

SYKEHUSET I VESTFOLD HF

ÅRLIG MELDING 2025

til Helse Sør-Øst RHF

Tønsberg 09.02.2026

Innhold

1. Innledning	3
1.1. Oppgaver og organisering.....	3
1.2. Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag.....	5
1.3. Mål for virksomheten	5
2. Vurdering av virksomheten	10
2.1. Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2025.....	10
2.2. Evaluering av egen virksomhet og organisering	11
3. Oppfølging av styringsbudskap for 2025	12
3.1 Rask tilgang til trygge helsetjenester av høy kvalitet og sammenhengende pasientforløp	12
3.2 Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.....	19
3.3 Kunnskapsbaserte og bærekraftige tjenester gjennom forskning, innovasjon og næringslivssamarbeid	21
3.4 Den offentlige helsetjenesten skal være fagfolkenes foretrukne arbeidsplass.....	22
3.5 Spesialisthelsetjenesten bidrar til samfunnssikkerhet og er forberedt på kriser	26
3.6 Øvrige krav og rammer for 2025	29
3.7 Tildeling av midler og krav til aktivitet.....	33
4. Andre rapporteringer	34
5. Strategi- og plandokumenter	35
6. Vedlegg.....	38

DEL I: INNLEDNING OG VURDERING

Sykehuset i Vestfold HF (foretaket) eies av Helse Sør-Øst RHF (HSØ), og ivaretar områdesykehusfunksjonene for kommunene Færder, Holmestrand, Horten, Larvik, Sandefjord og Tønsberg i fylket Vestfold. Holmestrand kommune tilhører også opptaksområdet for Vestre Viken HF. Opptaksområdet hadde i 2025 en befolkning på ca. 258 000 hvis man inkluderer hele Holmestrand som isolert hadde 27000.

Foretaket tilbyr spesialisthelsetjenester, og legger til rette for forskning, undervisning og rådgivning som er naturlig knyttet til disse tjenestene. Foretaket er et allsidig akutt sykehus, og tilbyr diagnostikk og behandling innenfor de fleste spesialiteter og grensespesialiteter.

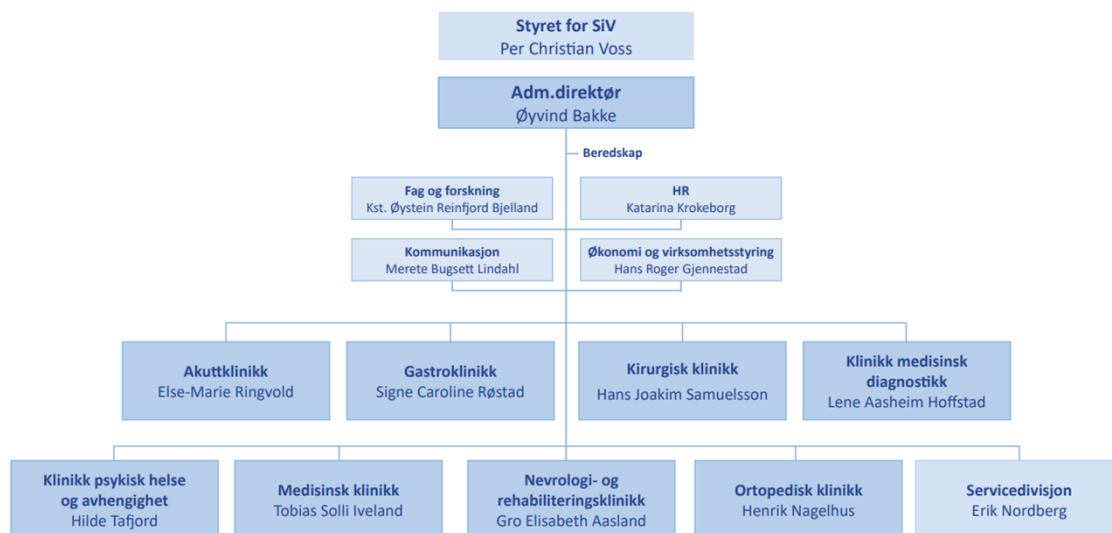
Foretaket har regionalt ansvar for behandling av pasienter med sykkelig overvekt, organisert som Regional overvektsseksjon i HSØ, Glenne regionale senter for autisme yter regionale tjenester til innbyggere i HSØs område. Foretaket har også ansvar for Regionalt senter for kjønnsinkongruens og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, i samarbeid med Oslo universitetssykehus HF (OUS).

Foretaket er i felles sykehusområde med Sykehuset Telemark HF, og samarbeider om karkirurgi, mikrobiologisk laboratorium, AMK og pasientreiser, samt områdefunksjoner for inngrep innen urologi. Helseforetakene har i 2024-2025 utvidet samarbeid og oppgavedeling på ulike områder bl.a. innen fysikalsk medisin og rehabilitering.

Virksomheten er fordelt på flere lokasjoner i Vestfold, men akutfunksjonene, store deler av den planlagte medisinske virksomheten og sentraladministrasjonen er lokalisert til sykehuset i Tønsberg. Planlagt ortopedisk kirurgi og polikliniske aktiviteter utføres også ved sykehuset i Larvik, mens Kysthospitalet i Stavern utfører spesialisert rehabilitering og fysikalsk medisin. Psykisk helsevern og avhengighet er lokalisert i Tønsberg, Sandefjord, Larvik, Færder m.m.

Foretaket omfatter åtte klinikker og en divisjon, med avdelinger og seksjoner som underliggende enheter. I tillegg kommer administrerende direktørs stab.

Organisasjonskart Sykehuset i Vestfold



Utvalgte nøkkeltall for foretaket fra 2025

Ansatte: 5 633 som utførte 4 545 årsverk.
Pasienter: 99 597 personer var pasienter
Budsjett: 7,6 milliarder kroner.

Vitenskapelige publikasjoner: 153 (2025 ennå ikke rapport, tallet er for 2024)

Somatikk:

- 110 000 liggedøgn
- 34 000 dagbehandlinger
- 271 000 polikliniske behandlinger
- 6 600 særtjenestegrupper
- 1 823 fødsler

Psykisk helse og avhengighetsbehandling:

- 48 000 liggedøgn
- 141 000 polikliniske konsultasjoner
- 14 000 særtjenestegrupper

1.2. Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Virksomheten i foretaket er basert på helseforetaksloven, spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven m.fl. Vedtekter for foretaket, endret av foretaksmøtet senest 26/2 2024, og styringsbudskap gitt av HSØ i foretaksmøte, gir også viktige rammer for virksomheten.

Visjon

Foretakets visjon er i samsvar med formålsbestemmelsen i helseforetaksloven om å skape gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi.

Verdier

Verdigrunnlag gjenspeiler de tre nasjonale verdiene:

- Åpenhet og involvering i måten vi arbeider i våre prosesser
- Respekt og forutsigbarhet i måten vi møter hverandre på
- Vår virksomhet og våre beslutninger er bygget på kvalitet og kunnskap

Verdigrunnlag

Foretaket legger overordnede føringer fra eier til grunn for de strategiske arbeidet. Foretaket har imidlertid en stolt historie basert på at det er betydelig handlingsrom for eget strategiarbeid, forutsatt at det bygger på eiers føringer. Foretaket har i ca. 20 år vært ett av de mest kostnadseffektive i landet og har de aller fleste årene hatt positive økonomiske resultater. Det har gitt handlingsrom for offensive og innovative strategier for virksomhetsutvikling, synliggjort gjennom teknologi og digitalisering, forskning og innovasjon, sykehusutbygging, ledelse, styring og organisering, rekruttering, medarbeiderutvikling og faglig satsningsområder.

1.3. Mål for virksomheten

Foretaket legger til enhver tid HSØs styringsbudskap til grunn for virksomheten. Budskapene formuleres bl.a. i HSØs oppdrags- og bestillingsdokument (OBD), samt i foretaksmøter.

1.4. Virksomhetsstyring

Styrets arbeid

Styrende dokumenter er styringsbudskapene gitt av HSØ i OBD. Oppfølging av disse legges fortløpende fram for styret i foretaket.

Styret har en instruks for sitt arbeid og har gitt instruks til administrerende direktør. Styreleder deltar i oppfølgingsmøtene med HSØ. Administrerende direktør deltar i direktørmøtene i regi av HSØ.

Som del av den løpende rapporteringen behandler styret månedlig og tertialvis rapport for status på foretakets mål. Styret har i 2025 blitt presentert satsninger og arbeid med forskning og innovasjon. Styret behandler saker som skal til HSØ for godkjenning. OBD fra HSØ rapporteres i Årlig melding.

Virksomhetsstyring

Foretaket har etablert et styringssystem i samsvar med krav bl.a. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring og HSØ sitt reviderte rammeverk for virksomhetsstyring. Styringssystemet samler de overordnede prosessene for å planlegge, gjennomføre, følge opp/rapportere og evaluere/forbedre og korrigere virksomheten.

På bakgrunn av OBD inngikk administrerende direktør lederavtaler med klinikkjefene for 2025. På samme måte inngikk klinikkjefene lederavtaler med sine avdelingssjefer, som deretter inngikk lederavtaler med sine seksjonsledere. Lederavtalene følges opp kontinuerlig på alle nivåer i organisasjonen. I 2025 har lederavtaler konsentrert seg om indikatorer knyttet til ventetidsløftet.

Ledelsens gjennomgang (LGG) gjennomføres i oktober. System for gjennomføring av LGG er under endring slik at LGG sikrer at styringssystemet fungerer etter sin hensikt og bidrar til forbedring av virksomheten.

Intern styring og kontroll

Foretaket arbeider systematisk og målrettet med kvalitet og pasientsikkerhet på alle nivåer. Til grunn for arbeidet ligger eiers føringer, oppfølging av styrebeslutninger, en rekke strategier og planer og delegasjonsbestemmelser og fullmakter.

Risikostyring

Det er et overordnet mål å øke bruken av risikovurderinger i den kliniske driften og generelt i foretaket for å i større grad avdekke risiko i forkant. Målet er at risiko skal styres, ikke bare være vurdert på alle nivå i hele organisasjonen.

Status for pålegg etter tilsyn

Styret baserer sine vurderinger på den informasjon og det opplegg for intern kontroll og styring som foretaksledelsen legger til grunn. Til hvert styremøte presenteres det en oppdatert oversikt over varslede, pågående og nylig avsluttede, eksterne tilsyn og revisjoner.

Handlingsplaner

På grunnlag av interne og eksterne revisjoner, tilsyn og egne forbedringsområder, utarbeides handlingsplaner. Foretaket har ambisjoner om stadig tettere oppfølging av slike planer, med større innsats for læring. I økonomiavdelingen har foretaket etablert en ressurs for virksomhetsstyring som bl.a. skal evaluere, utvikle og forbedre virksomhetsstyringen ved å arbeide systematisk for å sikre etterlevelse av lov og forskriftskrav, interne mål og krav, samt krav fra eier som framkommer i rammeverk for virksomhetsstyring i HSØ.

1.5. Medvirkning fra brukere og ansatte

Brukermedvirkning

Foretaket har lagt HSØs 13 prinsipper for brukermedvirkning til grunn for arbeidet på systemnivå. Brukermedvirkning foregår på mange arenaer, både gjennom formelle strukturer på systemnivå, f.eks. brukerutvalget og ungdomsrådet, og i fora der medlemmene er representert, og på tjeneste- og individnivå. Arbeidet med å utvikle vår felles helsetjeneste og utvikle pasient-tilbudet og pasientenes deltagelse som avgjørende viktige ressurser i eget liv, utfordrer sykehus- og profesjonskulturene, og er og vil være en kontinuerlig prosess i uoverskuelig framtid. Pasienter og brukere er i stadig sterkere grad involvert i prosjekter, arbeidsgrupper og egne forløp.

Brukerutvalget er et rådgivende organ for foretakets styre og administrerende direktør i saker som gjelder tilbudet til brukere, pasienter og pårørende. Utvalget har 8 medlemmer, som er oppnevnt av foretakets styre etter forslag fra brukerorganisasjoner. Medlemmene i utvalget var i 2025 rekruttert fra Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (3), Samarbeidsforumet av

funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO/NHF) (2), Pensjonistforbundet (1), Kreftforeningen (1) og A-Larm (1).

Leder og nestleder deltar på styremøter og styreseminarer med talerett, og har møterett i kvalitet og pasientsikkerhets utvalget (KPSU). Leder deltar i møtene til Helsefellesskapet og underorganet Strategisk samhandlingsutvalg (SSU). Brukerutvalget har oppnevnt representanter til kvalitetsutvalgene i hver klinikk. Utvalgslederen sitter også i medlem i klinisk etikkomite. Utvalgets øvrige medlemmer er involvert i pakkeforløp og prosjekter, basert på kompetanse og interesse for det aktuelle forløpet. Administrerende direktør er til stede i begynnelsen av hvert brukerutvalgets møte, og tar der imot innspill og synspunkter, samt redegjør for aktuelle saker.

For å sikre brukerutvalgets rolle som sentral premissgiver og aktør for arbeidet med brukarmedvirkning i tjenesteutviklingen på alle nivåer og i prosjekter, arbeidsgrupper og planprosesser, skal flere enn brukerutvalgets medlemmer involveres. Det er likevel vesentlig at system og regi for brukarmedvirkning er forankret i brukerutvalget, og at nedenstående prinsipper legges til grunn for brukarmedvirkning:

- Representasjon i råd og utvalg som skal fordeles mellom brukerutvalgets medlemmer, besluttet i brukerutvalgsmøte.
- Brukerutvalget legger til grunn at utvalgets medlemmer er rådgivende for administrerende direktør med hensyn til rekruttering av brukerrepresentanter i prosjekter, paneler, grupper, utredninger og lignende.
- Brukerutvalget legger til grunn at både brukere som vil tilby sin brukerkompetanse og ledere/ansatte som etterspør brukarmedvirkning, skal rekrutteres gjennom Brukerbanken, som til enhver tid har oversikt over hvem som ønsker å være med i banken. Brukerbanken skal tilby brukere som etterspørres fra foretakets organisasjon.
- Det må legges til grunn og til rette for at brukerbanken er «sentral» for brukarmedvirkningen, og at det ikke etableres eller videreføres alternative veier til medvirkning i foretaket.
- Dette betyr at både interne etterspørsler etter brukere skal gå til brukerbanken, og at organisasjoner og enkeltpersoner som ønsker å være med å styrke brukarmedvirkningen i foretaket, henvises til brukerbanken.

Ungdomsrådet i foretaket skal bidra til å sikre god brukarmedvirkning på ungdoms premisser. Rådet skal fremme synspunkter og saker som kan bidra til å forbedre pasienttilbudet for unge brukere og ha medlemmer i alderen 13- 26 år. Både formål, innhold, arbeidsformer, representativitet, rekruttering og administrativ tilrettelegging er satt på dagsorden.

Ungdomsrådet har syv medlemmer, som er oppnevnt av foretakets styre. I 2025 har medlemmene vært rekruttert fra blant annet FFO, foreningen for hjertesyrke barn, astma- og allergiforbund, Barn- og Ungdoms- revmatikergruppe Vestfold, Mental Helse

og unge med pasient- og pårørendeerfaring. Administrerende direktør er til stede i begynnelsen av ungdomsrådets møter, og tar der imot innspill og synspunkter, samt redegjør for aktuelle saker.

Ungdomsrådet har holdt 10 møter i 2025 med fokus på følgende saker

- Undervisning LIS og andre ansatte i ungdomspsykiatrien, hele UR deltok. Tema: Ungdomskultur og ungdomspsykiatri.
- Barn i akuttmottaket, herunder:
 - Akuttmottakets prosedyrer vedr. barn og unge
 - Utagerende ungdom, barneavdeling vs. akuttmottak
 - Kirurgiske barn i akuttmottaket
- Samvalg og ungdom, dialogmøte med representanter fra BUPA, Barne- og ungdomsavdelingen og SPIS med mål om å få frem viktigheten av samvalg for barn og unge, og tips til hvordan samvalg kan gjennomføres for denne pasientgruppen.
- Pasientforløp for pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse – overgang barn til voksen (presentasjoner og dialog med seksjonsledere fra BUPA og Spis)
- Barne- og ungdomsavdelingen, rettigheter og retningslinje for overgang til voksenavdeling, dialogmøte
- Høringsinnspill: Retningslinje Barn som pårørende på sykehuset
- Samarbeidsmøte med UR Sykehuset i Telemark
- Besøk Ung Arena+
- Barne- og ungdomsvennlig sykehus (presentasjon og dialog med prosjektledere)
- Informasjonssider til hhv barn og ungdom på SiV.no
- Presentasjon av eget arbeid på den nasjonale Pasientsikkerhetskonferansen

Foretaket har siden 2018 hatt en rådgiver i 60% stilling, for å jobbe med brukermedvirkning. Stillingen er lagt til kvalitetsavdelingen, og er knyttet tett opp mot andre ressurser som jobber med opplæring og organisering av forbedringsarbeid på tvers i sykehuset. Rådgiver er ansvarlig for rekruttering og opplæring av brukerrepresentanter knyttet til brukerbanken, opplæring av ansatte i brukerinvolvering, i tillegg til å bistå i arbeid med å hente inn brukerperspektiv i prosjekt- og forbedringsarbeid. Dette gjøres i hovedsak gjennom bistand i å utarbeide, og gjennomføre brukerundersøkelser, og ved å gjennomføre intervjuer av pasienter og pårørende.

I 2025 er det utarbeidet flere rapporter, basert på intervjuer av pasienter og pårørende, som gir innsikt i erfaringer og behov i forbindelse med forbedrings- og evalueringsarbeid. Foretaket har i flere år deltatt i satsningen Hva er viktig for deg, og blant annet markert Hva er viktig for deg-dagen i juni - Dagen er en påminnelse til alle som jobber i helsetjenesten om å se hele mennesket – ikke bare sykdommen eller diagnosen. Representanter fra Brukerutvalg og ungdomsråd er aktive deltagere i arbeidsgruppen som står bak arbeidet med satsningen. Arbeidsgruppen har i 2024 også jobbet med implementering av samvalg.

Medvirkning fra ansatte

Totalt er 18 fagforeninger representert i SiV.

Foretaket har etablerte strukturer for medvirkning fra tillitsvalgte og vernetjenesten i tråd med gjeldende lov- og avtaleverk. Graden av involvering og medvirkning har økt på foretaksnivå det siste halvannet året.

Administrerende direktør gjennomfører faste kontaktmøter med frikjøpte foretakstillitsvalgte og hovedverneombud hver 14. dag. Møtene benyttes til dialog om pågående prosesser i foretaket, samt til formelle drøftinger.

HR-direktør har månedlige kontaktmøter med foretakstillitsvalgte, hovedtillitsvalgte og hovedverneombudet. På agendaen står informasjon og drøfting av endringer i drift og organisering hvor tillitsvalgte og vernetjenesten skal medvirke, samt årlige drøftinger.

Hovedarbeidsmiljøutvalget (HAMU) ivaretar foretakets lovpålagte arbeidsmiljøutvalgsarbeid.

Tidligere klinikkvise AMU og kontaktmøter er erstattet av klinikkvise AKM-møter (arbeidsmiljø og kontaktmøte). Det er lagt opp til minimum åtte AKM-møter per klinikk per år. Det er mange nye mindre klinikker som er i en oppbyggingsfase som gjør at disse samarbeidsarenaene er i en etableringsfase. Her er tillitsvalgte og vernetjenesten representert. Tillitsvalgte ser behov for mer involvering i fag og forskningsenheten.

Det har vært en egen møterekke for involvering i budsjettprosess på foretaksnivå mot 2026.

I tillegg skjer medvirkning gjennom deltakelse fra tillitsvalgte og vernetjenesten i arbeidsgrupper og prosjekter i foretaket. Omfang og deltakelse diskuteres mellom TV og ledelse i den enkelte sak.

2. Vurdering av virksomheten

2.1. Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2025

Gjennomgående løser foretaket samfunnsoppdraget slik det bl.a. framkommer i lov og forskrift, foretaksprotokoller, og Oppdrag- og bestillerdokumentet. Til tross for 2 alvorlige saker hos Statsforvalteren de siste årene (behandling i akuttsenteret og ventelister for gastropasienter) er både kvalitetsindikatorer, pasienttilfredshet og medarbeidertilfredshet generelt god. Foretaket har som mange andre sykehus hatt utfordringer som følge av pandemien og sykefraværs-utviklingen, noe som har medført lange ventetider, mange fristbrudd, stor andel passert planlagt tid og ikke minst en sviktende bærekraftig økonomisk utvikling. Foretaket har på toppen av nevnte utfordringer flyttet inn i nye bygg (Tønsbergprosjektet) med de utfordringer det er med nye arbeidsprosesser i nye bygg.

Mot slutten av 2024 og i 2025 har foretaket brutt denne trenden. Ventetidsløftet har bidratt til reduserte ventetider og færre antall ventende. Foretaket har hatt større aktivitet uten å øke antall ansatte, og Vestfoldingers bruk av andre sykehus har blitt mindre. Til sammen har dette gjort at det økonomiske resultatet har forbedret seg og er i 2025 langt bedre enn budsjett.

2.2. Evaluering av egen virksomhet og organisering

Ventetidsløftet bidro både til økt fokus og tilførsel av mer penger. Det bidro til at foretaket har igangsatt tiltak som har snudd den negative trenden på disse områdene, og utviklingen i 2025 har vært i tråd med den forventning som eier har hatt

Utviklingen i ventetider, fristbrudd og passert planlagt forbedret seg kraftig i første halvår. Ettersommeren har det vært mer utfordrende å komme tilbake til nivået før sommeren. Ved slutten av året er alle nøkkelparameterne på et helt annet nivå enn de har vært de siste årene og også ved inngangen til 2025.

Antall ventende er redusert fra 11 310 ved inngangen til 2025 til 8 936 ved årets slutt.

Ventetid ventende er redusert fra 82 dager ved inngangen til 2025 til 55 dager ved årets slutt.

Ventetid påbegynt redusert fra 67 dager ved inngangen 2025 til 51 dager ved årets slutt.

Fristbrudd ventende er redusert fra 655 ved inngangen til 2025 til 72 ved årets slutt.

Passert planlagt tid er redusert fra 17 052 (15 %) ved inngangen til 2025 til 12 675 (12%) ved årets slutt.

Også den økonomiske utviklingen er bedret som følge av større aktivitet uten at antall ansatte har økt samt lavere gjestepasientkostnader. Det gjør at det økonomiske resultatet i 2025 er bærekraftig.

DEL II: RAPPORTERINGER

3. Oppfølging av styringsbudskap for 2025

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

Mål 2025:

Kvalitative mål:

- Pasienter med store og sammensatte behov, herunder eldre med skrøpelighet og personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, barn og unge med store og sammensatte behov og personer med flere kroniske lidelser, skal motta sammenhengende tjenester med trygge overganger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten og få dekket sine behov for habilitering og/eller rehabilitering.*

Målet er delvis nådd

Sykehuset har igangsatt flere målrettede satsinger for å styrke sammenhengende pasientforløp og trygge overganger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette omfatter blant annet Vitality-prosjektet, som har særlig fokus på overganger mellom sykehus, hjem og institusjon.

Det pågår et utredningsarbeid for å innrette bruk av behandlingshjelpemidler og andre støtteverktøy tidligere i pasientforløpet, basert på en helhetlig vurdering av pasientens samlede behov for behandling, habilitering og rehabilitering.

Videre arbeides det systematisk med utvikling av palliative tilbud til barn, samt med bedre ivaretagelse av pasienter med somatiske lidelser som utvikler samtidige psykiske lidelser, med vekt på samhandling på tvers av fagområder og nivåer i helsetjenesten.

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

Målet er nådd

Kloke valg-tiltaket ved SiV bidrar til å ivareta dette kravet. Kloke-valg er en kampanje som startet som et initiativ fra Den norske legeforening. Målet er at både helsepersonell og pasienter sammen skal gjøre kloke valg i diagnostikk og behandling. Mange foreninger har bidratt til å lage anbefalinger om prosedyrer og behandling som bør unngås. Dette er et kontinuerlig arbeid som SiVHF har investert tid og ressurser i for 2025. En rekke avdelinger, seksjoner og fagmiljøer har egne prosesser og prosjekter der det jobbes systematisk med prioritering samt overbehandlings- og overdiagnostikk-problematikk.

- *Det skal være trygt for ansatte i spesialisthelsetjenesten å melde om uønskede hendelser og forbedringspunkter, og helseforetakenes system og kultur for tilbakemelding, oppfølging og læring skal bidra til færre pasientskader.*

Målet delvis nådd

Det er gjennomført forbedringer i avvikshåndteringssystemet til sykehuset (EQS) ved at meldeskjema er endret og forenklet slik at terskelen og tidsbruken for å melde er redusert.

Det er gjennomført bevisstgjørings- og motivasjonstiltak ved hjelp av kampanjer, målrettet informasjonsmateriell og påminnelser.

Det er gjort endringer i organiseringen og driften av kvalitetsutvalg for å bedre følge opp avvik og uønskede hendelser.

Det er et stort og langsiktig arbeid å etablere en sterk og tilstrekkelig meldekultur i sykehuset.

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

Målet er delvis nådd

Det pågår et arbeid knyttet til oppgavedeling både internt i sykehuset og mellom sykehus og kommuner. Formålet er bedre samordning av tiltak og oppgaver mot pasientene, med riktig tids- og ressursbruk. Det er også utviklet løsninger for å imøtekomme barselkvinner som ønsker tidlig hjem, og vi har et prosjekt for å øke kompetansen rundt skulderdystoci for jordmødre samt tang- og vakuumbefrysning for gynekologer.

Vi gjennomfører årlige samarbeidsmøter med kommunehelsetjenesten og føde-barsel, svangerskapspoliklinikk, barselpoliklinikk og nyfødttintensiv, samt egne møter med hver kommune. For sårbare familier deltar jordmor fra føde-barsel på tverrfaglige møter med kommune og barnevern før fødsel. Vi har også representasjon i arbeidsgruppen for Barn og unge i Helsefelleskapet og samarbeider med Sanitetskvinnene om flerkulturell doula.

Utfordringer: Bemanningssituasjonen for jordmødre er krevende og gir mindre fleksibilitet enn ønskelig. Vi har heller ikke etablert kombinasjonsstillinger mellom sykehus og kommune, og muligheten til å tilby fulle stillinger er begrenset. Ledsager/familierom er fortsatt en utfordring. Nasjonal undersøkelse viser at SiV scorer lavt på kvinners opplevelse av barseloppholdet, noe som understreker behovet for styrket barselomsorg og vurdering av bemanning.

Indikatorer:

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

Målet er nådd - 60 dager

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

Målet er ikke nådd - SiV har først stoppet veksten og så redusert den. Ved utgangen av 2025 var det 12 % av alle planlagte kontakter som ikke ble gjennomført innen planlagt tid.

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

Målet er nådd. Redusert antall reinnleggelser med 0,8 prosentpoeng.

Det er gjennomført tiltak for å senke terskelen for å gå til kommunale akutt-døgn-enhet (for å redusere reinnleggelse).

Det er også gjennomført tiltak for å lære opp fastleger i prosedyrer som forebygger behov for å komme til sykehuset. Det pågår et SAMSÅR-prosjekt mellom SiV og kommunene om sårbehandling som reduserer behov for å komme til sykehuset

- *Gjennomsnittlig ventetid skal i 2025 være lik eller under 44 dager i psykisk helsevern voksne, 45 dager i psykisk helsevern barn og unge og 33 dager i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).*

Målet er nådd.

Ventetid påbegynt helsehjelp var i 2025 godt under måloppnåelse på alle fagområder; snitt ventetid for påbegynt helsehjelp i 2025 var hhv VOP 31 dager, BUP 27 dager, TSB 24 dager.

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

Målet er delvis nådd.

Det er ikke mulig å tallfeste reinnleggelser som er forebyggbare gjennom god samhandling mellom somatikk, psykisk helsevern og TSB. Reinnleggingsraten er for TSB lavere, men VOP og BUP høyere.

Det er etablert prosedyre for tilsyn, med spissing av oppgaver som skal gå til ruskonsulent og psykisk helsevern.

Jobbes kontinuerlig med dette.

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

Målet er ikke nådd.

SiV har arbeidet mye med å forbedre andelen som blir gjennomført innen normert tid. Dette arbeidet ble intensiver fra og med september, hvor resultater forventes først fra 2026. Per dato er andel pasienter i pakkeforløp kreft som har fått start behandling innenfor normert forløpstid 62 % i 2025.

Ventetid

Annen oppgave 2025

- *Helseforetaket skal realisere målene i Ventetidsløftet om markant nedgang i gjennomsnittlige ventetider for påbegynt helsehjelp. Det vises til krav stilt i foretaksmøtet 15. november 2024.*

Målet er nådd

Gjennom 2025 er ventetiden for påbegynt helsehjelp redusert fra 72 dager i januar til 50 dager ved årets slutt. Dette er også marginalt under hva ventetiden var samme tidspunkt 2019.

- *Alle steder det er hensiktsmessig, skal helseforetaket intensivere arbeidet med å gå fra kalenderstyrt til behovsstyrt poliklinikk og ta i bruk digital hjemmeoppfølging. Brukerorganisasjonene skal involveres på egnet måte.*

Målet er delvis nådd:

Sykehuset har jobbet løpende med dette i 2025. Noen steder er det mindre hensiktsmessig med behovsstyrt poliklinikk enn andre. Ved noen poliklinikker praktiseres dette i stor grad, f.eks. ved lungepoliklinikken. Der er det etablert rutiner for at pasienter selv kan ta kontakt med poliklinikken for f.eks. pleuratapping. Astma pasienter som opplever forverring, eller de på biologisk behandling og pasienter med Bipap/LTOT. Det er etablert ordning med digital hjemmeoppfølging i enkelte kommuner. I barne- og ungdomsavdelingen er det gjort forsøk med tilbud om digital hjemmeoppfølging av barn med epilepsi og innen rus- og avhengighet er det gjort vurderinger innen LAR for omlegging av årlig fysisk kontroll til digital oppfølging.

Det gjenstår fortsatt en rekke områder som kan være aktuelle for endringer.

- *Helseforetaket skal gjennomgå praksis med oppgavedeling og kontroller innenfor minimum de fem fagområdene med lengst ventetider og ventelister, med mål om å redusere antall unødvendige kontroller og sikre bedre pasientflyt. Brukerorganisasjonene skal involveres på egnet måte.*

Målet er delvis nådd

Det er gjennomført en rekke forbedringsprosjekter for å håndtere ventetider og ventelister, bl.a. innen gastroklinikken, nevrologi, ADHD, hjertepoliklinikk, ortopedi.

Det er ikke gjennomført en systematisk kartlegging og oppfølging av minimum fem områder med lengst ventetid, men dette blir prioritert fremover

- *I Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 pekes det på et behov for å integrere avtalespesialistene bedre med de øvrige tjenestene. Helseforetaket skal bidra til et aktivt og løpende samarbeid med avtalespesialistene gjennom etablering og videreutvikling av samarbeidsavtalene og møtearenaer mellom helseforetakene og avtalespesialistene. Det er særlig viktig med samarbeid om prioriteringer og rett utnyttelse av samlet kapasitet på de områder der ventetidene er lange.*

Sykehuset har tett samarbeid med avtalespesialister som HSØ har avtaler med i Vestfold. Dette har bidratt til å øke kapasitet og redusere ventetider særlig innen fagfeltene øre-nese-hals, og øyesykdommer

Behandlingstilbud

Annen oppgave 2025

- *Helseforetaket skal sikre bedre kvalitet i e-reseptkjeden, bedre samsvar mellom legemiddelinformasjon i epikriser og e-resepter, og forberede for innføring av pasientens legemiddelliste fra 2026.*

Målet er delvis nådd

Det er gjort forberedelser for innføring av pasientens legemiddellister som vil gi en felles legemiddelliste på tvers av spesialist- og primærhelsetjenesten. Det jobbes med løsning for klinisk beslutningsstøtte som kan gi færre dobbelt-ordinasjoner

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

Målet er delvis nådd

Per desember er 6 legekantor i Vestfold innlemmet i «Pasientens prøvesvar», men løsningen ble tilgjengelig for alle legekantor/helseinstitusjoner i Vestfold på slutten av 2025. Det er en frivillig løsning, men SiVHF er aktivt ute og markedsfører løsningen for brukerne.

- *Helseforetaket skal følge opp tilgjengelige data for forbruskrater i Helseatlas og Klinisk Dashboard og iverksette tiltak for å redusere overforbruk og reduksjon av uønsket variasjon innen bildediagnostikk og laboratoriefag i tråd med anbefalingene fra det interregionale prosjekt ledet av Helse Vest RHF.*

Målet er delvis nådd

Det er utviklet henvisningsstøtte for bildediagnostikk, strukturert etter modalitet (MR, CT, røntgen), med råd knyttet til vanlige kliniske problemstillinger.

Innholdet bygger på arbeidet fra VeRaVest-prosjektet i Helse Vest, og er tilpasset lokale behov ved Sykehuset i Vestfold. Henvisningsstøtten er integrert i DIPS Interactor og gjort tilgjengelig for fastlegene. Henvisningsstøtten er sendt på bred høring internt i SiV, slik at relevante spesialister, blant annet innen ortopedi og gastromedisin og gastrokirurgi, har fått mulighet til å gi faglige innspill og kvalitetssikre innholdet. Det pågår arbeid med å gjøre henvisningsstøtten tilgjengelig for interne leger ved SiV, i et tilsvarende format.

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

Målet er delvis nådd

Sykehusapotekene har på plass en ansvarlig som følger opp deres OBD på dette punktet, og SiV vil inviteres inn til et møte hvor det informeres om status, samt hvilke områder SAHF har behov for mer informasjon som gjelder status og planer for hjemmesykehus og hjemmebehandling ved SiV fremover. Bistanden gjelder også distribusjon av medisinske gasser. Møtet er gjennomført medio januar og det er lagt en plan for oppfølging ved SiV slik at bistand er i samsvar med forventningene og behovene til SAHF.

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

Målet er delvis nådd

Dette er et stort og komplekst prosjekt som skal håndteres samlet, så Sykehuset i Vestfold innfører det ikke isolert, men i tett plan med de andre sykehusene.

Styringsgruppen har besluttet å be om ytterligere midler og forlenge styringsrammen til 30. juni 2026. Som det ser ut nå, starter prosessen først på OUS, og de tar imot den første pasienten 8. desember 2025.

Styret besluttet også at dersom flere foretak ønsker å starte tidligere enn opprinnelig planlagt, er det mulig. SiV har så langt ikke meldt sin interesse for det.

I prosjektet derimot er det besluttet andre typer kamera som nå er under utprøving på OUS. Sist oppdatering er at de er langt unna mål når det gjelder det tekniske og etter nåværende plan skal på tidlig 2027.

Det praktiske rundt selve fotograferingen, og hvordan pasientene ellers skal følges opp blir ikke mye avvikende fra det vi gjør i dag.

Nasjonal kreftstrategi

Annen oppgave 2025

Tilgang til Comprehensive Cancer Center eller Cancer Center

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

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

Målet er delvis nådd

SIVHF slutter seg til det vedlagte notatet og vil etablere et kreftstyre og en kreftstrategi innen utgangen av 2026. Sykehuset planlegger ikke å søke CC-akkreditering, pasientene sikres likeverdig tilgang til et CC(C) via OUS.

Pakkeforløp hjem

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

Målet er delvis nådd

Plan for de enkelte pakke/diagnoseforløpene foreligger. Implementeres for Senter for kreft og blodsykdommer i januar 2026 det samme for gynekologisk seksjon. Urologi ikke startet planlegging, dette gjøres i februar. De andre diagnosegruppene er implementert.

Ernæringsstrategi

- *Helseforetaket skal ha en ernæringsstrategi.*

Målet er ikke nådd

Det er vedtatt etablert et ernæringsråd, hvor mandat er under utarbeidelse og mandat skal forankres i DLG. Ernæringsrådet vil ha eierskap til foretakets ernæringsstrategi og innføring av kostdatasystemet Mathilda. Følgende aktiviteter er gjennomført:

- kartlegging av eksisterende arbeid med ernæring i sykehuset
- kartlegging av planer og rammeverk for ernæringsstrategi ved andre HF i HSØ,
- gjennomført oppstartsmøte med deltakere fra flere fagområder

Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Annen oppgave 2025

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

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

Målet delvis nådd

Plan er igangsatt i 2025 med plan om implementering i 2026. På initiativ fra SiV ble oppdraget besluttet inntatt i handlingsplan for 2026 av SSU. Det behandles i dette felles forumet som vil avgjøre hvordan oppdraget blir løst.

3.2 Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Mål 2025

Indikatorer: Kostnader målt i 2024 på aktuelle tjenesteområder.

- *Realveksten i kostnader innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere enn den demografiske veksten lagt til grunn i Prop. 1 S (2024–2025).*

Målet delvis nådd.

Det er utfordrende å få til realvekst på noen fagområder når budsjettet legger opp til produktivitetsøkning i hele sykehuset. Det blir en litt omvendt målsetning. Når alle andre skal klare seg med mindre så skal PHV og TSB klare seg med de samme nominelle kronene som i 2024. Det ligger fortsatt an til en marginal vekst, men heller ikke mer. Den budsjetterte veksten fra 2024 til 2025 var 1,6%, nåværende estimat med ren økning på 0,5%

Samtidig leverer foretaket godt på disse områdene når det måles i aktivitet, ventetid og fristbrudd.

Annen oppgave 2025:

- *Helseforetaket skal, i samarbeid med kommunene, etablere ordninger for tidlig avklaringsteam (ulike typer vurderingssamtaler) i psykisk helsevern voksne. Formålet er å sikre rask avklaring for pasienter med uavklarte behov, riktig nivå for utredning og behandling, samt god oppfølging uavhengig av om pasienter får rett til spesialisthelsetjeneste eller ikke. Det vises blant annet til anbefalinger om inntaks- og utredningsprosessen i rapport om tematisk organisering av psykisk helsevern.*

Målet er delvis nådd.

Prosjekt X- En Vei Inn er etablert med oppstart mellom DPS og Sandefjord kommune med felles integrert psykisk helsemottak. Modellen skal innføres her først, og deretter breddes. Den neste kommunen blir Tønsberg der det både skal etableres felles inntak for voksne under 25 år i Tønsberg kommune gjennom Ung Arena + og etableres En vei inn for den resterende befolkningen. Det er etablert et prosjekt med Tønsberg kommune for felles pasientmottak for pasienter med rusmisbruk. Det er innført ordning med BUP om tvilstilfeller slik at det innkalles til førstegangssamtaler i stedet for å gi avslag.

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

Målet er nådd

Integrert ettervern er etablert i ruspoliklinikkene som følger opp under og etter døgninnleggelser, både i eget HF og ved private institusjoner. Ventetider er lave. Det har vært behov for å øke kapasitet i poliklinikk noe. Bemanning i poliklinikk er derfor økt på bekostning av døgn for å imøtekomme dette.

Brukerstyrte senger (selvbestemte innleggelser) er etablert ved behandlingsposten i avdeling for rus og avhengighet (bygg C). Integrert ettervern er etablert ved RUPO, som følger pasienter før, under og etter innleggelse (de som fullfører)

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

Målet er nådd

Det er etablert ambulant, oppsøkende team, "intensivt ungdomsteam (IUT)", knyttet til døgnposten for barn og ungdom. Teamet er styrket i 2025 med to stillinger slik at de også imøtekommer oppdraget om etablering av helseteam for barnevernsinstitusjoner.

- *Helseforetaket skal styrke kapasiteten i habiliteringstjenestene slik at pasientene får rask og likeverdig tilgang til riktig utredning og behandling med særlig prioritet på førskolebarn med autisme, pasienter med utfordrende adferd, og psykisk helse hos barn, unge og voksne.*

Målet delvis nådd

For førskolebarn med autisme er det økt kapasitet på inntak og utredning og ventetid er redusert til 22 dager. Vi har satt inn forsterket innsats i første del av behandlingsperioden med økt intensitet i oppfølgingen og kompetanseheving til oppfølgende kommunale instanser for å imøtekomme behovet for økt behandlingsskapasitet. Det er etablert gruppetilbud for foresatte til førskolebarna med autisme. Helsefellesskapet har etablert eget fagutvalg for barn og unge for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og de ulike etatene i kommunen.

Pasienter med utfordrende atferd mottar høy andel ambulerende oppfølging, nettverk for skadelig seksuell atferd (SSA) er etablert på tvers av klinikkene i helseforetaket. Det er etablert ny samarbeidsprosedyre som sikrer lav terskel for kontakt mellom voksenhabilitering, autismeavdeling og psykisk helsevern voksne for å sikre helhetlige pasientforløp for pasienter med utfordrende atferd og/eller psykisk helse hos pasienter i habiliteringstjenestene. Det er etablert kontakt med habiliteringstjenesten i Sykehuset Telemark med tanke på samarbeid for bedre samlet ressursutnyttelse. Det er fortsatt utviklingspotensiale på området.

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

Målet er ikke nådd

Gjennomført workshop med temaet rusutløst psykose høsten 2025 for å etablere felles faglig plattform i klinikken. Det vil si at det er påbegynt et nødvendig utviklingsarbeid på området. Det skal utarbeides handlingsplan og pasientforløp. Har eget ROP-team i DPS. Det er ikke etablert egne døgnplasser, fordi sykehuset mangler egnet lokale.

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

Målet er delvis nådd

Rutine er at dersom rusproblematikk står i veien for utredning/behandling i PHV formidles kontakt til ARA. Det er potensiale for videreutvikling av dette, og det vil bli iverksatt tiltak fremover for henvisning for ungdom med rusproblematikk, felles avklaring med RUPO om samarbeid om tilbudet. Det er pågå

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

Målet er nådd

Vi har et godt utbygget LAR-tilbud i tråd med oppdraget. Det er en pågående faglig diskusjon rundt inkludering av også andre målgrupper i tilbudet.

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

Målet er delvis nådd

Plan levert oktober 2025. Det er økt antall døgnplasser i 2025. En videre utvidelse av døgnplasser i tråd med framskrivning vil kreve nyetablering av plasser. Det er startet utredningsprosjekt for nye, moderne, samlokaliserte døgnplasser, som vil være en forutsetning for å kunne løse fremtidig fremskrevet døgnbehov.

3.3 Kunnskapsbaserte og bærekraftige tjenester gjennom forskning, innovasjon og næringslivssamarbeid

Annen oppgave 2025:

- *Helseforetaket skal forsere arbeidet med å implementere effektive løsninger innenfor KI og IKT, særlig personellbesparende teknologier og tiltak som bedrer logistikk. Det skal ses hen til rapport utarbeidet under Ventetidsløftet.*

Målet er delvis nådd.

Det er flere initiativ på bruk av kunstig intelligens (KI) ved Sykehuset i Vestfold. Noen løsninger er allerede i drift, mens andre er under anskaffelse. Per nå gjelder dette:

Under anskaffelse (klinisk bruk):

- ChestLink – Leverandør: Oxipit (RAD)
- Chest Eye – Leverandør: Oxipit (RAD)
- Boneview – Leverandør: Gleamer (RAD)
- Retinascreening – Leverandør: EyeArt (Klinikk medisinsk diagnostikk)

I drift (administrasjon og laboratorie):

- MinaBot i Teams – Leverandør: Microsoft/Sykehuspartner (administrasjon – helsepersonell)
- Copilot – Leverandør: Microsoft (administrasjon – helsepersonell)
- CellaVision – Leverandør: CellaVision (Sentrallaboratoriet)

I tillegg er Forskning og Innovasjonsavdelingen aktive i KI-arbeidet og har levert flere / arbeider med flere KI-prosjekter. Det arbeides også med andre områder for å ta i bruk KI/teknologi til det beste for pasienter, pårørende og medarbeidere:

- Tilbud om digital hjemmeoppfølging for ulike pasientgrupper
- RPA med Robot Henriksen og øvrig robotisering
- Integrasjoner fag- og støttesystemer
- Brukernær utvikling med bl.a: portørapp og portørflyt
- KI-støttet bildediagnostikk
- Retningslinje for KI ved sykehuset

3.4 Den offentlige helsetjenesten skal være fagfolkenes foretrukne arbeidsplass

Bemanning og kompetanse

Annen oppgave 2025:

- *Helseforetaket skal legge til rette for gode karriereløp og tilgang til breddekompetanse innen indremedisin og kirurgi. Det innebærer blant annet å styrke spesialistutdanningen mtp. disse spesialitetene og å vurdere organisering og faginndeling. Berørte parter skal involveres i arbeidet. Det vises til rapporten «Breddekompetanse i indremedisin og kirurgi – viktige veivalg» fra 2024.*

Målet er delvis nådd

Det er gjennomført et arbeid for å vurdere dette med involvering fra faggruppene og med støtte fra HSØ. Det er foreløpig konkludert med at det ikke er behov for å gå videre med konkrete endringstiltak knyttet til breddekompetanse innen indremedisin og kirurgi. Gjennomført dialogmøter og halvdagsmøter med relevante interessenter. Konklusjonene er omforent.

- *Helseforetaket må tilrettelegge for en god og effektiv organisering, og gjennomføring av LIS-utdanningen. Dette inkluderer støtte til kursledere, i samarbeid med regionalt*

utdanningscenter (RegUt), for videreutvikling av kursporteføljen, vurdering av ulike læringsaktiviteter, herunder en økning i antallet digitale kursdager.

Målet er delvis nådd

Det er gjennomført en rekke tiltak knyttet til LIS1 for forbedring av struktur, innhold og organisering. Målet er ikke nådd, men tiltakene er skritt i riktig retning:

- LIS2 og 3 er handlingsplan revidert
- Det pågår et samarbeid med RegUT for å videreutvikle kursporteføljen og type av læringsaktiviteter.
- Utdanning av kursledere er styrket med flere kursledere.
- Det er mottatt utviklingsmidler for å videreutvikle pedagogisk kompetanse hos overleger
- Utarbeider ferdighetskurs for ulike områder i samarbeid med RegSim (f.eks. ultralyd, m.m. myntet på konkrete opplæringsmål)

- *Antallet utdanningsstillinger for LIS3 i psykisk helsevern skal økes til minst 2020-tall. Det skal gi en status for arbeidet med lokale handlingsplaner for økt rekruttering og bibehold av personell innen 1. juli 2025. Rapporten skal inneholde evaluering av iverksatte tiltak, effekt og eventuelt hvilke nye tiltak som er iverksatt eller skal iverksettes for å nå målet.*

Målet er ikke nådd

Rapport levert iht oppdrag. Fortsatt ikke helt på 2020-mål. Tiltak som er gjennomført eller planlagt for å ta steg mot måloppnåelse:

- etablering av UAO i VOP
- felles utdanningsråd
- felles strategi rundt utlysninger
- tett oppfølging av LIS-gruppa

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

Målet er delvis nådd:

Det er etablert en egen Tørn-kontakt på SiV. Det er etablert flere konkret prosjekter. Det gjenstår fortsatt arbeid med å sikre et systematisk og gjennomgående arbeid med å prioritere og gjennomføre virkningsfulle satsinger.

- *Helseforetak med sykehusdrift bør ha bemanningsenhet fortrinnsvis med vikarpool som dekker kortsiktige bemanningsbehov, og et ressurscenter som har en tydelig rolle i rekrutteringsarbeidet, med fokus på tiltak som kan avlaste ledere med hensyn til planlegging og tilstrekkelig oversikt. Helseforetak bør vurdere om det skal ha som prinsipp "en dør inn" for alle jobbsøkere til foretaket og at dette legges til ressurscenteret.*

Målet er delvis nådd.

SiV har både en bemanningspool med fast ansatte sykepleiere og et vikarsenter. Både bemanningspoolen og vikarsenteret må utvikles videre. En dør inn; vurderes i løpet av 2025 om det er aktuelt for SiV. Utsatt til 2026.

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

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

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

Det skal rapporteres på oppdraget i årlig melding for 2026.

Målet er delvis nådd

Når det gjelder oppgavedeling, deltar Føde-Barselseksjonen i prosjekt via HSØ/Tørn. Arbeidet startet i august 2025 og avsluttes i april 2026. Vi har så langt jobbet med mindre endringer, men ser foreløpig ikke de store gevinstene. Bemanningssituasjonen er krevende i forhold til oppgavemengden, og selv om vi endrer oppgaver, frigjør dette ikke tilstrekkelig tid til å løse alle utfordringene vi opplever. Arbeidsgruppen består av jordmødre, barnepleiere og helsesekretærer, og målet er rett bruk av kompetanse på rett oppgave, samt bedre organisering av arbeidsprosesser.

Når det gjelder oppdraget fra 2023 om tiltak for å rekruttere, videreutvikle og beholde personell, har vi hatt fokus på å styrke veiledningskompetansen hos ansatte med veilederansvar for studenter. Dette har skjedd både gjennom mulighet for utdanning innen veiledning og jevnlig veiledningsgrupper med fagjordmor. Vi har fått økonomisk støtte fra HSØ og SiV (utdanningsmidler) til dette arbeidet.

Det er foreløpig ikke utarbeidet en konkret plan for rekruttering og for å beholde jordmødre og barnepleiere. SiV har rekruttert jordmødre til ledige stillinger, men opplever større utfordringer med å rekruttere riktig kompetanse til barnepleiestillingene.

De siste årene har vi hatt et sterkt fokus på å forbedre arbeidsmiljøet ved føde-barsel. Etter tilbakemeldinger fra ansatte om belastninger og høyt sykefravær gjennomførte vi prosjektet Der skoen trykker fra mai 2023 til juni 2024, i samarbeid med IA-rådgiver fra NAV og HR. Alle ansatte i seksjonen deltok aktivt, og prosjektet identifiserte både forbedringsområder og styrker vi ønsker å bevare.

I etterkant har vi gjennomført flere tiltak, blant annet endret rutiner for vaktrapporter og optimalisert pasientforløpet for induksjon av fødsel. Vi har også jobbet med løsninger for

utfordringen knyttet til få familierom i barsel, selv om vi foreløpig ikke har funnet en endelig løsning. Dette er fortsatt et område som skaper uro, og vi er oppmerksomme på belastningen det medfører for ansatte.

Innspill fra tillitsvalgte, verneombud og seksjonsledere har vært svært verdifulle og gir et godt grunnlag for videre arbeid. Fremover skal vi bruke denne kunnskapen aktivt i planleggingen for å sikre bærekraftige løsninger, styrke arbeidsmiljøet og øke kvaliteten i tjenesten.

Sykefravær

Annen oppgave 2025:

- Helseforetaket skal forsterke arbeidet og innsatsen med å redusere sykefraværet med sikte på at helseforetaksgruppen samlet skal komme ned på 2019-nivå. Det skal trekkes veksler på vellykkede tiltak i egen og andre regioner, og forbedringstiltak innen ledelse, systematisk oppfølging, økt fleksibilitet og tilrettelegging for den enkelte og redusert leder- og kontrollspenn. IA-bransjeprogram skal benyttes som en ressurs i arbeidet, der det er relevant. Det systematiske arbeidet med forebygging og nærværfremmende tiltak skal videreføres, eksempler på vellykket praksis skal deles på tvers i foretaksgruppen. Det skal rapporteres på utviklingen i oppfølgingsmøtet i juni 2025.*

Målet er ikke nådd:

HR har operasjonalisert og prioritert tiltak, frister for forebyggende arbeid er satt og oppfølging avklart. Samarbeid med IA bransjeprogram der det vurderes nødvendig. Ekstrainnsats i tre store klinikker medisin, kirurgi og akutt fortsetter ut året. Helse og arbeid har tilbudt kurset "De usynlige plagene til utvalgte klinikker". Mål og indikatorer utover gitte gjenstår å utarbeide. Sykefravær samlet er lavere enn ifjor, følger årstidsvariasjonen, men mål om 2019 nivå for 2025 er ikke nådd.

Arbeidsmiljø og ForBedring

Annen oppgave 2025:

- Helseforetaket skal se til at resultatene fra den årlige ForBedringsundersøkelsen følges opp lokalt. Tillitsvalgte skal involveres på alle nivåer.*

Målet er delvis nådd.

Frist for gjennomføring av oppfølging av ForBedring var satt til innen utgangen av for 2025. For 2026 blir denne fristen justert til 1. oktober for å være nærmere undersøkelsene og det øyeblikksbildet som undersøkes gjennom ForBedring.

Rapportering til HAMU er gjort i desember 2025 og styret i februar 2026. Det er fortsatt uønsket variasjon i gjennomføring av oppfølginge.

3.5 Spesialisthelsetjenesten bidrar til samfunnssikkerhet og er forberedt på kriser

Beredskap og sikkerhet

Annen oppgave 2025:

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

Målet er nådd.

Siv er bidragsyter til nasjonalt beredskapsplanverk, øvelse digital 2025 og totalforsvarsåret 2026 via regionalt beredskapsutvalg HSØ.

- *Helseforetakene skal etablere rutiner for risikovurderinger i tilknytning til anskaffelser, samt rutiner for oppfølging av leverandører, for å ivareta sikkerhet i anskaffelser generelt og sikkerhetsgraderte anskaffelser.*

Målet er nådd:

I samarbeid med Regional forsyning og Sykehusinnkjøp er det gjort risikovurderinger av sikkerhet i vareleveranser. Arbeidet er ikke avsluttet, men foreløpige vurderinger er at SiV må lagre flere artikler lokalt og for enkelte artikler større volum. Dette for å sikre drift i minst 4 dager dersom forsyningene stopper. Beredskapssjef ved SiV er innkalt til et møte 03.02.2026 hvor dette med risikoutsatte artikler på aktiv forsyning ifbm beredskap blir tatt opp.

Og hvilke artikler som eventuelt bør inn i tillegg på lokalt beredskapslager.

- *Helseforetaket skal bruke spesialisthelsetjenestens trusselvurdering, som sammen med verdivurdering skal inngå i risikostyringen som beslutningsunderlag for å sikre riktig prioritering av sikkerhetsarbeidet. Ut fra risikobildet skal helseforetaket videreutvikle en helhetlig tilnærming til sikkerhetsarbeidet og iverksette nødvendige tiltak. Videre skal gode, grunnleggende sikkerhetsbarrierer som beskytter mot digitale angrep, og metoder for å avdekke uønsket aktivitet videreutvikles. Helseforetaket skal også forebygge uønskede hendelser som følge av innsidevirkosomhet.*

Målet er delvis nådd

SiVHF tar i bruk statistisk logganalyse for både å ivareta myndighetskrav og forebygger oppslag uten tjenstlige behov og dermed reduserer risiko for innsidevirkosomhet på dette området.

Digitale angrep sikres på systemnivå av Sykehuspartner og følges opp av SiV med egne risikoanalyser på systemer med mangelfull eller annen beskyttelse

Utarbeidet IKT-journal for SiV i EK som blir ajourført for å bedre håndtere IKT-sikkerhet og restanser/risikohåndteringsoppgaver.

Målet er delvis nådd fordi:

- Mangler en helhetlig, overordnet risikostyringsprosess
- Mangler en helhetlig vurdering og prioritering av sikkerhetsarbeidet
- Mangler en helhetlig og gjennomgående tilnærming til sikkerhetsarbeidet

- *Helseforetaket skal etablere planer for evakuering og relokalisering av sentrale deler av virksomheten. Oppdraget skal gjøres i samarbeid med relevante helseforetak, samt med relevante kommuner gjennom etablerte helsefelleskap.*

Målet er delvis nådd

- Det regionale beredskapsutvalget (RBU) gjennomførte en diskusjonsøvelse om evakuering av sykehus på SiV. Statsforvalterembetene, en representant fra AMK Vestre Viken og en fra prehospital avdeling OUS deltok som observatører. Resultatene ble presentert i nasjonalt beredskapsutvalg.
- September 2025 gjennomførte RBU workshop i tema regional evakueringsplan. Arbeidet vil fortsette regionalt og lokalt.
- Det er gjennomført to kartleggingsøvelser i 2025 hvor hensikten var å få oversikt over pasientvolum, som i ytterste konsekvens måtte evakueres fra sykehusene til samme eller lavere omsorgsnivå. Resultatene er kommunisert til SSU og beredskapsnettverket med kommunene og statsforvalteren.
- Ved fullskalaøvelsen som ble gjennomført ved SiV 12.juni ble det spilt at vår vertskommune skulle motta 60 pasienter.

Arbeidet vil fortsette i 2026.

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

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

Målet er nådd

HSØ RHF har hatt møte med HOD for en konkretisering av oppdraget. Departementet mener at det arbeidet som pågår, herunder delplan interregional samordning og koordinering i krig, oppfølging av gap-analyse og handlingsplan for sivilt militært samarbeid dekker formålet. Oppdraget er formulert slik at helseforetakene skal bistå HSØ RHF og de vil sørge for å involvere helseforetakene når dette er aktuelt. SiV følger dette opp fortløpende i regionalt beredskapsutvalg.

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

Målet er ikke nådd

Utrulling av RAYVN, pr nå ikke fått noen bekreftet implementeringsdato fra HSØ RHF. SiV avventer, men det er tre spor som må gjennomføres før utrulling.

- Sykehuspartner dialog med leverandør og ruller ut løsningen. SP har fått oppdraget i OBD og det er dedikert midler for forprosjekt for å komme i gang før kostnader dekkes av «brukerne».
- Verifisere med leverandør at varslingsløsningen er i tråd med det som er beskrevet/forventet
- Forberede maler og oppsett som kan være felles før utrulling. Egen arbeidsgruppe i HSØ

SiV har startet forberedelsene for å avlevere HelseCIM til arkivverket. Riksarkivaren stadfester at dokumentasjon som skapes i forbindelse med håndtering av pågående kriser bevares. Avleveringen gjennomføres av beredskap i samarbeid med dokumentseksjonen og HSØ.

Samfunnsansvar – klima og miljø

Annen oppgave 2025:

- *Helseforetaket skal i tråd med nye felles klima- og miljømål arbeide med å redusere unødvendig forbruk og, øke ombruk og materialgjenvinning. Som et verktøy i arbeidet vises det til Grønt sykehus og Veikart mot en bærekraftig, lavutslipps og klimatilpasset helse- og omsorgstjenesten.*

Målet er nådd

Miljø og samfunnsansvar er opprettet som egen temaside på intranett med fane til siden for Klima og miljø. Der er det publisert lenker til blant annet tiltaksbanken for Grønt sykehus og Veikartet. Som første foretak i HSØ har SiV laget en Power BI modell for rapportering av forbruk engangshansker og engangs varmekjeller på klinikk og seksjonsnivå tilgjengeliggjort på intranett. Rapporten er utviklet i samarbeid med innkjøp og kontrakt, og analyse og vil bli utvidet med flere parametere. Modellen er gjort kjent i organisasjonen gjennom HAMU 13.10.25 og lokale AMU. Arbeidet med dette er vist i regional samling for miljørådgivere og i regional samling for smittevernpersonell på OUS 27.11.25.

Det ble holdt stand på Forbedringskonferansen 16.10.25 med tema Bærekraft med søkelys på reduksjon av bruk av engangshansker og engangs varmekjeller. Spesialrådgiver er i kontakt med klinikkene som ledd i arbeidet med å redusere unødvendig forbruk. Det arbeides med tiltak innenfor riktig avfallshåndtering, spesielt knyttet til farlig avfall, ved bruk av de nye sorteringsveilederne og det lages en egen intranettside for avfallshåndtering for å øke kompetansen på dette.

Gjør kloke valg er et tiltak i tiltaksbanken for Grønt sykehus og redusert antall blodgasser med 10 % i 2025 i akuttsenteret i samarbeid med sentrallaboratoriet, er et eksempel på tiltak gjennomført som reduserer forbruk. Målet med tiltaket har vært å styrke pasientsikkerheten og samtidig redusere unødvendig ressursbruk i pasientforløpet, blant annet ved å begrense rutineprøver og diagnostikk utført "for sikkerhets skyld" uten klar klinisk gevinst.

Det vises ellers til egen bærekraftsrapport om måloppnåelse på klima- og miljømålene for 2025.

3.6 Øvrige krav og rammer for 2025

Oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelser

Annen oppgave 2025:

- *Helseforetaket skal følge opp Riksrevisjonens hovedfunn, vurderinger og anbefalinger i Dokument 3:17 (2023–2024) Arbeidsretta bistand frå styresmaktene til unge utanfor arbeidslivet.*

Rapportering i årlig melding om samhandling mellom Nav og helsetjenesten, jf. dokumentets kap 4.4.2.

Målet er delvis nådd

Det er etablert systematisk samarbeid mellom Avdeling for logistikk og forsyning og HR. Det er etablert samarbeid med NAV. Strategien må utvikles i løpet av 2026. Arbeid med arbeidsgiverstrategi på området må videreutvikles.

Individuell jobbstøtte (IPS) nå på plass i alle kommunene i Vestfold. Det er etablert en sentral styringsgruppe der avdelingssjef for ARA og DPS sitter sammen med NAV og virksomhetslederne i de 6 kommunene. I tillegg er det etablert fire lokale styringsgrupper der de aktuelle seksjonslederne i ARA og DPS er fordelt: Larvik, Sandefjord, Tønsberg+Færder og Horten+Holmestrand.

Foretaket har Helse- og arbeid poliklinikk med NAV konsulent og jobber systematisk med tiltak for å forebygge frafall fra arbeidslivet.

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

Målet er nådd

Sykehuset har rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt i Nevrologi og rehabiliteringsklinikken.

Rehabilitering i tidlig fase er ivaretatt ved at det er etablert fire senger på akuttsykehuset for pasienter med behov for tidlig oppstart av tverrfaglig rehabilitering. Retningslinje for vurdering av behov for rehabilitering er integrert i hele sykehuset. Det er etablert korte døgntilbud for nye pasientgrupper (lunge, hjerte, Parkinson og ALS.) Det er en kontinuerlig prosess i å videreutvikle tilbudet innen fysikalsk medisin og rehabilitering i sykehuset, og det er tett dialog med kommunene med tanke på samarbeid og kompetansedeling.

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

Målet er delvis nådd

System og praksis for risikostyring er videreutviklet basert på råd og anbefalinger fra Riksrevisjonen. Ny tilnærming er delvis prøvd ut i 2025 for å gjøre erfaringer. Dette fortsetter i

2026 med evaluering, justering og etter hvert innføring med opplæring og veiledning av ledere og medarbeidere.

- *Det vises til Dokument 3:2 (2024–2025) Riksrevisjonens treårsoppfølgingsundersøkelse av helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer.*
 - *Helseforetaket skal følge opp Riksrevisjonens oppfølgingsundersøkelse om helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer¹, herunder:*
 - *Ha kontroll med enheter i nettverket.*
 - *Håndtere risiko knyttet til svake passord. Sykehuspartner HF skal tilby sikre og effektive løsninger for autentisering.*
 - *Eier av utstyret skal ha oversikt over medisinsk-teknisk utstyr og risikoer ved tilsiktede angrep. Som underlag skal Sykehuspartner HF utarbeide vurdering av trusler og sårbarheter i nettverkene for medisinsk-teknisk utstyr.*
 - *Riksrevisjonen peker i sin undersøkelse på at god implementering av NSMs grunnprinsipper for IKT-sikkerhet forebygger hendelser. Som en del av arbeidet skal helseforetaket følge opp funn og anbefalinger i konsernrevisjonens rådgivningsoppdrag 5/2024 om IKT-sikkerhet – evaluering av regionens prosessmodenhet. Sykehuspartner HF kan bistå helseforetaket.*

Målet er ikke nådd

Dette er et omfattende krav som vil kreve stor innsats og tidsbruk i sykehuset for å ivaretas i tråd med krav og føringer.

Følgende er utført i 2025:

- Innført strengere/sikrere passordregime fra Q1 (ved sykehuspartner)
- Jobbet med kriteriebasert tilgangsstyring til journal DIPS
- Utarbeidet IKT journal i EK som ajourføres
- Følger opp prosjekt HSØ "MONET" - modernisering av nettverk med gjennomgang og utskifting av IKT-utstyr
- Har oversikt over MTU i SiVHF som blir ajourført i eget system - Medusa. Styrket oversikt og kontroll ved hjelp av IKT journal i IKT
- Styrket samarbeid mellom IKT, sykehuspartner og MedTeK med etablering av team på tvers
- NSMs grunnprinsipper legges til grunn for internt arbeid med informasjonssikkerhet i SiVHF
- Fulgt opp utvalgte anbefalinger i konsenrevisjon ved å utarbeide og ta i bruk IKT journal. Har invitert Sykehuspartner til samarbeid om IKT-sikkerhet
- Utarbeidet rutiner ved systematisk og tilfeldig bortfall av IKT-løsninger (opplegg for nær-normal drift og beredskapssituasjoner på ulike nivå).

Bygg og eiendom

Annen oppgave 2025:

- *Med bakgrunn i krav i foretaksmøtet i januar 2018 utarbeidet helseregionene en felles veileder Evaluering av sykehusbyggprosjekter – Planlegging, gjennomføring og kunnskapsdeling. Det ble lagt til grunn at helseforetakene som byggherre er ansvarlig for evalueringen, mens Sykehusbygg HF er ansvarlig for kunnskapsdelingen. Helseforetaket skal evaluere alle større investeringsprosjekter i tråd med den til enhver tid gjeldende veileder*

for evaluering. Evalueringene skal ha fokus på måloppnåelse i investeringsprosjektene, samtidig som det må legges til rette for en dynamisk kunnskapsgenerering og systematisk deling av oppdatert og ny kunnskap.

Målet er nådd

Det er sendt en henvendelse til HSØ på hvilke investeringsprosjekter som skal forstås som større, hvor det forventes svar. Det legges inn evaluering av de pågående og kommende prosjekter ved SiV. En gjennomgang av nasjonal veileder fra Sykehusbygg tilsier at det er krevende å benytte denne med tilbakevirkende kraft på prosjekter. Særlig gjelder det der effekt- og resultatmål ikke er tilstrekkelig målbare, og der det ikke er gjennomført en "før-evaluering". Reliabiliteten og validiteten ved etter-evaluering vurderes å bli for lav til at det bør gjennomføres.

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

Målet nådd

Det er allerede etablert praksis og rutiner for dette ved SiV fra anslagsvis 2010. Disse er videreutviklet gjennom de ulike prosjektene i perioden frem til idag. Erfaringene er at bruk av kontraktsvedlegg/-krav for FDVU er nødvendig for å sikre riktig dokumentasjon.

- Helseforetaket skal på grunnlag av tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner legge til rette for forutsigbarhet i planlegging og realisering av vedlikehold av bygningsmassen. Helseforetaket skal tertialvis rapportere planlagt og gjennomført vedlikehold til det regionale helseforetaket. Gjennomført vedlikehold ved helseforetaket skal over tid bedre tilstandsgraden for bygningsmassen.*

Målet er delvis nådd

Styrevedtak i HSØ på krav til vedlikeholdsplaner er mottatt og oppdraget følges opp i SD innenfor gjeldende tidsrammer. SiV har bidratt til styresaken i HSØ gjennom deltakelse i arbeidsgrupper og møter med HSØ. Det er iverksatt internt utviklingsarbeid i SD med struktur for innmelding og identifisering av vedlikeholdsbehov, samt at det er iverksatt et internt utviklingsarbeid for å gjennomgå ansvar, oppgaver, ledelse og styring innenfor "Hard FM". Dette arbeidet inkluderer ansvar for å få på plass vedlikeholdsplaner og å utarbeide rapporter til foretakets styre og HSØ. Det er også vedtatt "årshjul" for dialog mellom klinikkene og SD for å identifisere ulike behov og oppgraderinger knyttet til areal, infrastruktur og eiendom. Årshjulet harmonerer med plan og budsjettprosess, samt beslutning på investeringsmidler.

- Evalueringsrapport Tønsbergprosjektet
Etterevalueringen gjennomføres rundt tre år etter at nye sykehusarealer er tatt i bruk, og evaluerer hvordan klinisk og teknisk drift fungerer. Dette kan vurderes opp mot effekt- og samfunns mål i prosjektet, og i hvilken grad målene for prosjektet har blitt realisert. Et sykehusprosjekt kan også ha andre effekter (virkninger) utover målene, som kan gi verdifull læring inn i nye sykehusbyggprosjekter.
Evaluering av kontraktsmodell for byggeprosjektene bes gjennomført for erfaringsoverføring til kommende prosjekter.*

Målet er delvis nådd?

Evalueringen av Tønsbergprosjektet pågår. Det er gjennomført interne vurderinger og valg for innretting og avgrensning av evalueringen. Vedtatt veileder er gjennomgått sammen med de ulike målene som ble vedtatt for Tønsbergprosjektet. Fokus for videre evaluering vil være å få frem momenter som vurderes å være tilstrekkelig reliable og valide, hvor områdene er prosjektgjennomføringen og utfordringsområder knyttet til veileder. Det vil også inkluderes relevante funn og erfaringer fra Tønsbergprosjektet som vurderes nyttige for kunnskap og læring til kommende prosjekter og bruk av veilederen. Evalueringen forventes ferdigstilt i løpet av første tertial 2026.

Styrket arbeid med personvern

Annen oppgave 2025:

- *Det vises til RHF-styresak 089-2024 Styrket arbeid med personvern.*
 - *Helseforetaket er ansvarlig for etterlevelse av personvernregelverket, og skal ha nødvendig kapasitet og kompetanse til personvernarbeid, herunder rådgivning og kontroll.*
 - *Helseforetaket skal ha oversikt over personverntilstanden i helseforetaket. Etter nærmere spesifisering skal status rapporteres i ordinær tertialrapportering.*
 - *Helse Sør-Øst RHF vil utnevne et konsernfelles personvernombud med virkning fra 1. august 2025. Helseforetakene må gjøre nødvendige forberedelser, herunder avvikling av lokale personvernombud og gjennomgang av styrende dokumenter hvor personvernombudet er omtalt.*
 - *Helseforetaket er ansvarlig for eventuell pliktig rådgivning i henhold til §§ 9 og 10 i personopplysningsloven. Dette vil ikke utføres av konsernfelles personvernombud.*
 - *Helseforetaket skal oppnevne en person med fagansvar for personvern som skal delta i regionalt personvernråd.*

Målet er delvis nådd

Mangler egen, definert personvernleder per 31.12.2025, men det er utlyst stilling medio desember.

SiV har definert og utpekt egne personvernrådgiver fordelt på forskning og administrativ/stab. Delbrøk til oppgaven er fordelt på 6 personer hvor en av disse deltar i regionalt personvernråd.

Avdeling forskning og innovasjon vil ivareta pliktig rådgivning ihht §§ 9 og 10 i personopplysningsloven. SiV har gjort nødvendige forberedelser ved å avvikle egne personvernombud og vil jobbe videre med endringer av roller og styrende dokumenter.

Målet er å ha på plass personvernleder våren 2026.

3.7 Tildeling av midler og krav til aktivitet

Økonomiske krav og rammer

Mål 2025:

- *Sykehuset i Vestfold HF skal i 2025 basere sin virksomhet på de tildelte midler.*

Målet er nådd

- *Sykehuset i Vestfold HF skal benytte midlene som er stilt til rådighet på en effektiv måte og slik at de kommer pasientene til gode. Resultatkrav skal nås gjennom god drift og riktig bruk av ressurser.*

Målet er nådd

Annen oppgave 2025:

- *Helseforetaket skal innrette virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som er gitt fra Helse Sør-Øst RHF i oppdrag og bestilling og foretaksmøter, slik at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.*

Målet er nådd

Resultatkrav

Mål 2025:

- *Årsresultat 2025 for Sykehuset i Vestfold HF skal minst være på 70 millioner kroner.*

Målet er nådd.

Årsresultat er 265 mill kr.

Likviditet og investeringer

Annen oppgave 2025:

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

Målet er nådd

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

Målet er nådd

- *Det skal tas høyde for resultatrisiko og risiko ved pågående investeringsprosjekter før etablering av nye investeringsforpliktelser.*

Målet er nådd

- Helseforetak med regionalt prioriterte prosjekter i gjennomføringsfase skal oppdatere gevinstoversikter og øvrige økonomiske tiltak ved årlig rullering av økonomisk langtidsplan. Førstkommende år fra økonomisk langtidsplan skal innarbeides i årsbudsjett, og rapporteres i helseforetakets tertialvise rapportering. Oppdatering av gevinstoversikter skal vises som endringer mot forprosjektets gevinstrealiseringsplan, med forklarende kommentarer. Helseforetaket må føre endringslogg for hvert enkelt prosjekts gevinstrealiseringsplan.

Målet er nådd/ikke relevant for 2025

Aktivitetskrav

Annen oppgave 2025:

- Sykehuset i Vestfold HF skal i 2025 ha en aktivitet innen sine tjenesteområder i samsvar med aktivitetskravene fra Helse Sør-Øst RHF. En oversikt over de detaljerte kravene er tatt inn i vedlegg.

Målene er i hovedsak nådd

Aktivitet i 2025	Somatikk	VOP	BUP	TSB	Total
ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk og pasientadm. legemidler) i henhold til sørge-for-ansvaret	74 241	14 719	11 079	3 156	
Pasientbehandling					
Antall utskrivninger døgnbehandling	35 214	1 741	104	441	
Antall liggedøgn døgnbehandling (inkl perm)	114 838	38 100	1 158	11 542	
Antall liggedøgn døgnbehandling (ekskl perm)	110 747	31 961	835	10 529	
Antall oppholdsdager dagbehandling	52 625				
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	265 861	74 334	38 105	30 459	408 759
Andel telefon- og videokonsultasjoner på 15 %					62 246

Selv om antall telefon og videokonsultasjoner overstiger kravet, er andelen lavere. Skyldes at totalvolum polikliniske konsultasjoner har økt relativt sett mer.

Lavest måloppnåelse er det innenfor BUP.

4. Andre rapporteringer

Ikke relevant for 2025

DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT

5. Strategi- og plandokumenter

Styret for foretaket behandlet foretakets utviklingsplan i møte 12. juni 2022. Nedenfor gis det en kort beskrivelse av de viktigste perspektivene og hovedgrepene som planen bygger på.

Det ble i slutten av 2024 satt ned en liten gruppe som forbereder en oppdatering utviklingsplanen. Formålet med oppdateringen er delvis å inkludere utviklingen fra 2022, men i hovedsak er det å gjøre planen mer kortere og dermed mer tilgjengelig for alle. Dette arbeidet pågår fortsatt.

Endringsdrivere

Foretakets utviklingsplan tar utgangspunkt i at foretaket får lite veiledning for hvilke grep som må foretas framover ved å «se i bakspeilet». Foretaket har derfor lagt stor vekt på å beskrive områder og temaer som bidrar til retningsforandringer og omlegging av kurs, og ikke minst utfordringer for eksisterende måter å løse oppgavene på.

I flere kapitler i planen beskrives de endringsfaktorene som trolig vil påvirke foretaket sterkest i årene framover. De viktigste endringsfaktorene er disse:

- Trangere økonomiske rammer og et sterkere trykk for effektivisering, kapasitetsutnyttning og omstilling
- Nye krav og annen form for medvirkning fra pasienter og pårørende
- Nye teknologiske muligheter
- Nye behandlingsformer og en rivende medisinsk utvikling
- Mer effektive driftsformer, for eksempel ytterligere overgang fra døgn til dag og poliklinikk
- Nye krav til kompetanse og økt behov for nye fag- og yrkesgrupper
- Andre organisasjons- og arbeidsformer, for eksempel mer bruk av tverrfaglige team
- Krav om og muligheter for at flere tjenester kan ytes utenfor sykehus, og dermed uten at pasientene alltid trenger å bli lagt inn på sykehus for å få god og adekvat utredning, behandling og oppfølging
- Nye og mer integrerte samarbeidsmodeller mellom sykehus innbyrdes, og mellom sykehus og andre aktører
- Endret arbeidsdeling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten

Noen av disse endringsfaktorene har foretaket allerede høstet en god del erfaringer med. Andre må helseforetaket ta grep om på en mer offensiv, strukturert og radikal måte enn hittil.

Tre hovedperspektiver med tilhørende målbilder

På grunnlag av de endringsfaktorer og utviklingstrekk som det er gjort rede for i planen, er den framtidige utviklingen av foretaket beskrevet ved hjelp av tre hovedperspektiver:

1. Det første hovedperspektivet har fokus på den interne utviklingen og konsolideringen av foretaket. Dette perspektivet dreier seg om å utvikle det man kan kalle den «spissede spesialisthelsetjenesten», med sterkt fokus på det som fortsatt skal skje «innomhus».
2. Det andre hovedperspektivet dreier seg om å utvikle foretaket innenfor rammene av en helhetlig spesialisthelsetjeneste. Dette perspektivet omfatter tre litt ulike fokusområder og problemstillinger:
 - a. Forholdet mellom Sykehuset i Vestfold og andre helseforetak «på samme nivå». Det vil si andre allsidige akuttstusykehus. De mest aktuelle er Sykehuset Telemark HF og Vestre Viken HF.
 - b. Forholdet mellom Sykehuset i Vestfold og universitetssykehusene.
 - c. Forholdet mellom Sykehuset i Vestfold og private leverandører av helsetjenester. Det kan både dreie seg om private, kommersielle aktører og private, ideelle aktører.
3. Det tredje hovedperspektivet dreier seg om et tettere samarbeid mellom Sykehuset i Vestfold og kommunene i opptaksområdet.

Disse tre perspektivene henger naturligvis tett sammen, og det er én, samlet organisasjon som må møte dem. Helseforetaket har likevel valgt å rendyrke beskrivelsen av dem i tre separate kapitler i planen. Dette er begrunnet mest av analytiske og pedagogiske hensyn, men også for å få fram at det faktisk er tre ulike perspektiver/fokusområder, og at disse krever noe ulike regier i oppfølgingen.

Hvert av de tre hovedperspektivene tar utgangspunkt i noen målbilder med tilhørende kjennetegn. Målbildene beskriver hvordan det er ønskelig å utvikle foretaket framover, i tett dialog og nært samarbeid med kommuner og fastleger, andre helseforetak, og ikke minst med pasienter og brukere, og med deres organisasjoner.

Innsatsområder i det kortsiktige perspektivet

Hovedhensikten med utviklingsplanen er å trekke opp perspektivene for utviklingen av foretaket i et relativt langt tidsperspektiv, fram mot 2030/2035. Samtidig legger planen opp til at det relativt raskt skal være mulig å se fotavtrykk av planarbeidet i praksisfeltet.

De kortsiktige innsatsområdene har som siktemål både å følge opp de føringene foretaket har fått fra HSØ, men innsatsområdene bidrar også til å støtte opp om de overordnede veivalgene som er gjort i planen. Ikke minst gjelder det arbeidet med å gi mer helhetlige og integrerte tjenester til multisyke pasienter og til de store kronikergruppene.

De kortsiktige innsatsområdene er derfor ment å representere gode og målrettede anslag på veien mot å realisere målene og de strategiske grepene i planen. Ved valg av innsatsområder er det lagt stor vekt på å følge opp de innspillene foretaket fikk fra aktørene i de tidlige fasene av planarbeidet.

De kortsiktige innsatsområdene er som følger:

- Rehabilitering
- Habilitering
- Psykisk helsevern, inkludert samarbeidet med somatikken
- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Multisyke pasienter
- KOLS-pasienter
- Akuttmedisinsk kjede og prehospitale tjenester
- Organisasjon, ledelse og teknologi

I tillegg til det som framgår av planen har PULS-prosjektet i løpet av 2025 blitt en strategisk ambisjon sammen med at SiV ble det første "Kloke valg-sykehuset".

DEL IV: VEDLEGG

6. Vedlegg

Vedlegg fra vernetjenesten og fagorganisasjonene