

# Styremøte i Sykehuset Telemark HF

ons. 21. september 2022, 09.30 - 16.30



Vrangfoss møterom

## Agenda

### 09.30 - 09.35 **073-2022 Godkjenning av innkalling og saksliste**

5 min

Beslutning *Anne Biering*

- 073-2022 Godkjenning av innkalling og saksliste.pdf (1 sider)
- \_Innkalling til styremøte i Sykehuset Telemark HF 21. september 2022.pdf (1 sider)
- \_Saksliste med kjøreplan til styremøte 21. september 2022.pdf (2 sider)

### 09.35 - 09.35 **074-2022 Godkjenning av protokoll fra styremøte 23. juni**

0 min

Beslutning *Anne Biering*

- 074-2022 Godkjenning av protokoll.pdf (1 sider)
- 074-2022 Vedlegg\_Protokoll styremøte Sykehuset Telemark 23. juni.pdf (7 sider)

### 09.35 - 09.50 **075-2022 Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark – Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling**

15 min

Orientering *Lars Ødegård*

- 075-2022 Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark - Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling.pdf (1 sider)

### 09.50 - 10.05 **076-2022 Forprosjekt Utbygging somatikk Skien - Status**

15 min

Orientering *Prosjektleder*

- 076-2022 Forprosjekt Utbygging Somatikk Skien – Status.pdf (1 sider)
- 076-2022 Vedlegg 1\_USS\_Styringsdokument-FP.pdf (31 sider)
- 076-2022 Vedlegg 2\_Månedsrapport USS forprosjekt August 2022.pdf (18 sider)

### 10.05 - 10.15 **Pause**

10 min

### 10.15 - 11.00 **077-2022 Oppdatering av kontraktstrategi Utbygging somatikk Skien**

45 min

Orientering *Mette Stovner, kontraktsrådgiver/advokat i Sykehusbygg HF*

- 077-2022 Oppdatering av kontraktstrategi Utbygging somatikk Skien.pdf (1 sider)
- 077-2022 Vedlegg\_USS Sykehusbyggs anbefaling kontraktstrategi.pdf (14 sider)

### 11.00 - 11.30 **078-2022 Driftsorienteringer fra administrerende direktør**

30 min

Orientering *Tom Helge Rønning*

- 078-2022 Driftsorienteringer fra administrerende direktør.pdf (4 sider)




Confidential, Pedersen, Tone, 14.09.2022 16.53.23

---

**11.30 - 12.00 079-2022 Virksomhetsrapport per 2. tertial**

30 min

*Orientering* *Geir Olav Ryntveit*

-  079-2022 Virksomhetsrapport per 2. tertial.pdf (31 sider)
-  079-2022 Vedlegg 1\_Ledelsesrapporten STHF 2022\_08.pdf (25 sider)
-  079-2022 Vedlegg 2\_Risikovurdering 2 tertial 2022 STHF.pdf (10 sider)

---

**12.00 - 12.30 Lunsj**

30 min

---

**12.30 - 13.00 079-2022 Forts. Virksomhetsrapport per 2. tertial**

30 min



*Orientering* *Geir Olav Ryntveit*

---

**13.00 - 13.30 080-2022 Innspill fra styret ved STHF til konsernrevisjonens revisjonsplan 2023**

30 min

*Beslutning* *Anne Biering*

-  080-2022 Innspill fra styret ved STHF til konsernrevisjonens revisjonsplan for 2023.pdf (4 sider)
-  080-2022 Vedlegg\_Brev av 1. juli 2022 til styreledere fra konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst.pdf (4 sider)

---

**13.30 - 14.30 081-2022 Status utviklingsprogram**

60 min

*Orientering* *Geir Olav Ryntveit*

-  081-2022 Status Utviklingsprogram.pdf (2 sider)

---

**14.30 - 14.45 Pause**



15 min

---

**14.45 - 15.15 082-2022 Status styringskrav i oppdrag og bestilling 2022 for STHF**

30 min

*Orientering* *Tom Helge Rønning*



-  082-2022 Status styringskrav i oppdrag og bestilling 2022 for Sykehuset Telemark HF.pdf (3 sider)
-  082-2022 Vedlegg\_Status styringskrav OBD per 30. juni 2022.pdf (11 sider)

---

**15.15 - 15.20 083-2022 Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2022**

5 min

*Beslutning* *Tom Helge Rønning*

-  083-2022 Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2022 fra Helse Sør-Øst RHF.pdf (3 sider)
-  083-2022 Vedlegg\_Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2022 - juni 2022.pdf (4 sider)

---

**15.20 - 15.30 084-2022 Brukerutvalgets leders orientering**

10 min

*Orientering* *Rita Andersen*

**15.30 - 15.35 085-2022 Styrets årsplan 2022 - oppdatert**

5 min

*Orientering Anne Biering*

085-2022 Styrets årsplan 2022 - oppdatert.pdf (1 sider)

085-2022 Vedlegg\_Styrets årsplan andre halvår 2022.pdf (5 sider)

---

**15.35 - 15.40 Andre orienteringer**

5 min

- Styreleder orienterer
- Protokoll styremøte HSØ 22. juni
- Foreløpig protokoll styremøte HSØ 25. august
- Protokoll BU møte 16. juni
- Foreløpig protokoll BU møte 1. september

Andre orienteringer 02\_Foreløpig protokoll ungdomsråd 23.08.22.pdf (3 sider)

Andre orienteringer 03\_Foreløpig protokoll fra HSØ styremøte 25. 08.22.pdf (13 sider)

Andre orienteringer 04\_Protokoll brukerutvalgsmøte 16.06.2022.pdf (5 sider)

Andre orienteringer 05\_Foreløpig protokoll brukerutvalgsmøte 01.09.2022.pdf (5 sider)

---

**15.40 - 16.30 Styrets egnevaluering – lukket møte**

50 min

*Tema Anne Biering*

## Saksfremlegg

### Saksgang:

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
Styret i Sykehuset Telemark HF	21. september 2022

<b>Type sak (sett kryss)</b>							
Beslutning	<input checked="" type="checkbox"/>	Etterretning	<input type="checkbox"/>	Orientering	<input type="checkbox"/>	Tema	<input type="checkbox"/>

**Sak: 073 – 2022**

### Godkjenning av innkalling og saksliste

#### Forslag til vedtak

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Skien, 12. september 2022

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

#### Vedlegg:

- Innkalling til styremøte i Sykehuset Telemark HF
- Saksliste med tentativ kjøreplan



Styret i Sykehuset Telemark HF  
Brukerutvalgets representanter

**Vår referanse:**

Saksbehandler: Tone Pedersen +47 957 94 426

**Dato:**

14. september 2022

**Innkalling til styremøte i Sykehuset Telemark HF**

Det innkalles til styremøte i Sykehuset Telemark HF

Tid: Onsdag 21. september 2022 kl. 0930 - 1630

Møtested: Vrangfoss møterom i Skien

Vedlagt følger saksliste og saksfremlegg til møtet.

Vararepresentanter møter kun etter særskilt innkalling.

Forfall meldes til styrets sekretær, Tone Pedersen telefon 957 94 426 eller e-post  
[tone.pedersen@sthf.no](mailto:tone.pedersen@sthf.no)

Med vennlig hilsen  
Sykehuset Telemark HF

Anne Biering  
styreleder

## Styremøte i Sykehuset Telemark HF

Dato og kl.: 21. september 2022, kl. 0930 – 1630

Sted: Vrangfoss møterom i Skien

Møteleder: Styreleder Anne Biering

### Saksliste

Tentativ plan	Saksnr.	Sakstittel	Sakstype
0930 – 0935	073 - 2022	<b>Godkjenning av innkalling og saksliste</b> v/Styreleder	<b>Beslutning</b>
	074 - 2022	<b>Godkjenning av protokoll fra styremøte 23. juni</b> v/Styreleder	<b>Beslutning</b>
0935 – 0950	075 - 2022	<b>Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark – Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling</b> v/Klinikksjef	<b>Orientering</b>
0950 – 1005	076 - 2022	<b>Forprosjekt Utbygging somatikk Skien - Status</b> v/Prosjektleder	<b>Orientering</b>
1005 – 1015		<b>Pause</b>	
1015 – 1100	077 - 2022	<b>Oppdatering av kontraktstrategi Utbygging somatikk Skien</b> v/Mette Stovner, kontraktsrådgiver/advokat i Sykehusbygg HF	<b>Orientering</b>
1100 – 1130	078 - 2022	<b>Driftsorienteringer fra administrerende direktør</b> v/Administrerende direktør	<b>Orientering</b>
1130 – 1200	079 - 2022	<b>Virksomhetsrapport per 2. tertial</b> v/Økonomidirektør	<b>Orientering</b>
1200 – 1230		<b>Lunsj</b>	
1230 – 1300	079 - 2022	<b>Forts. Virksomhetsrapport per 2. tertial</b> v/Økonomidirektør	<b>Orientering</b>
1300 – 1330	080 - 2022	<b>Innspill fra styret ved STHF til konsernrevisjonens revisjonsplan for 2023</b> v/Styreleder	<b>Beslutning</b>
1330 – 1430	081 - 2022	<b>Status utviklingsprogram</b> v/Økonomidirektør	<b>Orientering</b>
1430 – 1445		<b>Pause</b>	

<b>Tentativ plan</b>	<b>Saksnr.</b>	<b>Sakstittel</b>	<b>Sakstype</b>
1445 – 1515	082 - 2022	<b>Status styringskrav i oppdrag og bestilling 2022 for Sykehuset Telemark HF</b> v/Administrerende direktør	<b>Orientering</b>
1515 – 1520	083 - 2022	<b>Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2022</b> v/Administrerende direktør	<b>Beslutning</b>
1520 – 1530	084- 2022	<b>Brukerutvalgets leders orientering</b> v/Brukerutvalgets leder	<b>Orientering</b>
1530 – 1535	085 - 2022	<b>Styrets årsplan 2022 - oppdatert</b> v/Styreleder	<b>Orientering</b>
1535 – 1540		<b>Andre orienteringer</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styreleder orienterer</li> <li>• Protokoll styremøte HSØ 22. juni</li> <li>• Foreløpig protokoll styremøte HSØ 25. august</li> <li>• Protokoll BU møte 16. juni</li> <li>• Foreløpig protokoll BU møte 1. september</li> </ul>	<b>Orientering</b>
1540 – 1630		<b>Styrets egnevaluering – lukket møte</b> v/Styreleder	<b>Tema</b>

## Saksfremlegg

### Saksgang:

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
Styret i Sykehuset Telemark HF	21. september 2022

<b>Type sak (sett kryss)</b>							
Beslutning	<input checked="" type="checkbox"/>	Etterretning	<input type="checkbox"/>	Orientering	<input type="checkbox"/>	Tema	<input type="checkbox"/>

**Sak: 074 – 2022**

## Godkjenning av protokoll

### Hensikten med saken

Forslag til protokoll fra styrets foregående møte er signert elektronisk. Protokollen legges frem for godkjenning av styret.

### Forslag til vedtak

Protokoll fra styrets møte 23. juni 2022 godkjennes.

Skien, 12. september 2022

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

### Vedlegg

- Protokoll fra styremøte 23. juni 2022 i Sykehuset Telemark HF

**PROTOKOLL FRA STYREMØTE I SYKEHUSET TELEMAR HF**

Dato: 23. juni 2022 Tidspunkt: 09.00

Sted: Vrangfoss møterom, Sykehuset Telemark

**Følgende medlemmer møtte**

Anne Biering	Styreleder	Forfall	
Kine Cecilie Jordbakke	Nestleder		
Kristian Wiig		Forfall	Vara Solfrid Nikita Tveit
Nils Kristian Bogen			
Per Christian Voss			
Turid Ellingsen			
Marjan Farahmand			
Trygve Kristoffer Nilssen		Forfall	
Inger Ann Aasen			
Johanne Haugan			
Thor Severinsen			

**Observatører med tale og forslagsrett:**

Rita Andersen, leder brukerutvalget  
Sondre Otervik, nestleder brukerutvalget

**Fra administrasjonen deltok**

Tom Helge Rønning administrerende direktør, Halfrid Waage, fagdirektør, Geir Olav Ryntveit økonomidirektør og Tone Pedersen styresekretær

**Brukerutvalget**

Rita Slåbakk, John Arne Rinde og Hanne Kittelsen fra kl. 0900 – 1100 (sak 061-2022 Felles møte med brukerutvalget og styret)

**Presentasjon av saker:**

Sak 061, 062, 063, 071 og 072: Kine Cecilie Jordbakke, nestleder  
Sak 064 og 067: Tom Helge Rønning, administrerende direktør  
Sak 065: Bjørn Snorre Kaupang, prosjektleder USS  
Sak 066: Torhild Fredheim, avdelingsleder  
Sak 068: Geir Olav Ryntveit, økonomidirektør  
Sak 069: Liv Carlsen, miljøkoordinator  
Sak 070: Hege Holmern, samhandlingskoordinator

Nestleder ledet møtet

<b>061-2022</b>	<b>Felles møte med brukerutvalget og styret</b>
-----------------	-------------------------------------------------

Hensikten med årlig møte med styret og brukerutvalget er å dele erfaringer, utfordringer og positive hendelser relatert til spesialisthelsetjenesten og dets samhandling med kommunetjenesten.

Noen av temaene som ble berørt:

- Brukernes stemme er viktig. Styret ønsker et aktivt brukerutvalg som både gir positive og negative tilbakemeldinger. Brukerrepresentantene skal være aktive talerør for brukerne av sykehuset
- Samhandling mellom Sykehuset Telemark, kommuner og fastleger
- Kapasitet ved Sykehuset i Telemark, herunder kapasitet og pasientbehandling innen psykisk helsevern og rus
- TSB-veileder
- Konsekvenser av at pasienter ikke møter til planlagte timer
- For lang ventetid for flere pasientgrupper ved sykehuset
- Samarbeid brukerutvalget og pasient- og brukerombudet
- Bedre «overganger» for pasienter fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten
- Fritt behandlingsvalg
- Konsekvenser av «fastlegekrisen»
- Likeverdige helsetjeneste
- Sykehusets utfordringer når det gjelder rekruttering av personell, økte transportkostnader, økte kostnader til behandlingshjelpemidler m.m.
- Presentasjon fra nasjonalt direktørmøte «Hvordan håndtere de ekstra pasientvolumene etter Corona»

### Styrets og brukerutvalgets

#### VEDTAK

Styret og brukerutvalget var enige om å sette fokus på utfordringen med timeavlysninger/ikke møtt frem til felles møte i 2023.

<b>062-2022</b>	<b>Godkjenning av innkalling og sakliste</b>
-----------------	----------------------------------------------

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Styret godkjenner innkalling og sakliste til styremøte 23. juni 2022.

<b>063-2022</b>	<b>Godkjenning av protokoll fra styremøte 25. mai 2022</b>
-----------------	------------------------------------------------------------

Protokoll fra styremøte 25. mai 2022 er godkjent elektronisk av styrets medlemmer før møtet.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Protokoll fra styremøte 25. mai 2022 godkjennes.

<b>064-2022</b>	<b>Styrking av tilbudet innen psykisk helsevern og rus</b>
-----------------	------------------------------------------------------------

STHF har over tid jobbet med alternative løsninger for å styrke psykiatritilbudet. I styremøte 27. april (sak 042-2022 Styrking av tilbudet innen psykisk helsevern – arealmessige og driftsmessige konsekvenser) presenterte administrasjonen forslag til løsninger som kan gi nødvendig handlingsrom for å utvikle tjenestetilbudet innen psykisk helsevern og rusbehandling i årene framover. Styret støttet dette og ba administrasjonen jobbe videre med å detaljere løsningene og å utarbeide et endelig beslutningsunderlag.

Styret støtter sykehusets vurdering av presenterte tiltak for å styrke fagmiljø, rekruttering og behandlingsskapitet innen psykisk helsevern og rus. Styret ber sykehuset ha fokus på at tiltakene innebærer prosess for organisasjonsutvikling. Styret uttrykker også viktigheten av å tilrettelegge slik at pasienter på dette området får et likeverdig tilbud i hele Telemark.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

1. Styret støtter forslaget til styrking av tjenestetilbudet innen psykisk helsevern og rusbehandling.
2. Administrerende direktør gis fullmakt til å ferdigstille avtale om leie av lokaler i Gjerpensgate 14-16 innenfor rammene skissert i saken.
3. Styret ber administrasjonen ferdigstille planene for utbygging av kapasiteten i sikkerhetspsykiatrien. Beslutning om igangsettelse tas i henhold til fullmaktreglementet og de ordinære budsjettammer.
4. Driftskostnader som er en konsekvens av beslutningene, innarbeides i budsjettet for 2023.

<b>065-2022</b>	<b>Forprosjekt Utbygging Somatikk Skien – Status og vurdering av kontrakts strategi</b>
-----------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

Bjørn Snorre Kaupang, prosjektleder vil, som fast punkt på hvert styremøte, orientere styret om status og fremdrift i prosjektet Utbygging Somatikk Skien.

Styret merker seg prosjektets pågående vurderinger med hensyn til endringer i vedtatt kontrakts strategi og at det fremdeles gjenstår arbeid med å bemanne opp prosjektet. Hvis det pågående arbeidet med revidering av kontraktstrategi konkluderer med en anbefaling som ikke er i henhold til styrets vedtak i 2021, vil det være aktuelt med et ekstraordinært styremøte i august. Et slikt møte vil i så fall kunne holdes som et videomøte.

Videre bemerket styret at prosjektets status rapportering fremstår noe prematur og for generell. Styret ber om at prosjektet utarbeider en framdrifts- og aktivitetsplan til styremøtet i september og at status videre inneholder en rapportering av avvik i forhold til plan.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

1. Styret tar status i prosjektet til orientering
2. Innspill gitt i møtet tas med i det videre arbeidet

<b>066-2022</b>	<b>Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark – Ved Seksjon for Føde Barsel, ultralydpoliklinikken</b>
-----------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Styret ved Sykehuset Telemark får et innblikk i sykehusets arbeid med kvalitet og forbedringsarbeid. Dagens tema er fra ultralydpoliklinikken ved Seksjon for Føde og Barsel.

Lena Aarrestad Berg, ultralydjordmor, Astrid Nesse, seksjonsleder og Torhild Fredheim, avdelingsleder ga en kort presentasjon av det arbeidet som ultralydpoliklinikken har gjort for å følge opp stortingsvedtak ang tidlig ultralyd og NIPT-test. Styret fikk et innblikk i hvordan enheten har forberedt seg og hva som gjøres i dag for å ligge nesten fremst i landet med å gi et slikt tilbud.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Styret tar saken til orientering.

<b>067-2022</b>	<b>Driftsorienteringer fra administrerende direktør</b>
-----------------	---------------------------------------------------------

I tillegg til skriftlige driftsorienteringer informerte administrerende direktør om at sykehuset gjennomfører en rekke aktiviteter for å stabilisere ordinær drift og øke tilgjengeligheten. En rekke prosjekter, DIPS arena, lukket legemiddelsløyfe, tarmscreening og helselogistikk starter opp i løpet av 2022, i tillegg til USS og de virksomhetsovergrepene. Resultatet fra sykehusets prevalens måling i mai viser 2,6 prosent, som er godt under målet på 3 prosent.

Administrerende direktør gav også en kort orientering om status for tiltak som er truffet for å løse driftsutfordringene med hensyn til ferieavvikling ved helseforetaket i sommer, samt igangsatte rekrutteringstiltak.

Styret gratulerer Trond Simen Doksød med prisen og ønsker at Simen inviteres til et styremøte for å snakke om lederfilosofi. Videre er styret fornøyd med administrerende direktørs muntlige orientering om aktiviteter for å stabilisere ordinær drift, øke tilgjengeligheten og igangsatte rekrutteringstiltak.



**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret tar saken til orientering.

<b>068-2022</b>	<b>Virksomhetsrapport per mai 2022</b>
-----------------	----------------------------------------

Saken presenterer virksomhetsrapport per mai 2022.

Styret er urolige for sykehusets utfordringer med hensyn til den sterke veksten innen prehospitale tjenester, akuttmottak og intensiv. Dette gjelder også den sterke prisveksten, høyt belegg på sengeposter og bemanning/rekruttering. Styret vil ha særskilt fokus på disse områdene videre.

Styret bemerker positivt sykehusets økende aktivitet og at sykehuset fortsatt har gode resultater for pakkeforløp kreft.

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret tar virksomhetsrapport per mai 2022 til orientering.

<b>069 -2022</b>	<b>Spesialisthelsetjenestens felles rapport for samfunnsansvar 2021</b>
------------------	-------------------------------------------------------------------------

Det er nå det fjerde året som det er utarbeidet en felles rapport fra de fire helseregionene om spesialisthelsetjenesten sitt arbeid med samfunnsansvar. Rapporten omfatter alle helseforetak i landet og de felleseide foretakene. Innholdet i rapporten omhandler klima og miljø, menneskerettigheter og arbeidstakerrettigheter, i tillegg til antikorrupsjon. Som del av etablering av et felles Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten skal rapporten årlig presenteres for ledelse og styre i det enkelte helseforetak.

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret tar spesialisthelsetjenestens felles rapport for samfunnsansvar for 2021 til orientering.

<b>070-2022</b>	<b>Helsefellesskapet i Telemark – årsrapport 2021</b>
-----------------	-------------------------------------------------------

Presentasjon av Helsefellesskapet i Telemark sin årsrapport 2021 for styret er en del av forankringen av spesialisthelsetjenesten og kommunenes samhandling i Helsefellesskapet.

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret tar årsrapport 2021 Helsefellesskapet i Telemark til orientering.  
Styret støtter administrasjonen om at helseforetaket tar opp i Partnerskapsmøtet viktigheten av Grenlandskommunene, samt Øst- og Midt-Telemark bidrar med ressurser til samhandlingskoordinatorrollene, som vedtatt i Helsefellesskapet i Telemark.

<b>071-2022</b>	<b>Protokoll foretaksmøte 1. juni 2022</b>
-----------------	--------------------------------------------

Den 1. juni 2022 ble det avholdt foretaksmøte i Sykehuset Telemark HF. Møtet ble gjennomført digitalt, som felles foretaksmøte for Vestre Viken HF, Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Telemark HF. På dagsorden var: årlig melding 2021, godkjenning av styrets forslag til årsregnskap og årsberetning 2021, godkjenning av revisors godtgjørelse, samt godkjenning av retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret tar protokoll fra foretaksmøte i Sykehuset Telemark HF 1. juni 2022 til etterretning.

<b>072-2022</b>	<b>Styrets årsplan 2022 - oppdatert</b>
-----------------	-----------------------------------------

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styrets årsplan i 2022 tas til orientering.

**Andre orienteringer**

- Styreleder orienterer utgår da styreleder er fraværende
- Administrerende direktør orienterte om at helseministeren besøker Sykehuset Telemark onsdag 29. juni. På agendaen står fritt behandlingsvalg, styrking av rus og psykisk helsevern og en orientering om akuttkjeden

*Styrets egnevaluering ble ikke avholdt.*

*Møtet hevet kl. 15.35*

Skien, 23. juni 2022

Elektronisk signatur

Anne Biering  
Styreleder (sett)

Elektronisk signatur

Kine Cecilie Jordbakke  
nestleder

Elektronisk signatur

Turid Ellingsen

Elektronisk signatur

Nils Kristian Bogen

Elektronisk signatur

Marjan Farahmand

Elektronisk signatur

Per Christian Voss

Elektronisk signatur

Kristian Wiig  
(sett)

Elektronisk signatur

Trygve K. Nilssen  
(sett)

Elektronisk signatur

Johanne Haugan

Elektronisk signatur

Inger Ann Aasen

Elektronisk signatur

Thor Severinsen

Elektronisk signatur

Tone Pedersen  
styresekretær

## Saksfremlegg

### Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	21.09.2022

Type sak (sett kryss)							
Beslutning		Etterretning		Orientering	X	Tema	

Sak: 075-2022

### Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark – Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling

#### Hensikten med saken

Styret ved Sykehuset Telemark får et innblikk i sykehusets arbeid med kvalitet og forbedringsarbeid.

Dagens tema er klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling. Informasjon om de øvrige klinikkene fikk styret i styreseminaret 22. juni 2022.

#### Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Skien, 12. september 2022

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

## Saksfremlegg

### Saksgang:

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
Styret i Sykehuset Telemark HF	21.09.2022

<b>Type sak (sett kryss)</b>					
Beslutning		Etterretning		Orientering	X Tema

**Sak: 076-2022**

### Forprosjekt Utbygging Somatikk Skien – Status

#### Hensikten med saken

Etter en noe utfordrende start, er forprosjektarbeidet nå godt i gang. Det vurderes til å være god fremdrift i arbeidet med prosjektering av de ulike delene av investeringsprosjektet. I tillegg er det etablert fokusgrupper for å ivareta organisasjonsutviklingsdelen av prosjektet, samt at det er etablert arenaer for å ivareta behovet for samhandling mellom investeringsdelen og driftsdelen.

Prosjektleder Bjørn Snorre Kaupang deltar i møtet og orienterer styret om aktiviteter som er gjennomført og hva som er planen for den kommende perioden.

Som vedlegg til saken følger vedtatt styringsdokument og månedsrapporten for august.

#### Forslag til vedtak

Styret tar status i prosjektet til orientering

Skien, 12. september 2022

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

#### Vedlegg:

- USS Styringsdokument-FP
- Månedsrapport USS forprosjekt August 2022

## Saksfremlegg til prosjektstyret i USS Telemark

<b>Dato:</b>	05.09.2022
<b>Saksbehandler:</b>	Bjørn Snorre Kaupang
<b>Møtedato:</b>	12.09.2022
<b>Anslått tidsbruk:</b>	30 min

<i>Orienteringssak</i>		<i>Vedtakssak</i>	<b>X</b>	<i>Diskusjonssak</i>	
------------------------	--	-------------------	----------	----------------------	--

Sak 018/2022

### Styringsdokument for forprosjekt

#### Bakgrunn for saken:

Aktuelt styringsdokument for USS Telemark forprosjektfase.

#### Formålet for behandling i prosjektstyret, hva skal prosjektstyret ta stilling til?

Styringsdokumentet for forprosjektfasen er Sykehusbyggs svar på prosjektmandatet og oppdragsavtalen. Styringsdokumentet skal godkjennes av prosjekteier STHF.

#### Budsjett/finansiering (dersom det er aktuelt for saken):

Styringsdokumentet forventes å resultere i prosjektgjennomføring som er innenfor vedtatt styringsramme for prosjektet

#### Risikovurdering:

Styringsdokumentet skal besvare krav stilt i prosjektmandatet og oppdragsdokumentet m.v.

#### Kommunikasjonsplan (dersom det er aktuelt for saken):

Ikke utviklet. Styringsdokumentet er beslutningssak for USS' prosjektstyre STHF.

#### Forslag til vedtak med frist og ansvarlig for gjennomførelse:

Det foreslås at presentert styringsdokument – forprosjektfasen aksepteres.

#### Vedlegg:

Styringsdokument forprosjektfasen USS Telemark.

# Utbygging somatikk Skien

## STYRINGSdokUMENT

### Forprosjektfasen



1	Rev. 01	28.08.2022	BKa	HJ	PS
0	Utkast til prosjektstyret	16.05.2022	BKa	AFu	THR
Revisjon	Revisjonen gjelder	Dato:	Utarb. av	Kontr. av	Godkj. av
Utarbeidet av: Bjørn Snorre Kaupang			Tittel: <i>Styringsdokument Forprosjektfasen</i>		
<b>USS – Utbygging somatikk Skien</b>		Dokumentnummer:	Revisjon:	Antall sider:	
			1	27	

Styringsdokumentet for USS - Utbygging somatikk Skien gir oversikt over alle sentrale forhold i prosjektet, på en måte som virker retningsgivende og avklarende for alle interne aktører, eier/oppleggsgiver og relevante eksterne interessenter.

Dokumentet beskriver rammebetingelser, mål, organisering, gjeldende rutiner og prosedyrer av arbeidet, samt hvilke krav som gjelder for ledelse og styring i prosjektet. Styringsdokumentet omhandler forprosjektfasen og skal utvikles videre for gjennomføringsfasen.

Styringsdokumentet er utarbeidet av Sykehusbygg HF og godkjennes av prosjektstyret.

Styringsdokumentet skal legges til grunn for gjennomføring av forprosjektfasen.

Skien, 28. august 2022.

**Ansvarlig:** Bjørn Snorre Kaupang  
Prosjektsjef

**Godkjenning:** Tom Helge Rønning  
Prosjektstyrets leder



<b>1 INNLEDNING .....</b>	<b>5</b>
BAKGRUNN .....	5
DEFINISJONER .....	6
GRUNNLAGSDOKUMENTER OG BESLUTNINGER .....	7
FINANSIERING OG STYRINGSRAMME .....	7
BUDSJETT FOR FORPROSJEKTFASEN .....	8
<b>2 BESKRIVELSE AV PROSJEKTET .....</b>	<b>8</b>
<b>3 PROSJEKTMÅL .....</b>	<b>9</b>
SAMFUNNSMÅL .....	9
EFFEKT MÅL .....	9
RESULTATMÅL I FORPROSJEKTET .....	11
<b>4 ORGANISERING OG ANSVARSDDELING .....</b>	<b>12</b>
HELSE SØR-ØST RHF .....	12
PROSJEKTSTYRET .....	13
SYKEHUSET TELEMARK HF – MOTTAKERORGANISASJON .....	13
PROSJEKTORGANISASJONEN .....	16
PROSJEKTSJEF .....	16
SAMHANDLINGSGRUPPER .....	17
SAMARBEID MELLOM PROSJEKTORGANISASJONEN OG SYKEHUSET TELEMARK HF .....	17
PROSJEKTGRUPPER FRA STHF .....	18
ORGANISATORISKE GRENSESNIITT .....	18
TEKNISKE GRENSESNIITT I OG MELLOM KONTRAKTER/LEVERANDØRER .....	18
EKSTERNE FORHOLD .....	19
FULLMAKTER .....	19
SUKSESSKRITERIER .....	19
<b>5 PROSJEKTSTRATEGI .....</b>	<b>20</b>
<b>6 KONTRAKTSTRATEGI .....</b>	<b>20</b>
<b>7 STRATEGI FOR STYRING AV USIKKERHET .....</b>	<b>21</b>
<b>8 KOMMUNIKASJONSSTRATEGI .....</b>	<b>22</b>
GENERELT .....	22
SAMARBEID OG SAMSPILL I PROSJEKTET .....	22
SAMARBEID MED LOKALE MYNDIGHETER .....	23
SAMARBEID MED MEDIER OG MEDIEAKTØRER .....	23
<b>9 FOKUSOMRÅDER I FORPROSJEKTET .....</b>	<b>23</b>
KOSTNADSSTYRT PROSJEKTERING .....	23
KLIMA OG MILJØPLAN .....	24
IKT .....	24
MTU .....	24
DIGITALE ARBEIDSPROSESSER OG DIGITAL BYGGEPLASS .....	24
MODELLBASERT PROSJEKTERING OG BIM .....	24
<b>10 STYRINGSBASIS .....</b>	<b>25</b>
PROSJEKTNEDBRYTNINGSSTRUKTUR OG PLANMODELL .....	25
ENDRINGSSTYRING .....	25
BUDSJETTDOKUMENT .....	25
LIKVIDITETSBUDSJETT .....	26
PRISREGULERING AV STYRINGSRAMME .....	26
HOVEDFREMDRIFTSPLAN .....	26
STYRINGSVERKTØY .....	26
DOKUMENTKONTROLL .....	26

PROSJEKTREGNSKAP OG FAKTURABEHANDLING .....	26
RAPPORTERING .....	27
<b>VEDLEGG .....</b>	<b>28</b>
VEDLEGG 1: FULLMAKSMATRISSE I PROSJEKTET .....	29
VEDLEGG 2: AVTALE OM OPPFØLGING AV SHA OG GJENNOMFØRING AV PLIKTER PÅ BYGGHERRENS VEGNE .....	30

## 1 Innledning

### Bakgrunn

Det prosjektutløsende behovet er økt kapasitet og mer fremtidsrettede lokaler slik at Sykehuset Telemark HF kan ivareta sine forpliktelser i opptaksområdet i form av en effektiv, bærekraftig, sikker og pasientvennlig virksomhet.

Mandatet beskriver hensikten med forprosjektet: «Konseptet skal bearbeides og gi tilstrekkelig grunnlag for investeringsbeslutning (B4) før oppstart byggefase. Konsepter og løsninger skal videreutvikles som understøtter sentrale driftsforutsetninger og som bidrar til realisering av målbildet for videreutviklingen av Sykehuset Telemark HF.»

Dette styringsdokumentet har basis i godkjent konseptrapport, mandat fra Helse Sør Øst RHF, tillegg til mandat fra Sykehuset Telemark HF samt avtaledokument mellom Sykehuset Telemark HF og Sykehusbygg HF.

Dette styringsdokumentet beskriver hvordan bestillingen skal løses. Herunder hvordan måloppnåelse skal løses, metodikk for hvordan konseptet og løsninger skal videreutvikles, styringsstruktur, organisering med mere.

## Definisjoner

Forkort- elser	Begrep	Forklaring
Ansatte	Ansatte ved Sykehuset Telemark HF	Ansatte ved deres representanter.
BIM	BygningsInformasjonsModellering	Digitalt bygningsunderlag med vektorgrafikk og dokumentasjon til gjennomføring av et byggeprosjekt. Simulering i 3D hvordan et bygg vil fungere. En setter inn i modellen bygninger og andre byggverk med arealer, bygningsdeler, installasjoner og utstyr. Modellen brukes til å kontrollere at bygget er byggbart, redusere byggekostnader og unngår feilprosjektering.
Brukere		Brukere av sykehusets tjenester (pasienter ved deres pasientorganisasjoner).
FDVU	Forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling	Ved bruk av nybygget vil bygget gjennomgå naturlig slitasje og kvalitetsforringelse som med jevne mellomrom må kompenseres ved vedlikehold og utbedring. For å etterkomme krav, må det foretas en utvikling eller oppgradering av bygget.
HF	Helseforetak	
HSØ	Helse Sør-Øst RHF	
PS	Prosjektstyret STHF	Prosjektstyret er prosjektansvarlig for prosjektet
PSJ	Prosjektsjef	
RHF	Regionalt Helseforetak	
SBHF	Sykehusbygg HF	Sykehusbygg HF eies av de fire helseregionene i Norge, og er et nasjonalt kompetansemiljø for sykehusplanlegging og – bygging. Helseforetakene i landet er forpliktet til å benytte Sykehusbygg på større byggeprosjekter (over 500 MNOK)
STHF	Sykehuset Telemark HF	
Byggherre	Den som juridisk er ansvarlig for byggingen	Sykehuset Telemark HF  Sykehusbygg HF, med prosjektorganisasjonen, vil på vegne av Sykehuset Telemark HF være byggherrens representant og ivareta Byggherrens interesser og forpliktelser.
Eier	Sykehuset Telemark HF	Samme som prosjekteier
OTP	Overordnet teknisk program	
OR	Oppdragsgivers representant	Brukes ovenfor leverandører, representant i kontraktsforholdet
PNS (WBS)	Prosjektnedbrytingsstruktur / work breakdown structure	Struktur for å dele opp prosjektet i oppfølgingsdeler, f.eks på kontraktsnivå, delleveranser e.l
SHA	Sikkerhet, helse og arbeidsmiljø	
USS	Utbygging Somatikk Skien	Utbyggingsprosjektet for kreftsenters, sengebygg og akuttsenter ved Sykehuset Telemark HF, Skien.

## Grunnlagsdokumenter og beslutninger

- Styresak 132-2020 i Helse Sør-Øst RHF Sykehuset Telemark HF – konseptfase for utbygging somatikk Skien
- Styresak 030-2016 i Helse Sør-Øst RHF Oppfølging av stråleterapikapasiteten i Helse Sør-Øst – etablering av nye stråleterapienheter i sykehusområder som ikke har eget strålebehandlingstilbud i dag
- Styresak 099-2016 i Helse Sør-Øst RHF Sykehuset Telemark HF – utviklingsplan 2030 og søknad om oppstart av idéfase somatikk Skien
- Prosjektmandat fra Helse Sør Øst RHF for utbygging somatikk skien, Sykehuset Telemark HF, Forprosjektfasen, 20.01.2022
- Tillegg til prosjektmandat fra Sykehuset Telemark HF, 29.03.22
- Oppdragsavtale Sykehuset Telemark HF og Sykehusbygg HF, 20.01.22

## Finansiering og styringsramme

Styret i Helse Sør-Øst RHF fastsatte en finansiering for Utbygging somatikk Skien, Telemark innenfor en styringsramme på 1.089 millioner kroner inkl. MVA pr. juni 2020, uten finansieringskostnader. (sak 132-2020)

Rammen inkluderer en øvre ramme for ikke-bygg nær IKT på 37,6 millioner kroner (prisnivå juni 2020) og forpliktelse på tiltransportert anskaffelse av 2x "Linac" og 1x CT til kreftsenter/strålesenter med tilhørende programvareløsning og periferiutstyr på 100 millioner kroner (prisnivå juni 2020).

Vedtatt styringsramme, sammen med den til enhver tid beregnede prisstigning, fra juni 2020 og utover, legges til grunn for styring av prosjektet.

Under vises tall fra usikkerhetsanalysen STHF, Advansia (aug 2020), som er underlag for fastsetting av rammene for prosjektet.

Delprosjekt	Basisestimat	Forventet tillegg	Forventet kostnad *	Høy kostnad (P85)
Kreftsenter	347,1	56,7	403,8	494,0
Sengebygget	485,9	73,1	559,0	651,9
Akuttcenter	103,3	16,5	119,8	139,8
Samlet alle delprosjekt	936,3	146,3	<b>1.082,6</b>	1.211,8

- Forventet kostnad ansees som styringsrammen, P50, og er den rammen prosjektstyret forholder seg til.

## Budsjett for Forprosjektfasen

Av styringsrammen for prosjektet på 1 089 millioner kroner (P50, prisnivå juni 2020) er det budsjettet 60 millioner kroner (prisinivå januar 2022) til forprosjektet (mandat 20.01.22).

Nedenfor vises budsjett for Forprosjektfasen.

PNS	Aktivitet	SUM	Kommentar
C1001	Prosjektering (ARK/RI)	30 840 000	
C1002	Regulering	1 500 000	
C1003	Forberedelse for forprosjekt	2 930 609	Kostnader påløpt forprosjektet i perioden aug 2021 -feb 2022
C2001	Prosjektledelse SB	18 132 056	Inkludert STHF sine kostnader
C2002	Spesialfag og støttefunksjoner	1 000 000	
C2003	KSF	200 000	Dette er en økonomisk kvalitetssikring av forprosjektet
C2004	Kalkulasjon	800 000	Egen avtale med ekstern leverandør
C2005	Usikkerhetsanalyse	300 000	
C2006	O-IKT	1 685 000	STHF budsjett basert på informasjon fra Sykehuspartner
C3001	Reisevirksomhet	1 760 000	
C3002	Kontorfasiliteter		
C3003	Prosjekthotell og diverse	300 000	Programvare, lisenskostnader
C4001	Reserve	2 052 334	
	<b>SUM</b>	<b>61 500 000 *</b>	

- Tall er inkludert prisstigning 2022.

Forprosjektet skal avsluttes ved ferdigstillelse av Forprosjektrapport. Dog vil det være prosessen som har start i forprosjektet som kan pågå utover forprosjektfasen. Valg av kontraktstrategi er her essensiell. Om dette blir aktuelt vil dette skje i tett dialog med ledelsen i Telemark Sykehus HF. Av den grunn kan det komme endringer i postene ovenfor.

## 2 Beskrivelse av prosjektet

Sykehuset Telemark HF og Helse Sør-Øst HRF har i sine respektive styrer besluttet, på bakgrunn i konseptrapport B3, å etablere nytt kreft- og strålesenter i Telemark, nytt sengebygg og nytt akuttsenter.

Nytt kreft- og strålesenter skal delvis realiseres ved at det bygges noe nytt og delvis ved rehabilitering av noe allerede eksisterende bygningsmasse. Senter for strålebehandling med lineærakseleratorer (linac) skal bygges nytt. Kreftsenter med infusjonsbehandling skal etableres ved ombygging og rehabilitering av aktuelle arealer og rom i eksisterende bygninger.

Nytt akuttsenter skal etableres ved delvis nybygg tilstøtende dagens eksisterende akuttsenter og ved ombygging og rehabilitering av eksisterende bygg der dagens akuttsenter allerede er forlagt.

Sengebygg somatikk blir etablert som nybygg i sin helhet på ubebygget del av sykehusets tomt i Skien, sør for Ulefossvegen.

### 3 Prosjekt mål

#### Samfunns mål

*Samfunns målet er å sikre langsiktige løsninger for å oppnå et kvalitetsmessig godt og samfunnsøkonomisk effektivt sykehusstilbud til befolkningen i opptaksområdet.*

Sikre langsiktige løsninger for å oppnå et helsemessig godt og driftsmessig effektivt spesialisthelsetjenestetilbud til befolkningen i Sykehuset Telemark HF sitt opptaksområde.

Sikre at regionsfunksjoner ivaretas på en god måte og i henhold til forutsatte planer.

Videreutvikling av prosjektet skal tilpasses de føringer som fremkommer av Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 og Regional utviklingsplan 2035 for utvikling av helsetjenester i et langsiktig perspektiv.

Prosjektet skal basere løsninger på de føringer som framkommer som følge av Helse Sør-Øst RHF sin utvikling av helsetjenester sett i et langsiktig perspektiv. De totale løsningene skal sikre at dimensjonering, driftskonsept samt at oppgave- og funksjonsfordeling blir ivaretatt i det framtidige helseperspektivet.

#### Effekt mål

Effekt målene er knyttet til prosjektets virkning for brukerne. Brukere er i første rekke pasienter, men også ansatte, pårørende og samarbeidspartnere. Effekt mål omtales også gjerne som «brukermål». Målene er rettet mot drift og ferdig bygg og det er behov for å konkretisere målene for å sikre forståelsen i prosjektgjennomføringen.

##### Fra Mandatet (HSØ, 20.01.22)

- Det skal legges til rette for høy behandlingskvalitet og pasientsikkerhet. Pasient og pårørende skal oppleve sykehuset som trivelig og enkelt å finne fram i med god tilgjengelighet for alle*
- Sykehuset skal legge til rette for effektiv klinisk og ikke-klinisk drift med korte bevegelseslinjer. Klinisk personale skal ha god tilgang til plasser for dokumentasjon. Det skal etableres gode forsyningsveier.*
- Det utviklede sykehuset skal ivareta «Sørge for»-ansvaret. Det skal legges vekt på miljø-, og klimavennlige løsninger i prosjekterings- og byggefasen og under drift.*
- Sykehusbyggene må kunne tilpasse seg endringer i epidemiologi og utvikling innen medisin og teknologi. Valgt plassering og form må ta hensyn til videre utvidelse av sykehuset.*
- Sykehuset i Skien skal være et godt sted å arbeide. Arealer der ansatte oppholder seg skal være lyse og trivelige. Det skal etableres gode arenaer for samhandling og personlig utvikling.*
- Byggene skal ivareta den arkitektur, utearealer og kunst som sykehuset i Skien er tuftet på. God arkitektur og lysforhold kan i seg selv bidra til pasientens tilfriskning*
- Byggene skal legge til rette for faglig utvikling og samhandling. Det skal videre legges til rette for forskning, undervisning og opplæring integrert med klinisk virksomhet.*

De økonomiske effekt målene skal danne grunnlag for en gevinstrealiseringsplan og «inntektssiden» i den økonomiske bæreevnevurderingen.

Mandatet fra Helse Sør-Øst, presiserer at effektmålene skal konkretiseres i forprosjektet. Dette er svart ut i dokumentet *Tillegg Mandatet* fra Sykehuset Telemark er det tilføyd ytterligere resultatmål. Dette er:

### Investeringskost

*Estimert kostnadsramme i konseptrapporten for hele prosjektet (alle byggetrinn) er ca. 1.089 mill. kr (2020 verdi). Dette inkluderer avsetning for forventet tillegg (P50).*

*Styringsrammen for de ulike delprosjektene er:*

Delprosjekt	Styringsrammen (mill)
Kreftsenter	347
Sengebygg	485
Akuttenter	106
SUM	938

*Målværdien inkluderer alt fra kapittel 0 til 10 iht NS3453 (basiskostnad). Inkludert er også kostnader for utstyr selv om dette kjøres som lokale/regionale innkjøpsprosesser (f.eks tyngre MTU utstyr) og kostnadene til frikjøp av ressurser fra sykehuset.*

### Merknad:

Her fremgår det at *Estimert kostnadsramme* ligger på 1.089 mill. Kostnadsramme er den rammen som Helse Sør-Øst RHF disponerer, også omtalt som P85. Begrepet fremgår i usikkerhetsanalysen og er ikke omtalt i mandatet fra Helse-Sør Øst RHF. Det antas at det menes styringsramme i denne teksten. Styringsramme, også omtalt som P50, er den rammen som Sykehuset Telemark HF ved sitt prosjektstyret disponerer.

De tallene som fremgår i tabellen er basiskostnad (basisestimat) og er sum av grunnkalkyle og uspesifisert. Også forklart som komplett kostnad for alle konkrete poster. Altså ikke styringsramme. Viser for øvrig til finansdepartementet sitt økonomiske begrepsapparat.

I det videre arbeidet i prosjektet, vil en forholde seg til *styringsrammen* fra mandatet fra Helse Sør-Øst RHF på 1.089 mill. Oppsplitting av delprosjektene blir som tabellen i kapittel *Finansiering og styringsramme*.

### Ferdigstillelse

*Følgende datoer er satt for ferdigstillelse for de ulike delprosjektene:*

Delprosjekt	Ferdigstilles måned
Kreftsenter	Oktober 2024
Sengebygg	August 2026
Akuttenter	Senest 6 mnd før ferdigstillelse sengebygg

Dette er mål for utviklingen av prosjektet. Endringer som påvirker dette målbilde vi skje i dialog med eier.

### Mulighet for gevinstrealisering

*De ulike delprosjektene gir ulike muligheter for driftsgevinster og økning i FDV kostnader. Prosjektet skal legge til rette for at STHF kan realisere dette.*

Delprosjekt	Årlig driftsgevinster	Maks økning årlige FDV kostnader
Kreftsenter		0,5 mill
Sengebygg	18,6 mill	5,2 mill
Akuttenter	11,3 mill	0,4 mill

Sykehuset Telemark HF er premissgiver og mottaker av prosjektet. Helseforetaket skal sørge for at driftsorganisasjonen utvikles og tilpasses til det fremtidige målbildet, og at det legges til rette for gevinstrealisering, slik at de nye sykehusbyggene understøtter viktige forutsetninger for virksomheten.



Det er helseforetaket som har ansvar for at det etableres en gevinstrealiseringsplan. Basert på kommunikasjon mellom prosjektorganisasjonen og helseforetaket kan de ulike delprosjektene gi ulike muligheter for driftsgevinster og økning i FDV kostnader. Prosjektet skal legge til rette for at STHF kan realisere dette.

### Kvalitet

Kvalitet Prosjektet skal ivareta følgende kvalitetsparametere

- Byggene skal ha være moderne og tilpasningsdyktig bygningsmasse
- Sengebygget skal være attraktive sengeområder mht. pasientsikkerhet, arbeidsmiljø
- Byggene skal inneholde fasiliteter som muliggjør forskning, undervisning og opplæring integrert med klinisk virksomhet
- Byggene skal gi mulighet for at gode medisinskfaglige funksjoner kan videreutvikles
- Byggene skal gi mulighet for brukertilpasset pasientbehandling og opplæring
- Byggene skal inneholde gode løsninger med tanke på ytre miljø og energisparende tiltak
- Bygg og utemiljø som støtter opp om ansattes helse og trivsel, inkludert godt innklima
- Bygg med god tilgjengelighet for alle brukere

Dette er en konkretisering av effektmål som berører kvalitet og noe som skal ivaretas i prosjektgjennomføringen.

### Prioritering av resultatmål

Delprosjekt	Investerings-kost	Ferdigstillelse-dato	Mulighet for gevinstrealisering	Kvalitet
Kreftsentre	1	2	4	3
Sengebygg	1	4	2	3
Akuttentre	1	4	2	3

Prioritering av resultatmål er viktig for å styre utviklingen i prosjektet. Det anføres at HMS ikke er med på denne listen og at dette vil komme inn i styringsdokumentet for gjennomføringsfasen.

### Resultatmål i forprosjektet

Resultatmål for forprosjektet er definert i mandatet. Det er ikke forutsatt ytterligere konkretisering, men det er likefullt gjort i tabell under.

#### Fra Mandat (HSØ, 20.01.22)

- Forprosjektet skal videreutvikle konsepter og løsninger som understøtter sentrale driftsforutsetninger og som bidrar til realisering av målbildet for videreutviklingen av Sykehuset Telemark HF, herunder kapasitetsbehov som definert i tidligere styrebehandling.
- De ansatte ved Sykehuset Telemark HF skal delta i utviklingen av prosjektet i tråd med de 12 prinsippene for medvirkning.
- Forprosjektet skal bekrefte de økonomiske rammene som er satt av styret i Helse Sør- Øst RHF, jfr. kapittel 7 i dette mandatet.
- Forprosjektet skal gi et godt grunnlag for at det kan fattes en B4-beslutning.
- Forprosjektrapporten ferdigstilles i løpet av 2022.

Fokus på resultatmålene er høy. Det er påkrevd og nødvendig at all videreutvikling av konsept og løsninger, skjer i tett samhandling og verifisert av Sykehuset Telemark HF og at dette er i tråd med utviklingsplanen. Denne samhandlingen er omtalt i kapittel 7.2 i dette styringsdokumentet.

Prosjektorganisasjonen har høyt fokus på de økonomiske rammene i prosjektet. Dette er omtalt i eget kapittel 11 i dette styringsdokumentet.

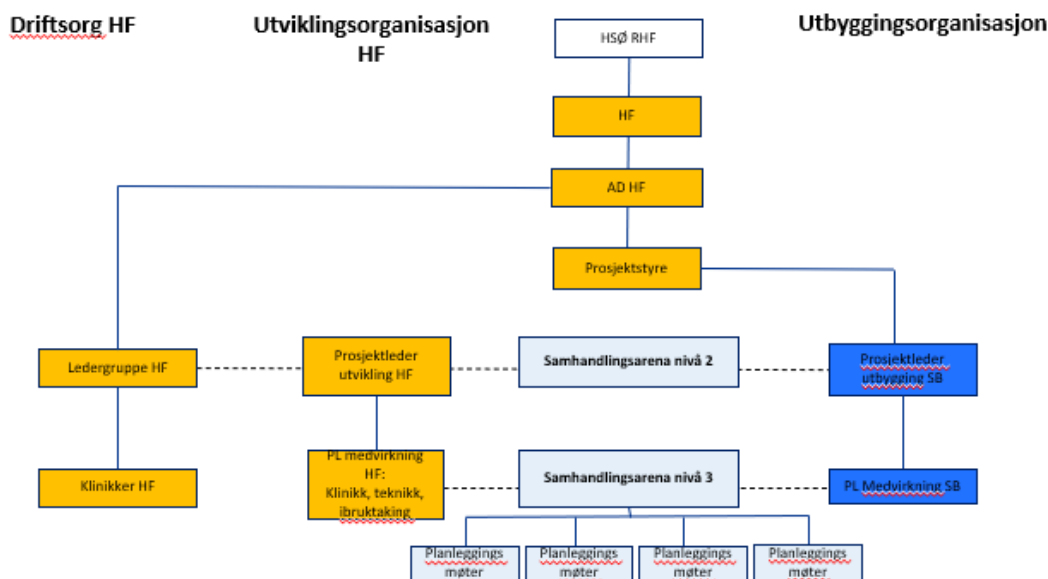
## 4 Organisering og ansvarsdeling

I prosjektet er det mange aktører men ulikt ansvar.

I henhold til mandatet fra Helse Sør-Øst RHF, er det listet opp premisser for styringsstruktur:

- Klar og tydelig ansvarsdeling mellom prosjekteier, prosjektorganisasjon og driftsorganisasjonen
- God ivaretagelse av sentrale forutsetninger for prosjektet og god involvering av sentrale aktører
- Trygghet for at prosjektet realiseres innenfor godkjente rammer
- Effektive beslutningsrutiner
- Klare prosedyrer for håndtering av eventuelle forslag om endringer
- God samhandling mellom prosjektorganisasjon og linjeorganisasjonen som skal realisere gevinstene

Dette er i tråd med Sykehusbygg HF sin forståelse av samhandling og eierstyring. Det bli lagt til grunn Sykehusbygg HF sin standard for organisering av prosjektet. Se figur under.



Her fremgår det tydelig skille mellom organisasjonene, samt hvilke arenaer de ulike nivåene skal samhandle på.

### Helse Sør-Øst RHF

Dette er ansvarsområder foretaket har i henhold til mandatet:

- Utarbeide mandat for forprosjektet
- Godkjenne forprosjekt og foreta B4 beslutning
- Behandle eventuelle vesentlige premissendringer og avvik

## Prosjektstyret

Dette er prosjektstyret sitt ansvarsområde i henhold til mandatet:

- Ansvar for å påse at forprosjektet gjennomføres i henhold til rammer og forutsetninger i dette mandatet
- Ivareta byggherreansvaret i henhold til plan og bygningsloven på vegne av Sykehuset Telemark HF
- Sørge for at det til enhver tid er en operativ prosjektorganisasjon med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse
- Påse at rutiner for samhandling og samarbeid mellom Sykehuset Telemark HFs driftsorganisasjon og prosjektorganisasjonen følges Mandat forprosjekt Utbygging somatikk Skien Sykehuset i Telemark HF Side 8 av 14
- Behandle eventuelle behov for premissendringer og varsle prosjekteier, eventuelt forberede sak for Helse Sør-Øst RHF, ved behov
- Påse at løsninger som legges til grunn i prosjektet ivaretar en hensiktsmessig integrering med eksisterende virksomhet
- Tertialvis rapportering til Helse Sør-Øst RHF

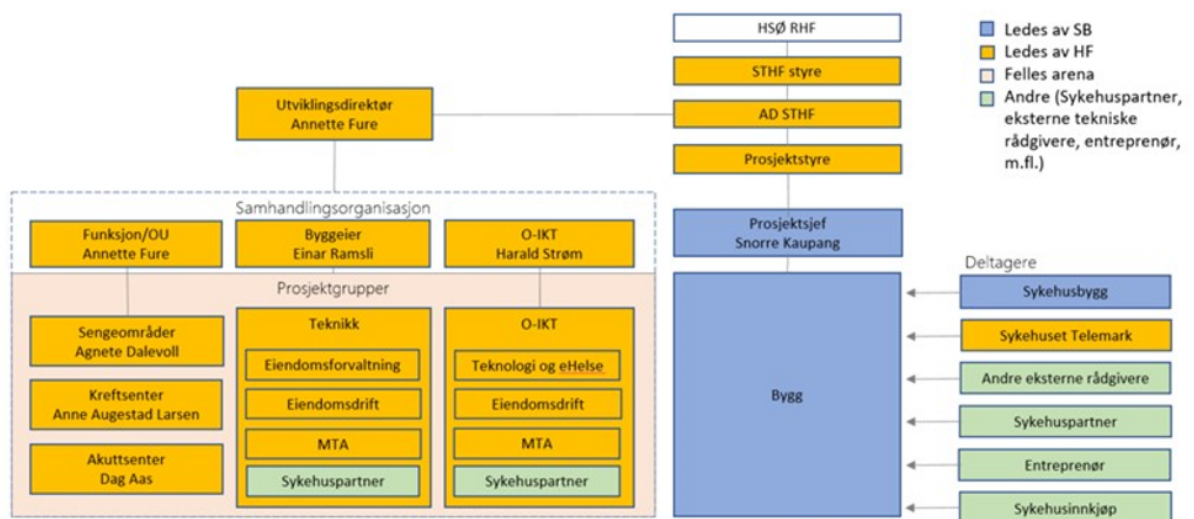
## Sykehuset Telemark HF – mottakerorganisasjon

Dette er mottakerorganisasjonen sitt ansvarsområde i henhold til mandatet:

- Legge til rette for medvirkning og bidra med fagkompetanse til utvikling av løsninger
- Sørge for å gi prosjektet nødvendige avklaringer og beslutninger om virksomhetsinnhold, fagfordeling og behandlingsskapasitet
- Avklare faglige avhengigheter som grunnlag for plassering av funksjoner, herunder integrering med eksisterende virksomhet
- Konkretisere samlet gevinstrealiseringsplan som gir nødvendig bærekraft i prosjektet, og oppdatere sin økonomiske langtidsplan som grunnlag for vurdering av bæreevne på helseforetaksnivå
- Planlegge og beslutte løsninger for drift av de deler av virksomheten som blir berørt av utbygging i gjennomføringsfasen

Et godt samarbeid og tydelig rolleavklaring mellom prosjektorganisasjonen, prosjektstyre og helseforetakets øvrige ledelse og drift, er avgjørende for at prosjektet skal bli vellykket. Det er utarbeidet et detaljert organisasjonskart som viser roller og ansvar:

## STHF Samhandlingsorganisasjon Forprosjekt USS



Sykehuset Telemark HF er byggherre. Prosjektsjef vil utøve rollen som byggherre i forhold til Sikkerhet-Helse og Arbeidsmiljø (SHA). Se vedlegg for avtale.

## Utviklingsdirektør

Operativ prosjekteier og har det overordnede ansvaret for å etablere, organisere og lede en mottaksorganisasjon (også kalt utviklingsorganisasjon) fra Sykehuset Telemark. Mottaksorganisasjonen bestående av: Klinikkleidelse, Driftsledelse og OU ledelse.

Ansvarsområde	Sørge for:
Sikre og koordinere medvirkning av ansatte og brukere i planlegging og gjennomføring av USS Telemark	Organisere, bemanne og lede mottaksorganisasjonen etter prosjektets behov og ulike faser
Koordinere løpende avklaringer som er nødvendig for prosjekteringen slik at rett person(er) svarer og foretakets tilbakemelding er forankret	Bidra til at HSØ og STHF sine forventninger, krav og målsetninger til USS prosjektet blir ivaretatt
Sikre funksjonelle, fremtidsrettede og driftøkonomiske løsninger i USS Telemark	Sikre forankrede tilbakemeldinger fra HSØ og STHF på optimaliseringstiltak som kommer opp i prosjekteringen
Forberede Sykehuset Telemark på ibruktakelse av USS Telemark	Bidra til god intern- og ekstern kommunikasjon i prosjektet
Avklare miljøstrategi fra sykehuset Telemark	

## Klinikkleidelse

Klinikkleidelsen er tre ledere for hvert av delprosjektene; kreftsentret, akuttsentret og sengebygget. Disse har følgende ansvarsområde:

Ansvarsområde
<ul style="list-style-type: none"><li>• Å sikre at behovene og funksjonsområdene i klinikken blir kjent og ivaretatt i prosjektorganisasjonen</li><li>• Peke ut og sikre riktig kompetanse fra brukere, pasienter og VO</li><li>• Bistå når funksjonsplanlegger fra Sykehusbygg (med arkitekt og rådgivere) legger fram prosjekterte løsninger for medvirkningsorganisasjonen</li><li>• Avklare evt behov for justeringer og endringer</li><li>• Sikre eierskap hos klinikken til endelig løsning</li><li>• Avklare nærhetsbehov</li><li>• Bistå i avklaringer rundt behov innen IKT, MTU, øvrig utstyr og spesialrom</li><li>• Ivareta eller hente inn særskilt deltakelse fra smittevern, renhold, klinisk drift</li><li>• Avklare dagens logistikk og evt behov for tilpasninger (pasientflyt, besøkende, vareflyt vedr klinikk)</li></ul>

## Fokusgrupper

Det operative utviklingsarbeidet vil foregå i fokusgrupper. Fokusgruppene vil ledes av Sykehusbygg HF med tett samarbeide fra sykehusets koordinerende gruppeledere.

I prosjektet USS Telemark etableres det 6 fokusgrupper.

1. Kreftbygg, inkl. pusterom og kontor etasje
2. Infusjon, poliklinikk bygg
3. Apotek, Cytostatika produksjon
4. Sengebygg
5. Støtterom ,U1
6. Akuttsenter , inkl. akuttmottak, akutt poliklinikk og 24 h observasjon.

Fokusgruppene er et rådgivende gruppe til prosjektet, der de medvirkende sammen med arkitekt og Sykehusbygg gir innspill mht. de premisser og kvalitetskrav som er lagt til grunn.

Fokusgruppene skal sammen med Arkitekt og Sykehusbygg planlegge for et fremtidige bygg med gode driftsmodeller, logistikk og bygg som skal ivareta pasient , ansatte og byggenes besøkende.

Tillitsvalgte , vernetjeneste og smittevern er representert i fokusgruppene.

Sykehusbygg HF legger frem en møteplan med tydelig møtstruktur og innhold som fremlegges for fokusgruppene. Sykehusbygg sammen med gruppelederne har fokus på involvering og framdrift i prosjektet. SB vil være den førende og holde i møtevirksomheten.

Fokusgruppene skal gi innspill til fremlagte tegningsforslag mht. rom plasseringer, logistikk, utstyr og funksjonalitet.

Alt som foregår i prosessen skal være transparent og sporbart.

Det er Sykehuset Telemark HF, avd Skien som har hovedansvaret for organisasjonsutvikling. OU er premissgiver i et tidlig skjede av prosessen og er en viktige premissgiver for fremtidig drift.

### Driftsledelse

Sykehuset Telemark HF skal utvikle organisasjonen slik at den tilpasses det nye bygget, ny teknologi og nytt utstyr.

Videre vil sykehuset fristille ressurser i egen organisasjon slik at det sikres nødvendig deltakelse i arbeidet med forprosjektet, samt sikre ansattmedvirkning. Dette for å sikre at nødvendige avklaringer kan gis de prosjekterende i henhold til forutsatt fremdrift, og at de løsninger som velges har god forankring på sykehuset. Nedenfor vises ansvarsoppgaver for driftsledelsen:

Ansvarsområde
<p><u>Utvikling:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Definere funksjonelle og tekniske krav og behov i dagens sykehus som prosjektet må hensynta</li><li>Bidra til å avklare om det er behov for konseptuelle bygningsmessige eller tekniske endringer på dagens sykehuset (eks bro, kulvert etc.)</li><li>Sikre at nye driftskonsept innen bygning og teknikk henger sammen med eksisterende drift</li><li>Ansvar for regulering på sykehusomta (ref kap 5.2 i mandatet). Arkitekt vil her bistå. Foretaket vurderer å delegerer dette til prosjektorganisasjonen (Sykehusbygg)</li><li>Ivareta eller hente inn særskilt deltakelse fra teknisk driftsavdeling</li><li>Avklare digitaliseringsbehov fra foretaket i tett dialog med HSØ. Type BIM modell, innhold fra Omega 365 og FDV innhold.</li><li>Bistå i å utpeke og ha opplæring av bygnings- og teknisk personell</li><li>Avstem pågående ombygging og vedlikehold i STHF regi i eksisterende bygg, med prosjektorganisasjonen (OBS: logistikk)</li><li>Avstem behov for evt rokader</li></ul> <p><u>Overlevering:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Forberede eiendomsdrift i foretaket på mottak av prosjektet</li><li>Være delaktig i utarbeidelse av drift- og vedlikeholdsavtaler og har ansvaret for å sikre godkjenning av disse i helseforetaket</li><li>Avklar eiendomsseksjonens premisser (eks prosjekteringsanvisninger, kodemanual, teknisk merkesystem, skiltstrategi)</li></ul>

### OU- ledelse hos Sykehuset Telemark HF

Det er avgjørende at Sykehuset Telemark HF jobber aktivt for å planlegge mottak av prosjektet. Erfaringene er at dette formaliseres med en egen ressurs som overvåker og organiserer dette arbeidet.

Ansvarsområde
<p><u>Utvikling</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>vurdere evt nye driftskonsepter fra prosjektet evt gi innspill på endringer</li><li>Etablere nødvendige endringsprosesser i foretaket</li><li>Utvikle og etablere nye arbeidsprosesser for å sikre en vellykket ibruktakelse</li><li>Sikre at prosjektet stemmer med utviklingsplan</li><li>Adm.klinikk- og driftsrelaterte endringer som kons. av ny sykehusstruktur</li></ul> <p><u>Overlevering:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Forberedelse til drift</li><li>Koordinere opplæring (klinikk, IKT, ansatte og administrasjon etc)</li><li>Flytting</li></ul>

## Prosjektorganisasjonen

Mandat fra Helse Sør-Øst RHF viser til at *prosjektstyret etablerer en prosjektorganisasjon med en prosjektleder og kjernepersonell, bemannet med personell fra Sykehusbygg HF, dokumentert gjennom en oppdragsavtale*. Dette er forankret i oppdragsavtalen av jan 22 mellom Sykehuset Telemark HF og Sykehusbygg HF. Denne viser følgende ansvarsområder:

### Ansvarsområde ihht Oppdragsavtale

- Ivareta Oppdragsgivers interesser i alle faser, herunder sikre god styring og gjennomføring av tidligfaseplanlegging, prosjektering og gjennomføring av byggeprosjektet
- Har et samlet ansvar for, på vegne av Oppdragsgiver, å ivareta ansvaret Oppdragsgiver har som byggherre og tiltakshaver.
- Sørge for at dette utføres i henhold til forutsetninger, krav og rammer som gis av Oppdragsgiver, herunder vedtak i styret i Helse Sør-Øst RHF og Sykehuset Telemark HF og det mandat som er lagt for prosjektstyret og -organisasjonen.
- Prosjektleder/prosjektsjef rapporterer til prosjektstyret
- Oppdragstaker utarbeider forslag til prosjektorganisasjon med tilhørende roller, bemanningsplaner og budsjett for prosjektorganisasjonen.
- Oppdragstaker har fullmakt til å endre bemanning (bytte av personell) og å gjøre mindre endringer i organiseringen. Ved vesentlige endringer i organiseringen skal det nye organisasjonskartet fremlegges for prosjektstyret for godkjenning.

Basert på Sykehusbygg HF sine erfaringer er det detaljert noen ansvarsoppgaver nedenfor:

- Lede arbeidet med gjennomføring av prosjektet
- Funksjonsavklaring – «forstå behov» (Avklare behov og premisser fra foretaket)
- Prosjektering – «omsette behov» (sikre at behov omsettes i prosjekteringen)
- Etablere entreprisestrategi ihht SB sin metodikk
- Etablere konkurranse- og kontraktunderlag
- Etablere Fremdriftsplan med milepæler ihht målsettingen i prosjektet
- Etablere PNS struktur og økonomioppfølging
- Prosjektstyring
- Avklare utstyrsbehov, økonomi og fremdrift
- Avklare IKT behov, økonomi og fremdrift
- Avklare Logistikk, internt i bygget og utomhus
- Forberede og følge byggeplass
- Planlegge overtagelse og idriftsetting

I tillegg Mandat fra Sykehuset Telemark HF er følgende beskrevet om prosjektleder og prosjektorganisasjon:

*Prosjektleder er ansvarlig for å organisere prosjektet og rapporterer til prosjektstyret. Endringer i nøkkelpersonell drøftes med prosjektstyret ved behov. Prosjektleder skal ved starten av prosjektet utarbeide forslag til prosjektdirektiv som viser hvorledes prosjektet vil løse mandatet. Prosjektdirektivet skal godkjennes av prosjekteier/prosjektstyret*

## Prosjektsjef

Prosjektsjef svarer for og rapporterer til prosjektstyret. Prosjektsjefen er prosjektorganisasjonens daglige leder med ansvaret for det samlede resultatet, organisering av prosjektet og oppfølging av interne prosesser og eksterne relasjoner.

Prosjektsjef skal sikre at prosjektet gjennomføres innenfor avtalte rammer og styres i samsvar med etablerte mål for kostnad, tid, kvalitet og HMS.

Prosjektsjef har ansvar for å rapportere månedlig til prosjektansvarlig i hht. etablerte rutiner for rapportering. Det vises til del III Prosjektstyringsbasis.

Prosjektleder vurderer løpende behov for ekstern bistand i samarbeid med prosjektstyret.

## Samhandlingsgrupper

I henhold til *tillegg mandat* fra Sykehuset Telemark HF skal det

*etableres samhandlingsgrupper på flere nivåer mellom byggeprosjektet og sykehusets utviklingsorganisasjon. I disse gruppene skal det bli enighet om så vel funksjonelle som tekniske løsninger.*

*Den overordnede samhandlingsgruppen/koordinatorgruppen ledes av prosjektsjef. Gruppen skal minimum bestå av:*

- *Prosjektsjef*
- *Prosjektleder prosjektstyring*
- *Sykehusets utbyggingssjef*
- *Prosjektleder virksomhetsutvikling*

*Alle saker til prosjektstyret skal behandles i denne gruppen.*

At denne gruppen skal behandle alle sakene som skal fremmes prosjektstyret er uvanlig og avviker i oppdragsavtalen mellom Sykehuset Telemark HF og Sykehusbygg HF, der det fremgår at prosjektleder/prosjektsjef rapporterer til prosjektstyret. Det anbefales at dette diskuteres på overordnet ledernivå.

## Samarbeid mellom prosjektorganisasjonen og Sykehuset Telemark HF

Prosjektorganisasjonen skal ha et strukturert opplegg for samhandling og samarbeid med Sykehuset Telemark HF, slik at de løsninger som forankres i forprosjektet er godt forankret på ulike nivåer i sykehuset.

Utbyggings- og driftsdelen av prosjektet skal sees i sammenheng, med sikte på å oppnå de mål som er satt for både drifts- og investeringsdelen av prosjektet.

Samarbeidet mellom prosjektorganisasjonen og Sykehuset Telemark HF om planlegging og etablering av nye og rehabiliterte sykehusbygg har som formål å oppnå:

1. Mest mulig funksjonsdyktige, pasientvennlige og driftsøkonomiske løsninger.
2. Engasjement, forankring og eierskapsfølelse hos driftsorganisasjonen som grunnlag for god og vellykket opplæring, organisasjonsutvikling og drift.

Dette skjer ved at de ansatte på sykehuset:

- Tilfører kunnskap og erfaringer til prosjektet gjennom deltagelse i utviklingen av forprosjektet og utvikling av tilhørende kravspesifikasjoner.
- Tilføres kunnskap om de løsningsvalg som foretas og det totalproduktet som utvikles, slik at det etableres gode systemer og rutiner for forvaltning av det nye bygget.
- Gjennom kunnskap om det nye sykehuset kan tilrettelegge og organisere en kvalitativ god og effektiv drift av sykehusets tjenester.

Ett godt prosjektresultat er helt avhengig av god medvirkning fra medarbeidere og ledere. Sammen med sykehuset ansatte, arkitekt og Sykehusbygg HF vil gruppene bli et team, med mål om at bygge det beste bygget utfra et pasient, ansatt og fremtidsrettet perspektiv.

Medvirkningen skal også legge grunnlaget for at det tilrettelegges og organiseres et opplegg for samarbeid mellom prosjektet og sykehuset i forhold til uttesting og idriftsettelse.

Medvirkningen skal ivareta samordning, integrering og helhetstenkning på en slik måte at problemer og muligheter på tvers av sykehusets avdelingsgrenser blir belyst og ivaretatt. Videre skal den tilrettelegges og gjennomføres slik at de overordnede økonomiske og fremdriftsmessige rammer som er satt for gjennomføringen av prosjektet kan overholdes.



Medvirkende kan ikke ta beslutninger på vegne av seg selv eller andre. Beslutninger som påvirker byggeprosjektet skal alltid godkjennes av prosjektet i hh.t. til fullmaktsmatrisen i vedlegg 3.

Dersom valgte løsninger avviker fra intensjonen i mandatet med vedlegg, skal dette drøftes i samhandlingsgruppen/koordineringsgruppen før beslutning i prosjektstyret.

Møtestruktur og prosesser avklares i forprosjekt.

## Prosjektgrupper fra STHF

I henhold til *tillegg mandat* fra Sykehuset Telemark HF er det definert prosjektgrupper som skal:

*Parallelt med byggprosjektet vil det etableres en samhandlingsgruppe i utviklingsorganisasjonen til Sykehuset Telemark som skal bidra til at bygget blir tilpasset den virksomheten som er tenkt, samt et IKT prosjekt som koordinerer de regionale IKT prosjektene som er under gjennomføring med byggeprosjektet.*

*Det skal etableres egne STHF interne prosjektgrupper for hvert av delprosjektene. I tillegg skal det være en gruppe for bygg, teknikk og eiendom. Disse vil ledes av prosjektledere fra sykehuset.*

*Gruppene skal arbeide med funksjonelle og tekniske krav/rammebetingelser både til prosjekteringen og programmeringen, skape forankring i organisasjonen, koordinere drift med prosjektet, samt lede arbeidet med organisasjonsutvikling og gevinstrealisering. Ved å bruke samme gruppedeltakere får en lettere en rød tråd i arbeidet og sikrer kontinuitet. En sikrer også i større grad at bygg – gevinster og organisasjon henger sammen på en fornuftig måte.*

*Bygg, teknikk og eiendom skal i tillegg bidra til oppfølging av alle føringer lagt i teknisk program. bistå i arbeidet med risikostyring og sikre at nødvendige ROS analyser blir gjennomført, identifisere viktige element i forprosjektfasen som bidrar til en god overgang fra forprosjekt til byggefase*

Sykehusbygg HF erfarer at dette omfatter *klinikkledelse* som beskrevet tidligere. Det er dog viktig at disse representantene normalt ikke har anledning til å endre rammebetingelser. Det er det prosjektstyret og eier som gjør.

## Organisatoriske grensesnitt

Prosjektet har følgende organisatoriske grensesnitt:

Beskrivelse av grensesnitt	Ansvarlig	Grensesnitt mot
Arkivering	PSJ	STHF
Forvaltning, Drift og vedlikehold	STHF	Fremtidig driftsorganisasjon for bygget (STHF' egen virksomhet)
Byggherreforskrift	PSJ	STHF og utførende leverandør

## Tekniske grensesnitt i og mellom kontrakter/leverandører

Beskrivelse av grensesnitt	Ansvarlig	Grensesnitt mot
Utbyggingsavtale	PSJ hvis aktuelt	
Byggutstyr og brukerstyr	PSJ	Driftsledelsen og klinikkledelsen
IKT	PSJ	Driftsledelsen og klinikkledelsen

Matrisen suppleres i forprosjekt



## Eksterne forhold

Beskrivelse av grensesnitt	Ansvarlig	Grensesnitt mot
Støy, trafikk i nærheten av byggeplass	PSJ	Statens Veivesen, Skien kommune og naboer
Hvitt prosjekt	PSJ	Skattedirektoratet
Utslipp, ytre miljø	PSJ	Statsforvalteren i Vestfold og Telemark.

Matrisen suppleres i forprosjekt

## Fullmakter

Det er avgjørende at det etableres en fullmaktsmatrise for prosjektet. Ansvar og oppgaver er omtalt i hvert av kapitlene ovenfor. I vedlegg vises fullmaktsmatrise i henhold til Sykehusbygg HF sin mal.

## Suksesskriterier

I mandat fra Helse Sør-Øst RHF er det listet opp flere suksessfaktorer:

- *Alle involverte har felles målforståelse*
- *Klare ansvarsområder og tydelige mandater*
- *Tydelig rapporteringsstruktur*
- *Godt planlagt, åpen og transparent prosess*
- *Tilstrekkelig med tid og ressurser for nøkkelpersoner til å arbeide med prosjektet*
- *Forankring av prosjektet i organisasjonene*
- *Avklaring av interessebildet og oppfølging av kritiske aktører og miljøer inklusiv god kommunikasjon og samhandling, både internt i prosjektet og mot eksterne aktører*

*For forprosjektfasens fremdrift er i tillegg følgende suksessfaktorer definert:*

- *Rask prosjektetablering*
- *Tidlig prioritering av arbeid med bæreevnevurderinger, inklusiv driftsøkonomiske konsekvenser og gevinstrealiseringsplaner*
- *Tidlig avklaring av prosjektets gjennomføringsmodell*
- *God og tett dialog med kommunen om avklaring av rammer med tanke på eventuell regulering og byggesak*

Dette er viktige premisser for å lykkes i prosjektgjennomføringen.

I tillegg anfører prosjektorganisasjonen:

- Prosjektet skal ligge innenfor reguleringsplanens bestemmelser.
- Det skal tilrettelegges for erfaringsoverføring mellom dette prosjektet og øvrige tilsvarende prosjekter i spesialisthelsetjenesten gjennom organisering av prosjektet og deltakelse fra Sykehusbygg HF på relevante arenaer i regi av prosjektet.
- Rombetegnelser skal følge klassifikasjonssystemet for sykehusarealer og nomenklatur i forhold til dette.
- Innenfor ansvarsområde MTU er det iverksatt anskaffelsesprosjekt- for lineærakseleratorer ("Linac") til nytt strålesenter. Vilårene for oppfyllelse av Linac-anskaffelsesprosjektet må avklares i forprosjektfasen slik at implementeringen av Linac'er til STHF kreft- og strålesenter oppfylles på en god og kvalifisert måte.

- Alle spesielle kvalitets- og funksjonskrav satt for delprosjektene skal oppfylles. Kvalitets- og funksjonskrav skal være nedfelt i omforent forprosjekt som godkjennes av HSØ ved forprosjektrapport og B4-beslutning for prosjektet.
- Vesentlige og grunnleggende kvaliteter for bygg, bygningsutstyr og leveranse skal være robusthet, bestandige materialer, fokus på lave driftskostnader, levetid i krevende driftssituasjon.

## 5 Prosjektstrategi

Prosjektet skal realisere beste mulige måloppnåelse gitt de rammebetingelser og premisser som fremgår av vedtak. Strategien for å oppnå dette er basert på et prinsipp om å gi prosjektet riktig handlingsrom for å løse de utfordringer som det vil møte i prosjektperioden. Strategien baseres på følgende prinsipper:

1. Prosjektet skal ha en faseinndelt tilnærming til å verifisere konseptet og gjennom dette redusere risiko
2. Prosjektet skal ha avklart mest mulig ukjente faktorer, og ha god økonomisk trygghet, før det fattes beslutning om gjennomføring.
3. Prosjektet skal ta utgangspunkt i standardiserte og kjente løsninger, men ha frihet til å tilpasse disse for størst mulig nytteverdi og måloppnåelse
4. Prosjektet skal utvikles basert på tett samhandling med virksomhet/drift, for å sikre at beslutninger fattes med grunnlag i riktige livssyklusvurderinger.

Det viktigste tiltaket for oppnåelse av strategien, er at prosjektet tilknytter seg den beste tilgjengelige kompetansen for utvikling av prosjektet, og etablerer rammer som gjør at denne kompetansen kan nyttiggjøres fullt ut.

## 6 Kontraktstrategi

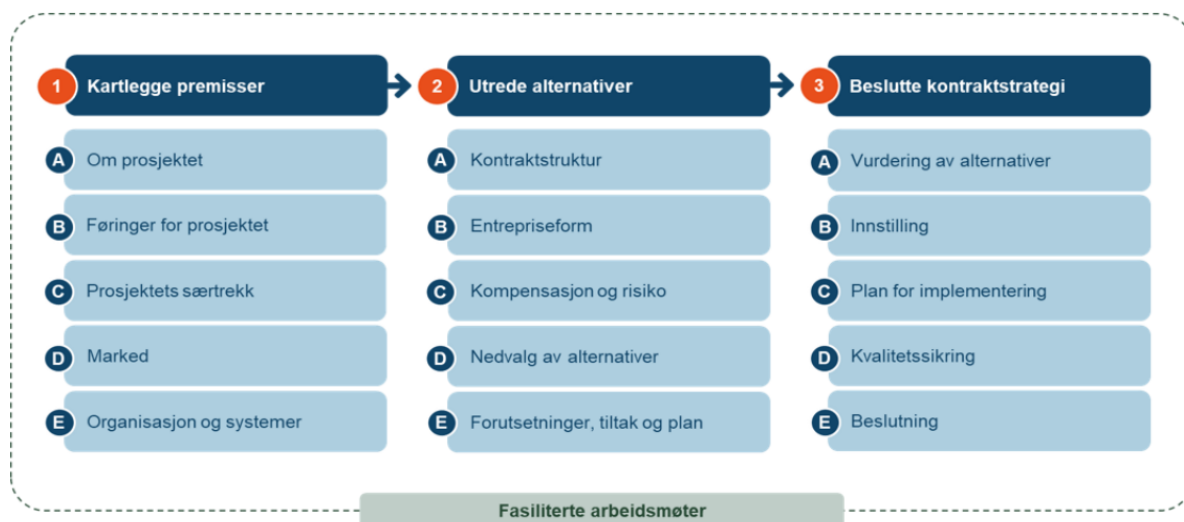
Valg av kontraktstrategi er omfattende i et prosjekt, da det er mange variabler og avhengigheter som skal vurderes. Et hovedprinsipp i alle prosjekt er at kontraktstrategi vurderes ut fra hva som vurderes å være tilpasset beste struktur for å løse dette prosjektets unike forutsetninger og mål.

En kontraktstrategi beskriver blant annet:

Utvelgelse av parter	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anskaffelsesstrategi</li></ul>
Fordeling av ansvar og risiko	<ul style="list-style-type: none"><li>• Entreprisemodell</li><li>• Ytelsesbeskrivelse (funksjonsbeskrivelse, detaljbeskrivelse)</li></ul>
Prosessten	<ul style="list-style-type: none"><li>• Samarbeidet mellom byggherre, rådgiver og entreprenør</li><li>• Kontraktsbestemmelser</li><li>• Vederlagsmodell</li><li>• Incentiver</li></ul>

Elementene kan kombineres på ulike måter, og valg av kontraktstrategi handler om hvordan og når disse elementene skal kombineres.

Som grunnlag for valg av kontraktstrategi er Sykehusbygg HF sin tretrinnsmodell lagt til grunn:



Sykehusbyggs tretrinnsmodell for valg av kontraktstrategi

Prosjektorganisasjonen vil legge fram egen styresak for vurdering av entreprisestrategi for prosjektet.

## 7 Strategi for styring av usikkerhet

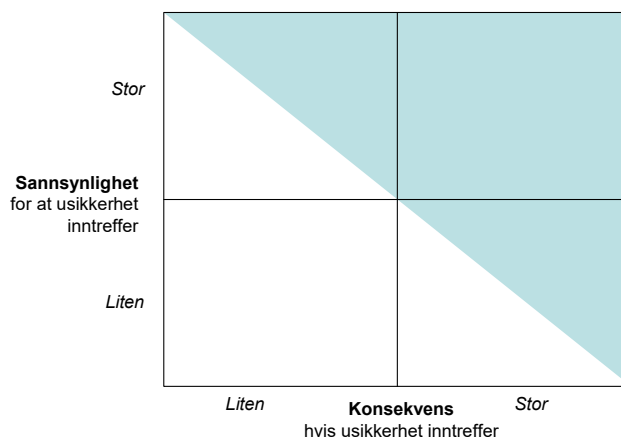
Usikkerhetsbildet for prosjektet knytter seg først og fremst til tid for gjennomføring av prosjektfasene, tilgjengelig personell til gjennomføring av byggeprosjektet i alle faser fra forprosjekt til overlevering ferdige bygg og den for tiden rådende prisutvikling på byggematerialer.

Kompleksiteten i prosjektleveransene er høy, det skal rehabiliteres i deler av sykehusbyggene som har full drift i klinikkene det skal bygges for.

For byggefasen skal prosjektet implementert egne rutiner for usikkerhetsstyring. Det skal bidra til prosjektets styring mot resultatmålene. Det skal utarbeides usikkerhetsregister som til ulike tider angir de usikre og kritiske forhold i prosjektet. Oversikten skal oppdateres ettersom nye usikkerheter identifiseres og etter hvert som prosjektet modnes - minimum i fbm. rapportering.

- I prosjekteringsfasen (før beslutning) skal usikkerhetsstyringen fokusere på å velge riktige løsninger for prosjektet.
- Før beslutning om inngåelse av kontrakt med entreprenører, skal det utføres en usikkerhetsanalyse for å sikre et realistisk budsjett og styringsmål for prosjektet.
- Fokuset i gjennomføringsfasen i prosjektet er rettet mot å nå prosjektmålene gjennom å identifisere usikkerhet og iverksette nødvendige korrektive tiltak så tidlig som mulig.

I utarbeidelsen og vedlikehold av usikkerhetsregisteret skal det foretas vurderinger av risikopotensialet til de elementene som vil bli gjenstand for oppfølging:



Etablering og bruken av usikkerhetsregisteret skal skje etter følgende retningslinjer:

- Utarbeidelse og vedlikehold av usikkerhetsregisteret skal gjøres regelmessig i byggefasen slik at ledelsen har et godt og oppdatert grunnlag for å iverksette tiltak tidsnok.
- PSJ tildeler eierskap til elementene i usikkerhetsregisteret til lederen som er best i stand til å påvirke elementene.
- Denne lederen har ansvar for å identifisere og iverksette tiltak og skal videre sørge for at elementets eventuelle økonomiske, tidsmessige og kvalitetsmessige konsekvenser blir gjennomgått med PSJ.
- Status mht. usikkerhetsregisteret skal periodisk gjennomgås på prosjektets oppfølgingsmøter.
- Alle i prosjektet kan foreslå nye usikkerhetselementer.

Som en del av arbeidet med prosjektet skal det regelmessig gjennomføres usikkerhetsanalyse. Denne identifiserer usikkerhetsdrivere med tilhørende påvirkning på prosjekts kostnad og tid. Som en del av usikkerhetsanalysene skal det utarbeides tiltaksplan for oppfølging av usikkerhetsdriverne. Usikkerhetsdrivere og tiltaksplanen skal innarbeides i usikkerhetsregisteret og følges opp under prosjektets videre fremdrift.

Identifisering av usikkerhet og kvantifisering av konsekvenser, skal gjennomføres i nært samarbeid med aktørene i prosjektet, samt avstemmes med STHF sin risikostyring.

Prosjektstyret beslutter gjennomføring av analysene samt hvilket omfang disse skal ha til enhver tid.

## 8 Kommunikasjonsstrategi

### Generelt

Det er lagt til grunn at prosjektorganisasjonen skal drive en åpen, etterrettelig og effektiv kommunikasjon rettet mot aktuelle strategiske målgrupper eksternt og internt. Med strategiske målgrupper menes alle grupper som kan bidra til at de overordnede målene vedrørende sykehusutbyggingen blir nådd.

Interessentanalyse vil bli utført å være et viktig grunnlag for kommunikasjonsstrategien.

For USS-prosjektet vil det bli utarbeidet en kommunikasjonsplan, hvor det vil fremkomme instruksjoner for hvem som skal kommuniserer eksternt. Dette håndteres i kommunikasjonsstrategien i vedlegg 4.

### Samarbeid og samspill i prosjektet

I forhold til omgivelsene står intern kommunikasjon sentralt. Tillit til prosjektet og den enkelte medarbeider er basert på utveksling av informasjon. Organisering i team skaper en effektiv og åpen organisasjon, som kan kommunisere effektivt med omverden.

Kommunikasjonen internt skal sikre en god gjennomføring av prosjektet, bevare motivasjonen hos de ansatte, skape klima for samarbeid og kunnskapsdeling, og gjøre prosjektet til en attraktiv arbeidsplass.

### Samarbeid med lokale myndigheter

USS-prosjektet skal oppleves som en seriøs, troverdig og profesjonell aktør – som legger forholdene til rette for en effektiv og tillitsvekkende samhandling på tvers av skillelinjer. USS-prosjektet skal ha et proaktivt forhold til lokale myndigheter.

#### Gjennomføring:

- Pleie kontaktene med gjentatte informasjons- og oppdateringsmøter.
- Informere nettverk og myndigheter før mediene – vi eier informasjonen og deler med dem. De skal ikke få kjennskap gjennom andre.

### Samarbeid med medier og medieaktører.

Mediene er en sterk og viktig aktør. De vil dekke prosjektets ulike deler uavhengig av hva USS-prosjektet ønsker.

Prosjektet skal jobbe med mediene etter følgende prinsipper:

*Profesjonalitet*

*Åpenhet/Tillit*

*Aktivitet*

*Felles forståelse*

For å sikre profesjonell håndtering av mediene, skal dette skje etter avtalt mønster beskrevet i kommunikasjonsstrategien i vedlegg 4.

## 9 Fokusområder i forprosjektet

Strategien for prosjektet legger føringer for hvordan prosjektet skal gjennomføres for best å oppnå hensikten og målene som beskrevet i kapittelet over. I denne versjonen av styringsdokumentet er det fokusert på sentrale områder som skal behandles i forprosjektet.

### Kostnadsstyrt prosjektering

Det skal prioriteres kostnadseffektive løsninger både mht. investering og drift. Prosjekteringen skal legges opp slik at prosjektkostnadene hele tiden utredes og følges opp, parallelt med at tiltak som gir god driftsøkonomi også blir tatt hånd om.

Ved behov utredes alternative løsninger med angivelse av fordeler og ulemper, slik at det fremkommer et komplett beslutningsunderlag før de endelige valg treffes. Videre må det til enhver tid foreligge muligheter for reduksjon av kostnader ved alternative utførelser.

Ambisjonsnivå på løsninger, omfang og materialer skal være basert på kost/nytte vurderinger og må tilpasses styringsrammen for prosjektet.

Det foretas arealberegning for å dokumentere at forprosjektet kan løses innenfor arealrammene i skisseprosjekt. Det foretas kontroll av brutto/nettofaktor, og det redegjøres for eventuelle avvik fra de programmerte arealene.

Ved eventuelle uoverensstemmelser mellom oppfyllelse av kravene til kostnadsramme og arealramme skal kostnadsrammen være styrende.

Kostnadsoverslaget fordeles på de foreslåtte entrepriser som adderes til sum entreprisekostnad. Det utarbeides entreprisbudsjett for hver enkelt entreprise.

## Klima og miljøplan

*Standard for klima og miljø i sykehusprosjektet (2021)* er vedtatt av de fire regionale helseforetakene. Dette skal forankres i prosjektet og besluttes av prosjektstyret.

Det skal utarbeides en *Miljøoppfølgingsplan (MOP)* i forprosjektet som omfatter alle miljørelaterede forhold.

Energiberegninger utføres i forprosjektfasen. Det er aktuelt å vurdere samarbeid med Skagerak Kraft om kraftforvaltning, optimalisering, grønt skifte osv. for prosjektet og Sykehuset Telemark HF generelt. Forholdet skal avklares i forprosjektfasen og vurderes for videreutvikling og videreføring i hovedprosjektfasen.

## IKT

Prosjektet skal ha ansvar for, og styring av, all bygnær IKT og for ledelsen av klinisk IKT-leveranser knyttet til prosjektet. Det skal i forprosjektet utarbeides en egen IKT-rapport i samarbeid med Teknologi og e- Helse i Helse Sør-Øst HRF RHF og brukere som beskriver ansvar, løsninger og grensesnitt.

Det skal før gjennomføringen starter avklares og beskrives hvordan alle IKT-leveranser inn mot prosjektet skal styres og samordnes, herunder Sykehuspartners leveranser. Dette skal ta utgangspunkt i rapport om styring av IKT –leveranser i større byggeprosjekt, utarbeidet av Helse Sør-Øst RHF.

I konseptfasen ble det etablert konseptprogram for IKT. Gjennom forprosjektet skal dette detaljeres og videreutvikles gjennom et såkalt IKT program. Dette innebærer:

- IKT prosjektgjennomføring (testing, opplæring, migrering)
- IKT integrasjon (grensesnitt)
- IKT bygnær (ko.rom, serverrom, TV og distribusjon)
- IKT sykehusteknologi (pasientbehandling)
- IKT Utstyr (datamaskiner, brett, skrivere mm.)
- IKT infrastruktur (datanettverk, telefoni)

## MTU

Utstyr defineres i romdatabasen dRofus. Dette detaljeres og prosjekteres med eksakt plassering gjennom forprosjektfasen. Det skal også etableres en detaljert brutto/netto listen for alt av utstyr i prosjektet. Sykehuset Telemark HF vil bidra i en oversikt over gjenbruk av utstyr.

Gjennom forprosjektet vil det bli etablert en anskaffelsesstrategi og innkjøpsplan for utstyr.

## Digitale arbeidsprosesser og digital byggeplass

Omfang og betydning av fastsettes i forprosjektfasen, basert på HSØ BIM-strategi.

## Modellbasert prosjektering og BIM

**Modellbasert prosjektering** innebærer at Bygnings Informasjons Modeller (BIM) brukes aktivt i prosjekteringsarbeidet for å oppnå bedre oppgaveforståelse, prosjektering, koordinering, kommunikasjon og kvalitetssikring i prosjektet og ikke bare til tegningsproduksjon.

Det er lagt til grunn at modell baserte verktøy tas i bruk og benyttes aktivt i alle faser av prosjektet, både når det gjelder medvirkerprosess, prosjekteringsprosess og dokument og tegningsproduksjon. Målsettingen er at en gjennom bruk av Bygnings Informasjons Modeller (BIM) effektiviserer arbeidsprosessene, både i prosjekterings-, bygge-, bruks- og driftsfasen, og at en også etablerer en bedre basis for overlevering av FDVU-data til driftsorganisasjonen. Bygnings Informasjons Modeller (BIMer) skal benyttes som basis for gjennomganger og dialog med brukere og andre interessenter ved drøfting og avklaring av ulike løsningsalternativ, slik at bygningsmessige og kostnadmessige konsekvenser av de alternativer som drøftes raskt kan analyseres. Bygnings Informasjons Modeller (BIMer) skal også benyttes som basis for grensesnittplanlegging og kontroll.

Det er lagt til grunn at de tre grunnelementene for åpen BIM (Lagringsformat, Terminolog og Prosess) skal benyttes som grunnlag for effektiv digital informasjonsutveksling mellom byggherre, prosjekterende, entreprenør,

driftsorganisasjon og andre aktører i prosjektet. All programvare som benyttes av prosjekteringsgruppen skal som prinsipp kunne kommunisere med åpen BIM formatet IFC, avvik skal aktivt begrunnes.

Helse Sør-Øst RHF har som målsetting at innføring av modellbasert prosjektering i prosjektet tilpasset prosjektets volum, funksjon og kompleksitet også i den kontekst for å bidra til å øke kompetansen om BIM generelt, og gjøres på en slik måte at dette har overføringsverdi til andre prosjekter i regionen og til det regionale helseforetak som sådan.

## 10 Styringsbasis

### Prosjektnedbrytningsstruktur og planmodell

Det etableres en foreløpig Prosjektnedbrytningsstruktur (PNS) for forprosjektfasen, på basis av arbeidsinndeling, organisasjonsplan og planlagt kontraktsinndeling.

PNS reflekterer hvordan prosjektet skal brytes ned i kostnads- og fremdriftselementer som hver for seg er egnet til planlegging, oppfølging og rapportering fremdrift og kostnader.

PNS viser hvordan kostnads- og fremdriftselementene er knyttet opp mot et ansvarsområde. Videre ivaretar denne strukturen behovet for en hierarkisk nedbryting av prosjektet for å sikre oversikt over status så vel på overordnet som detaljert nivå. PNS muliggjør også styring av prosjektet mot delmål.

### Endringsstyring

Endringsstyring skal gjennomføres under hele prosjektets levetid. Opplegget for endringsstyring vil variere avhengig av prosjektets fase og type endring. Selve behandlingen av endringer fastlegges med egne rutiner.

I forprosjektfasen skal endringsstyringen omfatte følgende:

#### Premissendring

En premissendring innebærer et avvik til konseptet slik det er vedtatt i styrende dokumenter.

Forslag til premissendring begrunnes og beskrives med angivelse av konsekvens for tid, kostnad og innhold (areal/funksjon/kapasitet).

Eventuell beslutning om premissendring ligger hos prosjektstyret og eventuelt Helse Sør-Øst RHF. En premissendring kan medføre at prosjektets ramme for tid, kostnad eller areal må endres.

#### Prosjektendringer

En prosjektendring skal kunne gjennomføres innenfor vedtatt ramme for tid og økonomisk styringsramme (P50).

Prosjektet skal sørge for å ha løpende kontroll med konsekvenser av endringer både teknisk, økonomisk og tidsmessig. Endringer skal aktivt gjennomføres dersom dette er nødvendig for å sikre at gjennomføringstid og prosjektkostnader holder seg innenfor vedtatte rammer.

Alle endringer som påvirker kalkyle og tidsplan, skal dokumenteres i kalkylebeskrivelsen og være sporbare.

### Budsjettdokument

Det opprettes et budsjettdokument som skal følge prosjektforløpet med en kronologisk oversikt over utviklingen av kostnadsramme og prosjektbudsjett over tid, herunder oversikt over de årlige/halvårlige budsjettrevisjoner, endringer mht. prisregulering av styringsramme, loggføring av vesentlige endringer og evt. tilføring av midler, flytting av budsjettmidler mellom budsjettposter samt disponering av reserve og evt. usikkerhetsmargin.

## Likviditetsbudsjett

Det er utarbeidet likviditetsbudsjett for forprosjektfasen med månedlig periodisering. For gjenstående del av prosjektforløpet utarbeides likviditetsbehov med kvartalsvis periodisering.

## Prisregulering av styringsramme

Det er vedtatt å legge til grunn SSBs tall for prisregulering. Dette er fortiden gjeldende finansstrategi i Helse Sør-Øst RHF.

## Hovedfremdriftsplan

Gjennom forprosjektperiode skal det etableres en gjennomarbeidet fremdriftsplan som gir grunnlag for behandling av utbyggingsvedtak i Helse Sør-Øst RHF.

Grunnleggende aktiviteter i forprosjektfasen er:

- Avklaring og fastlegging av programmeringsunderlag og løsningsvalg mht. funksjon, kapasiteter, areal, teknikk, utstyr, IKT og logistikk i nye og rehabiliterte bygg og bygningsdeler.
- Kvalitetssikring av valgte løsninger mot utarbeidet romfunksjonsprogram.
- Sikre at prosjektets kostnader ligger innenfor vedtatt økonomisk ramme.
- Utvikling og valg av entreprisestrategi.
- Avklaring og fastlegging av alle nødvendige forhold ifm. tomt, trafikkavvikling og regulering.
- Klargjøring av byggherreorganisasjonen for utbyggingsfase.

Det skal foreligge detaljerte styringsplaner for hovedaktivitetene i forprosjektet.

Endelig fremdriftsplan for gjennomføringsfasen skal utarbeides i forprosjektfasen. Det er en intensjon å i kutte inn på byggetid ved å optimalisere byggeprosessen ilt forprosjektfasen.

## Styringsverktøy

I forprosjektfasen benyttes følgende styringsverktøy:

- Omega 365 Prosjektøkonomi (kostnadsstyring og -rapportering).
- dROFUS (rom- og utstyrsdatabase).
- MS Project /Excel (tidsplanlegging og fremdriftsstyring).
- Usikkerhet ved verktøy for sikkerhetsstyring.

Aktuelle styringsverktøy suppleres før oppstart forprosjekt.

## Dokumentkontroll

Det etableres rutiner for:

- Fysisk merking av alle typer dokumenter.
- Tegningsnummerering.
- Koding og arkivering.
- Postbehandling

## Prosjektregnskap og fakturabehandling

USS-Prosjektet skal benytte Omega 365 som arbeids- og samarbeidsplattform. Omega 365 er Sykehusbygg HF sin foretrukne plattform i prosjektutvikling skal således også representere kostnadsstyringsverktøyet for prosjektet. Prosjektøkonomien skal følges opp i Omega 365.



Her skal registreres:

- Budsjett iht. prosjektnekbrytingsstruktur (PNS).
- Prognose basert på alle disponeringer av midler i form av kontrakter, direktebestillinger, bestilte endringer, uavklarte endringer og forventninger. Prognose over sluttkostnad skal sammenlignes mot budsjett.
- Fakturerte beløp skal meldes fra hovedbok i Sykehuset Telemark sitt regnskapssystem og leses inn i Omega 365 prosjektøkonomi. Overføring antatt at må baseres på manuell eksport og import av regneark.

## Rapportering

I henhold til mandat fra Helse Sør-Øst RHF skal månedlig rapportering til prosjektstyret inneholde følgende:

- Sammendrag
- Aktiviteter forrige periode, med oppnådde milepæler • Aktiviteter neste periode, med planlagte milepæler
- Status prosjektering
- Status IKT
- HMS og kvalitet
- Økonomi, med påløpte kostnader, estimat for fasen og prognose for sluttkost, herunder revidering/framskriving av budsjett basert på godkjent modell
- Utvikling av økonomiske reserver i prosjektet
- Framdrift i henhold til milepælsplan og forutsatt produksjonsomfang
- Risiko og tiltak
- Informasjon om ressurser og samhandling i prosjektet

Månedsrapporten sendes til prosjektstyret, Sykehuset Telemark HF og Helse Sør-Øst RHF. Prosjektstyret rapporterer hvert tertial til Helse Sør-Øst RHF.

Rapportering til Helse Sør-Øst RHF skal sendes til [Rapportering@helse-sorost.no](mailto:Rapportering@helse-sorost.no).

## Vedlegg

**Vedlegg 1: Fullmaktsmatrise i prosjektet**

Vedtatt dato:	Prosjekt "USS Telemark HF"		
	Oppdragsgiver / byggherre	Prosjektstyre USS Telemark	Prosjektleder
<b>OMRÅDER:</b>			
Attestasjon innen eget budsjett			X
Anvisning av bilag	X		
Innleie personell			X
Mediauttalelse	X		
Underskriftsfullmakt innenfor korrespondanse			X
<b>Disponering av reserver</b>			
Kostnadsramme P85	HSØ RHF		
Styringsramme P50		X	
<b>Forplikte ved inngåelse av kontrakt, endringer og tilleggsavtaler</b>			
<b>Tjenester, endringer (beløp er inkl. mva)</b>			
over 3 mill kr		X	
opp til 3 mill kr			X
<b>Utstyr, varer og kunst (beløp er inkl. mva)</b>			
over 3 mill kr		X	
opp til 3 mill kr			X
<b>Entrepriser</b>			
over 3 mill kr		X	
opp til 3 mill kr			X

## Vedlegg 2: Avtale om oppfølging av SHA og gjennomføring av plikter på byggherrens vegne

### Avtalen er inngått mellom:

Byggherre (virksomhet navn)	Byggherrens representant (virksomhet navn)
Sykehuset Telemark HF	Sykehusbygg HF
	Postboks 6245 Torgarden
	7488 Trondheim
	Orgnr. 814 630 722
Kontaktperson for Byggherre (navn):	Kontaktperson for Byggherrens representant (navn): Bjørn Snorre Kaupang
Prosjekt navn	USS Telemark
Prosjektnummer	

Byggherrens representant skal på byggherrens vegne utføre nærmere angitt plikter, jf. denne avtale og i henhold til forskrift om sikkerhet, helse og arbeidsmiljø på bygge- eller anleggsplasser (Byggherreforskriften av 01.01.2010 og siste endring med ikrafttredelse 01.01.2021).

Byggherrens representant skal ivareta de plikter som tilligger byggherren etter Byggherreforskriften.

Byggherrens representant har fullmakt som byggherre i tråd med oppdragsavtale mellom byggherre og Sykehusbygg HF.

Byggherrens representant skal utpeke og inngå avtaler med koordinatorene og andre for å ivareta sin rolle på vegne av byggherren.

Byggherren representant skal jevnlig følge opp at koordinatorene oppfylder sine plikter. Byggherren representant skal dokumentere oppfølgingen. Oppfølging skal rapporteres til byggherren.

Byggherrens representant skal ikke ha andre plikter eller oppgaver som kan komme i konflikt med de oppgaver vedkommende skal gjennomføre på vegne av byggherren. Vurdering foretas av BH ved signering og senere årlig og ligger vedlagt denne avtalen.

Byggherrens representant skal ha den nødvendige dokumentert kunnskap om sikkerhet, helse og arbeidsmiljø, inkludert arbeidsmiljølovgivningen, se vedlegg.

Dato: xx.xx.xx

Dato: xx.xx.xx

\_\_\_\_\_  
Kontaktperson Byggherre

\_\_\_\_\_  
Kontaktperson Byggherrens representant



## Utbygging Somatikk Skien (USS)

### MÅNEDSRAPPORT

August 2022

Kuttdato: 28.08.2022

Dato: 08.09.2022

Bjørn Snorre Kaupang  
Prosjektsjef

## Innhold

1	SAMMENDRAG.....	3
1.1	Prosjektledelsens oppsummering for denne periode.....	3
2	Fremdrift.....	4
2.1	Rapportering av framdrift.....	4
2.2	Hovedaktiviteter i denne periode.....	6
2.2.1	Prosjektstyring.....	6
2.2.2	Prosjektering.....	6
2.3	Hovedaktiviteter i kommende periode.....	6
2.3.1	Prosjektstyring.....	7
2.3.2	Prosjektering.....	7
3	Økonomi.....	7
3.1	Økonomi status.....	7
4	Risikostyring.....	8
4.1	Risiko Topp 10.....	8
5	Informasjon om ressurser og samhandling.....	8

# 1 SAMMENDRAG

## 1.1 Prosjektledelsens oppsummering for denne periode

Forprosjekt USS er i normal utvikling, fremdrift og produksjon etter sommerferien. Covid-19 er stadig aktiv, men har i august ikke heftet fremdriften alvorlig.

Kontrakts- og entreprisestrategi for USS er revidert og videreutviklet i løpet av juni og august 2022. Presenteres som sak til prosjektstyret og styret i STHF i september.

Styringsdokument til USS forprosjektfase er revidert og omarbeidet siden den prelimnære utgaven ble lagt frem i juni 2022. Styringsdokumentet legges frem som sak for USS prosjektstyre for september 2022.

Prosjektering holder statusmøter ukentlig som særmøter med de enkelte fag og 14-daglig som felles prosjekteringsmøte. Sykehus- og utstyrplanlegger har faste møter med fokusgrupper i STHF. Prosjektleder prosjektering har sammen med utbyggingssjef STHF etablert samarbeidsforum for eiendoms- og teknisk drift i STHF for forprosjektet.

### O-IKT:

Det har vært holdt oppstartsmøte med STHF IKT og Sykehuspartner. Dessverre har aktuell prosjektleder IKT i STHF valgt å fratru stillingen hos STHF og det arbeides med å skaffe personellressurs til erstatning.

Prosjektsjef USS møter nå AD og utviklingsdirektør STHF i fast møte på 14-daglig basis. Dette i tillegg til daglig, løpende dialog som nødvendig.

### Plan for kommende periode (september)

- Videre arbeid i fokusgrupper.
- Videre arbeide for rådgivere ARK og PRO.
- Konkretisering SØK/ARK til Skien kommune for rammesøknader og forhåndskonferanse.
- Oppgaver som ligger til prosjektleder som krav fra mandat utvikles og følges opp.
- Leverandør til kvalitetssikring forprosjekt (KSF) skal anskaffes.
- Logistikkanalyser.

## 2 Fremdrift

### 2.1 Rapportering av framdrift

*August*

Den første uken i i august ble preget av oppstart etter sommerferie. De fleste rådgiverne med arkitekt (ARK) og øvrige prosjekterende (PRO) har fremdeles ferie ut uke 31/2022. Fra uke 32/2022 og ut august kan vi si at det har vært normal produksjon og fremdrift i prosjektet. Covid-19 er stadig aktiv, men har i august ikke heftet fremdriften alvorlig.

#### Kontraktstrategi

For kontraktstrategi er arbeidet med utvikling for etablering av kontraktstrategi til USS-prosjektet i gjenge. Som besluttet i juni ble det avholdt markedsdialog II for prosjektet til støtte for utvikling av kontrakts- og entreprisestrategi for USS Telemark. Siden markedsdialog I ble avholdt i konseptfasen har vi erfart endringer på leveranse- og leverandørsiden for de fleste byggeprosjektene Sykehusbygg er engasjert til. Covid-19 påvirker fremdeles vareflyt og leveransesituasjonen globalt. Krigføring i Ukraina har skapt en ny utfordring i Europa og den øvrige verden både for råvare- og ferdigvaresituasjonen, samt tilgangen på personell. Det ble dermed antatt at markedsdialog II ville kunne danne en nødvendig plattform for utvikling av forslag til en endelig kontraktstrategi for USS-prosjektet.

Markedsdialog II ble avholdt mandag 16. og tirsdag 17. juni 2022 i STHF' lokaler i bygg 54, Ulefossvegen 55. Felles presentasjon ble gjort i møterom Vrangfoss. Påfølgende en-til-en møter med de påmeldte aktørene ble holdt i hhv. direktørens møterom mandag 15. juni og møterom Ulefoss tirsdag 16. juni. Totalt 8 entreprenører, en leverandør av prefabrikerte rom og en leverandør av prosjekteringstjenester meldte sin interesse. Blant entreprenørene var nasjonale aktører som Skanska og Veidekke. Av regionale aktører var Backe Vestfold og Telemark, Hent, HRL Entreprenør, Kruse Smith, PEAB og Seltor. Leverandør av prosjekteringstjenester var Norconsult. Leverandør av prefabrikerte elementer var HT Group. HT Group har interessante konsepter for prefabrikerte rom og er for tiden leverandør av spesialdører, baderom og spesialrom til flere pågående sykehusprosjekt, bla. Nye Stavanger Universitetssjukehus. Lokal entreprenør Amundsen Graf vurderte USS-prosjektet som uaktuelt for deres virksomhet og trakk deltagelse fra en-til-en dialog etter fellespresentasjonen.

Alt i alt gav markedsdialog II vesentlig underlag til utvikling av Sykehusbygg' innstilling til kontraktstrategi med aktuelle entrepriseforslag og innstilling til vederlagsmetode. Det er utført omfattende erfaringsutveksling med øvrige, samtidig pågående sykehusbyggprosjekt i alle faser for å sikre at rådgivning til Sykehuset Telemark blir gitt på det beste grunnlaget vi har pr. august 2022.



Innstilling til kontraktstrategi er informert STHF ledelse med AD Tom Helge Rønning sammen med økonomidirektør Geir Olav Ryntveit, utviklingsdirektør Annette Fure og eiendomssjef Einar Ramsli. Innstillingen til kontraktstrategi ble bifalt og presenteres dermed som saksfremlegg til prosjektstyret. Ved godkjenning i prosjektstyret presenteres kontraktstrategien som saksfremlegg til styret i STHF ultimo september 2022.

#### Styringsdokument forprosjektfasen

Styringsdokument til USS forprosjektfase er utviklet i tråd med Sykehusbygg standard prosjektleveranser og Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter (2017). Fundamentet til styringsdokumentet dannes av prosjektmandatet for forprosjektfase USS fra HSØ RHF til STHF, Tillegg til prosjektmandat fra STHF og oppdragsavtalen STHF-SBHF. Styringsdokumentet for USS forprosjektfase er sendt USS prosjektstyre for gjennomgang før det nå presenteres som sak til prosjektstyremøtet 12. september 2022.

#### Ressurser

Områdeleder digitalisering ("BIM-koordinator") er kontrahert til USS forprosjekt ved SBHF rammeavtale med leverandør COWI. Oppstarten av denne ressursen vil bli i september 2022.

Prosjektering holder statusmøter ukentlig som særmøter med de enkelte fag og 14-daglig som felles prosjekteringsmøte. Sykehus- og utstyrsplanlegger har faste møter med fokusgrupper i STHF. Prosjektleder prosjektering har sammen med utbyggingssjef STHF etablert samarbeidsforum for eiendoms- og teknisk drift i STHF for forprosjektet.

#### O-IKT:

Det har vært holdt oppstartsmøte med STHF IKT og Sykehuspartner. Dessverre har aktuell prosjektleder IKT i STHF valgt å fratru stillingen hos STHF og det arbeides med å skaffe personellressurs til erstatning.

#### Aktivitet, møter

Prosjektsjef USS møter nå AD og utviklingsdirektør STHF i fast møte på 14-daglig basis. Dette i tillegg til daglig, løpende dialog som nødvendig.

#### Plan for kommende periode (september)

- Videre arbeid i fokusgrupper.
- Videre arbeide for rådgivere ARK og PRO.
- Konkretisering SØK/ARK til Skien kommune for rammesøknader og forhåndskonferanse.
- Oppgaver som ligger til prosjektleder som krav fra mandat utvikles og følges opp.
- Leverandør til kvalitetssikring forprosjekt (KSF) skal anskaffes.
- Logistikkanalyser.

## 2.2 Hovedaktiviteter i denne periode

### 2.2.1 Prosjektstyring

Alle vesentlig rådgivere til prosjektering er anskaffet.

Fremdriftsplan for forprosjektfasen oppdatert med ny slutt dato for leveranse av forprosjektrapporten.

Styringsdokument utarbeidet og vil være presentert til prosjektstyre den 12.09.2022

Markedsdialogen gjennomført. Anskaffelse strategien utarbeidet og vil være presenter til prosjektstyre den 12.09.2022.

### 2.2.2 Prosjektering

Kreftsentret:

Layout i bygg ombyggingsområdene i B63 og B58 Moflata er blitt endret for tilpasning til lave takhøyder og behov etter møte med fokusgruppene.

Strålesenter blir noe justert for å forenkle bygg og tilpasning til eksisterende konstruksjoner.

RIB jobber med eksisterende bygg for å se på mulighet til å ta nødvendig åpninger.

RIV /RIE har sjekket eksisterende tegninger for å kunne foreslå hovedføringer ved ombygging

Sengebygg:

Layout er endret noe for å få til et rasjonelt bygg med en standardisering av søyleplasseringer.

Forslag til bærestruktur er etablert

Tekniske sjakter er plassert. Tekniske rom i underetasje jobbes det med.

Akutt:

Gjennomgang av forslag til revidert layout er gjennomført. Tekniske rom og hovedføringer er avklart. Overgang mellom ambulanseshall og behandlingsområdet må det arbeides mer med.

Utomhus:

Arbeid med å lage en modell for eksisterende VA og høyspent/lavspent i grunn er startet.

## 2.3 Hovedaktiviteter i kommende periode

### 2.3.1 Prosjektstyring

Avklare leveranse (hvem, når, hva) for gevinstrealiseringsplan.

Ferdigstille dokument plan for forprosjektet

Publisere kodemanual for prosjektet gjennomføring

I samarbeid med økonomi avdelingen i STHF automatisere overføring av kostnader fra regnskap systemet til OMEGA 365

Starte arbeid med underlaga for Kalkyle 1 etter at tekniske rom, hovedføringer og bærestruktur er løst i akseptabelt nivå

### 2.3.2 Prosjektering

ARK: Etablere layout for alle områder. Plassere Strålesenteret slik at det ikke kommer i konflikt med eksisterende kulverter. Avklare broforbindelser og kobling mellom alle nybygg og eksisterende bygg.

RIB: Etablere forslag til bærestruktur for alle bygg

RIV/RIE: Avklare dimensjoner for alle tekniske rom. Vurdere alternativ plassering av nødaggregat. Modellere hovedføringer.

VA: Avklare alle eksisterende føringer i grunn. Forslag til permanente og midlertidig løsninger ved konflikt med nye bygg

RIG: Avklare behov for og gjennomføre ekstra grunnundersøkelser.

Generelt: Etablere grensesnittmatriser for hva som er leveranser fra prosjektet

## 3 Økonomi

### 3.1 Økonomi status

PNS	Tittel	Påløpt	Bokført	Planlagt	Prognose (Total)	Gjenstående
C1001	Prosjektering (ARK/RI)	3 000 000	1 007 472	3 221 417	34 196 484	31 196 484
C1002	Regulering	160 000	141 671	1 581	1 500 000	1 340 000
C1003	Forberedelse for forprosjekt	2 930 609	2 930 609	2 930 609	2 930 609	0
C2001	Prosjektledelse SB	5 200 000	3 414 856	5 213 490	15 768 809	10 568 809
C2002	Spesialfag og støttefunksjoner	0	0	287 529	1 000 000	1 000 000
C2003	KSF	0	0		168 000	168 000
C2004	Kalkulasjon	0	0	155 725	800 000	800 000
C2005	Usikkerhetsanalyse	0	0		300 000	300 000
C2006	O-IKT	150 000	14 096	521 799	1 500 000	1 350 000
C3001	Reisevirksomhet	100 000	0	1 296 498	1 400 000	1 300 000
C3002	Kontorfasiliteter	0	0	0	0	0
C3003	Prosjekthotell og diverse	20 000	0	198 444	300 000	280 000
C4001	Reserve	0	0	1 357 575	1 636 098	1 636 098
SUM		11 560 609	7 508 704	15 184 667	61 500 000	49 939 391

Budsjett forprosjekt er 60MNOK. Tall i tabellen ovenfor er inklusive O-IKT som dermed resulterer i 61.5MNOK.

## 4 Risikostyring

Risiko gjennomgang foregår i månedlige risiko status møter. Total risiko status finnes i vedlagt dokument.

Topp risikoer i er markert med fargene grønn, gul, rød i tabellvedlegget. Markeringer i blått identifiserer muligheter.

I neste månedsrapport vil den tabellariske oversikten i vedlegget identifiseres mot "Topp 10"-grafikk på en bedre måte. I tillegg vil prosjektet arbeide med avbøtende tiltak for hver identifisert risiko.

### 4.1 Risiko Topp 10

	K1	K2	K3	K4	K5
(95% - 100%) S5			1		
(70% - 95%) S4		3	1		
(30% - 70%) S3		1	6		
(5% - 30%) S2				1	1
(0% - 5%) S1					

## 5 Informasjon om ressurser og samhandling

De vesentlige rådgivende ressurser er anskaffet til USS forprosjekt i juni 2022.

Rådgivende ingeniør geoteknikk (RIG) med grunnundersøkelser fikk ingen svar på konkurransen i juni. Ny konkurranse ble avholdt i august og RIG forventes å starte grunnundersøkelser medio-ultimo september.

Områdeleder digitalisering ("BIM-koordinator") er kontrahert til USS forprosjekt ved SBHF rammeavtale med leverandør COWI. Oppstarten av denne ressursen vil bli i september 2022.

Prosjektering holder statusmøter ukentlig som særmøter med de enkelte fag og 14-daglig som felles prosjekteringsmøte. Sykehus- og utstyrplanlegger har faste møter med fokusgrupper i STHF. Prosjektleder prosjektering har sammen med utbyggingsjef STHF etablert samarbeidsforum for eiendoms- og teknisk drift i STHF for forprosjektet.

#### O-IKT:

Det har vært holdt oppstartsmøte med STHF IKT og Sykehuspartner. Dessverre har aktuell prosjektleder IKT i STHF valgt å fratru stillingen hos STHF og det arbeides med å skaffe personellressurs til erstatning.

Prosjektsjef USS møter nå AD og utviklingsdirektør STHF i fast møte på 14-daglig basis. Dette i tillegg til daglig, løpende dialog som nødvendig.

#### Plan for kommende periode (september)

- Videre arbeid i fokusgrupper.
- Videre arbeide for rådgivere ARK og PRO.
- Konkretisering SØK/ARK til Skien kommune for rammesøknader og forhåndskonferanse.
- Oppgaver som ligger til prosjektleder som krav fra mandat utvikles og følges opp.

# Risikoliste

Risiko	Ansvarlig/område	Topp Ti	Type/farge	Sans.	Kons.
<p><b>Sen kontrahering av prosjekterende til USS forprosjekt</b></p> <p>På grunn av forprosjektets sene start i forhold til forventet ferdigstillelse er det usikkert når alle nødvendige prosjekterende vil være kontrahert til prosjektteamet.</p> <p><i>Forsinkelse på en måned for forprosjektfasen.</i></p> <p>USS - Utbygging somatikk Skien</p>	Bjørn Snorre Kaupang Virksomhetsledelse	✓	Trussel <span style="color: red;">■</span>	S5: 95% - 100%	Framdrift K3
<p><b>Tilstand eksisterende bygg - Kreftsenter</b></p> <p>Usikkerhet tilknyttet tilstand eksisterende bygg og tekniske grensesnitt. Tilstand bæresystemet er uavklart</p> <p><i>Eksisterende dokumentasjon er fra 70 - tall. Krav har endret seg i mellom tid. Åpninger er største usikkerhetsselement.</i></p> <p>USS - Utbygging somatikk Skien</p>	Jasmin Koric	✓	Trussel <span style="color: yellow;">■</span>	S4: 70% - 95%	Kostnad K3
<p><b>Fundamentering akuttsenter, tilrettelegging for påbygg</b></p> <p>Fundamentering av akuttsenter er ikke dimensjonert for påbygging av en 3dje etasje. Dette behov kan bli identifisert/besluttet på et senere stadiet i prosjektet og kostnad vil da øke. Forutsatt det prosjektomfanget som ligger til grunn for analysen er dimensjoneringen tilstrekkelig. Usikkerheten er derfor ikke hensyntatt i beregningen av forventet projektkostnad.</p> <p><i>Beslutningen om løsningen for akutten må tas i prosjektstyre. Denne risiko er hentet fra usikkerhetsanalyse</i></p> <p>USS - Utbygging somatikk Skien</p>	Bjørn Snorre Kaupang Virksomhetsledelse	✓	Trussel <span style="color: yellow;">■</span>	S2: 5% - 30%	Kostnad K5
<p><b>Forstyrrelser og tilpasning eksisterende drift ved Akuttsenter</b></p> <p>Mindre effektivt/forsinkelser i byggeprosess for å hensynta sykehus i drift. Støv, støy, rystelser, transport av byggematerialer etc. Må etableres midl. tilkomst for ambulanse.</p> <p><i>Mye bedre byggrekkefølge i ny løsning som reduserer driftsforstyrrelser i byggeperioden. Det vil fortsatt være behov for kun å bruke en veg inn for ambulansen (fra øst) intill nybygg er etablert.</i></p> <p>USS - Utbygging somatikk Skien</p>	Bjørn Snorre Kaupang	✓	Trussel <span style="color: yellow;">■</span>	S3: 30% - 70%	Kostnad K2, Personikkerhet K3

<p><b>Bygging kombinert med sykehusdrift</b></p> <p>Driftsrisiko ved oppføring nytt bygg samtidig med normaldrift Akuttmottak, Røntgen og Operasjon</p> <p><i>Mye bedre byggrekkefølge i ny løsning som reduserer driftsforstyrrelser i byggeperioden. Det vil fortsatt være konsekvenser for RTG og operasjon ved tilkobling nytt bygg</i></p> <p>USS - Utbygging somatikk Skien</p>	Bjørn Snorre Kaupang	✓	Trussel <span style="color: yellow;">■</span>	S3: 30% - 70%	Kostnad K3, Personssikkerhet K3
<p><b>Forsinkelser i søknadsprosesser (kommune, Arbeidstilsynet, VAV mm.)</b></p> <p><i>Tatt med innenfor nye prosjekt fremdrifts planen.</i></p> <p>USS - Utbygging somatikk Skien</p>	Bjørn Snorre Kaupang Virksomhetsledelse	✓	Trussel <span style="color: yellow;">■</span>	S3: 30% - 70%	Framdrift K3
<p><b>Markedssituasjon</b></p> <p>Markedssituasjon entreprenørmarkedet , overordnet råvare, material pris, tilgjengelig arbeidskraft, generell lønnsøkning</p> <p><i>Etter gjennomført markedsdialogen oppfattes markedet som god for prosjektet. Trend er fallende material priser og mindre oppdrag i regionen.</i></p> <p>USS - Utbygging somatikk Skien</p>	Bjørn Snorre Kaupang	✓	Trussel <span style="color: yellow;">■</span>	S3: 30% - 70%	Kostnad K3
<p><b>Transport løsning for pasienttransport i bygningsfasen</b></p> <p>Uavklart Hvordan transportere sengeliggende pasienter og varer til Moflata når lavblokken bygges om? (Gjøres pr. i dag i kulvert.)</p> <p><i>Kan forsinke utbygging av kreft senter</i></p> <p>USS - Utbygging somatikk Skien</p>	Jasmin Koric	✓	Trussel <span style="color: yellow;">■</span>	S3: 30% - 70%	Kostnad K2, Framdrift K3
<p><b>Forstyrrelser og tilpasning eksisterende drift Kreftsenter</b></p> <p>Mindre effektivt/forsinkelser i byggeprosess for å hensynta sykehus i drift. Støv, støy, rystelser, transport av byggematerialer etc.</p> <p>USS - Utbygging somatikk Skien</p>	Bjørn Snorre Kaupang	✓	Trussel <span style="color: yellow;">■</span>	S3: 30% - 70%	Kostnad K3, Framdrift K3
<p><b>Omfang fornying bygg 53</b></p> <p>Bygg 53; Tekniske forhold som brann, infrastruktur og/eller energi krav mm, tilsier at en større del av B53 må fornyes. Ombygget areal øker i forhold til kalkyle.</p> <p>USS - Utbygging somatikk Skien</p>	Jasmin Koric	✓	Trussel <span style="color: yellow;">■</span>	S4: 70% - 95%	Kostnad K2

<p><b>Behov for økt etasjehøyde sengebygg</b> Behov for økte etasje høyder i sengebygg for fremføring av tekniske installasjoner, med den konsekvens at byggets høyde øker i forhold til kalkyle. <i>Dette kan medføre reduisering av seng antallet</i></p> <p>USS - Utbygging somatikk Skien</p>	Bjørn Snorre Kaupang	✓	Trussel <span style="color: yellow;">■</span>	S2: 5% - 30%	Kostnad K3, Kvalitet K4
<p><b>Ombygging i Vestfløy- Sengebygg tilkobling</b> Kan være behov for ytterligere ombygging i Vestfløy ut over hensyntatt i basisestimatet for umiddelbar kobling samt det som må gjøres for korridor løsning</p> <p>USS - Utbygging somatikk Skien</p>	Bjørn Snorre Kaupang	✓	Trussel <span style="color: yellow;">■</span>	S4: 70% - 95%	Kostnad K2
<p><b>Ambulanselogistikk i byggeperioden (kun en vei inn)</b> <i>Vil fortsatt være noen utfordring, spesielt når vi setter opp ny ambulansehall</i></p> <p>USS - Utbygging somatikk Skien</p>	Bjørn Snorre Kaupang	✓	Trussel <span style="color: yellow;">■</span>	S4: 70% - 95%	Personsikkerhet K2
<p><b>Avdekker behov i eksisterende teknikk</b> Press fra organisasjonen om å gjøre ønskede utbedringer som i utgangspunktet ligger utenfor prosjektets arbeidsomfang. <i>Mindre ombygginger i eksisterende areal gjør dette mindre sannsynlig</i></p> <p>USS - Utbygging somatikk Skien</p>	Bjørn Snorre Kaupang	<input type="checkbox"/>	Trussel <span style="color: green;">■</span>	S2: 5% - 30%	Kostnad K3
<p><b>Tilpasning nytt og gammelt bygg Akuttsenter</b> <i>Konseptet har endret seg med valgte løsninger, mindre koblinger og mindre tilpasning.</i></p> <p>USS - Utbygging somatikk Skien</p>	Bjørn Snorre Kaupang	<input type="checkbox"/>	Trussel <span style="color: green;">■</span>	S3: 30% - 70%	Kostnad K2
<p><b>Usikkert om prosjekt "Helselogistikk" er tilstrekkelig hensyntatt i IKT-budsjettet.</b> Det forutsettes at prosjekt "Helselogistikk" er implementert/blir implementert. Tilretteleggelse må skje i USS. Tilstrekkelig i IKT budsjett? <i>Forutsetter at rammen for O-IKT er 36 MNOK.</i></p> <p>USS - Utbygging somatikk Skien</p>	Bjørn Snorre Kaupang	✓	Trussel <span style="color: green;">■</span>	S3: 30% - 70%	Kostnad K2



<p><b>Teknisk løsning i ombygg areal kraftsenter</b> Eksisterende bygg setter begrensninger til løsninger som er kalkulert</p> <p>USS - Utbygging somatikk Skien</p>	Kjell Garberg	<input type="checkbox"/>	Trussel <span style="color: green;">■</span>	S3: 30% - 70%	Kostnad K2
<p><b>Terrengutforming Akuttsenter</b> Tilrettelegging av veg. Ikke kvalitetssikret i detalj av LARK. Noe mindre konsekvenser i forhold til inngrep i areal mot helikopterplattform og med hensyn til bortfall av veg under bygg.</p> <p><i>Noe mindre konsekvenser i forhold til inngrep i areal mot helikopterplattform og med hensyn til bortfall av veg under bygg.</i></p> <p>USS - Utbygging somatikk Skien</p>	Bjørn Snorre Kaupang	<input type="checkbox"/>	Trussel <span style="color: green;">■</span>	S2: 5% - 30%	Kostnad K2
<p><b>Grunnforhold Krefstenter</b> Tidligere funnet fornminner på sykehustomten. Spor av kvikkleirelommer. Forventer ikke forurenset grunn. Gode data om grunnforhold.</p> <p><i>Vurderinger er foretatt etter pelling og undersøkelser prøve boring. Rapporten utarbeidet i forberedelse for forprosjektet.</i></p> <p>USS - Utbygging somatikk Skien</p>	Jasmin Koric	<input type="checkbox"/>	Trussel <span style="color: green;">■</span>	S2: 5% - 30%	Kostnad K2
<p><b>Omfang renovering større enn forutsatt Akuttsenter</b> Tekniske forhold som brann, infrastruktur og/eller energi krav med mer, tilsier at en større del av eksisterende areal må renoveres. Ombygget areal øker i forhold til kalkyle.</p> <p><i>I forberedelse til forprosjektet ble det gjennomført omprosjektering slik at tunge funksjoner legges i ny bygg og omfangene av ombygging er redusert</i></p> <p>USS - Utbygging somatikk Skien</p>	Bjørn Snorre Kaupang	<input type="checkbox"/>	Trussel <span style="color: green;">■</span>	S2: 5% - 30%	Kostnad K2
<p><b>Midlertidig løsning vaskeri</b> Bevaring av funksjoner i plan 01 i vaskeribygget samtidig som resten av bygget bygges om. Midlertidige lokaler mens bygging pågår? Uavklart hvem skal bære kostnader for midlertidig lokaler</p> <p>USS - Utbygging somatikk Skien</p>	Jasmin Koric	<input type="checkbox"/>	Trussel <span style="color: green;">■</span>	S4: 70% - 95%	Kostnad K1
<p><b>Omlagging av tekniske installasjoner sør for bygg 58 Vestfløy</b></p> <p>USS - Utbygging somatikk Skien</p>	Bjørn Snorre Kaupang	<input type="checkbox"/>	Trussel <span style="color: green;">■</span>	S1: 0% - 5%	Kostnad K1

<p><b>TEK17 bygg 53</b> Bygg 53 er kalkulert som ombygging og fyller derved ikke TEK17 krav. Dersom TEK17 krav må oppfylles vil kostnad økes.</p> <p>USS - Utbygging somatikk Skien</p>	Jasmin Koric	<input type="checkbox"/>	Trussel <input checked="" type="checkbox"/>	:	
<p><b>Bæreevne vaskeribbygg</b> Eksisterende konstruksjon i vaskeribygget. Sterke begrensninger mht. bæreevne. Muligens behov for forsterkninger.</p> <p>USS - Utbygging somatikk Skien</p>	Jasmin Koric	<input type="checkbox"/>	Trussel <input checked="" type="checkbox"/>	:	
<p><b>Søknadsplikt for ombygging Moflata</b> Usikkerhet vedr. søknadsplikt for ombygging Moflata, hovedsakelig fremdriftsusikkerhet.</p> <p>USS - Utbygging somatikk Skien</p>	Jasmin Koric	<input type="checkbox"/>	Trussel <input checked="" type="checkbox"/>	:	
<p><b>Kostnader for ventilasjonskanaler på tak i bygg 51</b> Kostnadsusikkerhet vedr. ventilasjonskanaler på tak bygg 51.</p> <p>USS - Utbygging somatikk Skien</p>	Jasmin Koric	<input type="checkbox"/>	Trussel <input checked="" type="checkbox"/>	:	

ID	Task Name	Start	Finish	Half 1, 2022				Half 2, 2022				Half 1, 2023				Half 2, 2023				Half 1, 2024		
				Qtr 4	Qtr 1	Qtr 2	Qtr 3	Qtr 4	Qtr 1	Qtr 2	Qtr 3	Qtr 4	Qtr 1	Qtr 2	Qtr 3	Qtr 4	Qtr 1	Qtr 2	Qtr 3	Qtr 4		
1	<b>USS - Utbygging Somatikk Skien Forprosjekt</b>	Thu 20.01.22	Thu 12.10.23																			
2	<b>Hoved Milepæler</b>	Thu 20.01.22	Thu 09.03.23																			
3	Prosjektmandat signert	Thu 20.01.22	Thu 20.01.22																			
4	Signere oppdragsbekreftelse	Thu 20.01.22	Thu 20.01.22																			
5	Konstituerende prosjektstyre møte	Wed 06.04.22	Wed 06.04.22																			
6	Anskaffelse prosjektering rådgivende ferdig	Tue 24.05.22	Tue 24.05.22																			
7	Prosjektstyrets godkjenning av entreprisestrategi	Mon 12.09.22	Mon 12.09.22																			
8	<b>Kalkyle 1 gjennomført</b>	Wed 05.10.22	Wed 05.10.22																			
9	Fokusgruppe møte gjennomført	Fri 11.11.22	Fri 11.11.22																			
10	Kalkyle 2 gjennomført	Mon 28.11.22	Mon 28.11.22																			
11	Usikkerhets rapport levert	Mon 12.12.22	Mon 12.12.22																			
12	Forprosjektrapport levert til prosjektstyre	Mon 19.12.22	Mon 19.12.22																			
13	Prosjekt styremøte	Mon 16.01.23	Mon 16.01.23																			
14	Styremøte Sør Øst RHF -Instilling til B4 beslutningspunkt	Thu 09.03.23	Thu 09.03.23																			
15	<b>Prosjektstyrings aktiviteter</b>	Thu 20.01.22	Fri 20.01.23																			
16	<b>Risk eveluering møte/workshop</b>	Thu 20.01.22	Thu 20.01.22																			
17	<b>Brukermedvirknings møter</b>	Thu 19.05.22	Wed 19.10.22																			
18	Felles info møte oppstart medvirkning	Thu 19.05.22	Thu 19.05.22																			
19	Fokusgrupper møteserie 1	Tue 21.06.22	Wed 22.06.22																			
20	Fokusgrupper møteserie 2	Wed 17.08.22	Thu 18.08.22																			
21	Fokusgrupper møteserie 3	Wed 21.09.22	Thu 22.09.22																			
22	Fokusgrupper møteserie 4	Tue 18.10.22	Wed 19.10.22																			
23	<b>Prosjektstyremøter</b>	Mon 12.09.22	Mon 12.12.22																			
24	USS Prosjektstyremøte 04	Mon 12.09.22	Mon 12.09.22																			
25	USS Prosjektstyremøte 05	Mon 17.10.22	Mon 17.10.22																			
26	USS Prosjektstyremøte 06	Mon 14.11.22	Mon 14.11.22																			
27	USS Prosjektstyremøte 07	Mon 12.12.22	Mon 12.12.22																			
28	<b>Rekrutteringer forprosjektfasen</b>	Mon 11.04.22	Mon 23.05.22																			
29	Avklare støtte og ressurser fra Sykehusbygg	Mon 11.04.22	Fri 22.04.22																			
30	Utløse stillinger rådgivende	Mon 18.04.22	Wed 04.05.22																			
31	Evaluering av tilbud	Thu 05.05.22	Fri 20.05.22																			
32	Instilling rådgivere	Mon 23.05.22	Mon 23.05.22																			
33	<b>Rekrutteringer Prosjektorganisasjon for prosjekt detalj og gjennomføringsfasen</b>	Wed 21.09.22	Fri 20.01.23																			
34	Systematisk innganssetting ingeniør	Mon 14.11.22	Fri 20.01.23																			
35	Planlegger	Wed 21.09.22	Tue 01.11.22																			
36	<b>Prosjekteringsfase forprosjekt</b>	Thu 09.06.22	Fri 13.01.23																			
37	Hovedføringer	Thu 09.06.22	Fri 08.07.22																			
38	Felles gjennomgang konsept	Mon 08.08.22	Tue 09.08.22																			
39	Ferdigstille dokumentplan/liste	Wed 31.08.22	Tue 13.09.22																			

Project: USS - Forprosjekt Frem  
Date: Thu 01.09.22

Task		Project Summary		Manual Task		Start-only		Deadline	
Split		Inactive Task		Duration-only		Finish-only		Progress	
Milestone		Inactive Milestone		Manual Summary Rollup		External Tasks		Manual Progress	
Summary		Inactive Summary		Manual Summary		External Milestone			

ID	Task Name	Start	Finish	2022				2023				2024		
				Qtr 4	Qtr 1	Qtr 2	Qtr 3	Qtr 4	Qtr 1	Qtr 2	Qtr 3	Qtr 4	Qtr 1	
40	IKT/O-IKT plan med tilhørende budsjett	Mon 29.08.22	Mon 21.11.22											
41	Leveranse I henhold til dokumentplan (for kalkyle)	Wed 03.08.22	Mon 21.11.22											
42	Løse tekniske rom, hovedføringer og bærestruktur akutt senter	Mon 08.08.22	Wed 21.09.22											
43	Løse tekniske rom, hovedføringer og bærestruktur sengebygg	Mon 08.08.22	Wed 21.09.22											
44	Løse tekniske rom, hovedføringer og bærestruktur kreft senter	Mon 08.08.22	Wed 21.09.22											
45	Kvalitetssikring av prosjekterings arbeid	Mon 03.10.22	Fri 14.10.22											
46	Tverrfaglig/intern kontrol	Mon 21.11.22	Mon 19.12.22											
47	Gjennomføre usikkerhetsanalyse	Tue 29.11.22	Mon 12.12.22											
48	Kvalitetssikring av forprosjektrapport	Mon 19.12.22	Fri 13.01.23											
49	<b>Offentlig saksbehandling</b>	<b>Tue 20.12.22</b>	<b>Wed 24.05.23</b>											
50	Rammesøknad	Tue 20.12.22	Mon 20.03.23											
51	Behandling IG 1 (riving)	Tue 21.03.23	Mon 10.04.23											
52	Behandling IG 2 (råbygg)	Thu 30.03.23	Wed 19.04.23											
53	Søknad DSA	Tue 28.03.23	Wed 24.05.23											
54	<b>Detalj prosjektering</b>	<b>Mon 02.01.22</b>	<b>Fri 24.03.23</b>											
55	Utarbeide grensesnitt matrisen og opplæring for detaljprosjektering	Mon 02.01.22	Fri 27.01.23											
56	Utarbeide underlag detalj prosjektering for anbudskonkurranse riving	Mon 02.01.22	Fri 03.02.23											
57	Utarbeide underlag detaljprosjektering for anbudskonkurranse grunnarbeid	Mon 02.01.22	Fri 24.03.23											
58	Utarbeide underlag detaljprosjektering for anbudskonkurranse kulvert	Mon 02.01.22	Fri 03.02.23											
59	<b>Tverrgående leveranser</b>	<b>Thu 20.01.22</b>	<b>Thu 12.10.23</b>											
60	<b>Riving</b>	<b>Mon 02.01.22</b>	<b>Fri 25.08.23</b>											
61	Avklare kontrakt strategi (pris format, konkurranse regler, kontrakt bestemmelser)	Mon 02.01.22	Fri 10.02.23											
62	Kunngjøring konkurranse med riving	Mon 13.02.22	Mon 13.02.23											
63	Tilbudsfrist (25 kalenderdager) riving	Tue 14.02.23	Mon 06.03.23											
64	Evaluering, intervju og avklaringer	Tue 07.03.23	Mon 13.03.23											
65	Rangeringsbeslutning	Tue 14.03.23	Wed 15.03.23											
66	Behandling i Prosjektstyre	Thu 23.03.23	Thu 23.03.23											
67	Karensperiode	Fri 24.03.23	Thu 30.03.23											
68	Kontraktstildeling	Fri 31.03.23	Fri 31.03.23											
69	Gjennomføre riving bygg 51 (63)	Mon 01.05.22	Fri 23.06.23											
70	Gjennomføre riving bygg 53 Moflata	Mon 31.07.22	Fri 25.08.23											
71	<b>Grunnarbeid strålebunker</b>	<b>Mon 02.01.22</b>	<b>Thu 12.10.23</b>											
72	Avklare kontrakt strategi (pris format, konkurranse regler, kontrakt bestemmelser)	Mon 02.01.22	Fri 10.02.23											
73	Kunngjøring konkurranse grunnarbeid	Mon 27.03.22	Mon 27.03.23											
74	Tilbudsfrist (25 kalenderdager) riving	Tue 28.03.23	Mon 17.04.23											
75	Evaluering, intervju og avklaringer	Tue 18.04.23	Mon 24.04.23											
76	Rangeringsbeslutning	Tue 25.04.23	Mon 01.05.23											

Project: USS - Forprosjekt Frem  
Date: Thu 01.09.22

Task		Project Summary		Manual Task		Start-only		Deadline	
Split		Inactive Task		Duration-only		Finish-only		Progress	
Milestone		Inactive Milestone		Manual Summary Rollup		External Tasks		Manual Progress	
Summary		Inactive Summary		Manual Summary		External Milestone			



ID	Task Name	Start	Finish	2022				2023				2024	
				Qtr 4	Qtr 1	Qtr 2	Qtr 3	Qtr 4	Qtr 1	Qtr 2	Qtr 3		Qtr 4
116	Start kontrakt byggefasen	Tue 06.06.23	Tue 06.06.23									◆ 06.06	

Project: USS - Forprosjekt Frem Date: Thu 01.09.22	Task		Project Summary		Manual Task		Start-only		Deadline	
	Split		Inactive Task		Duration-only		Finish-only		Progress	
	Milestone		Inactive Milestone		Manual Summary Rollup		External Tasks		Manual Progress	
	Summary		Inactive Summary		Manual Summary		External Milestone			

## Saksfremlegg

### Saksgang:

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
Styret i Sykehuset Telemark HF	21.09.2022

<b>Type sak (sett kryss)</b>							
Beslutning	<input type="checkbox"/>	Etterretning	<input type="checkbox"/>	Orientering	<input checked="" type="checkbox"/>	Tema	<input type="checkbox"/>

**Sak: 077-2022**

### Oppdatering av kontraktsstrategi Utbygging somatikk Skien

#### Hensikten med saken

Saken bygger på sak 077-2021 Utbygging somatikk Skien – kontraktstrategi, fremlagt for styret i oktober 2021. Siden gang har det skjedd en ikke ubetydelig utvikling i markedet som handler om:

- Prisendringer
- Markedets vilje til å ta risiko
- Kapasitet.

På bakgrunn av de oppståtte endringene har prosjektet ment det har vært nødvendig å vurdere tilpasninger av den tidligere vedtatte kontraktstrategien. Som et ledd i dette arbeidet er det også avholdt en relativt omfattende markedsdialog. Arbeidet er nå gjennomført og en oppdatert strategi ble fremlagt for og behandlet i prosjektstyret 12. september.

Mette Stovner, kontraktrådgiver og advokat i Sykehusbygg HF vil i møtet gi styret en orientering om prosjektets oppdaterte kontraktstrategi.

#### Forslag til vedtak

Styret tar oppdatering av kontraktsstrategi til orientering

Skien, 13. september 2022

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

#### Vedlegg:

USS Sykehusbyggs anbefaling kontraktstrategi

# Kontraktstrategi v2.0

For USS-prosjektet

Bjørn Snorre Kaupang

Mette Nagy Stovner

13.09.22

Confidential, Pedersen, Tone, 14.09.2022 16.53.23





# Delstrategi behandlet i styresak nr 77 i okt 2021 - Hva er nytt?

Hva ble anbefalt– hva gjensto å detaljere av strategien?



Confidential, Pedersen, Tone, 14.09.2022 16.53.23

Hva ble anbefalt

	Struktur	Entreprisemodell	Rådgiver
<b>Delprosjekt 1:</b>	Kreftsentor (inkl. kulvert og heis)	Totalentreprise med samspill	Eies av Byggherren i samspillsfasen
<b>Delprosjekt 2:</b>	Sengebygg Akutt	Totalentreprise med samspill	Eies av Byggherren i samspillsfasen

Hva er nytt

- Utvikling i markedet siste året –
  - Prisendringer
  - Markedets vilje til å ta risiko
  - Kapasitet
- Prosjektets fremdrift og utvikling
  - Forprosjekt ferdig årsskiftet 2022/23 – Hva rekker man?

Konklusjon:

- Nødvendig å gjøre justeringer på den anbefalte modellen, samt detaljere ut resterende deler av strategien

**Hva har prosjektstyret besluttet?**

«Presentert kontraktstrategi besluttet for gjennomføringsfase.»

# Oppsummering: Struktur

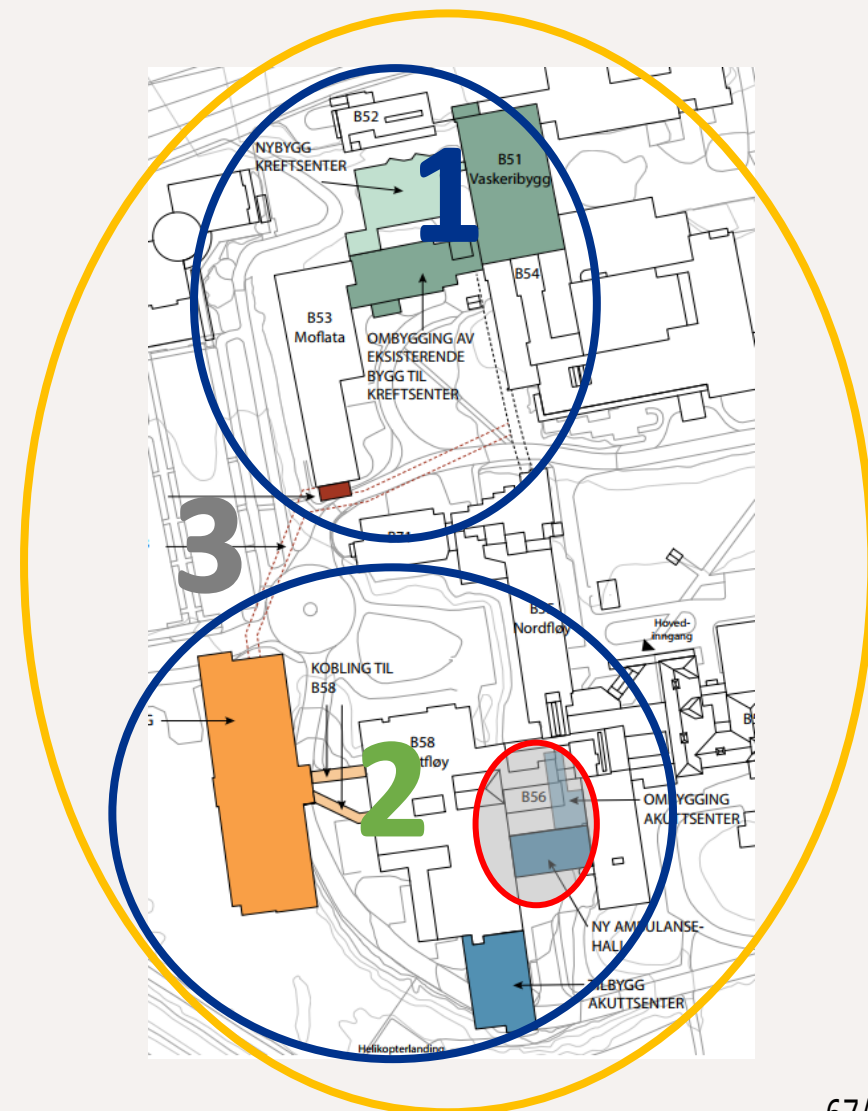
Struktur	
<b>Delprosjekt 0:</b>	Tverrgående leveranser: riving, rigg, kulvert
<b>Delprosjekt 1:</b>	Kreftsenter (inkl. kulvert og heis)
<b>Delprosjekt 2:</b>	Sengebygg + Akutt

Anbefaling om å strukturere prosjektet i to hovedprosjekter – opprettholdes.

**Nytt/presisering:** Etablere/definere delprosjekt 0 for tverrgående leveranser

## Hvorfor?

- **KOST:**  
Kostnadsbesparelse i redusert påslag ved at leverandør kontraheres direkte av byggherre
- **TID**  
Besparelse i tid ved at deler av leveransene kan kontraheres tidligere og gjennomføres før/under kontrahering av entreprenør for delprosjektene



# Delprosjekt 0

## Tverrgående leveranser

USS PROSJEKTET

Overordnede byggherreleveranser på tvers av delprosjekter



**Entreprisemodell:**  
Kombinasjon av totalentrepriser og utførelsesentrepriser

**Anskaffelse:**  
Åpen anbudskonkurranse for mindre og enklere leveranser. Priselementet vektlegges mellom 70-90%. For større leveranser skal det vurderes konkurranse med prekvalifisering.

Arbeidspakker – Delprosjekt kraft

Arbeidspakker – Delprosjekt sengebygg + akutt

# Delprosjekt 1 - KREFT

Anbefaling av oktober 2021:

	B1-1 TE samspill	B1-2 Delte entrepriser*
Meget godt egnet		
Godt egnet		
Egnet		
Mindre egnet		

Sykehusbygg vurderer det slik at gevinsten ved samspill er redusert som følge av:

- Oppnår ikke avklaring av markedsusikkerhet ved B4
- Begrenset mulighetsrom
- Utsettelse av prosjektering/B4 koster
- Markedet skeptisk til prosjekteringsansvar for strålesenteret.

**Som følge av at gevinstene med samspill er redusert, anbefaler Sykehusbygg at prosjektet gjennomføres som delte entrepriser med hovedentreprise.**

Confidential, Pedersen, Tone, 14.09.2022 16.53.23

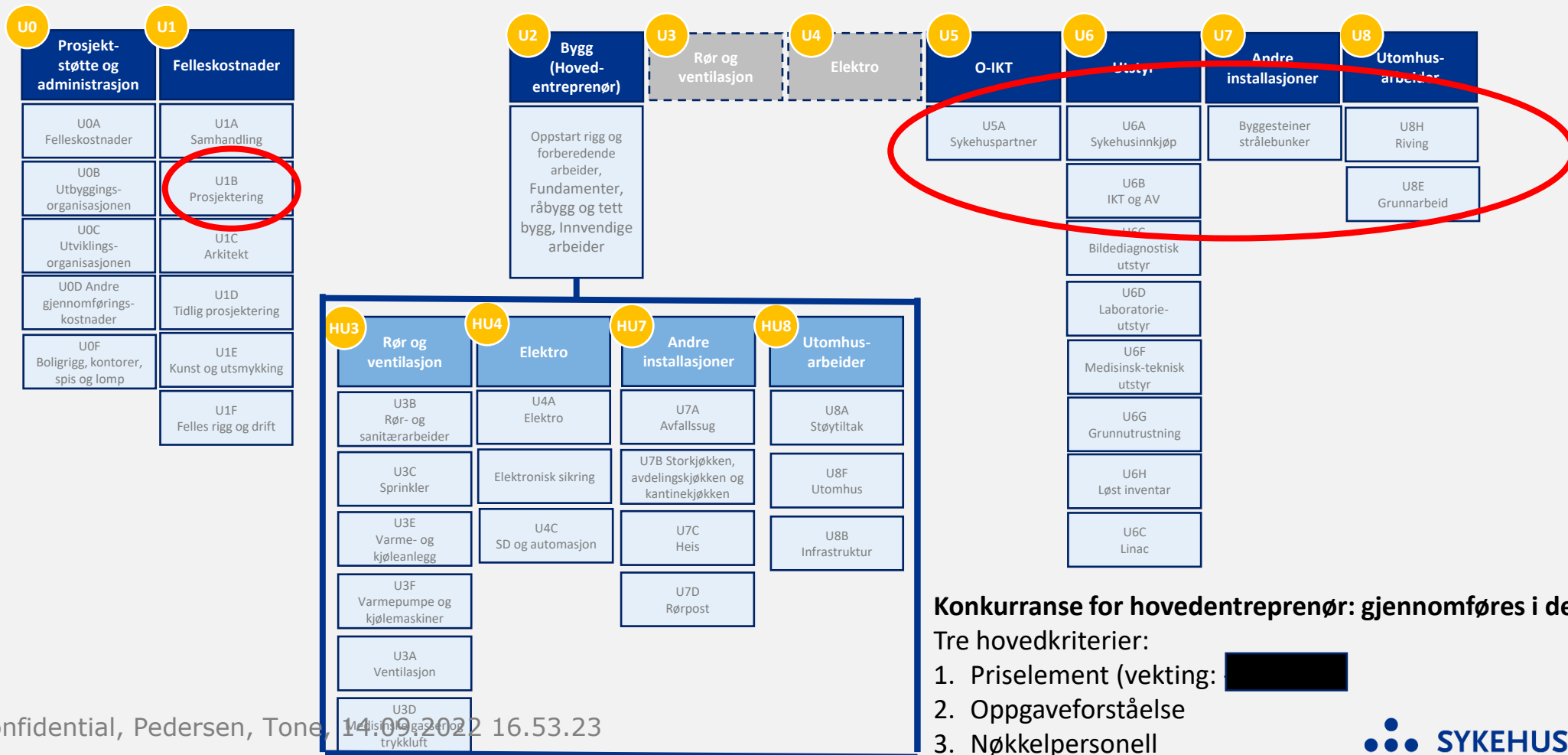
# Delte entrepriser med hovedentreprise



# Prosjektnedbrytningsstruktur delprosjekt 1

## Kreft

### USS KREFT



**Konkurransen for hovedentreprenør: gjennomføres i detaljprosjekt**

Tre hovedkriterier:

1. Priselement (vekting: XXXXXXXXXX)
2. Oppgaveforståelse
3. Nøkkelpersonell

# Vederlagsformat delprosjekt 1

## Kreft

Det finnes 4 hovedtyper av vederlagsformat:



**Fastpris**

Fastsatt pris for alle arbeider som omfattes av kontrakten.

Entreprenøren risiko for arbeidsomfang.

+ forutsigbarhet  
- Betaler for risiko selv om den ikke slår til

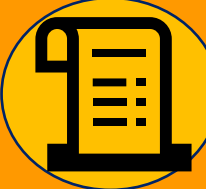


**Enhetspris**

Entreprenøren risiko for enhetsprisene

Byggherren risiko for mengde

+ Reduksjon av risiko for usikre mengder  
- Taktisk prising



**Regning**

Byggherre risiko for enhetspriser og mengder.

+ Ingen prising av risiko  
- Lite forutsigbarhet, ingen incentiv til å holde kostnadene nede



**Målpris**

Partene enige om målpris.

Partene deler gevinst ved besparelser

Partene deler risiko ved overskridelser

+ Byggherre tar del i besparelser og muligheter  
- Byggherre risiko ved store overskridelser

For delprosjekt kreft anbefales det en kombinasjon av ulike vederlagsformat, som tilpasses de ulike delene av prosjektet.

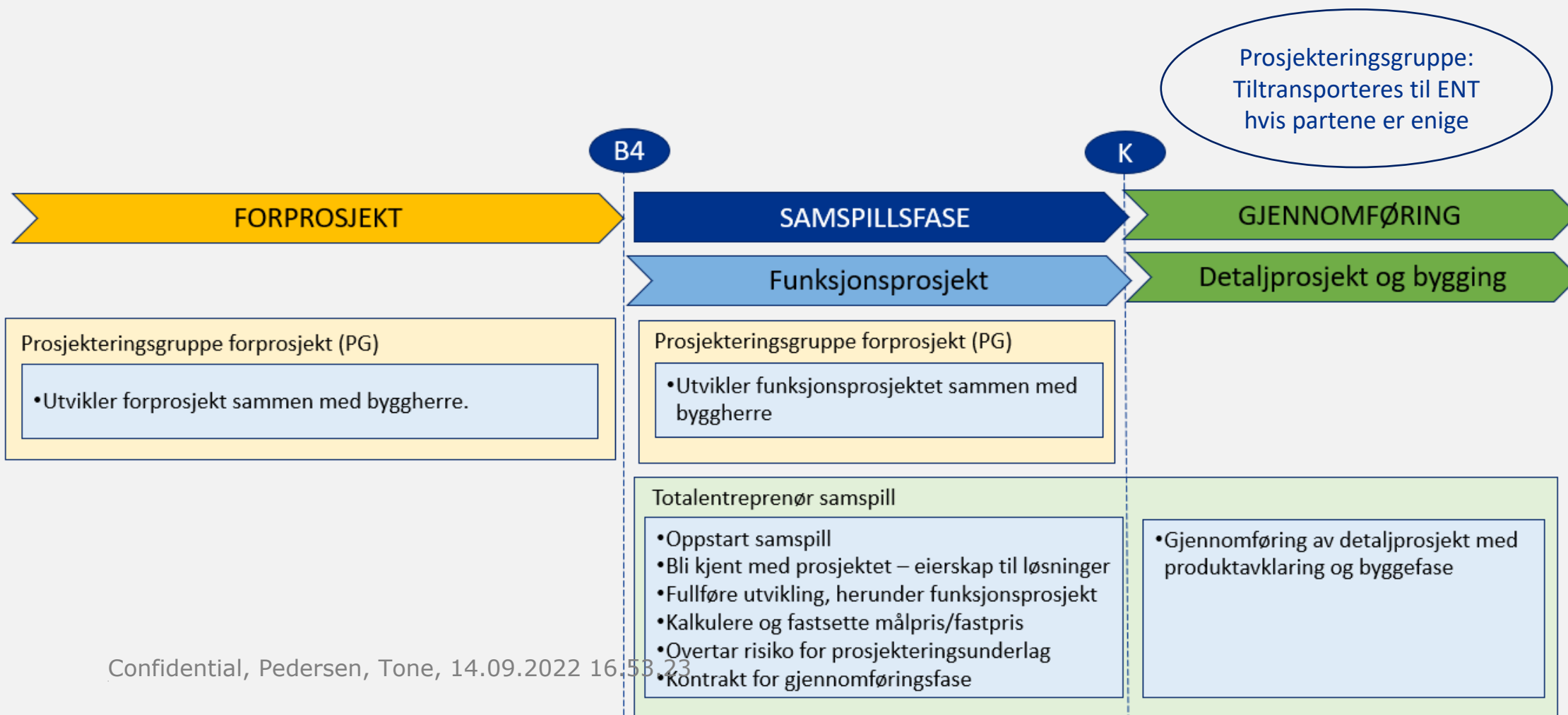
**Fastpris** for enklere og forutsigbare leveranser

**Enhetspris** ved uklare mengder (typisk elektro)

**Regning** ved komplisert ombygning og uklart omfang

# Sengebygg og akutt

Totalentreprise med samspill – målpris – bonuspott 1-2 % av kontraktssum

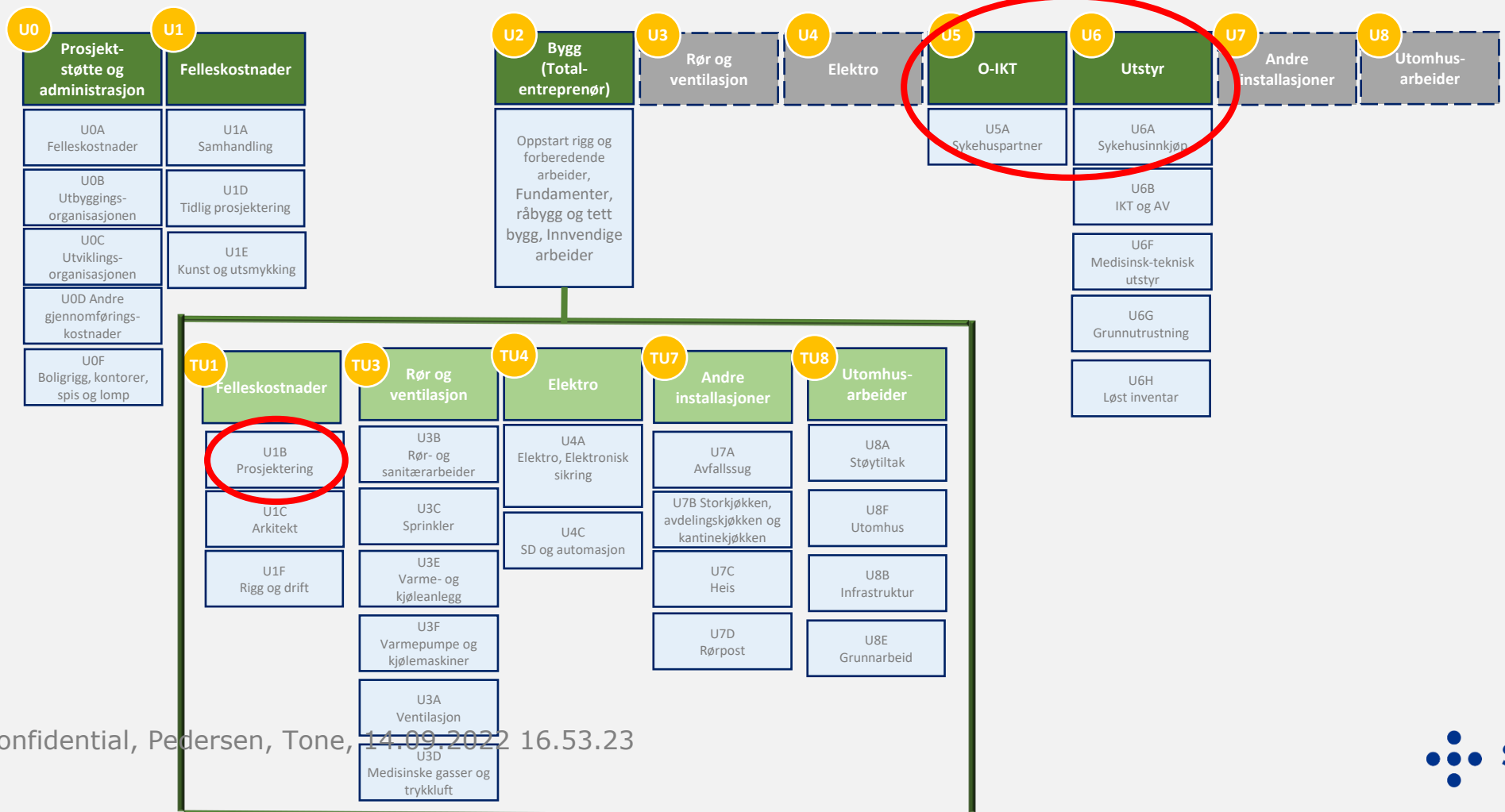




# Prosjektnedbrytningsstruktur – Delprosjekt 2

## Sengebygg + akutt

### USS Sengebygg

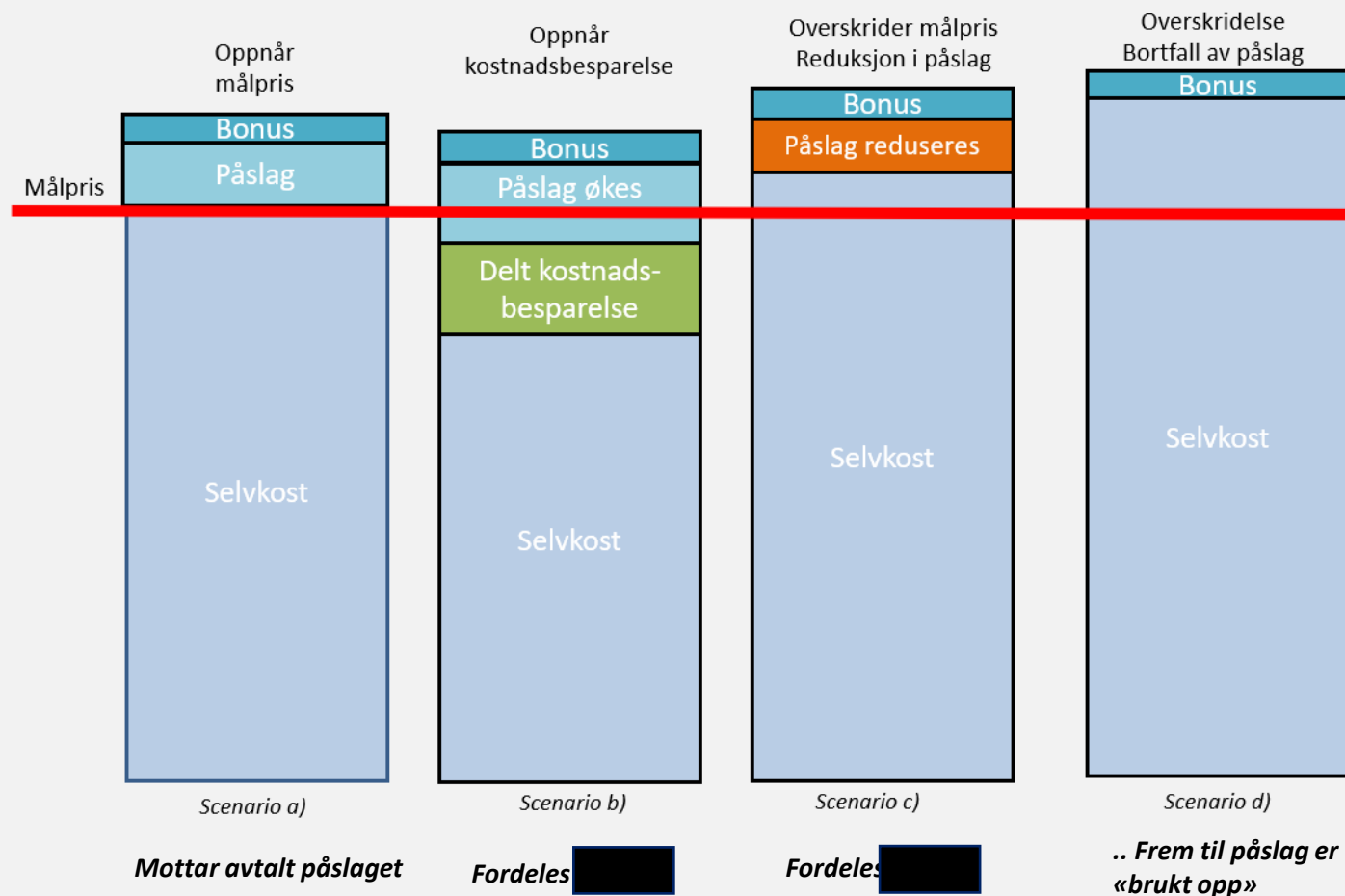


# Målpris

## Delprosjekt 2: sengebygg + akutt

- Prinsipp om kostnadsdekning for leverandørene
  - Totalentreprenøren risikerer ikke å tape penger på prosjektet
  - Men : risikerer å ikke tjene penger
- Minimal nedside – men heller ikke den store oppsiden – Trygt, forutsigbart og ikke-spekulerende, støttet av en holdning om åpenhet rundt økonomi.

Figur: Målpris og fordeling av risiko



# Anskaffelsesstrategi - delprosjekt 2

## Sengebygg + akutt

- ❖ Det anbefales konkurranse med prekvalifisering og forhandling.
- ❖ Det anbefales at konkurransen lyses ut senhøsten 2022, med anskaffelse av entreprenør ca mars 2023.
- ❖ Konkurransen vil gjennomføres før B4 beslutning. Det vil inntas klausuler om avbestilling som innebærer at risikoen knyttet til avbestilling som følge av manglende B4-beslutning blir minimal.

### 1. Pris: vekting [REDACTED]

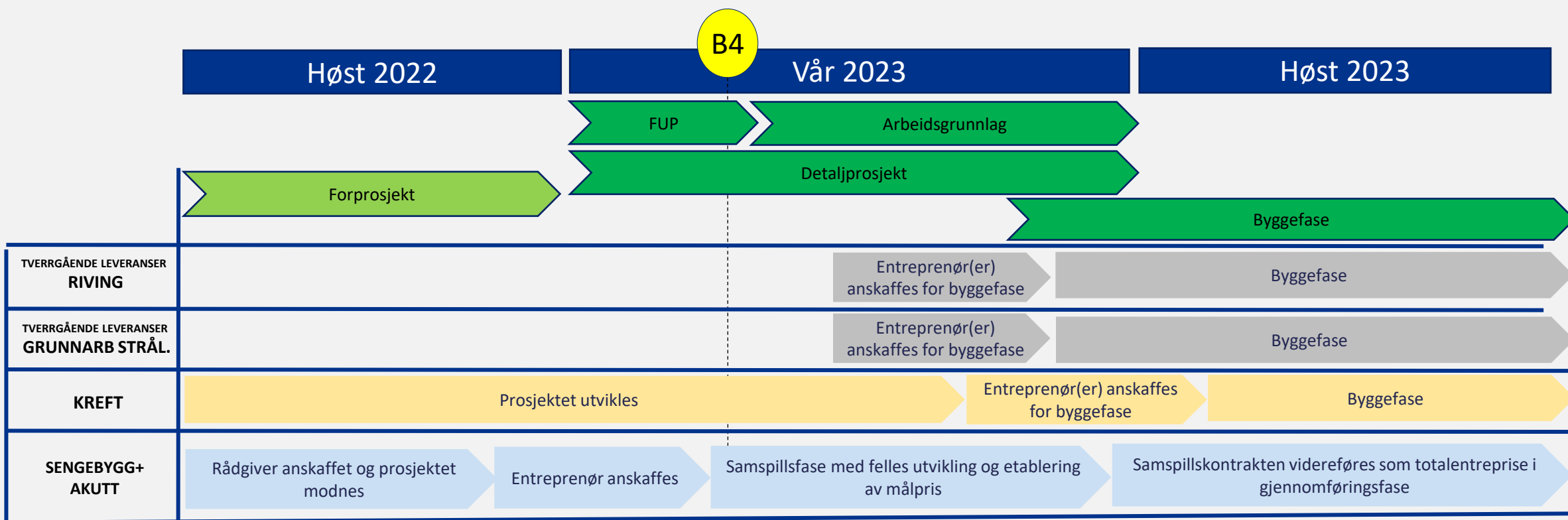
- Fortjenestepåslag
- påslagsprosent for tiltransport
- timepriser for samspillsfasen

### 2. Kompetanse og erfaring nøkkelpersonell: Vekting [REDACTED]

### 3. Målpris 0 for sengebygg: Vekting [REDACTED]

Tilbyder skal redegjøre for hva som er riktig «målpris 0» for prosjektet. Evalueringen legger vekt på **hvordan** tilbyder underbygger sine vurderinger med grunnlag i faktabasert informasjon.

# Fremdrift

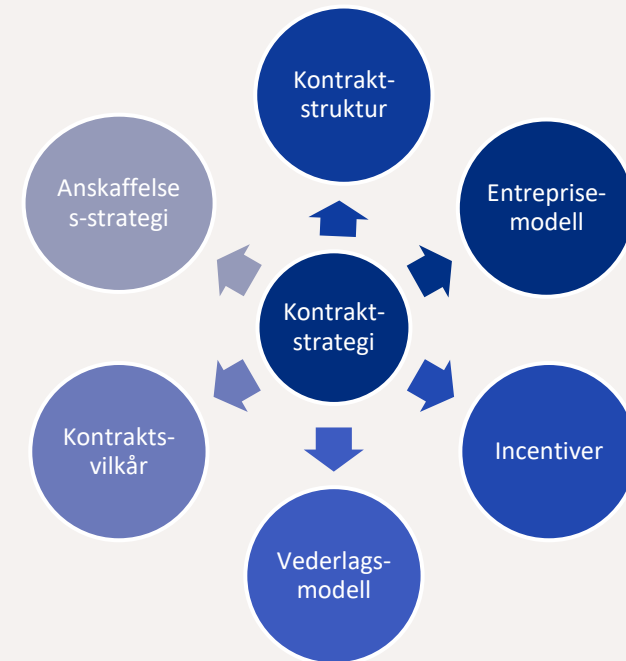


# Hva besluttet prosjektstyret 12.09.22?

## Komplett kontraktstrategi for USS prosjektet

### Vedtak:

«Presentert kontraktstrategi besluttes for gjennomføringsfase.»



### Hva betyr dette?

Struktur		Entreprisemodell	Rådgiver	Vederlag:	Anskaffelse	Fremdrift
<b>Delprosjekt 0:</b>	Tverrgående leveranser: riving, rigg, kulvert	Utførelsesentrepriser/ totalentrepriser	Eies av byggherren/ tiltransporteres	Kombinert: Fastpris/enhetspris/regning	Tildeling pris: [redacted] Vår/høst 2023	Anskaffelse påbegynnes vår 2023
<b>Delprosjekt 1:</b>	Kreftsenters	Delte entrepriser	Eies av Byggherren/ tiltransporteres	Kombinert: Fastpris/enhetspris/regning	Tildeling pris: [redacted] Vår/høst 2023	Anskaffelse påbegynnes vår/høst 2023
<b>Delprosjekt 2:</b>	Sengebygg + Akutt	Totalentreprise med samspill	Eies av Byggherren i samspilsfasen	Målpris. Fordeling risiko/gevinst [redacted]	Tildeling pris: [redacted] Tildeling nøkkelpersonell: [redacted] Tildeling metode målpris 0 [redacted]	Anskaffelse påbegynnes høst 2022

Confidential, Pedersen, Tone, 14.09.2022 16:58:25

## Saksfremlegg

### Saksgang:

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
Styret i Sykehuset Telemark HF	21. september 2022

<b>Type sak (sett kryss)</b>							
Beslutning	<input type="checkbox"/>	Etterretning	<input type="checkbox"/>	Orientering	<input checked="" type="checkbox"/>	Tema	<input type="checkbox"/>

Sak: 078 – 2022

### Driftsorienteringer fra administrerende direktør

#### Forslag til vedtak

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Skien, 12. september 2022

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

## **Driftsorienteringer fra administrerende direktør:**

### **1. Ny klinikk i Kirurgisk klinikk**

Torhild Fredheim er ansatt som ny klinikkisjef i kirurgisk klinikk. Fredheim har jobbet ved sykehuset siden 2011 og er i dag avdelingsleder for avdeling A ved klinikken. Hun har vært tilknyttet klinikken siden 2013. Fredheim tiltrer jobben i løpet av oktober og hun er opptatt av å videreføre det forbedringsarbeidet klinikken har jobbet med særskilt fokus på gode, effektive og kvalitative pasientforløp.

### **2. Utprøving av ny ordning for bestilling av blodprøver i helgene for å redusere svartider**

Laboratoriet mottar hver dag store mengder blodprøver for analyse. Situasjonen i dag er at det nesten er like mange rekvirerte morgenprøver på helg som på hverdager. Spesielt i helgene, hvor bemanning er redusert, medfører dette en stor arbeidsbelastning for ansatte på dagvakt og svartider kan derfor bli lengre enn ønsket.

Etter modell fra Vestre Viken helseforetak, som har prøvd ut dette i en lengre periode med suksess, vil vi å innføre en ny bestillingsrutine for blodprøver i helger og helligdager. Erfaringer fra Vestre Viken viser blant annet et stor forbedring i svartid og mindre belastende helgevakter. Rutinen har også samlet gitt en nedgang i rekvirerte prøver på 23 prosent. Kortere svartider vil bedre pasientflyt og øke pasientsikkerheten.

### **3. Koronastudie vekker internasjonal oppmerksomhet**

Det er Sykehuset Telemark og Sykehuset Sørlandet som står bak studien "SARS-CoV-2 antibody persistence after five and twelve months: A cohort study from South-Eastern Norway". Personene som deltar hadde covid-19 i den første smittebølgen i mars 2020 eller den andre som utspant seg fra september samme år. 391 personer har deltatt i koronastudien som viser at også mild sykdom gir beskyttelse forholdsvis lenge etterpå. Nå er studien publisert i det digitale tidsskriftet "PLOS ONE".

#### *Mild sykdom beskytter mer enn vi først trodde*

Det viktigste funnet er at vi ser at deltakerne hadde gode nivåer av antistoffer 10-12 måneder etter covid-19. Og når dette er personer som hadde mild sykdom, forteller det at immunforsvaret beskytter mer enn vi først trodde i denne tiden. At ingen av deltakerne har hatt reinfeksjoner i løpet av de 12 månedene underbygger dette, sier Marjut Anneli Sarjomaa, overlege og stipendiat. De første deltakerne startet testingen i mai 2020. Stort sett alle de 391 deltakerne hadde et mildt sykdomsbilde. 12 måneder etter at de fikk påvist korona hadde 94 prosent fortsatt gode nivåer av antistoffer i blodet.

Det er norske pasienter med mild covid som er med i studien. Det er snakk om kontroll hvert halvår i to år. Samtidig har vi også hatt 719 deltakere som ikke har hatt korona som kontrollpersoner i studien. Funnene er interessante for vår befolkning og det gjør at det er viktig å fortsette studien med de samme deltakerne for å se på nivåer av antistoffer etter 24 måneder.

Framover skal studien undersøke antistoffene man får av vaksinene og antistoffene man får av covid-19. Det vil gi oss ytterligere ny kunnskap om hva slags beskyttelse antistoffene gir og eventuelle forskjeller.

#### **4. Modell av sengerom i nytt bygg**

I foajéen utenfor konferansesenteret og kantina er det bygget en modell av et sengerom slik det er tegnet til sykehusets nye sengebygg. Prosjektet for det nye sengebygget ønsket å lage en modell hvor vi kan teste rommets funksjonalitet og eventuelt korrigere for lite hensiktsmessige løsninger.

Sengebygget skal etter planen stå ferdig i 2026. Det er planlagt tre sengeområder i det nye bygget, et område per etasje. I hvert område er det tegnet inn fire smitte/handikaprom og to tresengsrom, samt 24 ensengsrom tilsvarende modellen.

Modellen vil bli benyttet til opplæring, trening og simulering i den perioden den vil bli stående.

#### **5. Vi løfter frem pasientsikkerhet**

Våre ledere og ansatte har høyt fokus på pasientsikkerhet 24/7. Sykehuset ønsker å løfte frem alt det gode arbeidet med pasientsikkerhet- og kvalitetsforbedring som skjer i fagmiljøene. Uke 45, fra 7. til 11 november er viet til pasientsikkerhet og vi planlegger et omfattende program gjennom hele uken. Både på dag- og kveldstid. Det skjer på avdelinger i Skien, på Notodden, i Porsgrunn og i Seljord.

Onsdag 9. november arrangerer sykehuset konferanse med pasientsikkerhet- og kvalitetsforbedring som tema. Vi setter søkelyset på legemiddelsikkerhet, selvmordsforebygging, kommunikasjon, ledelse og pandemi. Denne dagen blir det flere spennende temaer med eksterne og interne foredragsholdere. Blant annet kommer assisterende helsedirektør Espen Nakstad for å snakke om hva vi har lært av koronapandemien og hva tar vi med oss videre. Dagen avsluttes med utdelingen av STHFs forbedringspris for 2022.

Uka avsluttes fredag 11. november. Da kommer Elisabeth Arntzen til sykehuset for å forelese og diskutere ledelse. Elisabeth er utdannet lege, med mer enn 35 års erfaring fra spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten, Statens Helsetilsyn, arbeidsmedisin med mer. Hun tar utgangspunkt i boken sin: «Ledelse og kvalitet i helsetjenesten – arbeidsglede og orden i eget hus». Boken ble utgitt i 2021 (andre utgave). Den er pensum ved flere utdanningsinstitusjoner, blant annet BI.

#### **6. Kartlegging av digital sikkerhetskultur – spørreundersøkelse**

Trusler som går ut på å manipulere oss mennesker til å begå sikkerhetsbrudd er i fremvekst. Derfor er det viktig at ansatte i HSØ har riktig kunnskap, ferdigheter og holdninger til å beskytte HSØ sine informasjonsverdier. For å sikre dette ønsker HSØ å måle sikkerhetskulturen i foretaksgruppen. Målingen gjennomføres som en spørreundersøkelse. Den er sendt ut til tilfeldige medarbeidere den 29. august og er et viktig bidrag for videreutviklingen av den digitale sikkerhetskulturen i HSØ.



Målingen er basert på Digitaliseringsdirektoratets veileder for kartlegging av digital sikkerhetskultur. Undersøkelsen inneholder ca. 30 spørsmål og tar ca. 7 minutter å besvare. Det vil bli målt fem ulike områder:

- Holdninger til digitalisering og digital sikkerhet
- Risikooppfattelse
- Sikkerhetsatferd
- Kunnskap, læring og interesse
- Synet på styring og kontroll

Kartleggingen utføres av spørreundersøkelsestjenesten i Sykehuspartner og bli gjort via et verktøy som sikrer at svarene blir behandlet konfidensielt.

Resultatene vil bli analysert, og en rapport vil bli utarbeidet.

## **7. Offisiell åpning av Pusterommet på Nordagutu**

18. august ble Pusterommet på Nordagutu, som startet opp i mai i år offisielt markert som åpnet. Dagen ble markert med snørklipping og taler. Pusterommet tilbyr fysisk aktivitet til personer som har, eller har hatt, kreftsykdom.

Tilbudet på Nordagutu er etablert i tillegg til Pusterommet i Skien som har vært i drift i mange år nå.

Øvrig informasjon kan bli gitt muntlig i møtet

## Saksfremlegg

### Saksgang:

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
Styret i Sykehuset Telemark HF	21.09.2022

<b>Type sak (sett kryss)</b>							
Beslutning	<input type="checkbox"/>	Etterretning	<input type="checkbox"/>	Orientering	<input checked="" type="checkbox"/>	Tema	<input type="checkbox"/>

### Sak: 079-2022 Virksomhetsrapport per 2. tertial 2022

#### Hensikten med saken

Saken beskriver oppnådde resultater per august 2022.

#### Forslag til vedtak

Styret tar virksomhetsrapport per 2. tertial til orientering.

Skien, 14. september 2022

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

## 0 Sammen drag

Sykehuset Telemark rapporterer et økonomisk resultat på –6,4 millioner kr. per august. Dette er 46,4 millioner kr. lavere enn periodisert styringsmål. Avviket skyldes en rekke forhold, blant annet:

- høye kostnader til variabel lønn
- fortsatt sterk vekst innen fritt behandlingsvalg
- betydelig høyere pris- og lønnsvekst enn forutsatt i budsjett
- svært høyt aktivitetsnivå i pre-hospitale tjenester og akuttmottak
- høyt belegg med krevende driftssituasjon i akuttpsykiatrien

Lønnsoppgjøret er beregnet å gi en merkostnad utover budsjett på 17 millioner kr på årsbasis. Av dette er 8,6 millioner kr resultatført per august.

Resultatet for august isolert er -3,8 millioner kr. Merkostnader som følge av lønnsoppgjøret, høye kostnader fritt behandlingsvalg samt høye lønnskostnader knyttet til overtid og ekstrahjelp er viktigste årsaker til merforbruket i perioden. Med bakgrunn i resultatene i foregående perioder hadde sykehuset forventet et relativt svakt resultat også i august. Det rapporterte resultatet er imidlertid mer negativt enn forventet og viser at den økonomiske situasjonen er mer krevende og vil kreve mer tid å snu. Sykehuset har derfor valgt å redusere estimat for årsresultat fra 25 til 15 millioner kr.

Sykehuset er i en krevende økonomisk situasjon hvor det er nødvendig å iverksette tiltak. Klinikkenes budsjettavvik per juni 2022 er «nullstilt» for å reflektere at drift fra dette tidspunktet er normalisert og må finansieres av ordinære midler/inntekter og at fokus rettes fullt ut på å oppnå budsjett for annet halvår. Videre er det i august besluttet et kortsiktig kostnadsprogram for høsten 2022 som sammen med det løpende arbeid med å normalisere driften skal bidra til å sikre at sykehuset minst leverer et resultat i tråd med nytt estimat for 2022.

Siden mai/juni har koronasituasjonen i sykehuset i stor grad vært normalisert og sykefraværet har falt noe. Korttidsfraværet er imidlertid fortsatt høyere enn før pandemien og sammen med stor innstrøm av pasienter og høyt belegg på sengepostene har dette skapt en krevende situasjon. For å sikre tilstrekkelig bemanning gjennom ferieperioden har det vært nødvendig med særlige tillegg for enkelte grupper og i tillegg til høy overtidsbruk.

Det har vært høyt belegg på medisinske sengeposter i august. Også i akuttpsykiatrien har belegget vært høyt de siste månedene og gitt en krevende driftssituasjon. Generelt har kombinasjonen høyt sykefravær og ressurskrevende pasienter til tider skapt en krevende driftssituasjon med økte lønnskostnader. Samlet DRG-aktivitet i somatikken har de siste periodene vært som budsjettet og på nivå med 2019. Planlagt forbedringsarbeid er betydelig forsinket på grunn av pandemien og den krevende driftssituasjonen.

Antall pasienter på venteliste øker også i august. Antall henvisninger mottatt så langt i år er tilbake på nivå fra før pandemien. Det er fortsatt stor henvisningsstrøm til barne- og ungdomspsykiatrien, Endo-mama, Gastro, Plast og Fertilitet. Også barnemedisin har hatt en stor henvisningsøkning de siste månedene. Antall og andel pasienter passert planlagt tid er fortsatt høyt.

Det er fortsatt økende antall fristbrudd for både ventende og påstartet pasient. Det er MATA som står for mer enn 50% av fristbruddene og her iverksettes det nå særlige tiltak (bl a ekstra poliklinikk kveld/helg og innleie av leger). Barnepoliklinikken ha på grunn av økte henvisninger samtidig med utfordringer med poliklinikk-kapasiteten et økende antall fristbrudd

Barne- og ungdomspsykiatrien har over lengre tid hatt stor økning i henvisninger, men hittil i 2022 er det mottatt færre henvisninger enn i tilsvarende periode i fjor. Henvisningene har imidlertid vært på nivå med rekordåret 2021 de siste månedene. Økt produktivitet og tilsetting av flere behandlere har så langt håndtert økt behandlingsvolum. Aktiviteten i august er litt lavere enn budsjettert, men hittil i år er aktiviteten i BUP høyere enn i fjor. Store rekrutteringsvansker i voksenpsykiatrien (VOP/TSB) har over tid ført til nedgang i behandlingsvolum ved poliklinikkene.

Andelen telefon/video-konsultasjoner er 11,9 % for alle fagområdene samlet hittil i år. Etter høyere andel i starten av året har andel telefon og video ligget stabilt rundt 11 %. Det er noe variasjon mellom fagområdene. VOP ligger på 15 % og TSB viser 28 %. BUP har hatt en stor aktivitetsvekst de 2 siste årene, og andelen telefon- og videokonsultasjoner på 27 % har bidratt til høy aktivitet.

Målsetninger for ventetid er ikke oppnådd innenfor BUP, VOP og TSB i august.

## Innhold

0	Sammendrag .....	2
1	Risikovurdering per 2. tertial .....	6
2	Nasjonale og regionale styringsmål beskrevet i OBD .....	9
2.1	Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling .....	9
	Prioriteringsregelen .....	9
	Bruk av tvang.....	10
	Nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus.....	10
2.2	Bedre kvalitet og pasientsikkerhet .....	12
2.3	Tilgjengelighet og sammenhengende pasientforløp .....	12
	Ventetider og ventende .....	12
	Korridorpasienter .....	14
	Belegg .....	14
	Planleggingshorisont og operasjoner .....	14
	Pakkeforløp kreft – andel behandlet innen standard forløpstid og antall nye pasienter i pakkeforløp .....	14
3	Aktivitet .....	15
3.1	Somatikk .....	15
3.2	Psykisk helsevern og TSB .....	16
4	Bemannning - brutto månedsverk, samlet lønnskostnad og innleie .....	18
5	Økonomi .....	19
5.1	Klinikkene.....	20
6	Tertialvise forhold.....	23
6.1	Forskning .....	23
6.2	Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring – I trygge hender 24/7 .....	23
	GTT .....	23
	Spesielt om innsatsområdet NEWS (tidlig oppdagelse av forverret tilstand) .....	24
	Pasientsikkerhetskonferansen – 9. november 2022 – ved Sykehuset Telemark .....	25
	Forbedringsprogrammet .....	25
	Eksterne tilsyn og revisjoner .....	25
	Uønskede pasienthendelser og klagesaker .....	26
	Indikator for meldekultur.....	28

Nytt forbedringssystem- EQS.....	28
6.3 HMS og arbeidsmiljø.....	29
6.4 Personvern og informasjonssikkerhet.....	30

## 1 Risikovurdering per 2. tertial

Virksomheten i sykehuset skal utøves i samsvar med gjeldende lover, retningslinjer og styringskrav fastsatt i oppdragsdokumentet eller foretaksmøtet samt vedtak som fattes av eget styre. Effektiv styring forutsetter at det er etablert en intern kontroll i virksomheten som skal identifisere systemsvikt, feil og mangler samt bidra til å nå gjeldende styringskrav og målsettinger. Innenfor hvert av styringsmålene er konkrete og målbare mål gjennomarbeidet og det er gjort vurdering av risiko for manglende måloppnåelse, med tilhørende sannsynlighets- og konsekvensbeskrivelse.

Hensikten med risikovurderingen er å identifisere hvilke områder som trenger særskilt oppmerksomhet i perioden fremover og nødvendige tiltak for å oppnå resultater som forventet i løpet av året.

Etter mer enn 2 år med driftsforstyrrelser gjennom koronapandemien, er sykehuset tilbake i normal drift. Kompensasjon for koronarelaterte kostnader er stoppet, og kostnadspådraget i forbindelse med pandemien utgjør en betydelig risiko. Det er et sterkt fokus på å redusere kostnadsnivået i henhold til budsjettammene. ISF-aktivitet er i balanse, men kvalitetsparametere som ventetid og korridorpasienter viser fremdeles bekymringsfull utvikling. Sykefraværet er på vei ned, men ligger fremdeles noe høyere enn normalt per august. Det er kapasitetsproblemer og rekrutteringsvansker i psykiatrien.

Risikomatrixe 2. tertial 2022 STHF						
		Konsekvens				
		1	2	3	4	5
Sannsynlighet	5				2	
	4				3, 9	
	3			↓ 1, 5, 6	↓	
	2				↓ 8	
	1					

Risikoområder	Sannsynlighet					Konsekvens					Historisk utvikling			
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	T2-21	T3-21	T1-22	T2-22
1 Tilgjengelighet			x					x						
2 Økonomi					x				x					
3 Bemanning				x					x					
5 Personvern og informasjonssikkerhet			x ←					x						
6 Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring			x					x						
8 Aktivitet		x ←							x					
9 Kapasitet innen PHV				x					x					

**1. Tilgjengelighet** – Uendret. Ventetidene ligger på et høyere nivå enn samme tid i fjor, og før pandemien. Ventetid ventende og påstartet for somatikk er hhv. 79 og 74 dager, og 30 og 48 dager for psykiatri. Fristbrudd er 5,2 %, hvorav majoriteten gjelder Mage og tarm-avdelingen og barne- og ungdomsmedisin. Det er normalt noe forverring i kvalitetsparametere etter sommeren, og det forventes at tallene vil forbedres gjennom høsten. Sykefraværet er kraftig redusert siden første tertial, men ligger fremdeles noe høyere enn normalt for sommeren.

**2. Økonomi** – Uendret. Sykehuset rapporterer et driftsresultat på -6,4 millioner kr. per august, som er 46,4 millioner kroner lavere enn budsjett. Økonomiske resultater er svekket gjennom koronasituasjonen. Det mottas ikke ytterligere kompensasjon for koronarelaterte kostnader, og sykehuset jobber med strakstiltak for å redusere kostnadsnivået i henhold til budsjett. Underliggende utviklingstrekk, demografi i Telemark gjør det krevende å sikre økonomisk bærekraft over tid.

**3. Bemanning og kompetanse** – Uendret. Det har vært nødvendig å innføre særavtaler for sykepleiere og jordmødre for å kunne gjennomføre sommeravviklingen. Dette har vært kostnadskrevende. Rekruttering av spesialister til BUP, VOP og TSB er svært krevende. Dette gir lav spesialistdekning og fører til forsinkelser i behandlingsforløp og dårligere pasienttilbud.

**5. Informasjonssikkerhet og personvern** - Redusert sannsynlighet. Risiko for eksterne dataangrep anses økt marginalt, blant annet på bakgrunn av situasjonen med Ukraina. Trusselvurderinger tilsier ikke økt risiko alene pga. det, sammenliknet med forrige tertial. Sykehuspartner vurderer fortløpende trusselsituasjon og melder til oss om endringer av trusselnivået kontinuerlig. Ansatte er informert om risiko for phishing-angrep, og får anbefalinger om hvordan man skal forholde seg til dette. Programmet «Hoxhunt» er rullet ut for at ansatte skal kunne rapportere mistenkelige e-poster og bli mer oppmerksomme i det daglige. Sykehuspartner HF har i perioder hatt økt beredskap og overvåking av situasjonen.

IT-løsning for regional protokoll for håndtering av data etter GDPR Artikkel 30 er levert. Arbeidet med komplettering av protokollen videreføres, og systematikk og ansvars plassering for ajourføring av protokollen er definert. Prioriteres å få etablert vedlikehold i linja 4. kvartal 2022/1. kvartal 2023.

Relatert til ovenstående er problematikken med bruk av amerikanske skytjenester, evt. europeiske med hovedkontor i USA, hvor disse kan kreve utlevering av våre opplysninger. Lokalt må vi risikovurdere denne type løsninger fra gang til gang, gjennom en totalvurdering vektet mot oppsider for f.eks. pasient, kombinert med kompenserende tiltak.

**6. Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring** – Uendret. Det er en negativ utvikling i tilgjengelighet i siste tertial. Dette gjelder ventetider, fristbrudd og passert tentativ tid, og er primært knyttet til sommeravviklingen. Det er høy fokus på å normalisere driften raskt slik at tilgjengeligheten blir bedre. Korridorpatienter er redusert gjennom sommeren, men det vurderes å være risiko for økning utover høsten. Det er særlig en utfordring i Medisinsk klinikk. Arbeidet med tiltak fra prosjektet Pasientflyt



24/7, med fokus på pasientforløp samt flere av tiltakspakkene fra «I trygge hender 24/7», blant annet tidlig oppdagelse av forverret tilstand (NEWS-2), fortsetter. Relevante kvalitetsindikatorer, herunder 30-dagers overlevelse, tematiseres i Helsefelleskap FSU Kvalitet og tjenesteutvikling. Et felles fokus fra kommuner og sykehus forventes å ha positiv effekt på pasientsikkerheten. Det er videre fokus på kreftområdet. Forbedringsarbeid knyttet til pakkeforløp lungekreft har vært gjennomført, og resultater forventes. Fagråd kreft er etablert i sykehuset. Hensikten er å øke kvaliteten langs hele forløpet, både når det gjelder diagnostisering og behandling, herunder økt 5-års overlevelse.

**8. Aktivitet** – Redusert sannsynlighet. Det er høy aktivitet i Medisinsk klinikk. Kirurgisk klinikk ligger på et normalt nivå, men litt under budsjett. Det er høy aktivitet på poliklinikk, og det jobbes godt med ventelister, men budsjetterte inntektsforventninger vil ikke bli innfridd. Fokus i hele sykehuset er på normalisering av drift etter en periode med høyt sykefravær og driftsforstyrrelser. Utskrivningsklare pasienter er på sitt høyeste nivå per august siste 8 år med 4169 døgn, mot tilsvarende 2876 døgn på samme tid i fjor. Dette gjelder 782 enkeltpasienter per august. 94 % gjelder somatikk.

Det er lav aktivitet på Voksenpsykiatri og TSB målt mot tidligere år. Deler av aktivitetsnedgangen skyldes rekrutteringsutfordringer og vesentlig færre terapeuter enn i fjor, spesielt innenfor TSB. Det har i det siste vært en stor turnover, noe som medfører en noe lavere aktivitet og produktivitet enn ved erfarne behandlere. Mangel på spesialister fører til store kapasitetsutfordringer. Dette gir også endringer i hvordan henvisninger blir vurdert. STHF har gått fra administrativt besluttet inntaksprosent på maks 15% til å forholde seg til nasjonal faglig prioriteringsveileder. Grunnen til dette igjen er en enorm kapasitetsutfordring grunnet tidligere inntakspraksis på 85% inn, og mange vakanser i flere yrkesgrupper i poliklinikkene. Neste tiltak er å øke ventetiden for å kunne ferdigbehandle pågående pasientforløp – hvis dette ikke er tilstrekkelig tiltak.

Aktiviteten innen BUP er på nivå med 2021 men lavere enn budsjett. Budsjett 2022 er fastsatt med bakgrunn i prioriteringsregelen som tidligere ble målt i forhold til vekst i somatikken. Det er et stabilt høyt nivå på henvisningene til BUP, og dette utfordrer kapasiteten i en situasjon med vakante behandlerstillinger og få spesialister. Det er betydelige utfordringer med å rekruttere leger og psykologspesialister

## **9. Kapasitet innen psykisk helsevern/TSB – Ny.**

Flere dømmes til tvungent psykisk helsevern. Det er ikke ledige plasser i sikkerhetspsykiatrien og dette fører til at andre sikkerhetspasienter (krevende pasienter uten dom) må plasseres på andre lukkede poster. Dette forskyver krevende behandlingsopplegg til poster som ikke er rigget for dette (lokaler, bemanningsressurser, kompetanse), og medfører dårligere pasienttilbud og økte kostnader. STHF er nå i gang med å utvide sikkerhetspsykiatrien med 7 nye pasientrom.

Vedvarende høyt antall henvisninger til BUP, blant annet knyttet til økning i spiseforstyrrelser og andre ressurskrevende lidelser. Antall henvisninger ser ut til å ha stabilisert seg, men på et vesentlig høyere nivå enn før pandemien. Dette utfordrer kompetanse og kapasitet. BUP har fått tilført ressurser for å øke antall behandlere, men rekrutteringsutfordringer er til hinder for økt kapasitet. Spiseforstyrrelser er prioritert gjennom styrking av ressurser og kompetanse i Team for spiseforstyrrelser. Det er også etablert et poliklinisk oppfølgingsteam knyttet til ungdomspsykiatrisk sengepost for å hindre innleggelse, og for bedre å følge opp pasienten etter utskriving.

4 seksjoner i BUP samlokaliseres i Skien sentrum fra vinteren 2023, for å styrke fagmiljø, øke rekrutteringskraft og minske uønsket variasjon. Samlokalisering legger også til rette for økt aktivitet og bedre kvalitet i pasientbehandlingen – som er nødvendig for å møte henvisningsmengde og kompleksitet i sykdomsbilde.

Driftssituasjon VOP er krevende og flere av poliklinikkene har kritisk få spesialister. Ved manglende spesialistrekruttering kan tilbud måtte stenge til høsten. Lukkede akuttposter har en krevende driftssituasjon pga. krevende pasienter fra sikkerhetsposten. De allmennpsykiatriske sengepostene får et høyere trykk da akuttpasienter må overføres dit pga. plassmangel i akuttpostene. I noen tilfeller skrives pasientene ut tidligere enn de ville gjort med full kapasitet. Det er også en opplevelse av at sykdomsbildet har forverret seg og pasientene er mer krevende enn tidligere.

Det er generelt vanskelig å rekruttere psykologspesialister, overleger og psykologer. Samtidig er det relativt høy turnover, og antall vakante behandlerstillinger er økende. Dette er en uheldig utvikling siden rekruttering til små fagmiljøer er ekstra vanskelig. BUP, VOP og TSB består av mange små poliklinikker som er svært sårbare ved vakanser og lite konkurransedyktige i rekrutteringssammenheng.

## 2 Nasjonale og regionale styringsmål beskrevet i OBD

Det er i Oppdrag og bestilling for 2022 definert tre hovedmål:

1. Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
2. Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet
3. Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp

### 2.1 Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

#### Prioriteringsregelen

##### Ventetider

Kravet måles i absolutte tall, hvor ventetiden for VOP skal være under 40, BUP under 35 og TSB skal ha ventetid lavere enn 30 dager.

Ventetid påstartet økte for alle tjenesteområdene innenfor PHV/TSB i august.

Hittil i år er ventetiden påstartede på 35,2 dager innenfor VOP og 23,2 dager i TSB, mens BUP har en ventetid påstartet på 38 dager.

Prioriteringsregelen målt i ventetid er da oppfylt innenfor VOP og TSB, mens BUP ikke innfrir målet hittil i år. Ventetid ventende var ved månedsskifte august september på 30 dager samlet innenfor PHV/TSB. Barne- og ungdomspsykiatrien har fortsatt en stor henvisningsmengde som fører til økte ventetider.

### Polikliniske konsultasjoner

Kravet måles ved at aktiviteten i 2022 skal være høyere enn i 2021.

Antall polikliniske konsultasjoner har økt innenfor BUP, mens VOP og TSB har redusert sin aktivitet. Dette skyldes i hovedsak den store nedgangen i antall terapeuter. STHF innfrir ikke prioriteringsregelen samlet sett.

Se avsnitt **3 Aktivitet** for detaljer om utvikling.

### **Bruk av tvang**

Målsetting for 2022 er å forhindre feil bruk av tvang og tilrettelegge tjenestene slik at forebygging av aggresjon og vold understøttes.

Det er 263 tvangsinnlagte hittil i år, noe som er en økning på 30 % fra samme periode i fjor. Utviklingen fra i fjor høst ser ikke ut til å avta i 2022. Dette tilsvarer et gjennomsnitt på 0,19 per 1000 innbyggere. Med 1510 antall innlagte er andelen tvangsinnlagte oppe på 17,4 % hittil i år. Andelen tvangsinnlagte var 16,1 % i samme periode i fjor.

<b>Prioritere psyk.helsevern og TSB</b>	<b>mål 2022</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>Hittil 2022</b>
Antall tvangsinnleggelses psyk./1000 innbyggere	lavere enn 2021	0,14	0,16	0,16	0,19
Andel tvangsinnleggelses	lavere enn 2021	14,3 %	17,4 %	16,5 %	17,4 %
Antall pasienter i døgnbehandling som har minst ett tvangsmiddelvedtak	reduseres	11	11	12	9

### **Nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus**

Pakkeforløp psykisk helse og rus har endret navn til Nasjonale pasientforløp og vil på sikt erstattes med nye løsninger. Frem til ny løsning er på plass, opprettholdes forløpene og de av indikatorene som måler innhold i pasientforløp.

Mål 2022:

- Andel pasientforløp som har gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.
- Andel pasienter i pasientforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan, skal være minst 80 pst.

Seks pasientforløp for psykisk helse og rus ble innført i 2019. I 2022 er det 7 pasientforløp.

Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene skal sørge for at praksis i spesialisthelsetjenesten blir endret i tråd med anbefalingene i pasientforløpene. Målet er likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor, unngå unødig ventetid for utredning, behandling og oppfølging, økt brukermedvirkning og brukertilfredshet, sammenhengende og koordinerte pasientforløp og bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner. Det brukes fortsatt mye tid og ressurser på å følge opp koding av pasientforløp.

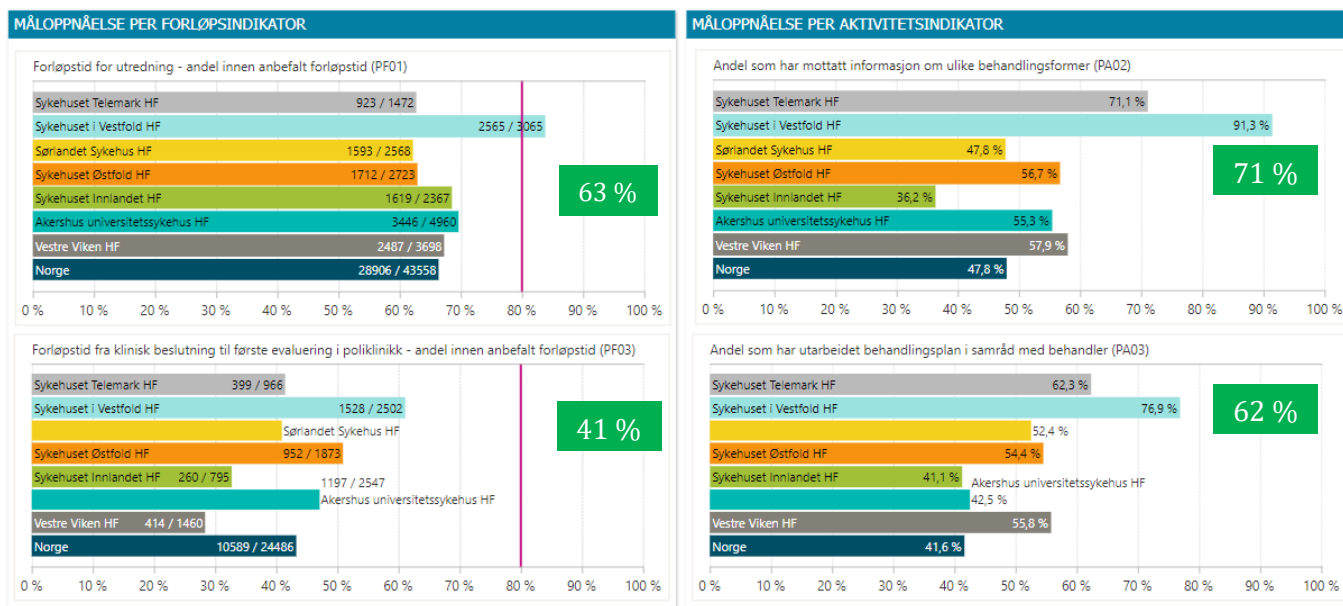
Side 10 av 31

Det er store forskjeller i måloppnåelse innenfor de ulike forløpene. Hittil i år har STHF en måloppnåelse på 63 % på forløpstid for utredning. Dette er 18 % - poeng bak HSØ-målet, og 3,7 % - poeng bak landsgjennomsnittet. Pasientforløp innenfor BUP er nede på 47 % måloppnåelse, mens psykose (D06), OCD (D07) og pasientforløp psykisk helsevern voksen (D11) leverer som landsgjennomsnittet på 72 % måloppnåelse.

Når vi kommer til parameteren for første evaluering ligger STHF på 36 % måloppnåelse, noe som er langt unna målet. Denne måleparameteren strever de fleste foretakene med, og landsgjennomsnittet viser 45 % måloppnåelse. Evaluering av pasientforløp Spiseforstyrrelser (D08) og generell utredning og behandling barn og unge (D12) ligger 11 % - poeng over landsgjennomsnittet.

STHF ligger langt over landsgjennomsnittet når det kommer til måleparameteren «utarbeidet behandlingsplan i samråd med behandler». STHF leverer en måloppnåelse på 66 %, mens landsgjennomsnittet er nede på 40 %. HSØ samlet har 46 % måloppnåelse.

Figuren under viser det samlede resultatet per august:



August	Målekort STHF	Denne periode			Hittil i år		
		Faktisk	Mål	Avvik	Faktisk	Mål	Avvik
	Pasientforløp VOP - utredning	53	80	-27	72	80	-9
	Pasientforløp TSB - utredning	-	80	-80	74	80	-7
	Pasientforløp BUP - utredning	26	80	-54	47	80	-33
		Faktisk	Mål	Avvik	Faktisk	Mål	Avvik
	Pasientforløp VOP - evaluering	28	80	-52	34	80	-46
	Pasientforløp TSB - evaluering	71	80	-9	52	80	-28
	Pasientforløp BUP - evaluering	19	80	-61	49	80	-32
		Faktisk	Mål	Avvik	Faktisk	Mål	Avvik
	Pasientforløp VOP - behandlingsplan i samråd m/beh	55	80	-25	60	80	-20
	Pasientforløp TSB - behandlingsplan i samråd m/beh	46	80	-35	62	80	-18
	Pasientforløp BUP - behandlingsplan i samråd m/beh	62	80	-19	67	80	-14

## 2.2 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	mål 2022									aug. 22					VOP/ TSB
		des.19	des.20	des.21	jan.22	mai.22	jun.22	jul.22	aug.22	KIR	MED	MSK	ABK	BUK	
Sykehusinfeksjoner %	<3%	2,6 %													
Korridorpasienter - antall	0 %	121	66	178	196	293	218	105	213	47	166				
Korridorpasienter %	0,0 %	1,5 %	1,0 %	2,4 %	2,4 %	3,6 %	2,7 %	1,6 %	2,7 %	1,6 %	3,7 %				
Direkte time i %	100 %	84 %	85 %	79 %	77 %	72 %	79 %	78 %	69 %	79 %	56 %	100 %	0 %	55 %	84 %
Antall åpne dokumenter > 14 dager	<2800	3 951	3 662	4 205	4 158	3 852	3 659	3 386	3 300	582	1 243	16	5	828	626
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode	reduseres	1 068	794	1 589	1 642	1 294	1 102	1 323	1 270	472	514	8	63	159	54
Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse	>30%	28 %	28 %	23 %	23 %	23 %	24 %	23 %	24 %	24 %					

Perioden med lavere aktivitet i starten av pandemien førte til endringer i resultatene på de fleste områder, og flere kvalitetsparametere viste bedring gjennom 2020. Lavere belegg gav færre korridorpasienter, antall åpne dokumenter ble redusert, og færre pasienter hadde åpen henvisningsperiode uten ny kontakt. Med økende aktivitet og overgang til normal drift er de fleste indikatorene tilbake på nivået før pandemien.

Definisjon på hvilke dokumenter som skal inngå i indikatoren åpne dokumenter er endret fra og med februar 2022, og dette er forklaringen på reduksjon fra tidligere måneder.

## 2.3 Tilgjengelighet og sammenhengende pasientforløp

Redusere unødvendig ventetid	mål 2022									aug.22					
		des.19	des.20	des.21	jan.22	mai.22	jun.22	jul.22	aug.22	KIR	MED	MSK	BUK (som)	BUK (psvk)	VOP/ TSB
Gjennomsnitt ventetid i dager	50 dager somatikk 30 dager BUP/VOP/TSB	54	50	55	60	58	62	59	72	77	67	68	91	46	51/36
Fristbrudd avviklede, antall pr mnd	0	62	21	98	83	87	103	58	117	17	72	-	28		
Fristbrudd andel avviklede per mnd	0	2,2 %	0,8 %	4,0 %	3,0 %	3,0 %	3,6 %	3,8 %	4,8 %	1,4 %	9,4 %	28,9 %			
Antall som venter	reduksjon	7 534	6 416	7 349	7 239	7 419	7 482	7 690	7 782	4 577	1 978	421	431	71	210/14
Antall med ventetid over 1 år	0	42	33	71	56	56	61	64	70	62	6	-	-	-	2
Andel telefon/videokonsultasjoner	Som: 10% PHV/TSB: 25%	17,8 %			15,9 %	10,6 %	11,3 %	11,9 %	11,6 %	5 %	14 %	7 %	9 %	25 %	13/31 %
Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp (OA)	70 %	80 %	79 %	77 %	76 %	76 %	74 %	73 %							
Andel innen definert forløpstid	70 %	75 %	77 %	75 %	76 %	89 %	87 %	85 %							
Antall passert planlagt tid	reduksjon	4 834	4 774	5 529	5 432	6 835	8 117	8 140	8 188						
Andel passert planlagt tid %	<5%	8 %	9 %	9 %	9 %	11 %	13 %	13 %	13 %						

Sykehuset har over noen år valgt å ha mer ambisiøse lokale mål for tilgjengelighet enn de nasjonale målene. For 2022 betyr dette mål for ventetider innen somatikk på 50 dager og 30 dager for BUP, VOP og TSB. I tabellen ovenfor er dette reflektert.

### Ventetider og ventende

#### Kapasitetsutfordringer

Vi ser at kapasitetsutfordringer påvirker ventelistene for flere fagområder, og denne situasjonen ser ut til å vedvare. Kombinasjonen av færre polikliniske konsultasjoner og mange henvisninger inn gir økning i pasienter på venteliste. Det er fortsatt en økning i pasienter passert planlagt tid. Fagområdene som utmerker seg negativt og som har kapasitetsutfordringer er MATA, ØNH, Gyn, Barn, Hjerter og

Nevro. Disse har til felles en utfordring med å få gjennomført mange nok polikliniske konsultasjoner til å håndtere pasientmengden. Høyt sykefravær og vakanser i legegruppene kombinert med mange henvisninger inn og høyt belegg på sengepostene fører til at kapasiteten i poliklinikkene reduseres. Ferieavvikling og lavdrift forverrer situasjonen, men vi forventer bedring for noen av fagområdene de kommende månedene. For MATA sin del frykter vi at situasjonen forverres utover høsten med flere vakanser og ingen søkere til utlyste stillinger. Det er derfor iverksatt særlige tiltak (bl a ekstra poliklinikk kveld/helg, flere skopirom og innleie av leger).

#### Antall på venteliste og passert planlagt tid

Antall pasienter på total venteliste fortsetter å øke i forhold til tidligere perioder, og for rapporteringsperioden er det nå 58.613 pasienter som venter (opp 10% fra forrige periode). Den totale ventelisten fordelte seg på 20.904 pasienter som hadde fått time (+1.591), og 37.709 pasienter som ikke hadde fått time (-1.013).

Passert planlagt tid fortsetter å øke fra forrige periode med 48 kontakter (8.188 vs 8.140 forrige periode). Dette utgjør 12,7 % som er vesentlig høyere enn målkravet på 5 %. Fra samme tid i fjor er økningen på 3.961 kontakter med passert planlagt tid, altså nesten en dobling.

Det er Mage-tarm, ØNH, Barn, Endokrin/hormon, Hjerte, Plast, lunge som har høyest antall pasienter med passert planlagt tid ved sykehuset.

Utviklingen i offisielle ventelisten har hatt en jevn økning de siste fire månedene, og er på det høyeste antall ventende sammenlignet med siste tre år. Det er per august 7.782 som venter.

#### Primær henvisninger

Elektive: Antall elektive henvisninger hittil i år er 34.418. Dette er noe lavere enn for tilsvarende periode i fjor (-591). Antall henvisninger i august er lavere enn i 2019 og 2020.

Ø-hjelp (akutt-ankomster): Antall ø-hjelpshenvisninger har siden mars i år ligget nå på et tilsvarende nivå som før covid, og stabilt høyere enn 2020 og 2021.

#### Ventetider

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter med påstartet behandling ligger for denne perioden på 72 dager for alle tjenesteområdene samlet, mot 59 dager i forrige periode, og en økning på 12 dager i forhold til samme periode i fjor

Ventetid påstartet øker for alle tjenesteområdene i august: (denne periode/forrige periode) Somatikk 74 (61) dager, VOP 51 (46), BUP 46 (35) og TSB 36 (19). Topp fem avdelinger for ventetid påstartet er: Plast 127, ØNH 96, Ort 77, Hjerte 74, Fert 67.

Gjennomsnittlig ventetid for ventende pasienter for alle tjenesteområder er 77 dager, som er likt med forrige periode.

Ventetid ventende: Somatikk 79 (79) dager, VOP 27 (37), BUP 25 (35) og TSB 105 (33).

De fem avdelingene med lengst ventetid: Plast 148, Fertilitet 75, REF 69, Barn 69, Mage-tarm 74 og ØNH 72.

Antall ventende pasienter over 1 år er for denne perioden 70 pasienter, en økning på 6 pasienter fra forrige periode. Plast har den største andelen med 61 pasienter.

### Fristbrudd

Andel fristbrudd påstartet er for perioden på 4,8 % (3,8 %), antallet er 117 (58) fristbrudd, endring på +59 brudd fra forrige periode. Mage-tarm har 47 (31) fristbrudd og en andel på 30 %, og Barn har 28 (10) og en andel på 42 %.

Andel fristbrudd ventende for alle tjenesteområder er 4,2 % (4,1 % forrige periode), antallet er 329 (316), endring på + 13 brudd fra forrige periode. Mage-tarm har 176 (187) brudd, endring på -11 fra forrige periode og en andel på 42 %, Barn har 61 (70) brudd og en andel på 16,5 %.

### **Korridorpasienter**

I denne perioden har vi 213 (105 forrige periode) korridorpasienter. Andel korridorpasienter for perioden er 2,7 % (1,6 %). Det er medisinske fagområder som har de fleste (71 %) av korridorpasientene. Dette samsvarer også med at det er de medisinske sengepostene som har hatt høyest belegg siste periode.

### **Belegg**

Snitt belegg i somatikken denne perioden, barneposten ekskludert, er på 194 pasienter. Dette tilsvarer en beleggprosent på 102. Det har vært svært høyt belegg på alle medisinske sengeposter.

### **Planleggingshorisont og operasjoner**

Ventelister til operasjon har vært i en svakt stigende trend siste 18 måneder. I motsetning til tidligere år er det imidlertid en reduksjon i venteliste volumet til operasjon i august. Forklaringen ligger i god operasjonsdrift og færre sommerdrifts-dager i august enn normalt. Elektive operasjoner i august er 8 % under budsjett, mens ø-hjelpsoperasjoner er 1 % over budsjett. Strykningsprosenten er 4,3 % i august.

### **Pakkeforløp kreft – andel behandlet innen standard forløpstid og antall nye pasienter i pakkeforløp**

Samlede resultater (alle pakkeforløp) per 8 måneder viser 73 % av nye pasienter er inkludert i pakkeforløp. 77% av pasientene i pakkeforløp behandles innen standard forløpstid, det er bedre enn tilsvarende periode i fjor (71 %) og beste resultat i foretaksgruppen (likt med Sykehuset Østfold). Målet på 70% er innfridd.

Urologi generelt har en god utvikling og god kontroll. Innen gynekologisk kreft har vi relativt få pasienter og tallene vil derfor svinge noe mer. Vi ligger dessverre under standard forløpstid på alle tre forløpene. Her er også sykehuset avhengig av samarbeid med OUS.

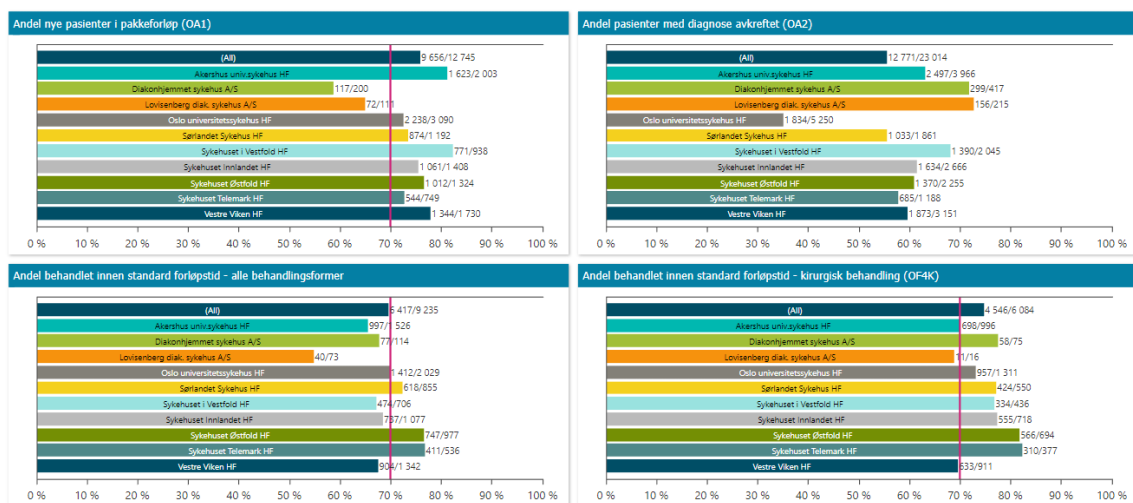
For føflekkreft (malignt melanom) oppnås 97 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid per 8 måneder. Her utføres hele forløpet ved STHF.

For lunge er 69 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid hittil i år. Sykehuset jobber tett sammen med Sykehuset i Vestfold, tilgang på PET er i utgangspunktet ikke lenger en utfordring, men det er krevende at man i ferieperioder stenger.

Per 8 måneder ble kun 50 % av alle lymfomer (kun 14 pasienter) behandlet innen standard forløpstid. Pakkeforløp innen lymfomer er utfordrende for hele landet. Diagnostikken (flow cytometri) utføres ved patologisk avdeling ved OUS, og man venter ofte lenge på svar. Vi skal nå delta i et regionalt nettverk innen lymfomforløp hvor man skal se på det felles utfordringsbildet. Fra 16.august startet et regionalt MDT lymfom, her vil både utredning og behandling bli diskutert. Per 8 mnd. ligger vi nå på 100% på myelomatose – det er få pasienter, men den etablerte systematikken er god.

Innen tykk- og endetarmkreft er 80 % av pasientene inkludert i pakkeforløp per 8 måneder. 65 % av pasientene er behandlet innen standard forløpstid.

Figuren nedenfor viser samlet resultater for jan-august 2022:



### 3 Aktivitet

#### 3.1 Somatikk

Koronasituasjonen påvirket foretakets drift i årets 3 første måneder. Nivået på øyeblikkelig hjelp-pasienter var lavere enn budsjettet og lavere enn i 2019. Aktivitetsnivået fra og med april har imidlertid vært tilnærmet likt og endog over budsjettet nivå.

Samlet budsjetttavvik vedrørende ISF poeng utført i eget HF (dag, døgn, poliklinikk) er for august 2022 4 % høyere enn budsjettet. Akkumulert per 8 måneder er budsjetttavviket nesten identisk med budsjett; +25 poeng.

#### ISF-poeng somatikk

\* ISF-budjetttavvik = Budsjettavvik hittil i år (innevarende år) x ISF enhetspris

Denne periode	Hittil i år				Hittil i år				ISF bud-avvik* (1000 kr)		
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2021	Budsjett 2022	
Kirurgisk klinikk	1 619	1 646	-26	-2 %	12 738	12 811	-72	-1 %	12 570	19 657	-1 728
Medisinsk klinikk	1 877	1 705	172	10 %	14 518	14 173	345	2 %	12 847	21 412	8 224
BUK	244	233	11	5 %	1 759	2 003	-244	-12 %	1 886	3 040	-5 830
Akutt og beredskap	11	9	2	17 %	80	72	8	11 %	67	118	185
MSK	22	34	-12	-35 %	220	244	-24	-10 %	233	400	-562
Ufordelt/kvalitetssikring	2	2	0	0 %	13	13	0	0 %	29	29	305
DRG Somatikk utført ved STHF	3 776	3 627	149	4 %	29 328	29 303	25	0 %	27 632	44 627	593
Total ISF-poeng Somatikk (inkl. legemidler, FBV) "sørge for"	4 307	3 891	417	11 %	31 516	31 398	118	0 %	29 733	47 767	2 809

Denne periode	Hittil i år				Hittil i år				Endring HiÅ 2022 - 2021		
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2021	Endring	%
<b>Somatikk</b>											
Antall utskrivninger Døgnbehandling	2 159	2 211	-52	-2,4 %	17 091	17 828	-737	-4,1 %	16 071	1 020	6,3 %
Antall liggedøgn Døgnbehandling	7 990	7 779	211	2,7 %	62 264	62 729	-465	-0,7 %	56 116	6 148	11,0 %
Antall oppholdsdager Dagbehandling	2 322	2 186	136	6,2 %	18 139	17 576	563	3,2 %	17 993	146	0,8 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	14 889	15 466	-577	-3,7 %	118 492	125 584	-7 092	-5,6 %	116 833	1 659	1,4 %

Den polikliniske aktiviteten i august var 10 % høyere sammenlignet med i fjor, men 4 % lavere enn budsjettet. August 2022 hadde 23 arbeidsdager. August i fjor hadde 22 arbeidsdager.



Antallet dagbehandlinger (dagkirurgi, dialyse-behandlinger og cytostatika-kurer for kreftpasienter) har i august vært 6 % høyere enn i fjor og budsjettert.

Andel video- og telefonkonsultasjoner er 8,9 % i august, noe under STHF's interne målsetting for somatikken som er 10 %. Hittil per 8 måneder er faktisk andel 8,8 %.

**Kirurgisk klinikk** ligger 72,4 ISF-poeng bak budsjett pr. august som er en forverring på 26 ISF-poeng siden forrige rapportering. Det har vært god operasjonsdrift de siste månedene som har bidratt til å hente inn mye av avviket fra første kvartal. Særlig gastro og ortopedi har hatt høy aktivitet. Ventelister til operasjon har lagt på et lavere nivå enn tidligere år, men er i en svakt stigende trend over lengre tid, og er nå på et tilsvarende nivå som før pandemien. Indekser hittil i år avviker -2,1 % for dag, og -4,7 % for døgn.

Aktiviteten i **Medisinsk klinikk**, målt i antall ISF-poeng, har per 8 måneder vært 344 poeng (+2 %) høyere enn budsjettert, og hele 13 % høyere enn i samme periode i fjor. Nivået på øyeblikkelig hjelp-pasienter var spesielt i januar og februar lavere enn budsjettert pga. den pågående pandemien, men har fra i vår vært tilbake på budsjettert nivå og endog høyere. Fra april har det i gjennomsnitt vært gjennomsnittlig over 100 % belegg ved de medisinske sengepostene. Belegget i august var i gjennomsnitt 105 % ved sengepostene i Medisinsk klinikk.

Aktiviteten knyttet til poliklinikk/dagbehandling var per 8 måneder 5 % lavere enn budsjettert, men 5 % høyere enn i fjor.

**Barne- og ungdomsklinikken** har et negativt budsjettavvik på -244 ISF-poeng (-12 %) per august. 194 poeng skyldes færre døgnopphold, og av disse er 111 poeng knyttet til friske nyfødte. Det har i første halvår vært høyt sykefravær og vakanser i legegruppa og dette har medført redusert poliklinisk aktivitet. Det forventes økende poliklinisk aktivitet utover høsten når alle stillinger er besatt.

### 3.2 Psykisk helsevern og TSB

Trykket på de voksenpsykiatriske sengepostene er høyere enn tidligere i år, og målt mot fjoråret er det en vekst på 6,0 % i antall liggedager og 19,4 % i antall sykehusopphold. Målt mot budsjett er det 2,6 % høyere antall liggedager og 12,2 % høyere antall sykehusopphold. Den store veksten i voksenpsykiatrien skyldes både økt trykk og økt kapasitet på starten av året. August isolert viser en økning på antall sykehusopphold på 26,5 %, mens antall liggedager viser en nedgang på 6,0 % fra i fjor.

Innenfor avrusningen er det også høyere aktivitet målt mot både fjoråret og budsjettert aktivitet. Antall sykehusopphold har økt med hele 30,6 %, mens antall liggedager har økt med 2,7 %. Antall utskrevne ligger 27,4 % over budsjett, og antall liggedager ligger 2,3 % over budsjettert nivå. Den gjennomsnittlige liggetiden er redusert fra 8,8 i fjor til 7,0 dager per august i år.

I den ungdomspsykiatriske sengeposten viser tallene en stor nedgang i antall liggedager, men en sterkt vekst i antall sykehusopphold. Veksten i antall sykehusopphold er på hele 40,0 %, noe som gir en aktivitet som ligger 24,2 % høyere enn budsjettert nivå. Nedgangen i antall liggedager er 34,6 %.

Sykehuset Telemark	aug.22				Hittil i år				Endring HiÅ 2022 - 2021		
	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	Avvik i prosent	HiÅ 2021	Endring	%
<b>VoP - Psykisk helsevern for voksne</b>											
Antall utskrivninger døgnbehandling	147	119	28	24 %	1 082	964	118	12 %	906	176	19 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	2 613	2 716	- 103	-4 %	21 411	20 818	593	3 %	20 194	1 217	6 %
Antall oppholdsdager dagbehandling											
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	3 226	3 608	- 382	-11 %	26 680	30 552	-3 872	-13 %	28 577	-1 897	-7 %
<b>BUP - Psykisk helsevern for barn og unge</b>											
Antall utskrivninger døgnbehandling	12	8	4	50 %	118	95	23	24 %	84	34	40 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	151	126	25	20 %	1 014	1 507	- 493	-33 %	1 551	- 537	-35 %
Antall oppholdsdager dagbehandling											
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	2 762	2 913	- 151	-5 %	24 071	24 939	- 868	-3 %	23 368	703	3 %
<b>Tverrfaglig spesialisert rusbehandling</b>											
Antall utskrivninger døgnbehandling	42	38	4	11 %	307	241	66	27 %	235	72	31 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	276	280	- 4	-1 %	2 134	2 087	47	2 %	2 077	57	3 %
Antall oppholdsdager dagbehandling											
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	577	695	- 118	-17 %	4 879	5 887	-1 008	-17 %	5 334	- 455	-9 %

ISF-poeng PHV og TSB utført ved STHF											
	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2021	Budsjett 2022	ISF avvik hittil
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%			
DPS nedre Telemark	254	279	-26	-9 %	2 021	2 363	-342	-14 %	3 156	3 975	-1 127 149
DPS øvre Telemark	109	149	-40	-27 %	966	1 262	-296	-23 %	1 450	2 124	-975 530
Psykiatrisk sykehusavdeling	73	41	32	77 %	580	349	231	66 %	615	588	760 392
Poliklinisk avdeling TSB og psykose	288	270	18	7 %	1 887	1 607	280	17 %	2 579	2 703	921 329
Raskere tilbake PHV og TSB (underlagt Med.kl)	-	7	-7	-100 %	29	55	-25	-47 %	82	92	-83 967
<b>Klinikk for PHV og TSB + Raskere tilbake</b>	<b>723</b>	<b>746</b>	<b>-23</b>	<b>-3 %</b>	<b>5 483</b>	<b>5 636</b>	<b>-153</b>	<b>-3 %</b>	<b>7 882</b>	<b>9 482</b>	<b>-504 925</b>
Avdeling for barn og unges psykiske helse - ABUP	716	956	-240	-25 %	6 190	8 178	-1 988	-24 %	11 843	12 089	-6 550 053
<b>Barne- og ungdomsklinikken</b>	<b>716</b>	<b>956</b>	<b>-240</b>	<b>-25 %</b>	<b>6 190</b>	<b>8 178</b>	<b>-1 988</b>	<b>-24 %</b>	<b>11 843</b>	<b>12 089</b>	<b>-6 550 053</b>
<b>SUM ISF psykisk helsevern og TSB på STHF</b>	<b>1 439</b>	<b>1 702</b>	<b>-263</b>	<b>-15 %</b>	<b>11 673</b>	<b>13 814</b>	<b>-2 142</b>	<b>-16 %</b>	<b>19 725</b>	<b>21 571</b>	<b>-7 054 978</b>

Antall konsultasjoner innenfor PHV og TSB var i august 9,0 % lavere enn budsjettet, og 3,0 % lavere enn i fjor. Hittil i år ligger antall konsultasjoner 9,4 % lavere enn budsjettet, og 2,9 % lavere enn fjoråret. BUP viser en vekst på 3,0 %, mens VOP og TSB viser en nedgang med hhv 6,6 % og 8,5 %.

Antall behandlere tilstede hittil i år viser en vekst på 4,3 % i BUP, mens innenfor VOP og TSB er det hhv 6,3 % og 18,8 % færre terapeuter tilstede hittil i år målt mot fjoråret. Nedgangen innenfor VOP og TSB skyldes rekrutteringsutfordringer.

DRG-resultatene viser et samlet negativt avvik på 15,5 %, hvor ISF-inntektene spesielt innen BUP er lavere enn budsjettet, og avviket er større enn aktivitetsavviket skulle tilsi. ISF-veksten i BUP er lagt med gammel vekting, så på tross av aktivitetsvekst så vil ikke ISF-avviket vise vekst. Det viser seg at effekten ved endringen i vektene fører til at Sykehuset Telemark taper i overkant av 3 millioner ved lik aktivitet i 2021 og 2022.

Som følge av pandemien, har andelen telefon- og videokonsultasjoner økt. Det er i 2022 satt et nasjonalt mål på 15 % samlet for alle tjenestoområdene, og et internt mål om at andelen telefon- og videokonsultasjoner skal overstige 25 % for PHV/TSB. PHV/TSB per august viser en andel på 18,8 % på telefonkonsultasjoner alene, og har i tillegg en andel videokonsultasjoner på 2,3 %. Den regionale oversikten viser at vi ligger 1,1 % - poeng over gjennomsnittet i HSØ.

## 4 Bemanning - brutto månedsverk, samlet lønnskostnad og innleie

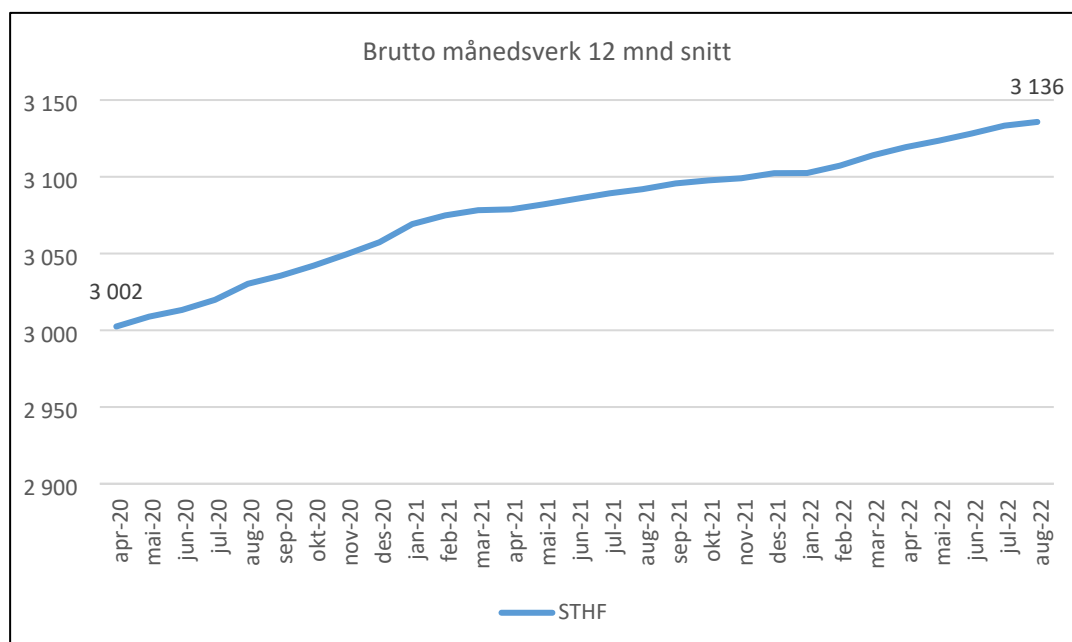
Brutto månedsverk som ble utbetalt i august var 3350, noe som er 2,7 % over budsjettert bemanningsforbruk og 30 månedsverk over fjorårsnivået. Det er i august utbetalt 3 månedsverk direkte knyttet til den økte beredskapen som følge av pandemien, noe som kun står for 3,3 % - poeng av budsjettavviket.

Hittil i år er det utbetalt 3145 brutto månedsverk, noe som er 3,3 % over budsjett, og 51 månedsverk over fjorårsnivået. Når vi trekker ut koronarelatert bemanning, er bemanningsforbruket 68 månedsverk høyere enn budsjettert. I dette tallet inngår også årsverk som er ekstern-finansiert og ikke budsjettert.

Med et sykefravær på 8,8 % hittil i år gir dette et høyt forbruk av variabel lønn. Målt mot fjoråret har forbruket av variable årsverk økt med 10,2 %.

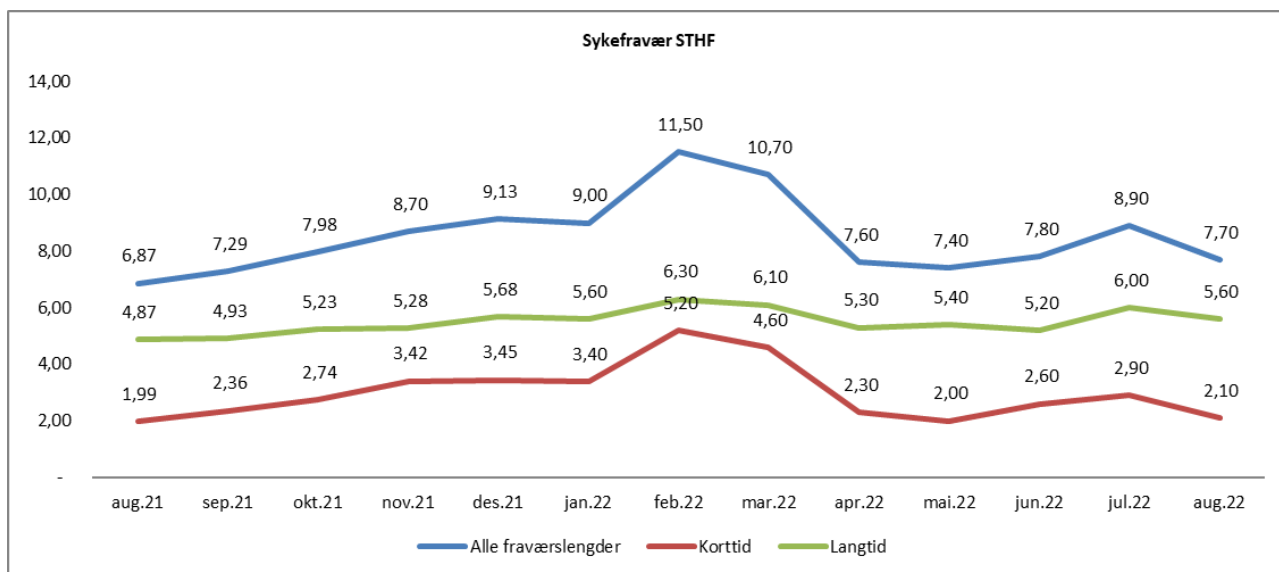
Verdt å merke seg er at den nasjonale indikatoren «Netto månedsverk» viser en nedgang på 33 månedsverk hittil i år målt mot samme periode i fjor.

Som vist i grafen under er det vekst i brutto årsverk gjennom hele pandemiperioden fra mars 2020. Denne veksten er høyere enn årsverkene direkte knyttet til pandemien, noe som understreker viktigheten av å holde fremdrift i sykehusets effektiviseringsarbeid også i den perioden vi er inne i.



Samlede lønnskostnader for egne ansatte utgjorde 1562,2 millioner kr per august, mot budsjett 1511,1 millioner kroner. Dette er 98,7 millioner kr høyere enn i samme periode i 2021. Innleie utgjorde 32,6 millioner kr per august mot budsjett 13,9 millioner kr.

Grafen viser at sykefraværet har økt betydelig fra august 2021 og frem til nå. Sykefraværet i februar var historisk høyt, normaliserte seg 2. kvartal, men viser en økning i juli. Tallene som rapporteres i august måned kan øke ved neste rapportering som følge av etterslep i registreringer.



## 5 Økonomi

Sykehuset Telemark rapporterer et økonomisk resultat på –6,4 millioner kr. per august. Dette er 46,4 millioner kr. lavere enn periodisert styringsmål. Avviket skyldes en rekke forhold, blant annet:

- høye kostnader til variabel lønn
- fortsatt sterk vekst innen fritt behandlingsvalg
- betydelig høyere pris- og lønnsvekst enn forutsatt i budsjett
- svært høyt aktivitetsnivå i pre-hospitale tjenester og akuttmottak
- høyt belegg med krevende driftssituasjon i akuttpsykiatrien

Lønnsoppgjøret er beregnet å gi en merkostnad utover budsjett på 17 millioner kr på årsbasis. Av dette er 8,6 millioner kr resultatført per august.

Resultatet for august isolert er -3,8 millioner kr. Merkostnader som følge av lønnsoppgjøret, høye kostnader fritt behandlingsvalg samt høye lønnskostnader knyttet til overtid og ekstrahjelp er viktigste årsaker til merforbruket i perioden. Med bakgrunn i resultatene i foregående perioder hadde sykehuset forventet et relativt svakt resultat også i august. Det rapporterte resultatet er imidlertid mer negativt enn forventet og viser at den økonomiske situasjonen er mer krevende og vil kreve mer tid å snu. Sykehuset har derfor valgt å redusere estimat for årsresultat fra 25 til 15 millioner kr.

Sykehuset er i en krevende økonomisk situasjon hvor det er nødvendig å iverksette tiltak. Klinikkenes budsjettavvik per juni 2022 er «nullstilt» for å reflektere at drift fra dette tidspunktet er normalisert og må finansieres av ordinære midler/inntekter og at fokus rettes fullt ut på å oppnå budsjett for annet halvår. Videre er det i august besluttet et kortsiktig kostnadsprogram for høsten 2022 som sammen med det løpende arbeid med å normalisere driften skal bidra til å sikre at sykehuset minst leverer et resultat i tråd med nytt estimat for 2022.

Siden mai/juni har koronasituasjonen i sykehuset i stor grad vært normalisert og sykefraværet har falt noe. Korttidsfraværet er imidlertid fortsatt høyere enn før pandemien og sammen med stor innstrøm av

pasienter og høyt belegg på sengepostene har dette skapt en krevende situasjon. For å sikre tilstrekkelig bemanning gjennom ferieperioden har det vært nødvendig med særlige tillegg for enkelte grupper og i tillegg til høy overtidsbruk.

Det har vært høyt belegg på medisinske sengeposter i august. Også i akuttpsykiatrien har belegget vært høyt de siste månedene og gitt en krevende driftssituasjon. Generelt har kombinasjonen høyt sykefravær og ressurskrevende pasienter til tider skapt en krevende driftssituasjon med økte lønnskostnader. Samlet DRG-aktivitet i somatikken har de siste periodene vært som budsjettet og på nivå med 2019. Planlagt forbedringsarbeid er betydelig forsinket på grunn av pandemien og den krevende driftssituasjonen.

Regnskapsresultat pr. august 2022	regnskap august	budsjett august	avvik august	Budsjett 2022	Prognose 2022	avvik 2022
Basisramme	1 724 669	1 715 377	9 293	2 622 312	2 642 103	19 791
Kvalitetsbasert finansiering	10 014	10 014	-	15 021	15 021	-
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	572 353	566 504	5 849	861 196	865 970	4 774
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	130 519	135 251	-4 732	207 439	202 665	-4 774
ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	38 450	45 505	-7 055	71 054	65 054	-6 000
ISF fritt behandlingsvalg	1 046	1 273	-227	1 910	1 910	-
ISF refusjon pasientadministrerte legemiddel (H-resepter)	48 392	46 468	1 924	69 703	69 703	-
Utskrivningsklare pasienter	21 654	13 562	8 092	20 343	30 343	10 000
Gjestepasienter	17 508	14 725	2 783	22 325	22 325	-
Konserninterne gjestepasientinntekter	64 913	63 593	1 321	95 970	95 970	-
Polikliniske inntekter	76 515	73 349	3 166	113 067	118 067	5 000
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake	-	-	-	-	-	-
Andre øremerkede tilskudd	87 033	14 145	72 888	22 018	97 018	75 000
Andre driftsinntekter	193 649	201 964	-8 315	313 985	305 985	-8 000
<b>SUM DRIFTSINNTEKTER</b>	<b>2 986 715</b>	<b>2 901 730</b>	<b>84 986</b>	<b>4 436 342</b>	<b>4 532 133</b>	<b>95 791</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	34 020	30 456	3 564	45 895	48 895	-3 000
Kjøp av private helsetjenester	99 076	84 893	14 184	127 636	147 636	-20 000
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	386 499	379 473	7 026	574 304	581 304	-7 000
Innleid arbeidskraft - del av kto 468	32 645	13 924	18 720	20 162	45 162	-25 000
Konserninterne gjestepasientkostnader	203 937	201 165	2 772	305 576	305 576	-
Lønn til fast ansatte	1 333 603	1 336 046	2 443	2 044 532	2 044 532	-
Overtid og ekstrahjelp	110 355	69 592	40 763	107 209	153 209	-46 000
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	242 008	234 698	7 310	358 911	369 995	-11 085
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-93 087	-91 964	1 123	-137 767	-138 767	1 000
Annen lønn	211 337	197 465	13 872	312 123	327 123	-15 000
Avskrivninger	69 019	69 858	839	105 907	104 907	1 000
Nedskrivninger	0	-	0	-	-	-
Andre driftskostnader	369 984	341 108	28 875	518 965	538 671	-19 706
<b>SUM DRIFTSKOSTNADER</b>	<b>2 999 394</b>	<b>2 866 713</b>	<b>-132 681</b>	<b>4 383 452</b>	<b>4 528 243</b>	<b>-144 791</b>
<b>DRIFTSRESULTAT</b>	<b>-12 679</b>	<b>35 017</b>	<b>-47 695</b>	<b>52 890</b>	<b>3 890</b>	<b>-49 000</b>
Finansinntekter	9 579	7 382	2 197	11 073	16 073	5 000
Finanskostnader	3 323	2 399	924	3 963	4 963	-1 000
<b>FINANSRESULTAT</b>	<b>6 256</b>	<b>4 983</b>	<b>1 272</b>	<b>7 110</b>	<b>11 110</b>	<b>4 000</b>
<b>(ÅRS)RESULTAT</b>	<b>-6 423</b>	<b>40 000</b>	<b>-46 423</b>	<b>60 000</b>	<b>15 000</b>	<b>-45 000</b>
Pensjonskostnader	-	-	-	-	-	-
<b>RESULTAT JUSTERT FOR PENSJONSKOSTNADER</b>	<b>-6 423</b>	<b>40 000</b>	<b>-46 423</b>	<b>60 000</b>	<b>15 000</b>	<b>-45 000</b>

## 5.1 Klinikene

Klinikene har betydelige negative budsjettavvik som følge av store inntektstap og ekstra kostnader knyttet til pandemisituasjonen.

Resultater pr. klinikk vises i tabellen under:

BUDSJETTAVVIK per august 2022	lønn	andre driftskostnader	driftsinntekter	Sum	justering resultat per juni
<b>Kirurgi</b>	-8 847	-13 382	17 159	-5 070	18 127
<b>Medisin</b>	-17 989	-5 996	25 514	1 528	13 715
<b>Barne- og ungdomsklinikken</b>	696	-1 035	-2 267	-2 606	9 248
<b>Akutt og beredskap</b>	-14 250	-10 688	17 451	-7 487	17 418
<b>Medisinsk serviceklinikk</b>	4 034	-16 675	9 333	-3 308	7 673
<b>Psykatri og rus</b>	-6 175	-14 054	16 190	-4 039	16 001
<b>Service og systemledelse</b>	-3 381	-4 719	9 040	940	9 169
<b>SUM klinikker</b>	<b>-45 912</b>	<b>-66 550</b>	<b>92 420</b>	<b>-20 041</b>	<b>91 353</b>
<b>Administrasjon</b>	<b>2 290</b>	<b>3 601</b>	<b>-5 993</b>	<b>-102</b>	
<b>Kjøp og salg av helsetjenester</b>		<b>-2 875</b>	<b>-2 451</b>	<b>-5 325</b>	
- biologiske legemidler og kreftlegemidler		7 470	-5 795	1 675	
- gjestepasientoppgjør somatikk (inkl lab, rad)		3 912	2 471	6 383	
- psykiatri og TSB - gjestepasienter og fritt behandlingsvalg		-14 257	873	-13 383	
<b>Felles poster</b>	<b>-7 136</b>	<b>-7 206</b>	<b>-6 612</b>	<b>-20 954</b>	<b>-91 353</b>
<b>BUDSJETTAVVIK per august 2022</b>	<b>-50 758</b>	<b>-73 030</b>	<b>77 365</b>	<b>-46 423</b>	<b>0</b>

**Kirurgisk klinikk** har et negativt resultat per august på -5 millioner kroner, som er -3,3 millioner kroner forverring fra forrige periode. Avviket gjelder hovedsakelig korrigeret dobbeltbokføring av poliklinikkinntekter, -0,6 millioner kroner, ikke-budsjettert sommerturnus for jordmødre -0,7 millioner kroner, feilperiodisert vikarinnleie GYN-leger, -0,6 millioner kroner, og uløst utfordring -1,2 millioner kroner. Klinikken har for øvrig et uløst merverdikrav som utgjør 1,2 millioner kroner hver måned.

**Medisinsk klinikk** har et positivt avvik på +1,5 millioner kroner per august. I all hovedsak relaterer dette seg til høyere ISF-inntekter enn budsjettert fra øyeblikkelig hjelp-pasienter og dagbehandling (ca. 8 millioner kroner) som kompenserer for høyere lønnskostnader som en følge av høyt sykefravær ved de medisinske sengepostene i årets første måneder. Sykefraværet ved klinikken var i starten av året svært høyt på grunn av pandemien, men var i juli tilbake på et normalt nivå (5,9 %). I august økte imidlertid sykefraværet til 8,3 %. Dette er høyere enn vanlig for august måned. Forbruket av variabel lønn er fortsatt betydelig på grunn av et svært høyt pasientbelegg ved samtlige av de medisinske sengepostene i Skien og Notodden.

**Barne- og ungdomsklinikken** har et negativt avvik på 2,6 millioner kroner per august. Avviket skyldes lavere ISF-inntekter i somatikken og lavere inntekter enn budsjettert i Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP) grunnet endrede kostnadsvekter samt lavere aktivitet enn budsjettert.. ABUP har høye kostnader med innleie av lege- og psykologspesialister, men dette dekkes så langt av lavere lønnskostnader.

**Akutt og beredskapsklinikken** har et akkumulert resultat per august som viser et negativt budsjettavvik på 7,5 millioner kroner, og dette er en forverring med 3,6 millioner kroner fra forrige periode. Avviket er hovedsakelig på lønn, innleie fra vikarbyrå, medikamenter og medisinske forbruksvarer. Aktiviteten i ambulanse, akuttmottak og intensiv er mye høyere enn budsjettert og med fast ramme/rammefinansiering gir dette kostnadsavvik. DRG inntekter som genereres av økt aktivitet inntektsføres i medisinsk og kirurgisk klinikk. Driften av klinikken konsentreres om å gi pasientbehandling med høy kvalitet i kombinasjon med aktiv daglig ressursstyring, blant annet med bruk av ressurser på tvers av seksjoner og lokasjoner. Sykefraværet i klinikken viser en positiv utvikling og i august er denne 6,1 %, det laveste nivået siste 12 måneder.

**Medisinsk serviceklinikk** har et negativt avvik på 3,3 millioner kroner per august, og dette er en forverring med 1,3 millioner kroner fra forrige periode. I dette resultatet ligger det bokført varer i

forbindelse med Covid 19 med 1,2 millioner. Høye sykepengerefusjoner samt vakanser bidrar til lave lønnskostnader i klinikken. Lavere lønnskostnader enn budsjett kompensere for økte kostnader med innleie av legeressurser til patologi og radiologi. Klinikken har en positiv utvikling i sykefraværet som viser 6,1 % per august, og dette er det laveste nivå siste 12 måneder. Det påløpt utgifter til LMVS-prosjektet med 1,7 millioner kroner hittil i 2022.

**Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling** leverer et negativt budsjettavvik på 4,0 millioner kroner per august. Dette er en forverring på 3,5 millioner i august måned

Klinikken har i hele år hatt et høyt trykk på sengepostene. Aktiviteten overgår både budsjett og fjoråret. På grunn av både det høye trykket og høyt sykefravær er det nå en driftssituasjon på de lukkede akuttpostene som fører til høyt forbruk av overtid og variabel lønn. Rekrutteringsutfordring på spesialister fører til høyt forbruk av innleie fra byråer. Dette gir en stor utfordring både på aktivitet og økonomi. Per august har klinikken brukt 12,4 millioner på dette.

Den polikliniske aktiviteten viser en nedgang fra i fjor. TSB har hittil i år 22 % færre terapeuter tilstede, noe som naturligvis påvirker aktiviteten og inntektene. VOP viser en nedgang på 6 % på tilgjengelige ressurser. Klinikken har et samlet negativt avvik på polikliniske inntekter tilsvarende 2,9 millioner per august.

**Service- og Systemledelse** sitt resultat per august er på +0,9 millioner kroner. Her ligger 1,66 millioner kroner uløst budsjettutfordring med i resultatet. Koronarelaterte kostnader er avvirket. Vi ser at klinikken klarte å kompensere noe av uløst krav og fikk mest drahjelp fra mindre forbruk innen medisinsk hjemmebehandling og medisinsk teknisk insulinstyr, som gikk med 1,5 millioner kroner i pluss. Pasientreiser er med 0,5 millioner kroner under budsjett, men gitt at avdelingen har 0,4 millioner uløst merverdikrav så ansees dette resultatet også i balanse. Samtidig starter en ny kontraktsperiode med Telemark Taxi fra september som vil medføre nedgang i kostnader, forutsatt samme aktivitet.

Klinikken bruker 319 årsverk hittil i år, derav 6 årsverk knyttet til Covid-19. Justert for Covid-19 relaterte årsverk bruker klinikken 4 årsverk mindre enn samme periode i 2019.

**Administrasjonen** har et resultat 0,1 millioner kroner dårligere enn budsjettet per august. Økte kostnader i bemanningscenteret dekkes delvis opp av vakanser, høye sykepengerefusjoner og utleie av personell fra Teknologi og e-helse.

**Felles:** Fellesposter har et resultat 20,9 millioner kroner dårligere enn budsjett per august. Det er inntektsført 63,0 millioner kroner i koronakompensasjon i år. Nullstilling av resultatene i klinikkene med 91,4 millioner kroner bidrar negativt til resultatet. Høyere inntekter for utskrivningsklare pasienter dekker delvis opp for økte energikostnader, uløst utfordring og effekt av lønnsoppgjøret.

## 6 Tertiårlige forhold

### 6.1 Forskning

Sykehusets økte fokus og satsning på kliniske behandlingsstudier (KBS) resulterte i måloppnåelse i henhold til oppdrag- og bestilling for forskning ved Sykehuset Telemark i 2021. Vi ligger an til måloppnåelse også i 2022 med 24 aktive KBS og flere studier som nærmer seg oppstart.

En stor økning i tilføring av eksterne forskningsmidler i 2021 gjorde det mulig å starte flere nye forskningsprosjekter hvorav flere inkluderer KBS og multisenter-studier. Vi forventer derfor en økning i publikasjonsvolum og forskningspoeng i årene som kommer.

Så langt i år har vi publisert 35 artikler som er flere artikler enn på samme tid i fjor. Flere av de nye studiene har også fått positiv omtale i riksdekkende media.

Vi har etablert fem forskningsgrupper innenfor, kreft, psykisk helse, medisinsk genetikk, personrelaterte målinger (PREMS og PROMS) og epidemiologi. Forskningsgruppene vil skape mer robuste og konkurransedyktige forskningsmiljøer ved sykehuset og ledes av erfarne forskere hvorav tre innehar akademiske toppstillinger ved UiO.

Forskningen har fått et tydeligere fokus i ledelsen og et nytt forskningsutvalg er satt sammen som skal utvikle ny forskningsstrategi for perioden 2023-2025. Forskningsutvalgets medlemmer skal delta i klinikkledelsens møter minst to ganger per år.

Rekruttering av nye forskere til sykehuset er fortsatt en stor utfordring, men vi håper forskningsgruppene vil være et rekrutteringsfremmende tiltak.

Forskningsadministrasjonen jobber kontinuerlig med utvikling og ibruktakelse av nye IKT-løsninger for forskning og oppbygging av infrastruktur som skal gjøre det lettere for klinikere og pasienter å delta i forskningsprosjekter og kliniske behandlingsstudier. Dette er ressurskrevende arbeid. Digitalisering av Gastronet er også et arbeid som krever mye ressurser. Vi jobber derfor med å få tilført ny IKT-kompetanse slik ressursene i forskningsadministrasjonen kan benyttes bedre. Dette vil muliggjøre at nye forskningsprosjekter kan utvikles, forskningsdrevet innovasjonspotensial kan utnyttes og innovative, forbedrede og digitaliserte tjenester og behandlinger kan tilbys våre pasienter.

### 6.2 Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring – I trygge hender 24/7

#### GTT

Sykehuset Telemarks deltakelse i forbedringsprosjekt i regi av Helsedirektoratet er forsinket, årsaken ligger hos Helsedirektoratet. Prosjektets hovedmål er å etablere en nasjonal kvalitetsindikator for pasientskade.

For å nå GTT-målene i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, må Sykehuset Telemark redusere andel pasientopphold med minst én pasientskade - alle alvorlighetsgrader, med 25 % fra 2017 til 2023 målt med Global Trigger Tool (GTT). Dette tilsvarer en reduksjon fra 15,8 % (2017) til 11,9 % (2023).

Tabellen viser utviklingen i GTT-målinger ved Sykehuset Telemark



År	2017	2018	2019	2020	2021
GTT	15,8%	9,2%	6,7%	7,9%	7,08%

Målingene ved Sykehuset Telemark er basert på gjennomgang av 240 pasientjournaler årlig. Resultatene holder seg lavt med små variasjoner. Måloppnåelsen forutsetter at pasientsikkerhetsarbeidet gis prioritet og følges opp over tid.

Sykehuset Telemark deltar i et nasjonalt prosjekt i regi av Helsedirektoratet som skal videreutvikle GTT-metoden. Prosjektet skal bidra til økt legitimitet og økt bruk av GTT-resultatene i sykehusenes pasientsikkerhetsarbeid. Prosjektets hovedmål er å etablere en nasjonal kvalitetsindikator for pasientskade. Prosjektet har trukket ut i tid og sykehusene avventer videre informasjon fra Helsedirektoratet.

### Prevalensundersøkelser – innsatsområder pasientsikkerhet

For å følge utviklingen i pasientsikkerhetsarbeidet tett, blir det gjennomført prevalensundersøkelser 4 ganger pr. år. Undersøkelsen fokuserer på innsatsområder fra I trygge hender - 24/7, nye Nasjonale fagråd og det tidligere «Pasientsikkerhetsprogrammet» alle i regi av Helsedirektoratet.

Resultatene fra prevalensundersøkelsene følges tett opp av administrerende direktørs ledergruppe og i felles prevalensmøter der seksjonene deltar.

Sammenlignet med sist måling i november 2021, har det vært en positiv utvikling i oppfølging av innsatsområdene hos seksjonene som deltok. Spesielt er det en forbedring i resultatene på innsatsområdene Forebygging av fall, Forebygging av underernæring, Tidlig oppdagelse av sepsis, Forebygging av trykksår og Trygg kirurgi. På følgende områder må det en ekstra innsats til for å forbedre resultatene: Samstemming av legemiddellister og NEWS (tidlig oppdagelse av forverret tilstand). I takt med utvikling i tiltakspakker og etablering av nye nasjonale råd, vil det være behov for fokus på nye forbedringsområder. De neste prevalensundersøkelsene gjennomføres 7. september og 2. november.

Hver undersøkelse følges opp med felles «prevalensmøter» på tvers av seksjonene. Dette er en møteplass for forbedring og læring og de foregår elektronisk. I hvert møte har ett av innsatsområdene for pasientsikkerhet særskilt fokus, med presentasjon av kunnskapsgrunnlaget for *hvorfor* oppfølgingen av tiltakene er viktig i pasientbehandlingen. Presentasjoner fra møtene legges ut på intranett. Oppslutningen på det siste møtet var lav.

### Spesielt om innsatsområdet NEWS (tidlig oppdagelse av forverret tilstand)

Fra 2022 følges obligatorisk NEWS opplæring opp gjennom Kompetanseportalen, etter hvert vil det være mulig å ta ut rapporter på gjennomførte kurs og opplæring. Prioritering av NEWS-opplæring er essensielt for å kunne ivareta pasientsikkerheten. SIM - senteret har i 2. tertial hatt kurs og opplæring i NEWS for alle leger og sykepleiere (ferievikarer) og alle nye LIS1 i august. Det er gjennomført MAT 1-2 eller 3 øvelser ukentlig i akuttinntak og postene.

Tabellen under viser utvikling i opplæringsaktiviteter for NEWS

Opplæring NEWS 2022 i regi av NEWS koordinator	Antall gjennomførte NEWS kurs for instruktører	Antall nye / reopplærte NEWS instruktører	Antall grunnkurs for nyansatte i regi av SIM
2021	12	21/10	

1. tertial 2022	3	2/0	
2. tertial 2022	0	0/0	1/3 *

\* SIM-senteret planla 3 felles NEWS kurs for nyansatte for å avhjelpe instruktørene i seksjonene. Ett kurs ble gjennomført med 6 deltagere mens to kurs ble avlyst pga manglende påmelding.

### Pasientsikkerhetskonferansen – 9. november 2022 – ved Sykehuset Telemark

Arrangementskomiteen er i rute. 9. november arrangeres den første pasientsikkerhetskonferansen ved Sykehuset Telemark. Videre vil det være fokus på pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring med ulike aktiviteter gjennom hele uke 45. Tema for årets konferanse er legemiddelsikkerhet, selvmordsforebygging, kommunikasjon og pandemi.

Sykehuset deler også ut to forbedringspriser under konferansen.

Aktiviteter det planlegges for er pasientsikkerhetsvisitter, kveldsvandring, fremlegg av forbedringsprosjekter og undervisning av Elisabeth Arntzen " Ledelse og kvalitet i helsetjenesten-arbeids glede og orden i eget hus" Det er etablert en egen side på intranett for informasjon.

### Forbedringsprogrammet

For å styrke den kliniske forbedringskompetansen gjennomfører Sykehuset Telemark i samarbeid med Sykehuset i Vestfold og Sykehuset i Østfold, en pilot for opplæring i forbedringsmetodikk. De syv lokale deltakerne er overleger, psykologspesialister og sykepleiere. Piloten avsluttes i starten av september og evaluering og forslag til videre plan legges fram i ledergruppesak.

### Eksterne tilsyn og revisjoner

Formålet med tilsyn og revisjoner er å kontrollere sykehusets styring og kontroll med at aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og kontrolleres i samsvar med lovverket, krav fra eier og egne definerte krav og målsetninger.

God forberedelse og oppfølging av tilsyn og revisjoner er en sentral del av det systematiske forbedringsarbeidet innen pasientsikkerhet og HMS. Det er et mål at tilsyn bidrar til læring på tvers i organisasjonen. Tilsyn og revisjoner følges derfor systematisk opp i direktørens ledergruppe, kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg (KPU) og AMU.

Under pandemien var tilsyns- og revisjonsaktiviteten på et minimum. I 2022 er aktiviteten i ferd med å ta seg opp igjen.

Tabellen under gir en kortfattet oversikt med status for tilsyn og revisjoner

Tid	Tilsyns-organ	Enhet	Tema	Funn	Status
April 2022-	Lokalt el-tilsyn v/ LEDE AS	STHF	Utførelse av el installasjoner i henhold til Forskrift om el lavspenningsanlegg	Konklusjon; IK er dekkende	Avsluttet
Mars 2022-	Konsern-revisjonen	KIR (ort) /MED/ FAG - STHF	Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester		Pågår

Tid	Tilsyns-organ	Enhet	Tema	Funn	Status
Mars 2022-	Konsern-revisjonen	KPR	Rådgivningsrevisjon Bruk av tvangsmidler	Rapport presenteres høsten 2022	Under avslutning
April 2022-	Arkivverket	DOK/SSL/STHF	Arkivhold		Pågår
April 2022-	Arbeids-tilsynet	KPR: • DPS nedre Telemark avd. Porsgrunn • DPS øvre Telemark avd. Seljord	Forebygging arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager og psykiske plager	<b>Porsgrunn - 2 pålegg:</b>  HMS-arbeid - forbedring av kartlegging og Risikovurdering  Bedriftshelsetjeneste - plan for bistand  <b>Seljord - 3 pålegg:</b>  HMS-arbeid - forbedring av kartlegging og Risikovurdering  Vold og trussel om vold – opplæring  Bedriftshelsetjeneste - plan for bistand	Avsluttet
Sept 2022	Arbeids-tilsynet	KPR  Rus Notodden	Forebygging arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager og psykiske plager		Planlegging pågår

### Uønskede pasienthendelser og klagesaker

Uønskede pasienthendelser gir informasjon om tjenestene blir utført på en forsvarlig måte, om det skjer i samsvar med lovverket, faglige standarder og sykehusets egne krav og målsetninger.

Sykehuset arbeider kontinuerlig for å sikre en god meldekultur.

Uønskede pasienthendelser klassifiseres med Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser (NOKUP) og legges hvert år fram i egen sak for adm. direktørs ledergruppe og sykehusets styre.

*Tabellen under viser utvikling og status for uønskede pasienthendelser:*

Rapportering	Uønskede pasienthendelser	Alvorlige pasienthendelser som er varslet til Statens helsetilsyn og Ukom (Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a)	Hendelsesanalyser etter alvorlige pasienthendelser - § 3-3a saker (ny rapportering 2021)
2018	934	22	
2019	1078	18	
2020	1036	16	
2021	1260	(33) 28*	20
1.tertial 2022	442	12	7
2.tertial 2022	482	6	5

Kilde: Forbedringssystemet EQS og Public 360.

Økningen i antall registrerte uønskede pasienthendelse fortsetter. Statistikk vil foreligge etter hvert som sakene blir ferdig saksbehandlet.

Det er færre § 3-3a i andre tertialt, dette må sees i sammenheng med at tallene er små. I tillegg til de 6 sakene som sykehuset selv har varslet til Helsetilsynet, er en sak varslet av pasienten selv.

De fleste § 3-3a sakene blir fulgt opp av hendelsesanalyser. Hensikten er at en grundig gjennomgang av hendelsesforløpet skal bidra til læring og forbedring på systemnivå. I mange av sakene har pasienter og pårørende en sentral rolle.

Det er startet 5 nye hendelsesanalyser i 2. tertial.

Hendelsesanalysene med tiltaksplaner legges fram i sykehusets ulike kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg (KPU-STHF og KPU-klinikk). Status og effekt av forbedringstiltak følges opp i administrerende direktørs oppfølgingsmøter med klinikkjefene i hvert kvartal.

*Tabellen under viser utvikling og status for klagesaker*

Rapportering	Pasientklager	Hendelsesbaserte tilsynssaker	NPE-saker
2018	138	45	131
2019	221	38	104
2020	151	31	95
2021	188	37	116
1.tertial 2022	142	16	26
2. tertial 2022	Ikke tilgjengelig	Ikke tilgjengelig	Ikke tilgjengelig

Kilde: Public 360

I første tertial 2022 ble det informert om usikkerhet knyttet til klagesaksstatistikken. Dette er under oppfølging, men grunnet teknisk feil i statistikken i ny versjon av P360, foreligger ikke

kvalitetssikrede tall per 2. tertial. I rapporteringen til 3. tertial vil det gjøres rede for utviklingen i klagesakene for hele 2022.

### Indikator for meldekultur

Utviklingen i antall medholdsaker NPE og om de er registrert som avvik, følges opp som en egen kvalitetsindikator for meldekultur. Kvalitetsindikatoren ble etablert som følge av NPE sin rapport «Undersøkelse av samsvar mellom NPE-saker og saker i sykehusenes avvikssystemer» fra 2019. Rapporten viste at sykehuset hadde stort forbedringspotensial for registrering av pasientskadeavvik. Den nye indikatoren skal bidra til at alvorlige pasientskader blir registrert og fulgt opp i tråd med gjeldende krav. Målingene tar utgangspunkt i saker med hendelsesdato etter 01.01.20. NPE gjennomfører en tilsvarende undersøkelse i 2022. Sykehuset Telemark deltar.

Antall nye medholdsaker NPE som ikke er meldt i avvikssystemet/ antall nye medholdsaker med hendelsesdato fom. 01.01.2020.					
Rapportering	STHF samlet	KPR	KIR	MED	ABK
3. tertial 2020 (Ny)	0/1	0/0	0/1	0/0	0/0
1.tertial 2021	3/5	0/0	0/2	2/2	1/1
2. tertial 2021	3/4	0/0	1/2	2/2	0/0
3. tertial 2021	1/4	0/0	0/2	1/2	0/0
Resultat 2021	7/13	0/0	1/6	5/6	1/1
1.tertial 2022	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0
2.tertial 2022	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0

Kilde: Manuelt førte oversikter etter P360.

Det foreligger ikke statistikk over saker 2. tertial 2022 pga. teknisk feil i Public 360.

### Nytt forbedringssystem- EQS

Nytt forbedringssystem EQS ble tatt i bruk 4. april ved sykehuset. Det er gjennomført opplæring for alle ansatte og ledere og etablert en forvaltning av systemet med systemadministrator og lederstøtte i klinikkene.

Tabellen under viser at meldefrekvensen i EQS for 2. tertial 2022 er tilnærmet lik TQM for samme periode året før for uønskede pasienthendelser og ansatt skader. Det forventes at antall meldte hendelser vil øke ettersom organisasjonen erfarer at systemet gir økte muligheter for oppfølging gjennom tilgjengelige rapporter og statistikker.

Periode/system:	Pasienthendelser	Ansatt skade hendelser	Generelle avvik (pasient/ansatt ikke involvert)	HMS/annet hendelser (uten ansattskade)
1/5-31/8 2021 TQM	422	133	416	
1/5-31/8 2022 EQS	482	101		251

Det er etablert en gevinstrealiseringsplan for EQS som vil følges opp jevnlig i KPU STHF.

### 6.3 HMS og arbeidsmiljø

Sykehuset har ansvar for å sikre at de ansatte har et trygt og forsvarlig arbeidsmiljø og skal bidra til beskyttelse mot vold og trusler så langt det er mulig. Det er fokus på utvikling av det systematiske HMS arbeidet og å se dette i sammenheng med kvalitet og pasientsikkerhet.

Nytt forbedringssystem EQS er tatt i bruk fra 4/4-2022 og gir bedre mulighet for registrering og rapportering på HMS hendelser innen ulike kategorier og bedre grunnlag for målrettet forbedringsarbeid.

Sykehuset har over tid vært i en krevende situasjon med vedvarende høyt arbeidspres. Vi har fortsatt en del koronarelaterte innleggelser. Det er over tid erfart økt tilstrømning av pasienter til sykehuset, og rekrutteringsutfordringer har gitt behov for økt bruk av overtid på fast ansatte. Dette bidrar til økt belastning på ansatte i flere seksjoner og vil over tid påvirke arbeidsmiljøet og sykefraværet.

Det har vært utfordringer knyttet til å rekruttere inn kvalifisert helsepersonell til å dekke opp sommerferieavviklingen. Dette har igjen medført merarbeid og dyre, økonomiske løsninger for å sikre tilstrekkelig faglig forsvarlighet i pasientarbeidet.

Utvalgte HMS indikatorer rapporteres tertialvis til Helse Sør-Øst og internt til AMU, ledergruppe og styre for oppfølging av utvikling og effekt av HMS tiltak.

HMS indikatorer 2. tertial 2022

HMS/ Arbeidsmiljøindikatorer pr. 2. tertial 2022			
Indikator/ tertial	3.tertial 2021	tertial 2022	tertial 2022
Fraværsskader	22	19	4
Antall registrerte HMS hendelser	134	174	351
Antall lukkede HMS hendelser	94	87	167
Antall registrerte vold og trusselhendelser (somatikk)	9	6	13
Antall registrerte vold og trusselhendelser (psykiatri)	52	48	27
Totalt antall vold og trussel hendelser registrert	61	54	40

Det har vært en stor nedgang i meldte fraværsskader fra 19 i første tertial til 4 i andre tertial. Dette kan skyldes overgang til nytt meldesystem for uønskede hendelser (EQS) da meldte hendelser nå må være behandlet og kategorisert av leder før vi får fram statistikken. Det har i tillegg vært en stor nedgang i antall meldte covid-19 relaterte personskademeldinger. I EQS blir alle meldte HMS/ansatt/annet hendelser meldt inn samlet og kategorisert og totalt antall HMS hendelser har derfor økt etter overgangen fra TQM. Dette vil gi en mer riktig kategorisering av alle meldte hendelser enn tidligere.

Det har vært en stor nedgang i meldte fraværsskader fra 19 i første tertial til 4 i andre tertial. Dette kan skyldes overgang til nytt meldesystem for uønskede hendelser da meldte hendelser nå må være behandlet og kategorisert av leder før vi får fram statistikken.

Det har vært en nedgang i meldte volds- og trussel hendelser i psykiatrisk klinikk etter overgang til nytt meldesystem EQS (nytt system innført 4/4/22). Det er meldt få hendelser tidlig i perioden men det har tatt seg opp etter sommeren. Psykiatrisk klinikk følger opp dette og jobber bl.a. med opplæring og bruk av nytt system og det forventes at meldte hendelser vil øket etter hvert.

#### **6.4 Personvern og informasjonssikkerhet**

Personvernombudet skal bistå dataansvarlige med å ivareta personvernet til pasienter, pårørende og sykehusets ansatte/innleide (de registrerte). Dette ivaretas ved å følge opp henvendelser fra de registrerte og ved rådgivning til delegerte dataansvarlige ved etablering av nye løsninger, vurdering av lovlighet ved etablerte behandlinger mv.

Det er flere store regionale IKT-prosjekter som pågår med, bl.a. statistisk logganalyse, dokumentdeling via kjernejournal, digitale innbyggertjenester mv. Personvernombudet er involvert i disse prosjektene for å bidra til at de registrertes personvern i tilstrekkelig grad er ivaretatt. Det er en utfordring at viktige personvernspørsmål avklares sent i prosessen i de regionale prosjektene. Det kan for eksempel være spørsmål om behandlingen av personopplysninger har tilstrekkelig behandlingsgrunnlag og om prosjektet legger opp til overføring av personopplysninger til 3. land (utenfor EU/EØS). Dette kan medføre betydelig risiko for prosjektets gjennomføringsevne.

Risiko for eksterne dataangrep anses økt marginalt, blant annet på bakgrunn av situasjonen med Ukraina. Trusselvurderinger tilsier ikke økt risiko alene på grunn av det. Sykehuspartner vurderer fortløpende trusselsituasjon og melder til oss om endringer av trusselnivået kontinuerlig. Ansatte er informert om risiko for phishing-angrep, og får anbefalinger om hvordan man skal forholde seg til dette. Hoxhunt er rullet ut for at ansatte skal kunne rapportere mistenkelige e-poster. Sykehuspartner HF har i perioder hatt økt beredskap og overvåking av situasjonen.

Vi må ha fortsatt fokus på å etterleve sikkerhetskrav i nyanskaffelser.

Sanering av gamle løsninger fortsetter, blant annet pågår sanering av legacy STHF-domene.

IT-løsning for regional protokoll etter Artikkel 30 er levert. Arbeidet med komplettering av protokollen videreføres, og systematikk og ansvars plassering for ajourføring av protokollen er definert. Prioriteres å få etablert vedlikehold i linja 4 Q4 2022/Q1 2023.

Relatert til dette er problematikken med bruk av amerikanske skytjenester, evt. europeiske med hovedkontor i USA, hvor disse kan kreve utlevering av våre opplysninger. Lokalt må vi risikovurdere

denne type løsninger fra gang til gang, gjennom en totalvurdering vektet mot oppsider for f.eks. pasient, kombinert med kompenserende tiltak.

**Vedlegg:**

- Ledelsesrapport STHF 2022\_08
- Risikovurdering per 2. tertial 2022



# Ledelsesrapporten

**Sykehuset Telemark HF**  
**august 2022**

## Oversikt

Periode 2022-08	Faktisk HiÅ	Budsjett HiÅ	Budsjett-avvik HiÅ	Avvik %	Årsbudsjett	Årsestimat
<b>Aktivitet</b>						
Polikliniske konsultasjoner						
Somatikk	118 492	125 584	-7 092	-5,6 %	192 603	183 000
VOP	26 680	30 552	-3 872	-12,7 %	46 700	43 000
BUP	24 071	24 939	-868	-3,5 %	39 500	37 000
TSB	4 879	5 887	-1 008	-17,1 %	9 000	8 000
<b>Bemanning</b>						
Brutto Månedsværk STHF	3 145	3 045	-100	-3,3 %	3 050	3 110
Somatikk	2 196	2 127	-69	-3,3 %	2 131	2 175
VOP	543	533	-10	-1,8 %	534	538
BUP	165	161	-4	-2,2 %	161	162
TSB	58	58	0	-0,6 %	58	58
Prehospitale tjenester	166	148	-18	-12,1 %	148	160
Annet	17	18	1	4,8 %	18	17
<b>Økonomi (tall i 1.000 kr)</b>						
SUM DRIFTSINTEKTER	2 986 715	2 901 730	84 986	2,9 %	4 436 342	4 532 133
SUM DRIFTSKOSTNADER	2 999 394	2 866 713	132 681	4,6 %	4 383 452	4 528 243
DRIFTSRESULTAT	-12 679	35 017	-47 695	-136,2 %	52 890	3 890
Finansresultat	6 256	4 983	1 272	25,5 %	7 110	11 110
Endrede pensjonskostnader	0		0			0
ÅRSRESULTAT	-6 423	40 000	-46 423	-116,1 %	60 000	15 000

# Målekort STHF

Kvalitet

 Periode  
2022-08

	Denne periode			Hittil i år		
	Faktisk	Mål	Avvik	Faktisk	Mål	Avvik
<b>Ventetid påstartet (antall dager)</b>						
STHF	72			63		
Somatikk	74	50	-24	65	50	-15
VOP	51	30	-21	36	30	-6
BUP	46	30	-16	38	30	-8
TSB	36	30	-6	24	30	6
<b>Ventetid venter (antall dager)</b>						
STHF	77					
Somatikk	79	50	-29			
VOP	27	30	3			
BUP	25	30	5			
TSB	105	30	-75			
<b>Andel kontakter passert planlagt tid</b>						
STHF	12,7 %	5,0 %	-7,7 %			
<b>Pakkeforløp kreft - andel behandlet innen std forløpstid alle fag</b>						
STHF	63 %	70 %	-7 %	77 %	70 %	7 %
<b>Pasientforløp PHR - andel til utredning iht. anbefaling</b>						
Pakkeforløp BUP Utredning	26 %	80 %	-54 %	47 %	80 %	-33 %
Pakkeforløp TSB Utredning		80 %		73 %	80 %	-7 %
Pakkeforløp VOP Utredning	53 %	80 %	-27 %	72 %	80 %	-8 %
<b>Korridorpatienter Somatikk</b>						
STHF	2,7 %	0,0 %	-2,7 %			

Confidential, Pedersen, Tone, 14.09.2022 16.53.23

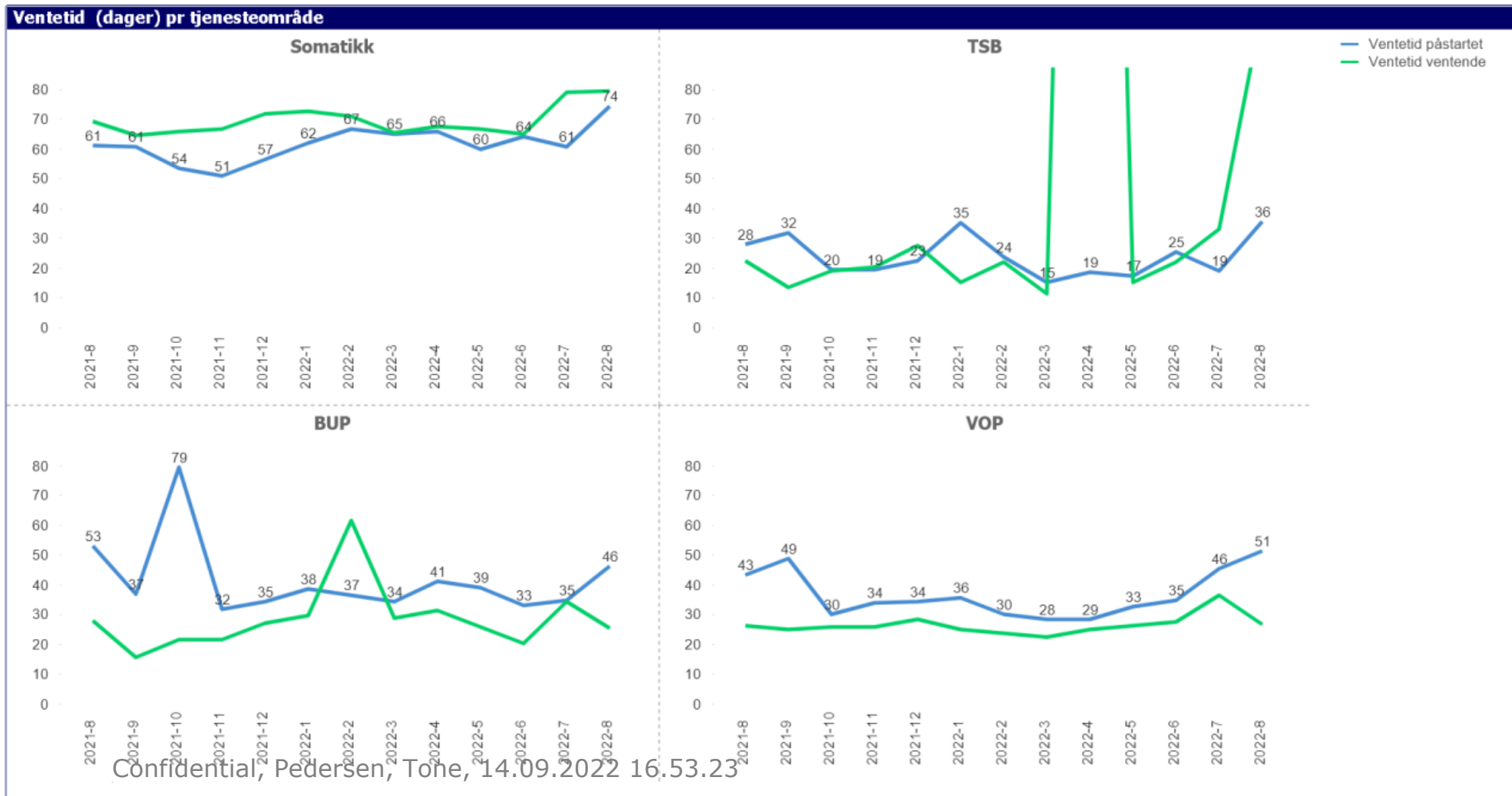
# Mottatte henvisninger - fordelt på elektive og øyeblikkelig hjelp



Confidential, Pedersen, Tone, 14.09.2022 16.5.23



# Ventetider per tjenesteområde (ventende og påstartede pasienter)



**Definisjoner:**

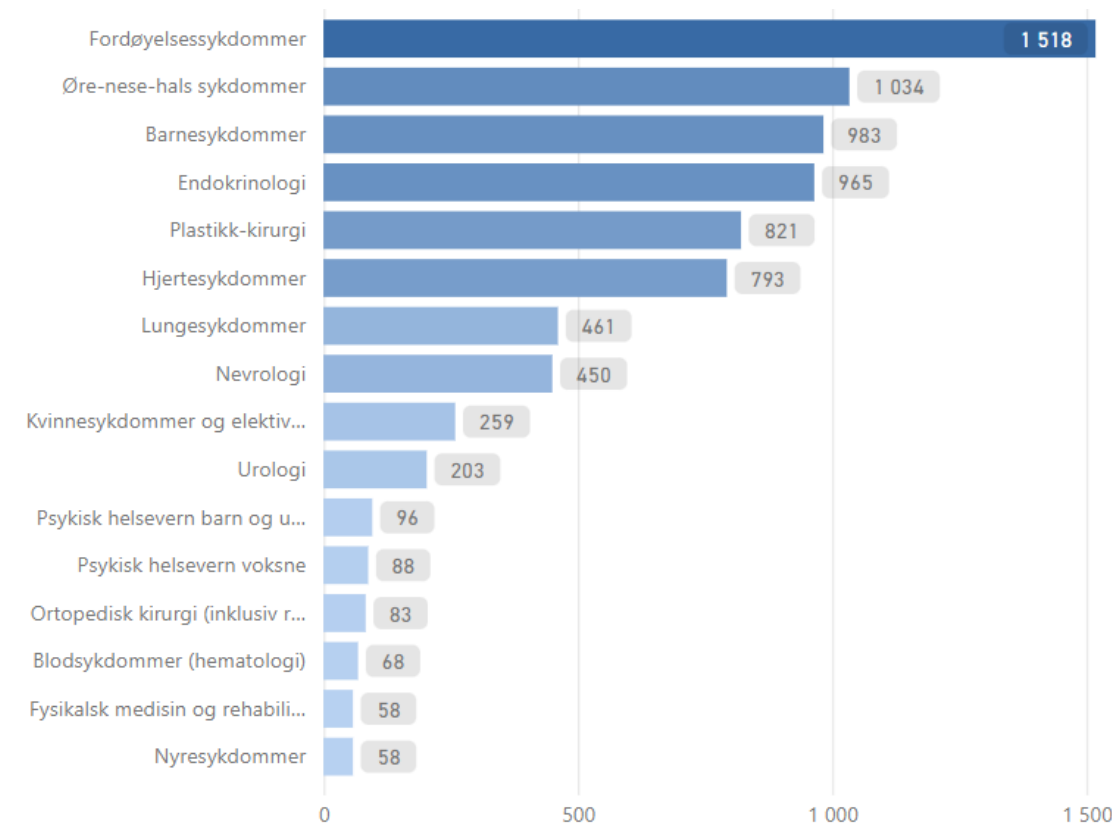
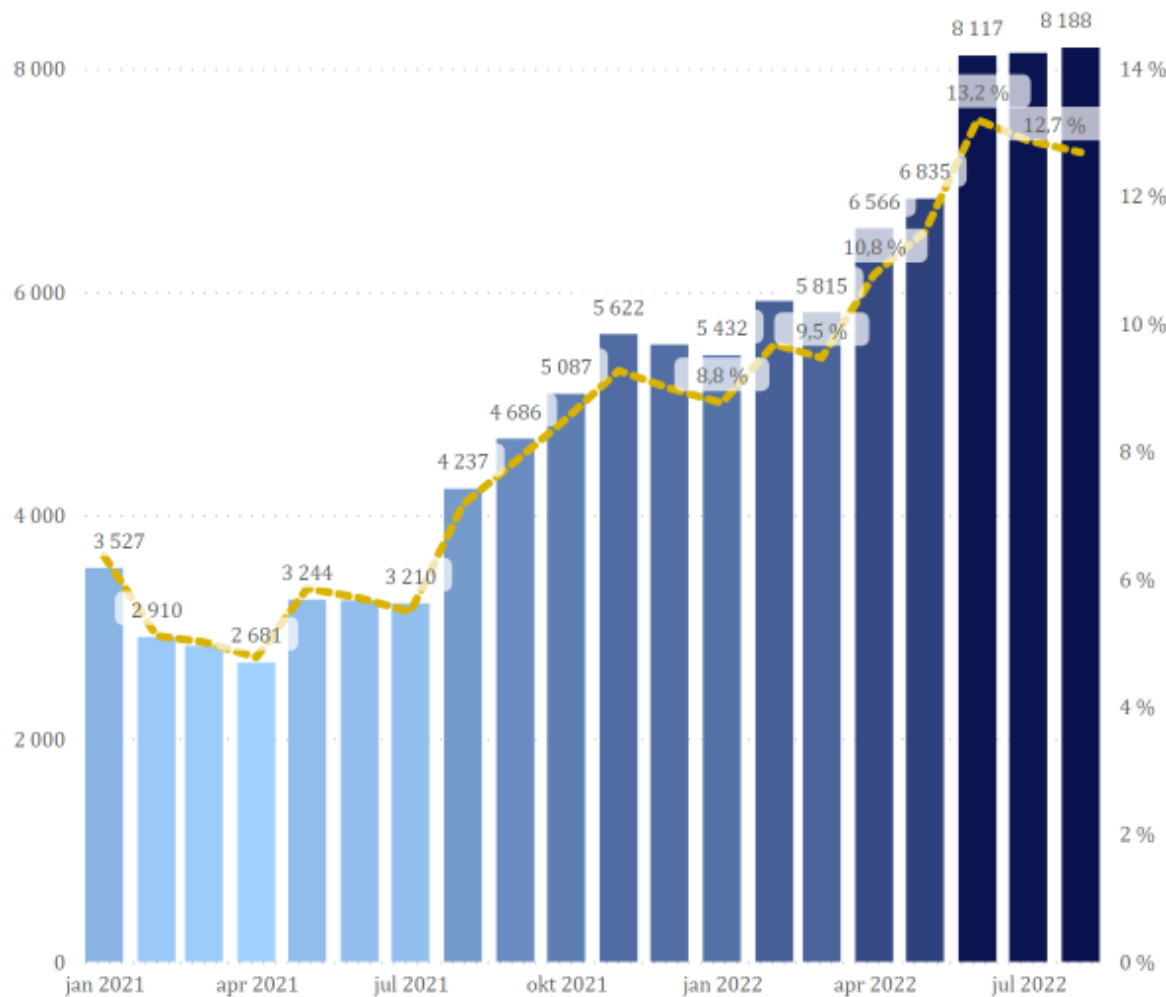
**Ventetid påstartet:**  
"Ventetid påstartet" sier hvor mange dager pasientene måtte vente fra henvisning ble mottatt til helsehjelp påstartet.

**Ventetid ventende:**  
"Ventetid ventende" sier hvor mange dager pasienter har ventet siden henvisning ble mottatt ved sykehuset.

**Fristbrudd:**  
Et "fristbrudd" oppstår når en pasient med rett til helsehjelp ikke har fått påbegynt sin helsehjelp innen den satte fristen for senest forsvarlig oppstart av behandling.

# Passert planlagt tid

● Antall kontakter passert planlagt tid ● Andel kontakter passert planlagt tid



**Forklaring:**  
 Passert planlagt tid beskriver antall og andel pasientavtaler som er forsinket i forhold til tidspunkt for planlagt kontakt.  
 Alle planlagte pasientkontakter skal være registrert med dato/klokkeslett for neste pasientavtale, eller en tentativ uke/ måned. Tidspunkt settes ut fra en medisinsk vurdering.

## Passert planlagt tid - sammenligning med andre foretak i HSØ

Helseforetaksnavn	Antall planlagte kontakter	Kontakter ikke passert planlagt tid	Kontakter med passert planlagt tid	Andel passert planlagt tid
▲ Akershus Universitetssykehus	172 597	154 519	18 078	10,5 %
Oslo Universitetssykehus	281 147	253 502	27 645	9,8 %
Sykehuset Innlandet	129 825	112 573	17 252	13,3 %
Sykehuset i Vestfold	107 464	88 895	18 569	17,3 %
Sørlandet Sykehus	129 444	109 931	19 513	15,1 %
Sykehuset Telemark	64 584	56 396	8 188	12,7 %
Sykehuset Østfold	130 163	111 902	18 261	14,0 %
Vestre Viken	180 593	158 763	21 830	12,1 %
Sunnaas Sykehus	4 825	4 620	205	4,2 %
Diakonhjemmet Sykehus	37 789	32 672	5 117	13,5 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	47 001	41 679	5 322	11,3 %
Betanien Hospital	10 824	9 427	1 397	12,9 %
Martina Hansen Hospital	16 860	15 382	1 478	8,8 %
Revmatismesykehuset Lillehammer	5 185	4 053	1 132	21,8 %
<b>Totalt</b>	<b>1 318 301</b>	<b>1 154 314</b>	<b>163 987</b>	<b>12,4 %</b>

Confidential, Pedersen, Tone, 14.09.2022 16.53.23



## Pasientsikkerhet - utvikling i indikatorer siste tre måneder

	2022-06	2022-07	2022-08	Snitt 2021
<b>8a) Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning til vurdering av henvisning er fullført</b>				
Gjennomsnitt vurderingstid (dager)	2,3	2,0	2,2	2,1
Antall henvisninger vurdert	5 713	3 428	5 136	3 570
Andel henvisninger vurdert innen 10 dager	96,7 %	97,1 %	95,8 %	96,7 %
<b>8b) Andel åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle</b>				
Totalt antall åpne dokumenter som er mer enn 14 dager gamle	3 689	3 426	3 343	3 249
Herav antall legedokumenter	1644	1641	1613	1 508
Herav antall sykepleierdokumenter	828	805	787	621
<b>8c) Antall pasienter med åpen henvisningsperiode</b>				
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	1 290	1 323	1 270	1 130
<b>8d) Andel pasienter som har fått direkte time innen 10 virkedager</b>				
Andel direkte time (rapporteres en måned på etterskudd)	69 %	69 %		82,0 %
<b>Andel epikriser sendt innen 7 dager og 1 dag</b>				
Andel epikriser innen 7 dager	81 %	84 %	85 %	84 %
Andel epikriser innen 1 dag	58 %	61 %	62 %	60 %

I denne sammenheng viser "Pasientsikkerhet" de pasienter som blir kategorisert som "glemt av sykehuset".

### Definisjoner

Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle:

Representerer antall dokumenter i det pasientadministrative system som er åpne (ikke markert som lest) etter 14 dager. Indikatoren skal omfatte alle dokumenter som er mer enn 14 dager gamle - uavhengig av når de er opprettet. Det skal differensieres på dokumenter generert av henholdsvis leger, sykepleiere, og andre.

Antall pasienter med åpen henvisningsperiode:

Antall pasienter der henvisningsperioden fortsatt holdes åpen uten at avtale om ny kontakt er registrert. Med «åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt» menes at henvisningsperioden står åpen, men pasienten står ikke på venteliste eller har ikke oppmøtetid.

Andel pasienter som har fått direkte time innen 10 virkedager:

Andel pasienter som får fast timeavtale innen 10 virkedager (14 løpedager) fra mottak av henvisning. Indikatoren rapporteres én måned på etterskudd.

Med mottatte henvisninger menes henvisninger som er rettighetsvurdert, og besluttet at pasienten skal tilbys utredning/behandling ved sykehuset. Med timeavtale menes tidspunkt, dato evt. med klokkeslett, for oppmøtetid på sykehuset.

## Andel epikriser innen 1 dag per klinikk og avdeling

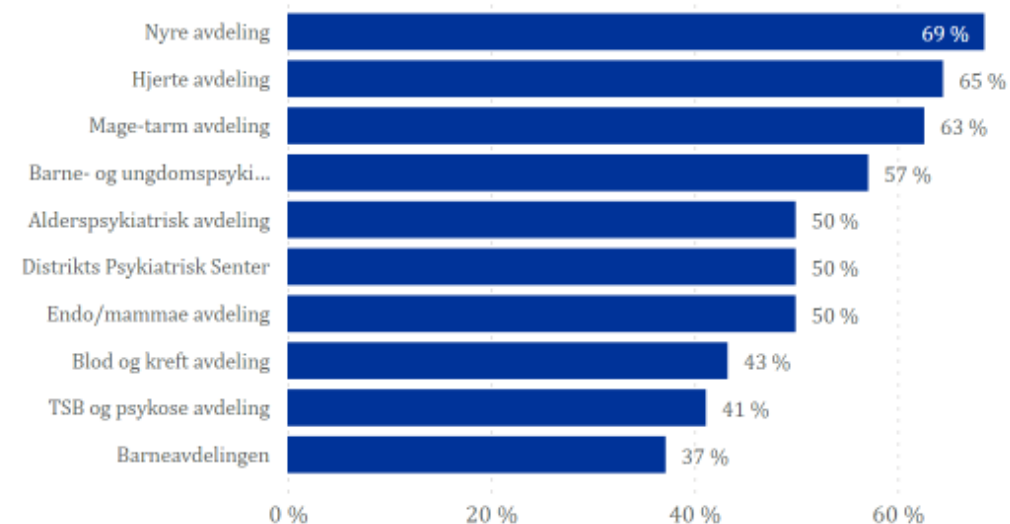
### Om indikatoren:

Epikrisetid beskriver tiden fra pasienten skrives ut til epikrisen er sendt. Denne tiden er et uttrykk for samhandling og kommunikasjon av relevant informasjon. Indikatoren er et effektivt mål på hvordan spesialisthelsetjenesten kommuniserer med henviser, øvrige tjenester og pasienten selv.

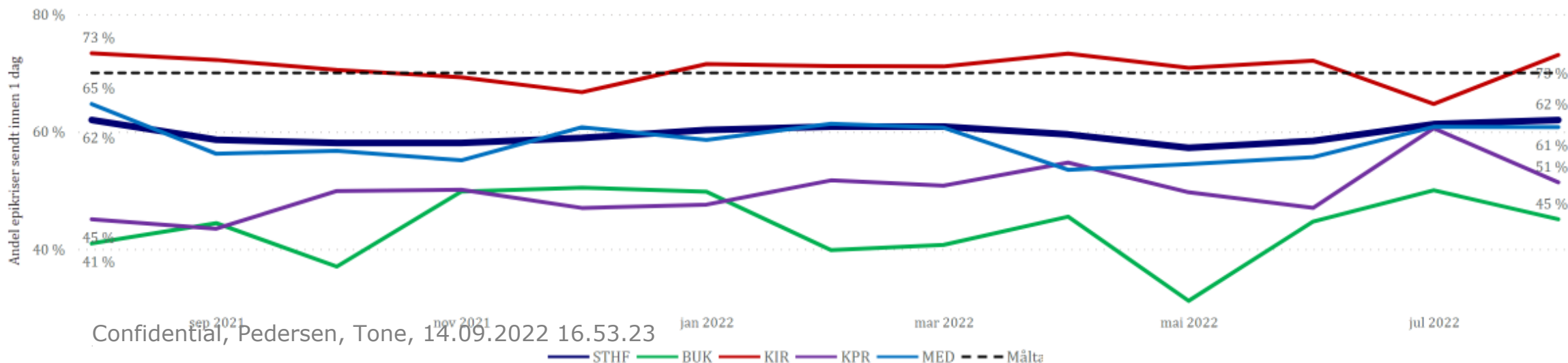
Lang epikrisetid svekker pasientens mulighet til å få kontinuitet i behandlingen og sikker oppfølging etter utskrivning fra behandling. Gjennom måling av epikrisetid rettes oppmerksomheten mot å redusere uønsket lang epikrisetid.

Andel epikriser sendt innen 1 dag per Klinikk	2022-05	2022-06	2022-07	2022-08
BUK	31 %	45 %	50 %	45 %
KIR	71 %	72 %	65 %	73 %
KPR	50 %	47 %	61 %	51 %
MED	54 %	56 %	61 %	61 %
<b>STHF</b>	<b>57 %</b>	<b>58 %</b>	<b>61 %</b>	<b>62 %</b>

Andel epikriser innen 1 dag - 10 avdelinger med lavest resultat siste periode



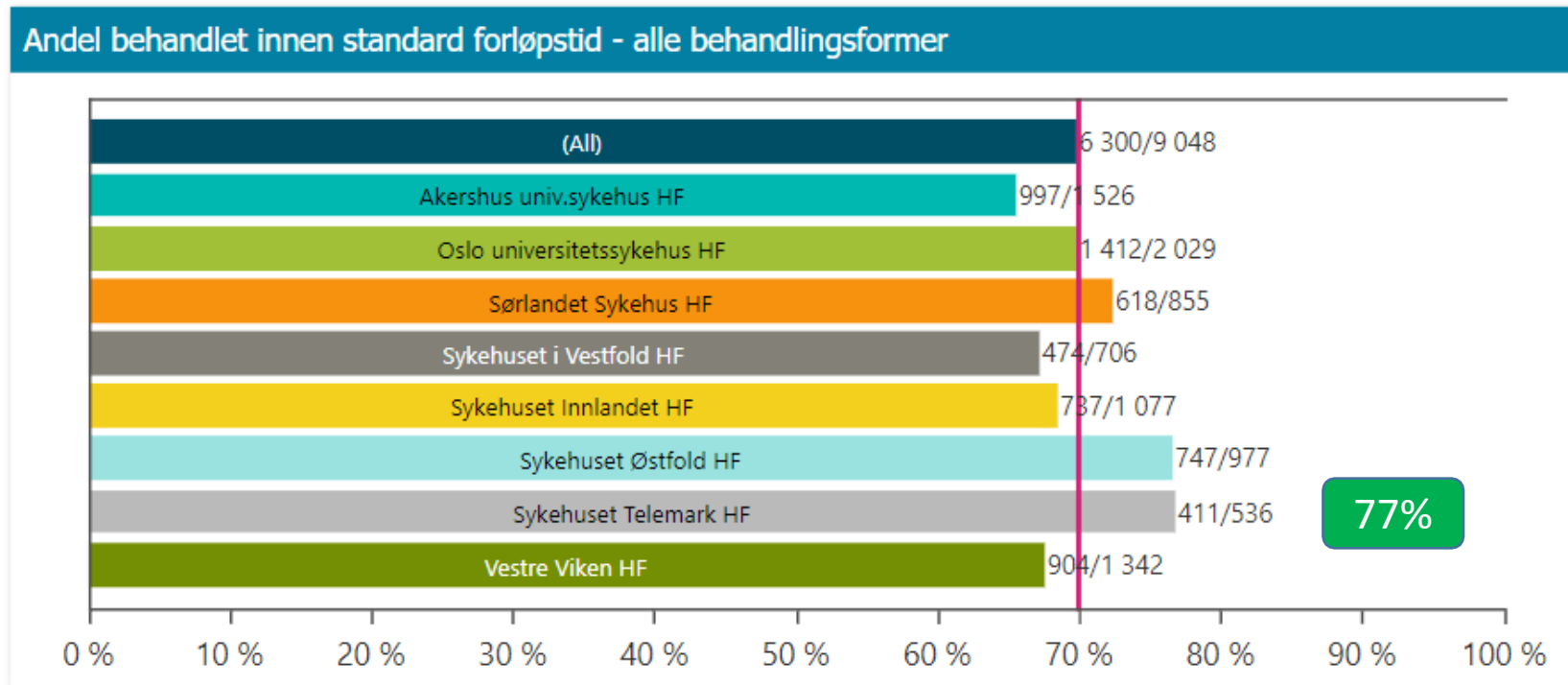
Utvikling i andel epikriser innen 1 dag per klinikk



Confidential, Pedersen, Tone, 14.09.2022 16.53.23

# Pakkeforløp kreft - sammenligning med andre helseforetak

Hittil i år-verdier



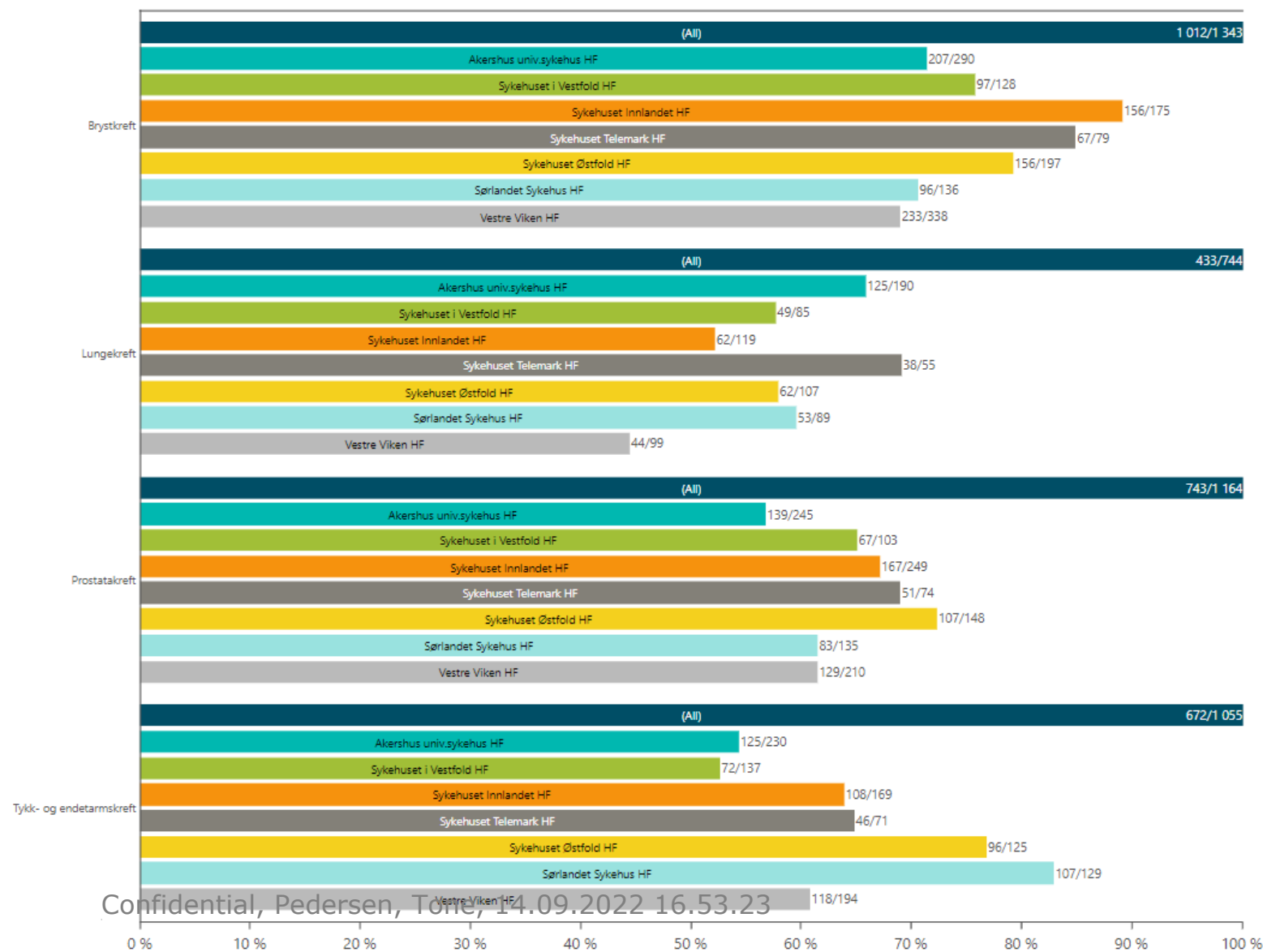
## Pakkeforløp kreft - detaljer om pakkeforløp per krefttype

Pakkeforløp	2022-08			2022		
	Antall	Herav innen std forløpstid	Andel innen std forløpstid	Antall	Herav innen std forløpstid	Andel innen std forløpstid
Blærekreft	4	4	100 %	41	35	85 %
Brystkreft	6	4	67 %	79	67	85 %
Bukspyttkjertelkreft				7	3	43 %
Eggstokkreft (ovarial)	2	0	0 %	11	5	45 %
Galleveiskreft				1	0	0 %
Hjernekreft						
Kreft hos barn				1	0	0 %
Kreft i spiserør og magesekk	4	1	25 %	6	2	33 %
Livmorhalskreft (cervix)				2	1	50 %
Livmorkreft (endometrie)	1	1	100 %	16	10	63 %
Lungekreft	2	1	50 %	55	38	69 %
Lymfomer	1	1	100 %	14	7	50 %
Malignt melanom	16	16	100 %	128	124	97 %
Myelomatose				4	4	100 %
Nevroendokrine svulster	1	1	100 %	3	3	100 %
Nyrekreft	5	1	20 %	20	12	60 %
Peniskreft				1	1	100 %
Primær leverkreft (HCC)						
Prostatakreft	9	4	44 %	74	51	69 %
Sarkom						
Skjoldbruskkjertelkreft						
Testikkelkreft				2	2	100 %
Tykk og endetarmskreft	9	4	44 %	71	46	65 %
<b>Totalt</b>	<b>60</b>	<b>38</b>	<b>63 %</b>	<b>536</b>	<b>411</b>	<b>77 %</b>

Confidential, Pedersen, Tone, 14.09.2022 16.53.23

Oppdaterte tall finnes på: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk>

# Pakkeforløp kreft - måloppnåelse for prioriterte kreftformer sammenlignet med andre HF

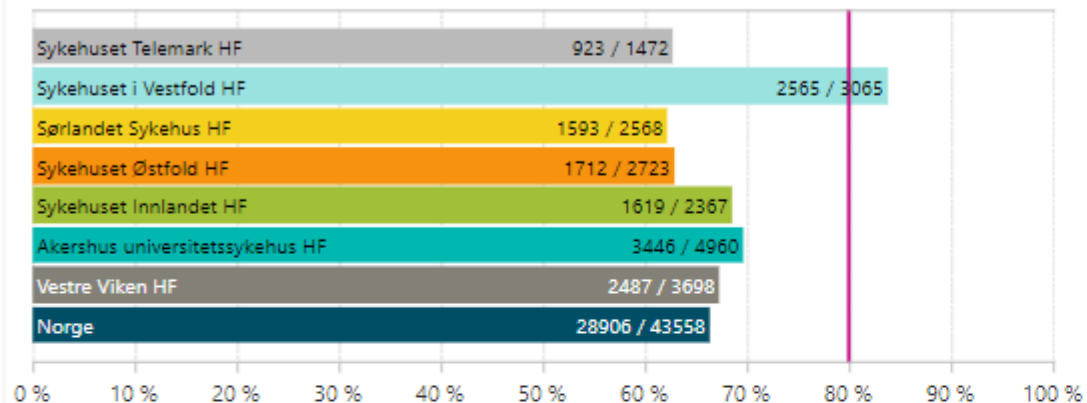


Periode: januar – august 2022

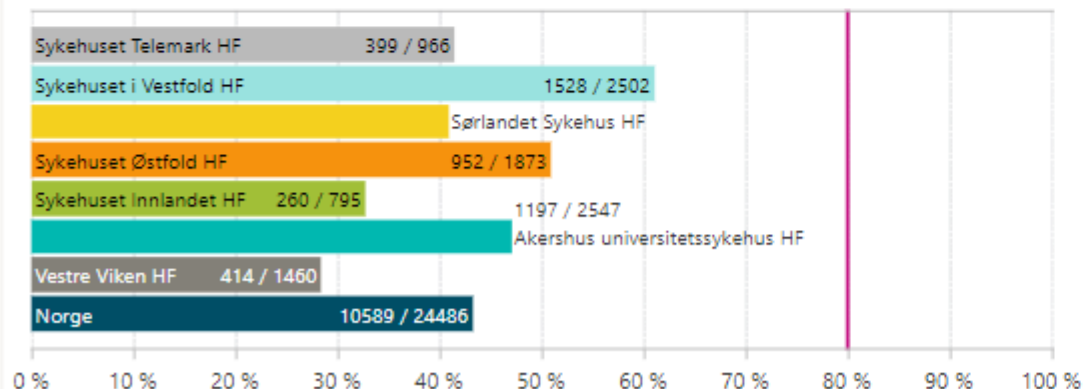
# Pasientforløp PHV/TSB

## MÅLOPPNÅELSE PER FORLØPSINDIKATOR

Forløpstid for utredning - andel innen anbefalt forløpstid (PF01)

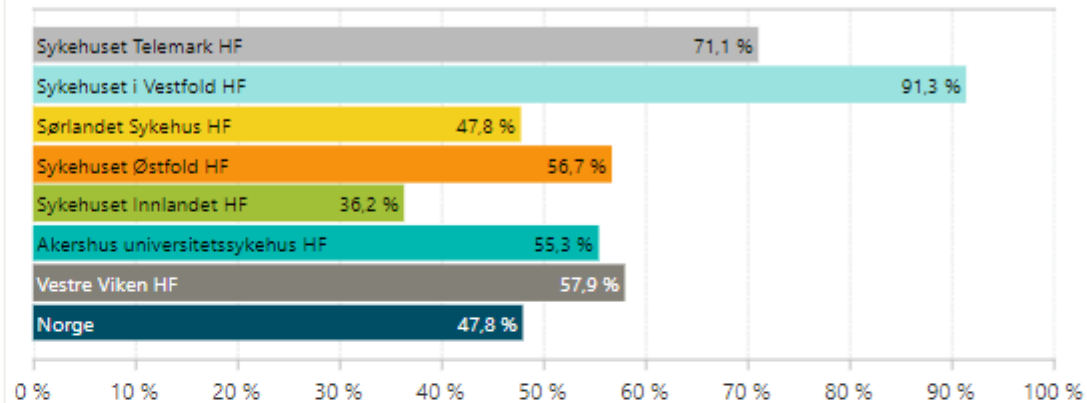


Forløpstid fra klinisk beslutning til første evaluering i poliklinikk - andel innen anbefalt forløpstid (PF03)

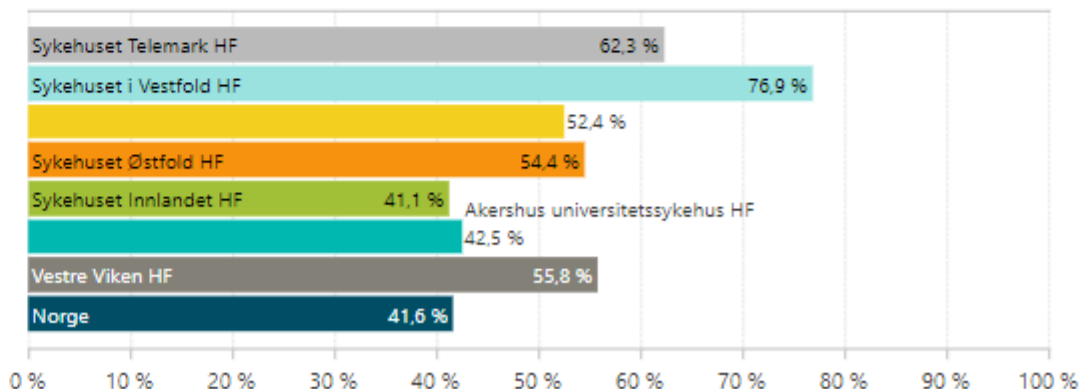


## MÅLOPPNÅELSE PER AKTIVITETSINDIKATOR

Andel som har mottatt informasjon om ulike behandlingsformer (PA02)



Andel som har utarbeidet behandlingsplan i samråd med behandler (PA03)

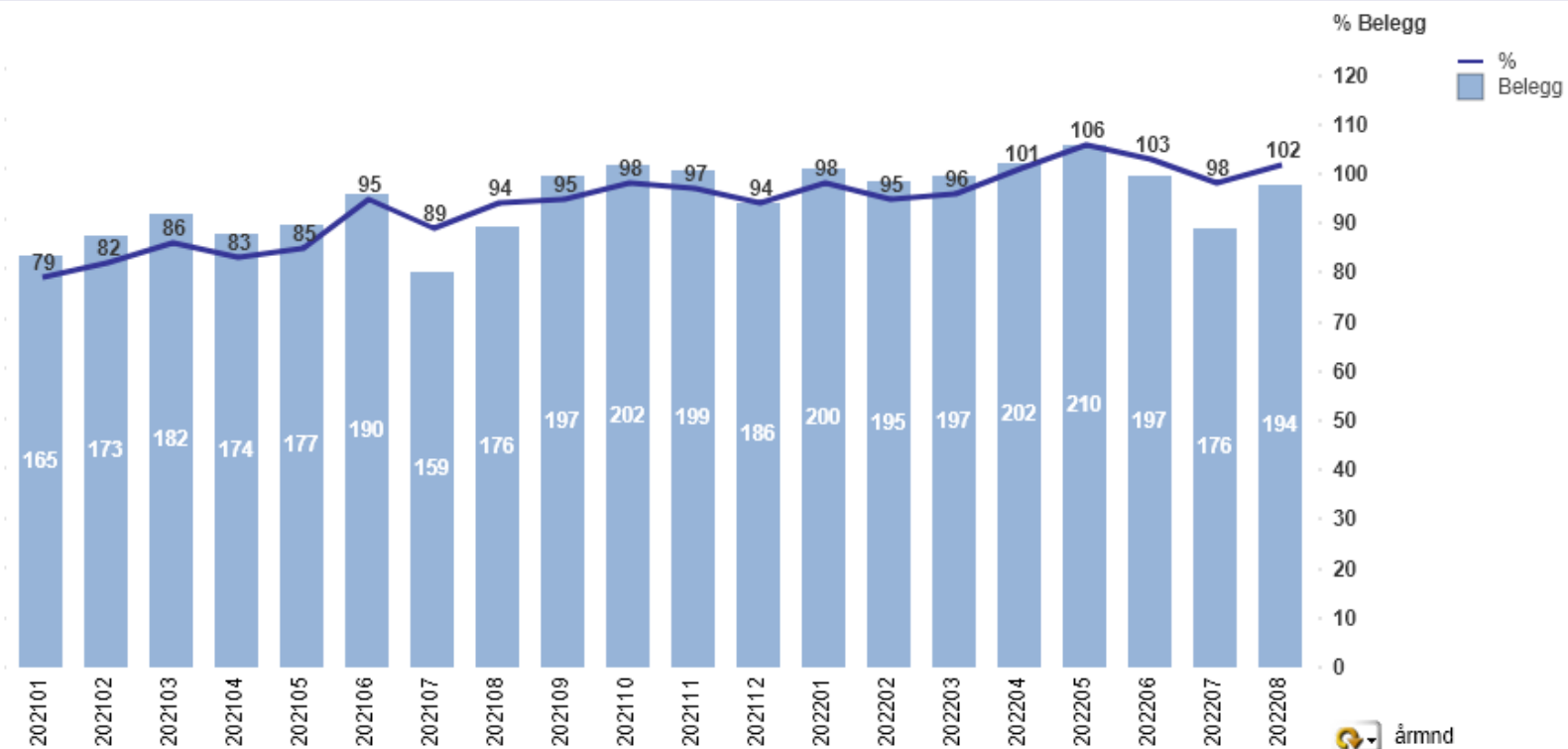


## Belegg somatikk - utvikling for STHF og status for rapporteringsperioden per sengepost

Belegg (gjennomsnitt av antall innlagte pasienter i hele perioden som vises her) : 187,5 antall pasienter, som utgjør 94%

### Belegg pr post - siste måned

Post	Belegg	Senger	Beleggs%
	<b>193,7</b>	<b>189</b>	<b>102%</b>
Blod-kreft post Skien	20,1	18	112%
Infeksjon-mage-tarm post Skien	22,2	20	111%
Hjerte-nyre-hormon Skien	23,4	21	110%
Lunge-geriatri Skien	21,8	20	109%
Nevrologi-slag-rehab Skien	20,4	20	104%
Kirurgisk post 3. etg Skien	28,8	29	101%
Medisinsk post Notodden	21,7	22	99%
Kirurgisk post 6. etg Skien	21,8	24	91%
Kirurgisk post 1. etg Skien	8,0	9	86%
Kirurgisk post Notodden	9,8	12	85%

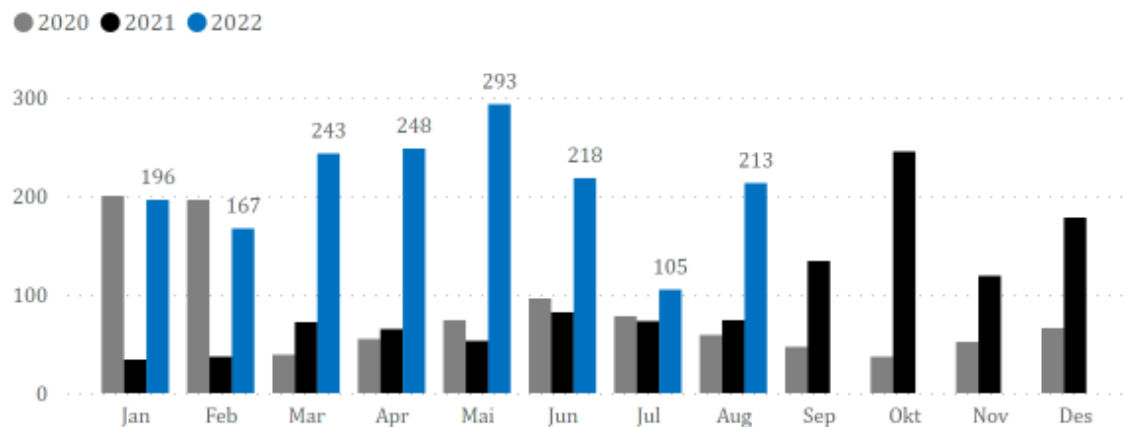


Confidential, Pedersen, Tone, 14.09.2022 16.53.23

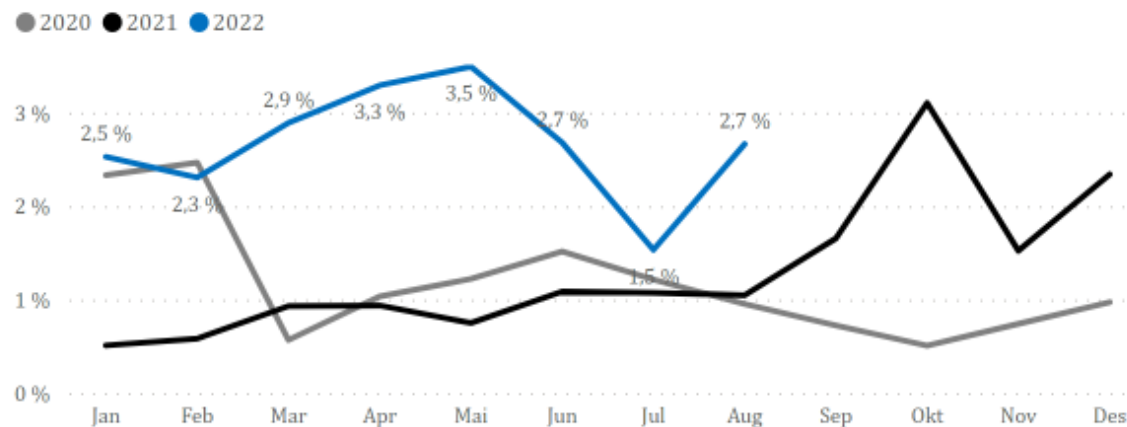


# Korridorpasienter

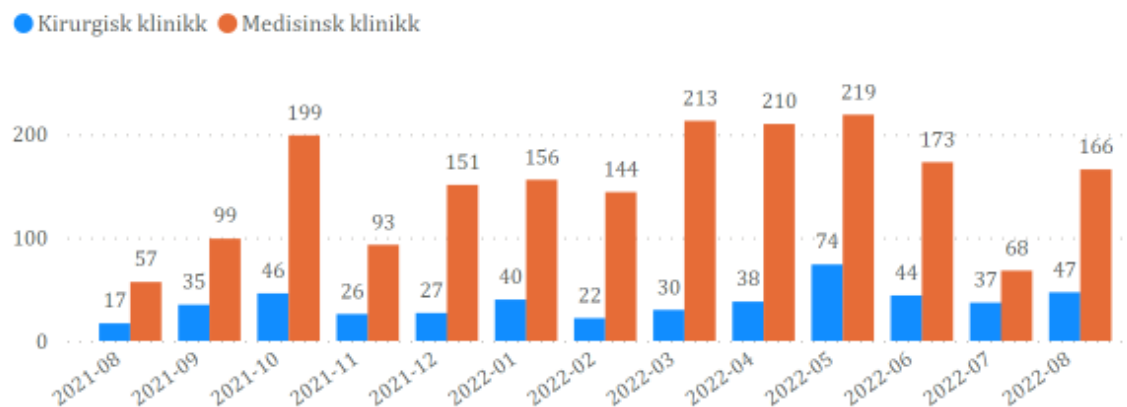
Antall korridorpasienter STHF



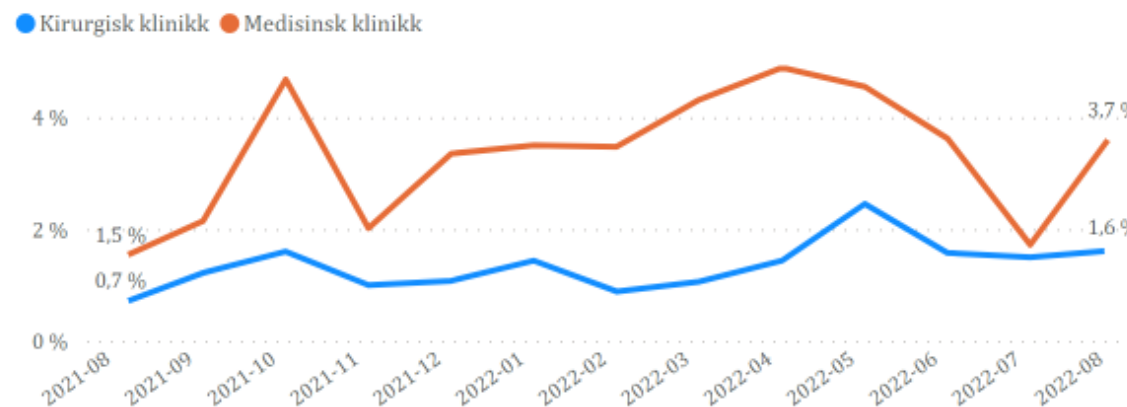
Andel korridorpasienter STHF



Antall korridorpasienter per klinikk siste 13 mnd



Andel korridorpasienter per klinikk siste 13 mnd



**Definisjon av indikatoren (HSØ definisjonskatalog)**

Antall og andel pasienter som kl. 07.00 er plassert i seng på korridor, bad, skyllerom, dagligstue m.m.

Det regnes også som korridorpasienter når plassering på korridor velges som løsning på observasjons- eller kontaktbehov. Dersom mor og barn etter fødsel plasseres på korridor eller lignende, skal de regnes som 2 korridorpasienter.

Gjelder ikke ekstra pasienter på ordinære sengeplasser eller sengeplasser som er tatt ut av drift. Det betyr at antall korridorpasienter ikke beregnes ut fra totalt overbelegg, eller som antall flere pasienter enn antall ordinære sengeplasser.

Confidential Pedersen, Tone 14.09.2022 16:53:23



## Aktivitet dag, døgn og poliklinikk - alle tjenesteområder

Denne periode					Hittil i år				Endring HiÅ 2022 - 2021		
<b>Somatikk</b>											
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2021	Endring	%
Antall utskrivninger Døgnbehandling	2 159	2 211	-52	-2,4 %	17 091	17 828	-737	-4,1 %	16 071	1 020	6,3 %
Antall liggedøgn Døgnbehandling	7 990	7 779	211	2,7 %	62 264	62 729	-465	-0,7 %	56 116	6 148	11,0 %
Antall oppholdsdager Dagbehandling	2 322	2 186	136	6,2 %	18 139	17 576	563	3,2 %	17 993	146	0,8 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	14 889	15 466	-577	-3,7 %	118 492	125 584	-7 092	-5,6 %	116 833	1 659	1,4 %
<b>VOP - Psykisk helsevern for voksne</b>											
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2021	Endring	%
Antall utskrivninger Døgnbehandling	147	119	28	23,5 %	1 082	964	118	12,2 %	906	176	19,4 %
Antall liggedøgn Døgnbehandling	2 613	2 716	-103	-3,8 %	21 411	20 818	593	2,8 %	20 194	1 217	6,0 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	3 226	3 608	-382	-10,6 %	26 680	30 552	-3 872	-12,7 %	28 577	-1 897	-6,6 %
<b>BUP - Psykisk helsevern for barn og unge</b>											
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2021	Endring	%
Antall utskrivninger Døgnbehandling	12	8	4	50,0 %	118	95	23	24,2 %	84	34	40,5 %
Antall liggedøgn Døgnbehandling	151	126	25	19,8 %	1 014	1 507	-493	-32,7 %	1 551	-537	-34,6 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	2 762	2 913	-151	-5,2 %	24 071	24 939	-868	-3,5 %	23 368	703	3,0 %
<b>TSB - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling</b>											
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2021	Endring	%
Antall utskrivninger Døgnbehandling	42	38	4	10,5 %	307	241	66	27,4 %	235	72	30,6 %
Antall liggedøgn Døgnbehandling	276	280	-4	-1,4 %	2 134	2 087	47	2,3 %	2 077	57	2,7 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	577	695	-118	-17,0 %	4 879	5 887	-1 008	-17,1 %	5 334	-455	-8,5 %

## ISF-berettigede konsultasjoner

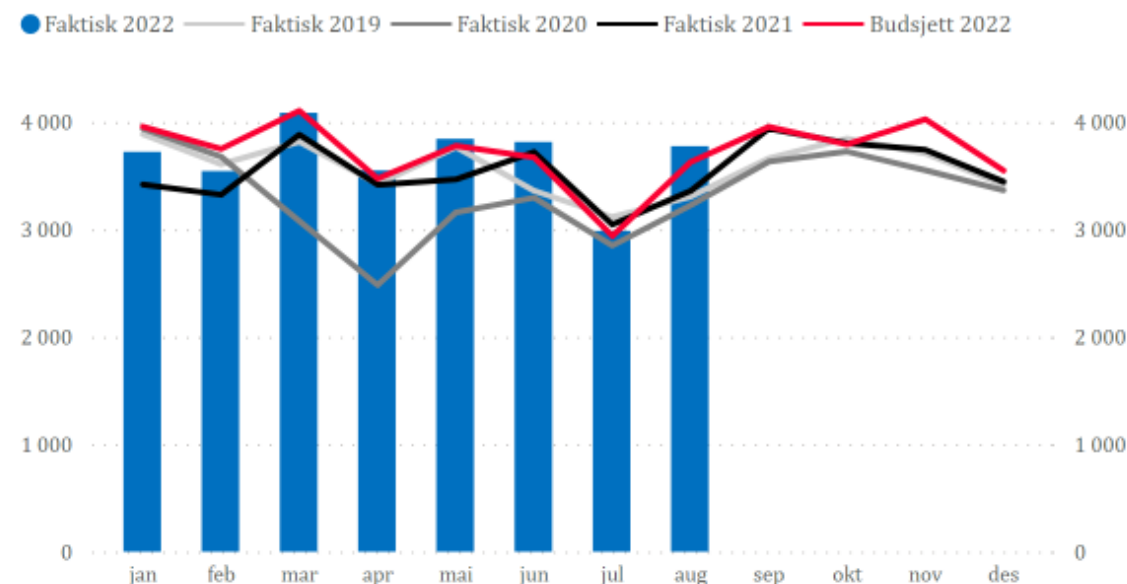
	Denne periode				Hittil i år				Årsestimat mot årsbudsjett				Endring HiÅ 2021-2022		
	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	%	Estimat	Budsjett	Avvik	%	HiÅ 2021	Endring	%
Somatikk	14 889	15 466	-577	-3,7 %	118 492	125 584	-7 092	-5,6 %	183 000	192 603	-9 603	-5 %	116 833	1 659	1,4 %
Psykisk helsevern	5 988	6 521	-533	-8,2 %	50 751	55 491	-4 740	-8,5 %	80 000	86 200	-6 200	-7 %	51 945	-1 194	-2,3 %
VOP	3 226	3 608	-382	-10,6 %	26 680	30 552	-3 872	-12,7 %	43 000	46 700	-3 700	-8 %	28 577	-1 897	-6,6 %
BUP	2 762	2 913	-151	-5,2 %	24 071	24 939	-868	-3,5 %	37 000	39 500	-2 500	-6 %	23 368	703	3,0 %
TSB	577	695	-118	-17,0 %	4 879	5 887	-1 008	-17,1 %	8 000	9 000	-1 000	-11 %	5 334	-455	-8,5 %

# ISF-poeng somatikk

\* ISF-budsjettavvik =  
Budsjettavvik hittil i år (Inneværende år) x ISF enhetspris

Denne periode	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Hittil i år					ISF bud.-avvik* (1000 kr)	
					Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2021		Budsjett 2022
Kirurgisk klinikk	1 619	1 646	-26	-2 %	12 738	12 811	-72	-1 %	12 570	19 657	-1 728
Medisinsk klinikk	1 877	1 705	172	10 %	14 518	14 173	345	2 %	12 847	21 412	8 224
BUK	244	233	11	5 %	1 759	2 003	-244	-12 %	1 886	3 040	-5 830
Akutt og beredskap	11	9	2	17 %	80	72	8	11 %	67	118	185
MSK	22	34	-12	-35 %	220	244	-24	-10 %	233	400	-562
Ufordelt/kvalitetssikring	2		2	0 %	13		13	0 %	29		305
DRG Somatikk utført ved STHF	3 776	3 627	149	4 %	29 328	29 303	25	0 %	27 632	44 627	593
Total ISF-poeng Somatikk (inkl. legemidler, FBV) "sørge for"	4 307	3 891	417	11 %	31 516	31 398	118	0 %	29 733	47 767	2 809

ISF-poeng Somatikk utført ved STHF



## ISF-poeng PHV og TSB utført ved STHF

Denne periode

	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%
DPS Nedre Telemark	247	279	-33	-12 %
DPS Øvre Telemark	102	149	-47	-32 %
Psykiatrisk sykehusavdeling	73	41	32	77 %
Poliklinisk avdeling TSB og psykose	212	270	-58	-21 %
Raskere tilbake PHV og TSB (underlagt Med. klinikk)	0	7	-7	-100 %
Klinikk for PHV og TSB + Raskere tilbake	633	746	-112	-15 %
Avdeling for barn og unges psykiske helse - ABUP	716	956	-240	-25 %
Total ISF Psykisk helsevern og TSB ved STHF	1 349	1 702	-353	-21 %

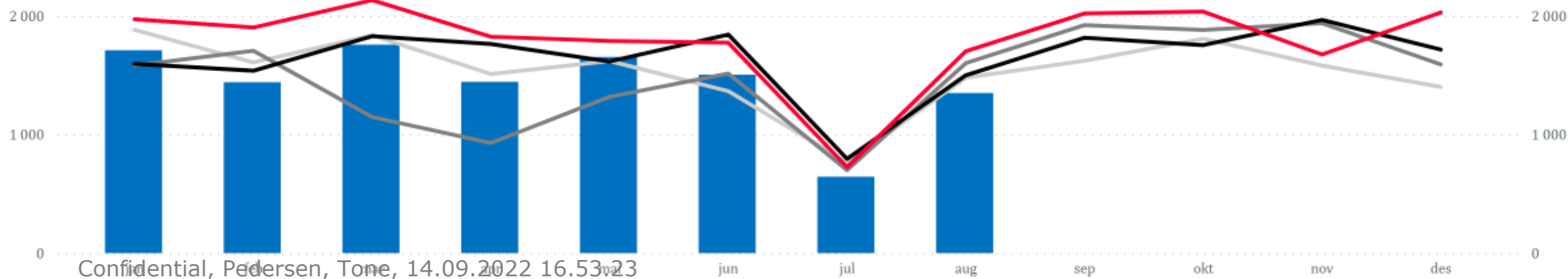
Hittil i år

	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2021	Budsjett 2022	ISF bud.-avvik* (1000 kr)
	2 011	2 363	-352	-15 %	2 127	3 612	-1 160
	953	1 262	-309	-25 %	890	1 930	-1 019
	580	349	231	66 %	360	534	760
	1 737	1 607	130	8 %	1 539	2 457	429
	29	55	-26	-47 %	50	84	-85
	5 310	5 636	-326	-6 %	4 966	8 616	-1 074
	6 190	8 178	-1 988	-24 %	7 506	12 954	-6 550
	11 500	13 814	-2 315	-17 %	12 472	21 571	-7 624

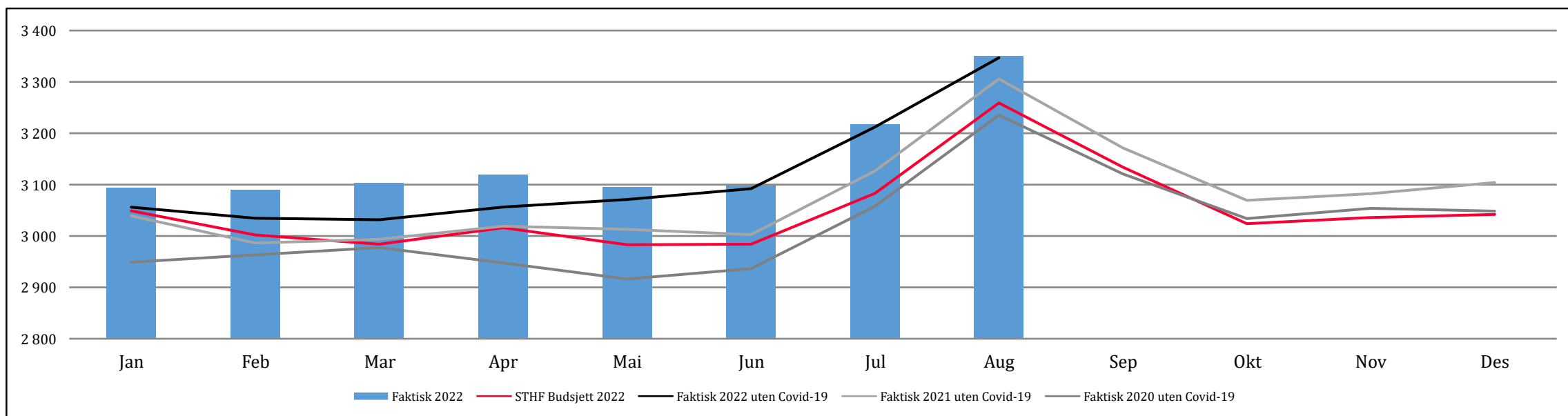
\* ISF-avvik =  
Budsjettavvik hittil i år  
(Inneværende år) x ISF enhetspris

### ISF-poeng PHV + TSB utført ved STHF

● Faktisk 2022 — Faktisk 2019 — Faktisk 2020 — Faktisk 2021 — Budsjett 2022



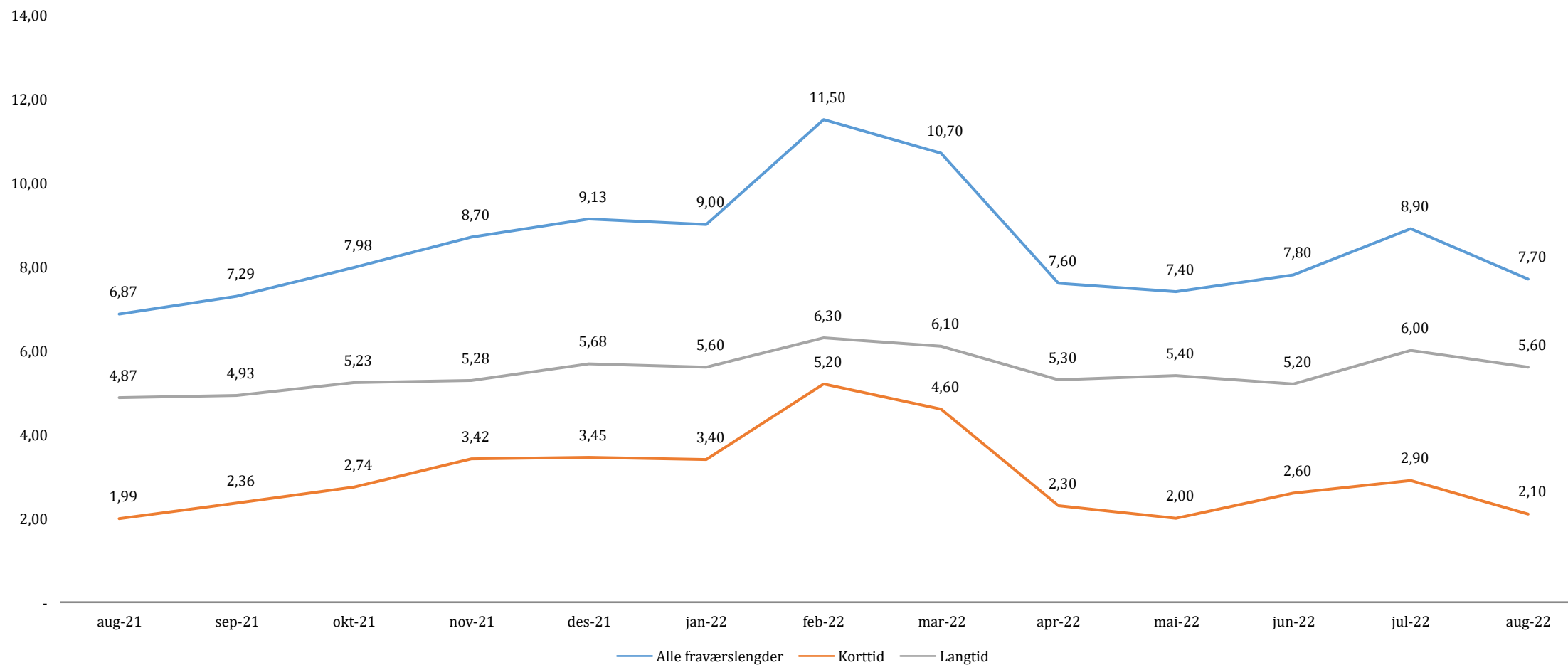
# Brutto månedsverk



202208	Denne periode				Hittil i år (gjennomsnitt)				Endring HiÅ 2021 - 2020		
	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	Avvik i prosent	HiÅ 2020	Endring	%
Somatikk	2 348	2 276	- 72	-3,2 %	2 196	2 127	- 69	-3,3 %	2 165	32	1,5 %
VoP	574	570	- 4	-0,6 %	543	533	- 10	-1,8 %	530	13	2,4 %
BUP	173	172	- 1	-0,7 %	165	161	- 4	-2,2 %	161	3	2,1 %
Psykisk helsevern	747	742	- 5	-0,7 %	707	694	- 13	-1,9 %	691	16	2,3 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	64	62	- 2	-2,4 %	58	58	0	-0,6 %	61	- 2	-3,6 %
Prehospitaltjenester	173	158	- 15	-9,8 %	166	148	- 18	-12,1 %	162	4	2,7 %
Annet	18	19	1	5,1 %	17	18	1	4,8 %	17	0	0,4 %
<b>Total</b>	<b>3 350</b>	<b>3 257</b>	<b>- 93</b>	<b>-2,9 %</b>	<b>3 145</b>	<b>3 045</b>	<b>- 100</b>	<b>-3,3 %</b>	<b>3 095</b>	<b>50</b>	<b>1,6 %</b>

Confidential, Pedersen, Tone, 14.09.2022 16.53.23

Brutto månedsverk. Negativt avvik er her et merforbruk i forhold til budsjett/forrige år. Innleie inngår ikke i månedsverk.



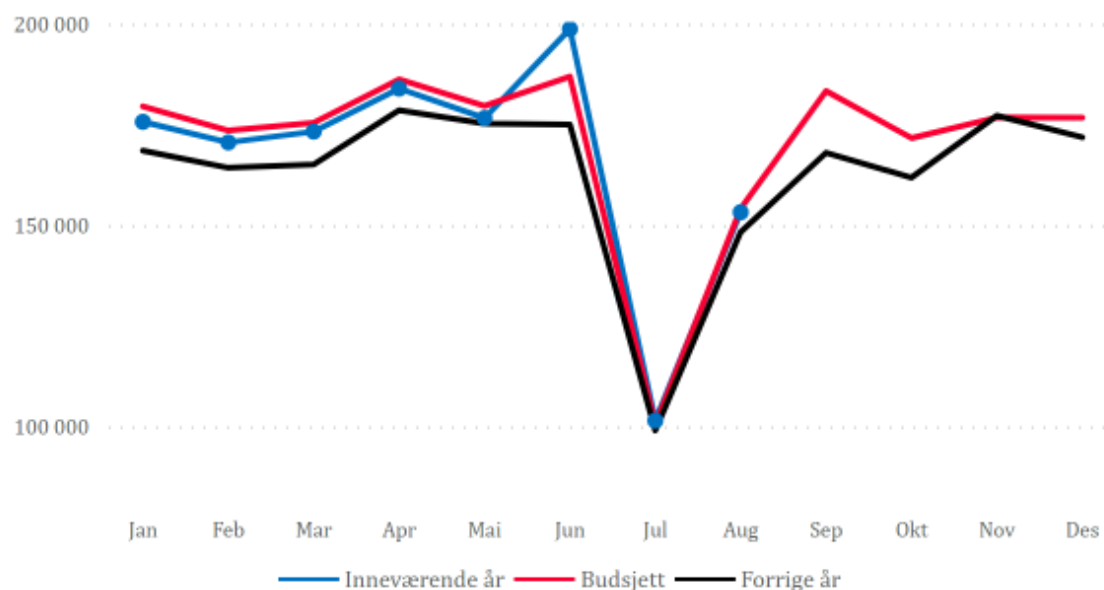
Confidential, Pedersen, Tone, 14.09.2022 16.53.23

Sykefravær rapporteres med 1 måned forsinkelse, dvs. siste oppdaterte periode er 2 måneder tilbake i tid

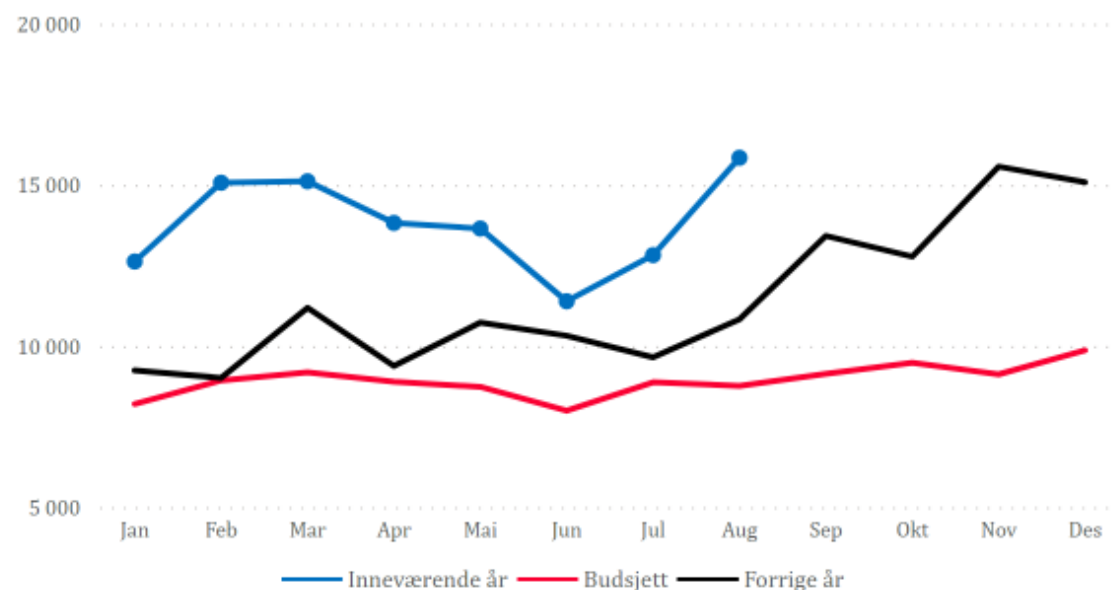
## Bemanning - Lønnskostnader/innleie helsepersonell (tall i 1.000 kr)

Denne periode	Hittil i år				Endring HiÅ 2022 - 2021						
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Endring	%
Lønn til fast ansatte	153 252	154 168	916	0,6 %	1 333 603	1 336 046	2 443	0,2 %	1 274 177	-59 426	-4,7 %
Overtid og ekstrahjelp	15 847	8 767	-7 080	-80,8 %	110 355	69 592	-40 763	-58,6 %	80 378	-29 977	-37,3 %
Total lønn	223 109	209 368	-13 741	-6,6 %	1 836 860	1 759 761	-77 099	-4,4 %	1 721 351	-115 508	-6,7 %
Innleid arbeidskraft - del av kto 468	6 219	1 977	-4 242	-214,5 %	32 645	13 924	-18 720	-134,4 %	16 064	-16 580	-103,2 %

Utvikling i fastlønn per periode



Utvikling i overtid og ekstrahjelp per periode



Confidential, Pedersen, Tone, 14.09.2022 16.53.23

Lønnskostnader og innleie helsepersonell. Negativt avvik er her et merforbruk i forhold til budsjett/forrige år.

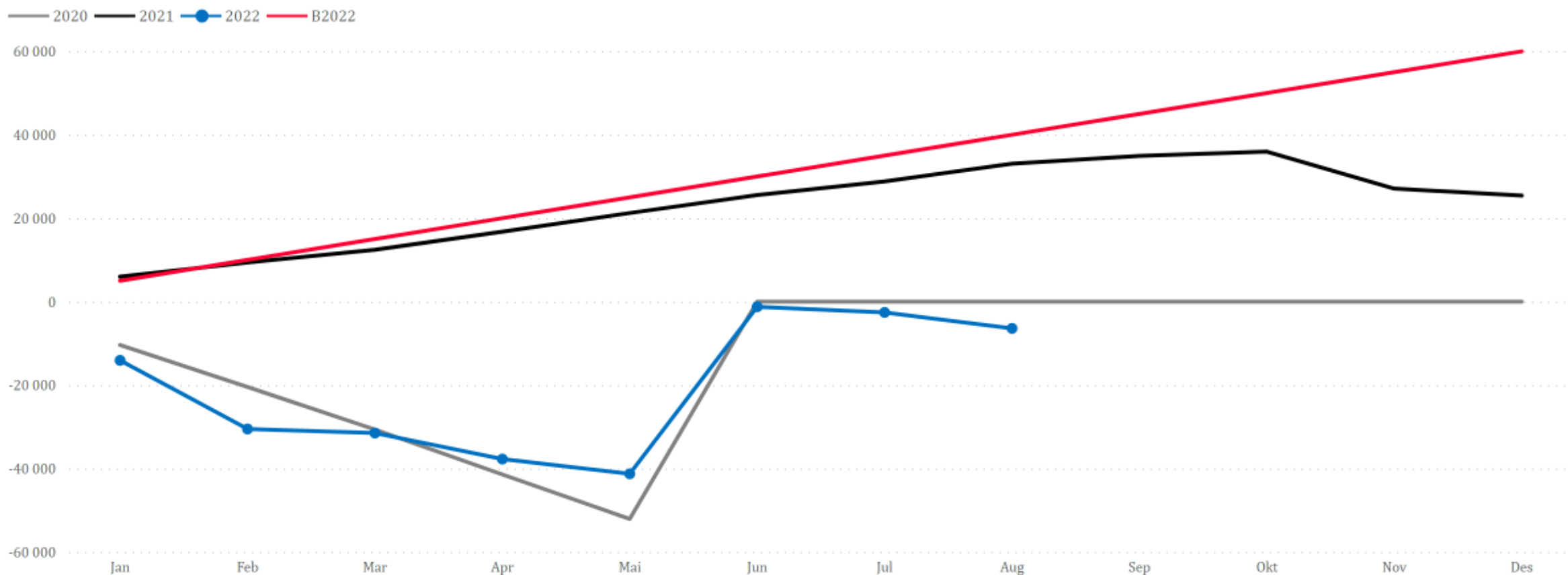


# Resultat

2022-08	Denne Periode			Hittil i år			Helår	
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	Årsbudsjett	Estimat
Basisramme inkl. KBF	207 724	205 099	2 625	1 734 683	1 725 391	9 293	2 637 333	2 657 124
ISF egne pasienter	75 870	70 461	5 409	573 400	567 778	5 622	863 106	867 880
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	16 613	16 602	11	130 519	135 251	-4 732	207 439	202 665
ISF - refusjon poliklinisk PHV/TSB	4 739	5 606	-867	38 450	45 505	-7 055	71 054	65 054
ISF - refusjon pasientadministrative legemidler (H-resept...)	11 319	5 809	5 511	48 392	46 468	1 924	69 703	69 703
Poliklinikk inntekter	9 145	8 771	374	76 515	73 349	3 166	113 067	118 067
Egenandel Poliklinikk inkl HELFO	6 725	8 728	-2 003	64 082	69 063	-4 982	106 743	101 743
Egenandel HELFO pasientreiser	2 718	2 961	-243	20 083	19 203	880	34 346	34 346
Annen inntekt	29 314	26 574	2 739	300 592	219 722	80 870	333 551	415 551
<b>SUM DRIFTSINNTEKTER</b>	<b>364 167</b>	<b>350 611</b>	<b>13 555</b>	<b>2 986 715</b>	<b>2 901 730</b>	<b>84 986</b>	<b>4 436 342</b>	<b>4 532 133</b>
Varekostnad	99 563	88 226	11 337	756 176	709 911	46 265	1 073 572	1 128 572
Lønn eks. pensjon	188 978	180 375	8 603	1 562 208	1 511 138	51 069	2 326 097	2 386 097
Pensjonskostnader	27 911	27 016	896	242 008	234 698	7 310	358 911	369 995
Andre driftskostnader	52 678	50 527	2 151	439 003	410 966	28 037	624 872	643 578
<b>SUM DRIFTSKOSTNADER</b>	<b>369 130</b>	<b>346 143</b>	<b>22 987</b>	<b>2 999 394</b>	<b>2 866 713</b>	<b>132 681</b>	<b>4 383 452</b>	<b>4 528 243</b>
<b>DRIFTSRESULTAT</b>	<b>-4 964</b>	<b>4 468</b>	<b>-9 432</b>	<b>-12 679</b>	<b>35 017</b>	<b>-47 695</b>	<b>52 890</b>	<b>3 890</b>
Finansresultat	1 134	532	602	6 256	4 983	1 272	7 110	11 110
<b>ÅRSRESULTAT</b>	<b>-3 830</b>	<b>5 000</b>	<b>-8 830</b>	<b>-6 423</b>	<b>40 000</b>	<b>-46 423</b>	<b>60 000</b>	<b>15 000</b>
Endrede pensjonskostnader	0		0	0		0		0
<b>ÅRSRESULTAT JUSTERT FOR PENSJONSKOSTNADER</b>	<b>-3 830</b>	<b>5 000</b>	<b>-8 830</b>	<b>-6 423</b>	<b>40 000</b>	<b>-46 423</b>	<b>60 000</b>	<b>15 000</b>



## Resultat - Akkumulert resultat justert for endrede pensjonskostnader (HSØ) (tall i 1.000 kr)



	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Akkumulert resultat justert for pensjonskostnader	-14 085	-30 539	-31 501	-37 748	-41 284	-1 238	-2 593	-6 423				
Akkumulert budsjettavvik	-19 085	-40 539	-46 501	-57 748	-66 284	-31 238	-37 593	-46 423				

## Risikovurdering per 2. tertial 2022

Virksomheten i sykehuset skal utøves i samsvar med gjeldende lover, retningslinjer og styringskrav fastsatt i oppdragsdokumentet eller foretaksmøtet samt vedtak som fattes av eget styre. Effektiv styring forutsetter at det er etablert en intern kontroll i virksomheten som skal identifisere systemsvikt, feil og mangler samt bidra til å nå gjeldende styringskrav og målsettinger. Innenfor hvert av styringsmålene er konkrete og målbare mål gjennomarbeidet og det er gjort vurdering av risiko for manglende måloppnåelse, med tilhørende sannsynlighets- og konsekvensbeskrivelse.

Hensikten med risikovurderingen er å identifisere hvilke områder som trenger særskilt oppmerksomhet i perioden fremover og nødvendige tiltak for å oppnå resultater som forventet i løpet av året.

Etter mer enn 2 år med driftsforstyrrelser gjennom koronapandemien, er sykehuset tilbake i normal drift. Kompensasjon for koronarelaterte kostnader er stoppet, og kostnadspådraget i forbindelse med pandemien utgjør en betydelig risiko. Det er et sterkt fokus på å redusere kostnadsnivået i henhold til budsjettrammene. ISF-aktivitet er i balanse, men kvalitetsparametere som ventetid og korridorpasienter viser fremdeles bekymringsfull utvikling. Sykefraværet er på vei ned, men ligger fremdeles noe høyere enn normalt per august. Det er kapasitetsproblemer og rekrutteringsvansker i psykiatrien.

Risikomatrixe 2. tertial 2022 STHF						
		Konsekvens				
		1	2	3	4	5
Sannsynlighet	5				2	
	4				3, 9	
	3			1, 5, 6		
	2				8	
	1					

Risikoområder	Sannsynlighet					Konsekvens					Historisk utvikling			
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	T2-21	T3-21	T1-22	T2-22
1 Tilgjengelighet			x					x						
2 Økonomi					x				x					
3 Bemanning				x					x					
5 Personvern og informasjonssikkerhet			x ←					x						
6 Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring			x					x						
8 Aktivitet		x ←							x					
9 Kapasitet innen PHV				x					x					

**1. Tilgjengelighet** – Uendret. Ventetidene ligger på et høyere nivå enn samme tid i fjor, og før pandemien. Ventetid ventende og påstartet for somatikk er hhv. 79 og 74 dager, og 30 og 48 dager for psykiatri. Fristbrudd er 5,2 %, hvorav majoriteten gjelder Mage og tarm-avdelingen og barne- og ungdomsmedisin. Det er normalt noe forverring i kvalitetsparametere etter sommeren, og det forventes at tallene vil forbedres gjennom høsten. Sykefraværet er kraftig redusert siden første tertial, men ligger fremdeles noe høyere enn normalt for sommeren.

**2. Økonomi** – Uendret. Sykehuset rapporterer et driftsresultat på -6,4 millioner kr. per august, som er 46,4 millioner kroner lavere enn budsjett. Økonomiske resultater er svekket gjennom koronasituasjonen. Det mottas ikke ytterligere kompensasjon for koronarelaterte kostnader, og sykehuset jobber med strakstiltak for å redusere kostnadsnivået i henhold til budsjett. Underliggende utviklingstrekk, demografi i Telemark gjør det krevende å sikre økonomisk bærekraft over tid.

**3. Bemanning og kompetanse** – Uendret. Det har vært nødvendig å innføre særavtaler for sykepleiere og jordmødre for å kunne gjennomføre sommeravviklingen. Dette har vært kostnadskrevende. Rekruttering av spesialister til BUP, VOP og TSB er svært krevende. Dette gir lav spesialistdekning og fører til forsinkelser i behandlingsforløp og dårligere pasienttilbud.

**5. Informasjonssikkerhet og personvern** - Redusert sannsynlighet. Risiko for eksterne dataangrep anses økt marginalt, blant annet på bakgrunn av situasjonen med Ukraina. Trusselvurderinger tilsier ikke økt risiko alene pga. det, sammenliknet med forrige tertial. Sykehuspartner vurderer fortløpende trusselsituasjon og melder til oss om endringer av trusselnivået kontinuerlig. Ansatte er informert om risiko for phishing-angrep, og får anbefalinger om hvordan man skal forholde seg til dette. Programmet «Hoxhunt» er rullet ut for at ansatte skal kunne rapportere mistenkelige e-poster og bli mer oppmerksomme i det daglige. Sykehuspartner HF har i perioder hatt økt beredskap og overvåkning av situasjonen.

IT-løsning for regional protokoll for håndtering av data etter GDPR Artikkel 30 er levert. Arbeidet med komplettering av protokollen videreføres, og systematikk og ansvars plassering for ajourføring av protokollen er definert. Prioriteres å få etablert vedlikehold i linja ila Q4 2022/Q1 2023.

Relatert til ovenstående er problematikken med bruk av amerikanske skytjenester, evt. europeiske med hovedkontor i USA, hvor disse kan kreve utlevering av våre opplysninger. Lokalt må vi risikovurdere denne type løsninger fra gang til gang, gjennom en totalvurdering vektet mot oppsider for f.eks. pasient, kombinert med kompenserende tiltak.

**6. Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring** – Uendret. Det er en negativ utvikling i tilgjengelighet i siste tertial. Dette gjelder ventetider, fristbrudd og passert tentativ tid, og er primært knyttet til sommeravviklingen. Det er høy fokus på å normalisere driften raskt slik at tilgjengeligheten blir bedre. Korridorpasienter er redusert gjennom sommeren, men det vurderes å være risiko for økning utover høsten. Det er særlig en utfordring i Medisinsk klinikk. Arbeidet med tiltak fra prosjektet Pasientflyt 24/7, med fokus på pasientforløp samt flere av tiltakspakkene fra «I trygge hender 24/7», blant annet tidlig oppdagelse av forverret tilstand (NEWS-2), fortsetter. Relevante kvalitetsindikatorer, herunder 30-dagers overlevelse, tematiseres i Helsefelleskap FSU Kvalitet og tjenesteutvikling. Et felles fokus fra kommuner og sykehus forventes å ha positiv effekt på pasientsikkerheten. Det er videre fokus på kreftområdet. Forbedringsarbeid knyttet til pakkeforløp lungekreft har vært gjennomført, og resultater avventes. Fagråd kreft er etablert i sykehuset. Hensikten er å øke kvaliteten langs hele forløpet, både når det gjelder diagnostisering og behandling, herunder økt 5-års overlevelse.

**8. Aktivitet** – Redusert sannsynlighet. Det er høy aktivitet i Medisinsk klinikk. Kirurgisk klinikk ligger på et normalt nivå, men litt under budsjett. Det er høy aktivitet på poliklinikk, og det jobbes godt med ventelister, men budsjetterte inntektsforventninger vil ikke bli innfridd. Fokus i hele sykehuset er på normalisering av drift etter en periode med høyt sykefravær og driftsforstyrrelser. Utskrivningsklare pasienter er på sitt høyeste nivå per august siste 8 år med 4169 døgn, mot tilsvarende 2876 døgn på samme tid i fjor. Dette gjelder 782 enkeltpasienter per august. 94 % gjelder somatikk.

Det er lav aktivitet på Voksenpsykiatri og TSB målt mot tidligere år. Deler av aktivitetsnedgangen skyldes rekrutteringsutfordringer og vesentlig færre terapeuter enn i fjor, spesielt innenfor TSB. Det har i det siste vært en stor turnover, noe som medfører en noe lavere aktivitet og produktivitet enn ved erfarne behandlere. Mangel på spesialister fører til store kapasitetsutfordringer. Dette gir også endringer i hvordan henvisninger blir vurdert. STHF har gått fra administrativt besluttet inntaksprosent på maks 15% til å forholde seg til nasjonal faglig prioriteringsveileder. Grunnen til dette igjen er en enorm kapasitetsutfordring grunnet tidligere inntakspraksis på 85% inn, og mange vakanser i flere yrkesgrupper i poliklinikkene. Neste tiltak er å øke ventetiden for å kunne ferdigbehandle pågående pasientforløp – hvis dette ikke er tilstrekkelig tiltak.

Aktiviteten innen BUP er på nivå med 2021 men lavere enn budsjett. Budsjett 2022 er fastsatt med bakgrunn i prioriteringsregelen som tidligere ble målt i forhold til vekst i somatikken. Det er et stabilt høyt nivå på henvisningene til BUP, og dette utfordrer kapasiteten i en situasjon med vakante behandlerstillinger og få spesialister. Det er betydelige utfordringer med å rekruttere leger og psykologspesialister

### **9. Kapasitet innen psykisk helsevern/TSB – Ny.**

Flere dømmes til tvungen psykisk helsevern. Det er ikke ledige plasser i sikkerhetspsykiatrien og dette fører til at andre sikkerhetspasienter (krevende pasienter uten dom) må plasseres på andre lukkede poster. Dette forskyver krevende behandlingsopplegg til poster som ikke er rigget for dette (lokaler, bemanningsressurser, kompetanse), og medfører

dårligere pasienttilbud og økte kostnader. STHF er nå i gang med å utvide sikkerhetspsykiatrien med 7 nye pasientrom.

Vedvarende høyt antall henvisninger til BUP, blant annet knyttet til økning i spiseforstyrrelser og andre ressurskrevende lidelser. Antall henvisninger ser ut til å ha stabilisert seg, men på et vesentlig høyere nivå enn før pandemien. Dette utfordrer kompetanse og kapasitet. BUP har fått tilført ressurser for å øke antall behandlere, men rekrutteringsutfordringer er til hinder for økt kapasitet. Spiseforstyrrelser er prioritert gjennom styrking av ressurser og kompetanse i Team for spiseforstyrrelser. Det er også etablert et poliklinisk oppfølgingsteam knyttet til ungdomspsykiatrisk sengepost for å hindre innleggelser, og for bedre å følge opp pasienten etter utskriving.

4 seksjoner i BUP samlokaliseres i Skien sentrum fra vinteren 2023, for å styrke fagmiljø, øke rekrutteringskraft og minske uønsket variasjon. Samlokalisering legger også til rette for økt aktivitet og bedre kvalitet i pasientbehandlingen – som er nødvendig for å møte henvisningsmengde og kompleksitet i sykdomsbilde.

Driftssituasjon VOP er krevende og flere av poliklinikkene har kritisk få spesialister. Ved manglende spesialistrekruttering kan tilbud måtte stenge til høsten. Lukkede akuttposter har en krevende driftssituasjon pga. krevende pasienter fra sikkerhetsposten. De allmennpsykiatriske sengepostene får et høyere trykk da akuttpasienter må overføres dit pga. plassmangel i akuttpostene. I noen tilfeller skrives pasientene ut tidligere enn de ville gjort med full kapasitet. Det er også en opplevelse av at sykdomsbildet har forverret seg og pasientene er mer krevende enn tidligere.

Det er generelt vanskelig å rekruttere psykologspesialister, overleger og psykologer. Samtidig er det relativt høy turnover, og antall vakante behandlerstillinger er økende. Dette er en uheldig utvikling siden rekruttering til små fagmiljøer er ekstra vanskelig. BUP, VOP og TSB består av mange små poliklinikker som er svært sårbare ved vakanser og lite konkurransedyktige i rekrutteringssammenheng.

**Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 2. tertial 2021**

	K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist	
<b>1 Tilgjengelighet</b>									
	K	3	→	Ventetid	Økte ventetider reduserer sykehusets attraktivitet, og kan være et tegn på lav lønnsomhet. STHF er i gul beredskap fra medio desember, og ventetidene forventes å øke noe fremover.	• Økt bruk av telefonkonsultasjoner for å opprettholde elektiv aktivitet der det er mulig	Redusere unødig ventetid og administrative feil. Bidrar til økt kompetanse og felles praksis.	Klinikksjefer og ledere	Løpende
	S	4	→						
	K	4	→	Fristbrudd	Pasienter får ikke oppfylt sin rett til nødvendig helsehjelp. Spesialisthelsetjenesten overholder ikke juridisk bindende forpliktelse til å oppfylle pasientens rettighet, og pasientens rettslig krav på behandling innen den fristen som er fastsatt. Kraftig økning på Plast pga kapasitetsutfordringer.	• Fokus på lengre planleggingshorisont. Sekretærstyrt timebok. • Jevnlige ventelistemøter mellom sekretaer og legeleder. • Kontinuerlig rydding i ventelister for å unngå fristbrudd, langventere, unødig ventetid og løftebrudd.	Pasientene skal ikke oppleve fristbrudd	Klinikksjefer og ledere	Løpende
	S	2	→						
<b>2 Økonomi</b>									
	K	4	→	Økonomisk bærekraft	<ul style="list-style-type: none"> <li>• STHF må skape økonomisk handlingsrom for å sikre nødvendige investeringer.</li> <li>• Styring og kontroll med ressursbruken er viktig for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen</li> <li>• Akkumulert resultatet pr august er - 6,4 millioner, som er 46,4 millioner under budsjett.</li> <li>• Underliggende utviklingstrekk, demografi i Telemark gjør det krevende å sikre økonomisk bærekraft over tid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det jobbes kontinuerlig med gjennomgang av egen drift og identifisering av tiltak både på inntekt- og kostnadssiden.</li> <li>• Arbeid med sykehusovergripende tiltak pågår. Pågående oppfølging av omorganiserte kirurgiske sengeposter for å sikre økonomisk effekt.</li> <li>• Klinikkene følger opp sine respektive tiltaksplaner jevnlig, og det er et kontinuerlig fokus på kostnadseffektivisering.</li> </ul>	Sikre økonomisk økonomisk bærekraft nødvendig for å opprettholde investeringer og vedlikehold og sikre bærekraft også etter USS	Klinikksjefer og stab	Løpende
	S	5	→						
	K	4	→	Koronaeffekt	Redusert aktivitet og høye kostnader ifm Koronavirus har en sterk negativ effekt på sykehusets økonomi. Sykehusene vil ikke få ytterligere kompensasjon. Det er viktig at	<ul style="list-style-type: none"> <li>• God kostnadskontroll og ressursplanlegging i klinikkene</li> <li>• Det holdes løpende oversikt over kostnadseffekten av koronatiltakene</li> <li>• Følge opp at overgang til normaldrift fører til reduserte</li> </ul>	Opprettholde aktivitet i så stor grad som mulig gjennom pandemien. Jobbe ned oppsamlinger i ventelistene.	Klinikksjefer og stab	Løpende
	S	3	→						

**Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 2. tertial 2021**

K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
			driftskostnader reduseres til normalnivå i samsvar med utvikling i koronasituasjonen.	koronakostnader og årsverk <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tettere oppfølging av koronakostnader i klinikkene</li> <li>• Regjeringen har besluttet at det vil også gis tilskudd i 2022 som skal kompensere for koronarelaterte kostnader.</li> </ul>			
<b>3 Bemanning</b>							
K 4 →	S 3 →	Årsverk, variabel lønn og innleie	Økte årsverk, variabel lønn og innleie utover budsjett er kostnadsdrivende, og et mulig tegn på ineffektiv planlegging og drift. Lønnskostnader er sykehusets største kostnadspost. God kostnadskontroll og planlegging på dette området kan derfor forbedre økonomien betydelig. Forventer bedre håndtering av korona i 2021 blant annet mht læringseffekt fra 2020 og vaksinerings av ansatte. Budsjett er økt med 58 årsverk fra 2020.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det arbeides med omstilling, nedbemanning og bedre ressursutnyttelse.</li> <li>• Aktivitetsstyrt bemanning på sengeposter</li> <li>• Læringseffekt fra tidligere perioder vil bidra til mer effektiv håndtering av eventuell ny smitte</li> <li>• Følge opp at overgang til normaldrift fører til reduserte koronakostnader og årsverk</li> <li>• Forventer effekt fra sengepostprosjekt, som ikke er lagt i budsjett.</li> <li>• Sikre god gjennomføring av sommerdrift</li> </ul>	Sikre økonomisk bæreevne og effektiv drift.	Kliniksjefer og ledere	Løpende
K 3 →	S 3 →	Sykefravær	Høyt sykefravær er kostnadsdrivende, en belastning for kontinuerlig drift på de ulike seksjonene, og kan være et tegn på et problematisk arbeidsmiljø. Offisielle tall foreligger per august på 7,7 %.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samarbeid med NAV for å redusere sykefraværet</li> <li>• Prosjekt "Tett på" i HR 2020</li> <li>• Har inngått avtaler med ansattorganisasjoner for å kunne sikre bemanning ved krevende situasjoner.</li> <li>• Tiltak rundt forventet økt koronarelatert sykefravær vurderes fortløpende i beredskapsmøter.</li> </ul>	Redusert sykefravær og tilhørende kostnader.	HR-enhet / ledere	Løpende
K 3 →	S 4 →	AML-brudd	AML-brudd er lovbrudd. Det er gjerne overtidsarbeid som fører til AML-brudd hos STHF. En høy andel AML-brudd kan derfor ses i sammenheng med en juridisk, økonomisk og arbeidsmiljørelatert risiko.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forbedre arbeidet med tjenesteplaner og vaktplaner, som i minst mulig grad gir rom for AML brudd.</li> <li>• Prosjekt "bemanningsplanlegging og ressursstyring".</li> <li>• Pågående oppryddingsarbeid for å fjerne feilregistreringer</li> </ul>	Bemanningsplanlegging og drift skal utføres iht arbeidsmiljøloven.	HR-enhet / ledere	Løpende
K 3 →	S 4 →	Kompetanse og rekruttering	Kompetansemangel vil ha en negativ effekt på pasienttilbud og kvalitet.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Følge opp STHFs vedtatte strategi for å rekruttere og beholde spesialistkompetanse ved STHF.</li> <li>• Langsiktig mål om å utdanne egne spesialister i fag med rekrutteringsvansker</li> <li>• Utdanning av spesialsykepleiere innenfor anestesi, intensiv og operasjon.</li> </ul>	Riktig kompetanse på rett sted og til rett tid	HR-enhet / ledere	Løpende

**Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 2. tertial 2021**

K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
K 4 → S 3 →		Ressursplanlegging	Mangelfull ressursplanlegging kan føre til dårlig ressursutnyttelse, manglende kompetanse, høyere variable lønnskostnader og lavere aktivitet. Pasienten vil kunne oppleve lengre ventetider og flere fristbrudd. Særlig viktig i forbindelse med beredskap for Koronavirus og gradvis normalisering av drift	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktivitetsstyrt bemanning pågå</li> <li>• Riktig effektivitetsnivå ved tverrfaglig arbeid, for eksempel tidsbruk på møter, antall deltagere etc.</li> <li>• Riktig bruk av bemanningscenteret</li> <li>• Operasjonskoordinator ansatt for bedre flyt og videreføring av prosesser fra Operasjon 2020-prosjektet</li> <li>• Prosjekt "ressursstyring i et økonomisk perspektiv"</li> <li>• Prosjekt "Pasientflyt 24/7"</li> </ul>	Mer kostnadseffektiv drift, økt planleggingshorisont	HR-enhet / analyse / klinikker	Løpende
<b>5 Personvern og informasjonssikkerhet</b>							
K 3 → S 5 →		Generelt forsinkelser i regionale prosjekter	Gamle løsninger blir ikke oppgradert eller skiftet ut, medfører fortsatt/økt informasjonssikkerhetsrisiko og personvernmessig for de registrerte	Utenfor vårt mandat å kunne påvirke.		Systemeiere	Løpende
K 4 → S 2 →		Datainnbrudd	Risiko for informasjonssikkerhet og personvern. Det er et kontinuerlig risikoområde. Vi har nå årlige trusselvurderinger fra Sykehuspartner i samarbeid med de andre RHFene, som baserer seg på en rekke åpne og kommersielle kilder. Aktører og måter å utnytte svakheter er til dels kjent fra før, men vi har hatt liten fokus på innsideproblematikken. Trusselvurderinger tilsier ikke at vi skal være et direkte mål pga. Ukraina-konflikten, men generelt noe vi har fokus på.	Nedbetaling av teknisk gjeld, eks.; i. Sanering STHF-domene pågå ii. Migrere WinXP/Win7 over på Win10: forsinket >2024 iii. Sanere gamle løsninger og standardisere/regionalisere  Sikre nyanskaffelser iht krav Sikkerhetskultur: målinger og Hoxhunt etablert.		Utviklingsavdelingen	
K 2 →		Ikke tilstrekkelig oversikt over all behandling av personopplysninger	Sykehuset kan ikke fremlegge fullstendig oversikt over behandlinger til registrerte pasienter og ansatte, eller ved eventuelle tilsyn. Dette kan medføre høye overtredelsesgebyr.	Arbeidet med komplettering av protokollen videreføres, og systematikk og ansvars plassering for jourføring av protokollen er definert og skal gjennomføres Q4 2022.		Utviklingsdirektør	



**Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 2. tertial 2021**

K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist	
S	3	→	Relatert til protokoll over behandling personopplysninger kommer også oversikt og kontroll med behandling i/eller tilgang fra 3. land, eksempelvis USA (og skytjenester).	Strategisk jobber RHFet med dette, lokalt gjør vi risikovurderinger fra gang til gang med vurdering opp mot pasientoppsider f.eks. Viktig at slike beslutninger gjøres på riktig nivå på riktig grunnlag. Konferer med PVO/ISL. EDPB (European Data Protection Board) jobber med et nytt rammeverk for overføring personopplysninger til USA.				
<b>6 Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring</b>								
K	3	→	Pasientskader er et stort samfunnsproblem og medfører store konsekvenser for pasienter, pårørende og involvert helsepersonell- Det kan i verste tilfelle føre til varige skader eller tap av liv. Samtidig er pasientskader samfunnsøkonomisk kostbart.	Gjennomføre tiltak innen innsatsområder pasientsikkerhet i alle relevante enheter. Redusere antall pasientskader målt med metoden GTT - Global Trgger Tool	Færre pasientskader	Klinikksjefer, koordinators: Kvalitetsavdelingen	2020	
S	2	→						
K	2	→	God meldekultur er en forutsetning for at avvik blir registrert og bidrar til forbedring.  God pasientsikkerhetskultur er en forutsetning for åpenhet og læring etter uønskede hendelser	Opplæring i avvik og meldekultur Registrere grad av samsvar mellom meldte avvik og NPE-saker der pasienten har fått medhold.	God meldekultur sikrer at avvik blir registrert og bidrar til forbedring  God pasientsikkerhetskultur sikrer åpenhet og læring etter uønskede hendelser	Klinikksjefer, koordinators: Kvalitetsavdelingen	2020	
S	2	→						
K	3	→	System og struktur for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring	Utrangerte systemer hemmer registrering av data og tilgang til styringsinformasjon om pasientskader og forbedringsarbeid  Anskaffelse og implementering av nytt avvikssystem	Informasjon om avvik og data i sanntid er tilgjengelig og brukes aktivt i foretakets forbedringsarbeid.	Prosjektleder / fagdirektør	2020	
S	2	→						
K	3	→	Infeksjoner	Prevalensmålinger og insidensmålinger med tilbakemeldinger Smittevernvisitter Antibiotikastyringsprogram	Redusert antall infeksjoner	Klinikksjefer: Koordinators: Smittevern/fagdirektør	2020	
S	2	→						
K	4	→	Korridorpasienter	Høy andel korridorpasienter gir dårligere kvalitet i pasientbehandling og kan øke risiko for infeksjoner. Utviklingen har vist en økning i	En del medisinske pasienter har hatt ønske om å slippe å ligge på 4-mannsrom. Avdelingslederne forsøker å motivere de ansatte om at pasienter i minst mulig grad bør ligge på korridor. Klinikken intensiverer arbeidet med å	Ingen korridorpasienter	Klinikksjefer og ledere	Løpende
S	2	→						

**Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 2. tertial 2021**

K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
			Medisinsk klinikk i 2019. Stigende trend mot slutten av 2021, både for KIR og MED.	praktisere samme-dagsinnleggelse for pasienter som skal ha pacemaker. Klinikken har uttalt god nytte av en velfungerende og aktiv AK 2 og ser at høy bruk av den gir betydelig færre korridorpasienter. Dette innlemmes i prosjekt "Pasientflyt 24/7".			
<b>8 Aktivitet</b>							
K 3 →	S 2 →	Svingninger i pasientgrunnlag ØH	ØH-tilbudet må opprettholdes, men er kostnadskrevende.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedre utnyttelse av tilgjengelig arbeidstid i operasjonsplanlegging (operasjon 2020)</li> <li>• Kartlegge muligheter for mer dynamisk styring</li> <li>• Pågående tiltak for poliklinikk</li> </ul>	<p>Mer effektiv pasientbehandling.</p> <p>Kostnadsreduksjoner</p> <p>Effektiv ressursutnyttelse</p>	<p>Klinikksjef/ledere KIR/ABK</p> <p>Klinikksjef / ledere</p>	Løpende
K 3 →	S 3 →	Voksenpsykiatri og TSB	Lav aktivitet målt mot tidligere år. Aktiviteten og produktiviteten har falt betraktelig innenfor Rus-feltet fra nyttår. Det er stor nedgang i antall terapeuter sammenlignet med tidligere år, og rekrutteringsvansker over tid gjør det vanskelig å øke aktiviteten. Ventetidene er fremdeles veldig lave, avvisningsratene er historisk lave, så ingenting tyder på at det er pasienter som ikke får et tilbud.	Det jobbes kontinuerlig med rekruttering, opplæring og forbedring.	Ønsket effekt er korrekt koding, flere tellende konsultasjoner, vise bedre produktivitet og samtidig øke inntektene	Klinikksjef	Løpende
<b>9 Kapasitet innen PHV</b>							
K 5 →	S 5 →	Manglende kapasitet i Sikkerhetspsykiatri	Sikkerhetspasienter må legges på andre sengeposter, som ikke har lokaler, bemanning eller kompetanse til å behandle denne pasientgruppen. Økt press på akuttpostene. Dårligere pasienttilbud	Ombygging av eksisterende bygg vil gi ca 6-8 nye plasser	Tilstrekkelig kapasitet til å dekke dagens behov for plasser. Dette vil bedre situasjonen på de postene som i dag må ha sikkerhetspasienter		
K 3 →	S 3 →	Sterk vekst i Henvisningsstrøm BUP	Vedvarende høyt antall henvisninger, om lag 30 % høyere enn før pandemien. Utfordrer kapasiteten.	Rekruttering av flere behandlere. Samlokalisere og styrke fagmiljø og øke rekrutteringskraft	Tilstrekkelig kapasitet til å håndtere henvisningsmengde. Nå målsetting om 30 dager ventetid		

**Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 2. tertial 2021**

	<b>K</b>	<b>S</b>	<b>Risikoområder</b>	<b>Beskrivelse / mulig konsekvens</b>	<b>Tiltak</b>	<b>Effekt</b>	<b>Ansvar</b>	<b>Frist</b>
				Lengre ventetider Stort press og slitasje på ansatte				
	K	4 →	Driftssituasjon VOP	Akutt behov for spesialister, i verste konsekvens må enkelte poliklinikker stenges til høsten.	Rekruttere spesialister	Styrke fagmiljø og bedre pasienttilbudet		
	S	4 →						
	K	4 →	Generelle rekrutteringsutfordringer	Akutt behov for spesialister. Rekruttering til små fagmiljøer er ekstra vanskelig. BUP, VOP og TSB består av mange små poliklinikker som er svært sårbare ved vakanser og lite konkurransedyktige i rekrutteringssammenheng	Styrke rekrutteringskraft gjennom samling av fagmiljøer	Styrke fagmiljø og bedre pasienttilbudet		
	S	4 →						

## Saksfremlegg

### Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	21.09.2022

Type sak (sett kryss)							
Beslutning	<input checked="" type="checkbox"/>	Etterretning	<input type="checkbox"/>	Orientering	<input type="checkbox"/>	Tema	<input type="checkbox"/>

Sak: 080 – 2022

## Innspill fra styret ved STHF til konsernrevisjonens revisjonsplan for 2023

### Hensikten med saken

Styreleder legger fram forslag til revisjonstema til konsernrevisjons revisjonsplan for 2023, til diskusjon i styret.

Målet er å prioritere 1-2 revisjonstema, som oversendes til konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF.

Konsernrevisjonen vil så langt som mulig følge opp de høyst prioriterte innspillene fra det enkelte helseforetak som samtidig treffer behovene til flere helseforetak eller foretaksgruppen som helhet.

### Forslag til vedtak

Forslag til revisjonstema som styret konkluderer med i møtet, oversendes Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst innen 5. oktober 2022.

Skien, 13. september 2022

Anne Biering  
styreleder

### 1. Hva saken gjelder

Revisjonsutvalget i Helse Sør-Øst RHF anmodet i brev av 01.07.2022 helseforetakene om 1-2 styrebehandlete innspill til revisjonstema innen 5. oktober 2022. Formålet er å identifisere revisjoner som vil støtte styrene i helseforetakene i deres tilsyns- og kontrollfunksjon. Det bes også om at styret vurderer i hvilken grad foretakets egen internrevisjon eller kvalitetsavdeling kan ivareta lokale behov for revisjoner. Konsernrevisjonen vil også gjøre selvstendige risikovurderinger som grunnlag for innspill til revisjonsplanen.

Konsernrevisjonen har en uavhengig og objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon, hvor formålet er å bistå styret og ledelsen med å utøve god virksomhetsstyring. Dette gjøres ved å vurdere foretakenes virksomhetsstyring, risikostyring og internkontroll.

### 2. Tidligere revisjonstema

STHF har tidligere spilt inn følgende tema til Konsernrevisjonens revisjonsplan:

År	Tema
2022	- Tvang i psykisk helsevern og rusbehandling - Innkjøpsprosessen
2021	- Legemiddelfeil og legemiddelhåndtering - Datasikkerhet/ datainnbrudd
2020	- Legemiddelområdet - Legebemannning, pasientflyt og organisering i akuttmottak - Forbedringsprosesser Kjennetegn på vellykkede forbedringsprosesser – erfaringsdeling
2019	- Arbeid med måloppnåelse av prioriteringsregelen - Kreftpakkeforløp hvor to eller flere helseforetak er involvert. Samhandling og systemer for å sikre måloppnåelse - Oppfølging og håndtering av informasjonssikkerhet knyttet til MTU - Brukermedvirkning. Helseforetakenes arbeid med tilrettelegging for medvirkning

I revisjonsplan for 2022 besluttet konsernrevisjonen å gjennomføre revisjon på følgende områder ved Sykehuset Telemark:

- Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester (pågår)
- Bruk av tvang i psykisk helsevern – rådgivningsrevisjon (i ferd med å avsluttes)

### 3. Forslag til revisjonstema 2023

Det følger av revisjonsutvalgets bestilling at konsernrevisjonens revisjonsplan skal være risikobasert. Konsernrevisjon har dialog med styrelederne om risikoområder og revisjonstemaer fra det enkelte helseforetak.

Innspill fra styrene bør bygge på styrets eget perspektiv av risikobildet med utgangspunkt i mål og rammebetingelser. Som hjelp i risikovurderingen kan styret også ta utgangspunkt i foretakets egen risikovurdering eller det regionale helseforetakets risikokart.

Konsernrevisjonen vil så langt som mulig følge opp de høyst prioriterte innspillene fra det enkelte helseforetak som samtidig treffer behovene til flere helseforetak eller foretaksgruppen som helhet.

Sykehusets risikovurdering for 2. tertial viser følgende:

Risikoområder	Sannsynlighet					Konsekvens					Historisk utvikling			
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	T2-21	T3-21	T1-22	T2-22
1 Tilgjengelighet			x					x						
2 Økonomi					x				x					
3 Bemanning				x					x					
5 Personvern og informasjonssikkerhet			x ←					x						
6 Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring			x					x						
8 Aktivitet		x ←							x					
9 Kapasitet innen PHV				x					x					

Innspill til revisjonsplanen skal gi en kort beskrivelse av risikoområdet, bakgrunn og mål, samt formål med revisjonen. Under bakgrunn og mål beskrives risikoområdets betydning for virksomheten og/eller måloppnåelsen.

Risikoområde	Bakgrunn og mål	Formål med revisjonen
<b>Kapasitet og bemanning og hvordan sikre styring av fagressurser (rekruttere, utvikle og beholde).</b>	<p>Dette er en betydelig risikofaktor for Sykehuset Telemark – og antagelig flere HF. Bemanning og kompetanse peker seg ut som et særskilt risikoområde. Dette har vedvart over tid, og ble også diskutert av styret som revisjonstema for 2022 (Utdanning og rekruttering), men ikke besluttet. Kommuner og HF konkurrerer med hverandre om ansatteressurser, både ifbm sommerferieavvikling og ellers. Rekruttering av spesialister inne flere fag er krevende, spesielt innen BUP, VOP og TSB. Lav spesialistdekning fører til forsinkelser i behandlingsforløp og et dårligere pasienttilbud. Temaet har blitt problematisert ved flere anledninger i styrets diskusjoner.</p>	<p>Formålet med revisjonen er å bekrefte hvorvidt sykehuset har tilstrekkelig styring og kontroll med kapasitet og bemanning.</p>
<p><b>Informasjonssikkerhet og personvern</b></p> <p><b>Aktuelle risikoområder ut fra ROS - 2. tertial 2022:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sikkerhetskrav i nyanskaffelser<sup>1</sup>, inkl. bruk av skytjenester</li> <li>- Protokoll – art 30</li> </ul>	<p>Sykehuset behandler store mengder opplysninger som grunnlag for gode helsetjenester, helseregistre, forskning og innovasjon. Opplysningene må behandles slik at helsetjenester kan gis på en forsvarlig måte og samtidig ivareta pasientenes tillit til sykehuset. Det overordnede målet for informasjonssikkerheten er at:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informasjon er tilgjengelig ved behov (tilgjengelighet)</li> <li>• Informasjon ikke endres utilsiktet eller av uvedkommende (integritet)</li> </ul>	<p>Formålet med revisjonen er å bekrefte hvorvidt sykehuset har tilstrekkelig styring og kontroll med informasjonssikkerhet og personvern</p>

<sup>1</sup> **Merknad:** Revisjonstema informasjonssikkerhet kan være aktuelt å se i sammenheng med Konsernrevisjonens revisjon av Sykehuspartner HF's styring av informasjonssikkerhet (2022).

- Informasjon ikke blir kjent for uvedkommende (konfidensialitet)

God informasjonssikkerhet og personvern er en forutsetning for digitalisering. Sykehuset må sikre en robust teknologi, forvaltningsorganisasjon og sikkerhetskultur.

Sykehuset Telemark har informasjonssikkerhet og personvern som ett av sine faste årlige internrevisjonstema. Tema som foreslås til konsernrevisjonen anses som lite egnet for internrevisjon pga. sin kompleksitet. Imidlertid kan for eksempel særskilte fokusområder følges i internrevisjonen i regi av kvalitetsavdelingen.

#### **4. Styreleders anbefaling**

Styreleder anbefaler følgende forslag til revisjonstema:

1. Kapasitet og bemanning og hvordan sikre styring av fagressurser (rekruttere, utvikle og beholde).
2. Informasjonssikkerhet og personvern

#### **Vedlegg:**

Brev til styreleder fra Konsernrevisjonen 1. juli 2022; Innspill til revisjonsplan 2023 for konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst (P360 22/02987)

Styreledere  
Kopi: Administrerende direktører

Helseforetakene i Helse Sør-Øst

Vår referanse:  
22/00928-1

Saksbehandler:  
Espen Anderssen

Deres referanse:

Dato:  
01.07.2022

## Innspill til revisjonsplan 2023 for konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst

Konsernrevisjonen gjennomfører årlig en prosess med å utarbeide et forslag til revisjonsplan for kommende år. Revisjonsutvalget fremlegger revisjonsplanen for godkjenning i styret i Helse Sør-Øst RHF. Planen består av revisjoner som skal gjennomføres i foretaksgruppen. Det planlegges med at revisjonsplanen for 2023 skal behandles i styret i Helse Sør-Øst RHF den 16. desember 2022.

### Konsernrevisjonens formål

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF 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. Dette utføres ved å vurdere foretakenes virksomhetsstyring, risikostyring og internkontroll.

Konsernrevisjonen er organisert under styret for Helse Sør-Øst RHF og rapporterer funksjonelt til styret ved revisjonsutvalget. Revisjonsutvalget har som formål å bidra til å ivareta styrets tilsyns- og kontrolloppgaver.

### Prosess for utarbeidelse av revisjonsplan

I henhold til instruks for revisjonsutvalget i Helse Sør-Øst RHF skal utvalget hvert år anmode helseforetakene om styrebehandlete innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan for neste år. Formålet er å identifisere revisjoner som vil støtte styrene i helseforetakene i deres tilsyns- og kontrollfunksjon.

I tillegg vil konsernrevisjonen innhente innspill til revisjonsplanen fra revisjonsutvalget og ledelsen i det regionale helseforetaket. Konsernrevisjonen vil også gjøre selvstendige risikovurderinger som grunnlag for innspill til revisjonsplanen.



Revisjonsutvalget anmoder på denne bakgrunn helseforetakene om å utforme styrebehandlede innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan for 2023. Frist for innspill er 5. oktober 2022.

I løpet av kort tid vil konsernrevisjonen ta initiativ til et møte i august/september med den enkelte styreleder i helseforetakene for dialog om risikoområder og revisjonstemaer som kan inngå som innspill fra det enkelte helseforetak.

### **Perspektiv og risikobasert tilnærming**

Konsernrevisjonens revisjonsplan skal være risikobasert. Innspill fra styrene bør bygge på styrets eget perspektiv av risikobildet med utgangspunkt i mål og rammebetingelser. Som hjelp i risikovurderingen kan styret også ta utgangspunkt i foretakets egen risikovurdering eller det regionale helseforetakets risikokart (se vedlegg).

### **Innspill til revisjonsplanen**

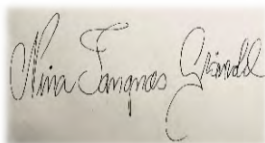
Innspill til revisjonsplanen bør gi en kort beskrivelse av risikoområdet, bakgrunn og mål, samt formål med revisjonen. Under bakgrunn og mål beskrives risikoområdets betydning for virksomheten og/eller måloppnåelsen.

Konsernrevisjonen ber om 1-2 forslag til risikoområder til konsernrevisjonens revisjonsplan. Konsernrevisjonen vil så langt som mulig følge opp de høyst prioriterte innspillene fra det enkelte helseforetak som samtidig treffer behovene til flere helseforetak eller foretaksgruppen som helhet.

Styret bes også om å vurdere i hvilken grad foretakets egen internrevisjon eller kvalitetsavdeling kan ivareta lokale behov for revisjoner.

Innspill til revisjonsplanen kan sendes konsernrevisor Espen Anderssen (revisjonsutvalgets sekretær) på epost [Espen.Anderssen@helse-sorost.no](mailto:Espen.Anderssen@helse-sorost.no).

Med vennlig hilsen  
Helse Sør-Øst RHF



Nina Grønvold Tangnæs  
Leder styrets revisjonsutvalg



Espen Anderssen  
konsernrevisor

Vedlegg

## Vedlegg 1 – Eksempel på innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2023

Risikoområde	Bakgrunn og mål	Formål med revisjonen
<p><b>Svakheter i ledelsens årlige gjennomgang av styringssystemet</b> Manglende eller mangelfull gjennomføring av ledelsens gjennomgang innenfor vesentlige risikoområder kan medføre at svakheter i styringssystemet og risikoer i pasientbehandlingen ikke avdekkes og håndteres i tilstrekkelig grad.</p>	<p>Minst en gang årlig skal helseforetakene foreta en systematisk gjennomgang av styringssystemet for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til forbedring (forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring).</p> <p>Gjennomgangen skal besvare om mål og resultater oppnås, om lover og forskrifter etterleves, og om styringssystemet fungerer etter hensikten.</p> <p>Det er viktig at resultatene fra denne gjennomgangen rapporteres til styret og følges opp på en god måte.</p>	<p>Formålet med revisjonen er å bekrefte hvorvidt ledelsens gjennomgang av styringssystemet gjennomføres på en hensiktsmessig måte, og at den bidrar til å gi styret nødvendig trygghet for at styringssystemet er velfungerende innenfor relevante risikoområder.</p>

**Vedlegg 2 – Risikokart Helse Sør-Øst RHF (oversikt over risikovurdering og tiltak)**

- *Risikoområde 1:* Risiko for ikke å nå mål om å styrke psykisk helsevern og TSB
- *Risikoområde 2:* Risiko for at manglende behandlingsskapasitet medfører lange ventetider og at pasientavtaler ikke overholdes, og ikke sammenhengende pasientforløp
- *Risikoområde 3:* Risiko for redusert kvalitet og pasientsikkerhet
- *Risikoområde 4:* Risiko forbundet med utdanning og rekruttering
- *Risikoområde 5:* Risiko forbundet med HMS og arbeidsmiljø
- *Risikoområde 6:* Risiko forbundet med omfang og kompleksitet i IKT-porteføljen
- *Risikoområde 7:* Risiko forbundet med IKT-infrastrukturen
- *Risikoområde 8:* Risiko forbundet med informasjonssikkerhet og personvern
- *Risikoområde 9:* Risiko forbundet med normalisering av driftsøkonomien etter pandemien
- *Risikoområde 10:* Risiko forbundet med planlegging og gjennomføring av regionale byggeprosjekter

## Saksfremlegg

### Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	21.09.2022

Type sak (sett kryss)						
Beslutning		Etterretning		Orientering	X	Tema

### Sak: 081-2022

### Status utviklingsprogram

#### Hensikten med saken

Denne saken er en oppfølging av sak 087-2021 Forbedringsarbeid ved Sykehuset Telemark – utviklingsprogrammet.

Hensikten med saken er å gi styret en orientering om status i sykehusets utviklingsprogram. Forbedringsarbeidet ved sykehuset er organisert i et program for sykehusovergripende forbedringsprosjekter. Dette arbeidet står sentralt i å skape bærekraftig drift for sykehuset over tid. Prosjektene skal å bidra til at sykehuset realiserer merverdiene som er innarbeidet i budsjett og økonomiske langtidsplaner.

Sykehuset Telemark har gjennom mange år jobbet med ulike omstillings- og forbedringsinitiativ, men har gjennom de siste årene i større grad satt fokus på det vi benevner som sykehusovergripende prosjekter og aktiviteter. Klinikkvise forbedringsaktiviteter er helt nødvendige og fremdeles en viktig del av kvalitetsforbedrings- og effektiviseringsarbeidet. Pasientforløpene går imidlertid i stor grad på tvers av organisasjonsstrukturene og det er mange avhengigheter på sykehuset hvor klinikkens prioriteringer og aktiviteter har stor betydning for den øvrige virksomheten. Vi mener at det her ligger et stort potensiale for effektivisering og forbedring både økonomisk og for pasienten. På denne bakgrunnen mener vi det er helt nødvendig å supplere med prosjekter som i større grad enn tidligere ivaretar helheten.

I presentasjonen til styret vil vi gi en utfyllende orientering om status i de ulike hoveddelene av utviklingsprogrammet.

#### Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering og understreker behovet for å fortsette forbedringsarbeidet og intensivere så langt driftssituasjonen tillater det. Ytterligere effektivisering er helt nødvendig for å skape en bærekraftig utvikling ved sykehuset.

Skien, 14. september 2022

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

## 1. Bakgrunn og innledning

Styret fikk i «sak 087-2021 Forbedringsarbeid ved Sykehuset Telemark – utviklingsprogrammet» presentert bakgrunn, arbeidsmetodikk og de viktigste prosjektene som ved utgangen av 2021 var lagt inn i sykehusets forbedringsarbeid. Det ble også informert om at arbeidet fremover ville bli samlet og organisert i et Utviklingsprogram for å sikre at aktivitetene blir sett i sammenheng, at ressurser prioriteres og at det sikres læring på tvers av de ulike aktivitetene.

Saken viste videre til behovet for forbedringer som skaper grunnlag for å realisere fremtidig utvikling av sykehuset. Det ble vist til slitasje i organisasjonen som hadde utfordret takten i forbedringsarbeidet og kostnadsvekst på flere områder som utfordret den økonomiske bærekraften fremover.

Også i tiden etter behandling av sak 087-2021 har sykehuset stått i en krevende driftssituasjon med høyt fravær blant ansatt sammen med høyt belegg og mange ØH pasienter. Forbruket av variabel lønn og innleie har økt betydelig og sammen med høy lønns- og prisvekst generelt har de økonomiske resultatene blitt svekket. Det har fortsatt vært krevende å drive forbedringsarbeid i sykehuset, mens behovet for å økt takt og lykkes med forbedringer har blitt enda større.

## 2. Hva saken gjelder

Sykehusets administrasjon vil i saken presentere status for arbeidet i utviklingsprogrammet. Hovedfokus i presentasjonen vil være på gjennomførte aktiviteter, resultater og videre planer i prosjektene:

- Operasjon 2020
- Pasientflyt 24/7
- Kontorfaglige støttefunksjoner

Andre aktiviteter i utviklingsprogrammet vil kun omtales overfladisk. Prosjektet Helselogistikk er forsinket på grunn av forhold utenfor sykehusets kontroll og USS-prosjektet presenteres som egen sak.

## 3. Administrerende direktørs anbefaling

Administrerende direktør understreker viktigheten av å drive et kontinuerlig forbedringsarbeid for å skape nødvendig handlingsrom for å realisere de langsiktige planene ved Sykehuset Telemark.

Administrerende direktør vil be styret om å ta saken til orientering og støtte opp under forbedringsarbeidet.

**Vedlegg: Ingen**

## Saksfremlegg

### Saksgang:

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
Styret i Sykehuset Telemark HF	21. september 2022

<b>Type sak (sett kryss)</b>						
Beslutning	<input type="checkbox"/>	Etterretning	<input type="checkbox"/>	Orientering	<input checked="" type="checkbox"/>	Tema

**Sak: 082 – 2022**

## Status styringskrav oppdrag og bestilling 2022 for Sykehuset Telemark

### Hensikten med saken

Hensikten med saken er å gi styret informasjon om status for måloppnåelse for styringskrav gitt til Sykehuset Telemark i oppdrag og bestilling 2022.

### Forslag til vedtak

Styret tar status for styringskrav 2022 gitt til Sykehuset Telemark HF i oppdrag og bestilling 2022 til orientering.

Skien, 13. september 2022

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

## 1. Hva saken gjelder

I foretaksmøte 16. februar 2022 ble oppdrag og bestilling 2022 gjort gjeldende for Sykehuset Telemark HF. Styret orienteres i saken om status i arbeidet med å innfri styringskrav i oppdrag og bestilling 2022 gitt til Sykehuset Telemark.

## 2. Status for mål og oppdrag gitt i oppdrag og bestilling 2022

Alle styringskrav fra oppdrag og bestilling 2022 er operasjonalisert i virksomhetsplanleggingen til Sykehuset Telemark.

Sykehuset Telemark har vurdert status etter seks måneders drift for alle styringskravene i oppdrag og bestilling 2022 med hensyn til måloppnåelse, jfr. vedlegg. Status er kommentert samt vurdert i henhold til tre kriterier og oversikten/vedlegget viser følgende:

- 54 % status grønn: Høy grad av styring og kontroll. Tiltak ikke nødvendig
- 33 % status gul: Middels grad av styring og kontroll. Tiltak må vurderes
- 13 % status rød: Lav grad av styring og kontroll. Tiltak nødvendig

Styringskrav markert med status «rød» farge er kommentert under:

- Andel pasientforløp som har gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.
  - Kommentar: Per juni var måloppnåelsen på 38,7 pst., som er langt under målsetningen på 80 pst. og 6 pst. under landsgjennomsnittet i juni. Det jobbes kontinuerlig med å forbedre måloppnåelsen. Det er satt av ekstra ressurser til opplæring og veiledning i koding.
- Antall LIS i psykiatri skal økes sammenlignet med 2021
  - STHF har ikke nådd målet. Antall LIS i psykiatri har ikke økt i perioden
- Iverksette tiltak for å styrke rekruttering og spesialistutdanning for leger ved de mindre sykehusene i distriktene
  - Antall LIS i psykiatri har ikke økt i perioden
- Samlet forbruk av bredspektret antibiotika skal reduseres med 30 pst. i 2022 sammenliknet med 2012. 2021 var siste året for Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten (2015-2020) og det planlegges for videre arbeid med den nasjonale strategien mot antibiotikaresistens i 2022
  - STHF nådde målsettingen om 30 pst. reduksjon i 2019, men forbruket har igjen økt i forbindelse med pandemien, på samme måte som det har skjedd i HSØ som helhet. Situasjonen har blitt ytterligere forverret 1. halvår 2022. Det jobbes med konkrete tiltak i antibiotikateamet, blant annet kliniske audits på de aktuelle avdelingene.
- Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2021. Målsetningen på sikt er lavere enn 50 dager
  - Ventetidene har økt betydelig gjennom 1H 2022 og er på 64 dager per juni mot 55 dager i 2021. Det er usikkert om sykehuset vil evne å redusere ventelistene under 2021-nivå i løpet av høsten
- Helseforetaket skal overholde minst 95 pst. av pasientavtalene

- Resultatet per juni var 87 pst. og har svekket seg betydelig over de siste 12 måneder. Ikke realistisk å oppnå mål i løpet av høsten 2022.
- Sykehuset Telemark HF skal i 2022 basere sin virksomhet på de tildelte midler
  - Resultat per juni er -1,2 mill kr. og 31,2 mill kr. dårligere enn budsjettet. Basert på merkostnader med lønnsoppgjør og prisvekst utover budsjettet KPI, er estimat for året justert til 25 mill kr. (per 2. tertial er estimatet ytterligere justert ned)  
Det iverksettes ulike tiltak for å sikre å oppnå estimat, herunder et kortsiktig spareprogram som skal gi effekt allerede høsten 2022. Videre er planlagt forbedringsarbeid, som er forsinket av pandemien, restartet og vil akselereres gjennom høsten.
- Årsresultat 2022 for Sykehuset Telemark HF skal minst være på 60 millioner kroner
  - Resultat per juni er dårligere enn budsjettet (ref. kulepunktet over)

For øvrig vises det til styresak 079-2022 Virksomhetsrapport per 2. tertial (behandles av styret i møte 21. september). Her fremkommer oppdatert status for måloppnåelse per 31. august 2022 for mange av styringskravene. Sykehusets oppdaterte risikovurdering inngår i tertial-rapporteringen.

### **3. Administrerende direktørs anbefaling**

Administrerende direktør anbefaler at styret tar status styringskrav 2022 for Sykehuset Telemark HF til orientering.

### **Vedlegg**

- Status oppdrag og bestilling 2022



## Vurdering av status for styringskrav gitt i OBD 2022

### Vedlegg til styresak 083-2022 Status styringskrav oppdrag og bestilling 2022 for Sykehuset Telemark

1. Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Kommentar	Status 1/2 år
<b>1.1 Behandlingstilbud psykisk helsevern og TSB</b>		
Styrke psykisk helsevern og TSB slik at tilbudet kan trappes opp for barn og unge, samt voksne med alvorlig psykisk lidelse. Forebygging og kvalitet skal prioriteres, og utfall av behandling skal vektlegges.	Barn: "Stor henvisningsøkning, komplekse problemstillinger, utfordrende rekruttering, mangel på behandlingsrom. Tiltak: rekrutteringstiltak. Samling av 4 seksjoner i nytt og større bygg gir flere behandlingsrom, styrket fagmiljø og rekrutteringsstyrke. Smidigere behandlingsforløp.	
Aktiviteten i psykisk helsevern, både for voksne og barn/unge, skal være høyere i 2022 sammenlignet med 2021. Dette gjelder både innen døgnbehandling, dag- og poliklinisk aktivitet.	Antall døgnopphold og antall liggedøgn for VOP og TSB er høyere enn i 2021. For BUP er det økning i antall opphold men færre liggedøgn. Dette skyldes endring i tilbudet med etablering av et poliklinisk oppfølgingsteam for tettere oppfølging av pasienter etter utskrivning. BUP har økning i poliklinisk aktivitet sammenlignet med 2021, mens VOP og TSB har færre (pga vakante terapeutstillinger). Jobber med rekruttering.	
Fra 2021 til 2022 skal den budsjetterte veksten i kostnader til psykisk helsevern, både for voksne og barn/unge, være høyere enn den budsjetterte veksten i kostnader til somatikk.	Budsjettert vekst i kostnader i psykisk helsevern for voksne og barn/unge er høyere enn budsjettert vekst innenfor somatikk. Krav er oppfylt.	
Helseforetaket skal i tråd med nasjonal alkoholstrategi 2021 – 2025 sørge for gode basistjenester innen TSB i alle helseforetak, styrke rusbehandlingstilbudet til barn og unge og utvikle rutiner for samhandling mellom somatiske avdelinger, psykisk helsevern og TSB.	'Etablerte rutiner for de over 16 år. Samarbeid med TSB poliklinikk. Tiltak: kartlegge behov for de under 16 år, individuelle tiltak for pasientene. Samarbeid blant annet med kommunehelsetjenesten.	
Helsetjenesten som deltar i team for helsekartlegging i barnevernet har nødvendig språklig og kulturell kompetanse når samiske barn som skal plasseres utenfor hjemmet. Det vises til oppdragsdokument 2021: Helse Nord RHF skal opprette et prosjekt som skal utrede muligheten for nasjonal døgnkontinuerlig tolketjeneste. Tilbudet må dekke både nordsamisk, lulesamisk og sørsamisk. Tilbudet må ses i sammenheng med samisk tolketjeneste på Sámi klinihkka ved for eksempel hjelp av teknologi. Tilbudet skal dekke ordinær tolketjeneste, men også være tilgjengelig for AMK-sentraler.	'Lite aktuelt for BUK. Benytter tolketjeneste ved behov.	
<b>1.2 Ventetid psykisk helsevern og TSB</b>		
Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne.	Ventetiden hittil i år er 32 dager og innenfor kravet	
Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge.	Ventetiden hittil i år er 37 dager og over kravet. Fortsatt stor tilstrømming av pasienter med til dels komplekse og alvorlige lidelser, samtidig med vakanser og rekrutteringsutfordringer. Basert på utvikling de siste måneder forventer vi å komme under kravet i løpet av høsten 2022.	
Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 30 dager for TSB.	Ventetiden hittil i år er 23 dager og innefor kravet	
<b>1.3 Pasientforløp psykisk helsevern og TSB</b>		
Andel pasientforløp som har gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.	Ligger for øyeblikket på 38,7 % måleoppnåelse, noe som er langt under målsetningen på 80 %. STHF ligger 6 % - poeng under landsgjennomsnittet i juni. Det jobbes kontinuerlig med å forbedre dette. Det er satt av ekstra ressurser til opplæring og veiledning i koding.	

## Vurdering av status for styringskrav gitt i OBD 2022

### Vedlegg til styresak 083-2022 Status styringskrav oppdrag og bestilling 2022 for Sykehuset Telemark

Andel pasienter i pasientforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan, skal være minst 80 pst.	Ligger for øyeblikket på 63,6 %, noe som er et godt stykke under målsetningen. Ligger allikevel 20 % - poeng over landsgjennomsnittet. Det jobbes kontinuerlig med å forbedre dette. Det er satt av ekstra ressurser til opplæring og veiledning i koding.	
<b>1.4 Epikriser psykisk helsevern og TSB</b>		
Minst 70 pst. av epikrisene skal være sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB.	Varies fra 47 % til 61 % de første 7 månedene, og hittil per juni viser måloppnåelsen 50 %. Det er en forbedring gjennom året og dette indikerer at målet nås i løpet av høsten.	
<b>1.5 Henvisninger psykisk helsevern</b>		
Helseforetaket skal innen utgangen av 2022 ha etablert og i funksjon de felles henvisningsmottakene (helseforetak/avtalespesialister) innenfor psykisk helsevern.	Dette er organisert i et felles regionalt prosjekt, hvor fagdirektør STHF deltar i SG. Fase 1 gjennomføres i 2022 og skal resultere i en evaluering og rapport som legger grunnlag for fase 2. I fase 2 skal det etableres felles henvisningsmottak ved alle DPS.	
Helseforetaket skal tilby vurderingssamtale innen psykisk helsevern, særlig for barn og unge og der det er uklart om pasient har rett til helsehjelp eller det er behov for supplerende informasjon, eller der lege/henviser mener det er behov for rask avklaring før eventuell henvisning.	'Det tilbys vurderingssamtaler til aktuelle pasienter.	
<b>1.6 Tvangsbruk psykisk helsevern</b>		
Forhindrer feil bruk av tvang og tilrettelegger tjenestene slik at forebygging av aggresjon og vold understøttes.	Rådgivingsrevisjon gjennomført med anbefalinger og påfølgende tiltak. Skjermingsprosjekt videreføres. Rutiner videreutvikles.	
<b>1.7 Forebygging av selvmord</b>		
Det vises til tiltak i Regional fagplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025	'Etablert og implementert gode rutiner	
Psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer er en viktig bakenforliggende faktor ved selvmord, og mange av de som dør i selvmord har vært i kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling det siste året.		
Helseforetaket skal etablere gode rutiner: o for kartlegging og tiltak ved selvskading hos barn og unge o ved somatisk akuttmottak som sørger for god håndtering ved selvskading eller selvmordsforsøk o for utsendelse av epikrise samme dag som utskrivelse etter selvskading eller selvmordsforsøk o for oppfølging etter utskrivelse, inkludert oppdatert kriseplan o som fremmer involvering og samarbeid med pårørende til pasienter som har gjort selvmordsforsøk eller selvskading o for hvordan etterlatte skal følges opp		

## Vurdering av status for styringskrav gitt i OBD 2022

### Vedlegg til styresak 083-2022 Status styringskrav oppdrag og bestilling 2022 for Sykehuset Telemark

2. Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet	Kommentar	Status 1/2 år
<b>2.1 Bemanning og kompetanser</b>		
Det skal arbeides med tiltak som bidrar til å rekruttere, beholde og utvikle helsepersonell. Det skal tilrettelegges for praksisplasser og læreplasser.	Prosjektet Pasientflyt 24/7 har gitt føring for 20 nye sykepleierstillinger i Bemanningssenteret. Det etableres et utviklingsprogram for at disse skal fungere optimalt i Bemanningssenteret. Det jobbes med å etablere et traineeprogram for sykepleiere. Sykehuset må bli bedre til å ivareta nyansatte og studenter.	Yellow
Antall lærlinger i helsefagarbeiderfaget skal økes sammenlignet med 2021.	Antall helsefagarbeiderlærlinger har økt fra 6 til 10. Oppstart 1.september 2022.	Green
Antall utdanningsstillinger for sykepleiere innen anestesi-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie (ABIOK), samt jordmødre skal økes sammenlignet med 2021.	Sykehuset har økt antallet utdanningsstillinger i AIOBK. Ekstra midler ble bevilget til dette.	Green
Antall LIS i psykiatri skal økes sammenlignet med 2021.	Antall LIS i psykiatri har ikke økt i perioden.	Red
Helseforetaket skal:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• videreføre og forsterke arbeidet med å utvikle en heltidskultur i helseforetakene.</li> </ul>	Prosjektet Pasientflyt 24/7 har gjennomført analyser for å se hvordan sykehuset kan lyse ut flere faste fulle stillinger. AML §14-4a har gitt rett til utvidet stilling 26 medarbeidere i 2021 og 20 medarbeidere hittil i 2022.	Yellow
<ul style="list-style-type: none"> <li>• iverksette tiltak for å styrke rekruttering og spesialistutdanning for leger ved de mindre sykehusene i distriktene.</li> </ul>	Dette er ikke gjennomført	Red
<ul style="list-style-type: none"> <li>• delta i arbeid med forslag til endringer i spesialistforskriften.</li> </ul>	Sykehuset har deltatt i høringsrundene, men ikke kommet med forslag til endringer i spesialistforskriften	Green
Ved behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) vedtok Stortinget å be daværende regjering sørge for at stedlig ledelse skulle være hovedregelen ved norske sykehus, og at dette ble fulgt opp i foretaksmøtet den 4. mai 2016. Hurdalsplattformen slår fast at man skal sikre stedlig ledelse i sykehusene. Helseforetaket bes vise hvordan dette er ivare tatt innenfor lovens krav til enhetlig ledelse, jf. også rundskriv I-2/2013 om Lederansvaret i sykehus. Helseforetaket skal redegjøre for hvordan de ulike virksomhetene er organisert for å ivareta prinsippet om stedlig ledelse. Dette skal gå fram av årlig melding for 2022.	Sykehuset Telemark har stedlig ledelse ved alle sine lokasjoner.	Green
Et av regjeringens satsingsområder er "Arbeid for alle i et inkluderende arbeidsliv". Som store arbeidsgivere er det av spesiell betydning at helseforetakene fortsetter arbeidet med å legge til rette for å rekruttere personer som av ulike grunner har utfordringer med å komme inn i arbeidslivet. Inkluderingsarbeidet skal også bidra til å forhindre frafall fra arbeidslivet. Helseforetaket skal videreføre arbeidet med inkludering og mangfold og legge til rette for rekruttering av personer som har utfordringer med å komme inn i arbeidslivet, samt å forhindre frafall fra arbeidslivet.	Dette er et krevende arbeid som pågår kontinuerlig. Alle stillingsannonser inneholder en oppfordring til at personer med nedsatt funksjonsevne eller som har hull i CV'en er velkomne til å søke. Målet på 5 % er ikke oppnådd.	Yellow

## Vurdering av status for styringskrav gitt i OBD 2022

### Vedlegg til styresak 083-2022 Status styringskrav oppdrag og bestilling 2022 for Sykehuset Telemark

2.2 Forskning og innovasjon, kvalitet og pasientsikkerhet	
Det skal tilrettelegges for forskning og innovasjon i tjenesten, og arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitet skal styrkes.	<p>Prioriterte tiltak i gang. Forskning; styrking av forskningsadministrasjonen, økning av akademiske stillinger, etablering av forskningsgrupper, kvalitetssystem for forskning etablert, satsning på kliniske behandlingsstudier. Innovasjon; behov for større fokus på dette området. Det er startet en dialog mellom Utviklingsavd, forskningsavd og økonomi om å etablere en funksjon som innovasjonsrådgiver. Pasientsikkerhet og kvalitet; Implementering EQS/NOKUP - forbedret tilgang på statistikk som grunnlag for systematisk forbedringsarbeid lokalt. Forbedringsprogrammet - styrke klinisk kompetanse i forbedringsmetodikk - første kull fullføres sept 2022. Helhetlig system for oppfølging innstatsområder pasientsikkerhet under utvikling.</p> <p>Særskilt satsning på NEWS (30-dagers overlevelse), Trygg utskrivning, Legemiddelsikkerhet (rullerende plan), Kurs og opplæring saksbehandling med vekt på klage og tilsynssaker. Hendelsesanalyser - inkl videreutvikling av metodikk. Utvikling meldekultur og varslingsplikt inngår i implementeringen av EQS. STHF deltar i ny NPE- undersøkelse om meldekultur - samsvar mellom NPE-saker og saker i sykehusenes meldesystemer. Sykehuset etablerte egen indikator for meldekultur som oppfølging av svakt resultat i forrige NPE-undersøkelse (2019).</p>
Samlet forbruk av bredspektrert antibiotika skal reduseres med 30 pst. i 2022 sammenliknet med 2012. 2021 var siste året for Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten (2015-2020) og det planlegges for videre arbeid med den nasjonale strategien mot antibiotikaresistens i 2022.	STHF nådde målsettingen om 30 % reduksjon i 2019, men forbruket har igjen økt i forbindelse med pandemien, på samme måte som det har skjedd i HSØ som helhet. Situasjonen har blitt ytterligere forverret 1. halvår 2022. Det jobbes med konkrete tiltak i antibiotikateamet, blant annet kliniske audits på de aktuelle avdelingene.
Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres til 10 pst. innen 2023, jf. mål i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.	Målingene ved Sykehuset Telemark er basert på gjennomgang av 240 pasientjournaler årlig. Resultatene holder seg lavt med små variasjoner. 2021: 7,08. Måloppnåelsen forutsetter at pasientsikkerhetsarbeidet gis prioritet og følges opp over tid. Sykehuset Telemark deltar i et nasjonalt prosjekt i regi av Helsedirektoratet om videreutvikling av GTT-metoden.
Antall kliniske behandlingsstudier i helseforetakene som inkluderte pasienter i 2022 skal økes med minst 15 pst. sammenliknet med 2021, jf. målene i Nasjonal handlingsplan for kliniske studier.	Det er iverksatt mange tiltak for å øke antall kliniske behandlingsstudier (KBS). Det er ansatt forskningsrådgiver med KBS-kompetanse, og infrastruktur for KBS er under oppbygging. Forskningspoliklinikk er under planlegging, det inngås interne avtaler med Lab/røntgen/patologen, og man samler studiesykepleierkompetanse på tvers av avdelingene. Antall KBS var 22 i 2019, 20 i 2020 og 23 i 2021. For å oppnå en 15 % økning i 2022 må vi starte opp ytterligere 4 KBS i løpet av høsten. Dette ligger vi mest sannsynlig an til å klare.

## Vurdering av status for styringskrav gitt i OBD 2022

### Vedlegg til styresak 083-2022 Status styringskrav oppdrag og bestilling 2022 for Sykehuset Telemark

Helseforetaket skal legge til rette for helsetjenesteforskning og innovasjonsprosjekter som utvikler nye måter helsetjenester kan leveres på, samt prosjekter som evaluerer kvalitet og pasientsikkerhet i pasientbehandling.	Første runde i Forbedringsprogrammet slutføres i september. Resultater og videre satsning presenteres i egen ledergruppesak. Forbedringsprosjektene presenteres som del av programmet på STHFs pasientsikkerhetskonferanse i uke 45. Innovasjon; behov for større fokus på dette området. Det er startet en dialog mellom Utviklingsavd, forskningsavd og økonomi om å etablere en funksjon som innovasjonsrådgiver.
Helseforetaket skal videreutvikle arbeidet med å se arbeidsmiljø og pasientsikkerhet i sammenheng, med utgangspunkt i oppfølging av nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring og undersøkelsen ForBedring.	I seksjonens/avdelingens oppfølging av uønskede hendelser (EQS) og meldekultur, skal forholdet mellom antall registrerte pasienthendelser og resultatene fra medarbeidernes egen vurdering av meldekulturen i ForBedring vurderes. (Vedtak LG sak 096-2022 Uønskede pasienthendelser 2021.Under implementering. Nytt forbedringssystem (EQS) gir forbedret mulighet til registrering av HMS-hendelser og tilgang på statistikk og analyse innen pasienthendelser og HMS-hendelser.
Helseforetaket skal følge opp at forskningen er i tråd med regelverket og de risikoområder som er avdekket i Statens helsetilsyns rapport (6/2021) «Forskningsansvarlig har ansvar for at forskningen er forsvarlig».	Det har i 2021 og 2022 blitt gjort et stort arbeid med å innføre kvalitetssystem for forskning. Dette innebærer anskaffelse og implementering av Medinsight som forskningsstøtteløsning, samt etablering av nødvendige styrende dokumenter for å ivareta kvalitet og personvern.
<b>2.3 Legemidler</b>	
Helseforetaket skal etablere innføringsprosjekt for regional standard for lukket legemiddelsløyfe.	Fagdirektør deltar i regional styringsgruppe for Lukket legemiddelsløyfe. Lokalt innføringsprosjekt er etablert.

## Vurdering av status for styringskrav gitt i OBD 2022

### Vedlegg til styresak 083-2022 Status styringskrav oppdrag og bestilling 2022 for Sykehuset Telemark

3. Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp	Kommentar	Status 1/2 år
<b>3.1 Ventetid somatikk</b>		
Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2021. Målsetningen på sikt er lavere enn 50 dager.	Ventetidene har økt betydelig gjennom 1H 2022 og er på 64 dager per juni mot 55 dager i 2021. Det er usikkert om sykehuset vil evne å redusere ventelistene under 2021-nivå i løpet av høsten	Red
<b>3.2 Pasientavtaler</b>		
Helseforetaket skal overholde minst 95 pst. av pasientavtalene.	Resultatet per juni var 87% og har svekket seg betydelig over de siste 12 måneder. Ikke realistisk å oppnå mål i løpet av høsten 2022.	Red
Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 pst.	Resultat per juni samlet er 12%. Nye initiativ nødvendig for å oppnå mål.	Yellow
<b>3.3 Epikriser somatikk</b>		
Minst 70 pst. av epikrisene skal være sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.	Resultatet per juni var på 62%. KIR har oppnådd mål (72%), mens BUK (42%) og MED (57%) ligger under. Det bør være mulig å oppnå mål gjennom fokusert innsats.	Yellow
<b>3.4 Pakkeforløp kreft</b>		
Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 24 kreftformene skal være minst 70 pst.	STHF har i hele 2022 ligget over 70 % på forløpstid. Per juni var forløpstiden oppfylt for 81 % av pasientene. Når det gjelder enkeltforløpene, har det vært gjort et stort forbedringsarbeid innen lungekreft, noe som har resultert i forløpstider over 70 % de siste 6-8 månedene. Prostatakreft har også vært utfordrende, men har hatt gode forløpstider de siste månedene. Forøvrig har man slitt med å oppnå målsettingen innenfor tykk- og endetarmskreft, og fagmiljøet jobber med tiltak. Det er også krevende innenfor gyn.kreft. Her jobber OUS med tiltak. For lymfomer er forløpstidene betydelig bedret siden 2021, men man er ikke helt i mål på 70 % enda.	Yellow
<b>3.5 Behandlingstilbud</b>		
Helseforetaket skal påse at pasienter som mottar behandling hos private leverandører gjennom godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg får videreført det tilbudet de har behov for når ordningen avvikles.	'Gjelder svært få pasienter i BUK. De få det gjelder kan ivaretas gjennom eksisterende tilbud. 'Medisin: utfordringer vil øke rundt skopier innen mage tarm feltet	Green
Helseforetaket skal vurdere hvilken elektiv aktivitet som helt eller delvis kan flyttes fra større til mindre sykehus.	<u>a. Desentralisere fra universitetssykehus til STHF</u> Det foreligger tydelige føringer for sentralisering/funksjonsfordeling av en del behandlinger (noen kreftformer, fedmekirurgi, karkirurgi, sjeldenområdet, etc). Når det gjelder desentralisering av behandlinger, har STHF i flere år ønsket og jobbet for å kunne utføre enkel invasiv hjertebehandling (ICD) lokalt, uten at dette har kommet nærmere en løsning. STHF har også ønsket å utføre primær fedmekirurgi. Det er spørsmål om vi igjen bør utfordre den etablerte funksjonsfordelingen på dette området. <u>b. Flytte aktivitet internt i STHF, fra Skien/Porsgrunn til Notodden</u> Innen plastikkirurgi er det allerede flyttet en del inngrep til Notodden. Det kan også være aktuelt å vurdere flytting av enkelte inngrep innen ortopedi og annen kirurgi. Flytting av aktivitet vil fordre et visst volum, av hensyn til god kvalitet og pasientflyt. Det pågår en intern prosess for å avklare pkt a og b over. Tilbakemelding gis til HSØ primo oktober.	Yellow

## Vurdering av status for styringskrav gitt i OBD 2022

### Vedlegg til styresak 083-2022 Status styringskrav oppdrag og bestilling 2022 for Sykehuset Telemark

4. Øvrige krav og rammer for 2022	Kommentar	Status 1/2 år
<b>4.1 Beredskap og sikkerhet</b>		
Helseforetaket skal:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• videreutvikle beredskapsarbeidet og -planene med hensyn til pandemier og andre alvorlige kriser, ved å følge opp egevaluering av pandemihåndteringen, Koronakommisjonens rapport og egne risiko- og sårbarhetsanalyser knyttet til infrastruktur, kompetanse og innsatsfaktorer mv.</li> </ul>	Pandemihåndteringen er risikovurdert og evaluert i flere runder. Planer har blitt løpende revidert. Koronakommisjonens rapport har ikke blitt spesifikt behandlet, men innholdet er kjent, og våre planer og rutiner er i stor grad innrettet deretter.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• delta i planlegging, gjennomføring og evaluering av nasjonal atomberedskapsøvelse 2022.</li> </ul>	Øvelsen gjennomført med redusert omfang på grunn av krigsutbrudd i Ukraina	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• sørge for at tjenestegjørende militært personell under NATO-øvelsen Cold Response 2022 gis tilgang til spesialisthelsetjenester uten etterfølgende fakturering fra norske myndigheter.</li> </ul>	Øvelsen er avsluttet og det er i tråd med føring ikke fakturert for tjenester fra sykehuset.	
<b>4.2 IKT-utvikling og digitalisering</b>		
Helseforetaket skal bidra til regional standardisering og redusert variasjon, gjennom opplutning om regionale fellesløsninger og innføring av regional forvaltningsmodell. Helseforetaket skal aktivt bidra til sanering og standardisering av applikasjonsporteføljen, i samarbeid med Sykehuspartner.	Det er gjennomført et omfattende arbeid med sanering og standardisering av applikasjonsporteføljen i foretaket. Av totalt 260 kartlagte applikasjoner, er 113 sanert. I tillegg er 62 applikasjoner plassert på liste til HSØ-RHF for vurdering/godkjenning mht. videre bruk. STHF har tett dialog med Sykehuspartner for å identifisere nye applikasjonskandidater for sanering og standardisering.	
Skatteetaten har modernisert det sentrale folkeregisteret med nye og endrede felter. Skatteetaten forbereder også innføring av ny personidentifikator (PID) i 2032. I den forbindelse innfører Norsk Helsenett (NHN) en ny persontjeneste for oppslag av folkeregisterinformasjon som Helse Sør-Øst må ta i bruk. Dette medfører behov for endringer i integrasjoner og informasjonsmodell i IKT-systemer samt i medisinteknisk utstyr som benytter personopplysninger. Det er etablert et regionalt prosjekt som legger til rette for ibruktakelse av integrasjoner samt ny personmaster i Helse Sør-Øst. Helseforetaket skal holde seg orientert om det nasjonale og regionale arbeidet, samt legge til rette for nødvendige lokale tilpasninger. Helseforetaket skal legge frem en tidsplan for dette arbeidet innen 1. juni 2022.	Det planlegges for et lokalt prosjekt med oppstart i august 2022. Tidsplan for gjennomføring: MP1 – Skaffe oversikt over dokumenterte integrasjoner fra SP – Q3-22 MP2 – Avdekke ikke-dokumenterte integrasjoner – Q3-22 MP3 – Kartlegge STHF-spesifikke integrasjoner som ikke forvaltes av SP – Q4-22 MP4 – Bestille endringer på ikke-dokumenterte integrasjoner – løpende når mulig MP5 – Gjennomføre endringer på STHF-spesifikke integrasjoner – løpende når mulig	

## Vurdering av status for styringskrav gitt i OBD 2022

### Vedlegg til styresak 083-2022 Status styringskrav oppdrag og bestilling 2022 for Sykehuset Telemark

4.3 Informasjonssikkerhet		
<p>Nye teknologier tas i bruk og mer pasientbehandling foregår på tvers av helseforetak, hjemme og over internett. Helseforetaket skal kunne møte endringer på en effektiv og trygg måte. Helseforetaket skal derfor arbeide systematisk med informasjonssikkerhet og ha kontroll med risiko.</p>	<p>Tendensen er en mer komplisert leverandørkjede, hvor spesielt bruk av skytjenester fra f.eks. asiatiske eller amerikanske underleverandører kan utfordre informasjonssikkerhetsregelverket. EU-domstolen avsa i 2020 en prinsipiell dom (Schrems-II) om overføring av personopplysninger til land utenfor EU/EØS. Dommen kan få betydning for flere digitale løsninger som benyttes av innbyggere, offentlige og private virksomheter. RHFet jobber strategisk med dette, samt at EU jobber med et nytt rammeverk. I mellomtiden må vi fortløpende gjøre vurderinger av eksisterende og planlagte løsninger. Enten må vi la være å benytte disse løsningene, noe som potensielt kan være uheldig for pasientbehandlingen. Alternativt kan det iverksettes kompensierende tiltak for å redusere mest mulig usikkerhet og veie dette opp mot andre hensyn, f.eks. oppside for pasienter. Vi er i tett dialog med RHF og øvrige HF i foretaksgruppen i denne saken. Generelt fungerer internkontrollen som forutsatt, og det gjøres fortløpende risikovurderinger på dette området.</p>	
<p>Helseforetaket skal ha oversikt over domener de bruker, for å kunne etterleve offentlige krav og anbefalinger. Domenene skal være registrert gjennom Sykehuspartner HF, senest innen utgangen av 2022. Eventuelle unntak skal avklares med Helse Sør-Øst RHF.</p>	<p>Helseforetaket har kontroll over domenene som benyttes.</p>	
4.4 Klima og miljø		
<p>Helseforetaket skal:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• dokumentere årlig status i arbeidet med å nå felles klima og miljømål for spesialisthelsetjenesten</li><li>• vurdere om det er ressursmessig riktig å videreføre tredjepartssertifiseringen av system for miljøledelse, eller om man skal ivareta målsettingene for miljøledelse på annen måte.</li><li>• bidra i arbeidet med en nasjonal analyse av sårbarhet og tilpasningsbehov relatert til klimaendringer og helse.</li></ul>	<p>STHF har presentert status arbeid med miljømål i foretaksgruppe møte mai 22. Etablere mål og metode for oppfølging og måling av alle felles miljømål i løpet av høsten 2022.</p> <p>Vurdert for 2022, 3-partssertifisering videreføres i 2022. Ny vurdering må gjøres etter implementering av felles rammeverk høsten 2022.</p> <p>Tett dialog med HSØ gjennom miljøfagnettverk. STHF vil tilpasse seg føringer fra HSØ.</p>	
4.5 Bygg og vedlikehold		
<p>Tilstand i bygningsmassen registreres hvert fjerde år. Helseforetakene skal i løpet av 2022 etablere tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner for tilstandsgrad 2 (TG2) og tilstandsgrad 3 (TG3) i henhold til Norsk Standard for Tilstandsanalyse av byggverk (NS3424) som følger:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 10-års tilstandsbasert vedlikeholdsplan for TG2</li><li>• 5-års tilstandsbasert vedlikeholdsplan for TG3</li></ul>	<p>Arbeidet med å lage en vedlikeholdsplan for TG3 er i rute. Plan for TG 2 forventes ikke være klar i løpet av 2022 da det er en omfattende jobb. Arbeidet med tidfesting mål for tilstandsgrad er ikke igangsatt</p>	
<p>Helseforetaket skal oppgi tidfestet mål for tilstandsgrad for sine bygg.</p>		
<p>Eiendomsrelaterte kostnader, som også inkluderer interne kostnader, skal rapporteres årlig og strukturert etter kontoplan for livsløpskostnader i henhold til Norsk Standard for Livssyklus kostnader for byggverk (NS3454).</p>	<p>Dette har vært på plass de siste 10 årene</p>	



## Vurdering av status for styringskrav gitt i OBD 2022

### Vedlegg til styresak 083-2022 Status styringskrav oppdrag og bestilling 2022 for Sykehuset Telemark

4.6 Oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelser		
<p>Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester viser til utfordringer knyttet til kapasitet og kvalitet i de polikliniske helsetjenestene for barn, unge og voksne innenfor psykisk helsevern. Det vises for øvrig til de mål som er satt for arbeidet med psykisk helsevern i 2022.</p> <p>Helseforetaket må følge opp Riksrevisjonens undersøkelse om psykiske helsetjenester.</p> <p>Riksrevisjonens undersøkelse av kliniske behandlingsstudier i helseforetakene viser at pasienters tilgang til kliniske behandlingsstudier ikke er god nok, at kliniske behandlingsstudier ikke er tilstrekkelig integrert i pasientbehandlingen og at mange styrer i helseforetak og regionale helseforetak har liten oppmerksomhet rettet mot forskning. Det vises for øvrig til de mål som er satt for å følge opp nasjonal handlingsplan for kliniske studier i 2022.</p> <p>Helseforetaket må følge opp Riksrevisjonens undersøkelse av kliniske behandlingsstudier i helseforetakene.</p> <p>Riksrevisjonen har undersøkt tilbudet om helse- og omsorgstjenester til barn og unge med funksjonsnedsettelse og familiene deres. Riksrevisjonen peker på at det er geografiske forskjeller og utilstrekkelig kapasitet i helseforetakenes habiliteringstilbud til barn.</p> <p>Helseforetaket må følge opp Riksrevisjonens rapport om helse- og omsorgstjenester til barn og unge med funksjonsnedsettelse.</p>	<p>Stort press på tjenester i BUP, fortsatt høyt antall henvisninger. Mer komplekse problemstillinger. Rekrutteringsutfordringer. Tiltak: Samler 4 seksjoner av BUP i nytt felles bygg. Styrke fagmiljø og rekrutteringskraft.</p> <p>"Det er iverksatt mange tiltak for å øke antall kliniske behandlingsstudier (KBS). Det er ansatt forskningsrådgiver med KBS-kompetanse, og infrastruktur for KBS er under oppbygging. Forskningspoliklinikk er under planlegging, det inngås interne avtaler med Lab/røntgen/patologen, og man samler studiesykepleierkompetanse på tvers av avdelingene.</p> <p>Reduksjon av bemanning grunnet pålagte innsparinger, stor pasientportefølje og press på tjenesten, stabilt antall henvisninger. Tiltak: kontinuerlig vurdering av stillingssammensetning for å kunne utføre oppdraget. Prioritert opprettet ny legestilling for medisinsk utredning og behandling, dette går på bekostning av andre fagstillinger.</p>	
4.7 Pasientreiser		
<p>Helseforetaket bes om å fortsette den digitale satsingen innen pasientreiseområdet, slik at tjenesten effektiviseres for både pasientene og helseforetakene, jf. protokoll fra foretaksmøter for de regionale helseforetakene 15. juni 2021. Helseforetaket skal i samarbeid med Pasientreiser HF videreføre arbeidet som følger av «Utredning av mulige effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak innenfor området reiser med rekvisisjon». Dette innebærer utvikling og implementering, samt utarbeidelse av gevinstrealiseringsplaner og oppfølging av effekter. Status på effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak på området reiser med rekvisisjon skal inngå som en del av helseforetakets tertialvise rapportering til Helse Sør-Øst RHF.</p> <p>Helseforetaket skal med bistand fra Pasientreiser HF starte implementering av ny rekvisisjonspraksis i løpet av 2022</p>	<p>SSL avdelingsleder for Pasientreiser Vestfold og Telemark deltar i den nasjonale arbeidsgruppen, som HSØ representant, for utredning av mulige effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak innenfor RMR. Mandat for arbeidet ble vedtatt 3.1.2022 og arbeidsgruppen starter arbeidet i august 2022. Vår 2022 ble benyttet til organisering av prosjektet.</p> <p>Delprosjekt: Ny rekvisisjonspraksis for RMR for spesifiserte grupper-pasienter (fast behov løsninger) er fremdeles i utviklingsfase pr 30.6.2022. Det gjenstår ytterligere arbeid før beslutning og implementering.</p>	

## Vurdering av status for styringskrav gitt i OBD 2022

### Vedlegg til styresak 083-2022 Status styringskrav oppdrag og bestilling 2022 for Sykehuset Telemark

5. Tildeling av midler og krav til aktivitet	Kommentar og evt. beskrivelse av tiltak	Status 1/2
<b>5.1 Økonomiske krav og rammer</b>		
<p>Sykehuset Telemark HF skal i 2022 basere sin virksomhet på de tildelte midler.</p>	<p>Resultat per juni er -1,2 mill kr og 31,2 mill kr dårligere enn budsjettert. Basert på merkostnader med lønnsoppgjør og prisvekst utover budsjettert KPI, er estimat for året justert til 25 mill kr.</p> <p>Det iverksettes ulike tiltak for å sikre å oppnå estimat, herunder et kortsiktig spareprogram som skal gi effekt allerede høsten 2022. Videre må planlagt forbedringsarbeid forsinket av pandemien restarteres og aksellereres gjennom høsten.</p>	
<p>Sykehuset Telemark 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.</p> <p>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.</p>	<p>Det legges opp til god disponering av tilgjengelige midler og utviklingen av driftsresultatet følger forventet resultatbane. I tiltak for å oppnå estimat prioriteres ikke-pasientnære funksjoner og aktiviteter. Det arbeides med flere sykehusovergripende aktiviteter med fokus på bl a bedre pasientflyt, riktig bemanning, bedre fordeling av arbeidsoppgaver og effektivisering av merkantile funksjoner.</p> <p>Arbeidet med forbedringstiltak og driftseffektiviseringer videreføres i forbindelse med høstens budsjettprosess. I forbindelse med ØLP er det skissert en plan for å sikre bærekraftig utvikling over tid.</p>	
<b>Resultatkrav</b>		
<p>Årsresultat 2022 for Sykehuset Telemark HF skal minst være på 60 millioner kroner.</p>	<p>Resultat per juni er -1,2 mill kr og dermed 31,2 mill kr dårligere enn budsjettert.</p> <p>Fra august iverksettes spare/kostnadsprogram for å sikre at sykehuset minst leverer resultat som estimat for året. Estimat = 25 mill kr. Klinikkrisistatene per juni nullstilles for å forenkle videre resultatoppfølging uten koronaforstyrrelser, og det forventes at budsjett for 2. halvår oppnås.</p>	
<b>Likviditet og investeringer</b>		
<p>Helseforetakets styring av samlet likviditet skal skje innenfor tilgjengelige rammer til drift og investeringer.</p>	<p>Likviditetsstyringen følger tilgjengelige rammer.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Etablerte prinsipper for likviditetsstyring skal følges opp. Budsjettert resultat for 2022 skal ikke benyttes til investeringer i 2022 uten etter særskilt avtale med Helse Sør-Øst RHF.</li> </ul>	<p>Årets investeringsplan gjennomføres i tråd med etablerte prinsipper</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Det skal tas høyde for resultatrisiko og risiko ved pågående investeringsprosjekter før etablering av nye investeringsforpliktelser.</li> </ul>	<p>Gjennomføringen av årets investeringsportefølje følges tett opp og styres innefor vedtatte investeringsrammer. Fremdriften vil kunne justeres ved risiko for svakere driftsresultat enn budsjettert.</p>	

## Vurdering av status for styringskrav gitt i OBD 2022

### Vedlegg til styresak 083-2022 Status styringskrav oppdrag og bestilling 2022 for Sykehuset Telemark

Annet	
<p>Utbetalingene skjer innen den syvende arbeidsdag i hver måned. Månedlig overføring utgjør normalt 1/12 av samlet likviditetsoverføring. Enkelte tilskudd mv vil bli utbetalt i sin helhet i januar 2022.</p> <p>Helse Sør-Øst RHF skal forespørres i god tid dersom det er behov for driftskreditt ut over gjeldende ramme, og det skal fremlegges tilstrekkelig underbyggende dokumentasjon for dette behovet.</p> <p>Regionale retningslinjer for estimering av driftsøkonomiske effekter skal brukes for beregning av effekter av investeringsprosjekter.</p> <p>Det vises til finansstrategien for Helse Sør-Øst hvor det fremgår at helseforetakene før signering av kontrakter med vesentlig valutarisiko skal ta kontakt med Helse Sør-Øst RHF for vurdering av om Helse Sør-Øst RHF skal gjennomføre valutasikring på vegne av helseforetaket, eller om valutasikring skal overlates til leverandøren ved å avtale leveranse i norske kroner. Dersom Helse Sør-Øst RHF gjennomfører sikringen innhentes fullmakt fra helseforetaket på forhånd.</p>	<p>Likviditetssituasjonen er tilfredsstillende, men det er behov for økt driftskredittramme som følge av svært høy reguleringspremie til KLP som forfaller i begynnelsen av august.</p> <p>Regionale føringer for håndtering av investeringsprosjekter benyttes ved behov.</p>
5.2 Aktivitetskrav	
<p>Sykehuset Telemark HF skal i 2022 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.</p>	<p>Aktivitet innen somatikk målt i ISF-poeng har vært som budsjettert fra mars/april etter kraftig koronapåvirkning i årets to første måneder.</p> <p>For psykisk helse og rus ligger døgnaktiviteten om lag som budsjett, mens den polikliniske aktiviteten er lavere enn budsjett.</p>

## Saksfremlegg

### Saksgang:

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
Styret i Sykehuset Telemark HF	21. september 2022

<b>Type sak (sett kryss)</b>							
Beslutning	<input checked="" type="checkbox"/>	Etterretning	<input type="checkbox"/>	Orientering	<input type="checkbox"/>	Tema	<input type="checkbox"/>

Sak: 083 – 2022

### Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2022 fra Helse Sør-Øst RHF

#### Hensikten med saken

Det vises til Oppdrag og bestilling 2022 til det enkelte helseforetak og private ideelle sykehus som har avtale med Helse Sør-Øst RHF. Det fremgår av dette at det vil bli utarbeidet et tilleggsdokument til oppdrag og bestilling med nye styringsbudskap fra Helse Sør-Øst RHF etter foretaksmøtene med helseforetakene i februar 2022.

Helse Sør-Øst har sendt tilleggsdokument til oppdrag og bestilling som et likelydende dokument til alle helseforetak og de fem private ideelle sykehusene (jfr. vedlegg). Noen av styringsbudskapene i tilleggsdokumentet gis som informasjon til flere, mens samme styringsbudskap gis som Annen oppgave 2022 til enkelte mottagere.

#### Forslag til vedtak

Styret tar «Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2022 for helseforetak og private ideelle sykehus i Helse Sør-Øst» til etterretning og ber om at styringsbudskap og styringsmål følges opp.

Skien, 12. september 2022

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

Sykehuset Telemark HF har mottatt «Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2022 – juni 2022» fra Helse Sør-Øst RHF, datert 1. juli 2021 (jfr. vedlegg).

Tilleggsdokumentet omfatter styringsbudskap som Helse Sør-Øst RHF har mottatt fra Helse- og omsorgsdepartementet og styringsbudskap som er forankret i vedtak i styret for Helse Sør-Øst RHF etter at oppdrag og bestilling til helseforetakene/sykehusene ble utarbeidet.

Tilleggsdokumentet konkretiserer og presiserer hvordan Sykehuset Telemark forutsettes å delta i arbeidet med å nå de overordnede målene. Tilleggsdokumentet til oppdrag og bestilling har samme status som «Oppdrag og bestilling 2022», og det forutsettes at helseforetaket følger opp styringsbudskapene og arbeider videre med å nå styringsmålene.

Under følger et utdrag av krav og føringer gitt til Sykehuset Telemark i tilleggsdokumentet:

## **1. Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling**

- ***Behandlingstilbud psykisk helsevern og TSB***

Helseforetaket bes om å prioritere å styrke psykisk helsevern og TSB, jf. oppdrag og bestilling 2022 hvor det er innført mål om å styrke tilbudet for blant annet barn og unge og personer med alvorlige psykiske lidelser, samt krav om at aktiviteten i psykisk helsevern, både for voksne og barn/unge, skal være høyere i 2022 sammenlignet med 2021. Dette gjelder både innen døgnbehandling, dag- og poliklinisk aktivitet.

## **2. Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet**

- ***Helsefellesskapene***

Det vises til overordnede føringer i oppdrag og bestilling 2022 hvor det står at kommuneoverlegene skal inviteres inn i helsefellesskapene.

- ***Bruk av vikarer i ambulansetjenesten***

Endringer i forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjenesten, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) trådte i kraft 1. mai 2022. Endringene innebærer blant annet at virksomhetsledelsen kan gjøre unntak fra kravet om autorisasjon eller lisens som helsepersonell for personell som skal dekke ekstravakter og korttidsvikariater.

Hovedregelen er fast ansatte og at det legges til rette for lærlinger i ambulansetjenesten. Bruk av vikarer skal være innenfor Arbeidsmiljølovens § 14-9 (2).

- ***Forskning og innovasjon, kvalitet og pasientsikkerhet***

Helseforetaket skal legge til rette for økt presisjonsdiagnostikk på kreftområdet.

### **3. Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp**

- ***Behandlingstilbud - Gode tjenester der folk bor***

Det vises til punkt 10.2 Gode tjenester der folk bor i protokoll 23. juni 2022 fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF der det gis framskyndet frist på rapportering på enkelte oppdrag. Som følge av dette framskyndes frist gitt i Oppdrag og bestilling 2022 for oppdrag om at helseforetaket skal vurdere hvilken elektiv aktivitet som helt eller delvis kan flyttes fra større til mindre sykehus. Ny frist settes til 1. oktober 2022.

- ***Behandlingstilbud - Kompetanseutveksling***

Det vises til punkt 10.4 Kompetanseutveksling i protokoll 23. juni 2022 fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF der det påpekes at utviklingen i demografi og sykdomsbyrde i befolkningen er en utfordring for den samlede helse- og omsorgstjenesten. Flere pasienter har sammensatte og langvarige tilstander. Enkelte pasientgrupper bør unngå lange reiser og helst få nødvendig behandling i hjemmet.

Helseforetaket skal gi en vurdering av hvordan veiledning og kompetanseutveksling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan bidra til god kvalitet og hensiktsmessig oppgavedeling.

På samme måte som for styringsbudskap gitt i oppdrag og bestilling skal årlig melding 2022 for Sykehuset Telemark inneholde rapporter med iverksatte/planlagte tiltak for tilleggsdokumentets Mål 2022 og Annen oppgave 2022.

#### **Vedlegg**

- Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2022 for helseforetak og private ideelle sykehus i Helse Sør-Øst

Helseforetakene i Helse Sør-Øst  
Private ideelle sykehus med avtale med Helse Sør-Øst RHF

Vår referanse:  
22/00262-14  
Saksbehandler:

Kathrine Hofgaard Vaage

Deres referanse:

Dato:  
28.06.2022

## Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2022 - juni 2022

Det vises til Oppdrag og bestilling 2022 til det enkelte helseforetak og private ideelle sykehus med avtale med Helse Sør-Øst RHF. Det fremgår av dette at det vil bli utarbeidet et tilleggsdokument til oppdrag og bestilling med nye styringsbudskap fra Helse Sør-Øst RHF etter foretaksmøtene for helseforetakene i februar 2022.

Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling sendes som et likelydende dokument til alle helseforetak og de fem private ideelle sykehusene. Noen av styringsbudskapene i tilleggsdokumentet gis som informasjon til flere, mens samme styringsbudskap gis som *Annen oppgave 2022* til enkelte mottagere.

På samme måte som for styringsbudskap gitt i oppdrag og bestilling skal årlig melding 2022 inneholde rapporter med iverksatte/planlagte tiltak for tilleggsdokumentets *Mål 2022* og *Annen oppgave 2022*.

Tilleggsdokumentet skal omfatte styringsbudskap som Helse Sør-Øst RHF har mottatt fra Helse- og omsorgsdepartementet, og styringsbudskap som er forankret i vedtak i styret for Helse Sør-Øst RHF etter at oppdrag og bestilling til helseforetakene ble utarbeidet. Det vises i denne sammenheng til «*Oppdragsdokument 2022 - tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 115 S (2021-2022)*» og protokoll fra foretaksmøte 23. juni 2022 for Helse Sør-Øst RHF. Disse dokumentet legges med som vedlegg.

For alle de nye styringsbudskapene forutsettes at det enkelte helseforetak gjør seg kjent med innholdet og følger opp det som er relevant gjennom innarbeidelse i virksomhetsplanlegging og rapportering på lik linje med styringsbudskapene som inngår i Oppdrag og bestilling 2022.

Styringsbudskapene nedenfor er sortert under egne overskrifter. Disse samsvarer så langt det er mulig med temaoverskriftene i Oppdrag og bestilling 2022.

## 1. Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

### Behandlingstilbud psykisk helsevern og TSB

- *Annen oppgave 2022 til Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Østfold HF, Sørlandet Sykehus HF, Vestre Viken HF, Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus*
- *Informasjon til øvrige*

Helseforetaket bes om å prioritere å styrke psykisk helsevern og TSB, jf. oppdrag og bestilling 2022 hvor det er innført mål om å styrke tilbudet for blant annet barn og unge og personer med alvorlige psykiske lidelser, samt krav om at aktiviteten i psykisk helsevern, både for voksne og barn/unge, skal være høyere i 2022 sammenlignet med 2021. Dette gjelder både innen døgnbehandling, dag- og poliklinisk aktivitet.

Det har vært en økning i henvisninger og antall i behandling for spiseforstyrrelser de siste årene. Helseforetaket skal prioritere tilbudet til mennesker med spiseforstyrrelser gjennom å videreutvikle og styrke tilbudet for barn, unge og unge voksne. Helseforetaket må selv vurdere hvilke tilbud og tiltak som må styrkes, for å ha tilstrekkelig kapasitet og kompetanse på alle nivå. Ved mistanke om utvikling av alvorlige lidelser, er det viktig med tidlig oppfølging og behandling. Her vil også kommunal helse- og omsorgstjeneste ha en viktig rolle. Det vises til at barn og unge, samt personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, er to av de fire pasientgruppene som helseforetakene skal prioritere å planlegge og utvikle tjenester til i samarbeid med kommunene i helsefelleskapene.

## 2. Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet

### Helsefelleskapene

- *Annen oppgave 2022 til Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Østfold HF, Sørlandet Sykehus HF, Vestre Viken HF, Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus*
- *Informasjon til øvrige*

Det vises til overordnede føringer i oppdrag og bestilling 2022 hvor det står at kommuneoverlegene skal inviteres inn i helsefelleskapene. Kommuneoverlegene har samfunnsmedisinsk kompetanse som vil være av stor verdi for helsefelleskapene. Det er imidlertid opp til de samarbeidende kommunene om, og i så fall på hvilke arenaer, de vil involvere kommuneoverlegene i helsefelleskapene.

### Bruk av vikarer i ambulansetjenesten

- *Annen oppgave 2022 til Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Østfold HF, Sørlandet Sykehus HF, Vestre Viken HF*
- *Informasjon til øvrige*

Endringer i forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjenesten, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) trådte i kraft 1. mai 2022. Endringene innebærer blant annet at virksomhetsledelsen kan gjøre unntak fra kravet om autorisasjon eller lisens som helsepersonell for personell som skal dekke ekstravakter og korttidsvikariater.

Hovedregelen er fast ansatte og at det legges til rette for lærlinger i ambulansetjenesten. Bruk av vikarer skal være innenfor Arbeidsmiljølovens § 14-9 (2).



Helseforetaket skal rapportere på bruk av vikarer i ambulansetjenesten i årlig melding for 2022. Rapporteringen skal vise utviklingen i bruk av vikarer fra tidspunktet akuttmedisinforskriften trådte i kraft og fram til utgangen av 2022. Rapporteringen skal også inneholde helseforetakets vurdering av bruk av vikarer i ambulansetjenesten.

### **Forskning og innovasjon, kvalitet og pasientsikkerhet**

- *Annen oppgave 2022 til Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Østfold HF, Sørlandet Sykehus HF, Vestre Viken HF*
- *Informasjon til øvrige*

Helseforetaket skal legge til rette for økt presisjonsdiagnostikk på kreftområdet. Det vises til brev av 3. mars 2022 om tildeling av midler til persontilpasset medisin – presisjonsdiagnostikk på kreftområdet.

## **3. Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp**

### **Behandlingstilbud**

#### ***Gode tjenester der folk bor***

- *Annen oppgave 2022 til Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Østfold HF, Sørlandet Sykehus HF, Vestre Viken HF*
- *Informasjon til øvrige*

Det vises til punkt 10.2 Gode tjenester der folk bor i protokoll 23. juni 2022 fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF der det gis framskyndet frist på rapportering på enkelte oppdrag. Som følge av dette framskyndes frist gitt i Oppdrag og bestilling 2022 for oppdrag om at helseforetaket skal vurdere hvilken elektiv aktivitet som helt eller delvis kan flyttes fra større til mindre sykehus. Ny frist settes til 1. oktober 2022.

#### ***Kompetanseutveksling***

- *Annen oppgave 2022 til Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, Sunnaas Sykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Østfold HF, Sørlandet Sykehus HF, Vestre Viken HF, Betanien Hospital, Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Martina Hansens Hospital, Revmatismesykehuset*
- *Informasjon til øvrige*

Det vises til punkt 10.4 Kompetanseutveksling i protokoll 23. juni 2022 fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF der det påpekes at utviklingen i demografi og sykdomsbyrde i befolkningen er en utfordring for den samlede helse- og omsorgstjenesten. Flere pasienter har sammensatte og langvarige tilstander. Enkelte pasientgrupper bør unngå lange reiser og helst få nødvendig behandling i hjemmet.

Helseforetaket skal gi en vurdering av hvordan veiledning og kompetanseutveksling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan bidra til god kvalitet og hensiktsmessig oppgavedeling.

Vedlegg:

- Protokoll fra foretaksmøte 23. juni 2022 for Helse Sør-Øst RHF.
- Oppdragsdokument 2022 - tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 115 S (2021-2022)

Med vennlig hilsen  
Helse Sør-Øst RHF



Terje Rootwelt  
administrerende direktør

Tore Robertsen  
eierdirektør

## Saksfremlegg

### Saksgang:

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
Styret i Sykehuset Telemark HF	21. september 2022

<b>Type sak (sett kryss)</b>							
Beslutning	<input type="checkbox"/>	Etterretning	<input type="checkbox"/>	Orientering	<input checked="" type="checkbox"/>	Tema	<input type="checkbox"/>

**Sak: 084 – 2022**

### **Brukerutvalgets leders orientering**

Brukerutvalgets leder gir i hvert møte en muntlig orientering om aktuelle saker og temaer som styret bør være kjent med.

### **Forslag til vedtak**

Styret tar redegjørelsen til orientering.

Skien, 12. september 2022

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

**Vedlegg:** Ingen

## Saksfremlegg

### Saksgang:

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
Styret i Sykehuset Telemark HF	21. september 2022

<b>Type sak (sett kryss)</b>						
Beslutning		Etterretning		Orientering	<b>X</b>	Tema

**Sak: 085 – 2022**

### Styrets årsplan 2022 - oppdatert

Som ledd i virksomhetsstyringen ved Sykehuset Telemark HF utarbeides det en plan for styrets arbeid for det enkelte år. Styrets årsplan 2022 arbeidstidfester styremøter, styreseminar og kjente foretaksmøter. Planen gir oversikt over de viktigste kjente sakene, som skal behandles i hvert av styremøtene i løpet av året og ble vedtatt av styret i desember 2021 (sak 088-2021).

Det legges fram oppdatering av årsplanen i hvert styremøte. Ytterligere saker vil således tilkomme etter hvert i løpet av året.

### Forslag til vedtak

Styret slutter seg til oppdatert styrets årsplan 2022.

Skien, 12. september 2022

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

### Vedlegg:

- Styrets årsplan 2022 - oppdatert

Styremøter oktober og desember 2022			
Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
<b>Styremøte</b> 26. oktober Kl. 0930 - 1600  Notodden sykehus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Godkjenning av innkalling og saksliste</li> <li>Godkjenning av protokoll</li> <li>Årlig evaluering AD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Driftsorienteringer fra AD</li> <li>Virksomhetsrapport per september</li> <li>Forprosjekt Utbygging Somatikk Skien - Status</li> <li>Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark – avdelingsleder anestesi Tron Simen Doksrød</li> <li>Status revisjon STHFS strategi 2023-2025</li> <li>Status budsjett 2023</li> <li>Kvalitetsregistre og kvalitetsindikatorer</li> <li>Ledelsens gjennomgang 2022</li> <li>Trusselvurdering for digital sikkerhet i spesialisthelsetjenesten – unntatt offentlighet</li> <li>Styresaker i Sykehuset Telemark HF - status og oppfølging</li> <li>Brukerutvalgets leders orientering</li> <li>Styrets årsplan 2022 - oppdatert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sommerferieplanlegging 2023</li> </ul>
<b>Styremøte</b> 14. desember Kl. 0930 - 1530  Vrangfoss møterom	<ul style="list-style-type: none"> <li>Godkjenning av innkalling og saksliste</li> <li>Godkjenning av protokoll</li> <li>Budsjett 2023</li> <li>Godkjenning av Sykehuset Telemarks strategi 2023-2025</li> <li>Styrets årsplan 2022 - oppdatert 2023</li> <li>Konsernrevisjonens rådgivning om bruk av tvang i psykiatrien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Virksomhetsrapport per november</li> <li>Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark</li> <li>Overordnet HMS mål- og handlingsplan 2023</li> <li>Nytt fra forskning</li> <li>Brukerutvalgets leders orientering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring – status 2022/prioriteringer 2023</li> </ul>

**#####**

Avholdte styremøter			
Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
<b>Ekstraordinært styremøte</b> 19. januar Kl. 0900 – 1200  Direktørens møterom/Skype	<ul style="list-style-type: none"> <li>Høringsdokument Sykehuset Telemarks utviklingsplan 2035</li> </ul>		
<b>Styremøte</b> 15. februar Kl. 0830 – 1330  Skype-møte	<ul style="list-style-type: none"> <li>Godkjenning av innkalling og sakliste</li> <li>Godkjenning av protokoll</li> <li>Årlig melding 2021</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Driftsorienteringer fra AD</li> <li>Virksomhetsrapport per 3. tertial 2021</li> <li>Virksomhetsrapport per januar</li> <li>Framtidige driftsavtaler for ambulansedrift</li> <li>Overordnet HMS mål- og handlingsplan 2022</li> <li>Hvordan sikrer Sykehuset Telemark tilgang på kvalifiserte fagpersoner</li> <li>Årlig erklæring om ledernes ansettelsesvilkår</li> <li>Styresaker i Sykehuset Telemark HF - status og oppfølging</li> <li>Styrets årsplan 2022 - oppdatert</li> </ul>	
<b>Styremøte</b> 25. mars Kl. 0930 – 1530	<ul style="list-style-type: none"> <li>Godkjenning av innkalling og sakliste</li> <li>Godkjenning av protokoll</li> <li>Årsregnskap og årsberetning 2021</li> <li>Protokoll fra foretaksmøte 15. og 16. februar og oppdragsdokument 2022</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Driftsorienteringer fra AD</li> <li>Virksomhetsrapport per februar</li> <li>Status økonomisk langtidsplan</li> <li>Forprosjekt Utbygging Somatikk Skien</li> <li>Varslingsutvalgets årsrapport 2021</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Styrets egenevaluering – lukket møte</li> </ul>

Avholdte styremøter			
Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
Clarion Collection Hotel Bryggeparken, Langbryggen 7, 3724 Skien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internrevisjon resultater 2021 og plan 2022</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forskningsåret 2021</li> <li>• Nytt fra forskning</li> <li>• Styrets årsplan 2022 - oppdatert</li> </ul>	
<b>Styremøte</b> 27. april Kl. 0930 – 1700  Vrangfoss møterom	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Godkjenning av innkalling og saksliste</li> <li>• Godkjenning av protokoll</li> <li>• Sykehuset Telemark - Utviklingsplan 2035</li> <li>• Økonomisk langtidsplan 2023-2026</li> <li>• Møteplan for styret 2023</li> <li>• Fullmakter ved STHF</li> <li>• Protokoll fra foretaksmøte 31. mars 2022</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Driftsorienteringer fra AD</li> <li>• Virksomhetsrapport per mars</li> <li>• Årsrapport 2021 HMS</li> <li>• Forprosjekt Utbygging Somatikk Skien</li> <li>• Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark</li> <li>• Status pågående arbeid fritt behandlingsvalg</li> <li>• Årsmelding 2021 Pasient- og brukerombudet i Telemark</li> <li>• Styrking av tilbudet innen psykisk helsevern – arealmessige og driftsmessige konsekvenser</li> <li>• Brukerutvalgets leders orientering</li> <li>• Styrets årsplan 2022 – oppdatert</li> </ul>	
<b>Styremøte</b> 25. mai Kl. 0930 – 1530  Vrangfoss møterom	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Godkjenning av innkalling og saksliste</li> <li>• Godkjenning av protokoll</li> <li>• Styreinstruks og instruks for administrerende direktør i Sykehuset Telemark</li> <li>• Styrende dokumenter for Sykehuset Telemark HF i 2022</li> <li>• Nye retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse for ledende ansatte</li> <li>• Protokoll foretaksmøte 6. mai 2022</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Driftsorienteringer fra AD</li> <li>• Virksomhetsrapport per 1. tertial</li> <li>• Forprosjekt Utbygging Somatikk Skien</li> <li>• Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark</li> <li>• Uønskede pasienthendelser 2021 - statistikk og analyse (NOKUP)</li> <li>• Oppfølging av alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser 2021 Samdata 2020</li> </ul>	

Avholdte styremøter			
Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Resultat ForBedring 2022</li> <li>Brukerutvalgets leders orientering</li> <li>Styrets årsplan 2022 - oppdatert</li> </ul>	
<b>Styremøte</b> 23. juni Kl. 0930 - 1530  Vrangfoss møterom	<ul style="list-style-type: none"> <li>Godkjenning av innkalling og saksliste</li> <li>Godkjenning av protokoll</li> <li>Protokoll fra foretaksmøte 1. juni</li> <li>Styrking av tilbudet innen psykisk helsevern og rus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Driftsorienteringer fra AD</li> <li>Forprosjekt Utbygging Somatikk Skien - Status og vurdering av kontrakts strategi</li> <li>Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark - Ved Seksjon for Føde Barsel, ultralydpoliklinikken</li> <li>Virksomhetsrapport per mai</li> <li>Helsefelleskapet i Telemark – årsrapport 2021</li> <li>Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar</li> <li>Styrets årsplan 2022 - oppdatert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Styrets felles møte med BU</li> <li>Styrets egnevaluering – lukket møte</li> </ul>
<b>Styremøte</b> 21. september Kl. 0930 - 1630  Vrangfoss møterom	<ul style="list-style-type: none"> <li>Godkjenning av innkalling og saksliste</li> <li>Godkjenning av protokoll</li> <li>Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2023</li> <li>Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2022</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Driftsorienteringer fra AD</li> <li>Virksomhetsrapport per 2. tertial</li> <li>Oppdatering av kontraktsstrategi</li> <li>Forprosjekt Utbygging Somatikk Skien - Status</li> <li>Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark - Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling</li> <li>Status utviklingsprogram</li> <li>Status styringskrav i oppdrag og bestilling 2022 til STHF</li> <li>Brukerutvalgets leders orientering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Styrets egnevaluering – lukket møte</li> </ul>



## Årsplan 2022 for styret i Sykehuset Telemark

Ajourført per 14. september 2022

Avholdte styremøter			
Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
		<ul style="list-style-type: none"><li>Styrets årsplan 2022 - oppdatert</li></ul>	

### Foretaksmøter og styreseminar:

<b>Årlige faste foretaksmøter:</b> Februar og juni	
<b>Styreseminar:</b> 22. juni	Presentasjon av klinikker og diskusjon vedrørende STHFs strategi 2023-2025
21. september	
20. oktober	Felles styreseminar for styrene i Sykehuset i Vestfold og i Sykehuset Telemark
14. desember	Årlig egnevaluering av styrets arbeid og arbeidsform

### Styresaker til behandling hvor møtetidspunkt ikke er fastsatt:

Forprosjekt Utbygging Somatikk Skien - Beslutning om å fremme forprosjektet til B4 beslutning i HSØ – Skyves fra desember møtet til behandling i 2023

**Protokoll**

<b>Protokoll:</b>	Ungdomsråd STHF	<b>Dato:</b>	23.august 2022
<b>Møteleder:</b>	Ada-Marie Riis	<b>Tid:</b>	1800 – 2100
<b>Referent:</b>	Anne Borge Kallevig	<b>Sted:</b>	Direktørens møterom
<b>Deltakere:</b>	Ada-Marie Riis, Amalie Hansen, Birk Pettersvold- Foss, Kristine Bjørbekk Kjellin, Vincent August Mindalen Hege Arvesen, Elise Haugerø , Anne Borge Kallevig		
<b>Fravær:</b>	Hege Arvesen  Christie Malek har sluttet i ungdomsrådet.		
<b>I tillegg møtte</b>	Kathrine Evensen, prosjektledere vedr sak 27-2022		

<b>Saksnr.</b>	<b>Sak</b>
<b>00-2022</b>	<b>Innkallelse og saksliste til møtet</b>  <b>Vedtak:</b> Innkalling og saksliste ble godkjent
<b>24-2022</b>	<b>Godkjenning av protokoll</b>  <b>Vedtak:</b> Ungdomsrådet godkjenner protokoll fra ungdomsrådsmøte 10.05.2022.
<b>25-2022</b>	<b>Nye bilder av ungdomsrådet</b> Pr dags dato mangler kun ett portrettbilde. Dette blir sendt Ada-Marie innen morgendagen (24.08.22)
<b>26-2022</b>	<b>Valg av ny nestleder</b> Kristine Bjørbekk Kjellin ble valgt.
<b>27-2022</b>	<b>Prosjekt Kontorfaglige støttefunksjoner</b> Saken ble presentert av Kathrine Evensen, prosjektleder  Oppsummering status og innspill: Kort gjennomgang av status i de fem forskjellige gruppene: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.1 Felles elektronisk henvisningsmottak og redusert antall arbeidsgrupper i DIPS (somatikk)</li> <li>• 1.2 Kompetanse og rolle-/ funksjonsbeskrivelser</li> <li>• 1.4 Dokumentasjonseffektivisering</li> <li>• 1.3 Tilgjengelighet, harmoniserte telefontider og ekspedisjoners åpningstider</li> <li>• 1.6 Organisering av kontor</li> </ul> Gruppe 1.3 ønsket innspill fra ungdomsrådet til:

Saksnr.	Sak
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Hva er en god telefontjeneste ?</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Møtt hyggelig og at svarer presenterer seg</li> <li>➤ Utvidet svartjeneste på sentralbord – få raske svar på ikke medisinske henvendelser - fjern mange ledd</li> <li>➤ Sykehusets telefonnummer til sentralbordet bør tydeliggjøres på sykehusets Internettssider</li> </ul> </li>   <li>• <i>Hva synes dere om åpningstider for telefonhenvendelser ?</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Like åpningstider for alle poliklinikker – bør også utvides i begge ender. Dvs fra morgenen fra kl 07.00 /07.30 til kl.17.00 på ettermiddager. Vanskelig å ringe i skole/arbeidstid.</li> </ul> </li>   <li>• <i>Hvilke tjenester ønsker dere at hovedekspedisjonen skal «levere»?</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En felles ekspedisjon for alle somatiske poliklinikker Skien</li> <li>➤ God veiledning for innlogging</li> <li>➤ Bruk av guider – gjøres oppmerksom på at disse kan brukes, og hvor de er</li> </ul> </li>   <li>• <i>Hva er et godt ekspedisjonsområde ?</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Varierte muligheter: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sitteplasser</li> <li>- Ståmuligheter</li> <li>- God skilting og ledelinjer</li> <li>- Gode lademuligheter – i forskjellige høyder</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
28-2022	<p><b>Status prosjekter (oppdatering):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fagutvalget for barn og unge v /Ada-Marie</b> <i>Ada-Marie har gjort avtale med prosjektleder at hun, som ungdomsrådets representant i prosjektet, ikke deltar fysisk på prosjektmøtene, men at prosjektet tar kontakt med ungdomsrådet når det er konkrete spørsmål det ønskes at ungdomsrådet skal besvare.</i></li>   <li>• <b>Prosjektgruppa for oppfølging av barn og unges psykiske helse</b> <i>Amalie tar kontakt med prosjektleder – sender likelydende mail som Ada-Marie sendte om at ingen representant fra ungdomsrådet møter fysisk på møtene framover, men svært gjerne besvarer konkrete spørsmål prosjektet måtte ha. Mailadresse til prosjektleder får hun av Christie</i></li>   <li>• <b>Ungdomsrådets ansikt utad</b> <i>Gruppen, som jobber med dette og til slutt bare var Amalie, er utvidet med Kristine og Vincent.</i> <i>De fordeler de tre foreslåtte organisasjonene:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Astma og allergi forbundet</li> <li>- CP forbundet</li> <li>- Diabetesforbundet for ungdom</li> </ul> <i>og oppdaterer på neste møte resultater av sendte forespørslar.</i> </li> </ul>

Saksnr.	Sak
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>BUP prosjektet ved Sykehuset Telemark HF</b> «Hva skal til for å gjøre BUP bedre ?» <i>Birk blir ny ungdomsrådsrepresentant i dette prosjektet.</i> <i>Han gir tilbakemelding til Ove Kleppa, avdelingsleder i ABUP.</i> <i>Oversikt over møtedatoer kommer.</i></li> </ul>
<b>29-2022</b>	<b>Nasjonalt seminar for ungdomsråd i Tromsø</b> Dette avholdes 22. og 23. september 2022. Fra oss deltar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ada-Marie Riis evt Amalie Hansen</li> <li>- Kristine Bjørbekk Kjellin</li> <li>- Elise Haugerø, koordinator</li> </ul>
<b>30-2022</b>	<b>Befaring på ungdomsrom – barneavdelingen</b> Befaring er ikke gjennomført. Ungdomsrådet har heller ikke mottatt bilder av rommet. Saken tas opp igjen på neste møte.
<b>31-2022</b>	<b>Veien videre – fokusområder</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Overgang til voksenavdeling – lage en liste med råd</i></li> <li>• <i>Samarbeid spesialisthelsetjenesten- skole</i></li> <li>• <i>Ungdom på sengepost</i></li> <li>• <i>Hvordan bør ungdom møtes på sykehus</i></li> </ul> Ungdomsrådet har startet med første kulepunkt. Listen med råd fullføres på neste møte.
<b>23-2022</b>	<b>Eventuelt</b> Ingen saker
	<p><u>Til neste møte, 18.10.22, inviteres:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Psykolog Nadine Lundvall (fra seksj BUMS felles)</li> <li>○ Representant(er) fra «Barn og unge pårørende»</li> </ul>

Presentasjonen holdt i møtet sendes i egen mail i etterkant av møtet.

Møtet ble avsluttet kl. 21.00

Skien, 23.august 2022  
 Anne Borge Kallevig

## Møteprotokoll

---

<b>Styre:</b>	Helse Sør-Øst RHF
<b>Møtested:</b>	Hamar
<b>Dato:</b>	Torsdag 25. august 2022
<b>Tidspunkt:</b>	Kl 09:30 - 16:00

---

### Følgende styremedlemmer møtte:

---

Svein I. Gjedrem	Styreleder
Nina Tangnæs Grønvold	Nestleder
Kirsten Brubakk	
Christian Grimsgaard	Forfall Vara: Irene Kronkvist
Bushra Ishaq	
Einar Lunde	
Harald Vaagaasar Nikolaisen	
Peder Kristian Olsen	
Lasse Sølvberg	
Kristin Vinje	Forfall

### Fra brukerutvalget møtte:

---

Aina Nybakke	Forfall
Odvar Jacobsen	

---

### Fra administrasjonen deltok:

---

Administrerende direktør Terje Rootwelt
Spesialrådgiver Hilde Jacobsen
Viseadministrerende direktør Jan Frich, eierdirektør Tore Robertsen, konst. økonomi- direktør Line Alfarrustad, direktør innsatsteam bygg Hanne Gaaserød, direktør teknologi og e-helse Rune Simensen, direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø, konserndirektør Atle Brynstad

---

**Saker som ble behandlet:**

<b>083-2022</b>	<b>Godkjenning av innkalling og sakliste</b>
-----------------	----------------------------------------------

**Styrets enstemmige**

**VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og sakliste til styremøte 25. august 2022.

<b>084-2022</b>	<b>Godkjenning av protokoll fra styremøte 22. juni 2022</b>
-----------------	-------------------------------------------------------------

**Styrets enstemmige**

**VEDTAK**

Protokoll og B-protokoll fra styremøte 22. juni 2022 godkjennes.

<b>085-2022</b>	<b>Sykehuset Innlandet HF – Orientering om steg 1 av konseptfase, og analyse av tomtealternativer for Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF</b>
-----------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Oppsummering**

«Rapport konseptfase steg 1, beslutning B3A, Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF» er avgitt fra prosjektorganisasjonen i Helse Sør-Øst RHF. Rapporten ble behandlet i styringsgruppen for prosjektet 8. august 2022, og lagt frem for styret ved Sykehuset Innlandet HF 17. august 2022.

I denne saken gis styret en orientering om historikk og bakgrunn for saken i Helse Sør-Øst RHF. Rapport for steg 1 av konseptfasen er vedlagt saken. Rapporten er datert 15. august 2022 grunnet mindre korreksjoner i etterkant av styringsgruppebehandlingen. Rapporten omhandler prosess og vurderinger for de to alternativene; alternativ Mjøssykehus og alternativ null pluss, samt styringsgruppens anbefaling av alternativ og valg av tomt.

Til styremøtet 22. september vil styret forelegges en beslutnings sak for endelig behandling av rapporten, herunder – valg av hovedalternativ og tilhørende tomtevalg.

**Kommentarer i møtet**

Styret tok den fremlagte rapporten og redegjørelsen til orientering. Styret ba blant annet om at følgende forhold belyses bedre i utredningen:

- stordriftsfordeler og -ulemper,
- kostnadseffektiv drift,
- demografi og rekruttering,
- risikoreduserende tiltak på rekrutteringssiden,
- trinnvis utbygging,
- funksjonsfordeling mellom sykehus
- risiko ved å slå sammen sykehus

Styret ba om at merknadene som fremkom i diskusjonen belyses i beslutningssaken som legges frem for styret 22. september 2022.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

1. Styret tar rapport og redegjørelse for steg 1 av konseptfasen og analyse av tomtealternativer for Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF til orientering.
2. Styret ber om at det legges frem en beslutningssak til styremøtet 22. september 2022 med forslag til hovedalternativ og tilhørende tomtevalg.

086-2022	Virksomhetsrapport per juni og juli 2022
----------	------------------------------------------

### Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapportene for juni og juli 2022 som er vedlagt saken. Tallene for juni omtales ikke eksplisitt i saksfremlegget, men inngår i omtalen av tallene per juli 2022.

### Kommentarer i møtet

Styret viser til at det er en krevende situasjon for helseforetakene med økte kostnader, samtidig med ettervirkninger etter pandemi.

Styret opprettholder kravet om at psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres, men erkjenner at det ikke vil være mulig å oppnå målene på mange parameter i år.

Styret ber administrasjonen følge opp helseforetakene med sikte på å opprettholde så høy aktivitet som mulig, men også ivareta hensynet til avsetninger til fremtidige investeringer. Styret ber samtidig administrasjonen etablere innsatsteam for å støtte helseforetakene i den situasjonen de står i. Styret ber om at dette tydeliggjøres i vedtaket.

Styret uttrykker også bekymring for hvilke konsekvenser situasjonen vil kunne ha for helseforetakenes mulighet til å rekruttere og beholde ansatte.

#### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

1. Styret tar virksomhetsrapport per juni og juli 2022 til etterretning.
2. Styret ber administrasjonen følge opp helseforetakene, blant annet gjennom innsatsteam, med sikte på å opprettholde så høy aktivitet som mulig, men også ivareta hensynet til avsetninger til fremtidige investeringer.

087-2022	Fordeling av gjenstående bevilgning til endrede pensjonskostnader
----------	-------------------------------------------------------------------

#### Oppsummering

I denne saken forelegges styret forslag til fordeling av 136,6 millioner kroner til endrede pensjonskostnader. Beløpet er gjenstående av bevilgningen på 377,4 millioner kroner som ble bevilget til Helse Sør-Øst RHF til håndtering av endrede pensjonskostnader i Prop. 115 S (2021-2022), revidert nasjonalbudsjett 2022. Saken er en oppfølging av styresak 072-2022 *Fordeling av bevilgninger i revidert nasjonalbudsjett, og gjenstående tilskudd til pandemirelaterte utgifter 2022.*

#### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Styret godkjenner følgende fordeling av gjenstående bevilgning på 136,6 millioner kroner til endrede pensjonskostnader.



Fordeling av bevilgning til endrede pensjonskostnader	
Tall i tusen kroner	Beløp
Akershus universitetssykehus HF	23 300
Oslo universitetssykehus HF	17 290
Sykehuset i Vestfold HF	10 880
Sykehuset Innlandet HF	16 680
Sykehuset Telemark HF	8 360
Sykehuset Østfold HF	14 800
Sørlandet sykehus HF	14 270
Vestre Viken HF	20 560
Diakonhjemmet Sykehus	4 960
Lovisenberg Diakonale Sykehus	5 470
Sum helseforetak	136 570

<b>088-2022</b>	<b>Status og rapportering for regional IKT-prosjektportefølje per første tertial 2022</b>
-----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

### Oppsummering

Denne saken omfatter de styrevedtatte prosjektene i den regionale IKT-prosjektporteføljen. Det rapporteres på status for hvert prosjekt. Rapporteringen per prosjekt avsluttes når den aktuelle IKT-løsningen er innført ved de helseforetakene som omfattes av prosjektet.

Selve tertialrapporten rapporterer status per 30. april 2022. Viktige hendelser som har skjedd i porteføljen etter denne datoen er beskrevet i dette saksfremlegget.

### Kommentarer i møtet

Styret er tilfreds med den positive utviklingen i fremdrift, kostnader og resultater for prosjektporteføljen.

### Styrets enstemmige

## VEDTAK

Styret tar status per første tertial 2022 for de styregodkjente prosjektene i regional IKT-prosjektportefølje til orientering.

<b>089-2022</b>	<b>Status og rapportering første tertial 2022 for programmet STIM og Windows 10-prosjektet, Sykehuspartner HF</b>
-----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Oppsummering

Saken omhandler status og rapportering per første tertial 2022 for programmet STIM (standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering) og Windows 10-prosjektet som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF. Rapporten ble behandlet i styret i Sykehuspartner HF 25. mai, jf. styresak 050-2022 i Sykehuspartner HF.

Saken legges frem for styret i Helse Sør-Øst RHF for å holde styret orientert om status og fremdrift i programmet STIM og Windows 10-prosjektet.

#### **Kommentarer i møtet**

Styret ber om at anbefalingen fra følgerevisjonen følges opp og at det redegjøres særskilt for oppfølgingen ved senere rapporteringer og ber om at dette tydeliggjøres i vedtaket.

Styret viste til rapporteringen for prosjektet Mobilitet i pasientbehandlingen og bemerket at man ved måling av gevinster må ta utgangspunkt i hvordan løsningen tas i bruk i pasientbehandlingen.

#### **Styrets enstemmige**

### **V E D T A K**

1. Styret tar status og rapportering per første tertial 2022 for programmet STIM og Windows 10-prosjektet, som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF, til orientering.
2. Styret ber om at anbefalingen fra følgerevisjonen følges opp og at det gjøres særskilt rede for oppfølgingen ved senere rapporteringer.

<b>090-2022</b>	<b>Rapport fra følgerevisjon av program STIM per første tertial 2022</b>
-----------------	--------------------------------------------------------------------------

#### **Oppsummering**

Konsernrevisjonen gjennomfører en følgerevisjon av program STIM etter oppdrag fra styret i Helse Sør-Øst RHF. Revisjonen gjennomføres med tertialvise rapporter. Konsernrevisjonen vurderer tilstanden, risiko- og utfordringsbildet i program STIM og underliggende prosjekter. Denne saken informerer om resultatene fra revisjonen i første tertial 2022.

#### **Kommentarer i møtet**

Det vises til kommentarene under behandling av styresak 089-2022.

#### **Styrets enstemmige**

### **V E D T A K**

Styret tar rapport fra følgerevisjon av program STIM per første tertial 2022 til orientering.

Styret peker på viktigheten av at anbefalingene fra revisjonen følges opp.

091-2022	Gjennomføre prosjektet digital patologi
----------	-----------------------------------------

### Oppsummering

Det foreligger en økende underkapasitet innen patologidiagnostikk i Helse Sør-Øst. Svartidene er økende. Med en aldrende befolkning må vi forvente flere kreftprøver til patologiavdelingene i fremtiden. Også andre forhold blir utfordrende. Uten digitalisering vil det bli mer og mer krevende for Oslo universitetssykehus HF å ivareta sin nasjonale og regionale rolle i å vurdere prøver fra andre regioner og øvrige foretak i Helse Sør-Øst. Økende spesialisering gjør det stadig viktigere å ha tilgang til spesialistkompetanse og å dele kunnskap internt i regionen. Dette er vanskelig uten digitalisering. Spesielt mindre avdelinger blir sårbare uten gode samhandlingsløsninger.

De tre viktigste grunnene til å digitalisere kan oppsummeres som følger

- Å bidra til å redusere økende underkapasitet på patologidiagnostikk i Helse Sør-Øst
- Å unngå at pasienter i Helse Sør-Øst får et dårligere diagnostisk tilbud enn i de øvrige regionene.
- Digitalisering er nødvendig for å kunne ta i bruk moderne IKT-løsninger inkl. kunstig intelligens

Basert på dette vurderes overgang til digital patologi å være viktig for å ivareta ansvaret regionen har for å få en patologitjeneste som holder tritt med utviklingen. Saken legges frem for styret i Helse Sør-Øst RHF fordi det er en strategisk viktig beslutning, og fordi samlet omfang av avtaleinngåelse og nødvendige lokale investeringer er på over 100 millioner kroner.

### Kommentarer i møtet

Styret viser til at prosjektet er viktig for den fremtidige kapasiteten på patologifeltet og fremhever at gevinstpotensialet er stort.

### Styrets enstemmige

## VEDTAK

Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtale om kjøp av løsning for digital patologi og godkjenner gjennomføring av prosjektet digital patologi med en kostnadsramme på 57 millioner kroner inkludert merverdiavgift (P85-estimat; 2022-kroner).

092-2022	Videreutvikling av eierstyringen i de felleseide helseforetakene
----------	------------------------------------------------------------------

### Oppsummering

Denne saken omhandler videreutvikling av eierstyringen i de felleseide helseforetakene. Endringene som foreslås omfatter oppdatering av vedtekter, helseforetakenes formål/virksomhet, harmonisering av eierandeler, styresammensetning, faglig og operativ samordning mellom HF, RHF og felleseide helseforetak samt involvering av tillitsvalgte i oppfølging av de felleseide helseforetakene.

Saken inneholder også forslag til hvordan RHF-styrene i større grad kan involveres i de felleseide helseforetakene.

### Kommentarer i møtet

Styret er tilfreds med forslaget til hvordan RHF-styrene blir involvert i oppfølgingen av de felleseide helseforetakene.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

1. Endring i eierbrøk for Pasientreiser HF, HDO HF og Luftambulansetjenesten HF godkjennes.
2. Administrerende direktør gis fullmakt til å gjennomføre transaksjonene knyttet til endring av eierbrøk i tråd med revisors anbefaling.
3. Reviderte vedtekter for Pasientreiser HF, Luftambulansetjenesten HF, Sykehusinnkjøp HF, Sykehusbygg HF og Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF godkjennes.
4. I henhold til helseforetakslovens § 12 skal de reviderte vedtektene behandles i foretaksmøter med de felleseide helseforetakene.
5. Årlige oppdragsdokument for felleseide helseforetak legges frem for RHF-styrene.
6. Styret i Helse Sør-Øst RHF tar redegjørelsen om videreutvikling av eierstyringen av de felleseide helseforetakene til orientering.

#### Protokolltilførsel fra styremedlemmene Lasse Sølvberg, Kirsten Brubakk og Irene Kronkvist:

*Det siste ti-året har en rekke oppgaver blitt flyttet ut av helseforetakene og regionale helseforetak til egne helseforetak. Dette gjelder de felleseide selskapene Luftambulansetjenesten HF, Sykehusinnkjøp HF, Sykehusbygg HF, Pasientreiser HF og Helsetjenestens driftsorganisasjon HF. Manglende medvirkning og medbestemmelse i de felleseide helseforetakene har vært gjenstand for diskusjon mellom partene i de regionale helseforetakene i en årrekke. Høy grad av medvirkning og medbestemmelse på virksomhetsnivå anses å være et fremtredende element i den nordiske modellen. I disse foretakene treffes det avgjørelser som kan være av stor betydning for arbeidsvilkår og arbeidsmiljø i sykehusene. Endringene innebærer at det etableres et skille mellom*

virksomheten hvor arbeidstakerne er ansatt (og har rettigheter), og virksomheten hvor avgjørelsene fattes. Disse endringene har bidratt til svekket medbestemmelse og involvering i sektoren. Vår primære innstilling er at vi ønsker en observasjons plass i styrene i de felleseide selskapene. Representantene viser utover dette til drøftingsprotokollen.

093-2022	Målbilde og strategisk utvikling for felleseide helseforetak
----------	--------------------------------------------------------------

### Oppsummering

Denne saken fremmes likelydende for styrene i de regionale helseforetakene og omhandler langsiktig målbilder og strategisk utvikling av de regionale helseforetakenes felleseide helseforetak. Det foreslås at målbildene inngår som en del av de regionale helseforetakenes utviklingsplaner.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Styret i Helse Sør-Øst RHF slutter seg til målbildene for de felleseide helseforetakene.

094-2022	Revidert oppdragsdokumentet 2022 fra Helse- og omsorgsdepartementet og protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 23. juni 2022
----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Oppsummering

Helse Sør-Øst RHF mottok 24. juni 2022 *Oppdragsdokument 2022 - tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 115 S (2021-2022)* fra Helse- og omsorgsdepartementet. I tilleggsdokumentet vises det til oppdragsdokument 2022 til de regionale helseforetakene av 10. januar 2022 samt til protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 23. juni 2022 med nye krav og rammer.

Denne saken legges frem for styret i Helse Sør-Øst RHF for å gjøre styret kjent med nye oppdrag fra eier og hvordan administrerende direktør følger opp disse.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

1. Styret tar Helse- og omsorgsdepartementets *Oppdragsdokument 2022 - tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 115 S (2021-2022)* og protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 23. juni 2022 til etterretning.

2. Styringsbudskapene følges opp av Helse Sør-Øst RHF, herunder gjennom tilleggskravdokument til oppdrag og bestilling 2022 til helseforetakene og de private ideelle sykehusene i Helse Sør-Øst.

095-2022	Trusselvurdering for spesialisthelsetjenesten
----------	-----------------------------------------------

### Oppsummering

Det er viktig å erkjenne at det eksisterer aktører med både evne, og potensielt også vilje, til å påføre betydelig skade i spesialisthelsetjenestens IKT-systemer. En vurdering av trusselbildet er en sentral del av grunnlaget for å kunne gjøre gode risikovurderinger og dermed kunne iverksette nødvendige tiltak for å håndtere risikoen.

I foretaksmøter 10. januar 2022 ble de regionale helseforetakene bedt om å «utarbeide en årlig rapport i samarbeid med Norsk helsenett SF om trusler, trender, sårbarheter og relevante tiltak som spesialisthelsetjenesten kan benytte i sitt arbeid med risiko- og sårbarhetsvurderinger innen 1. juni hvert år. Erfaringer fra penetrasjonstesting og portskanningstester vil være relevant».

For inneværende år er fristen utsatt til 1. september 2022.

Sykehuspartner HF har i samarbeid med de øvrige regionale IKT-foretakene og Norsk helsenett SF utarbeidet en trusselvurdering for spesialisthelsetjenesten. Rapporten inkluderer også trender, sårbarheter og relevante tiltak. I tillegg til de nasjonale trusselvurderingene er en rekke åpne og lukkede kilder benyttet i rapporten. Erfaring fra sektoren, inkludert penetrasjonstester og portskanningstester, har vært relevant for å beskrive sårbarheter i spesialisthelsetjenesten.

### Kommentarer i møtet:

Styret takker for en god redegjørelse av et komplisert område.

### Styrets enstemmige

## VEDTAK

Styret tar sak om trusselvurdering for spesialisthelsetjenesten til orientering.

096-2022	Vestre Viken HF – Avhending av Blakstad sykehus
----------	-------------------------------------------------

### Styrets enstemmige

## VEDTAK

Saken ble behandlet i lukket møte jf. helseforetaksloven § 26a

Styrets vedtak fremgår i B-protokoll.

097-2022	Kommunikasjonsløsning i akuttmedisinsk kjede (KAK2) – godkjenning av økt prosjektramme
----------	----------------------------------------------------------------------------------------

**Styrets enstemmige**

#### VEDTAK

Saken ble behandlet i lukket møte jf. helseforetaksloven § 26a

Styrets vedtak fremgår i B-protokoll.

098-2022	Årsplan styresaker
----------	--------------------

**Styrets enstemmige**

#### VEDTAK

Årsplan styresaker i 2022 tas til orientering.

099-2022	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
----------	--------------------------------------------------

**Styrets enstemmige**

#### VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

#### Orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 16. og 17. juni 2022
3. Brev fra Olaf Dobloug 30.07.22, 13.08.22 og 22.08.22

4. Brev fra ordførerne i Kongsvingerregionen
5. Brev fra Nannestad kommune
6. Drøfteprotokoll RHF-KTV datert 25. august 2022
7. Brev fra ordfører i Elverum kommune 24.08.2022 – Framtidig sykehusstilbud i Innlandet
8. Brev fra ordfører i Elverum kommune 24.08.2022 – Myter og fakta i sykehusdebatten

*Møtet hevet kl. 16:00*



Hamar, 25. august 2022

---

Svein I. Gjedrem  
styreleder

---

Nina Tangnæs Grønvold  
nestleder

---

Kirsten Brubakk

---

Christian Grimsgaard

---

Bushra Ishaq

---

Einar Lunde

---

Harald Vaagaasar Nikolaisen

---

Peder Kristian Olsen

---

Lasse Sølvberg

---

Kristin Vinje

---

Hilde Jacobsen  
styresekretær

**Protokoll**

<b>Protokoll:</b>	Brukerutvalg STHF	<b>Dato:</b>	16. juni 2022
<b>Møteleder:</b>	Rita Andersen	<b>Tid:</b>	1000 – 1400
<b>Referent:</b>	Tone Pedersen	<b>Sted:</b>	Direktørens møterom
<b>Deltakere:</b>	Sykehuset Telemarks brukerutvalg Linda Charlotte Grunnreis, Pasient og brukerombud Vestfold og Telemark, kontor Skien Tom Helge Rønning, administrerende direktør (til lunsj) Tone Pedersen, spesialrådgiver, referent		
<b>Favær:</b>	Olav Kristiansen Prostatakreftforeningen (profo) Anette Slåtta, Burg / NRF Telemark Rita Slåbakk, HLF Vestfold og Telemark Sondre Otervik A-larm Egil Rye-Hytten, regional brukerrepresentant Halfrid Waage, fagdirektør Per Urdahl, klinikkssjef medisin Anne Brynjulfsen, rådgiver klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling (KPR)		

<b>Saksnr.</b>	<b>Sak</b>
<b>00-2022</b>	<b>Godkjenning av innkalling og saksliste</b>  <b><u>Vedtak:</u></b> Brukerutvalget godkjenner innkalling og saksliste.
<b>25-2022</b>	<b>Godkjenning av protokoll fra 28. april 2022</b>  <b><u>Vedtak:</u></b> Brukerutvalget godkjenner protokoll fra brukerutvalgsmøte 28. april 2022.
<b>26-2022</b>	<b>Virksomhetsrapport per mai 2022</b> Saken ble presentert av Tom Helge Rønning, administrerende direktør.  <i>Oppsummering mai – aktivitet, tilgjengelighet og kvalitet:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antall pasienter på venteliste er stabilt</li> <li>• Antall og andel pasienter passert planlagt tid øker sammenlignet med tidligere måneder.</li> <li>• Målsetninger for ventetid er oppnådd innenfor VOP og TSB. Den store økningen i henvisninger til BUP kan forklare at kravet ikke er innfridd her.</li> <li>• Stabilt antall og andel fristbrudd for påstartet pasient, men økende antall og andel for ventende pasienter.</li> <li>• Aktiviteten i BUP i mai er som budsjettert, og hittil i år er aktiviteten høyere enn i fjor. Store rekrutteringsvansker i psykiatrien (VOP/TSB) har over tid ført til nedgang i behandlingsvolum ved poliklinikkene.</li> <li>• Det har vært svært høyt belegg på medisinske sengeposter i Skien også i mai, og høyere enn i de to foregående månedene. Også i akuttpsykiatrien har belegget vært høyt de siste månedene og gitt en krevende driftssituasjon.</li> <li>• Generelt har kombinasjonen høyt sykefravær og ressurskrevende pasienter til tider skapt en krevende driftssituasjon med økte lønnskostnader.</li> </ul>

Saksnr.	Sak
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samlet ISF-aktivitet i somatikken har de siste tre periodene vært som budsjettert og på nivå med 2019.</li> <li>• Andelen telefon/video-konsultasjoner er 12,7 % for alle fagområdene hittil i år. Det er noe variasjon mellom fagområdene. I BUP har høy andel telefon/video-konsultasjoner bidratt til høy aktivitet.</li> </ul> <p><i>Oppsummering mai – økonomi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultat for mai på -3,5 mnok mot budsjett +5,0 mnok. Avvik = - 8,5 mnok <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Udekket koronaeffekter: - 4,6 mnok</li> <li>○ Høy aktivitet PHT, driftssituasjonen i PHV, prisvekst</li> </ul> </li> <li>• Koronaeffekter i mai består i hovedsak av lønnskostnader og innleie knyttet til sykefravær og effekter av forsinkelser i forbedringsaktivitet <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sykefravær på lavere nivå enn i årets første måneder men fortsatt noe høyere enn normalt</li> </ul> </li> <li>• Resultat per mai – 41,3 mnok vs budsjett 25,0 mnok. Avvik= - 66,3 mnok <ul style="list-style-type: none"> <li>○ FBV: - 8,5 mnok</li> <li>○ Udekket koronaeffekt: -41,8 mnok</li> <li>○ Høy aktivitet PHT, driftssituasjonen i PHV, prisvekst</li> </ul> </li> <li>• Estimert for året er vurdert til 40 mnok (vs. budsjett 60 mnok), i hovedsak grunnet FBV og prisvekst utover KPI. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estimert forutsetter at udekket koronaeffekt kompenseres.</li> </ul> </li> </ul> <p><b><u>Vedtak:</u></b> Brukerutvalget tar saken til orientering.</p>
<b>27-2022</b>	<p><b>Telemarksløpet for muskel og skjelettlidelser</b> Brukerrepresentant Marion Jacobsen møtte ikke. Saken settes derfor opp igjen på agendaen til brukerutvalgets møte 1. september 2022.</p>
<b>28-2022</b>	<p><b>Styrking av psykisk helsevern og rusbehandling</b> Saken ble presentert av Tom Helge Rønning, administrerende direktør.</p> <p>STHF har over tid jobbet med alternative løsninger for å styrke tilbudet innen psykisk helsevern og rus, i tråd med oppdragsdokumentet. I styremøte 27. april presenterte administrasjonen forslag til løsninger som kan gi nødvendig handlingsrom for å utvikle tjenestetilbudet innen psykisk helsevern og rusbehandling i årene framover. Styret støttet dette og ba administrasjonen jobbe videre med å detaljere løsningene og å utarbeide et endelig beslutningsunderlag. Beslutningsunderlaget fremmes for brukerutvalget og for styret i styremøte 23. juni 2022.</p> <p><b><u>Innspill fra brukerutvalget:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Flott at brukere slipper å møte opp på flere lokasjoner for å få behandling</li> <li>• Endringen styrker sykehuset og pasientene vil få et styrket fagmiljø</li> </ul>

Saksnr.	Sak
	<p><b>Vedtak:</b> Brukerutvalget støtter forslaget til styrking av tilbudet innen psykisk helsevern og rusbehandling ved Sykehuset Telemark HF og at saken fremmes for beslutning til styret i Sykehuset Telemark HF.</p>
<p><b>29-2022</b></p>	<p><b>Prosjekt 24/7 – status</b> Prosjektleder, Janicke Stordalen, presenterte status for følgende områder i prosjektet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ressurser på tvers</li> <li>• Optimalisert bruk av Bemanningssenter</li> <li>• Pasientforløp</li> <li>• Visitt og utskrivelse</li> <li>• Den ferdig behandlede pasient/overligger - samarbeidsprosjekt med Skien kommune</li> </ul> <p><b>Vedtak:</b> Brukerutvalget tar saken til orientering.</p>
<p><b>30-2022</b></p>	<p><b>Orientering om arbeidet med sykehusets strategi 2023-2025</b> Saken ble presentert av Annette Fure, utviklingsdirektør.</p> <p>Sykehuset Telemark skal oppdatere sin strategi til å gjelde for tidsperioden 2023-2025. Diskusjonssaken er en del av oppstarten til rullering av strategien, et arbeid som skal pågå i henhold til definert prosess frem til desember 2022.</p> <p>Brukerutvalget diskuterte hva som skal være de strategiske områdene og fokusområdene for neste strategiperiode og tiltak for å realisere ambisjonene.</p> <p><b><u>Innspill fra brukerutvalget:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stor enighet om å ta inn eldre som et strategisk område. Skrøpelige eldre blir gjerne benyttet, men kan gjerne endres. Et forslag er å benytte eldre med sammensatte behov</li> <li>• Akuttkjeden bør tas ut i neste strategiperiode. Begrunnelsen er at mye er gjort på dette området i gjeldende strategiperiode, samt at den akuttmedisinske kjede i 2022 er blitt et eget utvalg i Helsefelleskapet i Telemark.</li> <li>• Øvrige strategiske områder bør opprettholdes i neste periode</li> <li>• Viktig at samhandling inngår i alle strategiske områder</li> </ul> <p><b>Vedtak:</b> Innspill fra brukerutvalget tas med i det videre arbeidet.</p>
<p><b>31-2022</b></p>	<p><b>Aktuelle orienteringer</b> Saken ble presentert av Tom Helge Rønning, administrerende direktør.</p> <p>Oppsummering:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Covid-19</i> Selv om sykehuset nå forsøker å normalisere driften så mye som mulig, har vi fremdeles pasienter med registrert smitte. I begynnelsen av juni konstaterte vi</li> </ul>

Saksnr.	Sak
	<p>et mindre utbrudd på en av sengepostene. Det er fortsatt Covid-19 smitte i samfunnet og når sykehusene nå har gått over til en «leve med strategi», må vi påregne å håndtere Covid-19 som en del av den ordinære driften.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Krevende økonomisk og økende ventetider (jf. sak 26-2022)</i></li> <li>• <i>Sommerferieavviklingen 2022</i> Krevende å få sommerferievikarer. Klinikken har arbeidet mye med tiltak for å dekke bemanningsplaner.</li> <li>• <i>Oppstart rullering av sykehusets strategi (jf. sak 30-2022)</i> Arbeidet med å rullere sykehusets strategi for perioden 2023-2025 er i gang og vil være ett tema i styreseminaret 22. juni 2022. Brukerutvalget oppfordres til å involvere seg i strategiprosessen.</li> <li>• <i>Økte kostnader i byggeprosjekter</i> Kostnadene til materialer, herunder stål har økt betydelig og kan ha betydning for byggeprosjekter i sykehussektoren.</li> <li>• <i>Oppgavegliding/-deling</i> Sykehuset er opptatt av å se på oppgavegliding/-deling, herunder ansette flere helsefagarbeidere og helsefaglæringer.</li> </ul>
32-2022	<p><b>Pasient- og brukerombudets orienteringer</b> Saken ble presentert av Linda Charlotte Grunnreis, pasient og brukerombud Vestfold og Telemark, kontor Skien. Linda hadde med Hilde Keim fra kontoret.</p> <p><i>Oppsummering:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antall saker ang sykehuset ganske likt tidligere år (differanse: 9 saker) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Forholdsvis uendret fordeling av saker og problemstillinger</li> <li>- 67 saker til nå hvorav 81 problemstillinger</li> <li>- Kirurgi (25 saker hvorav 17 på ortopedi) og psykisk helsevern (25 saker, hvorav 24 saker i voksenpsykiatrien))</li> <li>- Kommunikasjon, dialog og samhandling er problemstillinger som gjentar seg og som krever kontinuerlig arbeid og fokus</li> </ul> </li> <li>• Bekymring for driften sommeren 2022, blant annet som følge av at sykehuset stenger DPS enheten i Seljord i sommer.</li> <li>• Pasient- og brukerombudene i Telemark holder åpent i hele sommer. Kontoret samarbeider med kontorene i Agder og i Vestfold.</li> </ul>
33-2022	<p><b>Orientering fra regionalt brukerutvalg</b> Denne saken utgår da Rye-Hytten ikke hadde anledning til å møte</p>
34-2022	<p><b>Status prosjekter</b> Brukerutvalget hadde en kort gjennomgang av prosjektene.</p>
35-2022	<p><b>Eventuelt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Påminnelse om felles møte med styret torsdag 23.juni 2022 kl. 09.00 – 11.00 med påfølgende lunsj</li> <li>• Brukerrepresentantene oppfordres til å komme med innspill i god tid før møtet om saker til diskusjon eventuelt informasjon</li> <li>• Det er ønskelig at brukerutvalget får tilsendt saksdokumenter til styremøter i forkant av møtene slik at leder og nestleder kan få innspill til saker fra brukerutvalgets representanter</li> </ul>

Saksnr.	Sak
	<p><i>Til møtet i september – i tillegg til faste poster:</i></p> <p><i>Sak 27-2022 v/Marion Jacobsen, brukerrepresentant i prosjektet Telemarksløpet for muskel og skjelettlidelser, settes opp igjen i agendaen. BU leder kontakter Marion Jacobsen.</i></p> <p><i>I styrets møter er det i 2022 en fast 12. minutters sak om Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark. Brukerutvalget ønsker at sakene;</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li><i>• Genetikk v/Øystein Lunde Holla, overingeniør</i></li><li><i>• Fertilitetsavdelingen Sør v/Hans Ivar Hanevik, avdelingsleder</i></li></ul> <p><i>også presenteres for brukerutvalget.</i></p>

Presentasjoner avholdt i møtet sendes i egen mail i etterkant av møtet.

Møtet ble avsluttet kl. 14.00.

**Neste møte i brukerutvalget er 1. september 2022**

Skien, 16. juni 2022  
Tone Pedersen  
referent

**Protokoll**

<b>Protokoll:</b>	Brukerutvalg STHF	<b>Dato:</b>	1.september 2022
<b>Møteleder:</b>	Rita Andersen	<b>Tid:</b>	1000 – 1400
<b>Referent:</b>	Tone Pedersen	<b>Sted:</b>	Direktørens møterom
<b>Deltakere:</b>	Sykehuset Telemarks brukerutvalg - Gun Inger Heibø var med på Skype til lunsj Linda Charlotte Grunnreis, Pasient og brukerombud Vestfold og Telemark, kontor Skien Egil Rye-Hytten, brukerrepresentantregionalt brukerutvalg Tom Helge Rønning, administrerende direktør Per Urdahl, klinikkjef medisinsk klinikk Geir Olav Ryntveit, økonomidirektør, vedr sak 37-2022 Marte Bjørn Olsen, psykolog, vedr sak 40-2022 Ragnhild Helsing, overlege, vedr sak 40-2022 Anne Borge Kallevig, adm.konsulent, referent		
<b>Favær:</b>	Anne Iversen, Norges Handikapforbund (NHF) Sondre Otervik, A-larm Halfrid Waage, fagdirektør Anne Brynjulfsen, rådgiver klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling (KPR)		

Saksnr.	Sak
<b>00-2022</b>	<b>Godkjenning av innkalling og sakliste</b>  <b><u>Vedtak:</u></b> Brukerutvalget godkjenner innkalling og sakliste.
<b>36-2022</b>	<b>Godkjenning av protokoll fra 16. juni 2022</b>  <b><u>Vedtak:</u></b> Brukerutvalget godkjenner protokoll fra brukerutvalgsmøte 16. juni 2022.
<b>37-2022</b>	<b>Virksomhetsrapport per juli</b> Saken ble presentert av Geir Olav Ryntveit, økonomidirektør  Oppsummering juli – aktivitet, tilgjengelighet og kvalitet: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antall pasienter på venteliste øker i juli</li> <li>• Antall pasienter passert planlagt tid på nivå med juni. Andel (12,9 %) er noe lavere</li> <li>• Målsetninger for ventetid (hittil i år) er oppnådd innenfor VOP og TSB. BUP har oppnådd målet siste tre måneder. Ventetid somatikk er fortsatt høy (61 dager)</li> <li>• Økende antall fristbrudd for både påstartet og ventende pasient. MATA flest brudd</li> <li>• Fortsatt høyt belegg også i juli. Samlet belegg 98 %, noe som er noe lavere enn foregående måneder</li> <li>• Samlet ISF-aktivitet i somatikken fortsatt som budsjettert og på nivå med 2019</li> <li>• Fortsatt gode resultater for pakkeforløp kreft hittil i år, men juli isolert relativt svak</li> </ul>

Saksnr.	Sak
	<p><i>Oppsummering juli – økonomi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultat for juli på -1,4 mnok mot budsjett +5,0 mnok. Avvik = - 6,4 mnok Lønnsoppgjør, overtid, innleie og FBV - viktigste enkeltårsaker</li> <li>• Koronaeffekter også i juli: ca. 1,6 mnok Reagenser/test-kit</li> <li>• Resultat per juli – 2,6 mnok vs. budsjett 35,0 mnok. Avvik= - 37,6 mnok</li> <li>• fortsatt sterk vekst innen Fritt Behandlingsvalg</li> <li>• betydelig høyere lønnsvekst enn forutsatt i budsjett</li> <li>• svært høyt aktivitetsnivå i pre-hospitale tjenester og akuttmottak</li> <li>• høyt belegg med krevende driftsituasjon i akuttpsykiatrien</li> <li>• prisvekst utover budsjett</li>   <li>• Estimat for året er vurdert til 25 mnok (vs. budsjett 60 mnok), i hovedsak grunnet FBV og pris- og lønnsvekst utover KPI</li>   <li>• Sykehuset har samlet mottatt og inntektsført 63 mnok i koronamidler for 2022</li> </ul> <p><u>Vedtak:</u> Brukerutvalget tar virksomhetsrapport per juli til orientering.</p>
38-2022	<p><b>Aktuelle orienteringer</b> Saken ble presentert av Tom Helge Rønning, administrerende direktør.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Krevende år</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Starten av året - mye sykdom <ul style="list-style-type: none"> <li>- Driften påvirket av at mange ansatte var sykemeldte</li> </ul> </li> <li>○ Økonomi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Høyere sykefravær enn normalt</li> <li>- Stor økning i ambulansetransporter</li> <li>- Mange innleggelser</li> <li>- Sommeren bedre enn fryktet</li> <li>- Høyt belegg første del av sommeren</li> <li>- God kommunikasjon og samarbeid med kommunene</li> <li>- Gode ordninger for de som jobbet ekstra</li> <li>- Budsjett 2022: + 60 mnok - Prognosen nå + 25 mnok</li> <li>- Jobbe med å normalisere</li> <li>- Redusere variable kostnader</li> <li>- Kontroll på ventelistene – redusere – prioritere riktig</li> </ul> </li> <li>○ Siste fase i forprosjektet <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sikre kvalitet og detaljere planene</li> </ul> </li> <li>○ Fastlegesituasjonen utfordrer driften på sykehuset.</li> </ul> </li> </ul>
39-2022	<p><b>Presentasjon av Notodden sykehus og STHF's andre lokasjoner</b> Saken ble presentert av Tom Helge Rønning, administrerende direktør.</p>



Saksnr.	Sak
	<p><u>Oppsummering:</u></p> <p>Notodden sykehus gir lokalsykehusstilbud til befolkningen i 9 kommuner i øvre Telemark.            Indremedisin, kirurgi/ortopedi med akuttberedskap og psykisk helsevern barn og voksne.            I tillegg til Skien, Porsgrunn og Notodden har sykehuset lokasjoner på Stathelle, i Kragerø, Seljord, Vinje, Nordagutu og Rjukan.</p> <p>Muligheter og utfordringsbilde ble presentert</p>
<b>40-2022</b>	<p><b>Den nye behandlingsmetoden e-mestring, nettbasert for pasienter med depresjon, sosial angst og panikk lidelser</b></p> <p>Saken ble presentert av Marte Bjørn Olsen, psykolog og Ragnhild Helsing, overlege</p> <p><u>Oppsummering:</u></p> <p>Dette er et nytt behandlingstilbud i Telemark – velprøvd i mange andre helseforetak siden 2013.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hva er eMestring ?</li> <li>• Hvem kan det være bra for ?</li> <li>• Hva gjør man hvis man ønsker internettveiledet behandling ?</li> <li>• Brukererfaringer</li> </ul>
<b>41-2022</b>	<p><b>Pasient- og brukerombudets orienteringer</b></p> <p>Saken ble presentert av Linda Charlotte Grunnreis, pasient og brukerombud Vestfold og Telemark, kontor Skien.</p> <p><u>Oppsummering:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Normal sommer</li> <li>• 30 nye saker vedr STHF              – flest henvendelser fra psykiatri, og mye grunnet avslag Kirurgi og ortopedi – behandlingstiltak og oppfølging</li> <li>• Største utfordringen for tiden er fastlegeordningen – ekstremt trykk</li> </ul>
<b>42-2022</b>	<p><b>Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark</b></p> <p><b>Genetikk</b></p> <p>Saken ble presentert av Øystein Lunde Holla, overingeniør.</p> <p><u>Oppsummering:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentasjon av seksjon for medisinsk genetikk, STHF – 1 av 5 genetiske avdelinger i Norge</li> <li>• Hovedvirksomhet: Genetiske analyser</li> <li>• Poliklinikk med genetisk veiledning av pasienter</li> <li>• Opplæring av helsepersonell, undervisning</li> </ul>

Saksnr.	Sak
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Forskning og utvikling</li> </ul>
<b>43-2022</b>	<p><b>Orientering fra regionalt brukerutvalg</b> Saken ble presentert av Egil Rye-Hytten, regional brukerrepresentant</p> <p><u>Oppsummering:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF. Brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF vektlegger innhold, kvalitet og tilgjengelighet.</li> <li>Felles henvisningsmottak psykisk helsevern – oppstart 1. september 2022 Brukerutvalget mener dette vil komme pasienten til gode.</li> <li>Omdømmeundersøkelsen Det regionale brukerutvalget ber Helse Sør-Øst RHF øke sitt ambisjonsnivået til mer enn 80% fornøyde pasienter</li> <li>Årlig møte med revisjon <ul style="list-style-type: none"> <li>Styrevedtak i HSØ i 2013 om at habilitering Barn og unge skal styrkes. Håp om at dette prioriteres</li> <li>Forskerkonferanse for habilitering i Bodø oktober 2022</li> </ul> </li> <li>Behovsvurdering spiseforstyrrelser</li> <li>Avvikling av fritt behandlingsvalg</li> <li>Regional utviklingsplan – litt vel omfattende. Brukerutvalget vil invitere saksbehandlere i Helse Sør-Øst RHF på et møte i september</li> <li>Digital hjemmeoppfølging <ul style="list-style-type: none"> <li>Nærmer seg gjennomføring</li> <li>Starter med kols-pasienter</li> </ul> </li> <li>Kardiologutvalget HSØ – ICD implantering Sykehuset Telemark er fjernet fra listen over sykehus som får gjennomføre slike inngrep</li> </ul>
<b>44-2022</b>	<p><b>Status prosjekter</b> Brukerutvalget hadde en kort gjennomgang av prosjektene.</p>
<b>45-2022</b>	<p><b>Eventuelt</b></p> <p>FFO Vestfold og Telemark:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Bruker/erfaringskonferansen på Kongsberg 22.-23.september 2022</b> Konferansen er gratis, men man må dekke reisekostnader selv</li> <li><b>Helsekonferansen på Kongsberg 23.-24.september 2022</b> Pris kr 950,-. Reisekostnader må dekkes selv.</li> </ul>
	<p><u>Til møtet i oktober – i tillegg til faste poster:</u> <i>Marion Jacobsen, brukerrepresentant i prosjektet Telemarksløpet for muskel og skjelettlidelser</i></p>

Presentasjoner avholdt i møtet sendes i egen mail i etterkant av møtet.

Møtet ble avsluttet kl. 14.00.

**Neste møte i brukerutvalget er 27. oktober 2022**

Skien, 1. september 2022

Anne Borge Kallevig

referent