe 2026. Dette er også tiltak som treffer forsvarlighetsvurderinger mht HMS, kapasitet, omdømme og fare for driftsstans.

MTU

Investeringsbehov i MTU som er merket med høy risiko beløper seg til i underkant av 100 MNOK. Dette omfatter utskifting av MR på Ringerike sykehus, MTU knyttet til BRK prosjekt for operasjonsstuer på Ringerike i tillegg til forventede havarier, nødvendig utskifting av operasjonsbord, anesthesiapparater, skop, dialyseutstyr og ultralydapparater. Det er i tillegg svært ønskelig å få tilført en CT3 til Bærum sykehus. Dette har vært utredet i lang tid og kapasitetsbehovet er stort. Dette kan også bidra til å dekke behov for CT fra MHH.

Det er definert et absolutt minimumsbehov for anskaffelser til 67 MNOK som inkluderer CT3 på Bærum. Ytterligere 60 MNOK omfatter utstyr som er vurdert til høy risiko for havari, herunder fare for unødige lange driftsavbrudd. Utfordringen for MTU er at anskaffelsesprosessene fort trekker ut mot 6 måneder.

Grunnutrustning og byggnær IKT

I tilknytning til de høyest prioriterte BRK prosjektene påløper 16 MNOK til grunnutrustning og byggnær IKT. Om det oppnås finansiering av prosjekter utover den høyest prioriterte listen påløper om lag ytterligere 14 MNOK til grunnutrustning og byggnær IKT.

IKT

Investeringsbehovene innenfor IKT området omhandler i 2026 primært muligheten til å bredde løsningene som implementeres i NSD. For foretaket vil det med implementering av Helselogistikk og mobile arbeidsflater for Dips Arena medføre en betydelig investering i rolletelefoner. Det er videre vurdert behov for opprustning av infrastruktur ved Kongsberg og Ringerike med 5G, om breeding av helselogistikk og aktiv sporing skal implementeres der.

Det er flere andre løsninger som ønskes breddet til alle klinikkene. Dette omfatter Bildestyring, Sterilforsyning, Pasientsignal, Mobilplattform Sporing/lokalisering

Det vil utredes nærmere om mobile arbeidsflater/ rolletelefoner kan løses ved operasjonell leasing. Det vil selvsagt gi en ny driftskostnad, men kan avhjelpe situasjonen med knappe investeringsmidler de nærmeste årene.

Investeringsbehovene anslås til 30 – 50 MNOK. Sett opp mot behovene på eiendom og MTU vil dette måtte nedprioriteres. Samtidig er spesielt helselogistikk og mobile arbeidsflater for DIPS Arena forventet å gi betydelige effektiviseringsgevinster i driften. Utredninger av mulige gevinster pågår, og det vil derfor foreslås at investeringsbeslutninger gjøres i tilknytning til planer for gevinstrealisering.

Ambulanser

Foretaket har valgt å inngå finansielle leasingavtaler for ambulanser. Årlig leasingkostnad er på om lag 4,5-5,5 MNOK. Vi har en rulleringsplan som betyr at 8-10 biler bør gjenanskaffes via leasing hvert år, for å opprettholde den standarden vi har for ambulanseflåten pr i dag. ROS-analyse fra PHT viser at det er moderat risiko for økte kostnader knyttet til havarier på bilen, noe som koster oss dyrt etter at serviceavtalene er utløpt. Likeså er det en liten risiko for driftsstans for ambulansene, noe som igjen kan påvirke pasientsikkerheten. Vurdering av utsettelse av utskifting av to biler konkluderer med at dette vil medføre større driftsutgifter, og dermed bidra til større underskudd i foretaket.

Annet

EK-innskudd i pensjonskassene med 25 MNOK må holdes av, beløpet anses å ligge på dette nivået også framover.

Det allokeres årlig 2 MNOK til ulike investeringer i PHT. Det er behov for innredning, vaskemuligheter, garderober etc for ambulansestasjonene og AMK.

Grunnutrustning og byggnær IKT er i sterk tilknytning til byggbudsjettet. Det er behov for minimum 15 MNOK årlig til formålet for å kunne svare ut behovene i BRK. Det er ønskelig med ytterligere midler, men dette nivået er et absolutt minimum.

En spesifisert liste over nødvendige investeringer følger som vedlegg.

Administrerende direktørs vurderinger

Det er dokumentert et vesentlig høyere investeringsbehov enn de 316 MNOK som er tilgjengelig i neste års budsjett, fordelt på 216 MNOK i investering og 100 MNOK som vedlikehold over driftsbudsjettet. Samlet beløper det seg til 475 MNOK, der ytterligere 131 må forpliktes for 2027. Av dette vurderes 324 MNOK som kritisk mht. liv og helse. For lavt investeringsnivå vil medføre økt risiko for driftsstans, inntektstap og økt belastning på øvrige sykehus.

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at det søkes Helse Sør-Øst om 160 MNOK i støtte til nødvendige investeringer. Dersom dette skjer ved hjelp av økt driftskreditt medfører det finanskostnader som vil belaste driftsbudsjettet ytterligere. Det søkes derfor primært om ekstraordinær inntektsstøtte.

Vedlegg:

1. Spesifikasjon av prioriterte investeringer

Minste behov i 2026 som ikke kan utsettes uten fare for liv og helse				
Budsjett 2026 MNOK	Behov	2026 (likviditetsbehov periodisert)	Konsekvens ved utsettelse	Forklaring - eksempler
BRK Avsluttes 2026	120,1	120,0	Driftskonsekvens. Økonomisk konsekvens ved utsettelse	Tidligere forpliktet gjennomg styrevedtak. Kan ikke avsluttes.
BRK B13 Radiologi CT3 Bærum	5,2	5,0	Uakseptabel risiko for liv og helse jamfør ROS analyse av BRK 2024	Sender pasienter til private eller Ringerike pga kapasitet
BRK B11 Sengepost	30,9	20,0	Uakseptabel risiko for liv og helse jamfør ROS analyse av BRK 2024	Slitte gulv og vegger, trekkfulle vinduer, usikre el-anlegg , toaletter og servanter som drypper osv.
BRK B07 Avløpsrør	12,0	12,0	Uakseptabel risiko for liv og helse jamfør ROS analyse av BRK 2024	Flere tilfeller hvert år av kloakklekkasje Medfører nedstenging av aktivitet. Også i operasjonsstuer, radiologi osv.
BRK R9 Dagkirurgi Ringerike	22,7	18,0	Uakseptabel risiko for liv og helse jamfør ROS analyse av BRK 2024	En av stuen er svært liten - behov for ombygging. Stor fare for driftsstans - TG3 avvik på 60 år gamle tekniske anlegg Vann - sanitær - varme - el - avfall
Avvik (Brann - El - Gass)	27,9	25,0	Forskriftbrudd på brann- og elsikkerhet. Høy risiko og konsekvens for Liv og Helse utover BRK	Forpliktende brannkonsept til brannvesen ifbm tidl byggetilatelser på KS og BS
Vedlikehold (store lokasjoner)	30,7	20,0	Avvik på hygiene TG3 avvik Driftssikkerhet og følgeskader	Gjelder DS BS RS KS PHR. Kun det mest kristiske iht omdømme som berører hygiene - HMS - hærverk
Utskifting LED - Bærekraftsmål	10,0	10,0	Risiko for driftsstans pga manglende belysning	Skifte til LED pga EU forskrifter. Utgåtte lyskilder.
Uteområder Grønn Mobilitet	3,5	4,0	Forsinket måloppnåelse i Grønn Mobilitet - HMS ansatte	Tiltak til garderober og sykkelparkering - asfaltering
PHR FACT Røysetoppen	2,0	2,0	Redusert drift av FACT RS Utsatt salg Røysetoppen	Gjelder brukertilpasninger FACT UNG og FACT Voksen Rokadeplan PHR.
PHT Ny ambulansesetasje i Drammen	4,5	5,0	Risiko for utilgjengelig ambulanse. HMS avvik for ansatte. Må utføres før oppstart 2027	GRU og BnIKT tilknyttet bilvask og vedlikehold Utskiftning garasjeporter Innvendig vedlikehold / innklima
Grunnutrustning	8,0	7,0	Gjelder andel BRK - Uakseptabel risiko for liv og helse jamfør ROS analyse av BRK 2024	Andel til BRK = 5 MNOK Andel ED =3 MNOK
Bygg nær IKT	12,4	9,0	Gjelder andel BRK - Uakseptabel risiko for liv og helse jamfør ROS analyse av BRK 2024	Andel til BRK
BRK AIO RS fase 2	7,5	7,5		
CT3 BS	16,0	16,0		
Havarier og servicedeler	25,0	25,0		
MTU under 1 MNOK	10,0	10,0		
Dialyseapparater + RO anlegg HSS	4,5	4,5		
Maldi-tof	3,8	3,8		
Sum	356,8	323,8		

107,8

Minste behov 2026 iht ROS analyse som mangler finansiering				
Budsjett 2026 MNOK	Behov	2026 (likviditetsbehov periodisert)	Konsekvens ved utsettelse	Forklaring - eksempler
BRK B12 Postop Intensiv Bærum	33,0	15,0	Uakseptabel risiko for liv og helse jamfør ROS analyse av BRK 2024	Behov for mer kapasitet på intensiv og bedre pasientlogistikk mellom operasjon - postoperativ - intensiv. Må lukke TG3 tiltak.

BRK K28 Dialyse Kongsberg	2,1	2,0	Uakseptabel risiko for liv og helse jamfør ROS analyse av BRK 2024	Avdeling meed høy slitasje og mange TG3-avvik Fast inventar, Vann og sanitær, Varme, Ventilasjon, Elkraft, Tele og automatikk og Avfallsanlegg
BRK K5 Intensiv Kongsberg	20,6	11,0	Uakseptabel risiko for liv og helse jamfør ROS analyse av BRK 2024	TG3-avvik. Manglende plass ift fremskrevet kapasitet - behov for bedre arealutnyttelse. Har behov for luftsmitteisolat.
BRK R6 Poliklinikk Ringerike	39,2	11,0	Uakseptabel risiko for liv og helse jamfør ROS analyse av BRK 2024	Samle poliklinikkene og lukke TG3 avvik. Ytterdører , vann, sanitær, varme og ventilasjon , el.anlegg, lys, el.varme og driftstekniske anlegg
Vedlikehold (store lokasjoner)	62,3	25,0	Avvik på hygiene, samt TG3 avvik som gjelder driftssikkerhet og følgeskader	Gjelder DS BS RS KS PHR. Kun det mest kritiske iht omdømme som berører hygiene - HMS - hærverk
PHR Brukertilpasning	14,1	12,0	HMS avvik på flere DPS lokasjoner	Etterslep vedlikehold (TG3) og kapasitet Løpende driftstilpasninger
Leie lager patologi. Nytt sykehus Drammen	0,5	1,0	Ikke mulighet for drift uten innredning av patologilager mht. IKT og grunnutrustning	Byggnær IKT + Grunnutrustning NSD er bygget med for små lagerarealer
Grunnutrustning	9,0	7,0	Gjelder andel BRK - Uakseptabel risiko for liv og helse jamfør ROS analyse av BRK 2024	Andel BRK = 3 GRU ED = 6 (Behov fra klinikker)
Byggnær IKT	8,5	7,0	Ikke mulighet for drift uten IKT	Andel til BRK
Operasjonsbord DS	1,0	1,0		
Anestesiapparater DS	2,2	2,2		
Operasjonsbord BS	1,0	1,0		
Reinvestering skop	9,0	9,0		
Reinvestering ultralyd	9,0	9,0		
Dialysetoler BS	1,0	1,0		
Anestesiapparater BS	5,5	5,5		
Infusjonspumper	3,0	3,0		
MR RS	24,0	24,0		
C-bue utvidelse	1,4	1,4		
Mobil røtngen i bil	1,8	1,8		
Akutt kuvøse	1,2	1,2		
Sum	249,4	151,1		
Sum total	606,3	474,9		

Dato: 15. september 2025
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Overtakelse Martina Hansens Hospital 1. november 2025

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte Vestre Viken HF	89/2025	29.09.2025

Forslag til vedtak

Styret tar redegjørelsen for overtakelse av Martina Hansens Hospital 1. november 2025 til orientering.

Drammen, 22. september 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Kort oppsummering av saken

Vestre Viken HF overtar driften av Martina Hansens Hospital 1. november 2025. Forberedelsene har pågått gjennom hele 2025 og inkluderer organisasjonsendringer, IKT-tilpasninger og dialog med ansatte og brukere. Det er behov for investeringer og økonomisk støtte fra Helse Sør-Øst RHF for å sikre bærekraftig drift. MHH forventes å gå med underskudd i starten, men synergier skal bidra til bedre økonomi over tid. Styret bes ta redegjørelsen til orientering.

Sammendraget er laget ved hjelp av kunstig intelligens (KI).

Bakgrunn

Styret i Vestre Viken HF godkjente i styresak 99/ 2024 Avtale om overføring av virksomhet mellom Stiftelsen Martina Hansens Hospital AS, Helse Sør-Øst RHF og Vestre Viken HF. Styrets vedtak:

1. Styret godkjenner avtale om overføring av virksomhet mellom Stiftelsen Martina Hansens Hospital, Martina Hansen Hospital AS, Helse Sør-Øst RHF og Vestre Viken HF.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å signere avtalen på vegne av Vestre Viken HF.
3. Det vises til styrets behandling av intensjonsavtale om overtakelse av Martina Hansens Hospital (MHH), sak 63/2024, 10. juni 2024. Styret ber om at Helse Sør-Øst RHF dekker alle merkostnader som påløper i forbindelse med selve overtakelsen, samt eventuelle merkostnader i den løpende drift, herunder bidrar med finansiering for å utbedre teknisk etterslep på medisinteknisk utstyr og eiendom. Det vises til styresak Avtale om overføring av virksomhet mellom Stiftelsen Martina Hansens Hospital, Helse Sør-Øst RHF og Vestre Viken HF, som behandles i styret i HSØ 22. november 2024.
4. Styret legger til grunn at Stiftelsen Martina Hansens Hospital og Martina Hansens Hospital AS i perioden fra inngåelse av avtalen og frem mot overføringsdato ikke treffer beslutninger eller gjør disposisjoner av uvanlig art eller størrelse, eller som binder opp sykehusdriften fremover, uten at dette er skriftlig avtalt med Vestre Viken HF.
5. Styret forutsetter at Vestre Viken HF skal ha rett til innsyn i ethvert forhold i driften ved Martina Hansens Hospital AS i perioden fra inngåelse av avtalen og frem til overføringsdato.

HSØ godkjente samme avtale i styresak 125-2024. Partene er i avtalen enige om at overføringen tentativt finner sted 1. november 2025, og senest 1. januar 2026.

Ved styrets behandling av økonomisk langtidsplan for 2026- 2029, sak 55/2025 fremkommer det av vedtak punkt 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.»

Saken redegjør for forventet utvikling av driften av MHH og de investeringer som er nødvendige for å sikre en fremtidig bærekraftig utvikling.

Saksutredning

Forberedelsene til overtakelsen av MHH har vært organisert som et prosjekt med ulike delaktiviteter, for å sikre en smidig og kostnadseffektiv overføring med pasientenes og ansattes interesser ivaretatt.

Det er definert ny organisasjonsstruktur, drøftinger med tillitsvalgte / HR-avklaringer og dialog med brukerutvalg er gjennomført. Utarbeidelse av opplæringsplaner er i sluttfasen.

Testmiljøer for ERP og DIPS Arena som skal implementeres på MHH er på plass. Testing pågår. Det er besluttet at enkelte regionale IKT løsninger ikke prioriteres i denne omgang. Dette gjelder blant annet innføring av T-Doc, Metavision og Helselogistikk. Implementering av Forsyningssenteret som leverandør, herunder innføring av avdelingspakkelogistikk er også skjøvet frem i tid.

Overføringen av MHH inkluderer ikke to bygg som per i dag benyttes til kontorer og møtelokaler. Videre medfølger ikke parkeringsareal tilknyttet disse byggene. Det er innledet dialog med Stiftelsen om leie av bygg og parkering.

Innplassering av personell knyttet til stab- og støttefunksjoner er ferdigstilt, og ansvarlige ledere for respektive område har utredet synergier og konsekvenser for fremtidig drift. Det er så langt ikke ferdigstilt analyser av driftsmessige effekter knyttet til interne servicetjenester eller klinisk drift (ortopedi og revmatologi), utover enkelte synergier ved lab- og bildefunksjonene. Dette vil utredes nærmere etter overtakelsen.

Det er svært lite ønskelig at VVHF skal påføres ytterligere forpliktelser for oppgradering av bygningsmasse og utstyr som følge av overtakelsen. Investeringsmidler i VVHF de kommende årene er svært begrenset. Det er derfor viktig for VVHF at det innvilges økonomisk støtte fra HSØ som ivaretar oppgraderingsbehov for både bygg og utstyr, og at virksomheten har en driftsøkonomisk utvikling de kommende årene som sikrer evne til å opprettholde en akseptabel standard. Det er utarbeidet en økonomisk langtidsplan for MHH som ivaretar nødvendige investeringer, samt effekter av synergier som er kartlagt så langt.

MHH forventes å gå med et underskudd på vel 20 MNOK i 2025. HSØ vil se nærmere på driftsstøtte for månedene november og desember, slik at overtakelse ikke forverrer årets resultat for VVHF. Dette følges opp i ordinære oppfølgingsmøter med HSØ. Som følge av økte kostnader til Sykehuspartner, leie av areal og parkering, samt økte avskrivninger som følge av investeringer er det forventet fortsatt driftsunderskudd de kommende årene. Underskuddet er imidlertid synkende i takt med uttak av synergier i driften. Når kartlegginger av klinisk drift og interne servicetjenester er ferdigstilt er det forventet ytterligere positive økonomiske effekter av sammenslåingen. Driftsmessige effekter avhenger av at investeringer gjennomføres i tråd med forslaget. Manglende investeringer vil medføre doble funksjoner som følge av uensartet drift og forvaltning. I tillegg medfører manglende investeringer økt risiko for driftsstans og ekstra vedlikehold.

Det er lagt til grunn at Vestre Viken HF ikke skal få forsterkede økonomiske utfordringer som følge av overføringen. Det innebærer blant annet at finansieringen av virksomheten ved Martina Hansens Hospital AS videreføres i 2026, slik den er i dag. Den samlede virksomheten i Vestre Viken HF vil fra 2027 bli finansiert etter gjeldende inntektsmodell og finansieringsprinsipper i Helse Sør-Øst. Dette vil legges til grunn som en del av planforutsetningene for økonomisk langtidsplan 2027-2030. Eventuelle økonomiske utfordringer i forbindelse med overføringen, og behov for inntektsstøtte til Vestre Viken HF i 2026 og påfølgende år, vil bli vurdert i forbindelse med budsjett 2026 i dialog mellom Helse Sør-Øst RHF og Vestre Viken HF.

Administrerende direktørs vurderinger

Forberedelsene til overtakelse av MHH har pågått gjennom hele 2025, og vi nærmer oss nå full overtakelse. Det har vært vektlagt god samhandling med tillitsvalgte, vernetjeneste og brukere. Et allmøte ble avholdt ved MHH 17. september.

Kartleggingen av de IKT-relaterte konsekvensene er gjennomført med støtte fra et prosjekt ledet av teknologidirektøren i HSØ, noe som har bidratt til en betydelig reduksjon av den vurderte risikoen. Det er fortsatt oppfølgingspunkter, men all tilgjengelig informasjon tilsier at overføringen går som planlagt.

Det er behov for inntektsstøtte til drift og investeringer de kommende årene. Dette vil ivaretas i dialog med HSØ, der vedtak om støtte til budsjett 2026 behandles i november 2025. Uttak av synergier innarbeides i de kommende budsjettene, i takt med forventet effekt. Eventuelle synergier knyttet til klinisk drift inngår i foretakets arbeid med fag og funksjon i somatikken. Interne servicetjenester vil jobbe videre med kartlegging når forberedelser og innflytting i nytt sykehus i Drammen krever mindre av deres ressurser.

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret tar redegjørelsen til orientering.

Dato: 15. September
2025
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Status på tilsyn og revisjoner i VVHF per 2. tertial 2025

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	85/2025	29.09.25

Forslag til vedtak

1. Styret tar status om tilsyn og revisjoner i VVHF per 2. tertial 2025 til orientering.

Drammen, 22. september 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Kort oppsummering av saken

Saken oppsummerer status for tilsyn og revisjoner per 2. tertial 2025, gir oversikt over planer for revisjoner fra Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst (HSØ) i 2025, gjennomførte foretaksrevisjoner hittil i 2025 og plan for kommende års foretaksomfattende revisjoner. Det planlegges revisjon av internkontroll i forskningsprosessen med oppstart i oktober 2025. Foretaket har i tillegg gjennomført flere interne revisjoner, herunder en periodisk miljørevisjon og en fagrevisjon med tema henvisninger til CT-hode. Pågående revisjoner inkluderer en systemrevisjon av styringssystemet og en intern miljørevisjon med fokus på kontinuerlig forbedring.

Det er utarbeidet en treårig revisjonsplan for perioden 2025–2027, som omfatter helselovgivning, arbeidsmiljølovgivning, miljøstyringssystemet og personvernforordningen. Funn og observasjoner fra revisjoner registreres og følges opp i avvikssystemet Synergi, og det er etablert arenaer for erfaringsdeling og læring på tvers av klinikker og fagmiljøer. *Sammendraget er laget ved hjelp av kunstig intelligens (KI).*

Bakgrunn

Tilsyn og interne revisjoner bidrar til læring og forbedring og skal bidra til at virksomheten innen enkeltområder er faglig tilfredsstillende og i tråd med lovkrav.

Statlige tilsyn er ett av flere virkemidler for å følge opp intensjonene i lovverket, og skal medvirke til at befolkningens behov for tjenester blir ivaretatt og at virksomheten drives i henhold til lovgivningen. Tilsyn skal videre påse at svikt forebygges og at ressursene blir brukt effektivt.

Interne revisjoner skal bidra til at risikostyring og internkontroll fungerer etter intensjonene og bidrar til å skape innsikt og grunnlag for forbedringer. Administrerende direktør skal for tertialvis forelegge styret en rapport som redegjør status for tilsynssaker og styret har ansvar for å påse at det blir truffet tiltak for å korrigere svikt og følge opp rapporter fra ulike tilsyn.

Tidligere har status for tilsynssaker vært inkludert i tertialrapporten som et eget kapittel i saksfremlegget. I dette har også status i eventuelle revisjonsrapporter fra Riksrevisjonen og Konsernrevisjonen, samt interne revisjoner vært inkludert. En oppsummering gis også i styrets årsberetning og i årlig melding. Revisjonsrapporter kommer gjerne som egne saker til styret.

Framover vil det legges frem egne styresaker som oppsummerer status per tertial for tilsyn og revisjoner i helseforetaket, som denne saken. Rapporteringen er viktig underlag for den helhetlige virksomhetsstyringen; nemlig å fastsette foretakets mål, vurdere risiko og planlegge tiltak.

Saksutredning

Denne saken oppsummerer status for tilsyn og revisjoner per 2. tertial 2025, gir oversikt over planer for revisjoner fra Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst (HSØ) i 2025, gjennomførte foretaksrevisjoner hittil i 2025 og plan for kommende års foretaksrevisjoner.

Klinikkene har egne revisjonsplaner og følger opp sine revisjoner. Resultater fra revisjoner med tiltak etter funn legges inn i revisjonsmodulen i Synergi, og følges opp i linjen.

Vestre Viken ble sertifisert etter NS-EN ISO14001 – Miljøledelse, i desember 2014. For å opprettholde sertifiseringen er det krav om en årlig gjennomgang av miljøledelsessystemet av en ekstern tredjepart. Årets tredjeparts revisjon er en periodisk revisjon, og gjennomføres av det norske Veritas (DNV).

Saken deles inn i følgende kapitler:

1. Status for tilsyn
2. Plan for revisjoner 2025 fra Konsernrevisjonen HSØ
3. Status revisjoner fra Konsernrevisjonen HSØ
4. Status gjennomførte foretaksrevisjoner VVHF
5. Plan for foretaksrevisjoner VVHF 2025
6. Metodikk for læring og forbedring

1. Status for tilsyn

En rekke eksterne instanser fører tilsyn med ulike deler av virksomheten.

Følgende større tilsyn er gjennomført:

- Statsforvalteren har ført tilsyn med bruk av tvang i somatisk helsehjelp kap. 4. Flere forbedringsområder ble avdekket og det er utarbeidet en handlingsplan med tiltak.
- Arbeidstilsynet har ført 5 dokumenttilsyn på ulike lokalisasjoner. Tematikk er belastning som kan føre til muskel og skjelettplager, ergonomi, psykososialt arbeidsmiljø og vold og trusler. Det er gitt pålegg i 4 av 5 tilsyn hvor avvikene omhandler manglende eller mangelfulle risikovurderinger og pålegg om å involvere BHT i de forebyggende aktivitetene.
- Asker og Bærum brann og redning IKS har gjennomført branntilsyn ved Bærum sykehus. 4 avvik ble funnet. Klinikken jobber med tiltak i samarbeid med brannrådgiver

2. Plan for revisjoner 2025 fra Konsernrevisjonen HSØ

Revisjonsplanen for 2025 jf. vedlegg 2, er utarbeidet med utgangspunkt i mål og krav til HSØ og vurderinger av risiko og vesentlighet. Planen bygger i hovedsak på styrebehandlede innspill fra helseforetakene.

Styret i VVHF gir årlig innspill til konsernrevisjonens årlige revisjonsplan. For revisjonsplan 2025 ga styret i VVHF følgende innspill (styresak 83/2024):

- Forvaltning og kontroll på ikke bokførte lagerverdier
- Økonomiske konsekvenser av beslutninger i de store byggeprosjektene
- Etterlevelse av Regional handlingsplan for spesialistutdanning av leger i henhold til P/LIS-prosjektet i HSØ

Konsernrevisjonen har på bakgrunn av innspill fra helseforetakene og identifiserte risikoområder sortert revisjonene i revisjonsområdene pasientbehandling, forskning, medarbeidere og kompetanse, teknologi og sikkerhet, regionale IKT prosjekter, virksomhetsstyring, byggeprosjekter og oppfølging av tidligere revisjoner. Konsernrevisjonens Revisjonsplan for 2025 ble lagt frem som referatsak i styremøtet 28. februar 2025, og ligger i tillegg som vedlegg til denne saken.

Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2026 foreligger som styresak 85/2025 til styremøtet i VVHF 29. September 2025.

3. Status revisjoner fra Konsernrevisjonen HSØ

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst er en uavhengig og objektiv bekreftelses- og rådgiverfunksjon med ansvar for internrevisjon i det regionale helseforetaket og helseforetakene, som det regionale helseforetaket eier.

Konsernrevisjonen planlegger revisjon av *Internkontroll i forskningsprosessen ved Vestre Viken HF* med oppstart ultimo oktober 2025.

4. Status gjennomførte foretaksrevisjoner VVHF

VV bruker revisjonsmetodikk for internrevisjon ISO 19011 – kvalitetsrevisjoner som har til hensikt å forbedre tjenesten. I tillegg følges HSØ veileder for fagrevisjoner ved gjennomføring av fagrevisjoner på foretaksnivå (clinical audits).

Følgende revisjoner er gjennomført 2024/2025:

- I oktober 2024 ble det gjennomført en periodisk revisjon av miljøledelsessystemet i Vestre Viken. Revisjonen ble gjennomført av DNV. Basert på revisjonsutvalget vurderes ledelsessystemet, med unntak for avvikene, å være effektivt og i henhold til standardens krav. Revisjonen fant fire avvik i kategori 2 (mindre avvik). Avvikene er behandlet og lukket. Revisjonen identifiserte også 8 observasjoner og 3 forbedringsmuligheter. Det er utarbeidet handlingsplaner knyttet til de identifiserte observasjonene og forbedringsmulighetene, med tiltak som inkluderes i en helhetlig revisjonsplan.
- Det er ferdigstilt en fagrevisjon med tema "*Henvisninger og vurderinger av voksne pasienter til CT- hode*". Revisjonen viste flere forbedringsområder, blant annet revideres VV retningslinje for akutt håndtering av voksne med spørsmål om hodeskade. Det skal iverksettes et arbeid for å forbedre pasientflyten for denne pasientgruppen. Arbeidet starter opp høst 2025,

Ytterligere to revisjoner er påbegynt i 2025:

1. Systemrevisjon: Styringssystemet i Vestre Viken. Kartlegge om styringssystemet er i samsvar med kravene i NS-EN- ISO 9001 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring før en evt. Vurdering av ISO sertifisering av hele foretaket. Revisjonen omfatter foretaksledelsen og klinikk Ringerike sykehus.
2. Miljørevisjon med tema kontinuerlig forbedring, som er en intern revisjon etter periodisk revisjon i 2024 pågår. Ny periodisk revisjon av miljøledelsessystemet gjennomføres i november 2025.

5. Plan for foretaksrevisjoner VVHF

Det er utarbeidet forslag til en tre-årig helhetlig foretaksomfattende i VVHF for perioden 2025 – 2027. Planen inkluderer helselovgivningen, arbeidsmiljølovgivningen, miljøstyringssystemet og personvernforordningen.

Revisjonsområdene er besluttet på bakgrunn av helseforetakets overordnede mål og risiko for ikke å nå målene, samt resultater fra kvalitetsregistre og funn i avvikssystemet.

Planen ligger som vedlegg 3.

6. Metodikk for læring og forbedring

Etter at interne revisjoner er gjennomført, legges funn og observasjoner inn i avvikssystemet Synergi. Det er vanlig praksis at revisjonsteamet kommer tilbake etter 3 – 6 måneder og følger opp om avvikene er lukket, og om tiltak har hatt ønsket effekt.

I Synergi kan man ta ut rapporter og følge opp hvilke saker som ikke er lukket med tiltak. På erfaringsdager for revisorer i VV, i Sentralt kvalitetsutvalg og andre nettverk inviteres klinikkene til å dele erfaringer og funn fra revisjoner. Det er etablert fagråd i VV som kan være et forum der revisjonsresultater kan deles, og hvor det vurderes om tiltak kan være aktuelt for andre avdelinger.

Administrerende direktørs vurderinger

Aktiviteter og tiltak som bidrar til å sikre god virksomhetsstyring, internkontroll og risikostyring i VVHF er et viktig utgangspunkt for å oppnå læring og forbedring.

Tilsyn og revisjoner bidrar til å få oversikt over om driften av virksomheten er i tråd med lov- og regelverk, samt VVHF sine interne prosedyrer.

Vedlegg:

1. Status for tilsyn og revisjoner per 2. tertial 2025
2. Revisjonsplan 2025 Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
3. 3-årig foretaksovergripende plan for revisjoner i VVHF

Oversikt status tilsyn Vestre Viken 2.tertial 2025

Dato	Saksnr. Public 360	Tilsynsmyndighet	Klinikk/seksjon	Avvik	Anmerkning	Kort beskrivelse av avvik/anmerkning	Kort status
Varslede tilsyn							
		Statsforvalteren innlandet	Kongsberg Sykehus			Tilsyn med kvalitet og forsvarlighet i akuttmottaket 05.-07. mai 2025	Det er varslet branntilsyn ved Kongsberg sykehus, Drammensveien 4, den 23. oktober 2025 kl. 09:00. Tilsynet gjennomføres av Kongsberg brann og redning.
Okt. 2025 Revisjon om internkontroll i forskningsprosessen		Konsernrevisjonen	Vestre Viken				Formålet med revisjonen er å undersøke om HF'et har etablert hensiktsmessig styring og kontroll med forskningsvirksomheten
		DNV					
	25/07015-21	Arbeidstilsynet	Klinikk Ringerike, Hallingdal Sjukestuge. Medisinsk Sengepost og poliklinikk				
	25/07015-22	Arbeidstilsynet	KMD, avdeling Bilde, Ringerike				
	25/07015-29	Arbeidstilsynet	KMD, avdeling Bilde, Bærum				
	25/07015-	Arbeidstilsynet	KMD, avdeling Bilde, Kongsberg				Bedt om utsettelse pga. bistand til Drammen før flytting. Venter svar fra tilsynet
	19/07967-67	Direktoratet for Strålevern og Beredskap	Stråleterapi, Drammen (NSD)				
Brakerøya helikopterplass, Drammen sykehus	25/07024-1	Luftfartstilsynet	Drammen sykehus (NSD)				
Tidligere tilsyn ikke lukket							
Tilsyn med pasient- og brukerrettighetsloven kap.4A Praksistvungen somatisk helsehjelp		Statsforvalter Viken	Somatikk og psyk.				VV har levert en rapport etter strukturerte spørsmål fra statsforvalter. flere forbedringsområder er avdekket.
Branntilsyn	25/01943-16	Kommunalt Brannvesen	Klinikk Bærum		4		4 avvik. Dokumentasjon for lukking er sendt inn fra VVHF.
Systematisk HMS-arbeid, muskel og skjelettplager, inkl. vold og trusler og psykososialt arbeidsmiljø	25/07015-15	Arbeidstilsynet	Bærum, Kreftseksjonen		2		Risikovurderinger for lukking av pålegg pågår
Systematisk HMS-arbeid, muskel og skjelettplager, inkl. vold og trusler og psykososialt arbeidsmiljø	25/07015-18	Arbeidstilsynet	Bærum, akuttmottak		3		Risikovurderinger for lukking av pålegg pågår
Systematisk HMS-arbeid, muskel og skjelettplager, inkl. vold og trusler og psykososialt arbeidsmiljø	25/07015-16	Arbeidstilsynet	Kongsberg , akuttmottak		3		Risikovurderinger for lukking av pålegg pågår
Systematisk HMS-arbeid, muskel og skjelettplager, inkl. vold og trusler og psykososialt arbeidsmiljø	25/07015-4	Arbeidstilsynet	PHR, DPS Døgn Bærum		3		Risikovurderinger for lukking av pålegg pågår
Tidligere tilsyn lukket							
	25/07015-5	Arbeidstilsynet	Ringerike, Medisinsk Sengetun 4. etg.		0	0	Sak avsluttet uten avvik eller pålegg
23.08.2024	5410231	20/04349-46	Rejlers Elsikkerhet AS på vegne av Det lokale eltilsyn (DLE) i Elvia AS		0	0	Sak avsluttet tilbakemelding fra DLE
24.08.2024	5410230	20/04349-47	Rejlers Elsikkerhet AS på vegne av Det lokale eltilsyn (DLE) i Elvia AS		0	0	Sak avsluttet tilbakemelding fra DLE
25.08.2024	5410229	20/04349-48	Rejlers Elsikkerhet AS på vegne av Det lokale eltilsyn (DLE) i Elvia AS		0	0	Sak avsluttet tilbakemelding fra DLE
31.03.2025		Mattilsynet	NSD, Intern service		0	0	Befaring av nytt produksjonskjøkken på NSD. Ingen funn.
08.11.2024	5427482	20/04349-54	Rejlers Elsikkerhet AS på vegne av Det lokale eltilsyn (DLE) i Elvia AS Revisjon av virksomhetens internkontrollsystem		0	0	Sak avsluttet tilbakemelding fra DLE

08.11.2024	5431958	20/04349-54	Rejlers Elsikkerhet AS på vegne av Det lokale eltilsyn (DLE) i Elvia AS	1	0	Fordeling 3A-0 1. Kabelen/ledningen var ikke avsluttet/skjøtet forskriftsmessig. Jf. fel § 22. Kommentar: Gjelder blå leder over rekkeklemme 221i fordeling 3A-0.	Sak avsluttet tilbakemelding fra DLE
04.12.2024	5426800	20/04349-53	Rejlers Elsikkerhet AS på vegne av Det lokale eltilsyn (DLE) i Elvia AS Revisjon av virksomhetens internkontrollsystem	1	0	Internkontrollsystem 1. Den ansvarlige for virksomheten hadde ikke sørget for at det var innført og utøves internkontroll for helse-, miljø- og sikkerhet i virksomheten. Jf. IK-HMS § 4. Kommentar: Internkontrollsystemets hovedbestanddeler for ivaretagelse av elsikkerheten er: - Målsetting for HMS-arbeidet. - Organisasjonsplan / organisasjonskart og ansvarsfordeling. - Kartlegging / risikovurdering, planer / tiltak - Avviksbehandling / sjekkliste - Internrevisjon / egenkontroll av HMS-systemet.	Sak avsluttet tilbakemelding fra DLE
04.12.2024	5437277	20/04349-56	Rejlers Elsikkerhet AS på vegne av Det lokale eltilsyn (DLE) i Elvia AS. Kontroll av det elektrisk anlegget	0	0		Sak avsluttet tilbakemelding fra DLE
05.12.2024		20/04349-59	DLE Hallingdal Kraftnett kontroll av det elektrisk anlegget	0	0		Sak avsluttet tilbakemelding fra DLE
05.12.2024	38790	20/04349-59	DLE Hallingdal Kraftnett revisjon av virksomhetens internkontrollsystem	3	0	Organisasjon 1. Virksomheten hadde ikke dokumentert oversikt over virksomhetens organisasjon, herunder hvordan ansvar, oppgaver og myndighet for arbeidet med helse, miljø og sikkerhet var fordelt. Jf. IK-HMS § 5. Risikovurdering 2. Virksomheten hadde ikke kartlagt farer og problemer og på denne bakgrunn vurdert risiko samt utarbeidet tilhørende planer og tiltak for å redusere risikoforholdene. Jf. IK-HMS § 5. Internrevisjon 3. Virksomheten foretok ikke systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt. Jf. IK-HMS § 5.	Jobber med tilsvar innen 01.01.2025. Avvik 1 og 2 svares ut av Eiendomsdrift. Avvik 3 svares ut av HSS. Tilvar oversent og avventer tilbakemelding.. Fikk tilbakemelding på at vi ikke hade sendt tilsvar. Tilsvar sendt på nytt 22.01.25 og avventer tilbakemelding. Jobber med ny tilbakemelding med frist 28.03.2025. Sak avsluttet tilbakemelding fra DLE
23.10.2025		Kommunalt brannvesen	Kongsberg Sykehus				

Revisjonsplan 2025

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst

**Behandlet av
styret i Helse Sør-Øst RHF
19. desember 2024**

Innholdsfortegnelse

1.	Konsernrevisjonens formål	3
2.	Revisjonsplanens formål.....	3
3.	Hovedaktiviteter 2025	3
4.	Revisjoner skal bidra til læring og forbedring.....	3
5.	Risikoområder og planlagte prosjekter 2025	4
5.1	REVISJONSOMRÅDE: PASIENTBEHANDLING.....	5
5.2	REVISJONSOMRÅDE: FORSKNING.....	5
5.3	REVISJONSOMRÅDE: MEDARBEIDER OG KOMPETANSE.....	6
5.4	REVISJONSOMRÅDE: TEKNOLOGI OG SIKKERHET	6
5.5	REVISJONSOMRÅDE: VIRKSOMHETSSTYRING	7
5.6	REVISJONSOMRÅDE: BYGGEPROSJEKTER	8
5.7	REVISJONSOMRÅDE: OPPFØLGING AV TIDLIGERE REVISJONER.....	8
6.	Oversikt over planlagte prosjekter i 2025	9

1. Konsernrevisjonens formål

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst er en uavhengig og objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon med formål å bistå styret og ledelsen ved det regionale helseforetaket i utøvelsen av god virksomhetsstyring. Dette gjøres gjennom å vurdere virksomhetsstyring, risikostyring og internkontroll i det regionale helseforetaket og underliggende helseforetak. Konsernrevisjonen arbeider i overensstemmelse med de internasjonale standardene for profesjonell utøvelse av internrevisjon som er fastsatt av The Institute of Internal Auditors (IIA).

2. Revisjonsplanens formål

Revisjonsplanen skal gi styret i Helse Sør-Øst RHF et beslutningsgrunnlag for å vurdere om de planlagte revisjonsaktivitetene er hensiktsmessige og tilstrekkelige opp mot styrets behov. Videre skal planen gi konsernrevisjonen et grunnlag for å styre egne aktiviteter, samt koordinere revisjonsarbeidet med ledelsen i foretaksgruppen og andre revisjonsmiljøer.

Revisjonsplanen er utarbeidet i tråd med helseforetakslovens § 37a og instruks for konsernrevisjonen. Styret skal i henhold til § 21a i helseforetaksloven godkjenne konsernrevisjonens revisjonsplan. Revisjonsplanen skal være basert på vurderinger av risiko knyttet opp mot overordnede strategier og mål for foretaksgruppen.

Konsernrevisjonen er valgt som internrevisor av styret i Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH). Konsernrevisjonens revisjonsplan inkluderer ikke revisjoner av PKH.

3. Hovedaktiviteter 2025

Konsernrevisjonen har et budsjett med 10 stillinger i 2025. I tillegg disponerer konsernrevisjonen et budsjett tilsvarende om lag 0,15 årsverk til å engasjere helsefaglige spesialister og eksterne konsulenter ved behov for spesialkompetanse i prosjektene. Ressursene vil i 2025 bli anvendt på følgende hovedaktiviteter:

- Revisjons- og rådgivningsoppdrag i henhold til plan
- Eventuelle nye revisjoner som revisjonsutvalget beslutter gjennom året
- Oppfølging av anbefalinger i tidligere revisjonsprosjekter
- Dialog og erfaringsutveksling med Helse Sør-Øst RHF, helseforetakene og eksterne aktører
- Utvikling av konsernrevisjonens kompetanse, arbeidsprosesser og leveranser
- Aktiviteter for å opprettholde innsikt i foretaksgruppens virksomhet
- Årsplanlegging og rapportering

4. Revisjoner skal bidra til læring og forbedring

Det er et mål at resultatene fra konsernrevisjonens arbeid skal bidra til læring og forbedring i helseforetakene, i det regionale helseforetaket og på tvers i foretaksgruppen. Konsernrevisjonen arbeider kontinuerlig med å utvikle revisjonsprosessen for å skape verdi gjennom revisjonene. Vi søker å bidra til forbedring gjennom å skape innsikt fra den enkelte revisjon, samt ved å støtte ledelsen i arbeidet med å etablere et grunnlag for videre forbedringsarbeid.

Revisjonsplanen er utformet med et mindre antall kritiske risikoområder, der det gjennomføres flere revisjoner i foretaksgruppen. Dette vil gi konsernrevisjonen mulighet til å rapportere samlet om tilstanden på styring og kontroll i foretaksgruppen innenfor disse områdene. Tilnærmingen vil samtidig gi konsernrevisjonen mulighet til å sammenligne praksis mellom helseforetakene og dele læringspunkter i foretaksgruppen.

5. Risikoområder og planlagte prosjekter 2025

Revisjonsplanen skal være basert på risiko og vesentlighet i foretaksgruppens virksomhet. Det er samtidig en målsetting at revisjonsoppdragene understøtter mål og krav fra eier. Dette gjelder både styringsmålene for 2025, og et lengre perspektiv uttrykt i regional utviklingsplan. Ved utarbeidelse av revisjonsplanen er det tatt utgangspunkt i oppdragsdokument og risikovurderinger for Helse Sør-Øst RHF. Tabellen under viser ledelsens rapporterte risikoområder i Helse Sør-Øst RHF per 2. tertial 2024, og hvordan planlagte revisjoner kan knyttes til identifiserte risikoområder:

Rest-risiko	Risikoområder Helse Sør-Øst RHF	Tidligere prosjekter			Plan for 2025
		2022	2023	2024	
Moderat	1: Risiko for å ikke nå mål om å styrke psykisk helsevern og TSB	●	●	●	
Moderat	2: Risiko for at manglende behandlingskapasitet medfører lange ventetider, at pasientavtaler ikke overholdes og ikke sammenhengende pasientforløp	●	●		Utskrivningsklare pasienter – samhandling med kommuner
Moderat	3: Risiko for redusert kvalitet og pasientsikkerhet	●	●	●	Uønsket variasjon - implementering av nasjonale faglige retningslinjer
Moderat	4: Risiko forbundet med å beholde og rekruttere personell, og HMS	●			Forebygging og oppfølging av sykefravær
Moderat	5: Risiko forbundet med digitalisering av helsetjenesten	●	●	●	- Regionale IKT-prosjekter - Regional løsning for helselogistikk - Omstilling og endringsledelse ved innføring av IKT-systemer
Moderat	6: Risiko forbundet med informasjonssikkerhet og personvern	●		●	IKT-sikkerhet – beredskap for alvorlige hendelser
Moderat	7: Risiko forbundet med driftsøkonomi og resultatkrav		●	●	- Operativ planlegging og budsjettering - Bærekraft (rådgivning)
Moderat	8: Risiko forbundet med planlegging og gjennomføring av regionale byggeprosjekter			●	Risikostyring i byggeprosjekter (rådgivning)
Moderat	9: Risiko forbundet med å ikke benytte de muligheter som ligger i å ta i bruk helsedata			●	
	Inngår ikke i ledelsens risikovurdering. Innsett pga at forskning ikke har vært dekket av revisjoner de senere år.				Styring og kontroll med forskningsmidler

Tabell 1 – Ledelsens rapporterte risikoområder per 2. tertial, utførte revisjoner 2022-2024 og planlagte revisjoner 2025. Mørkeblå kuler viser revisjonsprosjekter, lyseblå er rådgivning.

De planlagte revisjonene som er vist i tabellen ovenfor er i det videre sortert innenfor de seks revisjonsområdene pasientbehandling, forskning, IKT og sikkerhet, medarbeider og kompetanse, virksomhetsstyring samt byggeprosjekter. Under gis en kort omtale av planlagte revisjoner. Innretningen av den enkelte revisjon vil bli nærmere fastsatt i planleggingen.

5.1 Revisjonsområde: Pasientbehandling

Revisjonsområdet omhandler pasientforløp innenfor somatikk og psykisk helsevern. Dette omfatter både planlagt behandling og øyeblikkelig hjelp. Det er planlagt med ett nytt revisjonstema i 2025, med flere revisjoner. I tillegg blir ett revisjonstema fra 2024 videreført i 2025.

Uønsket variasjon – implementering av nasjonale faglige retningslinjer (pågår)

Å redusere uønsket variasjon i helsetilbudet er et av flere mål for å sikre likeverdige og forutsigbare helsetjenester. Medisinske kvalitetsregistre og helseatlas har vist at det er uønsket variasjon i både kvalitet på pasientbehandlingen og i forbruk av helsetjenester. Uønsket variasjon gir økt risiko for svekket kvalitet og pasientsikkerhet.

Konsernrevisjonen vil i løpet av 2024 ferdigstille tre revisjoner om bruk av nasjonale faglige retningslinjer. Formålet har vært å undersøke hvordan helseforetakene i regionen jobber med å innføre nasjonale faglige retningslinjer og sikre at disse tas i bruk og følges opp. I 2025 vil vi i tillegg foreta en avgrenset kartlegging i noen flere helseforetak som grunnlag for en oppsummerende rapport om tilstanden i regionen.

Utskrivningsklare pasienter – samarbeid med kommuner

Det er et mål at utskrivningsklare pasienter fra helseforetakene skal overføres til kommunale tjenester på en trygg og effektiv måte. Det er imidlertid store utfordringer med å nå dette målet, noe som vises gjennom manglende koordinering og kommunikasjon mellom helseforetak og kommuner.

Helseforetakene har utfordringer med å forberede pasientene tilstrekkelig før utskrivning, og mange kommuner mangler kapasitet til å ta imot pasientene. Dette skaper flaskehalser i systemet, hvor pasienter blir liggende lengre på sykehus enn nødvendig. I tillegg kan manglende informasjon fra sykehusene til kommunene få konsekvenser for pasientsikkerheten.

Konsernrevisjonen vil undersøke hvordan helseforetakene og kommunene samarbeider for å sikre en trygg overgang for pasientene. Dette inkluderer vurdering av helseforetakenes forberedelser før utskrivning og kommunenes kapasitet til å ta imot pasientene, samt hvordan ansvarsfordelingen for oppfølging etter utskrivning er definert og praktisert.

5.2 Revisjonsområde: Forskning

Revisjonsområdet omhandler prosessene knyttet til utlysning og tildeling av forskningsmidler samt prosjektrapportering, oppfølging og publisering av helseforskning ved helseforetakene.

Styring og kontroll med forskningsmidler

Forskning er en av fire lovfestede hovedoppgaver i helseforetakene. Forskning finansieres gjennom forskningsmidler fra det enkelte helseforetak, regionale tildelinger og andre eksterne kilder med ulike regulatoriske krav og krav til rapportering. Internkontroll på området er nødvendig for å være trygg på at forskningsmidlene brukes i samsvar med formålet og at det finnes effektive oppfølgingsmekanismer.

Konsernrevisjonen vil undersøke om helseforetakene har etablert tilstrekkelig og effektivt styring og kontroll med finansieringen av forskningsaktivitetene, og om det sikres at tildelte forskningsmidler anvendes, følges opp og rapporteres i samsvar med lov, krav og retningslinjer.

5.3 Revisjonsområde: Medarbeidere og kompetanse

Området dekker HMS, medarbeiderutvikling og kompetanseutvikling. Det er planlagt med en revisjon på området i 2025.

Forebygging og oppfølging av sykefravær

Det samlede sykefraværet i regionen har vært jevnt stigende fra 2019 til 2024. Per august 2024 var sykefraværet i regionen 8,2 prosent. Det er kostbart å ha et høyt sykefravær sett i et individ-, virksomhets- og samfunnsperspektiv.

Alle helseforetakene har et klart mål om at sykefraværet skal reduseres, og har iverksatt tiltak for å redusere sykefraværet. Det jobbes med nærværarbeid inklusive særskilt oppfølging av enheter med høyt fravær, og med bistand fra HMS-avdelingene for å tilrettelegge for enkeltansatte. Årsakssammenhengene tilknyttet sykefravær er imidlertid sammensatte, og det er tidvis vanskelig å identifisere effekten av det enkelte tiltak.

Konsernrevisjonen vil undersøke om foretakene etablerer systematiske og kunnskapsbaserte tiltak i arbeidet med å redusere sykefraværet.

5.4 Revisjonsområde: Teknologi og sikkerhet

Området dekker overordnet styring av teknologi og informasjonssikkerhet. Det er planlagt med fire oppdrag på området i 2025, der en revisjon planlegges i 2025 og gjennomføres i 2026.

Omstilling og endringsledelse ved innføring av IKT-løsninger

IKT-løsninger får en stadig viktigere rolle i pasientbehandling og for å effektivisere tjenestene. Nye løsninger medfører endringer i måten å tenke og jobbe på for å kunne hente ut effektene av innføringen. Dette krever god endringsledelse.

Konsernrevisjonen gjennomfører i 2024 en revisjon om omstilling og endringsledelse ved innføring av IKT-løsninger. Revisjonen kartlegger erfaringene fra innføringen av løsningen eBehandling i regionen, for å bidra til læringspunkter for senere innføringer. eBehandling bidrar til å øke tilgangen til behandling ved hjelp av teknologi, og fremmer en aktiv pasientrolle samt effektiv bruk av terapeutressurser. Løsningen har imidlertid ikke fått ønsket oppslutning i helseforetakene.

Konsernrevisjonen vil i 2025 videreføre revisjonen med en begrenset kartlegging av årsakene til manglende oppslutning, med rapportering til ledelsen i det regionale helseforetaket.

Regional løsning for helselogistikk

Prosjektet Regional løsning for helselogistikk skal levere på løsningsområdene innsjekk og oppgjør (A), styring av pasientflyt og ressurser (B) og intern kommunikasjon og varsling på mobil (C). Prosjektet har nå fem faser med en total kostnadsramme på 963 millioner kroner.

Fase 4 skal starte neste år og avsluttes i begynnelsen av november 2025. Denne fasen omfatter etablering og pilotering av område A og B på tre nye foretak, men inkluderer også gjennomføring av restanser fra fase 3 og prioriterte forbedringsleveranser for område A og B. Fase 3 omfattet leveranser på område C til fire foretak, og videre leveranser foreslås gjennomført samordnet med byggeprosjektet Nytt sykehus i Drammen. I løpet av 2025 skal videre utvikling og innføring av område C avklares i regionen med utgangspunkt i prioritet mot byggeprosjektene til Oslo universitetssykehus HF, som omtales som fase 5.

I 1. tertial 2024 ble det rapportert at merarbeid og forsinkelser medførte at det ikke var midler til å dekke innføring av område C ved de tre planlagte foretakene. Selv om alle leverandørens leveranser var på tid og

med forventet kvalitet dette tertialet, var kvalitet i løsningen fremdeles vurdert som den største risikoen. I 2. tertial 2024 startet Vestre Viken HF utprøvingen av område C, med betydelig ustabilitet i løsningen. For å lykkes med område C-leveransene til nytt sykehus i Drammen (NSD), ble det anbefalt å samle leveransene under felles ledelse i Sykehuspartner HFs leveranseorganisasjon til NSD og byggeprosjektet til nytt sykehus i Drammen.

Konsernrevisjonen vil gjennom en følgerevisjon i 2025 undersøke hvordan prosjektet håndterer leveranser på område A og B til tre nye helseforetak og hvordan byggeprosjektet håndterer leveranser på område C til NSD.

Regionale IKT-prosjekter

Helse Sør-Øst har per 1. tertial 2024 en IKT-portefølje¹ med en styringsramme på cirka 2,5 milliarder kroner. Valg av nye prosjekter og styring av porteføljen er en viktig del av porteføljestyrets forpliktelser og det er det regionale porteføljestyret i Helse Sør-Øst RHF som har ansvaret for styringen av porteføljen.

God styring og kontroll av porteføljen krever at porteføljestyret arbeider planmessig og gir ledelsen i Sykehuspartner HF tydelige og rettidige styringssignaler, slik at Sykehuspartner HF kan ferdigstille igangsatte prosjekter i tråd med porteføljestyrets bestillinger.

Konsernrevisjonen vil undersøke hvordan porteføljestyret fungerer i rollen og om porteføljestyringen bidrar til å realisere regionens strategier og derigjennom levere forventede verdier.

IKT-sikkerhet – beredskap for å håndtere alvorlige hendelser

God styring krever at helseforetakene har god oversikt over eget risikobilde, hvilket inkluderer også risikoer innen informasjonssikkerhet (IS). For å få bedre oversikt over regionens risikoer innen IS, gjennomførte konsernrevisjonen i 2024 et rådgivningsoppdrag som inkluderte alle helseforetak i regionen. Gjennomgangen viste at hendelseshåndteringen ble rapportert som et av de områdene med høyest modenhet på prosesser og retningslinjer innen IS.

Deteksjon av og respons på sikkerhetshendelser er prioriterte områder innen IS. Dette begrunnes med at angrepene på informasjonssystemene blir stadig mer sofistikerte og hyppige. Rask identifisering av hendelser kan forhindre skader, og effektiv respons kan redusere bortfall av IKT-tjenester. For å få en effektiv respons er det anbefalt at praktiske øvelser vektlegges mer i beredskapsplanleggingen.

Konsernrevisjonen vil undersøke helseforetakenes beredskap og evne til å respondere ved konkrete scenarier.

5.5 Revisjonsområde: Virksomhetsstyring

Området dekker økonomi- og risikostyring samt prosesser og systemer for å sikre god styring og kontroll. Det er planlagt med to temaer på området i 2025.

Operativ planlegging og budsjettering (pågående)

Det er et mål at pasienter i spesialisthelsetjenesten skal få riktig helsehjelp til riktig tid. Det er imidlertid store utfordringer med å nå dette målet, noe som vises gjennom mange fristbrudd, lange ventetider og manglende behandling. Disse problemene skyldes ofte at det planlagte aktivitetsbehovet ikke samsvarer med den tilgjengelige kapasiteten, noe som fører til økte kostnader og at budsjettene ikke overholdes.

¹ Ekskl. infrastrukturprosjekter

Revisjonen vil undersøke hvordan helseforetakene operativt planlegger for effektiv ressursutnyttelse og tjenestekvalitet for kommende budsjettår, og hvordan budsjettprosessen brukes for å sikre en best mulig ressursallokering innenfor budsjettrammen.

Konsernrevisjonen gjennomfører revisjonen ved to foretak i 2024 og planlegger ytterligere en revisjon i 2025. I tillegg vil vi gjennomføre en avgrenset kartlegging i øvrige helseforetak, som grunnlag for å utarbeide en oppsummerende rapport om tilstanden i regionen.

Bærekraft (rådgivning – pågår)

Staten stiller krav og forventninger til at virksomhetene de eier skal opptre ansvarlig, være ledende i arbeidet med å ivareta menneskerettigheter, arbeidstakerrettigheter, redusere klima- og miljøavtrykk, samt ha en ansvarlig og etisk forretningsstyring (governance). Det er også uttrykt en forventning om at statlig eide virksomheter skal være ledende i arbeidet med åpenhet og rapportering, og at det benyttes anerkjente rapporteringsstandarder i dette arbeidet. Det er en kontinuerlig utvikling av regulatoriske krav på området. Dersom bærekraftsrapporteringen ikke oppdateres i tråd med disse, er det risiko for at rapporteringen ikke gir et rettviseende bilde.

Konsernrevisjonen vil kartlegge nå-situasjonen for bærekraftsrapportering i Helse Sør-Øst, for å gi et grunnlag for å vurdere hvordan Helse Sør-Øst bør arbeide videre med rapportering på dette området.

Løpende rådgivning

Konsernrevisjonen bistår hvert år det regionale helseforetaket og helseforetakene med rådgivning knyttet til virksomhetsstyring, risikostyring og internkontroll. Rådgivningen er knyttet til oppfølging av revisjoner, forbedringsarbeid og opplæring.

5.6 Revisjonsområde: Byggeprosjekter

Revisjonsområdet omfatter prosesser for styring av regionens byggeprosjekter. Helse Sør-Øst har per september 2024 en byggportefølje med 13 byggeprosjekter i gjennomføringsfasen med en styringsramme på nesten 70 milliarder kroner.

Risikostyring i byggeprosjekter (rådgivning)

Ledelsen i HSØ RHF har tidligere vurdert restrisikoen i regionens byggprosjekter som høy. Som et resultat av det har konsernrevisjonen vurdert kvaliteten både i prosjekteier- og risikostyringen av et klinikkbygg i Radiumhospitalet og et nytt psykiatribygg i Akershus universitetssykehus HF.

Begge revisjonene synliggjør flere forbedringsområder både innen eier- og risikostyring av prosjekter. Selv om byggeprosjektene har blitt styrt forskjellig, er det også gjort noen generiske funn som gjelder begge revisjoner.

Spesielt størrelsen av de nyeste byggprosjektene i Helse Sør-Øst vil stille høye krav til regionens styringssystemer. Konsernrevisjonen vil derfor dele våre erfaringer med Sykehusbygg HF og Helse Sør-Øst RHF gjennom avgrensede rådgivningsaktiviteter.

5.7 Revisjonsområde: Oppfølging av tidligere revisjoner

Konsernrevisjonen følger hvert opp anbefalingene fra revisjoner som ble utført foregående år. Formålet er å undersøke om helseforetakene har ivaretatt anbefalingene, slik at risikoer og identifiserte svakheter er tilfredsstillende fulgt opp og håndtert. Resultatet fra oppfølgingen blir rapportert til styrets revisjonsutvalg.

6. Oversikt over planlagte prosjekter i 2025

Tabellen under gir en samlet oversikt over planlagte revisjoner og rådgivningsoppdrag for 2025. Ved behov kan konsernrevisjonen også gjennomføre ad hoc-revisjoner etter godkjenning av revisjonsutvalget, eksempelvis ved endringer i risikobildet.

De angitte tidspunktene er konsernrevisjonens tentative tidsplan for revisjonene. Det kan oppstå endringer i året ved behov for ad hoc-revisjoner, etter koordinering med andre revisjonsmiljøer eller ved interne forhold hos helseforetakene.

Revisjonsområde	Revisjon	Tilnærming/helseforetak	Tentativt tidspunkt
Pasientbehandling	Uønsket variasjon - implementering av nasjonale faglige retningslinjer	Oppsummering etter revisjon av tre foretak i 2024	1. tertial
	Utskrivningsklare pasienter – samhandling med kommuner	Revisjon av tre foretak med oppsummering	1. - 3. tertial
Forskning	Styring og kontroll med forskningsmidler	Revisjon av tre foretak med oppsummering	1. -3. tertial
Medarbeidere og kompetanse	Forebygging og oppfølging av sykefravær	Revisjon av tre foretak med oppsummering	1. - 3. tertial
IKT og sikkerhet	Omstilling og endringsledelse ved innføring av IKT-systemer	Begrenset gjennomgang som omfatter flere helseforetak	1. tertial
	Regional løsning for helselogistikk	Følgerevisjon av prosjektet. Sykehuspartner HF Flere helseforetak	1. -3. tertial
	Regionale IKT-prosjekter	Sykehuspartner HF	2. tertial
	IKT-sikkerhet - beredskap for å håndtere alvorlige hendelser	Flere helseforetak	3. tertial 2025- 2. tertial 2026
Virksomhetsstyring	Operativ planlegging og budsjettering	Sykehuset Østfold HF samt oppsummering	1. tertial
	Bærekraft (rådgivning)	Helse Sør-Øst RHF	1. tertial
Byggeprosjekter	Risikostyring i byggeprosjekter (rådgivning)	Sykehusbygg HF Helse Sør-Øst RHF	1. tertial
Løpende rådgivning	Rådgivning og opplæring innenfor virksomhetsstyring, risikostyring og internkontroll	Helse Sør-Øst RHF og andre foretak	Løpende
Oppfølging av tidligere revisjoner	Oppfølging av anbefalinger fra revisjoner utført i 2024 og tidligere	Flere helseforetak	3. tertial

Tabell 2 - Planlagte revisjoner per revisjonsområde og foretak

Foretaksomfattende revisjonsplan for Vestre Viken HF i periode 2025 - 2027

2025

Helselovgivningen, arbeidsmiljølovgivningen og miljølovgivningen

Pri	Revisjonstema/ Saksnummer Synergi	Gjennomføres klinikker	Tidspunkt	Ledelse og ressurser	Begrunnelse
1	Styringssystem etter krav i ISO 9001 I hvilken grad samsvarer styringssystemet i Vestre Viken med kravene i NS-EN ISO 9001 og i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring Synergi saksnummer:	Prehospitale-Tjenester (PHT) Ringerike Sykehus (RS)	Høst 2025 Høst 2025	Kvalitet og pasientsikkerhet (MOH) RS	Som forberedelse til sertifisering av foretaket etter ISO 9001 skal styrings-systemet på nivå 1 gjennomgås. Hensikten er å identifisere områder som ikke tilfredsstillende krav i ISO 9001.
1	Krav i NS-EN ISO14001:2015: Forbedring Revisjonen vil vektlegge fokus på: • Avvik og korrigerende tiltak • Kontinuerlig forbedring ◦ mål og handlingsplan • Gjennomgang av forebyggende rutiner for matsvinn (KS)	Alle Kongsberg (matsvinn)	Høst 2025	KIS	Observasjon i periodisk revisjon i 2024: -vurder å styrke registrering av evt. miljøavvik/uønskede forhold/nesten uhell/forbedringsforslag knyttet til ytre miljø for forbedringsarbeid. Avvik/synergimeldinger som det er vist til i Ledelsens gjennomgang for ytre miljø er knyttet til andre kategorier (arbeidsmiljørelatert).

2026
Helse Lovgivningen, arbeidsmiljølovgivningen og miljølovgivningen

Pri	Revisjonstema/ Saksnummer Synergi	Gjennomføres klinikker	Tidspunkt	Ledelse og ressurser	Begrunnelse
1	Vold og trusler Med fokus på: • Forebygging • Risikovurderinger • Opplæring Synergi saksnummer:	Avklares		Stab Kompetanse	Økende antall hendelser med potensielt høy alvorlighetsgrad
2	Praksis for rekvirering av blodkultur Fokus: • Pasientforløp (negative/positive/gjentagende) • Indikasjon for blodkultur i rekvisisjon • Dokumentasjon i journal • Opplæringsrutiner (rekvireringspraksis) • Konfereringsrutiner i legegruppene • Variasjon Synergi saksnummer:	Drammen sykehus (DS) Bærum sykehus (BS) Ringerike sykehus (RS) Kongsberg sykehus (KS)	Vår 2026	Kvalitet og pasientsikkerhet MOH KMD lab Klinikkene	Våren 2023 vedtok Foretaksledelsen at 2. kliniske fagrevisjon skal se på «Bruk av lab/rtg tjenester ihht anbefalingene i Kloke valg». Det er forventning om at revisjonen kan gi svar på om beste praksis/prosedyrer etterleves og om tas flere blodkulturer enn nødvendig. Videre er det ønskelig at revisjonen belyser om det er variasjon
1	Medisinsk koding Fokus:		Høst 2026	Kvalitet og pasientsikkerhet (MOH) /økonomi/	Feilkoding eller mangelfull koding negativ økonomisk konsekvens

	- Hvordan følges koding opp på alle nivå (foretak-klinikk-avdeling-seksjon-enhet) - Kvalitet på koding - Økonomi? Synergi saksnummer:			analyse Klinikkene	
--	---	--	--	---------------------------	--

Pri	Revisjonstema/ Saksnummer Synergi	Gjennomføres klinikker	Tidspunkt	Ledelse og ressurser	Begrunnelse
1	Krav i NS-EN ISO14001:2015: Lederskap, støtte og planlegging Revisjonen vil vektlegge fokus på: Organisering i avdeling Miljø: Kildesortering eller kjemikalier Materialgjenvinning Lederavtaler og oppfølging Bevisstgjøring Kommunikasjon Kompetanse Risikostyring Synergi saksnummer:	KIS Ringerike sykehus	Vår 2026	KIS	Funn/observasjon i periodisk revisjon 2024: Kommunikasjon på miljøresultater opp mot miljømål, virker å være svakt/mangelfullt. Bestilling i OBD: Helseforetaket skal i tråd med nye felles klima- og miljømål arbeide med å redusere unødvendig forbruk og, øke ombruk og materialgjenvinning

2027
Helselovgivningen, arbeidsmiljølovgivningen og miljølovgivningen

Pri	Revisjonstema/ Saksnummer Synergi	Gjennomføres klinikker	Tidspunkt	Ledelse og ressurser	Begrunnelse
1	ForBedring undersøkelse Systematikk og hvordan lederlinjen følger opp Synergi saksnummer:	Avklares	Vår	Stab Kompetanse	Arbeidsmiljø, pasientsikkerhet, virksomhetsstyring
2	Helsefremmende turnus Synergi saksnummer:	Klinikker med døgnsesjoner	Høst	Stab Kompetanse	Sikre å kunne rekruttere, utvikle og beholde dyktige medarbeidere. Sikre døgnhvile og unngå hyppige skifter i turnus bidrar til å redusere belastning.
1	Opplysningsplikt til barnevern -Fokus på etterlevelse av helsepersonelloven, opplæring og dokumentasjon.		Vår	Kvalitet og pasientsikkerhet (MOH) Jus kompetanse Klinikkene	Sikre at lovpålagte opplysningsplikt for å beskytte barn som kan være utsatt for omsorgssvikt eller andre alvorlige forhold og redusere risiko for lovbrudd og forbedre pasientsikkerhet.
2	Ernæring - Etterlevelse av registrering av risiko for underernæring Synergi saksnummer:		Høst	Kvalitet og pasientsikkerhet (MOH) klinikkene	Risiko for underernæring i sykehus. Helsedirektoratet anbefaler bruk av verktøyet MST (Malnutrition Screening Tool) for vurdering av risiko for underernæring i norsk helse- og omsorgstjeneste

1	Miljørevisjon: Krav i NS-EN ISO14001:2015: Drift, prestasjonsevaluering og organisasjonens kontekst Revisjonen vil vektlegge fokus på: - Prosesser og samhandling - Pasientforløp - Beredskap Kontekst- hvilke faktorer påvirker organisasjonens evne til å oppnå miljømål og resultater? Synergi saksnummer:			PHR Drammen sykehus	Revisjonsplanen viser ivaretagelse av helse miljøledelsessystemet over en treårs periode. Miljømål
---	---	--	--	--	--

Personvern- og sikkerhetsregelverket 2025 - 2027

	Revisjonstema/ Saksnummer Synergi	Gjennomføres klinikker	Tidspunkt	Revisjonsledelse	Begrunnelse
1	NIS2 direktivet Hvordan påser systemeiere- og ansvarlige, samt Teknologi at direktivet innføres? Hvordan følges leverandører opp? Synergi saksnummer:	Virksomhetsovergripende	2026	Foretakssekretariatet v/enheten for sikkerhet og personvern	Sikre etterlevelse av regelverket gjennom kontrolltiltak
2	Protokoll over behandlingsaktiviteter Personvernforordningen art. 30 Er protokollen oppdatert med pålagt og nødvendig informasjon? Synergi saksnummer:	Teknologi Forskning	2026	Foretakssekretariatet v/enheten for sikkerhet og personvern	Sikre etterlevelse av regelverket gjennom kontrolltiltak
3	Risiko- og sårbarhetsvurderinger for informasjonssystemer etter ISO 27001 -er rollen for systemeier- og ansvarlig kjent? -Grensesnittet mellom dataansvarlig og databehandler ifm. Utarbeidelse av løsningsdesign- og ROS -Oppfølging av restanser	Virksomhetsovergripende	2026/2027	Foretakssekretariatet v/enheten for sikkerhet og personvern	Sikre etterlevelse av regelverket gjennom kontrolltiltak
4	Handlingsplan for informasjonssikkerhet- og personvern I tråd med overordnet handlingsplan vil det i tillegg til overstående aktiviteter, også gjennomføres	Virksomhetsovergripende	2026 - 2028	Foretakssekretariatet v/enheten for sikkerhet og personvern	Sikre etterlevelse av regelverket gjennom kontrolltiltak

	stikkprøvekontroller knyttet til følgende områder som er definert i handlingsplanen: • Organisering • Kultur og bevisstgjøring • Systemeierskap • Innovasjon og nye arbeidsmåter • Risikohåndtering • Styring og forbedring				
--	--	--	--	--	--

Dato: 17. september
2025
Saksbehandler: Hanne Juritzen

Saksfremlegg

Innspill til Konsernrevisjonens revisjonsplan 2026

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	86/2025	29.09.25

Forslag til vedtak

Styret slutter seg til foreslåtte revisjonsområder i saken og ber om at saken oversendes Helse Sør-Øst med de innspill som fremkom i møtet.

Drammen, 22. september 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Kort oppsummering av saken

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF bistår styret og ledelsen med god virksomhetsstyring. Revisjonsplanen for 2026 skal godkjennes av styret i HSØ den 17. desember 2025, etter innspill fra helseforetakene. Innspillene skal være risikobaserte og bygge på helseforetakenes mål og rammebetingelser. Konsernrevisjonen ønsker 3–5 forslag til risikoområder. Foreslåtte revisjonsområder fra Vestre Viken HF er:

- Etterlevelse av nasjonale faglige råd for tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand
- Håndtering av uønskede hendelser og funn etter eksterne tilsyn og revisjoner
- Faglig robusthet og likeverdige helsetjenester

Sammendraget er laget ved hjelp av kunstig intelligens (KI).

Bakgrunn

Konsernrevisjonen er organisert under styret for Helse Sør-Øst RHF og er en uavhengig og objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon. Formålet til konsernrevisjonen er å bistå styret og ledelsen ved det regionale helseforetaket og helseforetakene med å utøve god virksomhetsstyring.

Saksutredning

Konsernrevisjonen gjennomfører årlig en prosess med å utarbeide et forslag til revisjonsplan for kommende år. Planen består av revisjoner som skal gjennomføres i foretaksgruppen. Revisjonsplanen skal fremlegges for godkjenning i styret i Helse Sør-Øst RHF 17. desember 2025. Det anmodes om at innspillene til denne planen er styrebehandlet i HF styrene før oversendelse.

Innspillene skal være risikobaserte og ta utgangspunkt i helseforetakenes viktigste tjenesteområder og støttefunksjoner. Konsernrevisjonen vil vurdere mottatte innspill og gjøre en samlet vurdering for å identifisere tverrgående temaer. Denne tilnærmingen har til hensikt å prioritere et fåtall risikoområder, der det gjennomføres flere like revisjoner i helseforetakene. Dette vil gi konsernrevisjonen et grunnlag for å beskrive en mer samlet tilstand i foretaksgruppen til styret og ledelse i Helse Sør-Øst RHF.

Innspill fra styrene skal bygge på styrets eget perspektiv av risikobildet med utgangspunkt i helseforetakets egne mål og rammebetingelser. Innspillene skal beskrive risiko på sentrale områder eller tjenester med henvisning til den organisatoriske enheten hvor risikoen kan inntreffe. Konsernrevisjonen ber om 3-5 forslag til risikoområder.

Fra Vestre Viken HF foreslås følgende revisjonsområder:

- Etterlevelse av Nasjonale faglige råd for tidlig oppdagelse og rask respons av forverret somatisk tilstand
- Håndtering av uønskede hendelser og funn etter eksterne tilsyn og revisjoner
- Faglig robusthet og likeverdige helsetjenester

Risikoområde	Bakgrunn og mål	Formål
Etterlevelse av Nasjonale faglige råd for tidlig oppdagelse og rask respons av forverret somatisk tilstand	Helseforetaket skal sikre at ansatte med pasientkontakt har kompetanse for å avdekke og følge opp pasienter med forverret tilstand. Mange svært alvorlige hendelser i sykehus som meldes i avvikssystem, NPE, og til Statsforvalter har ikke brukt NEWS skåringsverktøyene og ISBAR kommunikasjonsverktøy etter retningslinjer og faglige råd.	Redusere antall alvorlige pasientskader ved å tidlig gjenkjenne en forverret tilstand hos pasientene og iverksette adekvate tiltak. For å forhindre alvorlig sykdom og død. Et mål for forbedring er økt 30 dagers overlevelse etter innleggelse i sykehus totalt.
Håndtering av uønskede hendelser og funn etter eksterne tilsyn og revisjoner	Helseforetaket skal etterleve prosedyrer for saksbehandling og oppfølging etter uønskede hendelser og avvik, for å forhindre gjentakelser og sikre varig forbedring. Det er for mange gjentakende uønskede hendelser både med alvorlig konsekvens, og hendelser som ikke har alvorlig utfall. Dette skaper merarbeid og utfordrer pasientsikkerheten. Det dokumenteres ikke at det er gjennomført konkrete årsaksvurderinger med gjennomførbare tiltak. Det er heller ikke dokumentert i hvilken grad systematikk for utvikling og forbedring tas i bruk i etterkant og evaluering om tiltak har effekt.	Den nye Meldeordningen vil tydeliggjøre at ansvaret for oppfølging og læring etter hendelser ligger hos HF'ene. Det skal innrapporteres skriftlig hvordan det arbeides med tiltak og effekt. En ekstern revisjon fra Konsernrevisjonen vil være svært for nyttig for vurdering av egen praksis. Målet er å redusere gjentakende uønskede hendelser, gi økt læring etter hendelser, samt gi tryggere ansatte og utnytte ressursene på en bedre og mer effektiv måte.
Faglig robusthet og likeverdige helsetjenester	Stortingsmelding 11 (2024-2025) fastslår at det er mangel på kompetent arbeidskraft er en av de største utfordringene vi som samfunn står overfor.	Det er et behov for å kartlegge sårbarheter for å kunne legge en plan for fremtidige likeverdige helsetjenester og utdanning av legespesialister.

	Det fastslås i meldingen at det skal være minimum tre fast ansatte legespesialister innen kirurgisk kreftbehandling.	
--	--	--

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør foreslår at overnevnte forslag fra Vestre Viken oversendes som innspill til Konsernrevisjons revisjonsplan for 2026.

Vedlegg: 1. Innspill til revisjonsplan 2026 for Konsernrevisjonen i HSØ

Til styreledere
Kopi: Administrerende direktører

Helseforetakene i Helse Sør-Øst

Vår referanse:

25/00779-1

Saksbehandler:

Espen Anderssen

Deres referanse:

Dato:

02.07.2025

Innspill til revisjonsplan 2026 for konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst

Konsernrevisjonen gjennomfører årlig en prosess med å utarbeide revisjonsplan for kommende år. Planen består av revisjoner som skal gjennomføres i foretaksgruppen. Revisjonsplanen skal fremlegges for godkjenning i styret i Helse Sør-Øst RHF den 17. desember 2025.

Konsernrevisjonens formål

Konsernrevisjonen er organisert under styret for Helse Sør-Øst RHF og er en uavhengig og objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon. Formålet til konsernrevisjonen er å bistå styret og ledelsen ved det regionale helseforetaket med å utøve god virksomhetsstyring.

Prosess for utarbeidelse av revisjonsplan

I henhold til vår instruks ber konsernrevisjonen om styrebehandlede innspill til neste års revisjonsplan. Innspillene skal være risikobaserte og ta utgangspunkt i regionens og helseforetakenes viktigste tjenester og støttefunksjoner. Konsernrevisjonen vil vurdere mottatte innspill og gjøre en samlet vurdering av alle innspill for å identifisere tverrgående temaer.

Formålet med denne tilnærmingen er også i år å prioritere et fåtall risikoområder i revisjonsplanen, der det gjennomføres like revisjoner i flere helseforetak. Dette vil gi konsernrevisjonen et grunnlag for å gi styret og ledelse i Helse Sør-Øst RHF et mer helhetlig bilde av tilstanden på utvalgte områder i foretaksgruppen.

Temaer som ikke kan prioriteres av konsernrevisjonen, kan eventuelt vurderes med hjelp av helseforetakets egne internrevisjons- og kontrollfunksjoner.

Konsernrevisjonen vil i løpet av kort tid ta initiativ til et møte med den enkelte styreleder i helseforetakene for å avklare prosess og diskutere mulige risikoområder og revisjonstemaer for neste års revisjonsplan.

Ønsket leveranse fra styret

Konsernrevisjonen ber om innspill på følgende måte:

- Innspill fra styrene skal bygge på styrets eget perspektiv av risikobildet med utgangspunkt i helseforetakenes strategier, oppdrag og mål.
- Innspillene skal beskrive risikoområder med mulige konsekvenser for tjenester som foreslås vurdert.
- Konsernrevisjonen ber om at styrene fremmer 2-3 forslag til risikoområder som er relevant på foretaksnivå og som også kan ha tverrgående interesse i et regionalt perspektiv.

Vedlagte oversikt over utførte revisjoner de senere år fordelt på ulike områder kan brukes til støtte for vurderingene. For å forenkle arbeidet med å fremstille nye innspill legger vi ved en oversikt over forslag til plan for 2024 og 2025 som ikke ble prioritert, og som eventuelt kan vurderes på nytt for 2026.

Frist for innspill er 3. oktober 2025, og innspillene sendes til konsernrevisor Espen Anderssen på epost Espen.Anderssen@helse-sorost.no.

Med vennlig hilsen
Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst



Espen Anderssen
Konsernrevisor

Vedlegg:

Oversikt over utførte revisjoner i perioden 2019-2025 per område
Tidligere innspill fra helseforetakene som ikke er inntatt i revisjonsplanen

Vedlegg - oversikt over utførte revisjoner i perioden 2019-2025 per område

Revisjonsdekning Konsernrevisjonen, 2019-2025

Område	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Plan 2025
Virksomhetsstyring							
Styringssystem, risikostyring	●	●	●	●	●	●	●
Ressursstyring og bemanningsplanlegging	●	●	●	●	●	●	●
Beredskap, varsling av kritikkverd. forh, misligheter	●	●	●	●	●	●	●
Bærekraft	●	●	●	●	●	●	●
Somatikk							
Styring og forbedring av kvalitet	●	●	●	●	●	●	●
Henvisninger og ventetider	●	●	●	●	●	●	●
Uønsket variasjon	●	●	●	●	●	●	●
Pakkeforløp	●	●	●	●	●	●	●
Psykisk helsevern og TSB							
Styring og forbedring av kvalitet	●	●	●	●	●	●	●
Henvisninger og ventetider	●	●	●	●	●	●	●
Uønsket variasjon	●	●	●	●	●	●	●
Pakkeforløp	●	●	●	●	●	●	●
Utdanning							
	●	●	●	●	●	●	●
Forskning							
	●	●	●	●	●	●	●
Teknologi							
Styring av IKT, IKT-prosesser	●	●	●	●	●	●	●
Program, prosjekt- og porteføljestyring	●	●	●	●	●	●	●
Informasjonssikkerhet, personvern	●	●	●	●	●	●	●
Støtteprosesser							
HR, HMS, kompetansestyring, endringsledelse	●	●	●	●	●	●	●
Anskaffelser og leverandørstyring	●	●	●	●	●	●	●
Økonomistyring	●	●	●	●	●	●	●
Byggeprosjekter							
	●	●	●	●	●	●	●

Revisjon ●
Rådgivning ●

Vedlegg - Oversikt over tidligere innspill fra helseforetakene som ikke er inntatt

Følgende risikoområder er spilt inn av to eller flere helseforetak til revisjonsplanene for 2024 og 2025, men ikke innarbeidet i revisjonsplan:

Risikoområde	Beskrivelse av mulige revisjonstemaer
Ventetider, ventelister og fristbrudd	• Kontroll og oppfølging av ventelister • Vurdere om det er innført tiltak som kan ha varig effekt på ventetider • Hvorvidt arbeidsprosesser blir endret når ventetider øker
Rekruttere og beholde Helsepersonell	• Tiltak for å beholde kritisk kompetanse • Hvorvidt målene i oppdragsdokumentet for 2023 knyttet til «Bemanning og kompetanse» er nådd • HR-faglige muligheter og utfordringer • Lære og erfare på tvers av HF hvordan rekrutteringsprosesser gjennomføres
LIS-utdanning	• Gjennomføring av handlingsplan for spesialistutdanning 2023-2025 • Utdanning av LIS 1-3, herunder planlegge for fremtidig rekrutteringsbehov
Gevinstrealisering	• Gevinstrealisering ved innføring av ny teknologi • Gevinstrealisering i innovasjonsprosjekter • Prosesser for gevinstrealisering med roller og ansvarsfordeling i foretaksgruppen

Styret kan eventuelt vurdere om risikobildet tilsier at disse fortsatt er aktuelle som revisjonstemaer.

Dato: 29. september
2025
Saksbehandler: Eli Årnot

Saksfremlegg

Forbedringsundersøkelsen i Vestre Viken 2025

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	91/2025	29.09.25

Forslag til vedtak

Styret tar resultatene og videre oppfølging av Forbedringsundersøkelsen i VVHF 2025 til orientering.

Drammen, 22. september 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Kort oppsummering av saken

Styresaken om Forbedringsundersøkelsen 2025 i Vestre Viken HF presenterer årets resultater og hvordan de følges opp lokalt. Undersøkelsen viser stabil utvikling med forbedringer innen psykososialt arbeidsmiljø og oppfølging, mens fysisk miljø har hatt en negativ utvikling. Arbeidsbelastning oppleves fortsatt som høy blant enkelte yrkesgrupper, og det er behov for tiltak. Et nytt område om vold og trusler er inkludert, med behov for styrket forebygging. Oppfølging skjer gjennom hele lederlinjen, og alle enheter skal utarbeide HMS-handlingsplaner. *Sammendraget er laget ved hjelp av kunstig intelligens (KI).*

Bakgrunn

Medarbeiderundersøkelsen Forbedring gjennomføres årlig i alle helseforetak i Norge, og skal følges opp av ledere, vernetjenesten og medarbeidere. Alle ansatte med 1% stilling eller mer deltar i undersøkelsen. Svarprosenten i år endte på 72, to prosentpoeng ned fra i fjor.

Rapportene med resultater var tilgjengelige for lederne primo mai. Klinikkdirektørene mottar i tillegg en oppfølgingsrapport der underordnede enheter med resultater kommer frem på en oversiktlig måte. Det forenkler arbeidet med å identifisere de enhetene som skiller seg ut, både positivt og negativt. Resultatene for hver enhet eies av medarbeiderne der, men ledergrupper på ulike nivåer bør se på resultater samlet og på tvers av enheter. Erfaring tilsier at det vil være problemstillinger som må håndteres av ledergrupper i fellesskap, på et mer strategisk nivå. For at forbedringsarbeidet skal lykkes må det være en kontinuerlig prosess, og settes på agendaen regelmessig.

Hensikten med saken er å orientere om det lokale oppfølgingsarbeidet i lederlinjen, de overordnede resultatene fra undersøkelsen, samt vise enkelte sammenligninger mellom resultater fra ulike stillingskategorier i Vestre Viken.

Saksutredning

Oppfølging av Forbedringsundersøkelsen

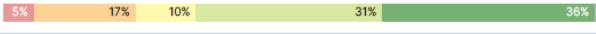
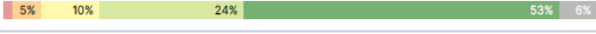
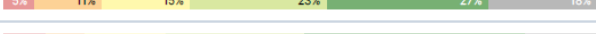
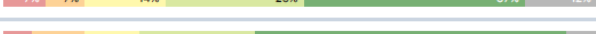
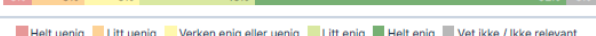
Forbedringsundersøkelsen kartlegger ulike forhold innen hovedområder som virker inn på pasientsikkerheten, spesielt med tanke på ansattes trivsel, motivasjon og arbeidshelse. Den enkelte leder er ansvarlig for oppfølging i egen enhet, og overordnet leder skal sørge for at oppfølging blir gjennomført og at handlingsplan utarbeides. Vernetjenesten har en aktiv rolle i oppfølgingsarbeidet. Tillitsvalgte har en viktig oppgave med å motivere ansatte til å svare på undersøkelsen.

Resultatene etter undersøkelsen er et av flere verktøy som skal brukes i det lokale forbedringsarbeidet av pasientsikkerhetskultur og HMS. «Snakk om forbedring» er et annet verktøy. Kontinuerlig forbedring er metodikken som benyttes i gjennomføring av forbedringsarbeid i Vestre Viken.

Det er i år en forsterket oppfølging fra HAMU sin side til klinikkenes AMU'er. Dette innebærer at ledere skal inviteres til klinikk AMU'ene for å presentere eget oppfølgingsarbeid etter undersøkelsen. Felles utfordringer gir mulighet for samarbeid og gode felles forbedringstiltak på tvers av enheter, samt deling av gode tiltak med tilhørende prosesser. Formålet er å forsterke oppfølgingen og redusere variasjon i HMS-arbeidet.

Resultater og vurderinger

Resultatene fra hovedområdene varierer ikke mye fra år til år, men små endringer blir signifikante ved mange respondenter (pil markerer signifikant endring fra 2024).

		2025	2024
Engasjement		81 ↓	82
Teamarbeidsklima		84 ↓	85
Arbeidsforhold		69	69
Sikkerhetsklima		83	83
Psykososialt arbeidsmiljø		83 ↑	82
Opplevd lederatferd		84	84
Toppleders rolle i pasientsikkerhetsarbeid		66	67
Fysisk miljø		67 ↓	69
Oppfølging		72 ↑	71
Vold og trusler		78	

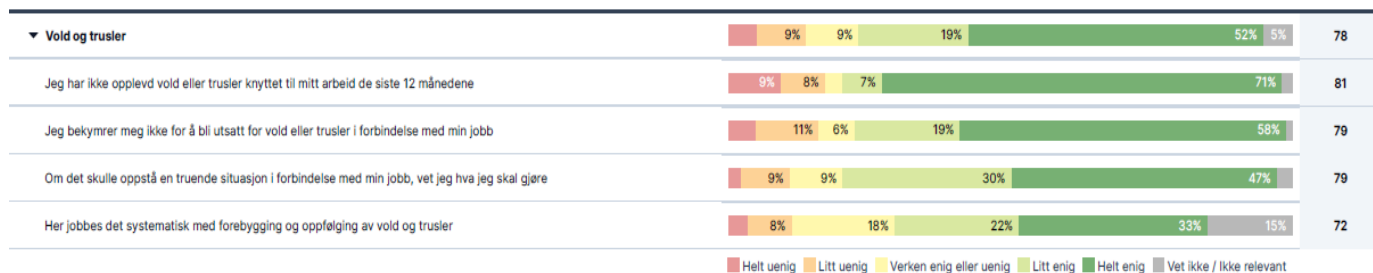
Psykososialt arbeidsmiljø og Oppfølging viser en positiv utvikling. Sammen med at området Sikkerhetsklima er stabilt, er dette et godt resultat. God meldekultur og opplevelse av at det er trygt å si ifra om uønskede hendelser er viktig. Det bidrar til økt læring og legger til rette for forbedring. Ansatte opplever seg sett og hørt.

Området Arbeidsforhold hadde en forbedring i fjor, og holder seg på samme nivå i år. Det kan se ut til at iverksatte tiltak har hatt effekt. Imidlertid er det innen dette området det er størst spredning i svarene, dvs. at arbeidsbelastningen oppleves ulik. Enheter med vedvarende opplevelse av høy arbeidsbelastning må iverksette tiltak som kan bidra til bedring. Det er på underspørsmålet: «Arbeidsbelastningen min er passe stor (antall oppgaver, arbeidstempo eller krav til å gjøre flere ting samtidig)» spredningen er størst. Det er i hovedsak ansattkategoriene sykepleiere, leger og psykologer som opplever belastningen for høy. Dette kan ha en sammenheng med uttalt opplevelse av «plunder og heft» i arbeidshverdagen, men må undersøkes nærmere slik at hensiktsmessige tiltak kan iverksettes. Resultatet for dette området viser likevel forbedring fra i fjor.

Fysisk miljø har størst reduksjon fra i fjor. Mange medarbeidere flytter høsten 2025 inn i nytt sykehus i Drammen, og det forventes en bedring i neste års undersøkelse på bakgrunn av dette. Imidlertid er det mange som skal være i eksisterende bygg, og gjennomføring av HMS-runde i alle lokaler er viktig i arbeidet med forbedringstiltak innen dette området.

Områdene Engasjement og Teamarbeidsklima har begge gode resultater. Over 80% har svart at arbeidsoppgavene engasjerer og at det gis mulighet for utvikling. Samarbeidet fungerer godt, og det er lett å spørre om hjelp og støtte. Imidlertid utmerker spørsmålene om konstruktive tilbakemeldinger og ønske om mer opplæring seg i negativ retning, mens over 90% oppgir at de får tilstrekkelig hjelp fra kollegaer og samlet sett er godt fornøyd med å jobbe i Vestre Viken.

Det er i år tatt inn et nytt hovedområde i undersøkelsen; Vold og trusler. 76% oppgir at de er enig i utsagnet i spørsmålene. Størst usikkerhet er det rundt det forebyggende arbeidet, noe som betyr at det bør jobbes aktivt med tiltak på dette området.



Administrerende direktørs vurdering

Vestre Viken jobber systematisk med å forbedre arbeidsmiljøet og pasientsikkerheten. Trygge og inkluderende arbeidsplasser gir ansatte støtte, tillit og mot til å si fra. Arbeidsglede styrker pasientsikkerheten, og gir økt motstandskraft mot stress og slitasje. Teamarbeid er nøkkelen til oppgavedeling og god organisering av arbeidsdagen. Dagens medarbeidere har i større grad enn tidligere forventninger til fleksibilitet, støtteordninger og balanse mellom jobb og fritid. Vestre Viken fortsetter arbeidet med å tilby fleksibilitet i arbeidstidsordninger, minske plunder og heft og utvikle kompetansen til medarbeidere og ledere. Det blir stadig viktigere å legge til rette for, og ta i bruk, personellbesparende digitale løsninger. Dette krever ledelse, styring og organisering, samt aktiv medvirkning fra fagorganisasjonene og vernetjeneste.

Forbedringsundersøkelsen skal følges opp gjennom hele lederlinjen. Alle enheter skal etablere en HMS-handlingsplan med tiltak. Det lokale forbedringsarbeidet skal følges opp i HAMU, klinikkenes AMU og i direktørens oppfølgingsmøter med klinikkene.

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret tar resultatene etter Forbedringsundersøkelsen i VVHF 2025 til orientering.

Vedlegg:

1. Rapport ForBedring 2025 – Vestre Viken HF
2. Prosedyre for oppfølging av Forbedringsundersøkelsen
3. Oppfølgingsguide Forbedring
4. Presentasjon: Forbedringsundersøkelsen i Vestre Viken 2025



ForBedring 2025

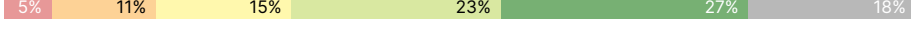
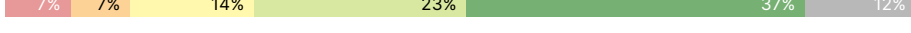
Invitasjoner: 8211

Fullførte besvarelser: 5926



Svarprosent: 72%

Det er viktig for troverdigheten til resultatene at flest mulig deltar med sine synspunkter. Svarprosent er i seg selv et resultat, og kan være et tiltaksområde. Hvis svarprosenten er lavere enn 70, er det viktig å undersøke hva som kan gjøres i fremtiden for å få til en bedre deltakelse. Kriteriene for deltakelse i ForBedring inkluderer alle ansatte som har en stillingsprosent.

		Skår i år	Skår i fjor
Engasjement		81 ↓	82
Teamarbeidsklima		84 ↓	85
Arbeidsforhold		69	69
Sikkerhetsklima		83	83
Psykososialt arbeidsmiljø		83 ↑	82
Opplevd lederatferd		84	84
Toppleders rolle i pasientsikkerhetsarbeid		66	67
Fysisk miljø		67 ↓	69
Oppfølging		72 ↑	71
Vold og trusler		78	

 Helt uenig
  Litt uenig
  Verken enig eller uenig
  Litt enig
  Helt enig
  Vet ikke / Ikke relevant

Engasjement - Måltall:



Engasjement

		Skår i år	Skår i fjor
▼ Engasjement	7% 9% 29% 53%	81 ↓	82
Arbeidsoppgavene mine engasjerer meg	25% 67%	89 ↓	90
Jeg sier til mine venner at dette er et godt sted å jobbe	6% 8% 23% 60%	83 ↓	84
Jeg får utvikle meg gjennom jobben	7% 9% 31% 50%	80 ↓	81
Jeg får tilstrekkelig opplæring og veiledning til å kunne gjøre en god jobb	10% 11% 36% 41%	76 ↓	77
Jeg får konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet jeg utfører	11% 15% 35% 36%	72	73
Samlet sett er jeg godt fornøyd med å jobbe her	7% 24% 63%	86	86

Helt uenig
Litt uenig
Verken enig eller uenig
Litt enig
Helt enig
Vet ikke / Ikke relevant

Teamarbeidsklima - Måltall:

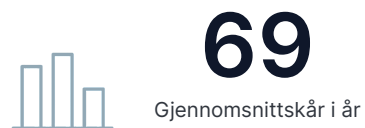


Teamarbeidsklima

		Skår i år	Skår i fjor
▼ Teamarbeidsklima	5% 7% 28% 55%	84 ↓	85
Forskjellige yrkesgrupper samarbeider godt her	5% 6% 33% 54%	84 ↓	85
Samarbeid med andre enheter fungerer godt	9% 12% 43% 32%	75 ↓	77
Jeg får støtte og hjelp fra mine arbeidskolleger når jeg trenger det	22% 71%	90 ↓	91
Her er det lett å spørre når det er noe jeg ikke forstår	19% 73%	90 ↓	92
Det er lett å si fra om problemer i pasientbehandlingen her	7% 11% 25% 43% 13%	79 ↓	80

Helt uenig
 Litt uenig
 Verken enig eller uenig
 Litt enig
 Helt enig
 Vet ikke / Ikke relevant

Arbeidsforhold - Måltall:



Arbeidsforhold

		Skår i år	Skår i fjor
▼ Arbeidsforhold	5% 17% 10% 31% 36%	69	69
Jeg har tilstrekkelig med ressurser eller hjelpemidler til å gjøre jobben min	16% 9% 35% 35%	71	71
Arbeidsbelastningen min er passe stor (antall oppgaver, arbeidstempo eller krav til å gjøre flere ting samtidig)	8% 21% 12% 30% 28%	62	62
Jeg rekker å ta pause og spise i løpet av arbeidsdagen/vakten	14% 9% 28% 44%	73	72

Helt uenig
Litt uenig
Verken enig eller uenig
Litt enig
Helt enig
Vet ikke / Ikke relevant

Sikkerhetsklima - Måltall:



Sikkerhetsklima

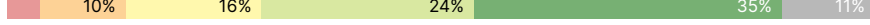
		Skår i år	Skår i fjor
▼ Sikkerhetsklima	10% 24% 53% 6%	83	83
Jeg melder fra om avvik og hendelser som kan føre til skade eller feil	7% 24% 62%	86	86
Det er trygt å si i fra om kritikkverdige forhold her	7% 10% 26% 52%	80 ↓	81
Vi diskuterer åpent de feil og hendelser som oppstår for å lære av dem	6% 8% 28% 53%	81 ↓	82
Mine kolleger oppmuntrer meg til å si fra om jeg er bekymret for sikkerheten	14% 22% 53% 6%	82 ↓	83
Her blir medisinske feil (behandlingsrelaterte forhold som gir/kunne gitt negativt utfall for pasient) håndtert riktig	11% 20% 44% 21%	83	83
Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her	8% 25% 55% 6%	84 ↓	85

Helt uenig
Litt uenig
Verken enig eller uenig
Litt enig
Helt enig
Vet ikke / Ikke relevant

Psykososialt arbeidsmiljø - måltall:



Psykososialt arbeidsmiljø

		Skår i år	Skår i fjor
▼ Psykososialt arbeidsmiljø		83 ↑	82
Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for diskriminering her i løpet av de siste 12 månedene		84	83
Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for mobbing eller trakassering her i løpet av de siste 12 månedene		83	83
Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for seksuell trakassering her i løpet av de siste 12 månedene		92 ↑	91
Jeg vet hvordan jeg skulle gå frem dersom jeg la merke til at noen ble utsatt for mobbing, trakassering eller diskriminering.		84 ↑	83
Når konflikter oppstår her blir de håndtert på en god måte		72	72

■ Helt uenig
 ■ Litt uenig
 ■ Verken enig eller uenig
 ■ Litt enig
 ■ Helt enig
 ■ Vet ikke / Ikke relevant

Opplevd lederatferd - Måltall:

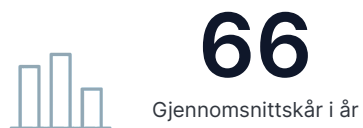


Opplevd lederatferd

		Skår i år	Skår i fjor
▼ Opplevd lederatferd	5% 8% 20% 60%	84	84
Min nærmeste leder har tydelige forventninger til mitt arbeid	8% 22% 63%	86 ↓	87
Min nærmeste leder er tilgjengelig for meg når jeg har behov for det	6% 6% 20% 64%	84 ↓	85
Min nærmeste leder følger opp uønskede hendelser og forbedringsforslag	6% 8% 20% 57% 5%	83	83
Min nærmeste leder oppmuntrer meg til å si ifra når jeg har en annen mening	5% 11% 19% 57%	81	81

Helt uenig
 Litt uenig
 Verken enig eller uenig
 Litt enig
 Helt enig
 Vet ikke / Ikke relevant

Toppleders rolle i pasientsikkerhetsarbeid - Måltall:



Toppleders rolle i pasientsikkerhetsarbeid

		Skår i år	Skår i fjor
▼ Toppleders rolle i pasientsikkerhetsarbeid		66	67
Administrerende direktør støtter opp om arbeidet med pasientsikkerheten i helseforetaket		66	67

Helt uenig
Litt uenig
Verken enig eller uenig
Litt enig
Helt enig
Vet ikke / Ikke relevant

Fysisk miljø - Måltall:

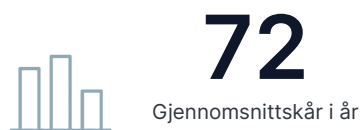


Fysisk miljø

		Skår i år	Skår i fjor
▼ Fysisk miljø	5% 11% 15% 23% 27% 18%	67 ↓	69
Det er et godt fysisk arbeidsmiljø her (luft, lys, støy, støv, vibrasjoner, og lignende.)	19% 31% 11% 24% 15%	46 ↓	49
Her arbeides det godt med brannvern	10% 17% 30% 34%	72	73
Her tilrettelegges arbeidet slik at muskel- og skjelettplager forebygges	8% 19% 18% 29% 21%	59	60
Her blir alle godt beskyttet mot skadelige kjemikalier og biologiske farer	7% 13% 20% 32% 26%	75 ↓	77
Her arbeides det godt med smittevern	7% 11% 29% 41% 11%	78 ↓	81
Her arbeides det godt med strålevern	13% 9% 20% 54%	75 ↓	76
Her er sikkerheten ved bruk av maskiner, tekniske hjelpemidler, eller utstyr godt ivaretatt	12% 19% 34% 31%	80 ↓	81
Her arbeides det godt med å unngå negativ påvirkning på klima og miljø	5% 13% 23% 24% 21% 14%	62	61

Helt uenig
Litt uenig
Verken enig eller uenig
Litt enig
Helt enig
Vet ikke / Ikke relevant

Oppfølging - Måltall:

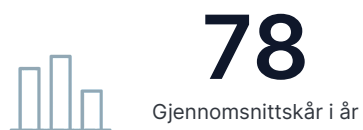


Oppfølging

		Skår i år	Skår i fjor
▼ Oppfølging	7% 7% 14% 23% 37% 12%	72 ↑	71
Her arbeides det systematisk med å forbedre arbeidsmiljøet og pasientsikkerheten	8% 14% 31% 39%	75	75
Jeg har vært involvert i oppfølgingen av den forrige ForBedring kartleggingen	11% 13% 15% 36% 20%	69 ↑	67

Helt uenig
Litt uenig
Verken enig eller uenig
Litt enig
Helt enig
Vet ikke / Ikke relevant

Vold og trusler - Måltall:



Vold og trusler

	Skår i år					
▼ Vold og trusler		9%	9%	19%	52%	5%
Jeg har ikke opplevd vold eller trusler knyttet til mitt arbeid de siste 12 månedene	9%	8%	7%	71%		81
Jeg bekymrer meg ikke for å bli utsatt for vold eller trusler i forbindelse med min jobb		11%	6%	19%	58%	79
Om det skulle oppstå en truende situasjon i forbindelse med min jobb, vet jeg hva jeg skal gjøre	9%	9%	30%	47%		79
Her jobbes det systematisk med forebygging og oppfølging av vold og trusler	8%	18%	22%	33%	15%	72

■ Helt uenig
 ■ Litt uenig
 ■ Verken enig eller uenig
 ■ Litt enig
 ■ Helt enig
 ■ Vet ikke / Ikke relevant

Lokale Spørsmål

		Skår i år	Skår i fjor
▼ Tilleggspørsmål Vestre Viken	7% 8% 15% 59% 8%	81	80
Min nærmeste leder har fokus på pasientsikkerhet	7% 8% 15% 59% 8%	81	80

Helt uenig
Litt uenig
Verken enig eller uenig
Litt enig
Helt enig
Vet ikke / Ikke relevant

Forbedringsundersøkelsen

Oppfølgingsguide for ledere
2025



ForBedringsundersøkelsen – hva og hvorfor

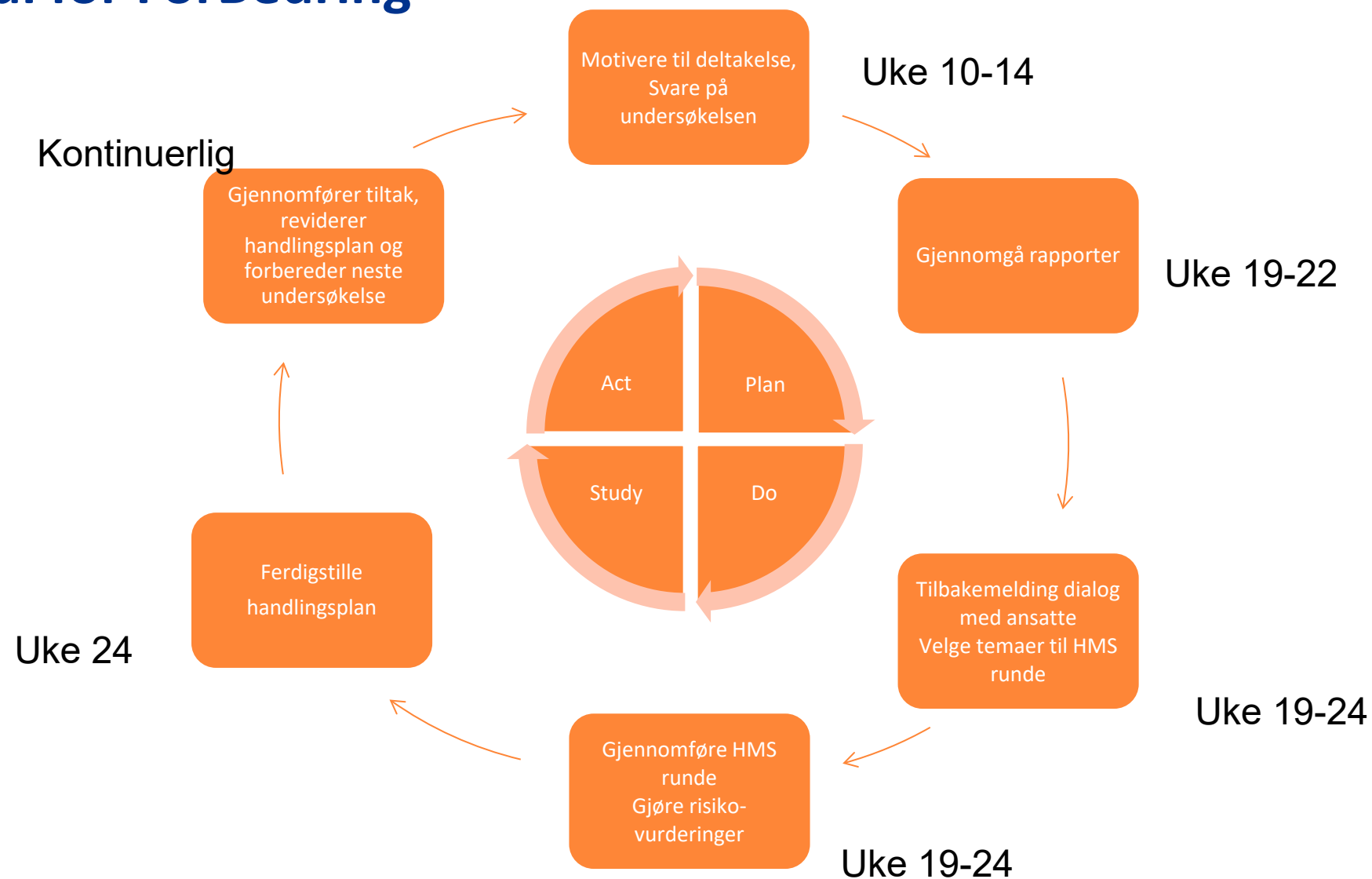
Nasjonal årlig spørreundersøkelse som grovkartlegger HMS inkludert arbeidsmiljø og pasientsikkerhet.

Resultatene skal brukes til lokalt forbedringsarbeid

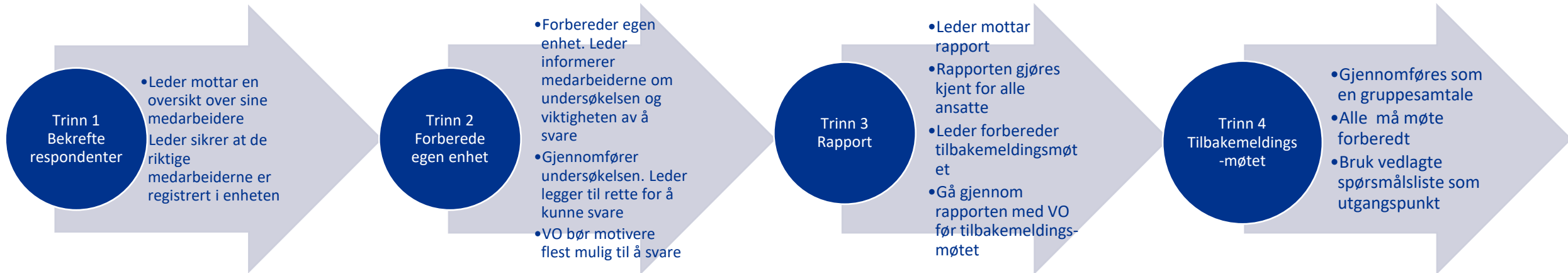
Hovedtemaer i undersøkelsen:

- Engasjement
- Teamarbeidsklima
- Arbeidsforhold
- Sikkerhetsklima
- Psykososialt arbeidsmiljø
- Opplevd lederatferd
- Toppleders rolle i pasientsikkerhetsarbeidet
- Fysisk miljø
- Oppfølging

Årshjul for ForBedring



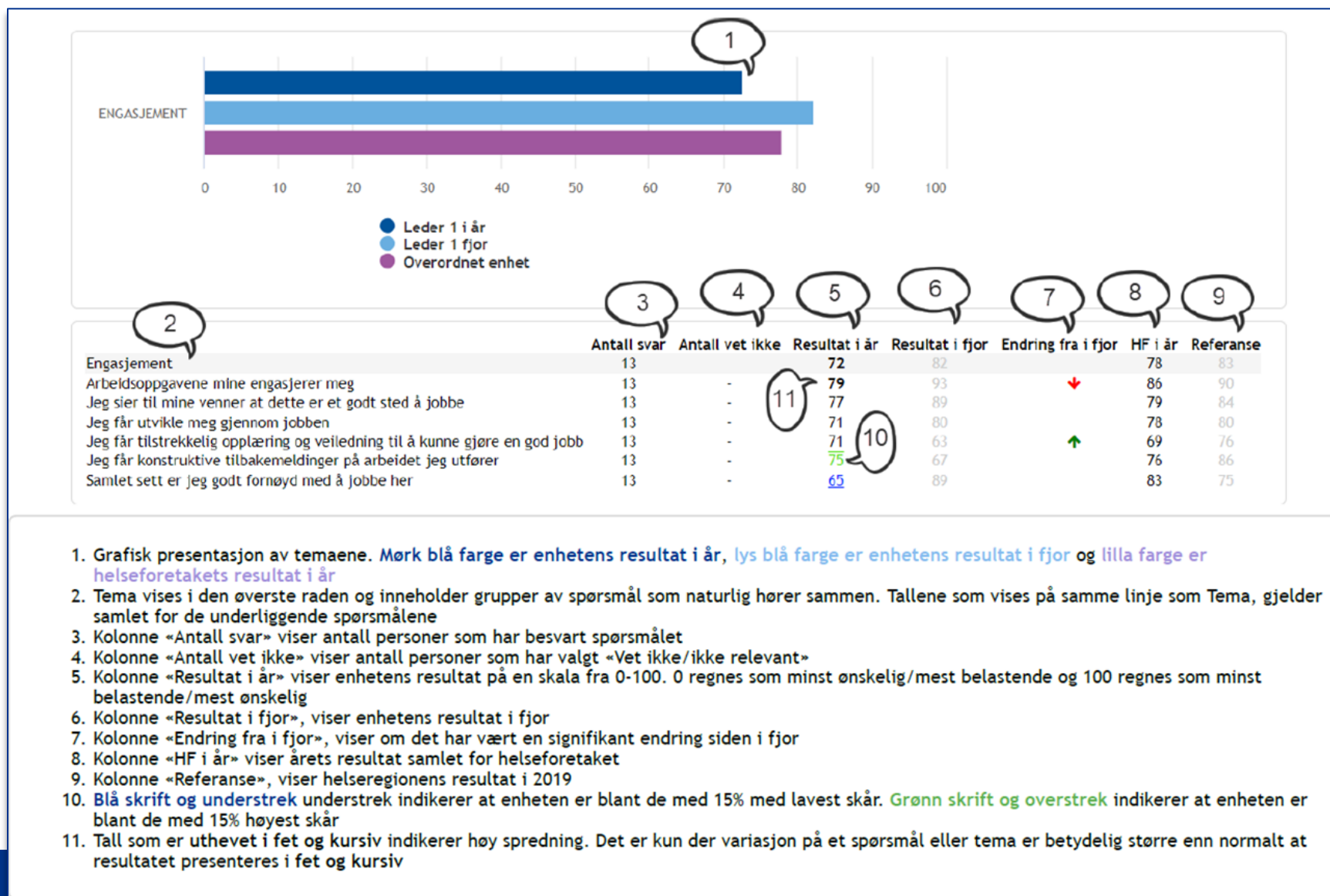
Prosess for Forbedringsundersøkelsen



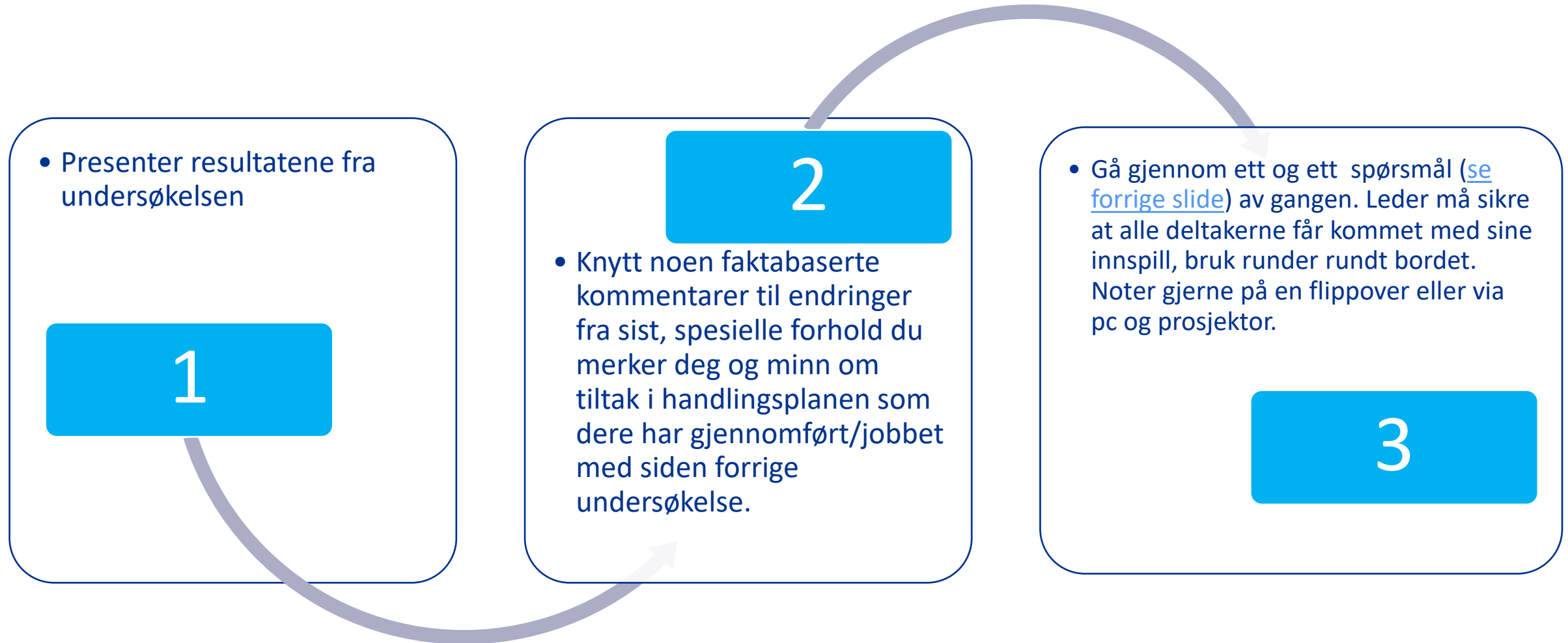
Aktuelle spørsmål på tilbakemelding- og oppfølgingsmøte

1. *Hva liker du best ved arbeidsmiljøet i din enhet?*
2. *Hva er du mest stolt av ved sikkerhetskulturen i din enhet?*
3. *Hva kan vi gjøre for å **bygge videre på det som fungerer bra?***
4. *Hva ønsker du forbedringer på i arbeidsmiljøet og/eller innenfor pasientsikkerhet?*
5. *Hvilke tiltak må vi sette inn for å få en forbedring? Hva må vi konkret gjøre for å få forbedring?*
6. *Hvordan måler vi forbedringen? Hvordan merker vi at vi har blitt bedre?*
7. *Hvilke områder vil vi velge til HMS-runden?*

Rapport etter undersøkelsen – lages ved de enhetene der det er 5 eller flere svar



Tilbakemeldingsmøtet - gjennomføring



Tilbakemeldingsmøtet - gjennomføring

- Innspill/forhold som ikke er kommet frem i selve undersøkelsen kan også tas med.

4

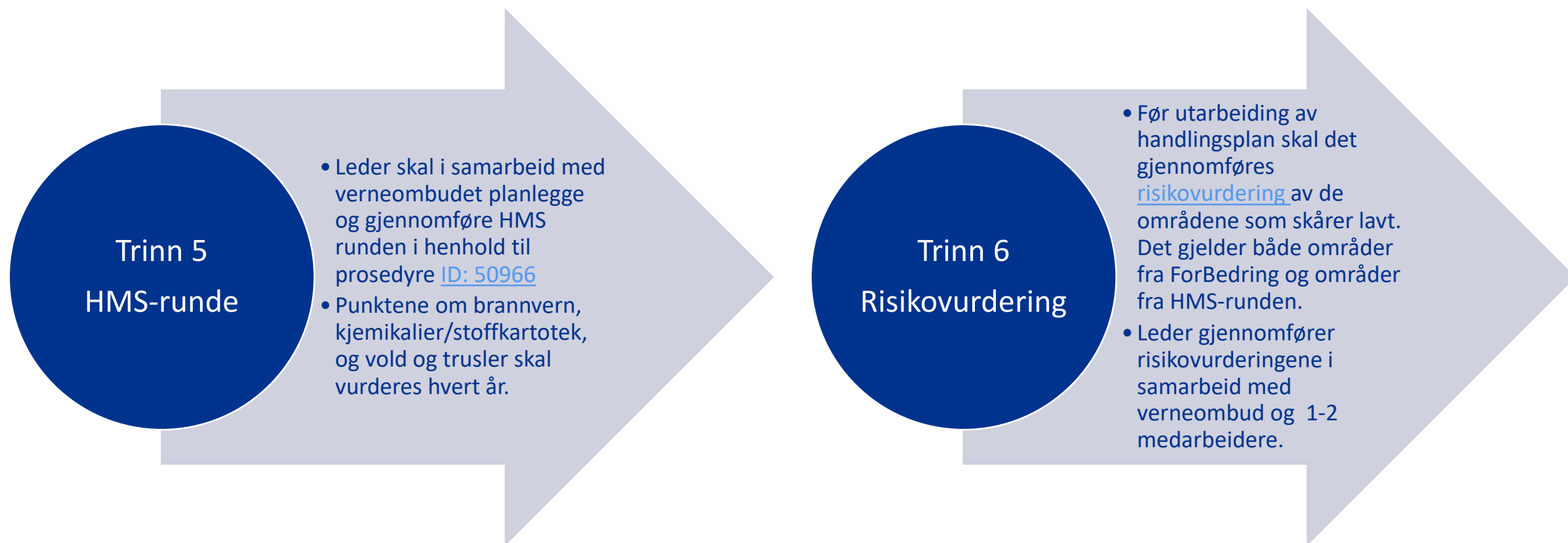
- Det avtales hvem som i tillegg til leder og verneombud skal delta på HMS-runden, og hvilke tema som gjennomgås.

5

- Gruppesamtalen avsluttes med at leder etterspør om alle deltakerne har fått kommet med sine innspill.
- Handlingsplan ferdigstilles etter at HMS runde og risikovurdering er gjennomført

6

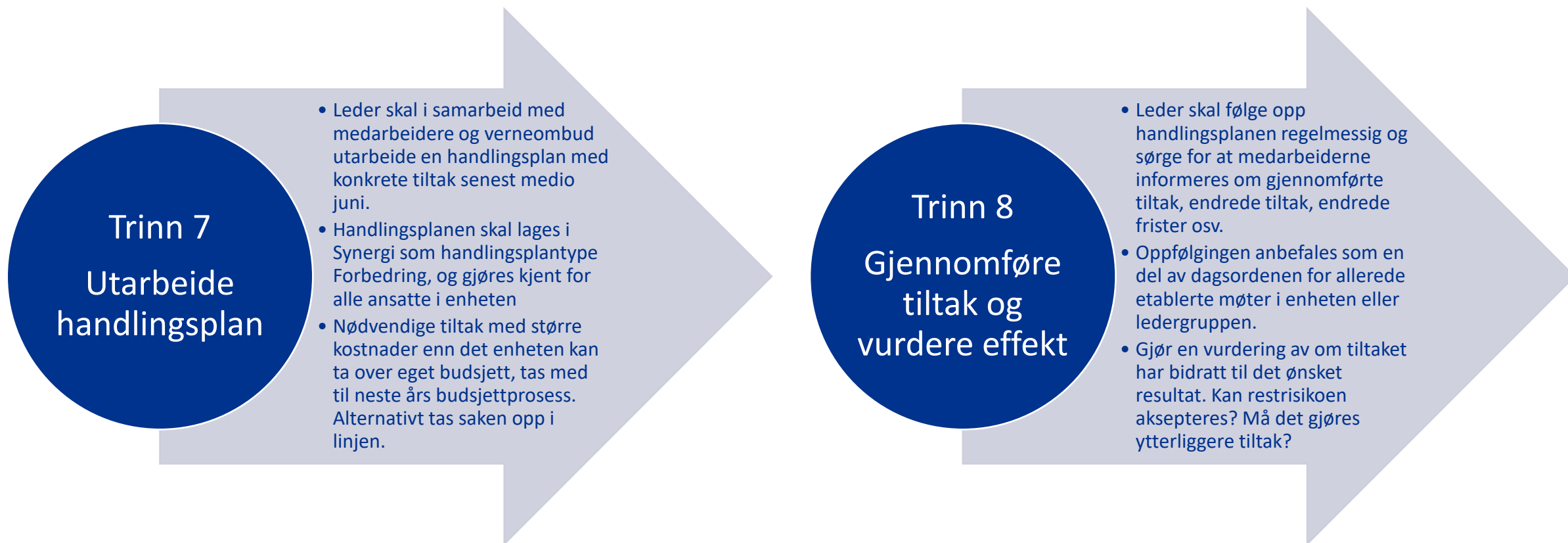
Videre prosess for Forbedringsundersøkelsen



Tips til risikovurderingen

- Avgrens -> hva er det som skal risikovurderes?
- Liten gruppe!
- Innhent evt innspill på hendelser på forhånd fra dem som ikke deltar
- Effektiviser prosessen -> sett opp prioriterte hendelser på forhånd

Videre prosess for Forbedringsundersøkelsen



Tips til handlingsplan

- NB – Det skal lages ny handlingsplan hvert år.
- Foretaket blir målt på Aktive handlingsplaner. Gammel handlingsplan med åpne tiltak regnes ikke som en aktiv handlingsplan. Man må lage nye tiltak hvert år.
- Hvis dere har tiltak fra forrige år som ikke er ferdigstilt, bruk funksjonen for å kopiere handlingsplanen eller tiltakene inn i ny handlingsplan

Hva er gode tiltak:

- Aktivitet som iverksettes for å oppnå en bestemt virkning
 - Kan vi måle effekten av dette tiltaket
 - Godt beslutningsgrunnlag
 - Tiltakene må være realistiske og gjennomførbare
 - Plan for oppfølging av tiltak
 - Velge tiltaksutfører

Viktig med oppfølging i linjen

- Enhetsleder skal rapportere oppover i linjen på status etter ForBedringsundersøkelsen og HMS runden
- Leder på overordnet nivå vurderer om det fremkommer problemstillinger, trender eller tendenser ved arbeidsmiljø eller pasientsikkerhet i kartleggingen som bør eller som kun kan håndteres på overordnet nivå. Dette kan for eksempel gjelde tverrgående problemstillinger og forhold knyttet til flyt, systemer eller strukturer.
- Dersom saken ikke løses på nærmeste overordnede nivå, legges saken fram for leder på nivået over.

Ønske om bistand og råd?

- Kvalitetsavdelingen
- HR
- HMS
- Vernetjenesten

Dokument-ID: 103879	Status:	Dokumentansvarlig:	Godkjent av:	Godkjent fra:
Versjon: 7	Godkjent	Anne Monica Holmen Skjeldrum	Anne Monica Holmen Skjeldrum	21.05.2025
Utarbeidet av: Bente Monsen og Henning Brueland				

Målgruppe

Alle ansatte i Vestre Viken

Hensikt

Sikre god og enhetlig gjennomføring og oppfølging av ForBedringsundersøkelsen.

Undersøkelsens formål er å kartlegge arbeidsmiljøfaktorer og pasientsikkerhetskulturen i den enkelte enhet som grunnlag for kvalitets- og forbedringsarbeid.

Ansvar

Ledere med personalansvar

Fremgangsmåte

Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften) og Forskrift om Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten sier at alle ledere skal ha en oversikt over risikoforhold innenfor HMS og pasientsikkerhet i sin enhet. Dette skal gjøres blant annet gjennom kartlegging (ForBedring, Snakk om forbedring og HMS-runden), risikovurdering og utarbeidelse av handlingsplan.

ForBedring er en nasjonal årlig spørreundersøkelse som grovkartlegger HMS, inkludert arbeidsmiljø, og pasientsikkerhetskulturen. Undersøkelsen sendes til ansatte i februar. Det er et mål at alle ansatte besvarer undersøkelsen. Resultatene er tilgjengelige for leder etter ca. fem uker.

Arbeidet med undersøkelsen er et kontinuerlig arbeid som skal følges opp gjennom hele året.

Ledere på alle nivå skal som minimum gjennomføre følgende trinn:

Kvalitetssikre ansatte som skal besvare undersøkelsen (februar)

Leder mottar en oversikt over sine medarbeidere på epost.

Leder skal kvalitetssikre at de riktige medarbeiderne som skal besvare spørreundersøkelsen er registrert.

Svare på undersøkelsen (mars/april)

Leder informerer medarbeiderne om undersøkelsen og legger praktisk til rette for at alle kan svare.

Leder og verneombud motiverer flest mulig til å svare.

Rapport med resultater etter undersøkelsen (april/mai)

Leder mottar rapport og resultatene skal gjøres kjent for alle ansatte.

Leder gjennomgår rapporten med verneombud.

Tilbakemeldingsmøte (Mai/juni)

Kan gjennomføres som en gruppesamtale

Ta utgangspunkt i vedlagte veiledning og spørsmålsliste (Se vedlegg **Oppfølgingsguide for ledere**)

Gode tips finnes også på bransjeprogrammene sin side: [Sammen om ForBedring – Home Page - IA i Sykehus](#)

HMS-runde (Mai)

Leder skal i samarbeid med verneombudet planlegge og gjennomføre HMS runden i henhold til prosedyre [ID: 50966](#)

Risikovurdering (Mai)

Før utarbeiding av handlingsplan skal det gjennomføres risikovurdering av de områdene som skårer lavt. Det gjelder både områder fra ForBedring og områder fra HMS-runden.

Leder gjennomfører risikovurderingene i samarbeid med verneombud og 1-2 medarbeidere.

Utarbeide HMS-handlingsplan i Synergi (Mai/juni)

Leder skal i samarbeid med medarbeidere og verneombud utarbeide en handlingsplan med konkrete tiltak senest innen 15. juni. Handlingsplanen skal lages i Synergi som handlingsplantype Forbedring ([Bruerveiledning](#)).

Dokumentasjon på gjennomført HMS-runde og eventuell risikovurdering legges ved som tilknyttet dokument

Nødvendige tiltak med større kostnader enn det enheten kan ta over eget budsjett, tas med til neste års budsjettprosess.

Alternativt tas saken opp i linjen.

For å få et mer helhetlig bilde, må det også benyttes informasjon fra andre kilder i tillegg til resultatene etter ForBedringsundersøkelsen ved utarbeidelse av HMS-handlingsplan.

Dette er for eksempel:

- Avvik/uønskede hendelser (eksterne/interne tilsyn)
- Snakk om forbedring
- Evaluering av fjorårets handlingsplan
- Skadestatistikk/- sykefravær
- Medarbeidersamtaler
- Pasientsikkerhetsvisitt
- Tidligere HMS-runder
- Forbedringstavler
- Tavlemøter
- AMU føringer
- mv...

Gjennomføre tiltak og vurdere effekt

Leder skal følge opp handlingsplanen regelmessig og sørge for at medarbeiderne informeres om gjennomførte tiltak, endrede tiltak, endrede frister osv.

Oppfølgingen anbefales som en del av dagsordenen for allerede etablerte møter i enheten eller ledergruppen. Det skal vurderes om tiltaket har bidratt til det ønskede resultat, eller om det gjøres ytterligere tiltak.

Oppfølging i linjen

Leder på overordnet nivå vurderer om det fremkommer problemstillinger, trender eller tendenser ved arbeidsmiljø eller pasientsikkerhet i kartleggingen som bør eller som kun kan håndteres på overordnet nivå.

Dette kan for eksempel gjelde tverrgående problemstillinger og forhold knyttet til flyt, systemer eller strukturer.

Dersom saken ikke løses på nærmeste overordnede nivå, legges saken fram for leder på nivået over.

Ledere med behov for støtte i arbeidet etter ForBedring kan be om bistand fra nærmeste leder, Bedriftshelsetjenesten, HR, NAV arbeidslivssenter, HMS-avdelingen, Kvalitetsavdelingen eller Organisasjonsutvikling (OU). Linjen har ansvar for å påse at ledernivåene under får bistand ved behov.

Endringer fra forrige versjon

- Korrigert for endret gjennomføringsperiode fra 2021
- Korrigert for endret gjennomføringsperiode fra 2022
- Lagt inn en presisering under punktet "Oppfølging i linjen" - mars 2024

Vedlegg

- [ForBedring - Oppfølgingsguide for ledere 2025.pptx](#)

Styret Vestre Viken

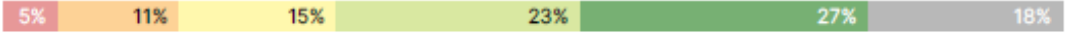
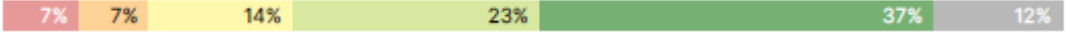
ForBedringsundersøkelsen i Vestre Viken 2025

29. september 2025



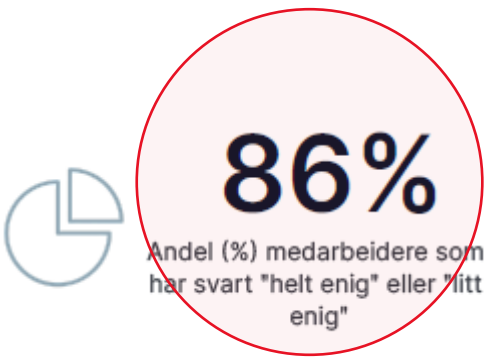
Hovedtemaer

Vestre Viken totalt - 2025

		Skår i år	Skår i fjor
Engasjement		81 ↓	82
Teamarbeidsklima		84 ↓	85
Arbeidsforhold		69	69
Sikkerhetsklima		83	83
Psykososialt arbeidsmiljø		83 ↑	82
Opplevd lederatferd		84	84
Toppleders rolle i pasientsikkerhetsarbeid		66	67
Fysisk miljø		67 ↓	69
Oppfølging		72 ↑	71
Vold og trusler		78	

 Helt uenig
  Litt uenig
  Verken enig eller uenig
  Litt enig
  Helt enig
  Vet ikke / Ikke relevant

Teamarbeidsklima



		Skår i år	Skår i fjor
Teamarbeidsklima	5%7%28%55%	84 ↓	85
Forskjellige yrkesgrupper samarbeider godt her	5%6%33%54%	84 ↓	85
Samarbeid med andre enheter fungerer godt	9%12%43%32%	75 ↓	77
Jeg får støtte og hjelp fra mine arbeidskolleger når jeg trenger det	22%71%	90 ↓	91
Her er det lett å spørre når det er noe jeg ikke forstår	19%73%	90 ↓	92
Det er lett å si fra om problemer i pasientbehandlingen her	7%11%25%43%13%	79 ↓	80
Helt uenigLitt uenigVerken enig eller uenigLitt enigHelt enigVet ikke / Ikke relevant			

Sikkerhetsklima



		Skår i år	Skår i fjor
Sikkerhetsklima	10% 24% 53% 6%	83	83
Jeg melder fra om avvik og hendelser som kan føre til skade eller feil	7% 24% 62%	86	86
Det er trygt å si i fra om kritikkverdige forhold her	7% 10% 26% 52%	80 ↓	81
Vi diskuterer åpent de feil og hendelser som oppstår for å lære av dem	6% 8% 28% 53%	81 ↓	82
Mine kolleger oppmunttrer meg til å si fra om jeg er bekymret for sikkerheten	14% 22% 53% 6%	82 ↓	83
Her blir medisinske feil (behandlingsrelaterte forhold som gir/kunne gitt negativt utfall for pasient) håndtert riktig	11% 20% 44% 21%	83	83
Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her	8% 25% 55% 6%	84 ↓	85
Helt uenig Litt uenig Verken enig eller uenig Litt enig Helt enig Vet ikke / Ikke relevant			

Opplevd lederatferd



		Skår i år	Skår i fjor
Opplevd lederatferd	5% 8% 20% 60%	84	84
Min nærmeste leder har tydelige forventninger til mitt arbeid	8% 22% 63%	86 ↓	87
Min nærmeste leder er tilgjengelig for meg når jeg har behov for det	6% 6% 20% 64%	84 ↓	85
Min nærmeste leder følger opp uønskede hendelser og forbedringsforslag	6% 8% 20% 57% 5%	83	83
Min nærmeste leder oppmunttrer meg til å si ifra når jeg har en annen mening	5% 11% 19% 57%	81	81
Helt uenig Litt uenig Verken enig eller uenig Litt enig Helt enig Vet ikke / Ikke relevant			

Arbeidsbelastning



		Skår i år	Skår i fjor
Arbeidsforhold	5%17%10%31%36%	69	69
Jeg har tilstrekkelig med ressurser eller hjelpemidler til å gjøre jobben min	16%9%35%35%	71	71
Arbeidsbelastningen min er passe stor (antall oppgaver, arbeidstempo eller krav til å gjøre flere ting samtidig)	8%21%12%30%28%	62	62
Jeg rekker å ta pause og spise i løpet av arbeidsdagen/vakten	14%9%28%44%	73	72
Helt uenigLitt uenigVerken enig eller uenigLitt enigHelt enigVet ikke / Ikke relevant			

Oppfølging og Vold og trusler



		Skår i år	Skår i fjor
Oppfølging	7% 7% 14% 23% 37% 12%	72 ↑	71
Her arbeides det systematisk med å forbedre arbeidsmiljøet og pasientsikkerheten	8% 14% 31% 39%	75	75
Jeg har vært involvert i oppfølgingen av den forrige ForBedring kartleggingen	11% 13% 15% 36% 20%	69 ↑	67
Helt uenig Litt uenig Verken enig eller uenig Litt enig Helt enig Vet ikke / Ikke relevant			

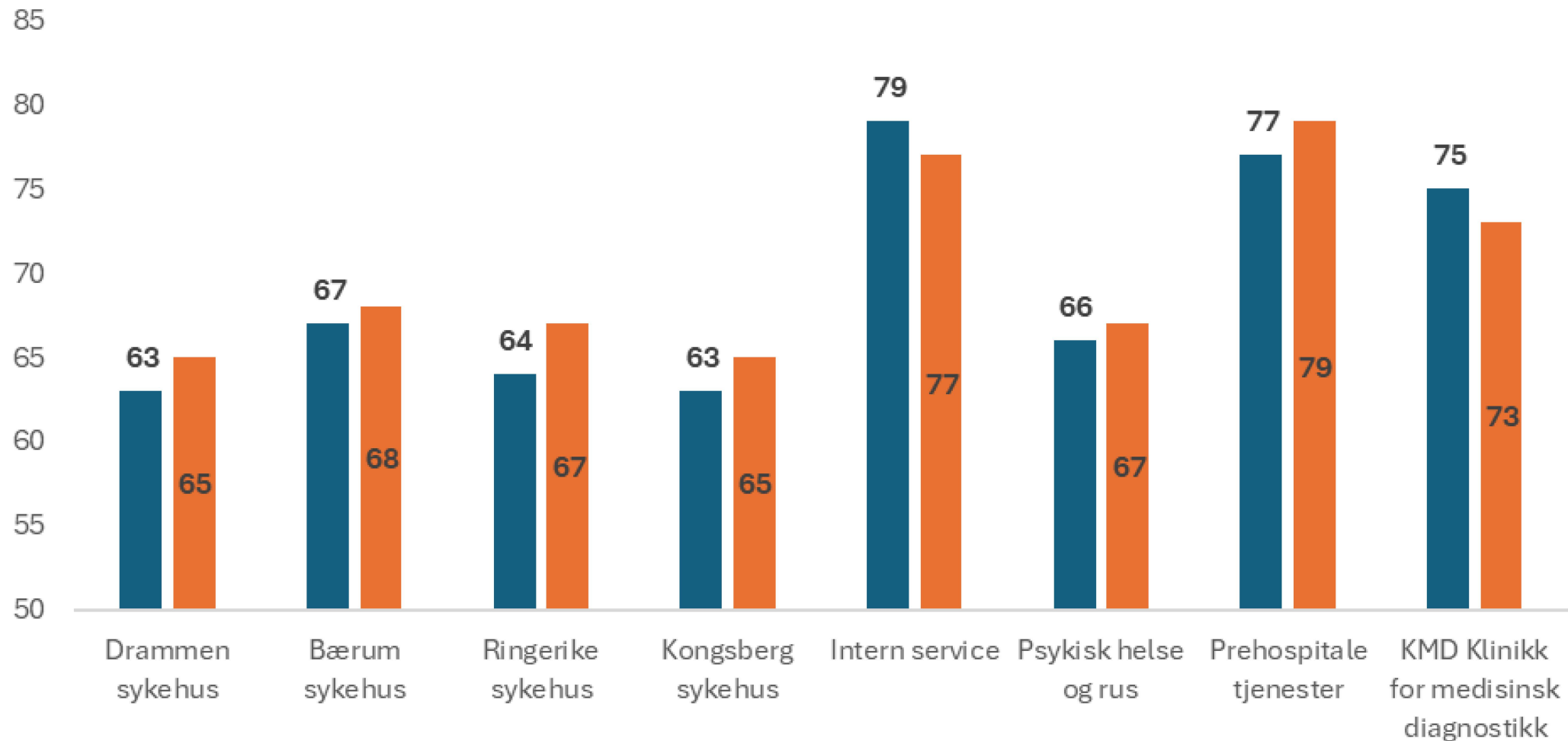


		Skår i år
Vold og trusler	9% 9% 19% 52% 5%	78
Jeg har ikke opplevd vold eller trusler knyttet til mitt arbeid de siste 12 månedene	9% 8% 7% 71%	81
Jeg bekymrer meg ikke for å bli utsatt for vold eller trusler i forbindelse med min jobb	11% 6% 19% 58%	79
Om det skulle oppstå en truende situasjon i forbindelse med min jobb, vet jeg hva jeg skal gjøre	9% 9% 30% 47%	79
Her jobbes det systematisk med forebygging og oppfølging av vold og trusler	8% 18% 22% 33% 15%	72
Helt uenig Litt uenig Verken enig eller uenig Litt enig Helt enig Vet ikke / Ikke relevant		

Resultater fra klinikker

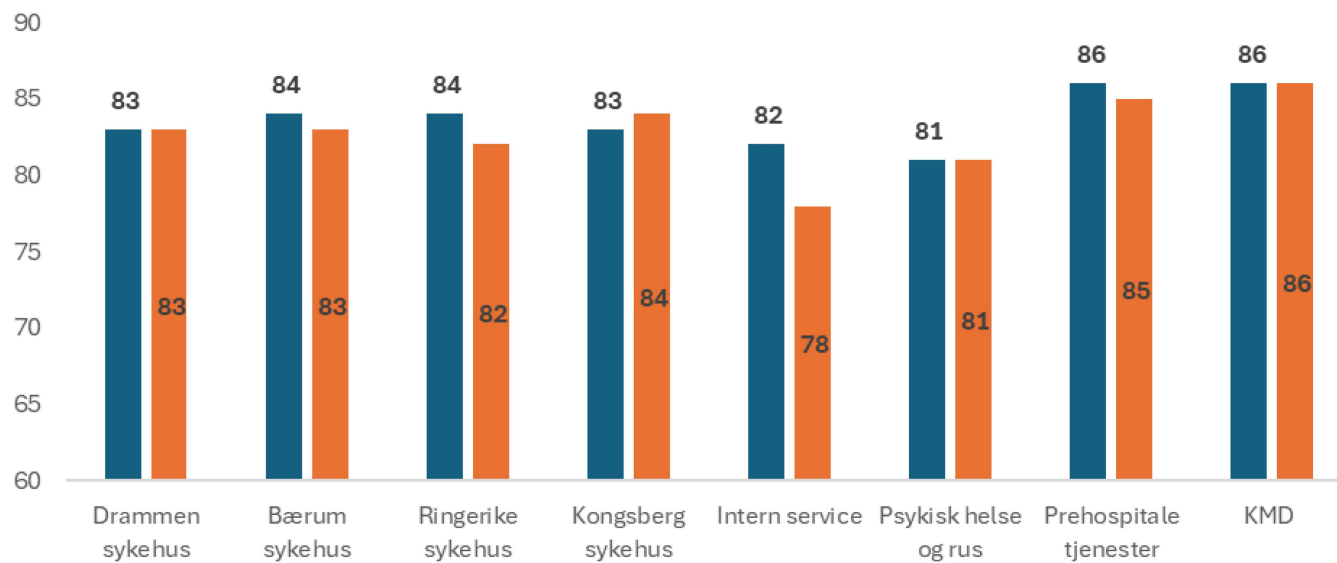
Arbeidsforhold

■ 2024 ■ 2025



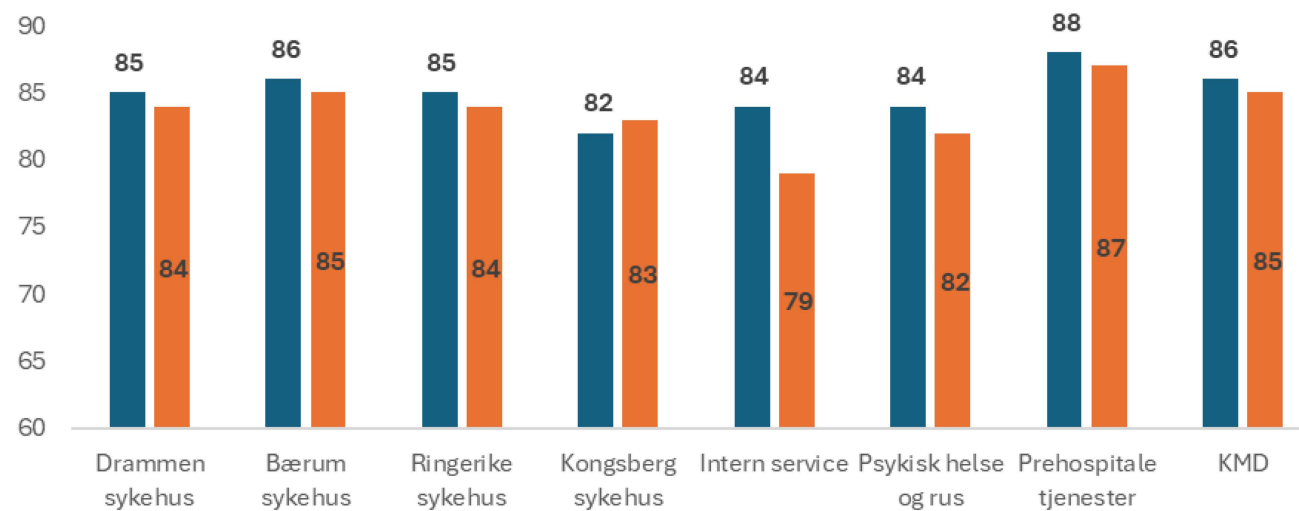
Sikkerhetsklima

■ 2024 ■ 2025



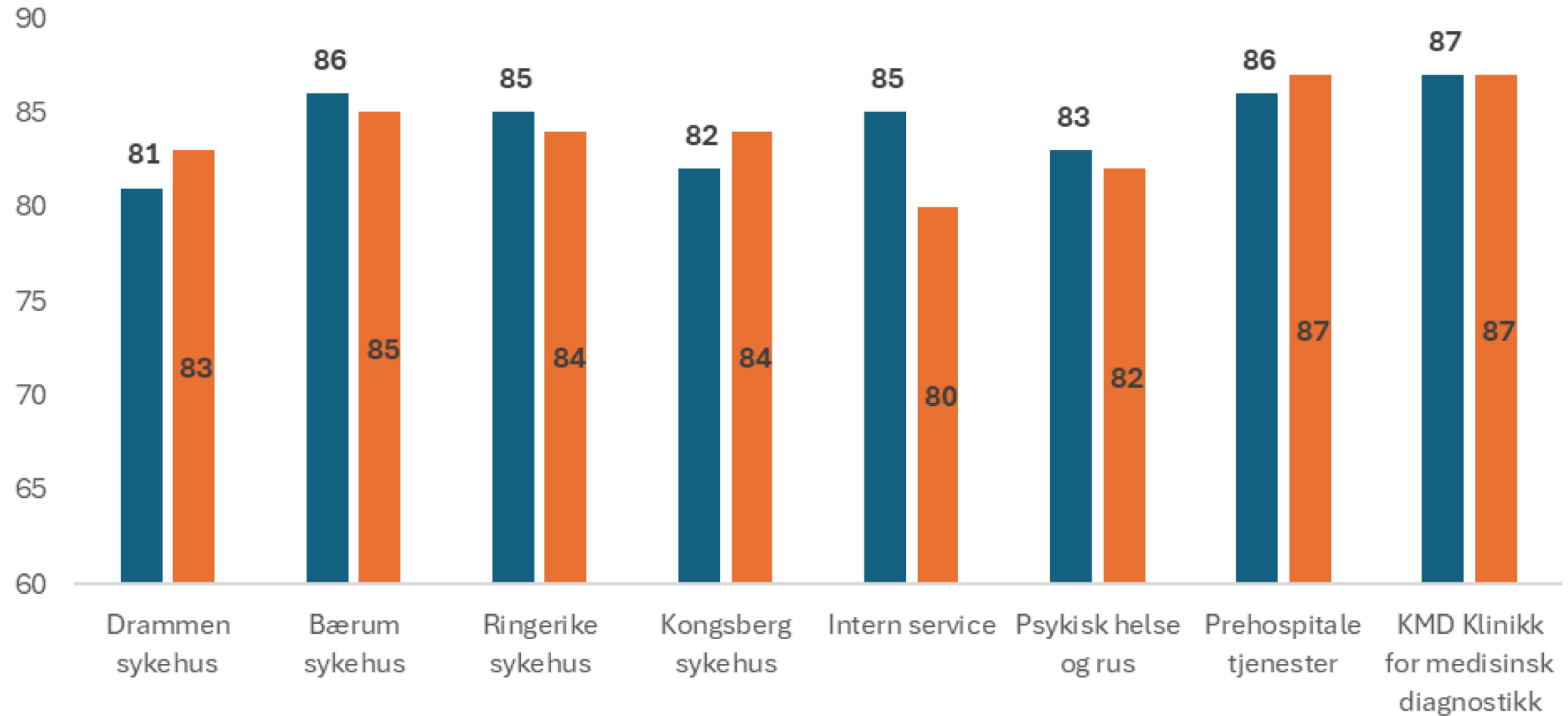
Teamarbeidsklima

■ 2024 ■ 2025



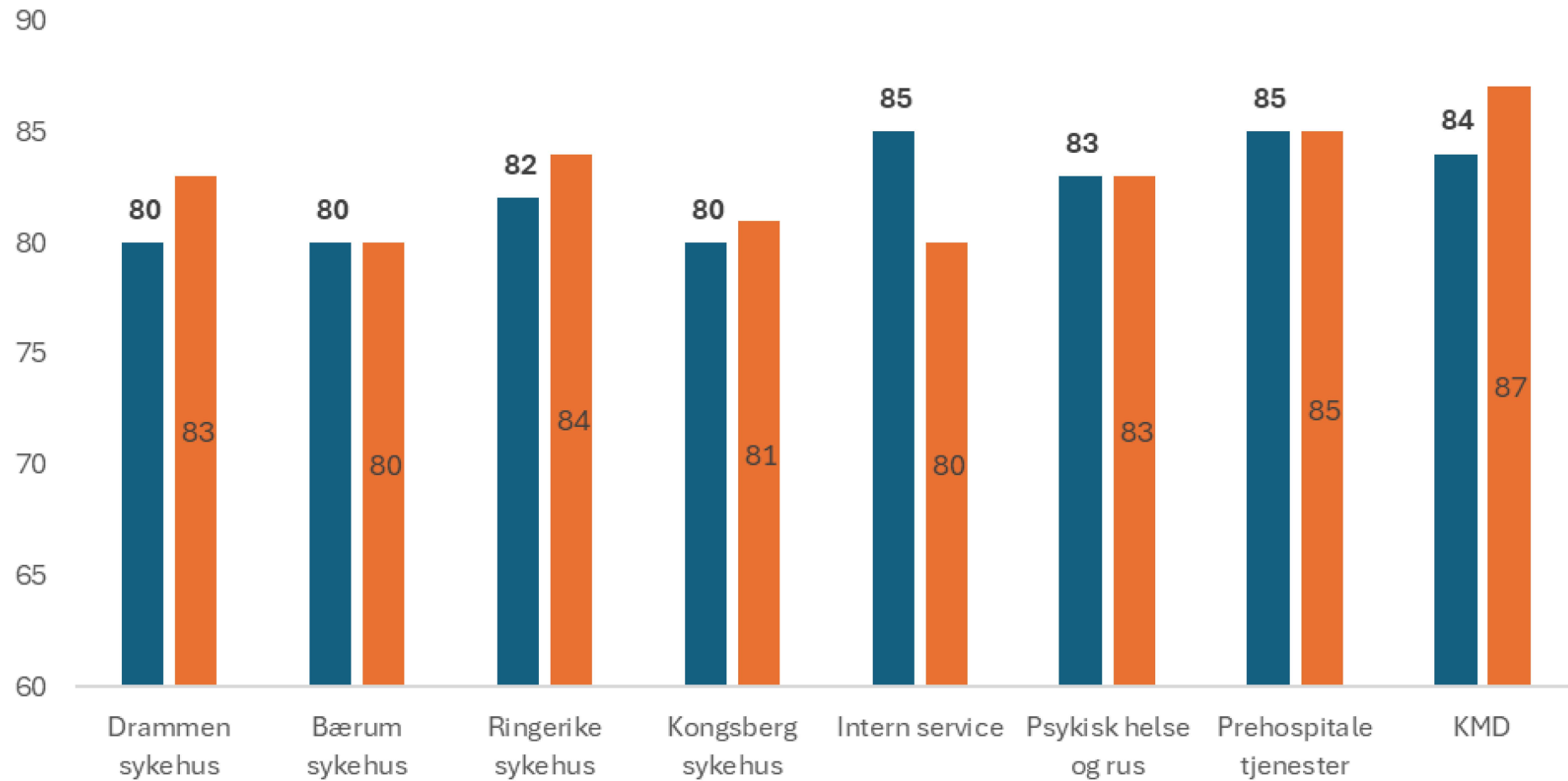
Opplevd lederatferd

■ 2024 ■ 2025

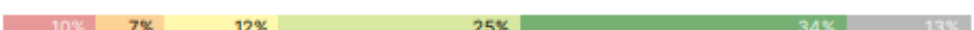


Psykososialt arbeidsmiljø

■ 2024 ■ 2025

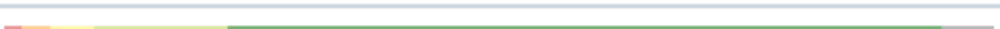


Resultatet fra ulike stillingskategorier

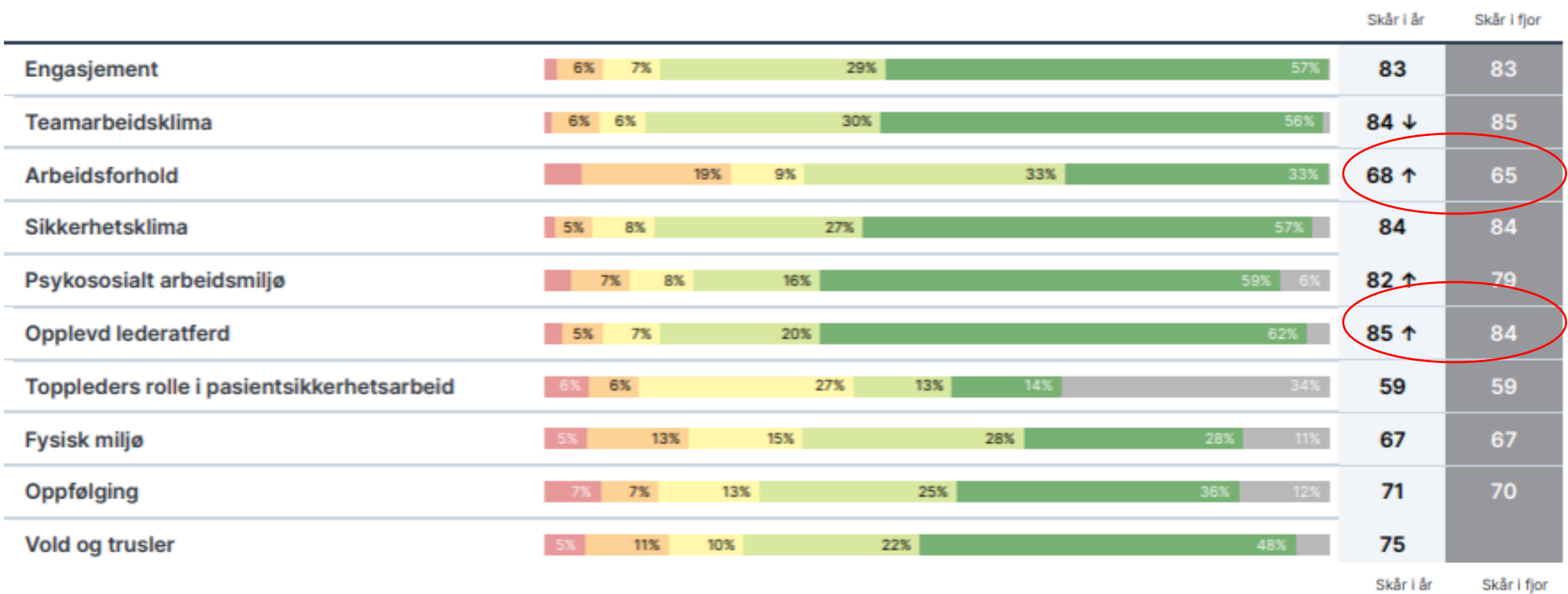
Engasjement		84 ↑	82
Teamarbeidsklima		88	88
Arbeidsforhold		64	63
Sikkerhetsklima		84	84
Psykososialt arbeidsmiljø		87 ↑	83
Opplevd lederatferd		86	86
Toppleders rolle i pasientsikkerhetsarbeid		61	58
Fysisk miljø		66	66
Oppfølging		69 ↑	66
Vold og trusler		79	

Hovedområder

Leger

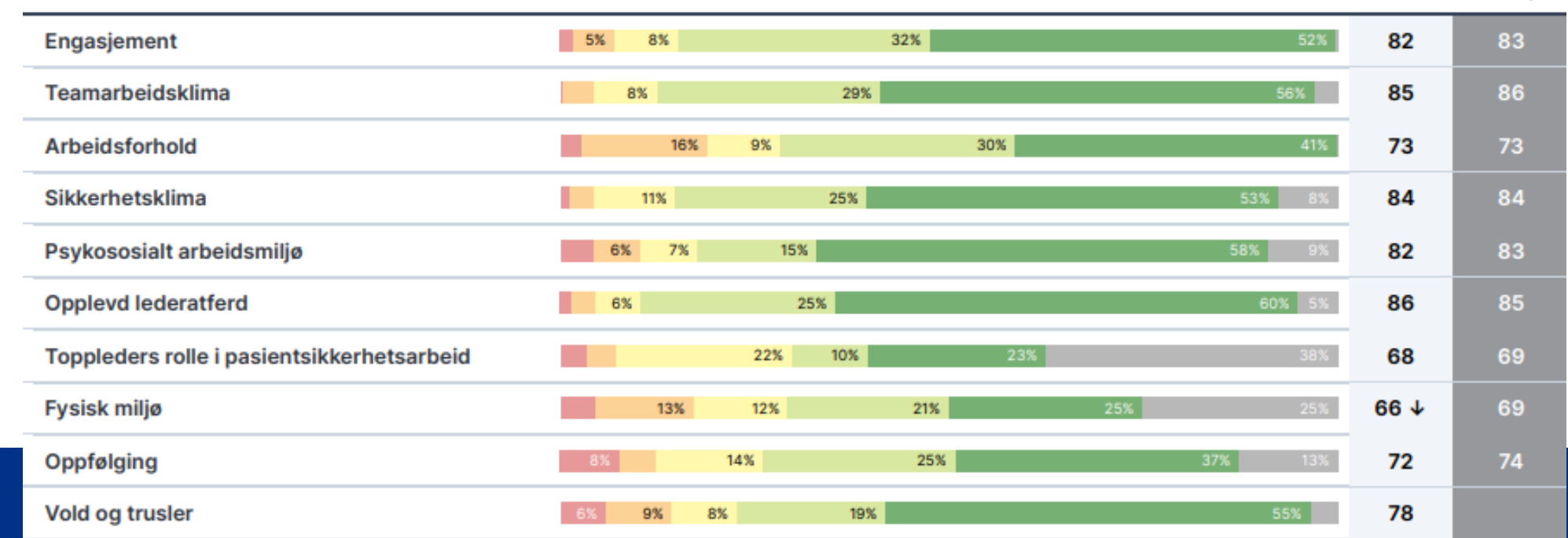
		Skår i år	Skår i fjor
Engasjement		84	83
Teamarbeidsklima		87	87
Arbeidsforhold		66 ↑	60
Sikkerhetsklima		82	82
Psykososialt arbeidsmiljø		90	90
Opplevd lederatferd		87	89
Toppleders rolle i pasientsikkerhetsarbeid		69	66
Fysisk miljø		61	63
Oppfølging		79 ↑	74
Vold og trusler		79	

Psykologer



Hovedområder

Sykepleier



Pasientrettede stillinger

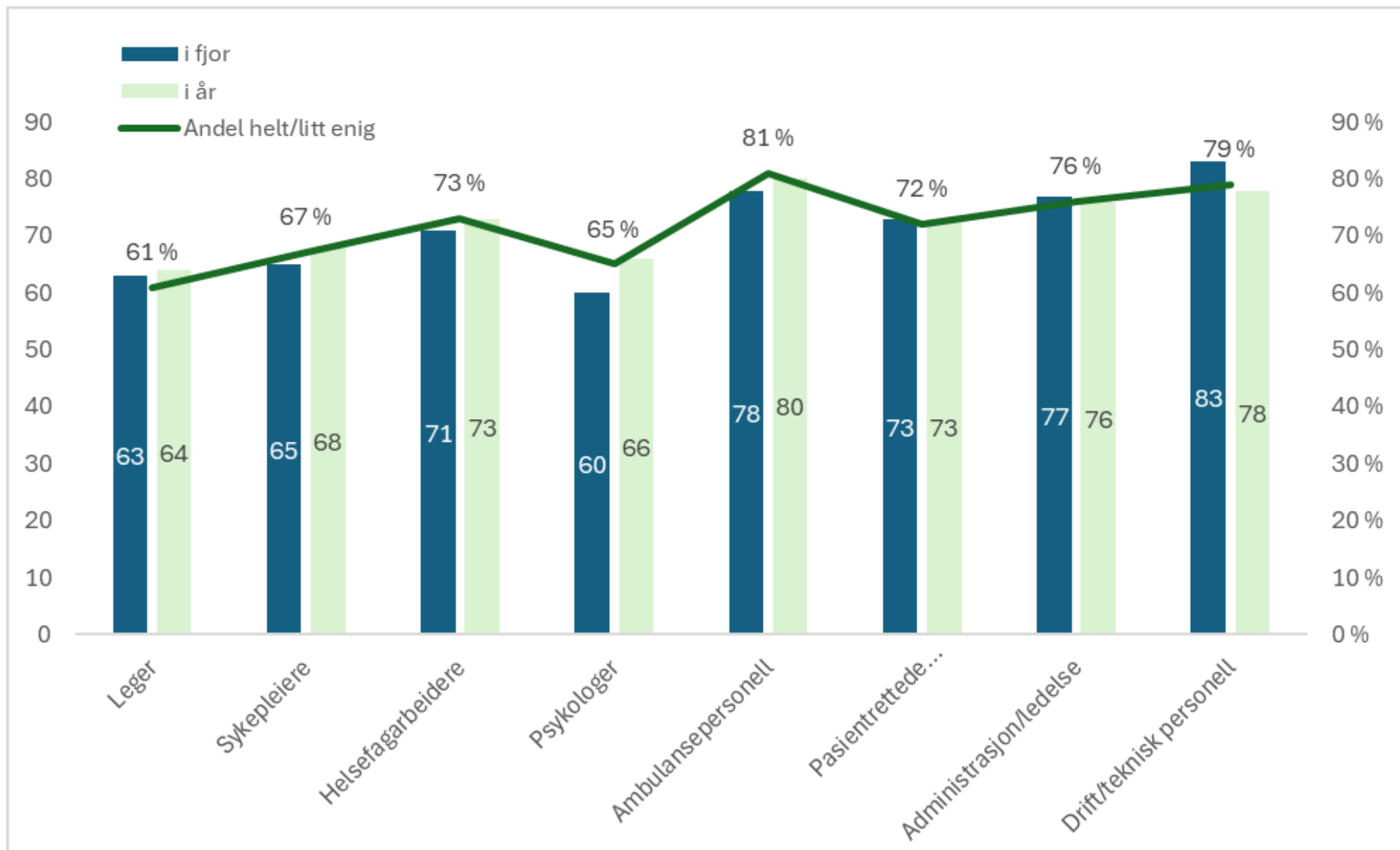
		Skår i år	Skår i fjor
Engasjement		85	85
Teamarbeidsklima		89	88
Arbeidsforhold		80	78
Sikkerhetsklimate		87	87
Psykososialt arbeidsmiljø		87 ↑	83
Opplevd lederatferd		90 ↑	87
Toppleders rolle i pasientsikkerhetsarbeid		76	75
Fysisk miljø		67 ↓	71
Oppfølging		77	74
Vold og trusler		68	

Hovedområder

Ambulanse-
personell

		Skår i år	Skår i fjor
Engasjement		87 ↑	84
Teamarbeidsklima		86	86
Arbeidsforhold		73	71
Sikkerhetsklimate		85	85
Psykososialt arbeidsmiljø		81	82
Opplevd lederatferd		88	87
Toppleders rolle i pasientsikkerhetsarbeid		71	68
Fysisk miljø		68 ↓	71
Oppfølging		70	68
Vold og trusler		75	

Helsefagarbeider/
hjelpepleier



**Området
Arbeids-
forhold –
fordelt på
stillingskategori**

Oppfølging

Den enkelte leder har oppfølgingsansvar i egen enhet. Ledere i linjen skal sørge for at oppfølgingen gjennomføres og at handlingsplan med tiltak etableres, evalueres og eventuelt korrigeres.

Oppfølgingsarbeidet i den enkelte enhet består av å:

- presentere resultatene for alle ansatte i egen enhet og involvere medarbeidere i å utarbeide forbedrings- og bevaringstiltak
- gjennomføre HMS-runde
- risikovurdering av de viktigste HMS-områdene, minimum vold og trusler, brann og psykososialt arbeidsmiljø og dokumentere dette i risikomodulen i E-Håndbok
- utarbeide Handlingsplan med konkrete tiltak innen utgangen av juni 2025
- overordnet leder har særskilt ansvar for å følge opp enheter med lavere score enn 75% på utvalgte temaer og som samtidig har et sykefravær på over 10%

Nytt tiltak i oppfølging av Forbedringsundersøkelsen

Nytt i år er oppfølging i klinikkenes AMU'er og tilbakemelding til HAMU.

Formålet er å:

- vektlegge større grad av kvalitet i oppfølgingen, utover kun å etterspørre antall handlingsplaner
- lederlinjen i klinikkene presentere i respektive AMUer hvordan det jobbes med Forbedring og HMS-handlingsplaner
- forsterke oppfølgingen av Forbedring i klinikkenes AMUer
- erfaringsdeling, læring på tvers og redusere variasjon i oppfølging etter Forbedring

HAMU skal orienteres skriftlig om klinikkenes samlede oppfølgingsarbeid til HAMU-møte – 28. oktober 2025

Forslag til vedtak:

Styret tar resultatene og videre oppfølging av Forbedringsundersøkelsen i VVHF 2025 til orientering.



Foreløpig protokoll

Møte:	Brukerutvalget Vestre Viken HF
Møtedato:	19.08.25
Tidspunkt:	1200-1800
Sted:	G32 - Kolsås 1 og 2
Møteleder:	Rune Kløvtveit
Deltakere:	Fra Brukerutvalget: Rune Kløvtveit, Gudrun Breistøl, David C. Hemmingsen, Jan Helge Tuv (teams), Toril Naper Hauge, Christine Malmberg, Jan Ørum Uldal Søs Leth Christensen, Cathrine Amanda Blisten Johansen (teams). Fra Administrasjonen: Anne-Lise Kristensen og Kurt Kleppe Josefsen (koordinator) Gjester/innledere: Anders Debes Joachim Thorkilden Monica Strand Kathrine Hay Gerty Lund Forfall David C. Hemmingsen

Sak nr.	Sak/merknad
72/25	Godkjenning av innkalling og saksliste Vedtak/kommentarer: Godkjent
73/25	Protokoll brukerutvalgets møte 10. juni Vedtak/kommentarer: Godkjent
74/25	Referat arbeidsutvalgets møte 6. august Vedtak/kommentarer: Tas til orientering
75/25	Saker til orientering, innkommet post • Protokoll, BU, HSØ • Rapport - mål og indikatorer for pasientsikkerhet • Universell utforming, NSD

Sak nr.	Sak/merknad
	• Ny rapport UKOM • Høring. Rett til å ha med andre personer • Nyhetsbrev, ventetidsløftet • Høring - Deling av kritisk informasjon om pasienter i kjernejournal - Lenke til høring • Oppfølging av saker fra tidligere BU møter ○ Feilbehandling (Amanda) ○ Invitere fagforeninger til BU (Toril) • Diverse Anne-Lise Vedtak/kommentarer: Protokoll, BU, HSØ Tas til orientering. Rapport - mål og indikatorer for pasientsikkerhet Ses på sammen med PREM Universell utforming, NSD Viktig at det blir fokus på at NSD blir et universelt utformet sykehus. I stor grad er sykehuset bra, men det er noen utfordringer. Ny rapport UKOM Spennende lesing. Mer matnyttig for tillitsvalgte og kan bidra i en samtale mellom tillitsvalgte og BU i et felles møte om hvordan det jobbes med tema "Trygg pasientbehandling krever et åpent ytringsklima" (lenke til rapport) Høring. Rett til å ha med andre personer BU støtter innspillet og ser ikke behov for å komme med endringer til lovforslaget. Nyhetsbrev, ventetidsløftet Tas til orientering Høring - Deling av kritisk informasjon om pasienter i kjernejournal - Lenke til høring Toril og Christine leser høringen og lager et utkast til svar på høringen. Denne sendes på rundgang til alle medlemmene i BU for kommentarer eller godkjenning. Oppfølging av saker fra tidligere BU møter <i>Feilbehandling (Amanda)</i> - tas opp i neste møte <i>Invitere fagforeninger til BU (Toril)</i> - Diskusjon tas under eventuelt Driftsinformasjon

Sak nr.	Sak/merknad
	- Birgitte Walle er ansatt og erstatter Eli Rasmussen i avdeling for samhandling, brukermedvirkning og helsekompetanse). Hun starter 24. oktober. - Kort informasjon om veikart - Informasjon om prosjekt X
76/25	Konferanser, seminarer Regional konferanse om tvang innen psykisk helsevern og rusbehandling, 30.10.25 Vedtak/kommentarer: Ingen kommentarer i møtet. Gudrun deltar gjerne på samlingen.
77/25	Oppnevninger Ikke mottatt forespørsler.
78/25	KI som journalstøtte Introduksjon og deretter diskusjon ved Monica Strand, Margareta Grøholt Kiær og Stian Langli. Vedtak/kommentarer: Presentasjon av prosjektet. BU støtter prosjektet og ønsker å bidra med representanter. Det er ønske om å få med representanter inn i prosjektet. Kan BU stille med to representanter eller skal andre foretak også har representasjon. I tillegg til representasjon er det gjerne behov for 3-4 møter i året. Kan det etableres brukerpanel? Kan et slikt brukerpanel også inkludere flere faser som utrulling videre? Kan man bruke webinarformen for å følge utviklingen? Det er ønske fra prosjektet å få innspill fra brukere ved oppstart, midtveis og avslutning. BU ønsker en bred representasjon. BU ønsker å få en konkret bestilling. Koordinator sender navn på to representanter. Se for øvrig slide 12 og 13 i presentasjon for innspill på to representanter.
79/25	Fagråd i Vestre Viken Joachim Torkildsen Vedtak/kommentarer: Introduksjon fra Joachim. Målet er at folk som jobber med det samme skal samarbeide. Det etableres 15 eller 16 fagråd. Føde/barsel og gynekologi har allerede et godt fagråd som fungerer godt. Fagrådene er faglig orienterte og som ikke har noe med drift å gjøre. En tidlig oppgave for fagrådene er å bli enige om hvilke målekriterier som skal brukes innen det enkelte fagområde. Deretter diskusjons i forhold til hva som er relevant i

Sak nr.	Sak/merknad
	forhold til kloke valg. Målet er at alle sykehus etter hvert benytter best practice på alle områder. Dette kommer i tillegg til de regionale fagrådene. På mange måter vil de regionale forhold seg til et annet høyere nivå. Hvordan kan BU forholde seg til fagrådene? Det blir mange møter i forhold til de enkelte fagråd og det er nok ikke realistisk at det sitter BU representanter i hvert fagråd. Kan man lage et eget møte der fagrådene kan få innspill fra brukerutvalget? Kan man teste ut en ny måte å være brukarmedvirker på med rullering? Det må gjøres en klargjøring av brukeres rolle i de enkelte fagråd og forventninger. Samt BU skal informere fagrådets medlemmer om hva brukarmedvirkning er og hvorfor det er viktig. Joachim trenger en skisse til brukarmedvirkning innen 27. august. AU tar ansvar for denne skissen.
80/25	PREM – innspill til regional brukerundersøkelse Kurt Kleppe Josefsen Kommentarer: Max 10 spørsmål. Kommentarer spørsmål 5. Er involvering et godt ord? Spm 6 – Vet du om det er lagt en plan for videre oppfølging? Sp7. Alternativ valg er best Spm 9 – Kan det være en skala? Hva er å være trygg på sykehus? Vanskelig å vite hva som gjør en trygg eller ikke? Spm 10 – Kanskje bare stå var det enkelt å finne frem. Utsendelse en uke etter utskrivning. Alle sender inn kommentarer i løpet av denne uken til koordinator som sammenfatter kommentarene fra de andre enheter i Vestre Viken som kommer med innspill.
85/25	Fag og funksjonsdeling Kort innledning og diskusjon med Kathrine Hay, OU avdelingen og Gerty Vedtak/kommentarer: Kort informasjon om prosjektet. Det er i dag for mange behandlinger som er spredt på flere sykehus og som med fordel kan samles. Både overlappende funksjoner og dupliserte funksjoner. Noen fagområder er små. Det er ønskelig at BU fungerer som en referansegruppe som jevnlig kan konsulteres

Sak nr.	Sak/merknad
	i forhold til fag og funksjonsfordeling prosjektet. På samme måte ønsker de samme ramme for ungdomsrådene. Viktig er å sikre likeverdighet for alle pasienter. Prosjektet nå er i en innsiktsfase. Har BU noen innsikter som er viktig å ta med i prosjektet. Mandatet blir antakelig gitt i slutten av august av AD. Noen kommentarer: • Dagens helsehjelp er for mye oppdelt i somatiske og psykiske helseutfordringer og pasientene behandles ikke helhetlig. • Det er alt for mange amputasjoner. Det blir sett som akuttbehandling og ikke spesialisert behandling. I dag gjennomføres det på alle sykehus, selv om det bare er rundt 80 benamputasjoner årlig. • Viktig med likeverdige helsetjenester at alle har tilgang til tjenester av like god kvalitet som er tilpasset den enkelte. Tjenestene skal gi resultatlikhet. • Viktig å se på rutiner ved innleggelser etc. Flere pasienter opplever at samme prøver tas flere ganger fordi/og resultater ikke deles mellom behandlere, seksjoner og sykehus. Brukerutvalget er veldig interessert i dette prosjektet og ønsker å være bidragsyter i utviklingen.
81/25	Kontinuerlig forbedring Kort status Vedtak/kommentarer: Koordinator sjekker opp status på spørreundersøkelsene. Det er sendt ut til LSU Kongsberg og det er registrert 7 svar. Undersøkelsen er også sendt LSU Hallingdal. Adresser for øvrige LSU er ikke mottatt. BU medlem som sitter i FSU/LSU er ansvarlig for å innhente mailadresser
82/25	Dialog med fagdirektør • Ventetidsløftet • Hvordan er samarbeidet sykehusene og kommunene nå i forhold til de lovpålagte rehabiliteringstjenestene. Viser til Riksrevisjonens rapport 2024. Vedtak/kommentarer: Ventetidsløftet Veldig fornøyd med å komme under 2019 målet innen juli 2025. VV har gjennomført gjennomsnittlig med 18 dager. Innen PHR er i tillegg også de langsiktige mål oppnådd. Felles henvisningsmottak PHR for voksne fungerer godt og de som ikke får tilbud i spesialisthelsetjenesten får et kommunalt tilbud. Dette skal også utvides til BUPA.

Sak nr.	Sak/merknad
	Det er mange pasienter som ikke møter til avtalt tid. Dersom alle hadde møtt så hadde vi ikke hatt ventelister. Ventelistene og restansene etter pandemien er blitt ryddet opp i som et tiltak i ventetidsløftet <i>Hvordan samarbeidersykehusene og kommunene nå i forhold til de lovpålagte rehabiliteringstjenestene. Viser til Riksrevisjonens rapport 2024.</i> Litt usikkert på hva som er status da spørsmålet var litt uklart. Det vises til arbeidet med koordinerende enhet, koordineringsenhetene og rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt.
83/25	Kommende møter • Styrets årsplan • “Monsterarket” • Møteplan 2026, BU 20.1, 17.2, 17.3, 19.5, 5.6, 25.8, 22.9, 20.10, 24.11 og 8.12 Vedtak/kommentarer: Forslag til møtedatoer tas til votering i neste møte.
84/25	Styresaker • Godkjenning av innkalling og saksliste Godkjenning av møteprotokoller 16. juni Virksomhetsrapportering per 31. juli 2025 • Fremtidige lokaler for AMK-sentralen • Referatsaker • Tilleggsdokument oppdrag og bestilling 2025 • Styrets årsplan for styret 2025 per august, inkl. Pendingliste Virksomhetsrapportering per juni 2025 Eventuelt • Driftsorientering fra administrerende direktør Vedtak/kommentarer: Tas til orientering.

Referat

Møte:	Ungdomsrådet i Vestre Viken
Møtedato:	04.09.25
Tidspunkt:	1700-1900
Sted:	Grønland 32, 3045 Drammen Møterom Tyrifjord 1
Inviterte:	Fra Ungdomsrådet Vestre Viken: Hanan Murad, Ayse Iclal, Silje Crosby, Sarah Krogh, Elenor Iversen, Andreas Rollheim Melby Koordinatorer Vestre Viken: Kurt Kleppe Josefsen Forfall Asli Ay

Sak	Sak
25/25	Godkjenning av innkalling Vedtak/kommentarer: Godkjent
26/25	Referat fra sist møte i UR Referat fra møtet 22.05 Vedtak/kommentarer: Godkjent
27/25	Saker til orientering - Protokoll Brukerutvalget HSØ - Protokoll fra Brukerutvalget VV, 10. Juni - Protokoll fra BU VV 19.08 - Rapport fra ministerbesøk på BUPA 2. september - Strategisamling BUPA 4.november, jobb med ny strategi for BUPA til 2030, flere kan delta - Ungdomsrådssamling 17.-18. oktober, inntil fire deltakere inkl koordinator (påmelding denne uken) - UngFunk ønsker å etablere et nettverk for ungdomsråd. Se vedlegg - Høring - deling av kritisk informasjon - Ungdomskveld på revmatologisk avdeling 23.10 - Høring regional pasienterfaringsundersøkelse PREM - Ungdomsrådet 10 år i 2026 Vedtak/kommentarer:

Protokoll Brukerutvalget HSØ

Tas til orientering

Protokoll fra Brukerutvalget VV, 10. juni og 19. august

Ungdomsrådet støtter de kommentarer Brukerutvalget hadde i forhold til ventetider. Tas ellers til orientering.

Rapport fra ministerbesøk på BUPA 2. september

Ungdomsrådet ved Silje Crosby var representert ved ministerbesøk på det nye sykehuset. Skulle gjerne hatt litt bedre tid sammen med ministeren. Det var lite dialog med brukerne

Strategisamling BUPA 4.november, jobb med ny strategi for BUPA til 2030.

Hanan, Silje, Sarah og Ayse deltar på samlingen fra Ungdomsrådet. Om det lar seg praktisk løse ønsker Elenor også å møte.

Ungdomsrådssamling 17.-18. oktober

Hanan, Silje og Sarah deltar i tillegg til koordinator.

UngFunk ønsker å etablere et nettverk for ungdomsråd

Ungdomsrådet er positiv til å delta i et nettverk med andre ungdomsråd. Vi ønsker å høre mer om det og ønsker å bidra.

Høring - deling av kritisk informasjon

Ungdomsrådet har ingen kommentarer til høringen.

Ungdomskveld på revmatologisk avdeling 30.10

Ayse deltar og forteller litt om ungdomsrådet, Sarah, Andreas og Hanan ønsker også og delta på ungdomskvelden og representere Ungdomsrådet.

Høring regional pasienterfaringsundersøkelse PREM

I stort mener Ungdomsrådet at det er gode spørsmål og at det er bra med en felles undersøkelse for hele Helse Sør-Øst. De har noen kommentarer:

- Hvem bør få spørsmålene; alle unge over 12 bør få undersøkelse
- Spørsmålene må være skalerbare og trykkbare
- Spørsmål 7 nederste er best
- Spm 6 . Føler du at du har fått nok informasjon om videre oppfølging bør være teksten i stedet

	Ungdomsrådet er 10 år i mai 2026 og rådet ønsker å bruke denne anledning til å fortelle fagavdelingene om rådet og hva det kan bidra med i tjenesteutvikling for barn og ungdom. Det planlegges en markering på det nye sykehuset i midten av eller slutten av januar neste år. Kurt sjekker ut om det er andre aktiviteter i det tidsrommet som kan kollidere med dette. Det er ønskelig å ha markeringen i vestibylen og auditoriet. Det legges opp en plan for markeringen i oktobermøter. Hanan tar ansvar for å innlede.
28/25	Fag og funksjonsfordeling. Utsettes til neste møte i UR
29/25	Ungdomskortet Status Vedtak/kommentarer: Status ble gjennomgått. Innholdet er klart men det er noen kommentarer i forhold til farger og grafiske elementer. Dette tas med AHUS og trykkeri.
30/25	Finn annonse Ayse og Hanan lager utkast til Finnannonse og legger frem for møtet. Vedtak/kommentarer: Utkast til Finnannonse ble gjennomgått og koordinator og avdelingssjef tar dette videre sammen med HR avdeling.
31/25	Møteplan Tentativ plan høst 2025: • 23. oktober (Ønskes på Brakerøya og gjerne med omvisning 1600-1900) • 13. november • 17. november (fellesmøte med BU og styret) Hanan og Silje • 18. desember Når ønsker UR og ha fellesmøte med brukerutvalget og hva ønsker man å ta opp? Vedtak/kommentarer: Neste møte i Ungdomsrådet tas på Brakerøya. Koordinator booker lokale. Møteplan for 2026 legges frem på neste møte.

Innkalling/agenda

Møte:	Sentralt kvalitetsutvalg
Møtedato:	2. september 2025
Tidspunkt:	09.00-11.00
Sted:	Hallingskarvet
Møteleder:	Anders Debes

Saksliste:

Saksnr.	Beskrivelse av saker
Hensikt med møtet: Læring og deling	
26/2025	VELKOMMEN OG GODKJENNING AV REFERAT OG AGENDA V/Anders Debes Kommentarer fra møtet: Ønsker nytt pasient- og brukerombud Tonje Borch velkommen til Buskerud og møtet.
27/2025	PRESENTASJON AV GUIDE FOR IVARETAGELSE AV PASIENTER, BRUKERE, PÅRØRENDE OG MEDARBEIDERE ETTER UØNSKEDE HENDELSER. v/Joy Buikema Fjærtøft, prosjektleder, organisasjonspsykolog avdeling kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet HDIR Det ble innledet med å si at Vestre Viken har stor åpenhet. De samme hendelser som er registrert hos klageenheter er også i stor grad registrert i interne systemer. Det er imidlertid stor variasjon i de enkelte avdelinger. Hensikten med guiden er å bidra til - bedre ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser - en mer åpen og lærende kultur For å bidra til bedre ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser. Guiden gir en oversikt over de viktigste elementene og trinnene i ivaretagelse, og kan brukes som oppslagsverk. Det skal jobbes videre i Vestre Viken for hvordan implementere guiden i våre rutiner.
29/2025	HVORDAN HAR SØRLANDET SYKEHUS JOBBET MED IMPLEMENTERING AV GUIDEN FOR IVARETAKELSE ETTER UØNSKEDE HENDELSER v/Vemund Gitlestad, spesialrådgiver OU, Sørlandet sykehus Sørlandet Sykehus har jobbet veldig godt med å implementere guiden i sitt foretak. Dette er til inspirasjon for andre. De delte konkrete eksempler på hvordan de har jobbet systematisk med konkrete tiltak. Blant annet laget en plakat som er delt ut mange steder og hengt opp på vaktrom etc. Det er også utarbeidet spill-kort som kan initiere samtaler på avdelinger. Kommentarer fra møtet: Guiden har vært en god inspirasjon fra Sykehuset sørlandet. Presentasjon. Se PPT
28/2025	EVALUERINGSKOLLEGIUM FOR BEDRE IVARETAKELSE AV LIS PÅ MED.AVDELING BÆRUM SYKEHUS

	v/Kaja Tangen Nortvedt, utdanningsansvarlig overlege med.avd. BS Med.avd. På Bærum Sykehus har jobbet systematisk med å etablere et evalueringskollegium for bedre ivaretagelse av LIS på avdelingen. Dette har blitt godt mottatt og er til inspirasjon for andre avdelinger i Vestre Viken. Bakgrunnen var at LIS mangler ofte faglig tilhørighet til en avdeling. Det er manglende kultur for tilbakemeldinger og det var ikke god nok rigg for gjennomføring av læringsaktiviteter. Evalueringskollegiumet har bidratt til: • Anbefalt metode • Konstruktiv tilbakemelding • Forum for godkjenning av læringsmål Se forøvrig ppt.
30/2025	PRESENTASJON AV ARBEIDET I KLINISKE ETIKK KOMITEER (KEK) I VESTRE VIKEN V/ Eva Saltrøe, Tommy Aronsen og Hilde Eriksen Bråthen De kliniske etikk komiteene skal bidra til høynet etisk bevissthet og til å kvalitetssikre vanskelige verdiavveininger, til beste for helsepersonell, pasient og pårørende. KEK er rådgivende i etiske spørsmål, både på individnivå og på organisasjonsnivå. Det er fem komiteer i VV, KEK i PHR er p.t. ikke operativ. Alle har tverrfaglig sammensetning. Alle er åpne for henvendelser fra pasienter og pårørende, men har noe ugjort arbeid med å få informasjon ut. SME modellen brukes. Det arbeides med å etablere sentralt KEK i Vestre Viken.
31/2025	PRESENTASJON AV CASE FRA LOKALE KEK; Drammen og Bærum sykehus V/ Tommy Aronsen og Eva Saltrøe To case fra KEK i Drammen sykehus og Bærum sykehus ble kort presentert som eksempler på hvordan de kliniske etiske komiteene arbeider.

Tema på SKU er knyttet til: Ivaretagelse av pasienter, pårørende og ansatte etter uønskede hendelser

Referat

Møte:	HAMU	Tilstede:	Bente Kristensen, Gry Christoffersen, Harald Baardseth, Toril Morken
Møtedato:	9.september 2025		Lisbeth Sommervoll, Eli Årnot,
Tidspunkt:	Kl.0900 - 1100		Kirsten Hørthe, Kristin Fagerhaug,
Sted:	Teams		May Janne Botha Pedersen, Hanne Misund, Hanne Juritzen, Marianne O Njøten, Kristin Besseberg, Trine Olsen, Heidi Elisabeth Neverdal Haugen
Møteleder:	Harald Baardseth		
Referent:	Cecilie Søfting Monsen	Forfall:	Maria Gundersen, Tom Frost, Mai Bente Myrvold

Saksnr.	Beskrivelse/oppfølging/vedtak
	Godkjenning av innkalling og dagsorden Godkjent
	Godkjenning av referat fra 3/6 og 12/6 Godkjent
21/2025	HMS hendelse på Ringerike v/ Hilde E. Bråten Saken dreier seg om en voldshendelse i akuttmottaket som fant sted i 2024. Hovedmålet med hendelsesgjennomgangen er i utgangspunktet ikke tenkt som bearbeidelse av hendelsen, men det viser seg at det likevel er bra for de berørte. Hovedhensikten er å se helhetsbildet og lære av hendelsen. Det vises ellers til presentasjonen for detaljert gjennomgang. Gjennomgangen ble utført kun sammen med PHT og sykehuset. Akuttmottaket med de involverte hadde et fagmøte med politiet i etterkant. <u>Innspill i møtet:</u> - Viktig å få tydelig beskjed fra politi om pasienten bærer våpen - Avgrensning av andre avdelinger slik at den som utagerer ikke får tilgang til andre avdelinger/rom (soneinndeling, kortlåser) - Nærpoliti savnes i slike tilfeller, det tar for lang tid fra stasjoner lenger unna - Alarm på dect telefoner - Vektertjeneste Flere forbedringsområder kom frem i gjennomgangen; blant annet informasjonsflyt, kompetanse, varslingssystemer, opplæring (MAP) og fysisk sikring. HAMU takker for presentasjonen.
22/2025	Erfaringer fra innflyttingen til PHR v/ Kirsten Hørthe Vellykket flytting med ingen hendelser. Noen små driftsproblemer som ble løst fortløpende. Flyttebyrået ba om «Stick to the plan»; noe som er helt vesentlig i slike store flyttinger. Det er nå full drift for PHR på NSD. Det er fortsatt noen ting som ikke virker som planlagt, men som det jobbes med fortløpende for å løse. Det er satt inn to innsatsgrupper;

	- En for ansatte i PHR i forhold til opplæring av nye systemer samt tilvenning til nye lokaler - En for klinisk IKT som skal bistå med støtte fortløpende. Prosjektdirektør NSD har gjort en oppsummering av erfaringer fra KIB 1 og jobber nå mot KIB 2. Det var mye verdifull læring fra KIB 1 som løses før neste innflytting. Oppstarts støtte rigges mot KIB2.
23/2025	Likestilling og diskriminering Dette er en del av «aktivitets- og redegjørelsesplikten» som er en plikt for blant annet norske arbeidsgivere til å arbeide målrettet og planmessig for å fremme likestilling og hindre diskriminering. Noe skal gjøres annethvert år, mens andre ting rulleres. I år er det diskriminering som er tema i VVHF. Stort mangfold i hele foretaket, flest fra Norden, Tyskland og Polen. Det var i år spørsmål om diskriminering i medarbeiderundersøkelsen ForBedring som viser at det gode score i klinikkene. Det er 10 seksjoner/enheter med lav skår (under 60) knyttet til diskriminering og arbeidsgiver vil gjøre en ekstra innsats for disse. Klinikkenes ledergrupper vil få tilbud om ev bistand ved behov. Stab kompetanse ved klinikkrådgiverne HR vil bistå. Vedtak HAMU tar saken til orientering.
24/2025	Informasjon om overføring fra MHH Intensjonsavtale om overtakelse av MHH ble godkjent juni 2024. På grunn av ulike IKT-forhold ble overtakelsesdato satt til 1.november 2025. Prosjekt ble etablert for å sikre en kontrollert overtakelse. Det er potensiale for flere gevinster ved sammenslåingen, og dette er nå i gjennomføringsfasen. Den samlede risikovurderingen for de endringene som pågår vurderes som moderat. Det er mange avhengigheter, men god kontroll på alle prosesser. 17.september gjennomføres allmøte på MHH med Vestre Viken til stede.
25/2025	Vold og trusler i Vestre Viken I OBD 2024 fikk VVHF i oppgave å følge opp anbefalingene fra HSØs «Rapport for forebygging av vold og trusler mot helsepersonell». Det ble etablert en tverrfaglig arbeidsgruppe for oppfølging av anbefalte tiltak. Status i anbefalingene fra Helse Sør-Øst, er at disse er utført eller påbegynt. Det er gjort tiltak innen blant annet opplæring, risikovurderinger, anmeldelser, ID-kort og samarbeid med politi. Det er videre arbeidet med overordnet rammeverk for sikkerhet, vold og trusler. Nye styrende dokumenter innen forebygging og håndtering av vold/trusler er utarbeidet. Mange trusler registreres ikke i Synergi. De som registreres er ofte de mest alvorlige, slik som drapstrusler rettet mot navngitt personal og/eller mot deres familier. PHR og akuttmottakene i somatikken er mest utsatt for slike trusler. Den tverrfaglige arbeidsgruppen gjennomfører oppfølging av vold/trusler klinikkvis fremover, og Bærum sykehus er først. Vedtak HAMU tar saken til orientering og ber om oppdatert status for arbeidet i første tertial 2026.

26/2026	Faste skriftlige orientering Ingen innspill i møtet. Notatene tas til orientering.

Årsplan for styret 2025

Ajourført pr. september 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)	•	- 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 - Status tilsyn og revisjoner per 2. tertial 2025 - Investeringsbudsjett 2026 - Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2026 - Lokaler AMK	Andre orienteringer: - Ringerike sykehus - Status strukturendringer PHR - Status nytt sykehus Drammen - Forbedringsundersøkelsen 2025 - Overtakelse MHH Referatsaker: - Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 28. august - HAMU 9. september - SKU 2. september - Brukerutvalg 16. september - Styrets årsplan pr september	

Mandag 27. oktober Styremøte og styreseminar G 32, Drammen	• Lønnsoppgjør 2025 for administrerende direktør • Parkeringsløsning Brakerøya	• Virksomhetsrapport pr 30. September 2025 • Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet Andre orienteringer: • Nytt sykehus Drammen Oppsummering KIB 2 • Budsjett 2026 • Fullmakter i VVHF Referatsaker • Styreprotokoll fra HSØ 25. september • SKU 14. oktober • Brukerutvalg 14. oktober • Styrets årsplan pr oktober	Program styreseminar Bærekraftsplan 3.0, Veikart Forskning i VVHF Evaluering av styrets arbeid
Mandag 19. 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: • 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	Statusoppdateringen legges til sak 87/2025 og ikke som en egen sak.
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	27.10.25	
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	22.05.25	27.10.25	

styremøtene fremover. Styret imøteser også en informasjon om hvordan pakkeforløpene oppleves fra pasientenes ståsted.			
Sak 59/2025 Virksomhetsrapportering per 31. Mai 2025. Styret ber om en oppdatert informasjon knyttet til prognose for året i styremøte i august. Dette med tanke på styrebehandling av budsjett 2026	16.06.25	29.09.25	
Sak 61/2025 Investeringer i VVHF. For å fortsatt kunne levere forsvarlige og likeverdige helsetjenester i årene fremover er det svært viktig at helseforetaket henter ut gevinster av økt samhandling innen de somatiske klinikkene med bedre fag- og funksjonsfordeling. Et forbedret driftsresultat vil innebære at helseforetaket kan bruke mer midler på investeringer. Styret ønsker en informasjon om status i dette arbeidet, der konkrete tiltak fremkommer, i et styremøte over sommeren.	16.06.25	29.09.25	
Sak 61/2025 Investeringer i VVHF. Det må etableres en god dialog med Helse Sør-Øst dersom foretaket ikke har midler til å foreta de nødvendige investeringer. Det forutsettes streng prioritering for å unngå at havarier og uheldige følgekonskvenser oppstår. Styret ønsker en investeringsoversikt med tydelige prioriteringer inn mot budsjettarbeidet for 2026.	16.06	29.09.25	