

# Styremøte i Sykehuset Telemark HF

ons. 26. oktober 2022, 09.30 - 16.00

Notodden sykehus, Psyk 2 høyre side Bygg N6-2.etg



## Agenda

---

### 09.30 - 09.35 **086-2022 Godkjenning av innkalling og saksliste**

5 min

Beslutning *Anne Biering*

- 086-2022 Godkjenning av innkalling og saksliste.pdf (1 sider)
  - \_Innkalling til styremøte i Sykehuset Telemark HF 26. oktober 2022.pdf (1 sider)
  - \_Saksliste med kjøreplan til styremøte 26. oktober 2022.pdf (2 sider)
- 

### 09.35 - 09.35 **087-2022 Godkjenning av protokoll fra styremøte 21. sept.**

0 min

Beslutning *Anne Biering*

- 087-2022 Godkjenning av protokoll.pdf (1 sider)
  - 087-2022 Vedlegg\_Protokoll styremøte 21 09 2022 STHF.pdf (8 sider)
- 

### 09.35 - 09.50 **088-2022 Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark – presentasjon av lederfilosofi**

15 min

Orientering *Avdelingsleder Tron Simen Doksrød*

- 088-2022 Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark – lederfilosofi ved avdelingsleder Tron Simen Doksrød.pdf (2 sider)
- 

### 09.50 - 10.05 **089-2022 Forprosjekt Utbygging somatikk Skien - Status**

15 min

Orientering *Bjørn Snorre Kaupang*

- 089-2022 Forprosjekt Utbygging Somatikk Skien – Status.pdf (1 sider)
  - 089-2022 Månedrapport USS forprosjekt September 2022.pdf (13 sider)
- 

### 10.05 - 10.30 **090-2022 Driftsorienteringer fra administrerende direktør**

25 min

Orientering *Tom Helge Rønning*

- 090-2022 Driftsorienteringer fra administrerende direktør.pdf (5 sider)
- 

### 10.30 - 10.40 **Pause**

10 min

---

### 10.40 - 11.10 **091-2022 Virksomhetsrapport per september**

30 min

Orientering *Geir Olav Ryntveit*


- 091-2022 Virksomhetsrapport per september.pdf (18 sider)
- 0091-2022 Vedlegg\_Ledelsesrapporten STHF 2022\_09.pdf (26 sider)


Confidential, Pedersen, Tone, 19.10.2022 16.52.54

---

**11.10 - 11.40 092-2022 Status budsjett 2023**

30 min

 092-2022 Status budsjett 2023.pdf (5 sider)

 092-2022 Vedlegg\_Statsbudsjett 2023 - presentasjon 6. oktober 2022.pdf (28 sider)

---

**11.40 - 12.00 093-2022 Ledelsens gjennomgang 2022**

20 min

*Orientering Tom Helge Rønning*

 093-2021 Ledelsens gjennomgang 2022.pdf (14 sider)

---

**12.00 - 12.40 Lunsj**

40 min

---

**12.40 - 13.30 Temasak: Orientering om Notodden sykehus og prosjektet Gode Pasientforløp**

50 min

*Tema Anne Olaug Aase og Ellen Marie T. Hufthammer*


---

**13.30 - 14.00 094-2022 Nasjonale kvalitetsregistre og kvalitetsindikatorer**

30 min

*Orientering Halfrid Waage*

 094-2022 Nasjonale kvalitetsregistre og kvalitetsindikatorer.pdf (10 sider)

 094-2022 Vedlegg\_Tilbakemelding til Sykehuset Telemark fra Kreftregisteret.pdf (12 sider)

---

**14.00 - 14.10 Pause**

10 min

---

**14.10 - 14.40 095-2022 Evaluering sommerdrift 2022 og sommer-ferieplanlegging 2023**

30 min

*Orientering Tom Helge Rønning og Torkild Toft*

 095-2022 Evaluering sommerdrift 2022 og sommerferieplanlegging 2023.pdf (13 sider)

---

**14.40 - 14.50 096-2022 Brukerutvalgets leders orientering**

10 min

 096-2022 Brukerutvalgets leders orientering.pdf (1 sider)

---

**14.50 - 14.55 097-2022 Styrets årsplan 2022 - oppdatert**

5 min

 097-2022 Styrets årsplan 2022 - oppdatert.pdf (1 sider)

 097-2022 Vedlegg\_Styrets årsplan 2022.pdf (6 sider)

---

**14.55 - 15.00 Andre orienteringer**

5 min

- Styreleder orienterer
- Foreløpig protokoll styremøte HSØ 22. september

 Andre orienteringer 02\_Foreløpig protokoll fra styremøte HSØ 22. september 2022.pdf (12 sider)

---

**15.00 - 16.00**

60 min

**098-2022 Styrets årlige evaluering av administrerende direktørs arbeid og resultater – unntatt offentlighet**

*Beslutning*

*Anne Biering*

 098-2022 Styrets årlige evaluering av administrerende direktørs arbeid og resultater – unntatt offentlighet.pdf (1 sider)

## Saksfremlegg

### Saksgang:

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
Styret i Sykehuset Telemark HF	26. oktober 2022

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

**Sak: 086 – 2022**

### Godkjenning av innkalling og saksliste

#### Forslag til vedtak

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Skien, 17. oktober 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:**

17. oktober 2022

**Innkalling til styremøte i Sykehuset Telemark HF**

Det innkalles til styremøte i Sykehuset Telemark HF

Tid: Onsdag 26. oktober 2022 kl. 0930 - 1600

Møtested: Notodden sykehus, Psyk 2 høyre side Bygg N6-2.etg

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.:** 26. oktober 2022, kl. 0930 – 1600

**Sted:** Notodden sykehus, Psyk 2 høyre side Bygg N6-2.etg

**Møteleder:** Styreleder Anne Biering

**Saksliste**

Tentativ plan	Saksnr.	Sakstittel	Sakstype
0930 – 0935	086 - 2022	<b>Godkjenning av innkalling og saksliste</b> v/Styreleder	<b>Beslutning</b>
	087 - 2022	<b>Godkjenning av protokoll fra styremøte 21. sept.</b> v/Styreleder	<b>Beslutning</b>
0935 – 0950	088- 2022	<b>Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark – presentasjon av lederfilosofi</b> v/Avdelingsleder Trond Simen Doksrød	<b>Orientering</b>
0950 – 1005	089 - 2022	<b>Forprosjekt Utbygging Somatikk Skien - Status</b> v/Prosjektleder	<b>Orientering</b>
1005 – 1030	090 - 2022	<b>Driftsorienteringer fra administrerende direktør</b> v/Administrerende direktør	<b>Orientering</b>
1030 – 1040		<b><i>Pause</i></b>	
1040 – 1110	091 - 2022	<b>Virksomhetsrapport per september</b> v/Økonomidirektør	<b>Orientering</b>
1110 – 1140	092 - 2022	<b>Status budsjett 2023</b> v/Økonomidirektør	<b>Orientering</b>
1140 – 1200	093 - 2022	<b>Ledelsens gjennomgang 2022</b> v/Administrerende direktør	<b>Orientering</b>
1200 – 1240		<b><i>Lunsj</i></b>	
1240 – 1330		<b>Orientering om Notodden sykehus og prosjektet Gode Pasientforløp</b> v/Anne Olaug Aase, avdelingsleder Medisin Notodden og Ellen Marie T. Hufthammer, fagsykepleier	<b>Temasak</b>
		<b><i>Pause</i></b>	
1330 – 1400	094 - 2022	<b>Nasjonale kvalitetsregistre og kvalitetsindikatorer</b> v/Fagdirektør	<b>Orientering</b>

<b>Tentativ plan</b>	<b>Saksnr.</b>	<b>Sakstittel</b>	<b>Sakstype</b>
1400 – 1430	095 - 2022	<b>Evaluering sommerdrift 2022 og sommerferieplanlegging 2023</b> v/ Forhandlingssjef og administrerende direktør	<b>Orientering</b>
1430 – 1435	097- 2022	<b>Brukerutvalgets leders orientering</b> v/Brukerutvalgets leder	<b>Orientering</b>
1435 – 1440	098 - 2022	<b>Styrets årsplan 2022 - oppdatert</b> v/Styreleder	<b>Orientering</b>
1440 – 1445		<b>Andre orienteringer</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styreleder orienterer</li> <li>• Foreløpig protokoll styremøte HSØ 22. sept.</li> </ul>	<b>Orientering</b>
1445 – 1455		<b>Pause</b>	
1455 – 1600	099 - 2022	<b>Styrets årlige evaluering av administrerende direktørs arbeid og resultater – unntatt offentlighet</b> v/Styreleder	<b>Beslutning</b>

## Saksfremlegg

### Saksgang:

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
Styret i Sykehuset Telemark HF	26. oktober 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: 087 – 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 21. september 2022 godkjennes.

Skien, 17. oktober 2022

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

### Vedlegg

- Protokoll fra styremøte 21. september 2022 i Sykehuset Telemark HF



**PROTOKOLL FRA STYREMØTE I SYKEHUSET TELEMAR HF**

Dato: 21. september 2022 Tidspunkt: 09.30

Sted: Vrangfoss møterom, Sykehuset Telemark

**Følgende medlemmer møtte**

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

**Observatører med tale og forslagsrett:**

Rita Andersen, leder brukerutvalget, forfall  
Sondre Otervik, nestleder brukerutvalget, fra kl. 1100

**Fra administrasjonen deltok**

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

**Presentasjon av saker:**

Sak 073, 074, 080 og 085: Anne Biering, styreleder  
Sak 075: Lars Ødegård, klinikkssjef  
Sak 076: Bjørn Snorre Kaupang, prosjektsjef USS  
Sak 077: Mette Stovner, advokat og kontraktsrådgiver i Sykehusbygg  
Sak 078, 082 og 083: Tom Helge Rønning, administrerende direktør  
Sak 079 og 081: Geir Olav Ryntveit, økonomidirektør  
Sak 084: Sondre Otervik, nestleder brukerutvalget

Styreleder ledet møtet

<b>073-2022</b>	<b>Godkjenning av innkalling og saksliste</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige**

**VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og saksliste til styremøte 21. september 2022.

<b>074-2022</b>	<b>Godkjenning av protokoll fra styremøte 23. juni 2022</b>
-----------------	---

Protokoll fra styremøte 23. juni 2022 er godkjent elektronisk av styrets medlemmer før møtet.

**Styrets enstemmige**

**VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 23. juni 2022 godkjennes.

<b>075-2022</b>	<b>Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark – Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling</b>
-----------------	--

Styret ved Sykehuset Telemark får et innblikk i sykehusets arbeid med kvalitet og forbedringsarbeid. Dagens tema er klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling.

Styret uttrykker bekymring for utfordringene med å rekruttere og beholde ansatte innen psykisk helsevern og rusbehandling. Styret vil ha fokus på dette området fremover.

**Styrets enstemmige**

**VEDTAK**

Styret tar saken til orientering.

<b>076-2022</b>	<b>Forprosjekt Utbygging somatikk Skien – Status</b>
-----------------	--

Bjørn Snorre Kaupang, prosjektsjef, deltok i møtet og orienterte styret om gjennomførte aktiviteter og plan for prosjektet i den kommende perioden.

Det ble informert om at forprosjektet, etter en noe utfordrende start, nå er godt i gang. Det vurderes til å være god fremdrift i arbeidet med prosjektering av de ulike delene. Det er etablert fokusgrupper for å ivareta organisasjonsutviklingsdelen av prosjektet, samt etablert arenaer for å ivareta behovet for samhandling mellom investeringsdelen og driftsdelen.

Styret tar den fremlagte rapporten og redegjørelsen til orientering. Styret ba administrasjonen om en sak for å belyse prosjektets driftsmessige konsekvenser.

#### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Styret tar status i prosjektet til orientering

<b>077-2022</b>	<b>Oppdatering av kontraktstrategi Utbygging somatikk Skien</b>
-----------------	---

Styret behandlet sak 077-2021 Utbygging somatikk Skien – kontraktstrategi i oktober 2021. Siden den gang har det skjedd en ikke ubetydelig utvikling i markedet som handler om prisendringer, markedets vilje til å ta risiko og kapasitet. I denne saken gis styret en orientering om foretatte tilpasninger av den tidligere vedtatte kontraktstrategien, som følge av utviklingen. Som et ledd i dette arbeidet har prosjektet også avholdt en relativt omfattende markedsdialog. Oppdatert strategi ble vedtatt av prosjektstyret 12. september.

Styret diskuterte og kommenterte kontraktstrategi og er opptatt av risikoprofilen knyttet til tilgang på kompetanse for byggherre, og særskilt for delprosjekt 0 og 1.

#### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Styret tar oppdatering av kontraktstrategi til orientering

<b>078-2022</b>	<b>Driftsorienteringer fra administrerende direktør</b>
-----------------	---

I tillegg til skriftlige driftsorienteringer informerte administrerende direktør om:

- **DIPS Arena (Omlegging av elektronisk journalløsning)**  
Det regionale prosjektet har som mål å innføre DIPS Arena til alle HF i HSØ. Ved innføringen skal alle HF løftes over i en felles database (konsolidering). Sykehuset Telemark er det andre helseforetaket som innfører DIPS Arena og arbeidet med mottaksprosjektet er i gang. Prosjektet er ressurskrevende og det kreves frikjøp av medarbeidere til fire arbeidsgrupper med 6-8 ansatte i hver gruppe (i 60 % stillinger). Dette innebærer totalt 8 – 11 årsverk på årsbasis, i tillegg til ressurser til kursing og opplæring.
- **Driftserfaringer sommeren 2022**  
Driften i sommer har gått jevnt over bra med iverksatte tiltak, herunder økonomisk kompensasjon på nødvendige områder av driften. Evaluering av driften er igangsatt og styret vil få en orientering om dette arbeidet i oktober møtet.

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret tar saken til orientering.

<b>079-2022</b>	<b>Virksomhetsrapport per 2. tertial 2022</b>
-----------------	---

Saken presenterer virksomhetsrapport per 2. tertial 2022.

Styret viser til at det er en krevende situasjon for helseforetaket med økte kostnader, samtidig med ettervirkninger etter pandemi. Styret ser positivt på helseforetakets spesifikke og igangsatte kostnadsbesparingsprogrammet.

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret tar virksomhetsrapport per 2. tertial 2022 til orientering og støtter administrasjonens iverksatte tiltak for å redusere kostnader. Styret ber i tillegg om at Telemarks demografiske utviklingstrekk er et tema når regionens inntektsmodell skal gjennomgås.

<b>080 -2022</b>	<b>Innspill fra styret ved STHF til konsernrevisjonens revisjonsplan for 2023</b>
------------------	---

Styreleder la 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.

Styret diskuterte flere nye forslag som ble fremmet, i tillegg til tema fra saksdokumentet:

1. Overbelegg i medisinsk klinikk
2. EFO-utgifter og belastning på de ansatte, inkludert bruk av vikarbyrå og rekrutteringsutfordringer
3. Kapasitetsutfordringer på sengeposter
4. Innfris prosjektmål?

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret vedtar å spille inn *Kapasitet og bemanning og hvordan sikre styring av fagressurser (rekruttere, utvikle og beholde)*, som revisjonstema til konsernrevisjonens revisjonsplan for 2023.

<b>081-2022</b>	<b>Status utviklingsprogram</b>
-----------------	---------------------------------

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.

Styret takker for en god presentasjon av effekt og resultater fra pågående forbedringsarbeid. Det er viktig at arbeidet fortsettes og at gode effekter breddes både med hensyn til kvalitet og for å til bærekraftig sykehusdrift.

**Styrets enstemmige****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.

Styret er positive til fremlagt status og imøteser videre resultatsikring.

<b>082-2022</b>	<b>Status styringskrav i oppdrag og bestilling 2022 for Sykehuset Telemark HF</b>
-----------------	---

Hensikten med saken er å gi styret en redegjørelse av måloppnåelse for styringskrav gitt til Sykehuset Telemark i oppdrag og bestilling 2022. I møtet orienterte administrerende direktør særskilt om områder hvor sykehuset ikke har en god måloppnåelse og spesifiserte hva som er gjort og hvilke utfordringer sykehuset har for å innfri styringskravene.

Styret vil få en mer omfattende redegjørelse av måloppnåelse for det enkelte styringskrav i styresak om Årlig melding 2022, som skal behandles av styret i februar 2023. Innspill til oppdateringer gitt i møtet tas med i arbeidet til Årlig melding 2022.

Styret er tilfreds med sykehusets fremdrift for måloppnåelse til tross for at det er områder hvor kravene ikke fullt ut er nådd.

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

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

<b>083-2022</b>	<b>Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2022</b>
-----------------	--

Helse Sør-Øst har sendt tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2022, som et likelydende dokument til alle helseforetak og de fem private ideelle sykehusene. 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.

**Styrets enstemmige****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.

<b>084-2022</b>	<b>Brukerutvalgets leders orientering</b>
-----------------	---

Nestleder informerte styret om følgende områder:

- Avvikling av fritt behandlingsvalg  
Fremkom bekymring rundt avviklingen, herunder ivaretagelse av pasienter
- Fagdag «Si det som det er – ærlig og direkte»  
Forum for brukerkompetanse ved Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling arrangerte 14. september i Ibsenhuset i Skien en fagdag for å få et nærere samarbeid mellom brukere, pårørende og tjenesteytere
- Behandlingsmetoden eMestring  
Veiledet internettbehandling, eMestring er veiledet internettbehandling til mennesker som sliter med panikklidelse, sosial angst eller depresjon
- Felles henvisningsmottak psykisk helsevern  
Sykehuset har startet opp arbeidet med å etablere felles henvisningsmottak. Målet er å sikre pasientene like rettigheter, enten de blir henvist til en avtalespesialist eller et DPS
- Endring av navn for pakkeforløp for psykisk helse og rus til Nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus
- Opptrappingsplan psykisk helse
- Forebygging og behandlingsreform rus

**Styrets enstemmige**

**VEDTAK**

Styret tar redegjørelsen til orientering.

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

Det er ønskelig at administrasjonen i årsplanen legger inn hvor styreseminarene skal avholdes og at innkalling og agenda til styreseminar publiseres i Admincontrol.

**Styrets enstemmige**

**VEDTAK**

Styrets årsplan i 2022 tas til orientering.

**Andre orienteringer**

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

Styret gav tilslutning til å endre to av styremøtedatoene i 2023:

- Styremøte mandag 19. juni flyttes til torsdag 22. juni
- Styremøte mandag 20. november flyttes til torsdag 23. november

Styret avholdt egenevaluering uten administrasjonen tilstede som siste post i programmet.

*Møtet hevet kl. 16.30*

Skien, 21. september 2022

Elektronisk signatur

Anne Biering  
Styreleder

Elektronisk signatur

Kine Cecilie Jordbakke  
nestleder (sett)

Elektronisk signatur

Turid Ellingsen

Elektronisk signatur

Nils Kristian Bogen

Elektronisk signatur

Marjan Farahmand

Elektronisk signatur

Per Christian Voss

Elektronisk signatur

Kristian Wiig

Elektronisk signatur

Trygve K. Nilssen

Elektronisk signatur

Johanne Haugan

Elektronisk signatur

Inger Ann Aasen

Elektronisk signatur

Thor Severinsen

Elektronisk signatur

Tone Pedersen  
styresekretær



## Saksfremlegg

### Saksgang:

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
Styret i Sykehuset Telemark HF	26.oktober 2022

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

### Sak: 088-2022

#### Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark – presentasjon av lederfilosofi ved avdelingsleder Tron Simen Doksrød

#### Hensikten med saken

Styret ved Sykehuset Telemark får et innblikk i avdelingsleder Tron Simen Doksrød sin lederfilosofi.

På 12 minutter vil Tron Simen Doksrød gi styret i innblikk i sin lederfilosofi.

#### Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Skien, 17. oktober 2022

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

**Fakta**

Tron Simen Doksrød har siden 2012 vært avdelingsleder for Avdeling for anesthesiologi og smertebehandling i Akutt- og beredskapsklinikken ved Sykehuset Telemark. Doksrød har fått flere priser for sitt lederskap. Hans siste pris er Legeforeningens lederpris 2022, som han mottok under Legeforeningens landsstyremøte i Stavanger, 31. mai i år.

Lederprisen deles ut til en lege som er, eller nylig har vært leder og er medlem av Legeforeningen. Vedkommende skal over tid ha vist god vilje og evne til dialog med ansatte, utvist god ledelse mot tydelige mål for virksomheten, utvist god ledelse mot økonomiske mål for virksomheten, bidratt til at ansatte er motiverte, tatt medansvar for driften og utviklingen av virksomheten, samt bidratt til åpenhet og ytringsfrihet om mangelfulle eller kritikkverdige forhold.

Doksrød beskrives i nominasjonen som en tydelig leder med klare visjoner for både avdelingen og sykehuset, og samtidig en aktiv kliniker med nærhet til pasientrettet virksomhet. Han har alltid en åpen dør for ansatte og andre samarbeidspartnere, er løsningsorientert og har en analytisk måte å tilnærme seg utfordringer på. Han er svært omsorgsfull overfor sine ansatte, men også tydelig når det gjelder muligheter, krav og forventninger.

I nominasjonen av Doksrød heter det også at han gjennom dialog og samhandling med andre avdelinger og klinikker har vist evne til å få til både godt samarbeid og gode resultater for egen avdeling og virksomheten som helhet. Avdelingen for anesthesiologi har i mange år hatt et svært godt arbeidsmiljø og et lavt sykefravær.

Styret vil i møtet få et innblikk av Doksrød om hans lederfiosofi,

## Saksfremlegg

### Saksgang:

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
Styret i Sykehuset Telemark HF	26.oktober 2022

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

### Sak: 089-2022

## Forprosjekt Utbygging somatikk Skien – Status

### Hensikten med saken

Forprosjekt Utbygging somatikk Skien er i normal utvikling, fremdrift og produksjon.

Prosjektleder Bjørn Snorre Kaupang deltar i møtet og orienterer styret om aktiviteter som er gjennomført, plan for den kommende perioden, økonomi samt risikobildet og tiltak for å redusere risiko.

Som vedlegg til saken følger månedsrapport for september.

### Forslag til vedtak

Styret tar status i prosjektet til orientering.

Skien, 17. oktober 2022

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

### Vedlegg:

Utbygging somatikk Skien – Månedsrapport for september



# Utbygging Somatikk Skien (USS)

## MÅNEDSRAPPORT

September 2022

Kuttdato: 30.09.2022

Dato: 08.10.2022

Bjørn Snorre Kaupang  
Prosjektsjef

## Innhold

1	SAMMENDRAG.....	3
1.1	Prosjektledelsens oppsummering for denne periode.....	3
2	Fremdrift.....	3
2.1	Rapportering av framdrift.....	3
2.2	Hovedaktiviteter i denne periode.....	4
2.2.1	Funksjonsplanlegging.....	4
2.2.2	Prosjektstyring.....	4
2.2.3	Utstyr.....	4
2.2.4	Prosjektering.....	5
2.2.5	Logistikk.....	5
2.3	Hovedaktiviteter i kommende periode.....	6
2.3.1	Funksjonsplanlegging.....	6
2.3.2	Prosjektstyring.....	6
2.3.3	Utstyr.....	6
2.3.4	Prosjektering.....	6
2.3.5	Logistikk.....	6
3	Økonomi.....	7
3.1	Økonomi status.....	7
3.2	Kostnadsstatus PNS.....	7
4	Risikostyring.....	7
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. Covid-19 er stadig aktiv, men det er ikke kjente forekomster blant prosjektpersonellet i september. Det er sporadiske forekomster av alminnelig forkjølelse med korte fravær til følge.

Kontrakts- og entreprisestrategi for USS er revidert og besluttet i USS prosjektstyre i september. Styret i STHF tok sakene om revidert kontrakts- og entreprisestrategi til orientering i styremøtet i september.

Styringsdokument til USS forprosjekt ble godkjent i prosjektstyremøtet i september.

Prosjektering holder statusmøter ukentlig som særmøter med de enkelte fag. Felles prosjekteringsmøte holdes fremdeles 14-daglig. 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:

Ny prosjektleder for IKT er kontrahert ved STHF IT.

Forhåndskonferanse avholdt med Skien kommune og USS SØK/ARK. Skien kommune er positive til utviklingen ved STHF i Skien.

Plan for kommende periode (oktober)

- Videre arbeid i fokusgrupper.
- Videre arbeide for rådgivere ARK og øvrige PRO.
- Konkretisering SØK/ARK til Skien kommune for rammesøknader etter forhåndskonferansen.
- Kontraktsunderlag for anskaffelse til delprosjekt somatikk sengebygg og akuttsenter utvikles i oktober.
- Oppgaver som ligger til prosjektleder som krav fra mandat utvikles og følges opp.
- Oppstart rådgiver usikkerhetsanalyse. Usikkerhetsanalyse er ventet ferdig til uke 48.

## 2 Fremdrift

### 2.1 Rapportering av framdrift

Prosjektet holdt utvikling som planlagt for september.

Prosjektering med arktitekt og tekniske rådgivere pågår som normalt.

Orienteringsmøte til STHF fokusgruppe teknikk avholdt.

3. Fokusgruppemøtebolk avholdt som planlagt for sykehusfunksjon og -utstyr til kreftsentre, somatikk sengebygg, akuttsenter.

Møte med Veritas Medical Solutions (VMS) avholdt for orientering til USS-prosjektet og VMS.

VMS er leverandør av spesiell byggestein for strålebunkere.

Områdeleder digitalisering har startet med arbeidsoppgaver for USS-prosjektet. Arbeidet med etablering av BIM-modell i prosjektverktøyet Omega 365 pågår.

Tertialrapport for 2. tertial 2022 ble utviklet og levert.

Prosjektstyret godkjente prosjektstyringsdokumentet i revisjon 01 og revidert kontraktstrategi i prosjektstyremøte 4. ADs ledergruppemøte ble orientert om USS status pr. august. Styret i STHF har fått saken om revidert kontraktstrategi presentert og tok saken til orientering.

Forhåndskonferanse med Skien kommune avholdt.

Konkurransen for usikkerhetsanalyse/ kvalitetssikring forprosjekt ble offentliggjort.

Konkurransen ble utlyst for avslutning 5. oktober 2022.

Månedlig risikogjennomgang av prosjektet avholdt.

USS prosjektet presenterte aktuell status til STHF styringsgruppe for strålesenter.

Ressurser:

Ressurssituasjonen er normal og for tiden uten varslede endringer fra USS-prosjektet som oppdragsgiver og rådgivere/oppdragstagere. Rådgivere for innmåling/scan av aktuelle bygg og tomt ble kontrahert. RIG/rådgivende ingeniør geoteknikk ble kontrahert og grunnundersøkelser iverksatt.

## 2.2 Hovedaktiviteter i denne periode

### 2.2.1 Funksjonsplanlegging

Fokusgruppemøter er gjennomført med de 6 fokusgruppene i STHF.

Fokus på tegning, utstyr i rom og rom funksjon.

Særmøter mellom BIM ansvarlig ARK og SB.

Særmøter mellom smittevern STHF og SB.

Prosjektgjennomgang for styringsgruppen, ledergruppen STHF og prosjektgruppemøte.

Prosjektet ser på en ev. endring på plassering av dagens cytostatika LAB, dvs. for å slippe nedetid ved bygging. Det vurderes om det er mulig å flytte cytostatika-LAB til bygg B63 (ex. B51 Vaskeriet). RIV/VVS og bygg må vurdere aktuelle utføringer ved en slik flytting.

### 2.2.2 Prosjektstyring

Ferdigstilt dokumentplan for forprosjektet.

Publisert kodemanual.

Startet arbeid med underlag for kalkyle 1 etter at tekniske rom, hovedføringer og bærestruktur er løst på akseptabelt nivå.

Startet arbeid med utvikling av krav og spesifikasjoner i forbindelse med utlysning av totalentreprise for sengebygg og akuttsenter.

### 2.2.3 Utstyr

Programmert forslag til utstyr i rom for alle funksjoner, innarbeidet innspill fra fokusgruppene.

Gjennomgang av utstyr i rom i fokusgruppemøter og i særmøter.

Samstemt romfunksjonsnummer på tegning med romfunksjonsnummer i dRofus.

Startet arbeidet med å navngi alle tekniske rom  
Startet arbeidet med å registrere aktuelle rom i eksisterende bygg i dRofus  
Avtalt rutiner med ARK for synkronisering av modell mot dRofus (torsdager etter 12:00).  
Startet arbeidet med å koble ifc-filer til dRofus Web.  
Etablert nye artikler, samt teknisk informasjon på programartikler.  
Gjennomført møter med Veritas Medical Solutions i forhold til skjermingskrav for strålebunkere, samt informasjonsmøte for rådgiverne.

#### **2.2.4 Prosjektering**

Kreftsenteret:

Layout Cyt Lab er bearbeidet.

Det har gjennomført et møte med Veritas Medical solutions med gjennomgang av deres konsept for strålesikring av bunkere.

Plassering og dimensjonering av tekniske rom er det jobbet med. Det trangt i det gamle vaskeribygget (B63) og vi har utfordringer med å få plass.

Koordinater i modell for eksisterende bygg er korrigert.

Sengebygg:

Layout for sengeetasjene er stort sett på plass

Det gjenstår noe i underetasjen.

Alternative løsninger for broforbindelser er utarbeidet.

Alternative løsninger for hovedstrømstilførsel er sjekket ut sammen med e-verket (Lede).

Det er besluttet å gå videre med en bærestruktur basert på stålsøyler, hulldekker og påstøp.

Akutt:

Temperatur krav for ambulansehall er vurdert og kommentert.

Fundamentering og kobling mellom nytt og gammelt bygg er bearbeidet. Avventer resultat fra geotekniske undersøkelser.

Utomhus:

Geotekniske boringer og prøvetaking er gjennomført. Avventer rapport fra RIG.

Gjennomført møte med STHF med fokus på design premisser for utomhusarbeider.

Startet arbeide med å se på alternative løsninger for stoppesteder for Helsekspresen.

Gjennomført flere møter for utvikling av brannkonsept og vurdering av adkomstveier for brannvesenet og oppstillingsplasser for brannbil.

#### **2.2.5 Logistikk**

I denne perioden er det foretatt kartlegging av bevegelser inn/ut til avfallssentral og varemottak. Det viser mellom 50-60 bevegelser samlet sett inn og ut per dag i arbeidstiden. Det er en konflikt med denne transporten og med ambulanser til akuttmottaket. Det er gjennomført møter med interessenter og en foreløpig konklusjon er at man vil vurdere en midlertidig etablering av avfallssentral et annet sted på området. Uansett resultatet av en permanent flytting av avfallssentralen vil det være nødvendig å etablere en midlertidig avfallssentral i byggeperioden. Dette arbeidet har startet.

Arbeidet med å utarbeide et logistikknotat har startet. Formålet med logistikknotatet er å beskrive forsyningsløsningene for varelogistikk ved avslutta forprosjekt. Arbeidet tar



utgangspunkt i flyten av varer som valideres opp mot tegninger. Hensikten med å etablere et logistikknotat er å forsikre seg om at det ikke etableres unødige flaskehalsar eller hindringer for en effektiv flyt og drift når nye bygg er etablert. Logistikknotatet skal bidra til å gi en felles forståelse for hvordan forsyningsløsningene vil bli i det nye sykehuset og være et utgangspunkt for organisasjonsutvikling og forberedelse til drift i nye bygg. Logistikknotatet vil også kunne gi grunnlag for planlegging av gevinster (inntekter, kostnader, tid, kvalitet osv.)

## 2.3 Hovedaktiviteter i kommende periode

### 2.3.1 Funksjonsplanlegging

Fokusgruppemøter nr 4 i oktober uke 42.

Særmøter med ARK, IKT.

Forberedelse til prosjektgruppemøte 3

### 2.3.2 Prosjektstyring

Kontrahere rådgiver for usikkerhetsanalyse, samt utlyse konkurranse for kvalitetssikring av forprosjektrapporten.

Levering av Kalkyle 1 (første kostnadsestimat).

Totalentreprise sengebygg og akuttsenter - Ferdigstille konkurransegrunnlaget med kunngjøring i slutten av oktober

I samarbeid med økonomiavdelingen i STHF automatisere overføring av kostnader fra regnskap systemet til OMEGA 365.

Publisere BIM-modell på plattform Omega 365.

### 2.3.3 Utstyr

Videre programmering av rom i alle funksjoner.

Koding av alle tekniske rom

Etablere eksisterende rom i dRofus

Berike programartikler med teknisk informasjon

Forberede og gjennomføre fokusgruppemøter og særmøter med ulike områder og med arkitekt.

Kontroll av modellert utstyr.

Etablere samarbeid med IKT

Starte arbeidet med å se på prinsipper for gjenbruk av utstyr.

### 2.3.4 Prosjektering

ARK: Forberede input til forprosjektrapport. Avklare broforbindelser og kobling mellom alle nybygg og eksisterende bygg. Vurdere ny plassering av Cyt Lab.

RIB: Avklare fundamenteringsforhold med RIG. Se nærmere på om det er behov forsterkninger på eksisterende bygg.

RIV/RIE: Endelig plassering av ventilasjonsaggregat. Innstilling om plassering av nødaggregat og trafo.

Etablere grensesnitt matrise for leveranser fra prosjektet.

RIG: Etablere rapport fra grunnundersøkelser

RIBFy: Vurdere nødvendige tiltak for utbedring av eksisterende bygg

Generelt: Forberede input til forprosjektrapport. Underlag til forespørsel Sengebygg.

### 2.3.5 Logistikk

I kommende periode vil det arbeides med videreføring og slutføring av logistikknøtet. Arbeidsformen vi basere seg på Workshops med ansatte hvor flyt av varer vil mappes opp mot gjeldende tegninger. Dersom det viser seg at det vil opptre uønskede hendelser, flaskehalsel. så vil nødvendige tiltak vurderes.

Oppfølging av arbeid med avfallssentral følges opp videre.

Oppfølging av arbeid relatert til avfalls- og tøyhåndtering i nytt sengebygg følges opp videre.

## 3 Økonomi

### 3.1 Økonomi status

Navn	Tittel	Påløpt	Bokført	Planlagt	Prognose (Total)	Gjenstående
C1001	Prosjektering (ARK/RI)	6 569 036	5 089 036	6 180 603	34 196 484	27 627 448
C1002	Regulering	171 890	151 890	689 940	1 500 000	1 328 110
C1003	Forberedelse for forprosjekt	2 930 609	2 930 609	2 930 609	2 930 609	0
C2001	Prosjektledelse SB	7 305 162	3 605 162	3 890 279	15 768 809	8 463 647
C2002	Spesialfag og støttefunksjoner	30 325	325	246 707	1 000 000	969 675
C2003	KSK	0	0	0	168 000	168 000
C2004	Kalkulasjon	0	0	162 519	800 000	800 000
C2005	Usikkerhetsanalyse	0	0	0	300 000	300 000
C2006	O-IKT	202 685	16 781	732 492	1 500 000	1 297 315
C3001	Reisevirksomhet	109 752	59 752	871 338	1 400 000	1 290 248
C3002	Kontorfasiliteter	0	0	0	0	0
C3003	Prosjekthotell og diverse	22 500	13 500	186 715	300 000	277 500
C4001	Reserve	0	0	1 018 282	1 636 098	1 636 098
Sum		17 341 959	11 867 055	16 909 484	61 500 000	44 158 041

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

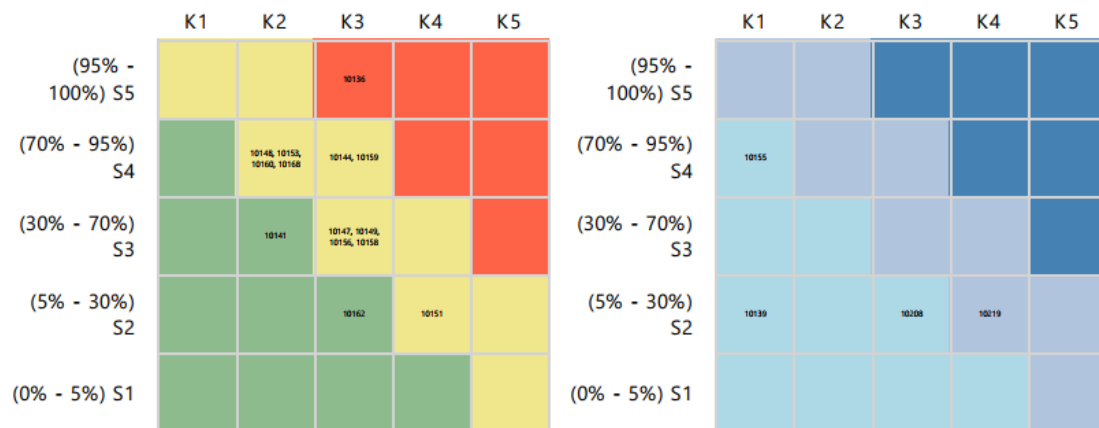
## 4 Risikostyring

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

## 4.1 Risiko Topp 10

CutOff: 30.09.2022



## 5 Informasjon om ressurser og samhandling

Eksisterende rådgiverteam for byggfag har i hovedsak vært stabilt i perioden.

Rådgivende ingeniør geoteknikk (RIG) ble kontrahert og oppdraget med grunnundersøkelser ble som ventet startet ultimo september.

Områdeleder digitalisering ("BIM-koordinator") er kontrahert til USS forprosjekt fra leverandør COWI på SBHF rammeavtale. Oppstarten ble som planlagt primo september.

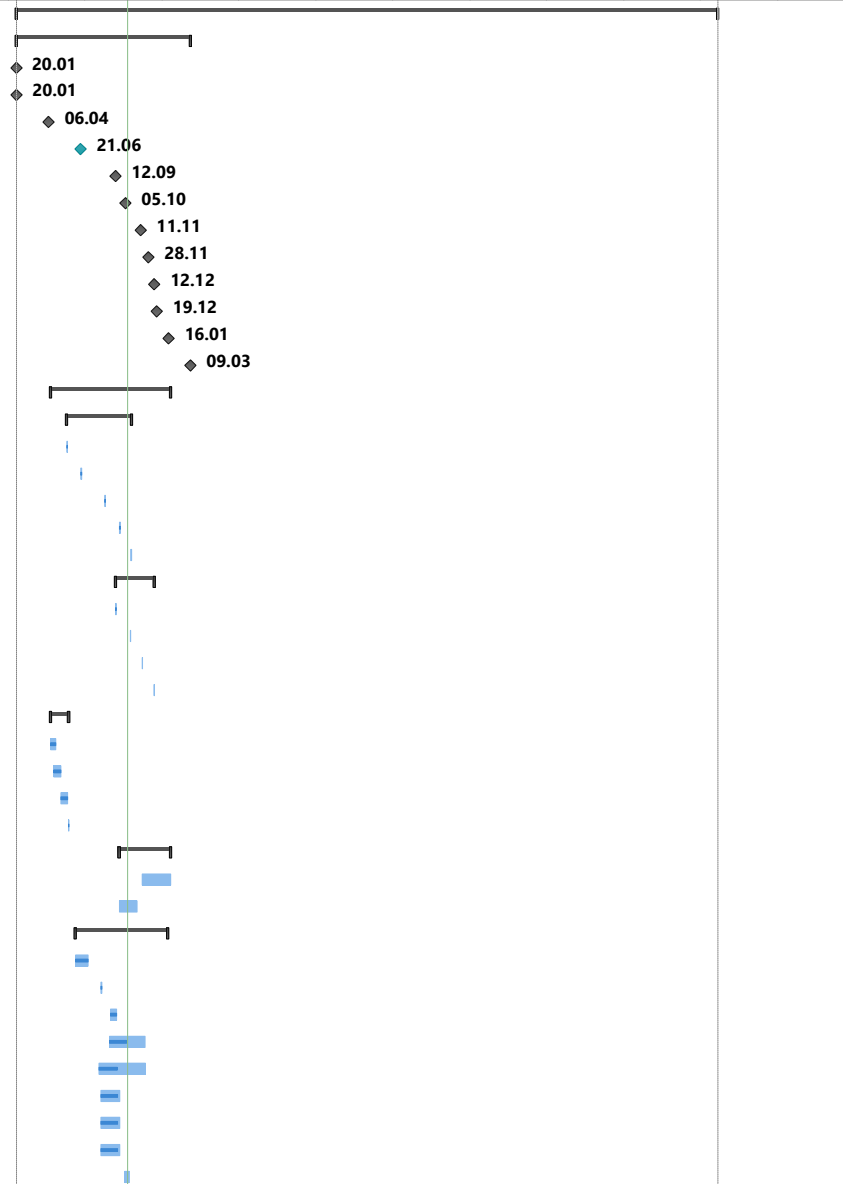
Prosjektering holder statusmøter ukentlig som særmøter med de enkelte fag og 14-daglig som felles prosjekteringsmøte. Sykehus- og utstyrsplanlegger har faste møter med fokusgrupper i STHF. Prosjektleder prosjektering har sammen med utbyggingssjef STHF etablert samarbeidsforum for eiendoms- og teknisk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

SBHF-teamet til USS koordinerer med utviklingsavdelingen i STHF etter fokusgruppemøtene. Avklaringsaker etter fokusgruppemøter følges opp i dette forumet.

O-IKT:

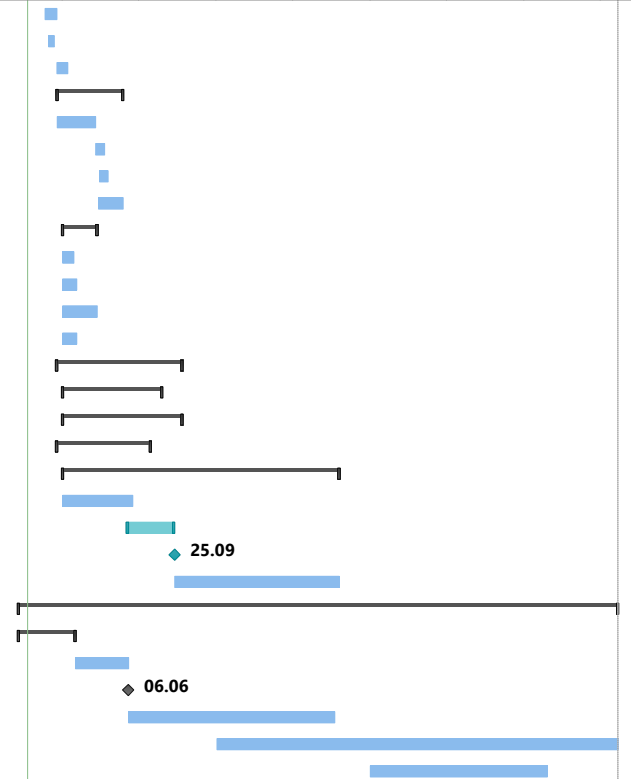
Ny prosjektleder IKT for USS anskaffet av STHF. Ny og tidligere prosjektleder har hatt en overlappings- og overleveringsperiode som avsluttes i oktober.

ID	Task Name	Start	Finish	% Complete	2nd Half	1st Half	2nd Half	1st Half	2nd Half	1st Half	2nd Half	1st Half	2nd Half	1st Half	2nd Half	1st Half
1	<b>USS - Utbygging Somatikk Skien</b>	<b>Thu 20.01.22</b>	<b>Tue 11.08.26</b>	<b>7%</b>												
2	<b>Hoved Milepæler</b>	<b>Thu 20.01.22</b>	<b>Thu 09.03.23</b>	<b>0%</b>												
3	Prosjektmandat signert	Thu 20.01.22	Thu 20.01.22	100%												
4	Signere oppdragsbekreftelse	Thu 20.01.22	Thu 20.01.22	100%												
5	Konstintuerende prosjektstyre møte	Wed 06.04.22	Wed 06.04.22	100%												
6	Anskafellse prosjektering rådgivende ferdig	Tue 21.06.22	Tue 21.06.22	100%												
7	Prosjektstyrets godkjenning av entreprisestrategi	Mon 12.09.22	Mon 12.09.22	100%												
8	Kalkyle 1 gjennomført	Wed 05.10.22	Wed 05.10.22	0%												
9	Fokusgruppe møte gjennomført	Fri 11.11.22	Fri 11.11.22	0%												
10	Kalkyle 2 gjennomført	Mon 28.11.22	Mon 28.11.22	0%												
11	Usikkerhets rapport levert	Mon 12.12.22	Mon 12.12.22	0%												
12	Forprosjektrapport levert til prosjektstyre	Mon 19.12.22	Mon 19.12.22	0%												
13	Prosjekt styremøte	Mon 16.01.23	Mon 16.01.23	0%												
14	Styremøte Sør Øst RHF -Instilling til B4 beslutningspunkt	Thu 09.03.23	Thu 09.03.23	0%												
15	<b>Prosjektstyrings aktiviteter</b>	<b>Mon 11.04.22</b>	<b>Fri 20.01.23</b>	<b>34%</b>												
16	<b>Brukermedvirknings møter</b>	<b>Thu 19.05.22</b>	<b>Wed 19.10.22</b>	<b>78%</b>												
17	Felles info møte oppstart medvirkning	Thu 19.05.22	Thu 19.05.22	100%												
18	Fokusgrupper møteserie 1	Tue 21.06.22	Wed 22.06.22	100%												
19	Fokusgrupper møteserie 2	Wed 17.08.22	Thu 18.08.22	100%												
20	Fokusgrupper møteserie 3	Wed 21.09.22	Thu 22.09.22	100%												
21	Fokusgrupper møteserie 4	Tue 18.10.22	Wed 19.10.22	0%												
22	<b>Prosjektstyremøter</b>	<b>Mon 12.09.22</b>	<b>Mon 12.12.22</b>	<b>25%</b>												
23	USS Prosjektstyremøte 04	Mon 12.09.22	Mon 12.09.22	100%												
24	USS Prosjektstyremøte 05	Mon 17.10.22	Mon 17.10.22	0%												
25	USS Prosjektstyremøte 06	Mon 14.11.22	Mon 14.11.22	0%												
26	USS Prosjektstyremøte 07	Mon 12.12.22	Mon 12.12.22	0%												
27	<b>Rekrutteringer forprosjektfasen</b>	<b>Mon 11.04.22</b>	<b>Mon 23.05.22</b>	<b>100%</b>												
28	Avklare støtte og ressurser fra Sykehusbygg	Mon 11.04.22	Fri 22.04.22	100%												
29	Utlyse stillinger rådgivende	Mon 18.04.22	Wed 04.05.22	100%												
30	Evaluering av tilbud	Thu 05.05.22	Fri 20.05.22	100%												
31	Instilling rådgivere	Mon 23.05.22	Mon 23.05.22	100%												
32	<b>Rekrutteringer Prosjektorganisasjon for prosjekt detalj og gjennomføringsfasen</b>	<b>Wed 21.09.22</b>	<b>Fri 20.01.23</b>	<b>0%</b>												
33	Systematisk innganssetting ingenør	Mon 14.11.22	Fri 20.01.23	0%												
34	Planlegger	Wed 21.09.22	Tue 01.11.22	0%												
35	<b>Prosjekteringsfase forprosjekt</b>	<b>Thu 09.06.22</b>	<b>Fri 13.01.23</b>	<b>56%</b>												
36	Hovedføringer	Thu 09.06.22	Fri 08.07.22	100%												
37	Felles gjennomgang konsept	Mon 08.08.22	Tue 09.08.22	100%												
38	Ferdigstille dokumentplan/liste	Wed 31.08.22	Tue 13.09.22	100%												
39	IKT/O-IKT plan med tilhørende budsjett	Mon 29.08.22	Mon 21.11.22	50%												
40	Leveranse I henhold til dokumentplan (for kalkyle)	Wed 03.08.22	Mon 21.11.22	40%												
41	Løse tekniske rom, hovedføringer og bærestruktur akutt senter	Mon 08.08.22	Wed 21.09.22	90%												
42	Løse tekniske rom, hovedføringer og bærestruktur sengebygg	Mon 08.08.22	Wed 21.09.22	90%												
43	Løse tekniske rom, hovedføringer og bærestruktur kreft senter	Mon 08.08.22	Wed 21.09.22	90%												
44	Kvalitetssikring av prosjekterings arbeid	Mon 03.10.22	Fri 14.10.22	0%												



Project: USS - Forprosjekt Frem Date: Tue 11.10.22	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	% Complete	2nd Half	1st Half	2nd Half	1st Half	2nd Half	1st Half	2nd Half	1st Half	2nd Half	1st Half	2nd Half	1st Half
45	Tverrfaglig/intern kontrol	Mon 21.11.22	Mon 19.12.22	0%												
46	Gjennomføre usikkerhetsanalyse	Tue 29.11.22	Mon 12.12.22	0%												
47	Kvalitetssikring av forprosjektrapport	Mon 19.12.22	Fri 13.01.23	0%												
48	<b>Offentlig saksbehandling</b>	<b>Tue 20.12.22</b>	<b>Wed 24.05.23</b>	<b>0%</b>												
49	Rammesøknad	Tue 20.12.22	Mon 20.03.23	0%												
50	Behandling IG 1 (riving)	Tue 21.03.23	Mon 10.04.23	0%												
51	Behandling IG 2 (råbygg)	Thu 30.03.23	Wed 19.04.23	0%												
52	Søknad DSA	Tue 28.03.23	Wed 24.05.23	0%												
53	<b>Detalj prosjektering</b>	<b>Mon 02.01.23</b>	<b>Fri 24.03.23</b>	<b>0%</b>												
54	Utarbeide grensesnitt matrisen og opplæring for detaljprosjektering	Mon 02.01.23	Fri 27.01.23	0%												
55	Utarbeide underlag detalj prosjektering for anbudskonkurranse riving	Mon 02.01.23	Fri 03.02.23	0%												
56	Utarbeide underlag detaljprosjektering for anbudskonkurranse grunnarbeid	Mon 02.01.23	Fri 24.03.23	0%												
57	Utarbeide underlag detaljprosjektering for anbudskonkurranse kulvert	Mon 02.01.23	Fri 03.02.23	0%												
58	<b>Tverrgående leveranser</b>	<b>Mon 19.12.22</b>	<b>Thu 12.10.23</b>	<b>0%</b>												
59	<b>Riving</b>	<b>Mon 02.01.23</b>	<b>Fri 25.08.23</b>	<b>0%</b>												
70	<b>Grunnarbeid strålebunker</b>	<b>Mon 02.01.23</b>	<b>Thu 12.10.23</b>	<b>0%</b>												
80	<b>Kulvert</b>	<b>Mon 19.12.22</b>	<b>Fri 28.07.23</b>	<b>0%</b>												
91	<b>Kreft senter</b>	<b>Mon 02.01.23</b>	<b>Fri 18.10.24</b>	<b>0%</b>												
92	Detaljprosjektering kreftsenter	Mon 02.01.23	Fri 16.06.23	0%												
93	Anskaffelse av hoved entreprenør	Mon 05.06.23	Fri 22.09.23	0%												
94	Byggearbeid kreft senter starte	Mon 25.09.23	Mon 25.09.23	0%												
95	Bygging kreft senter	Mon 25.09.23	Fri 18.10.24	0%												
96	<b>Sengebygg + Akutt mottak</b>	<b>Mon 19.09.22</b>	<b>Tue 11.08.26</b>	<b>0%</b>												
97	<b>Koknkurranse total entreprise</b>	<b>Mon 19.09.22</b>	<b>Tue 31.01.23</b>	<b>0%</b>												
116	Samspillsfase	Wed 01.02.23	Tue 06.06.23	0%												
117	Start kontrakt byggefasen	Tue 06.06.23	Tue 06.06.23	0%												
118	Detalj prosjektering Sengebygg og Akuttsenter	Wed 07.06.23	Tue 08.10.24	0%												
119	Bygging Sengebygg	Wed 03.01.24	Tue 11.08.26	0%												
120	Bygging Akuttsenter	Wed 01.01.25	Tue 24.02.26	0%												



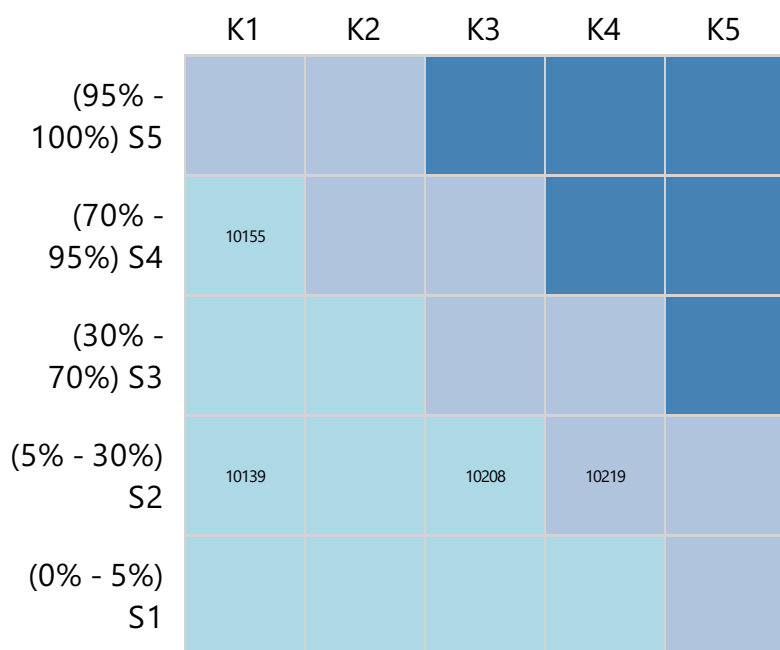
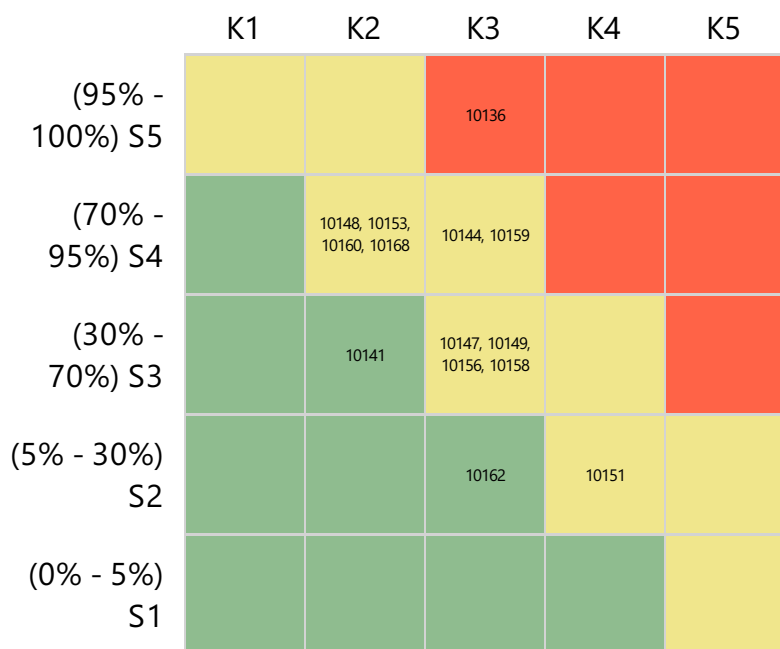
Project: USS - Forprosjekt Frem  
Date: Tue 11.10.22

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			

# Mnd rapport Prosjektstyret

Orgunit: USS - Utbygging somatikk Skien

CutOff: 30.09.2022



ID	Navn/beskrivelse	Sans.	Kons.	Åpne/totale tiltak
<b>10136</b> N - F - O	<b>Sen kontrahering av prosjekterende til USS forprosjekt</b> På grunn av forprosjektets sene start i forhold til forventet ferdigstillelse er det usikkert når alle nødvendige prosjekterende vil være kontrahert til prosjektteamet.	S5	Framdrift K3	0/0
USS				
<b>10144</b> N ↑ F ↑ O	<b>Forstyrrelser og tilpasning eksisterende drift ved Akuttsteder</b> Mindre effektivt/forsinkelser i byggeprosess for å hensynta sykehus i drift. Støv, støy, rystelser, transport av byggematerialer etc. Må etableres midl. tilkomst for ambulanse.	S4	Kostnad K2, Personikkerhet K3	0/0
0201				
<b>10159</b> N - F ↑ O	<b>Tilstand eksisterende bygg - Kreftsenters</b> Usikkerhet tilknyttet tilstand eksisterende bygg og tekniske grensesnitt. Tilstand bæresystemet er uavklart	S4	Kostnad K3	0/0
USS				

Confidential, Pedersen, Tone, 19.10.2022 16.52.54

<b>10156</b>	<b>Markedssituasjon</b>	S3	Kostnad K3	0/0
N - F ↓	Markedssituasjon entreprenørmarkedet , overordnet råvare, material pris, tilgjengelig arbeidskraft, generell lønnsøkning			
O				
USS				
<b>10158</b>	<b>Forstyrrelser og tilpasning eksisterende drift Kreftsenter</b>	S3	Kostnad K3, Framdrift K3	1/1
N - F -	Mindre effektivt/forsinkelser i byggeprosess for å hensynta sykehus i drift. Støv, støy, rystelser, transport av byggematerialer etc.			
O				
USS				
<b>10147</b>	<b>Bygging kombinert med sykehusdrift</b>	S3	Kostnad K3, Personssikkerhet K3	0/0
N - F -	Driftsrisiko ved oppføring nytt bygg samtidig med normaldrift Akuttinntak, Røntgen og Operasjon, Kraftsenter			
O				
USS				
<b>10149</b>	<b>Forsinkelser i søknadsprosesser (kommune, Arbeidstilsynet, VAV mm.)</b>	S3	Framdrift K3	0/0
N - F -				
O				
USS				
<b>10151</b>	<b>Behov for økt etasjehøyde sengebygg</b>	S2	Kostnad K3, Kvalitet K4	0/0
N - F ↓	Behov for økte etasje høyder i sengebygg for fremføring av tekniske installasjoner, med den konsekvens at byggets høyde øker i forhold til kalkyle.			
O				
USS				
<b>10153</b>	<b>Ombygging i Vestfløy- Sengebygg tilkobling</b>	S4	Kostnad K2	0/0
N - F -	Kan være behov for ytterligere ombygging i Vestfløy ut over hensyntatt i basisestimatet for umiddelbar kobling samt det som må gjøres for korridor løsning			
O				
USS				
<b>10148</b>	<b>Ambulanselogistikk i byggeperioden (kun en vei inn)</b>	S4	Personssikkerhet K2	0/0
N - F ↓				
O				
USS				
<b>10160</b>	<b>Omfang fornying bygg 53</b>	S4	Kostnad K2	0/0
N - F -	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.			
O				
USS				
<b>10168</b>	<b>Kostnader for ventilasjonskanaler på tak i bygg 51</b>	S4	Kostnad K2	1/1
N O	Kostnadsusikkerhet vedr. ventilasjonskanaler på tak bygg 51.			
USS				
<b>10219</b>	<b>Posisjon sengebygg</b>	S2	Kostnad K4	0/0
N O				
USS				
<b>10141</b>	<b>Usikkert om prosjekt "Helselogistikk" er tilstrekkelig hensyntatt i IKT-budsjettet.</b>	S3	Kostnad K2	0/0
N - F -	Det forutsettes at prosjekt "Helselogistikk" er implementert/blir implementert. Tilretteleggelse må skje i USS. Tilstrekkelig i IKT budsjett?			
O				
USS				
<b>10208</b>	<b>Reserve kraft for bygg 58</b>	S2	Kvalitet K3	0/0
N - F -	Det kan utarbeides løsning for reservekraft for hele sykehus som en del av prosjektet hvis det kan prosjekteres i forprosjektfasen.			
O				
USS				
<b>10162</b>	<b>Transport løsning for pasienttransport i byggingfasen</b>	S2	Kostnad K2, Framdrift K3	0/0
N - F -	Uavklart Hvordan transportere sengeliggende pasienter og varer til Moflata når lavblokken bygges om? (Gjøres pr. i dag i kulvert.)			
O				
USS				
<b>10155</b>	<b>Valg av Fasademateriale</b>	S4	Kostnad K1	0/0
N - F -	Fasademateriale som er valgt er en av dyreste alternativer. Innebærer en usikkerhet i forhold til kostnad.			
O				
USS				
<b>10139</b>	<b>Økt gjenbruk utstyr Akuttsenter</b>	S2	Kostnad K1	0/0
N - F ↓	Kan være mulig å økte gjenbruk av utstyr. Flere funksjoner er lokalisert der de er i dag			
O				
USS				

## Utgått siden forrige periode

ID	Navn/beskrivelse	Sans.	Kons.	Åpne/totale tiltak
----	------------------	-------	-------	--------------------

---



## Saksfremlegg

### Saksgang:

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
Styret i Sykehuset Telemark HF	26. oktober 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: 090 – 2022

### Driftsorienteringer fra administrerende direktør

#### Forslag til vedtak

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Skien, 18. oktober 2022

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

## **Driftsorienteringer fra administrerende direktør:**

### **1. Ny klinikkssjef i Barne- og ungdomsklinikken**

Ansgar Berg er ansatt som ny klinikkssjef for Barne- og ungdomsklinikken ved Sykehuset Telemark. Ansgar Berg er spesialist i barnesykdommer og klinikkdirektør på Barne- og ungdomsklinikken ved Haukeland Universitetssykehus. Han har også en professor II stilling på det Medisinske Fakultet ved Universitetet i Bergen.

Ansgar er 54 år og har gjennom de siste årene hatt flere lederroller ved Universitetet i Bergen og ved Haukeland Universitetssykehus. Han har vært seksjonsleder for Pediatrisk Institutt ved Universitetet, samt leder/seksjonsoverlege Barnekardiologi og seksjonsoverlege Barne- og ungdomsklinikken på Haukeland.

Den nye klinikkssjefen har planer om å flytte fra Bergen til Grenland og har dermed behov for noe tid til å gjennomføre flytteprosessen. Avtalen er derfor at han starter i jobben i mars 2023. Inntil Ansgar Berg er på plass vil Anne Kjendalen fortsette i rollen som klinikkssjef.

### **2. Mottaksprosjekt Regional EPJ Modernisering – innføring av DIPS Arena ved STHF**

Det regionale prosjektet har som mål å innføre DIPS Arena til alle HF i HSØ. Ved innføringen skal alle HF løftes over i en felles database (konsolidering). Innføringen gjelder alle offentlige helseforetak, samt tre private ideelle sykehus (Martina Hansen hospital, Revmatismesykehuset og Betanien Hospital). Porteføljestyret i HSØ har vedtatt rekkefølge for innføring av Arena basert på helseforetakenes egne ønsker og tekniske forutsetninger. Prosjektet ferdigstilles innen juni 2025.

Helseforetakene i Helse Sør-Øst har behov for modernisert funksjonalitet i pasientadministrasjonssystem /elektronisk pasientjournal (PAS/EPJ) for å ivareta pasientsikkerhet, kvalitet i behandling og pasientmedvirkning. Dagens PAS/EPJ-løsning, DIPS Classic, videreutvikles ikke, og en overgang til DIPS Arena er derfor nødvendig. Dette er i tråd med oppdatert Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022 og Plan for e-helse 2019-2022, hvor det forutsettes videreføring av eksisterende elektroniske journalløsninger (inkludert PAS/EPJ fra DIPS) i Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst. I dag er oppgraderingstakten av DIPS for helseforetakene i Helse Sør-Øst for lav, noe som medfører at det tar lang tid fra ny funksjonalitet fra DIPS AS blir tilgjengelig for brukerne. Ny funksjonalitet tilgjengeliggjøres i dag ca. hvert andre år for brukerne. En viktig årsak til dette er at alle helseforetakene har ulike installasjoner av DIPS med flere miljøer for test, utvikling, produksjon mv. og oppgraderinger krever vesentlig ressurser og kalendertid.

Sykehuset Telemark og Betanien Hospital har i dag felles DIPS-base, og skal derfor samtidig innføre Arena som nr. 1 i rekken etter Oslo Universitetssykehus. Prosjektoppstart er planlagt til 29. november og «go live» er fastsatt til søndag 21. mai 2023.

Det regionale prosjektet skal levere en regional standard av DIPS Arena, regionale brukerveiledere, utvalgte arbeidsprosesser, opplæringsmateriell og testmanuskript. Videre vil det regionale prosjektet bistå lokale innføringsprosjekt med prosjektledelse og fasilitere innføringen ved de enkelte helseforetak. For å ta imot prosjektet lokalt, vil det bli etablert et mottaksprosjekt med en betydelig ressursinnsats for å sørge for blant annet å:

- tilegne seg kompetanse på regional løsning og DIPS Arena og forstå konsekvens for STHF ved overgang til regionale løsning med Arena
- utarbeide løsning som må være lokal (der det ikke er etablert regional løsning)
- tilpasse løsningsdokumentasjon, f.eks. brukerveiledninger for DIPS Arena ved STHF
- tilpasse testmanuskript for DIPS Arena ved STHF
- bidra i test og opplæring etter at løsningsarbeidet er ferdigstilt
- bidra med støtte til sluttbrukerne etter oppstart av Arena fra mai til og med juni 2023

Mottaksprosjektet vil bli etablert som et eget prosjekt med fagdirektør Halfrid Waage som prosjekteier. Budsjettet for prosjektet er ikke klart, men vil bli utarbeidet og inkludert i foretakets budsjett for 2023.

### **3. Sykehuset Telemark støtter årets TV-aksjon**

Sykehuset Telemark har opprettet en digital innsamlingsbøsse til årets TV-aksjon og oppfordrer ansatte som har mulighet til å engasjere seg.

Sykehuset Telemark har blitt utfordret av Diakonhjemmet Sykehus og Oslo Universitetssykehus til å delta i sykehuskampen for årets TV-aksjon for Leger Uten Grenser. Sykehuset har tatt utfordringen og har opprettet en digital innsamlingsbøsse på spleis.no. Nå oppfordrer vi alle som kan og vil til å bidra. Still gjerne som bøssebærer også dersom du har mulighet til det. Hvert bidrag hjelper! Vi håper at ansatte, familie og venner av sykehuset har lyst vil være med å støtte opp under det viktige arbeidet som Leger Uten Grenser utfører hver eneste dag. Bruk gjerne vår digitale bøsse på spleis.no Alle pengene som samles inn går til TV-aksjonen Leger Uten Grenser.

Årets TV-aksjon går til Leger Uten Grensers arbeid for å gi livreddende helsehjelp og medisiner til mennesker som trenger det mest. Sammen skal vi bidra til å forebygge epidemier og behandle kjente og ukjente sykdommer i fire land: Bangladesh, Den sentralafrikanske republikk, Den demokratiske republikken Kongo og Sierra Leone. Vi skal gi vaksiner, tilgang til livreddende medisiner og helsehjelp. I samarbeid med forskningsorganisasjonen DNDi skal deler av TV-aksjonsmidlene også brukes til å utvikle medisiner mot glemte, dødelige sykdommer. TV-aksjonen avholdes søndag 23. oktober.

### **4. Influensavaksinering**

Etter høstferien får alle ansatte ved sykehuset tilbud om å ta influensavaksine. Vi starter med drop-in vaksinering i uke 42 og gjennomføres i grove trekk på samme måte som foregående år, hvor høy grad av tilgjengelighet er hovedvirkemiddelet.

Sykehuset Telemark ønsker at så mange som mulig takker ja til tilbudet om vaksine. Hensikten er å beskytte pasienter, kollegaer og den enkelte ansatte. Vi har i siste årene hatt bra oppslutning om vaksineringen og slått det nasjonale målet på 75% dekning med god margin. Det forventer vi også at vi oppnår i år.

### **5. Partnerskapsmøte i Helsefellesskapet**

Fredag 7. oktober ble det avholdt partnerskapsmøte i Helsefellesskapet hvor hovedsaken var behandling av forslaget om å gå fra to strategiske samarbeidsutvalg (SSU) til ett strategisk

samarbeidsutvalg. Ved etableringen av Helsefelleskapet i januar 2020 var det flertall blant kommunene om å ha to SSU, ett for øvre Telemark og ett for nedre Telemark. Kommunene var delte og man bestemte derfor på dette tidspunktet at ordningen skulle evalueres etter en stund. I forkant av møtet nå i oktober ble det gjennomført en spørreundersøkelse blant kommuner, sykehus og øvrige som er engasjert i helsefelleskapet og undersøkelsen dannet grunnlag for innstillingen og det som ble vedtaket. Det strategiske nivået i Helsefelleskapet er en viktig premissgiver for arbeidet som foregår i det faglige samarbeidsutvalgene og det har vist seg at to utvalg er arbeidskrevende og gir begrenset tilleggsverdi i forhold til ett utvalg. I sykehuset er vi godt samstemte og mener at endringen representerer en fornuftig justering av Helsefelleskapets organisering.

## **6. Samarbeid innen fysikalsk medisin og rehabilitering**

Sykehuset i Vestfold og Sykehuset Telemark har satt i gang et arbeid for å utrede et tettere samarbeid innen fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering. Fagområdet har sin plass ved begge foretak, i SiV som en egen klinikk, i STHF som en avdeling i medisinsk klinikk. Begge foretak har anerkjente fagmiljøer, med delvis sammenfallende, delvis kompletterende spesialområder. Det er relativt korte geografiske avstander mellom de to foretakene, lokasjonene og aktivitetene. Kysthospitalet (SiV) som nå har svært mye av aktiviteten ligger plassert midt mellom de to foretakene og er sentralt plassert i sykehusområdet. Målsettingen med samarbeidet vil være:

- Et godt og likeverdig tilbud til pasienter i sykehusområdet
- Tilbudet blir bedre enn dagens tilbud
- Bedre utnyttelse av ressursene som er tilgjengelig
- Legge til rette for å bli en sterk regional og nasjonal aktør
- Opprettholde og utvikle forskningsaktivitet
- Tilbud i tråd med spesialisthelsetjenestens ansvar og oppgaver
- Godkjenning for utdanning av legespesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering
- Kysthospitalet i Stavern blir et felles kjernepunkt

I begynnelsen av oktober ble det avholdt et møte hvor ledelsen i begge helseforetakene var representert. Det var enighet om å gjennomføre et utredningsarbeid og utarbeide et beslutningsgrunnlag for samarbeid og eventuell felles organisering innen fagområdet.

## **7. Samarbeid innen fysikalsk medisin og rehabilitering**

Prevalens infeksjoner 4,5 % i september. Etter mange prevalensmålinger med resultat under 3 %, viste målingen 15. september 4,5 %. Infeksjonene fordeler seg som vist i tabellen under. Den relativt høye prevalensen kan bero på tilfeldige sesongvariasjoner, det kan også ha sammenheng med høyt belegg og fullt sykehus.


**SYKEHUSET TELEMAR**  
 Forekomst av ulike typer helsetjeneste assosierte infeksjoner (HAI)  
 ved prevalensregistrering STHF 7.september 2022

Infeksjonstype	Antall infeksjoner	Andel av totalt antall infeksjoner	Prevalens STHF (95 % konfidensintervall)	Nasjonal prevalens (95 % konfidensintervall)
Urinvæis-infeksjoner	1	8,3%	0,4 (0-1,1)	0,6 (0,3-0,8)
Nedre luftveis-infeksjoner	4	33,3%	1,5 (0,0-3,0)	1,0 (0,7-1,3)
Overfladiske postoperative sårinfeksjoner	1	8,3%	0,4 (0-1,1)	0,2 (0,1-0,4)
Dype postoperative sårinfeksjoner	2	16,7%	0,8 (0-1,8)	0,8 (0,6-1,1)
Postoperative infeksjoner i organ/hulrom	0	0%	0 (0,0-0,0)	0,3 (0,2-0,5)
Primære blodbane-infeksjoner	2	16,7%	0,8 (0-1,8)	0,3 (0,1-0,4)
Sekundære blodbaneinfeksjoner	2	16,7%	0,8 (0-1,8)	0,4 (0,2-0,5)
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100 %</b>	<b>4,5 (2,0-7,0)</b>	<b>3,6 (3,1-4,1)</b>

Øvrig informasjon kan bli gitt muntlig i møtet

## Saksfremlegg

### Saksgang:

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
Styret i Sykehuset Telemark HF	26.10.2022

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

### Sak: 091-2022 Virksomhetsrapport per september 2022

#### Hensikten med saken

Saken beskriver oppnådde resultater per september 2022.

#### Forslag til vedtak

Styret tar virksomhetsrapport per september til orientering.

Skien, 19. oktober 2022

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

#### Vedlegg:

- Ledelsesrapporten STHF 2022\_09

## 0 Sammendrag

Sykehuset Telemark rapporterer et økonomisk resultat på -6,7 millioner kr. per september. Dette er 51,7 millioner kr. lavere enn periodisert styringsmål. Avviket skyldes en rekke forhold, blant annet:

- høye kostnader til variabel lønn og innleie
- 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 på somatiske sengeposter og i akuttpsykiatrien

Lønnsoppgjøret er beregnet å gi en merkostnad utover budsjett på 14 millioner kr på årsbasis. Av dette er 9 millioner kr resultatført per september.

Resultatet for september isolert er -0,2 millioner kr mot budsjett + 5,0 millioner kroner. Årsaker til avviket i september er de samme forholdene som nevnt over. Med bakgrunn i resultatene i foregående perioder hadde sykehuset forventet et relativt svakt resultat også i september. Sykehuset iverksatte i september et kortsiktig kostnadsprogram som synes å ha bidratt til en svak forbedring av resultatene sammenliknet med månedene før. Det rapporterte resultatet viser imidlertid at den økonomiske situasjonen er mer krevende og vil kreve mer tid å snu. Sykehuset har derfor valgt å redusere estimat for årsresultat fra 15 til 0 millioner kr. Intervallet -10/+15 angir worst case/best case scenario. På kort sikt er det avgjørende å lykkes med å redusere forbruket av variabel lønn og innleie for å re-etablere en bærekraftig økonomi ved sykehuset.

Det har vært svært høyt belegg på somatiske sengeposter også i september. Spesielt medisinske sengeposter har gjennomgående hatt høyere belegg i år enn foregående år. Belegget på enkeltposter har i flere måneder vært langt over 100%. Også i akuttpsykiatrien har belegget vært høyt det siste året 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 siden april vært over budsjett og også høyere enn nivået før pandemien (2019). Planlagt forbedringsarbeid er betydelig forsinket på grunn av pandemien og den krevende driftssituasjonen.

Antall pasienter på venteliste øker også i september. 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 svakt ned i perioden.

Antall fristbrudd for ventende er lavere i september enn i august, mens antall fristbrudd påstartet pasient er høyere. Det er MATA som står for mer enn 50% av fristbruddene for ventende pasienter, og er det iverksatt 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. Også her iverksettes tiltak, og med alle legestillinger besatt fra oktober forventes bedring utover høsten.

Barne- og ungdomspsykiatrien har over lengre tid hatt stor økning i henvisninger. Hittil i 2022 har antallet henvisninger vært om lag på nivå med rekordåret 2021. Økt produktivitet og tilsetting av flere behandlere har så langt håndtert økt behandlingsvolum. Aktiviteten i august og september 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 11,7 % 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 29 %. BUP har hatt en stor aktivitetsvekst de 2 siste årene, og andelen telefon- og videokonsultasjoner på 26 % har bidratt til høy aktivitet.

Målsetninger for ventetid er oppnådd innenfor VOP og TSB, men ikke for BUP i september måned.



## Innhold

0	Sammendrag .....	2
1	Nasjonale og regionale styringsmål beskrevet i OBD .....	5
1.1	Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling .....	5
	Prioriteringsregelen .....	5
	Bruk av tvang.....	5
	Nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus.....	6
1.2	Bedre kvalitet og pasientsikkerhet .....	7
1.3	Tilgjengelighet og sammenhengende pasientforløp .....	8
	Ventetider og ventende.....	8
	Korridorpasienter.....	10
	Belegg.....	10
	Planleggingshorisont og operasjoner.....	10
	Pakkeforløp kreft – andel behandlet innen standard forløpstid og antall nye pasienter i pakkeforløp.....	10
2	Aktivitet .....	10
2.1	Somatikk .....	10
2.2	Psykisk helsevern og TSB .....	11
3	Bemanning - brutto månedsverk, samlet lønnskostnad og innleie .....	13
4	Økonomi .....	14
4.1	Klinikkene.....	15

# 1 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

## 1.1 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.

Prioriteringsregelen målt i ventetid er oppfylt innenfor VOP med sine 35,2 dager. TSB har stabilt lave ventetider, og har hittil i år en gjennomsnittlig ventetid på 23,4 dager. BUP har fremdeles et høyt antall henvisninger, og ventetiden er hittil i år 37,8. Ventetiden samlet sett falt kraftig fra august til september, fra 48,5 til 34,7. Hittil i år viser tallet 34,9 dager samlet.

Somatikken har fremdeles lang ventetid, og ventetiden hittil i år er 66,1 dager. Dette er 11 dager høyere enn i fjor på samme tid. Vi har i perioder hatt for lav poliklinisk kapasitet innen flere fagområder til å håndtere økningen i henvisninger når antall henvisninger nå er normalisert. Det er dessuten større pågang innen enkelte fag, og når det sammenfaller med kapasitetsproblemer øker ventetidene betydelig.

#### 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 **2 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 294 tvangsinnlagte hittil i år, noe som er en økning på 27 % 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 1694 antall innlagte er andelen tvangsinnlagte oppe på 17,4 % hittil i år. Andelen tvangsinnlagte var 16,2 % i samme periode i fjor.

Prioritere psyk.helsevern og TSB	mål 2022	2019	2020	2021	Hittil 2022
Antall tvangsinnleggelser psyk./1000 innbyggere	lavere enn 2021	0,14	0,16	0,16	0,19
Andel tvangsinnleggelser	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.

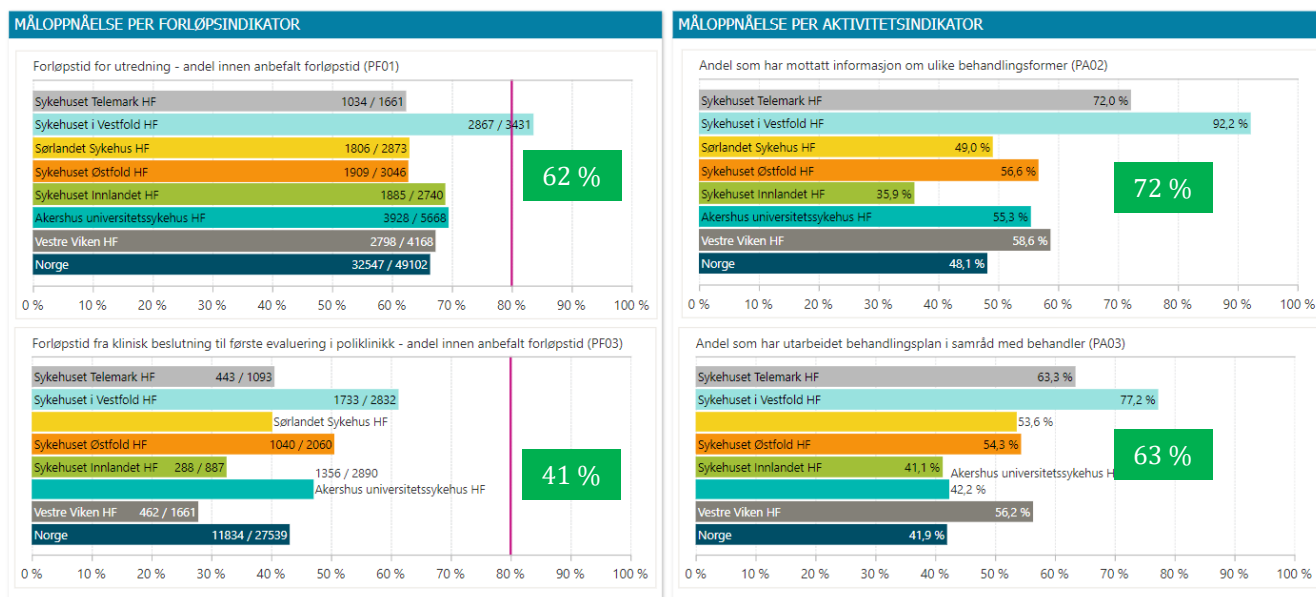
Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene skal sørge for at praksis i spesialisthelsetjenesten blir endret i tråd med anbefalingene i pasientforløpene. Målet er likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor, unngå unødige ventetid for utredning, behandling og oppfølging, økt 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.

Det er store forskjeller i måloppnåelse innenfor de ulike forløpene. Hittil i år har STHF en måloppnåelse på 62 % på forløpstid for utredning. Dette er 18 % - poeng bak HSØ-målet, og 4,0 % - 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 71 % måloppnåelse.

Når vi kommer til parameteren for første evaluering ligger STHF på 41 % måloppnåelse, noe som er langt unna målet. Denne måleparameteren strever de fleste foretakene med, og landsgjennomsnittet viser 43 % måloppnåelse. Evaluering av pasientforløp Spiseforstyrrelser (D08) og generell utredning og behandling barn og unge (D12) ligger 4 % - poeng over landsgjennomsnittet.

STHF ligger langt over landsgjennomsnittet når det kommer til måleparameteren «utarbeidet behandlingsplan i samråd med behandler». STHF leverer en måloppnåelse på 63 %, mens landsgjennomsnittet er nede på 42 %. HSØ samlet har 49 % måloppnåelse.

## Resultater per september:



## 1.2 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	mål 2022										sep. 22				
		des.19	des.20	des.21	mai.22	jun.22	jul.22	aug.22	sep.22	KIR	MED	MSK	ABK	BUK	VOP/TSB
Sykehusinfeksjoner %	<3%				2,6 %				4,5 %	5,6 %	3,1 %			0 %	
Korridorpasienter - antall	0 %	121	66	178	293	218	105	213	305	43	262				
Korridorpasienter %	0,0 %	1,5 %	1,0 %	2,4 %	3,6 %	2,7 %	1,6 %	2,7 %	3,8 %	1,6 %	5,4 %				
Direkte time i %	100 %	84 %	85 %	79 %	72 %	79 %	78 %	69 %	72 %	80 %	60 %	97 %	50 %	58 %	89 %
Antall åpne dokumenter > 14 dager	<2800	3 951	3 662	4 205	3 852	3 659	3 386	3 300	3 827	649	1 305	21	11	1 072	769
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode	reduseres	1 068	794	1 589	1 294	1 102	1 323	1 270	1 324	456	487	52	71	194	64
Andel dialysepasienter som får hjemmedia	>30%	28 %	28 %	23 %	23 %	24 %	23 %	24 %	27 %		27 %				

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, og flere indikatorer viser dårligere resultater.

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.

### 1.3 Tilgjengelighet og sammenhengende pasientforløp

Redusere unødvendig ventetid	mål 2022									sep.22					
		des.19	des.20	des.21	mai.22	jun.22	jul.22	aug.22	sep.22	KIR	MED	MSK	BUK (som)	BUK (psyk)	VOP/TSB
Gjennomsnitt ventetid i dager	50 dager somatikk 30 dager BUP/VOP/TSB	54	50	55	58	62	59	72	72	79	61	72	99	36	36/23
Fristbrudd avviklete, antall pr mnd	0	62	21	98	87	103	58	117	198	23	81	-	91	2	1
Fristbrudd andel avviklete per mnd	0	2,2 %	0,8 %	4,0 %	3,0 %	3,6 %	3,8 %	4,8 %	6,4 %	1,4 %	9,4 %		49,5 %	3,5 %	0,7 %
Antall som venter	reduksjon	7 534	6 416	7 349	7 419	7 482	7 690	7 782	7 785	4 616	2 020	374	394	74	215/15
Antall med ventetid over 1 år	0	42	33	71	56	61	64	70	78	62	14	-	1	-	1
Andel telefon/videokonsultasjoner	Som: 10% PHV/TSB: 25%			17,8 %	10,6 %	11,3 %	11,9 %	11,6 %	10,5 %	4 %	12 %	3 %	9 %	23 %	12/33%
Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp (OA)	70 %	80 %	79 %	77 %	76 %	74 %	73 %								
Andel innen definert forløpstid	70 %	75 %	77 %	75 %	89 %	87 %	85 %								
Antall passert planlagt tid	reduksjon	4 834	4 774	5 529	6 835	8 117	8 140	8 188	7 989						
Andel passert planlagt tid %	<5%	8 %	9 %	9 %	11 %	13 %	13 %	13 %	12 %						

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 situasjonen ser ut til å vedvare. Kombinasjonen av færre polikliniske konsultasjoner og mange henvisninger inn gir økning i pasienter på venteliste. Det er fortsatt et høyt antall pasienter passert planlagt tid. Fagområdene som utmerker seg negativt og som har kapasitetsutfordringer er MATA, ØNH, Gyn, Barn, Hjerte 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 har ytterligere forverret 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).

For Barn forventer vi en bedring i situasjonen fra oktober når alle legestillinger er besatt og de nye LIS-legene er ferdig med sine opplæringsperioder. Det blir da økt kapasitet til poliklinikk. Samtidig iverksettes tiltak for å prioritere poliklinikk-aktivitet. Det vil imidlertid ta noe tid før en ser betydelige effekter av dette på ventelistene.

##### 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 58.661 pasienter som venter (omtrent likt med forrige periode). Den totale ventelisten fordelte seg på 20.813 pasienter som hadde fått time (+91), og 37.848 pasienter som ikke hadde fått time (+139).

Størst økning i antall pasienter som venter sammenlignet med februar 2020, er innen Medisinsk klinikk +4.394. Samt Barne- og ungdomsklinikken med en økning på +1.021 pasienter og Kirurgisk

klinikk +1.257. Med alle planlagte kontakter menes, alle kontakter i venteliste og oppmøteliste (timebok) frem i tid.

Passert planlagt tid er fortsatt høyt, men litt redusert fra forrige periode med 203 kontakter (7.985 vs 8.188 forrige periode). Dette utgjør 12,4 % som er vesentlig høyere enn målkravet på 5 %. Fra samme tid i fjor er økningen på 3.299 kontakter med passert planlagt tid.

Det er Mage-tarm, Barn, ØNH, 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 siste året, og er på det høyeste antall ventende sammenlignet med siste tre år. For denne perioden har vi 7.785 som venter.

#### Primær henvisninger

Elektive: Antall elektive henvisninger hittil i år er 39.480. Dette er noe lavere enn for tilsvarende periode i fjor. Antall henvisninger i denne perioden er lavere enn i 2019.

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

Avdelinger med økt antall henvisninger (elektivt/ØH) er: Barn, Nevro på samme nivå som 2019, Gastro, Plast, BUP over 2019 nivå. Følgende avdelinger ligger under 2019 nivå: Hjerte, Uro, Ønh, Mata.

#### Ventetider

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter med påstartet behandling ligger for denne perioden på 72 dager for alle tjenesteområdene samlet, likt med forrige periode. En økning på 12 dager i forhold til samme periode i fjor

Ventetid påstartet øker for alle tjenesteområdene i denne perioden: (denne periode/forrige periode) Somatikk 75 (74) dager, VOP 36 (51), BUP 35 (46) og TSB 23 (36).

Topp fem avdelinger for ventetid påstartet er: Plast 139 (127), Barn 104, ØNH 85 (96), Ort 83 (77), Hjerte 71 (74).

Gjennomsnittlig ventetid for ventende pasienter for alle tjenesteområder er 70 dager, som -7 dager fra forrige periode. Ventetid ventende: Somatikk 71 (79) dager, VOP 29 (27), BUP 24 (25) og TSB 17.

Avdelinger med lengst ventetid: Plast 138 (148), Mage-tarm 78 (74)

Antall ventende pasienter over 1 år er for denne perioden 78 pasienter, en økning på 8 pasienter fra forrige periode. Plast har den største andelen med 57 (61) pasienter, Magetarm 5 pasienter.

#### Fristbrudd

Andel fristbrudd påstartet er for perioden på 6,4 % (4,8 %), antallet er 198 (117) fristbrudd, endring på +81 brudd fra forrige periode. Mage-tarm har 41 (47) fristbrudd og en andel på 24 %, og Barn har 91 (28) og en andel på 55 %.

Andel fristbrudd ventende for alle tjenesteområder er 3,5 % (4,2 % forrige periode), antallet er 272 endring på -57 brudd fra forrige periode. Mage-tarm har 141 (176) brudd, endring på -35 fra forrige periode og en andel på 39 %, Barn har 46 (61) brudd og en andel på 14 %.

### **Korridorpasienter**

I denne perioden har vi 305 (213 forrige periode) korridorpasienter. Andel korridorpasienter for perioden er 3,8 % (2,6 %). Det er medisinske fagområder som har de fleste av korridorpasientene. Dette samsvarer også med at det er de medisinske sengepostene som har hatt høyeste belegget.

### **Belegg**

Snitt belegg i somatikken denne perioden, barneposten ekskludert, er på 208 pasienter. Dette tilsvarer en beleggsprosent på 104. Det er fortsatt svært høyt belegg på alle medisinske sengeposter.

### **Planleggingshorisont og operasjoner**

Ventelister til operasjon har vært i en svakt stigende trend siste 18 måneder, og ligger per september på et normalt nivå. Det har blitt avlyst 14 operasjonsteam i perioden, hvorav 9 har blitt benyttet av andre fag. Årsak til avlyste team handler primært om kapasitetsutfordringer. Elektive operasjoner i august er 10,8 % under budsjett, mens ø-hjelpsoperasjoner er 4,3 % under budsjett. Samlet er antall operasjoner 9,2 % under budsjett i perioden. Strykningsprosenten er 5,1 % i september.

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

Samlede resultater (alle pakkeforløp) per 9 måneder viser 74 % av nye pasienter er inkludert i pakkeforløp. 77% av pasientene i pakkeforløp behandles innen standard forløpstid, det er bedre enn tilsvarende periode i fjor (72 %) og nest beste resultat i foretaksgruppen (etter 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.

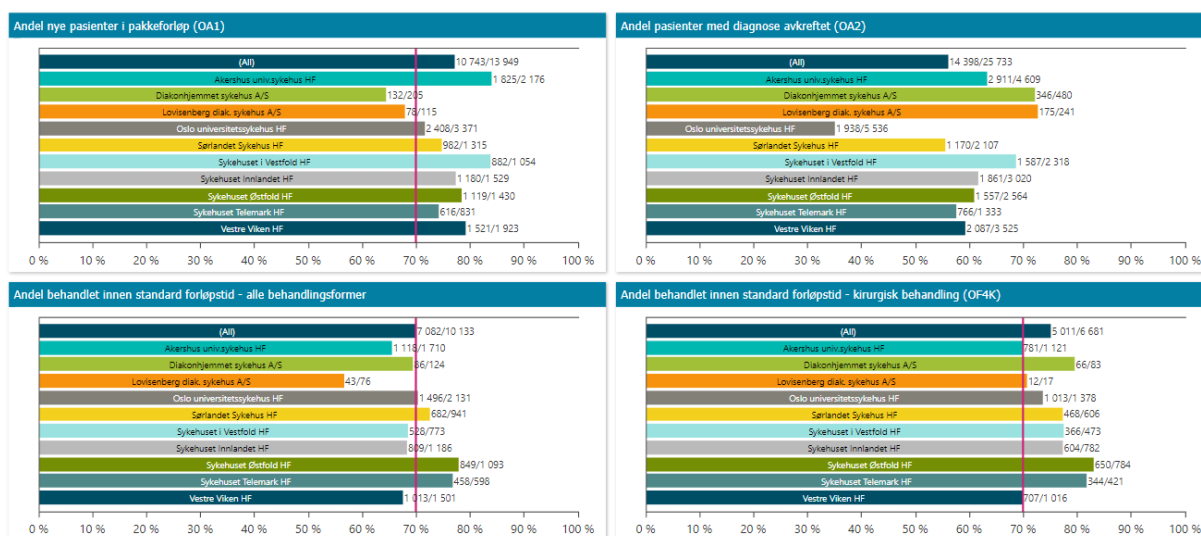
For føflekkreft (malignt melanom) oppnås 97 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid per 9 måneder. Her utføres hele forløpet ved STHF.

For lunge er 65 % 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 9 måneder ble kun 56 % av alle lymfomer (kun 16 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 9 mnd. ligger vi nå på 80% på myelomatose – det er få pasienter, men den etablerte systematikken er god.

Innen tykk- og endetarmkreft er 77 % av pasientene inkludert i pakkeforløp per 9 måneder. 66 % av pasientene er behandlet innen standard forløpstid.

Figuren nedenfor viser samlet resultater for jan-september 2022:



## 2 Aktivitet

### 2.1 Somatikk

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

Samlet budsjettavvik vedrørende ISF poeng utført i eget HF (dag, døgn, poliklinikk) er for september 2022 moderat høyere enn budsjettert. Akkumulert per 9 måneder er budsjettavviket +221 poeng.

### ISF-poeng somatikk

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

Denne periode	Hittil i år				Hittil i år			ISF bud-avvik*			
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2021	Budsjett 2022	ISF bud-avvik* (1000 kr)
Kirurgisk klinikk	1 788	1 803	-15	-1 %	14 524	14 613	-90	-1 %	14 402	19 657	-2 137
Medisinsk klinikk	1 954	1 839	115	6 %	16 574	16 012	563	4 %	14 670	21 412	13 436
BUK	232	258	-26	-10 %	2 017	2 262	-245	-11 %	2 116	3 040	-5 855
Akutt og beredskap	13	12	1	11 %	93	84	9	11 %	81	118	216
MSK	38	44	-6	-14 %	258	288	-30	-10 %	272	400	-706
Ufordelt/kvalitetssikring	2		2	0 %	13		13	0 %	30		311
DRG Somatikk utført ved STHF	4 027	3 956	71	2 %	33 479	33 259	221	1 %	31 572	44 627	5 264
Total ISF-poeng Somatikk (inkl. legemidler, FBV) "sørge for"	4 332	4 217	115	3 %	35 972	35 615	358	1 %	33 904	47 767	8 537

### Aktivitet dag, døgn og poliklinikk - alle tjenesteområder

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	2 323	2 312	11	0,5 %	19 441	20 140	-699	-3,5 %	18 389	1 052	5,7 %
Antall liggedøgn Døgnbehandling	8 105	8 133	-28	-0,3 %	70 670	70 862	-192	-0,3 %	64 206	6 464	10,1 %
Antall oppholdsdager Dagbehandling	2 438	2 449	-11	-0,4 %	20 632	20 025	607	3,0 %	20 552	80	0,4 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	17 355	17 975	-620	-3,4 %	135 979	143 559	-7 580	-5,3 %	133 819	2 160	1,6 %

Antall sykehusopphold var i september likt som budsjettert og fjoråret. Antall sykehusopphold i september var også på nivå med september 2019, altså før pandemien.

Den polikliniske aktiviteten i september var 3 % lavere enn budsjettert, men 2 % høyere enn i fjor. September 2022 hadde 22 arbeidsdager – likt som i fjor.



Antallet dagbehandlinger (dagkirurgi, dialyse-behandlinger og cytostatika-kurer for kreftpasienter) har i september vært tilnærmet likt med budsjett og fjoråret.

Andel video- og telefonkonsultasjoner er 7,5 % i september, noe under STHF's interne målsetting for somatikken som er 10 %. Hittil per 9 måneder er faktisk andel 8,7 %.

**Kirurgisk klinikk** ligger 89,5 ISF-poeng bak budsjett pr. september som er en forverring på 15 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 -1,3 % for dag, og -4,5 % for døgn.

Aktiviteten i **Medisinsk klinikk**, målt i antall ISF-poeng, har per 9 måneder vært 563 poeng (+3,5 %) høyere enn budsjettet, og hele 13 % høyere enn i samme periode i fjor. Nivået på øyeblikkelig hjelp-pasienter var spesielt i januar og februar lavere enn budsjettet pga. den pågående pandemien, men har fra i vår vært tilbake på budsjettet nivå og endog høyere. Fra april har det i gjennomsnitt vært gjennomsnittlig over 100 % belegg ved de medisinske sengepostene. Belegget i september var i gjennomsnitt hele 110 % ved sengepostene i Medisinsk klinikk.

Aktiviteten knyttet til poliklinikk/dagbehandling var per 9 måneder 4 % lavere enn budsjettet, men 5 % høyere enn i fjor.

**Barne- og ungdomsklinikken** har et negativt budsjettavvik på -245 ISF-poeng (-11 %) per september. 187 poeng skyldes færre døgnopphold, og av disse er 127 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.

## 2.2 Psykisk helsevern og TSB

Trykket på de voksenpsykiatriske sengepostene er høyere enn tidligere i år, og målt mot fjoråret er det en vekst på 4,7 % i antall liggedager og 18,5 % i antall sykehusopphold. Målt mot budsjett er det 2,1 % høyere antall liggedager og 13,6 % høyere antall sykehusopphold. Den store veksten i voksenpsykiatrien skyldes både økt trykk og økt kapasitet på starten av året. September isolert viser en økning på antall sykehusopphold på 12,5 %, mens antall liggedager viser en nedgang på 4,1 % fra i fjor.

Innenfor avrusningen er det også høyere aktivitet målt mot både fjoråret og budsjettet aktivitet. Antall sykehusopphold har økt med hele 32,8 %, mens antall liggedager har økt med 1,0 %. Antall utskrevne ligger 26,9 % over budsjett, og antall liggedager ligger 0,9 % over budsjettet nivå. Den gjennomsnittlige liggetiden er redusert fra 9,2 i fjor til 7,0 dager per september 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 23,8 %, noe som gir en aktivitet som ligger 15,7 % høyere enn budsjettet nivå. Nedgangen i antall liggedager er 34,0 %.

Sykehuset Telemark	sep.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	153	123	30	24 %	1 235	1 087	148	14 %	1 042	193	19 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	2 767	2 818	- 51	-2 %	24 178	23 636	542	2 %	23 080	1 098	5 %
Antall oppholdsdager dagbehandling											
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	3 832	3 975	- 143	-4 %	30 374	34 527	-4 153	-12 %	32 261	-1 887	-6 %
<b>BUP - Psykisk helsevern for barn og unge</b>											
Antall utskrivninger døgnbehandling	7	13	- 6	-46 %	125	108	17	16 %	101	24	24 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	127	195	- 68	-35 %	1 141	1 702	- 561	-33 %	1 730	- 589	-34 %
Antall oppholdsdager dagbehandling											
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	3 433	4 004	- 571	-14 %	27 504	28 943	-1 439	-5 %	26 967	537	2 %
<b>Tverrfaglig spesialisert rusbehandling</b>											
Antall utskrivninger døgnbehandling	37	30	7	23 %	344	271	73	27 %	259	85	33 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	270	295	- 25	-8 %	2 404	2 382	22	1 %	2 381	23	1 %
Antall oppholdsdager dagbehandling											
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	791	766	25	3 %	5 808	6 653	- 845	-13 %	6 063	- 255	-4 %

<b>ISF-poeng PHV og TSB utført ved STHF</b>											
	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2021	Budsjett 2022	ISF avvik hittil
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%			
DPS nedre Telemark	307	307	0	0 %	2 328	2 670	-342	-13 %	3 156	3 975	-1 127 335
DPS øvre Telemark	141	164	-23	-14 %	1 107	1 427	-319	-22 %	1 450	2 124	-1 051 433
Psykiatrisk sykehusavdeling	96	45	51	112 %	676	395	282	71 %	615	588	927 370
Poliklinisk avdeling TSB og psykose	256	182	74	41 %	2 143	1 789	354	20 %	2 579	2 703	1 165 120
Raskere tilbake PHV og TSB (underlagt Med.kl)	0	7	-7	-98 %	29	62	-32	-52 %	82	92	-106 787
<b>Klinikk for PHV og TSB + Raskere tilbake</b>	<b>801</b>	<b>706</b>	<b>95</b>	<b>13 %</b>	<b>6 284</b>	<b>6 343</b>	<b>-59</b>	<b>-1 %</b>	<b>7 882</b>	<b>9 482</b>	<b>-193 066</b>
Avdeling for barn og unges psykiske helse - ABUP	910	1 314	-404	-31 %	7 099	9 492	-2 392	-25 %	11 843	12 089	-7 880 809
<b>Barne- og ungdomsklinikken</b>	<b>910</b>	<b>1 314</b>	<b>-404</b>	<b>-31 %</b>	<b>7 099</b>	<b>9 492</b>	<b>-2 392</b>	<b>-25 %</b>	<b>11 843</b>	<b>12 089</b>	<b>-7 880 809</b>
<b>SUM ISF psykisk helsevern og TSB på STHF</b>	<b>1 711</b>	<b>2 020</b>	<b>-309</b>	<b>-15 %</b>	<b>13 383</b>	<b>15 834</b>	<b>-2 451</b>	<b>-15 %</b>	<b>19 725</b>	<b>21 571</b>	<b>-8 073 876</b>

Antall konsultasjoner innenfor PHV og TSB var i september 7,9 % lavere enn budsjettet, men 0,5 % høyere enn i fjor. Hittil i år ligger antall konsultasjoner 9,2 % lavere enn budsjettet, og 2,5 % lavere enn fjoråret. BUP viser en vekst på 2,0 %, mens VOP og TSB viser en nedgang med hhv 5,4 % og 6,5 %.

Antall behandlere tilstede hittil i år viser en vekst på 2,1 % i BUP, mens innenfor VOP og TSB er det hhv 5,1 % og 17,9 % færre terapeuter tilstede hittil i år målt mot fjoråret. Nedgangen innenfor VOP og TSB skyldes rekrutteringsutfordringer.

DRG-resultatene viser et samlet negativt avvik på 15,0 %, 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 vektning, 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 september viser en andel på 18,5 % på telefonkonsultasjoner alene, og har i tillegg en andel videokonsultasjoner på 2,1 %. Det er TSB som har den høyeste andelen med sine 28,1 %.

Den regionale oversikten viser at vi ligger 0,6 % - poeng over gjennomsnittet i HSØ.

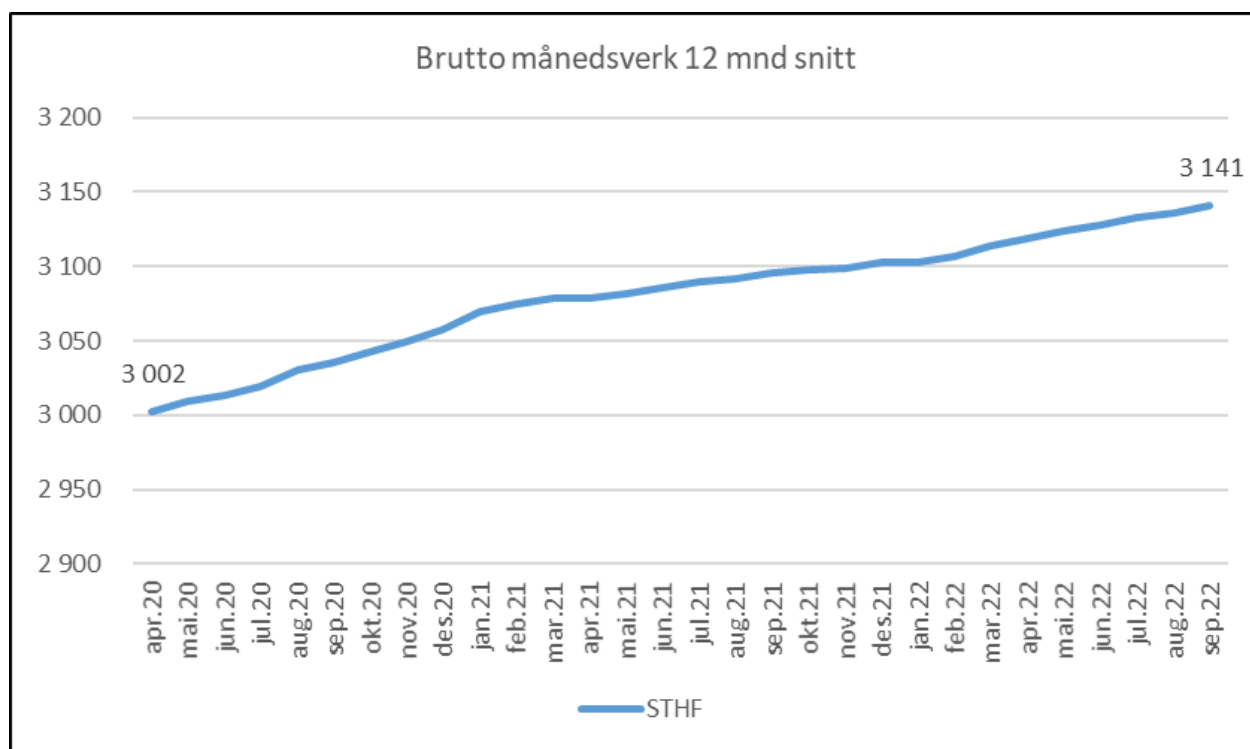
### 3 Bemanning - brutto månedsverk, samlet lønnskostnad og innleie

Brutto månedsverk som ble utbetalt i september var 3248, noe som er hele 6,3 % over budsjettet bemanningsforbruk og 63 månedsverk over fjorårsnivået. Det er i september utbetalt 4 månedsverk direkte knyttet til den økte beredskapen som følge av pandemien.

Hittil i år er det utbetalt 3157 brutto månedsverk, noe som er 3,3 % over budsjett, og 52 månedsverk over fjorårsnivået. Når vi trekker ut koronarelatert bemanning, er bemanningsforbruket 72 månedsverk høyere enn budsjettet. I dette tallet inngår også årsverk som er ekstern-finansiert og ikke budsjettet.

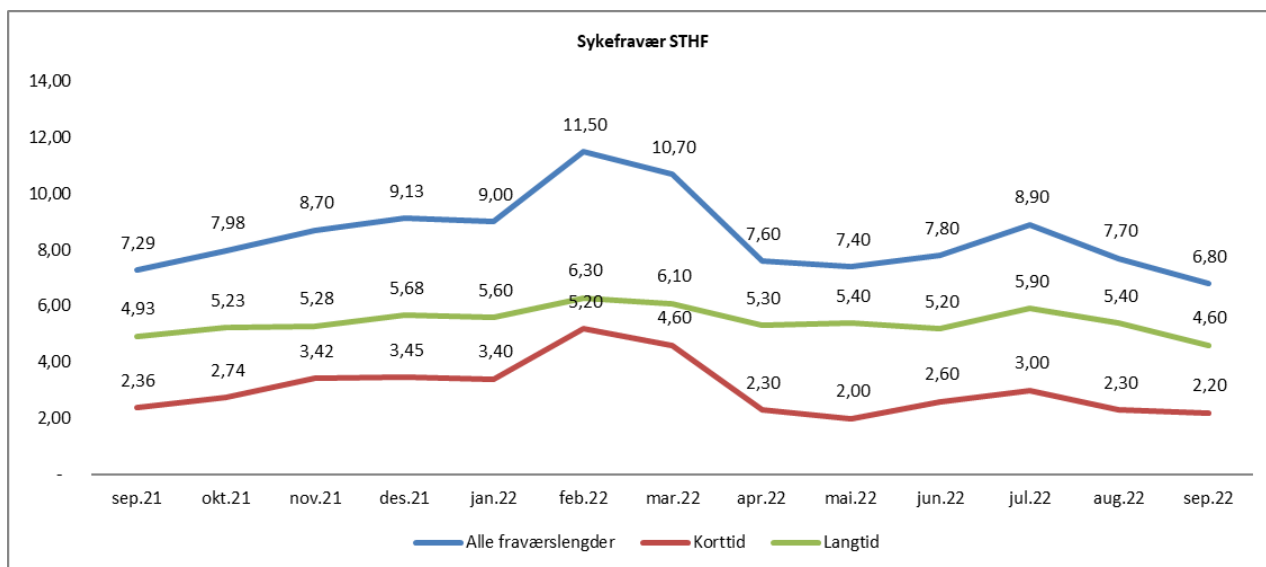
Med et sykefravær på 8,6 % hittil i år gir dette et høyt forbruk av variabel lønn. Målt mot fjoråret har forbruket av variable årsverk økt med 9,2 %. Sykefraværet var til sammenligning 7,1 % hittil i fjor.

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 1777,1 millioner kr per september, mot budsjett 1721,2 millioner kroner. Dette er 113,9 millioner kr høyere enn i samme periode i 2021. Innleie utgjorde 36,8 millioner kr per september mot budsjett 15,5 millioner kr.

Grafen viser at sykefraværet har økt betydelig fra september 2021 og frem til nå. Sykefraværet i februar var historisk høyt, normaliserte seg 2. kvartal, men viser en økning i juli. Etter økningen i juli måned har sykefraværet nå falt to måneder på rad, og september-tallene viser et lavere sykefravær enn september i fjor. Tallene som rapporteres i september måned kan øke ved neste rapportering som følge av etterslep i registreringer.



## 4 Økonomi

Sykehuset Telemark rapporterer et økonomisk resultat på –6,7 millioner kr. per september. Dette er 51,7 millioner kr. lavere enn periodisert styringsmål. Avviket skyldes en rekke forhold, blant annet:

- høye kostnader til variabel lønn og innleie
- 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 på somatiske sengeposter og i akuttpsykiatrien

Lønnsoppgjøret er beregnet å gi en merkostnad utover budsjett på 14 millioner kr på årsbasis. Av dette er 9 millioner kr resultatført per september.

Resultatet for september isolert er -0,2 millioner kr mot budsjett + 5,0 millioner kroner. Årsaker til avviket i september er de samme forholdene som nevnt over. Med bakgrunn i resultatene i foregående perioder hadde sykehuset forventet et relativt svakt resultat også i september. Sykehuset iverksatte i september et kortsiktig kostnadsprogram som synes å ha bidratt til en svak forbedring av resultatene sammenliknet med månedene før. Det rapporterte resultatet viser imidlertid at den økonomiske situasjonen er mer krevende og vil kreve mer tid å snu. Sykehuset har derfor valgt å redusere estimat for årsresultat fra 15 til 0 millioner kr. Intervallet -10/+15 angir worst case/best case scenario. På kort sikt er det avgjørende å lykkes med å redusere forbruket av variabel lønn og innleie for å re-etablere en bærekraftig økonomi ved sykehuset.

Det har vært svært høyt belegg på somatiske sengeposter også i september. Spesielt medisinske sengeposter har gjennomgående hatt høyere belegg i år enn foregående år. Belegget på enkeltposter har i flere måneder vært langt over 100%. Også i akuttpsykiatrien har belegget vært høyt det siste året 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 siden april vært over budsjett og også høyere enn nivået før pandemien (2019).

Planlagt forbedringsarbeid er betydelig forsinket på grunn av pandemien og den krevende driftssituasjonen.

<b>Regnskapsresultat pr. september 2022</b>	<b>regnskap september</b>	<b>budsjett september</b>	<b>avvik september</b>	<b>Budsjett 2022</b>	<b>Prognose 2022</b>	<b>avvik 2022</b>
Basisramme	1 956 018	1 944 101	11 917	2 622 312	2 642 103	19 791
Kvalitetsbasert finansiering	11 266	11 266	-	15 021	15 021	-
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	652 703	641 732	10 970	861 196	870 744	9 548
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	149 425	154 712	-5 287	207 439	202 665	-4 774
ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	44 084	52 158	-8 074	71 054	62 054	-9 000
ISF fritt behandlingsvalg	1 227	1 432	-205	1 910	1 910	-
ISF refusjon pasientadministrerte legemiddel (H-reseptor)	55 343	52 277	3 066	69 703	72 090	2 387
Utskrivningsklare pasienter	23 176	15 257	7 919	20 343	28 343	8 000
Gjestepasienter	20 607	16 532	4 076	22 325	27 325	5 000
Konserninterne gjestepasientinntekter	70 826	70 999	-173	95 970	95 970	-
Polikliniske inntekter	86 967	83 679	3 288	113 067	116 067	3 000
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake	-	-	-	-	-	-
Andre øremerkede tilskudd	90 321	16 113	74 207	22 018	99 018	77 000
Andre driftsinntekter	225 322	232 369	-7 048	313 985	306 985	-7 000
<b>SUM DRIFTSINTEKTER</b>	<b>3 387 284</b>	<b>3 292 627</b>	<b>94 657</b>	<b>4 436 342</b>	<b>4 540 294</b>	<b>103 953</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	35 814	34 321	-1 493	45 895	45 895	-
Kjøp av private helsetjenester	111 167	95 568	-15 599	127 636	147 636	-20 000
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	437 328	428 256	-9 073	574 304	584 304	-10 000
Innleid arbeidskraft - del av kto 468	36 784	15 483	-21 301	20 162	45 162	-25 000
Konserninterne gjestepasientkostnader	228 668	228 591	-77	305 576	305 576	-
Lønn til fast ansatte	1 514 231	1 519 394	5 163	2 044 532	2 036 532	8 000
Overtid og ekstrahjelp	123 982	78 733	-45 249	107 209	162 209	-55 000
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	274 966	266 729	-8 238	358 911	369 995	-11 085
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-102 938	-103 477	-540	-137 767	-137 767	-
Annen lønn	241 804	226 588	-15 217	312 123	329 123	-17 000
Avskrivninger	77 699	78 761	1 062	105 907	104 407	1 500
Nedskrivninger	-	-	-	-	-	-
Andre driftskostnader	421 592	384 198	-37 393	518 965	557 333	-38 368
<b>SUM DRIFTSKOSTNADER</b>	<b>3 401 098</b>	<b>3 253 143</b>	<b>-147 955</b>	<b>4 383 452</b>	<b>4 550 405</b>	<b>-166 953</b>
<b>DRIFTSRESULTAT</b>	<b>-13 814</b>	<b>39 484</b>	<b>-53 298</b>	<b>52 890</b>	<b>-10 110</b>	<b>-63 000</b>
Finansinntekter	11 294	8 305	2 989	11 073	16 073	5 000
Finanskostnader	4 131	2 789	-1 342	3 963	5 963	-2 000
<b>FINANSRESULTAT</b>	<b>7 163</b>	<b>5 516</b>	<b>1 647</b>	<b>7 110</b>	<b>10 110</b>	<b>3 000</b>
<b>(ÅRS)RESULTAT</b>	<b>-6 651</b>	<b>45 000</b>	<b>-51 651</b>	<b>60 000</b>	<b>-0</b>	<b>-60 000</b>
Pensjonskostnader	-	-	-	-	-	-
<b>RESULTAT JUSTERT FOR PENSJONSKOSTNADER</b>	<b>-6 651</b>	<b>45 000</b>	<b>-51 651</b>	<b>60 000</b>	<b>-0</b>	<b>-60 000</b>

#### 4.1 Klinikkene

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

Resultater pr. klinikk vises i tabellen under:

BUDSJETTAVVIK per september 2022	lønn	andre driftskostnader	driftsinntekter	Sum	justering resultat per juni
Kirurgi	-8 979	-14 409	16 615	-6 773	18 127
Medisin	-20 160	-7 785	31 192	3 247	13 715
Barne- og ungdomsklinikken	466	-1 531	-3 591	-4 656	9 248
Akutt og beredskap	-16 203	-13 094	17 813	-11 484	17 418
Medisinsk serviceklinikk	4 428	-19 318	10 482	-4 408	9 173
Psykatri og rus	-6 457	-15 112	16 806	-4 764	16 001
Service og systemledelse	-2 331	-6 136	9 177	710	9 169
SUM klinikker	-49 236	-77 386	98 495	-28 128	92 853
Administrasjon	2 337	5 466	-7 081	722	
Kjøp og salg av helsetjenester		939	751	1 690	
- biologiske legemidler og kreftlegemidler		8 741	-4 714	4 027	
- gjestepasientoppgjør somatikk (inkl lab, rad)		8 293	4 063	12 356	
- psykiatri og TSB - gjestepasienter og fritt behandlingsvalg		-16 095	1 402	-14 693	
Felles poster	-8 608	-11 247	-6 080	-25 935	-92 853
BUDSJETTAVVIK per september 2022	-55 507	-82 228	86 084	-51 651	0

**Kirurgisk klinikk** har et negativt resultat per september på -6,8 millioner kroner, som er -1,7 millioner kroner forverring fra forrige periode. Avviket gjelder hovedsakelig ISF-inntekter -0,4 millioner kroner, og uløst utfordring på -1,2 millioner kroner. Varekostnader og lønnskostnader er samlet i balanse i perioden.

**Medisinsk klinikk** har et positivt avvik på +3,2 millioner kroner per september. I all hovedsak relaterer dette seg til høyere ISF-inntekter enn budsjettert fra øyeblikkelig hjelp-pasienter og dagbehandling som kompenseres 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. I september var sykefraværet 7,8 %; tilsvarende nivå som i 2020 og 2021. Forbruket av variabel lønn er fortsatt betydelig på grunn av et svært høyt pasientbelegg ved samtlige av de medisinske sengepostene i Skien og Notodden. De direkte pasientrelaterte varekostnadene har også vært høyere enn budsjettert som en konsekvens av den høye døgnaktiviteten.

**Barne- og ungdomsklinikken** har et negativt avvik på 4,7 millioner kroner per september. 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 september som viser et negativt budsjettavvik på 11,5 millioner kroner, og dette er en forverring med 4 millioner kroner fra forrige periode. Avviket er hovedsakelig på lønn, innleie fra vikarbyrå, medikamenter og medisinske forbruksvarer. Aktiviteten i ambulansse, 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 september er denne 6,5 %.

**Medisinsk serviceklinikk** har et negativt avvik på 4,4 millioner kroner per september, og dette er en forverring med 1,1 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 september. 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 4,8 millioner kroner per september. Dette er en forverring på 0,7 millioner i september måned. Tilbakeføring av en for høy kostnadsavsetning på LAR-avtaler hittil i år gir en positiv effekt på 1,0 millioner i september isolert.

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 har driftssituasjonen på de lukkede akuttpostene ført til høyt forbruk av overtid og variabel lønn. Det skal legges til at bruken av overtid og ekstrahjelp i september måned var isolert sett den laveste hittil i år.

Rekrutteringsutfordring på spesialister fører til høyt forbruk av innleie fra byråer. Dette gir en stor utfordring både på aktivitet og økonomi. Per september har klinikken brukt 14,1 millioner på dette.

Den polikliniske aktiviteten viser en nedgang fra i fjor. Nedgangen skyldes en vesentlig nedgang i antall terapeuter, spesielt innenfor TSB. VOP har også en reduksjon i antall terapeuter. Produktiviteten i TSB har økt, mens VOP er på samme nivå som i fjor. Klinikken har et samlet negativt avvik på polikliniske inntekter tilsvarende 2,7 millioner per september. September isolert viste et positivt avvik på 0,2 millioner.

**Service- og Systemledelse** sitt resultat per september er på +0,7 millioner kroner. Her ligger 2,5 millioner kroner uløst budsjettutfordring med i resultatet. Koronarelaterte kostnader er avvirket. Vi ser at klinikken klarte å kompensere uløste kravet og fikk mest drahjelp fra mindre forbruk innen medisinsk hjemmebehandling og medisinsk teknisk insulinstyr, som gikk med 2 millioner kroner i pluss. Pasientreiser er med 1,7 millioner kroner under budsjett, derav 0,6 millioner kroner pga uløst krav. Det jobbes med å analysere og kvalitetssikre taxifaktura for september, en måned hvor vi startet med ny kontrakt/lavere km-pris.

**Administrasjonen** har et resultat 0,7 millioner kroner bedre enn budsjettet per september. Økte kostnader i bemanningssenteret dekkes opp av vakanser og høye sykepengerefusjoner i de andre avdelingene. Utleie av personell fra Teknologi og e-helse bidrar positivt til resultatet.

**Felles:** Fellesposter har et resultat 25,9 millioner kroner dårligere enn budsjett per september. Det er inntektsført 63,7 millioner kroner i koronakompensasjon i år. Nullstilling av resultatene i klinikkene med 92,9 millioner kroner bidrar negativt til resultatet. Høyere inntekter for utskrivningsklare pasienter dekker delvis opp for økte energikostnader, uløst utfordring og effekt av lønnsoppgjøret.

# Ledelsesrapporten

**Sykehuset Telemark HF**  
**september 2022**



## Oversikt

Periode 2022-09	Faktisk HiÅ	Budsjett HiÅ	Budsjett-avvik HiÅ	Avvik %	Årsbudsjett	Årsestimat
<b>Aktivitet</b>						
Polikliniske konsultasjoner						
Somatikk	135 979	143 559	-7 580	-5,3 %	192 603	184 500
VOP	30 512	34 527	-4 015	-11,6 %	46 700	42 000
BUP	27 504	28 943	-1 439	-5,0 %	39 500	37 000
TSB	5 670	6 653	-983	-14,8 %	9 000	8 000
<b>Bemanning</b>						
Brutto Månedverk STHF	3 157	3 056	-101	-3,3 %	3 050	3 145
Somatikk	2 207	2 136	-71	-3,3 %	2 131	2 200
VOP	543	532	-11	-2,2 %	534	542
BUP	165	161	-4	-2,7 %	161	164
TSB	59	61	3	4,8 %	58	58
Prehospitale tjenester	165	148	-17	-11,7 %	148	164
Annet	17	17	0	1,8 %	18	17
<b>Økonomi (tall i 1.000 kr)</b>						
SUM DRIFTSINNTEKTER	3 387 284	3 292 627	94 657	2,9 %	4 436 342	4 540 294
SUM DRIFTSKOSTNADER	3 401 098	3 253 143	147 955	4,5 %	4 383 452	4 550 405
DRIFTSRESULTAT	-13 814	39 484	-53 298	-135,0 %	52 890	-10 110
Finansresultat	7 163	5 516	1 647	29,9 %	7 110	10 110
Endrede pensjonskostnader	0		0			0
ÅRSRESULTAT	-6 651	45 000	-51 651	-114,8 %	60 000	0

# Målekort STHF

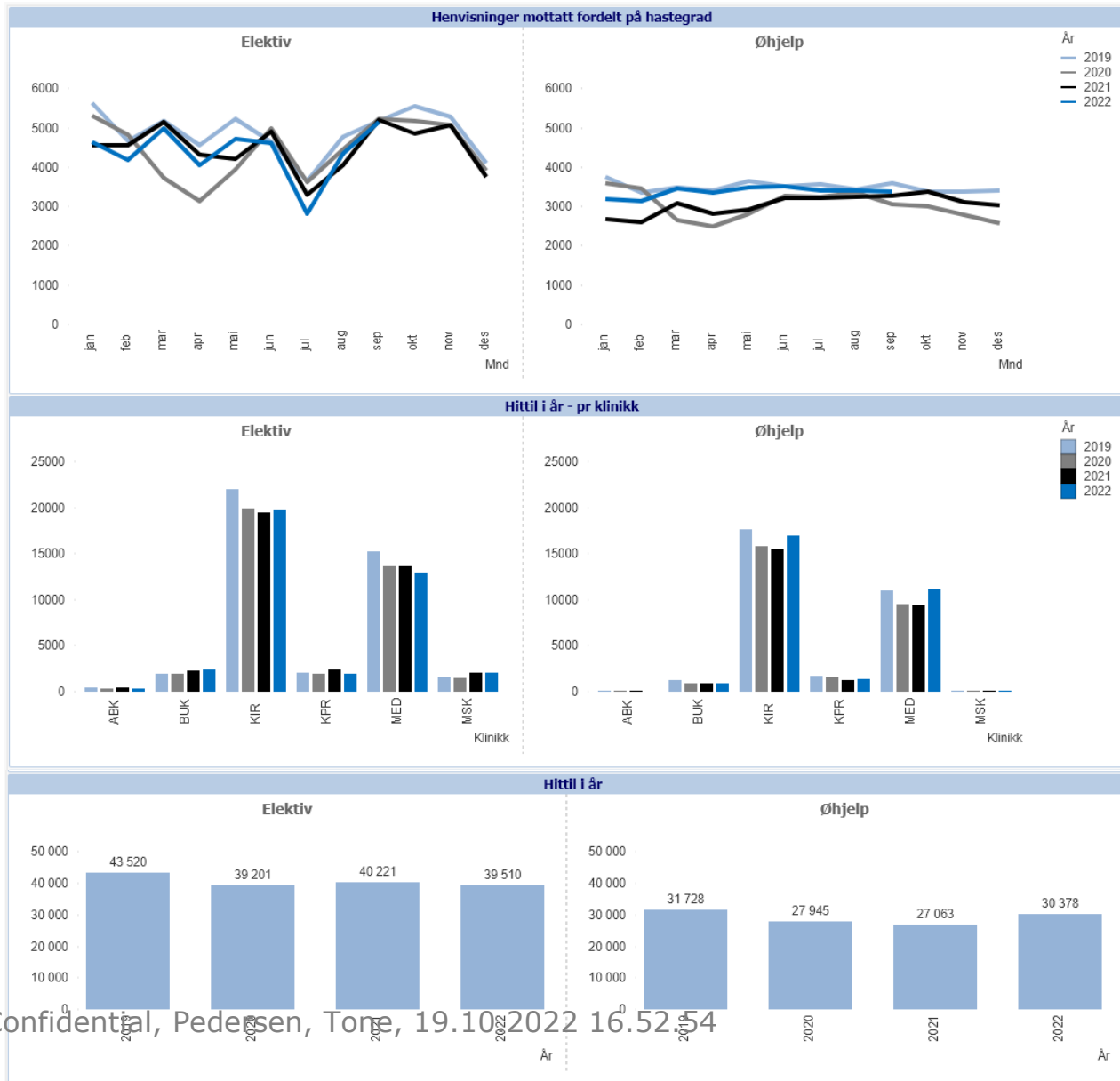
Kvalitet

 Periode  
2022-09

	Denne periode			Hittil i år		
	Faktisk	Mål	Avvik	Faktisk	Mål	Avvik
<b>Ventetid påstartet (antall dager)</b>						
STHF	72			64		
Somatikk	75	50	-25	66	50	-16
VOP	36	30	-6	36	30	-6
BUP	35	30	-5	38	30	-8
TSB	23	30	7	24	30	6
<b>Ventetid venter (antall dager)</b>						
STHF	70					
Somatikk	71	50	-21			
VOP	29	30	1			
BUP	24	30	6			
TSB	17	30	13			
<b>Andel kontakter passert planlagt tid</b>						
STHF	12,4 %	5,0 %	-7,4 %			
<b>Pakkeforløp kreft - andel behandlet innen standard forløpstid alle fag</b>						
STHF		70 %		77 %	70 %	7 %
<b>Nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus - andel til utredning iht. anbefaling</b>						
Pakkeforløp BUP Utredning	28 %	80 %	-52 %	47 %	80 %	-33 %
Pakkeforløp TSB Utredning	71 %	80 %	-9 %	73 %	80 %	-7 %
Pakkeforløp VOP Utredning	63 %	80 %	-17 %	71 %	80 %	-9 %
<b>Korridorpatienter Somatikk</b>						
STHF	3,8 %	0,0 %	-3,8 %			

Confidential, Pedersen, Tone, 19.10.2022 16.52.54

# Mottatte henvisninger - fordelt på elektive og øyeblikkelig hjelp



Confidential, Pedersen, Tone, 19.10.2022 16.52.54

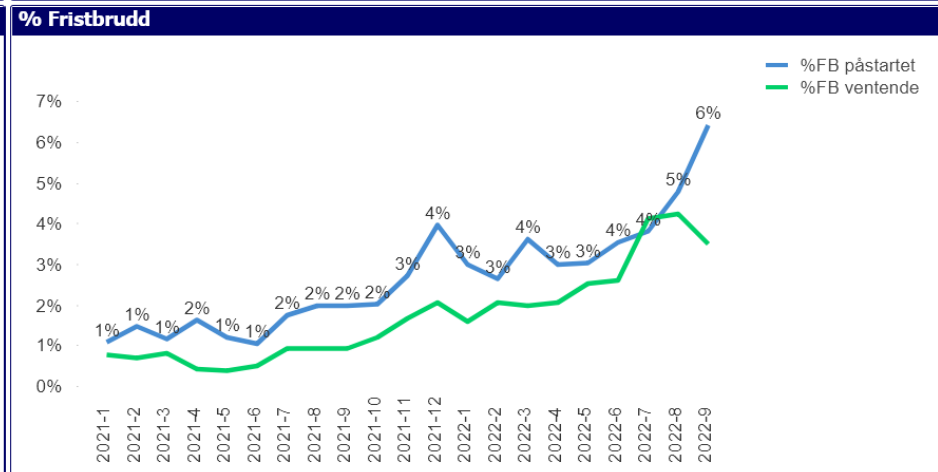
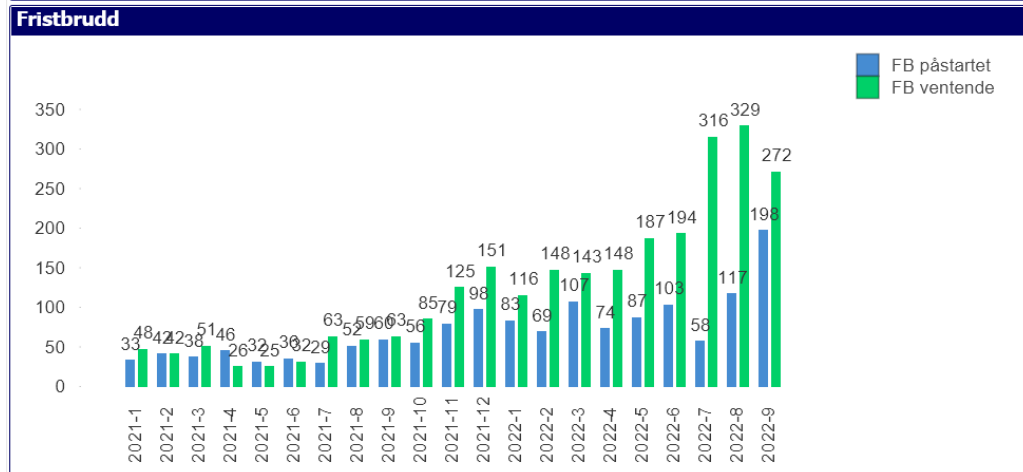
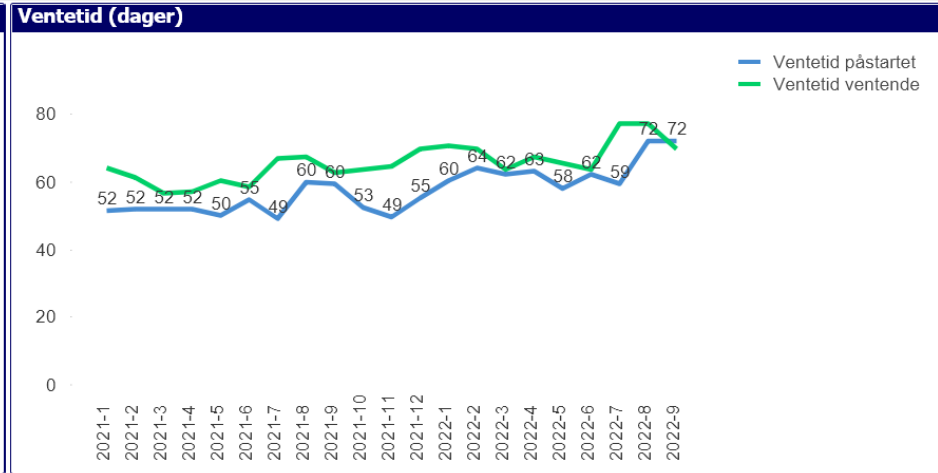
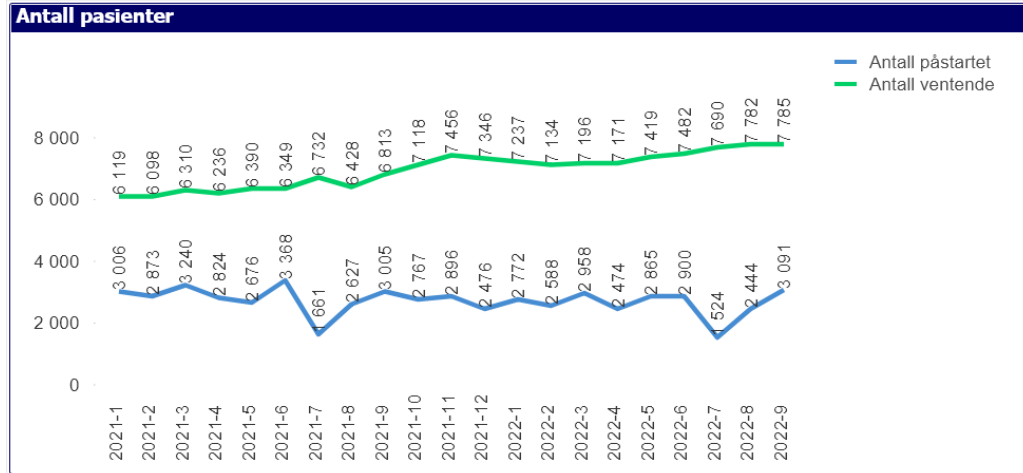
# Utvikling i ventende pasienter, ventetid og fristbrudd

Enhet: STHF

Status ved utgangen av måned: 2022-9

**Grønn:** Ved siste rapportering var det 7 785 pasienter på STHF som ventet på å starte sin helsehjelp. Disse hadde så langt ventet i 70 dager i snitt. Av de som ventet, var 272 blitt fristbrudd (3,5%).

**Blå:** I løpet av siste måned fikk 3 091 pasienter påstartet sin helsehjelp. Av disse ble 198 fristbrudd (6,4%). De som fikk påstartet helsehjelp i forrige måned, hadde ventet i 72 dager i snitt.



## Definisjoner:

### Ventetid påstartet:

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

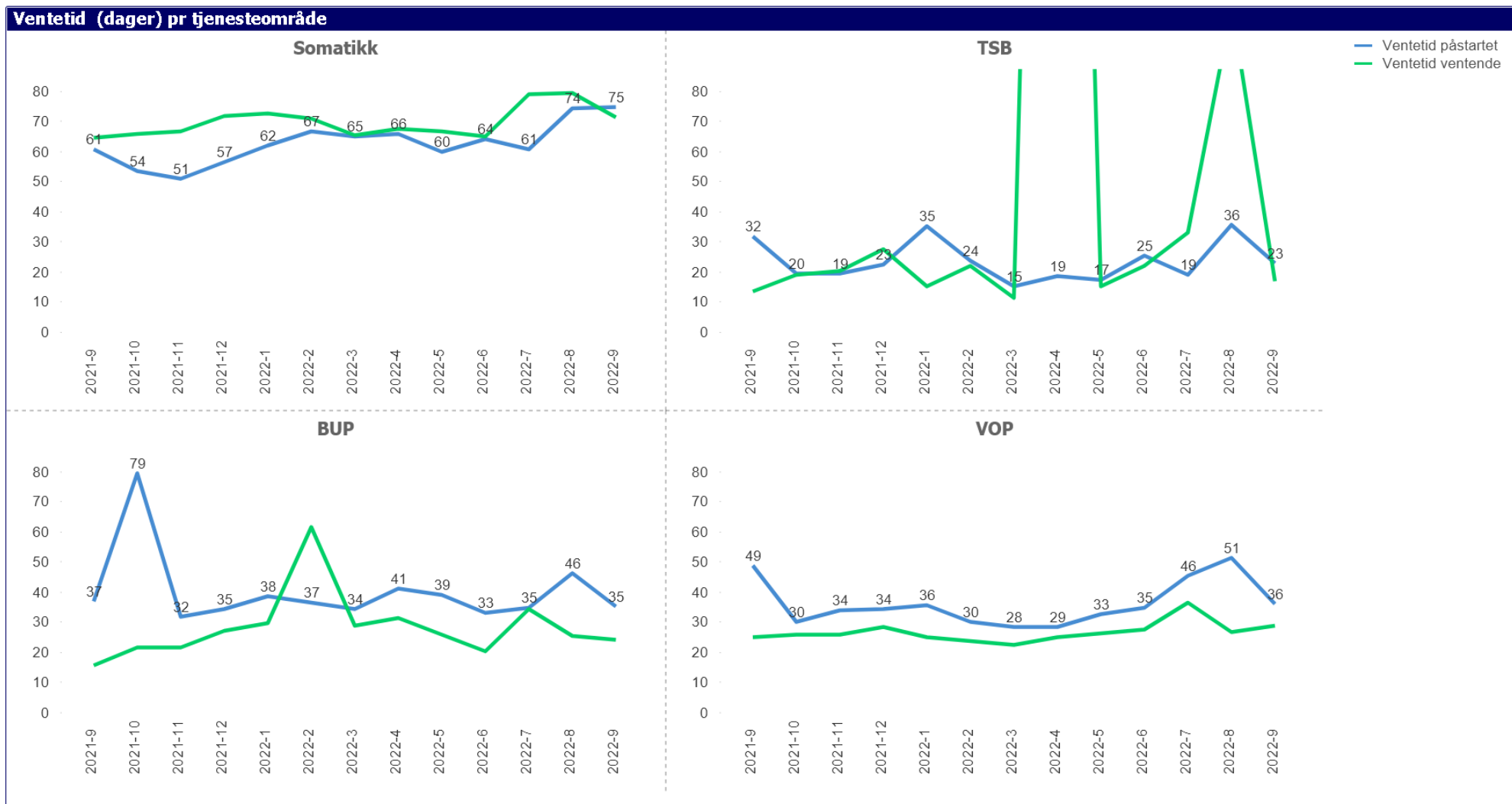
### Ventetid ventende:

"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.

# Ventetider per tjenesteområde (ventende og påstartede pasienter)



**Definisjoner:**

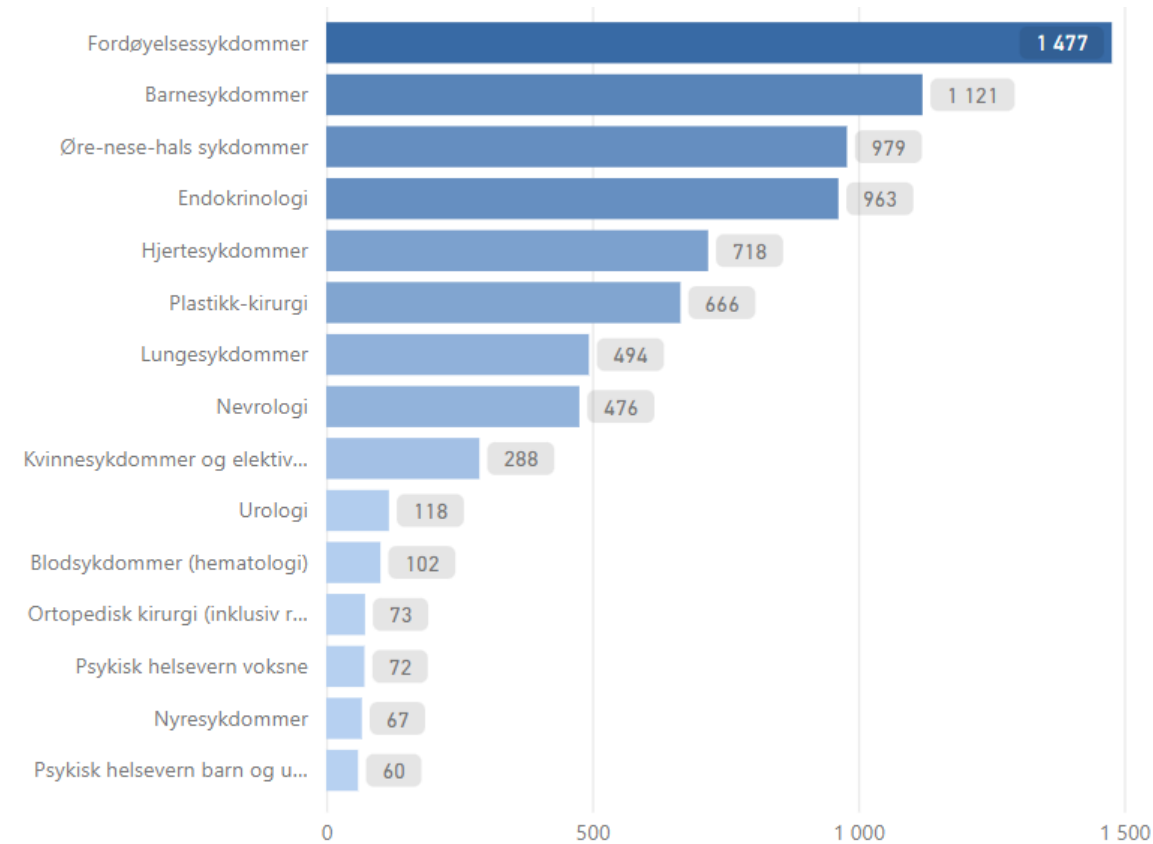
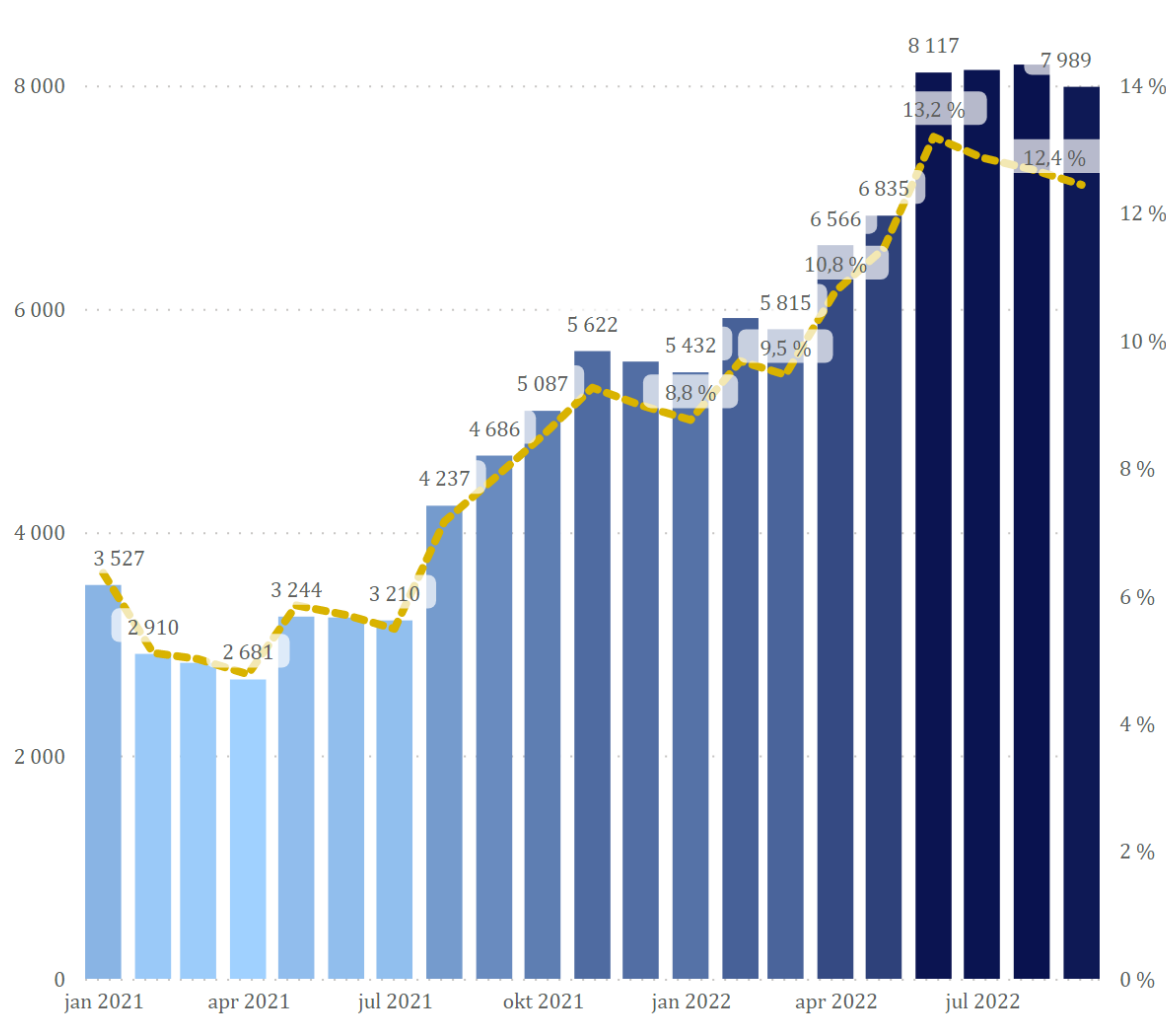
Ventetid påstartet:  
"Ventetid påstartet" sier hvor mange dager pasientene måtte vente fra henvisning ble mottatt til helsehjelp påstartet.

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	174 330	153 536	20 794	11,9 %
Oslo Universitetssykehus	281 901	254 768	27 133	9,6 %
Sykehuset Innlandet	130 156	113 615	16 541	12,7 %
Sykehuset i Vestfold	108 676	90 593	18 083	16,6 %
Sørlandet Sykehus	128 334	110 349	17 985	14,0 %
Sykehuset Telemark	64 241	56 252	7 989	12,4 %
Sykehuset Østfold	130 614	111 786	18 828	14,4 %
Vestre Viken	183 308	161 371	21 937	12,0 %
Diakonhjemmet Sykehus	38 134	33 171	4 963	13,0 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	47 193	41 418	5 775	12,2 %
Betanien Hospital	11 025	9 534	1 491	13,5 %
Martina Hansen Hospital	16 840	15 578	1 262	7,5 %
Revmatismesykehuset Lillehammer	5 269	4 081	1 188	22,5 %
<b>Totalt</b>	<b>1 320 021</b>	<b>1 156 052</b>	<b>163 969</b>	<b>12,4 %</b>

Confidential, Pedersen, Tone, 19.10.2022 16.52.54

## Pasientsikkerhet - utvikling i indikatorer siste tre måneder

	2022-07	2022-08	2022-09	Snitt 2021
<b>8a) Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning til vurdering av henvisning er fullført</b>				
Gjennomsnitt vurderingstid (dager)	2,0	2,2	2,0	2,1
Antall henvisninger vurdert	3 428	5 133	6 134	4 021
Andel henvisninger vurdert innen 10 dager	97,1 %	95,8 %	96,5 %	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	3 426	3 343	3 873	3 249
Herav antall legedokumenter	1641	1613	1813	1 508
Herav antall sykepleierdokumenter	805	787	898	621
<b>8c) Antall pasienter med åpen henvisningsperiode</b>				
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	1 323	1 270	1 324	1 130
<b>8d) Andel pasienter som har fått direkte time innen 10 virkedager</b>				
Andel direkte time (rapporteres en måned på etterskudd)	69 %	72 %		82,0 %
<b>Andel epikriser sendt innen 7 dager og 1 dag</b>				
Andel epikriser innen 7 dager	84 %	85 %	80 %	84 %
Andel epikriser innen 1 dag	61 %	62 %	56 %	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

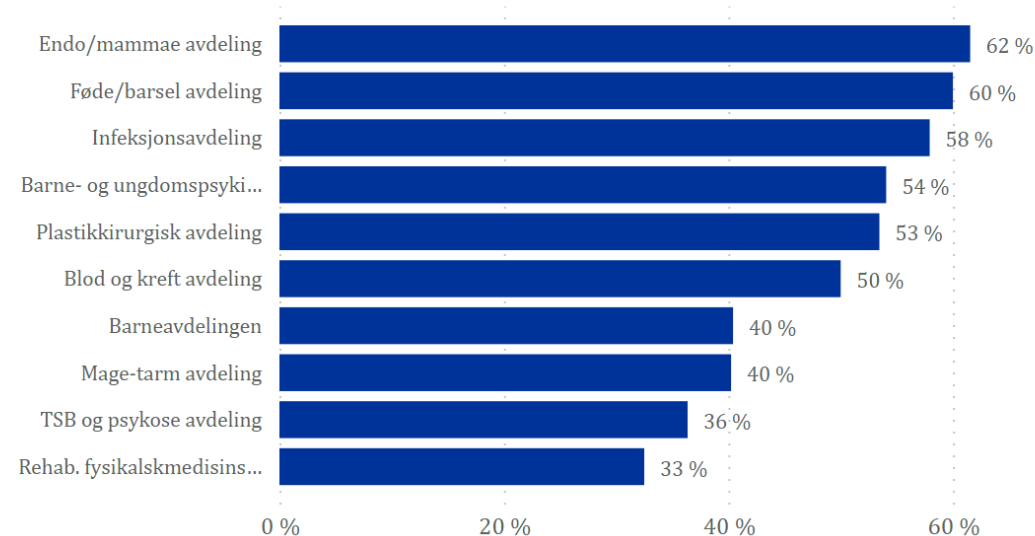
## Om indikatoren:

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.

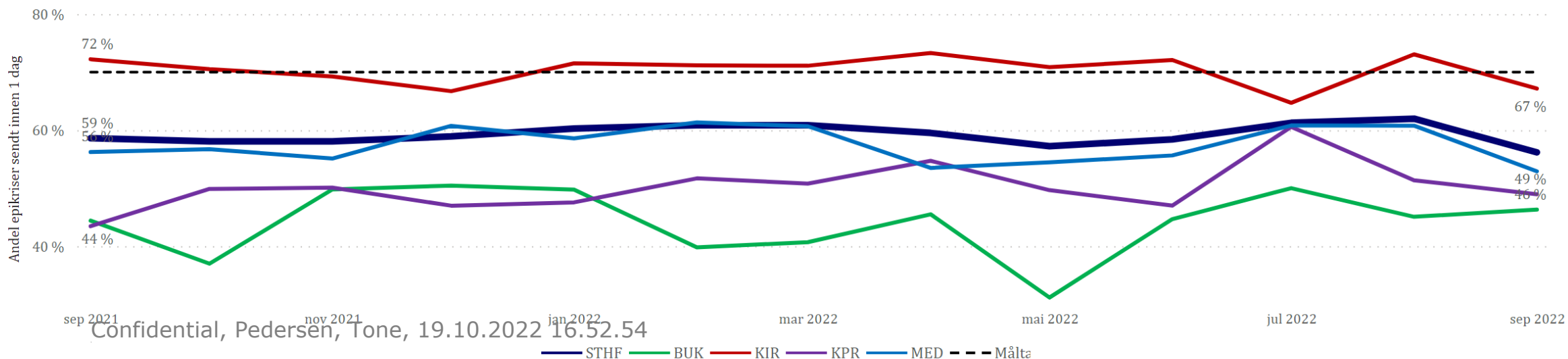
Lang epikrisetid svekker pasientens mulighet til å få kontinuitet i behandlingen og sikker oppfølging etter utskrivning fra behandling. Gjennom måling av epikrisetid rettes oppmerksomheten mot å redusere uønsket lang epikrisetid.

Andel epikriser sendt innen 1 dag per Klinikk	2022-06	2022-07	2022-08	2022-09
BUK	45 %	50 %	45 %	46 %
KIR	72 %	65 %	73 %	67 %
KPR	47 %	61 %	51 %	49 %
MED	56 %	61 %	61 %	53 %
<b>STHF</b>	<b>58 %</b>	<b>61 %</b>	<b>62 %</b>	<b>56 %</b>

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

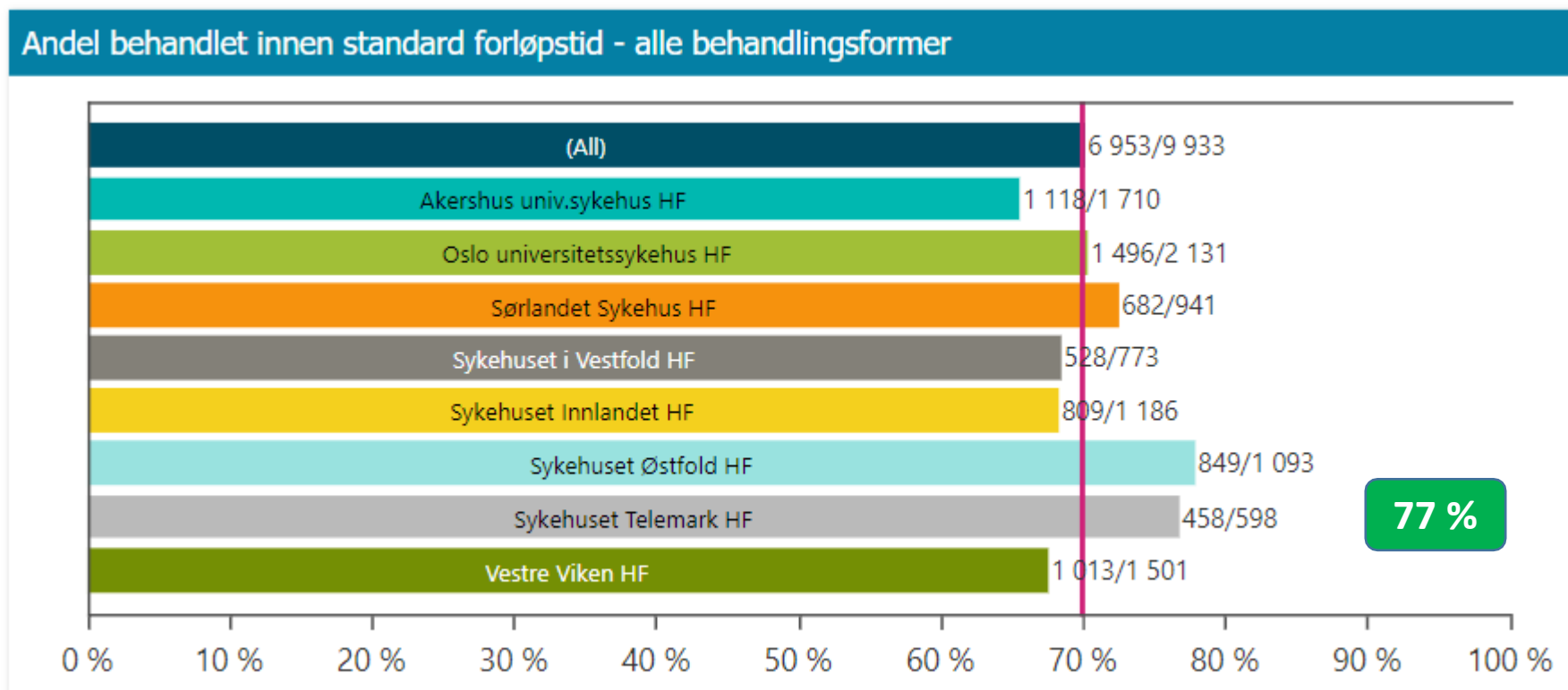


Utvikling i andel epikriser innen 1 dag per klinikk

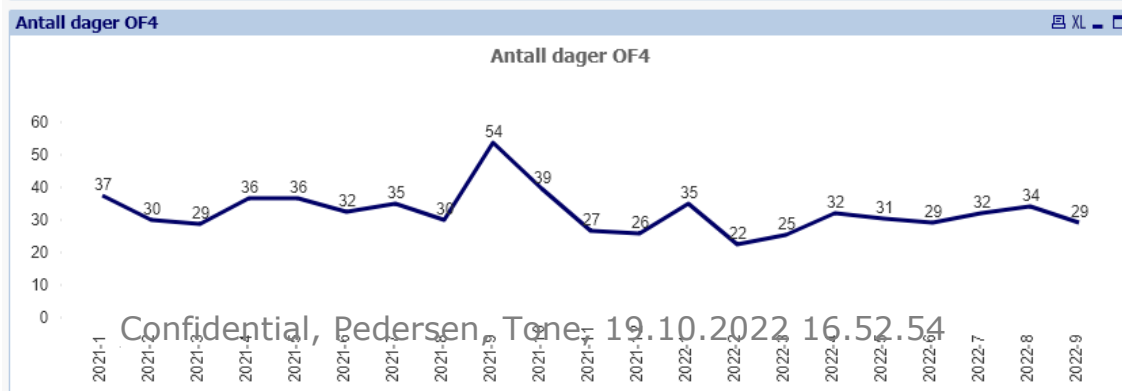
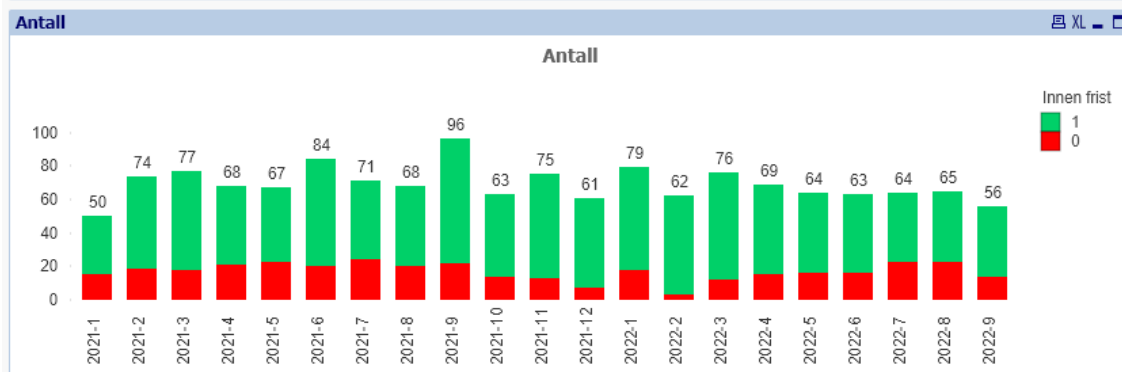
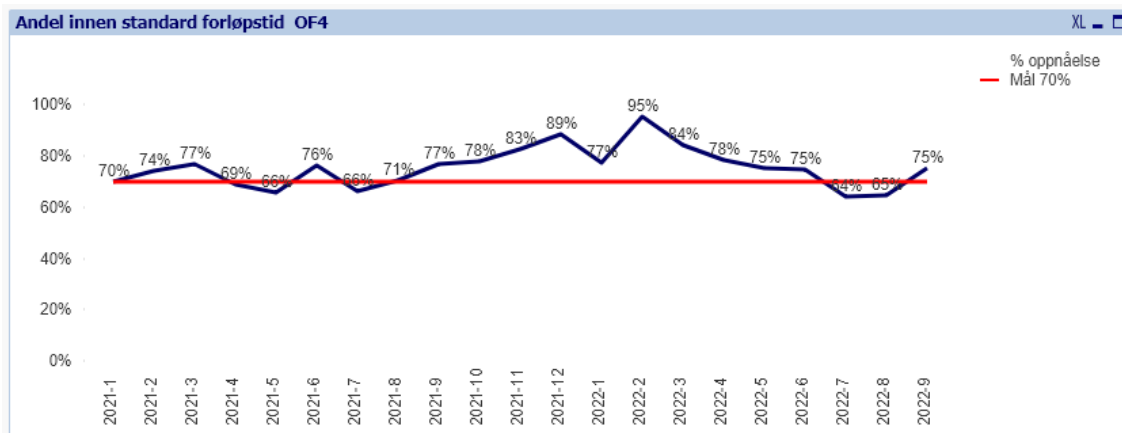


# Pakkeforløp kreft - sammenligning med andre helseforetak

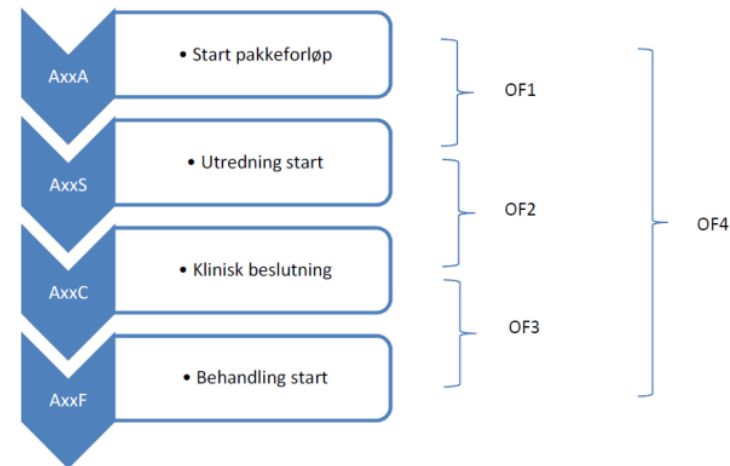
Hittil i år-verdier



# Pakkeforløp kreft - utvikling i indikatorer for STHF



Figuren nedenfor illustrerer sammenhengen mellom prosedyrekodene og forløpsindikatorerne i de organspesifikke pakkeforløpene.



Forløpstidsindikatorer angir andelen pakkeforløp som blir utført innenfor standard forløpstider for hver av definerte fasene i et pakkeforløp og samlet for hele pakkeforløp. Forløpstidene angis i kalenderdager. Standard forløpstider i et pakkeforløp beskriver den maksimale tid de ulike faser i forløpet bør ta. I hvert pakkeforløp angis standard forløpstider for henvisnings- og utredningsfasen

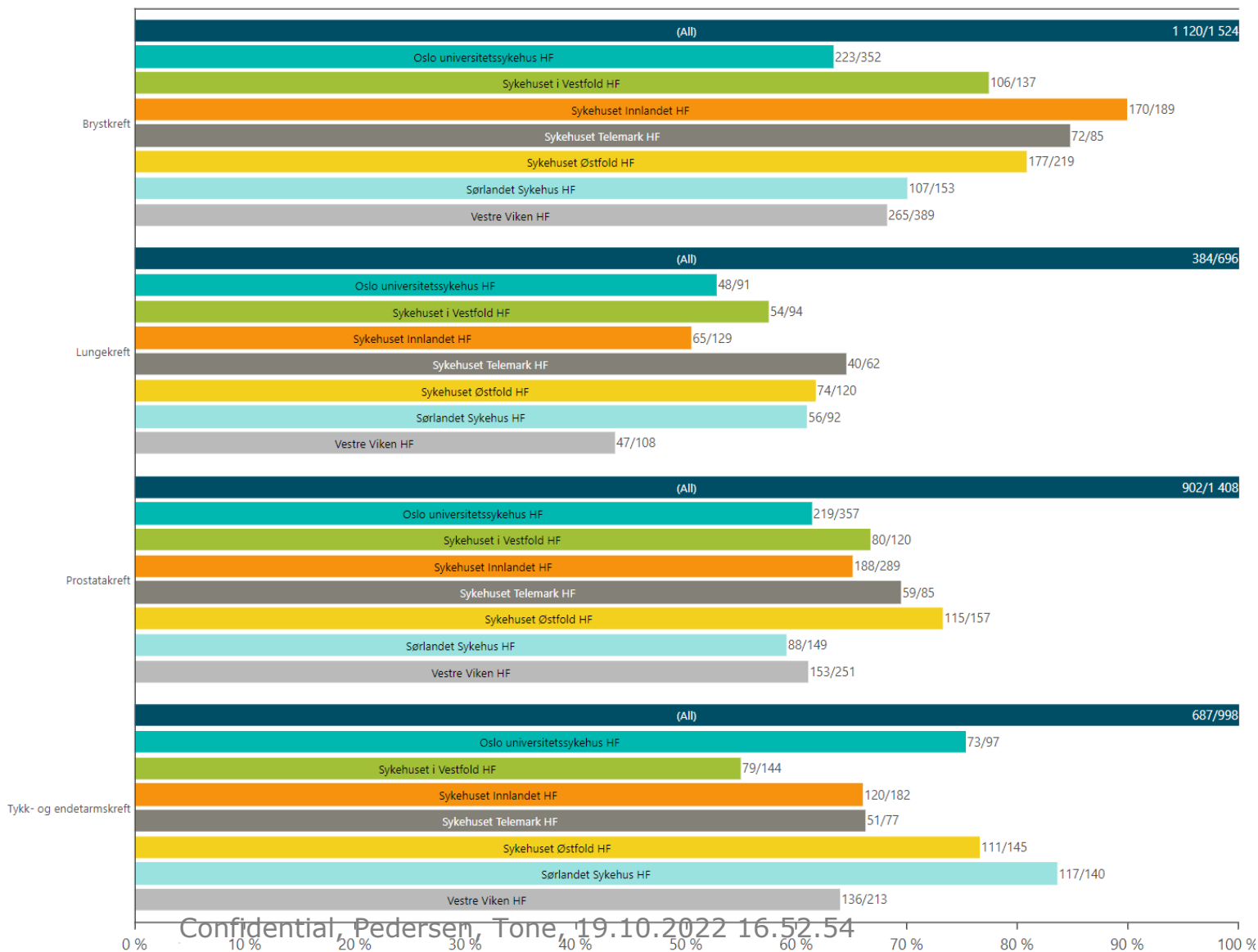
## Pakkeforløp kreft - detaljer om pakkeforløp per krefttype

Pakkeforløp	2022-09			2022		
	Antall	Herav innen std forløpstid	Andel innen std forløpstid	Antall	Herav innen std forløpstid	Andel innen std forløpstid
Blærekreft	4	4	100 %	44	38	86 %
Brystkreft	5	4	80 %	85	72	85 %
Bukspyttkjertelkreft				7	3	43 %
Eggstokkreft (ovarial)				11	5	45 %
Galleveiskreft				1	0	0 %
Hjernekreft						
Kreft hos barn				2	1	50 %
Kreft i spiserør og magesekk	1	0	0 %	7	2	29 %
Livmorhalskreft (cervix)				2	1	50 %
Livmorkreft (endometrie)	2	1	50 %	19	12	63 %
Lungekreft	5	1	20 %	62	40	65 %
Lymfomer				16	9	56 %
Malignt melanom	20	20	100 %	148	144	97 %
Myelomatose	1	0	0 %	5	4	80 %
Nevroendokrine svulster				3	3	100 %
Nyrekreft	2	0	0 %	22	12	55 %
Peniskreft						
Primær leverkreft (HCC)						
Prostatakreft	11	8	73 %	85	59	69 %
Sarkom						
Skjoldbruskkjertelkreft						
Testikkelkreft				2	2	100 %
Tykk og endetarmskreft	5	4	80 %	77	51	66 %
<b>Totalt</b>	<b>56</b>	<b>42</b>	<b>75 %</b>	<b>598</b>	<b>458</b>	<b>77 %</b>

Confidential, Pedersen, Tone, 19.10.2022 16.52.54

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

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



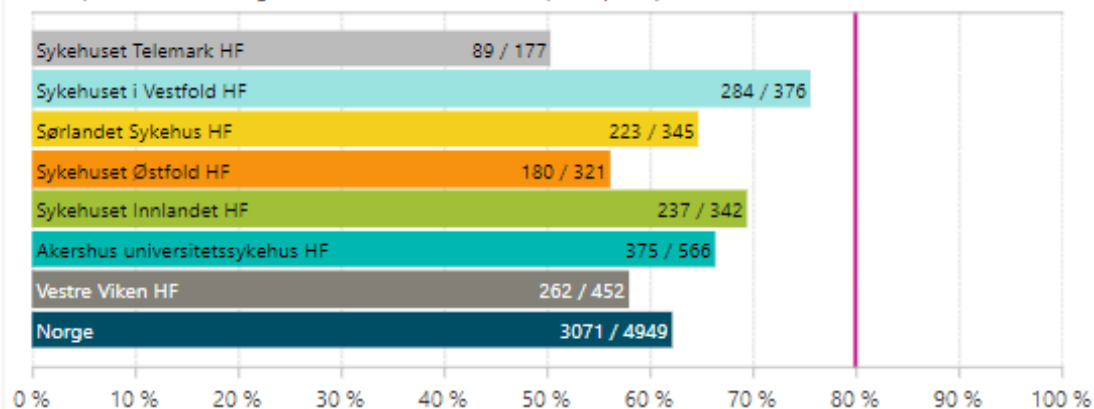
Periode: januar – september 2022

Confidential, Pedersen, Tone, 19.10.2022 16.52.54

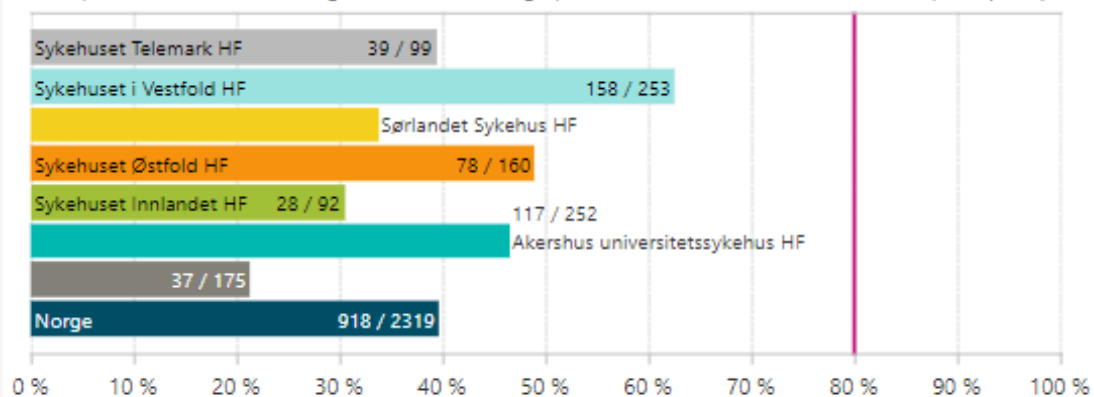
# Nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus

## MÅLOPPNÅELSE PER FORLØPSINDIKATOR

Forløpstid for utredning - andel innen anbefalt forløpstid (PF01)

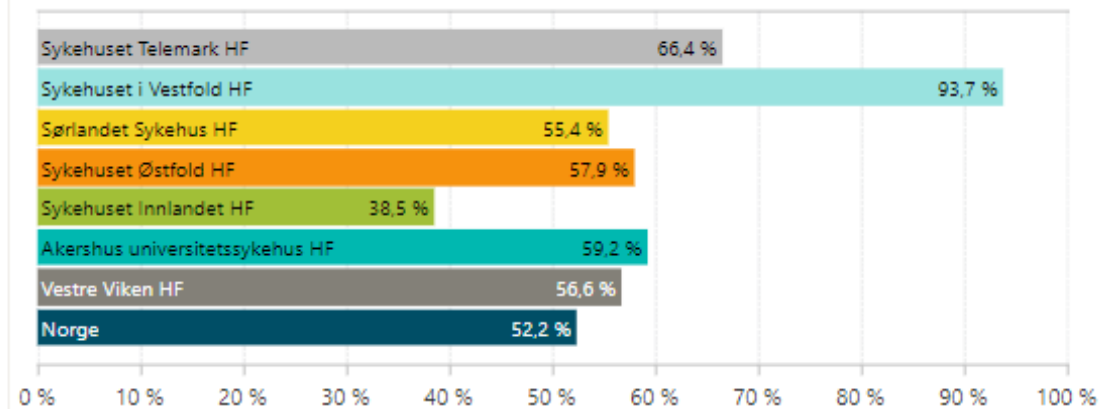


Forløpstid fra klinisk beslutning til første evaluering i poliklinikk - andel innen anbefalt forløpstid (PF03)

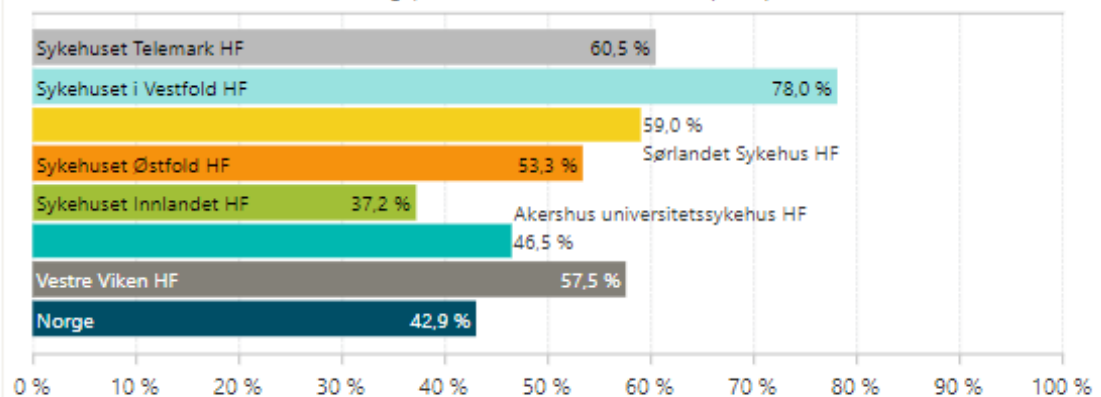


## MÅLOPPNÅELSE PER AKTIVITETSINDIKATOR

Andel som har mottatt informasjon om ulike behandlingsformer (PA02)

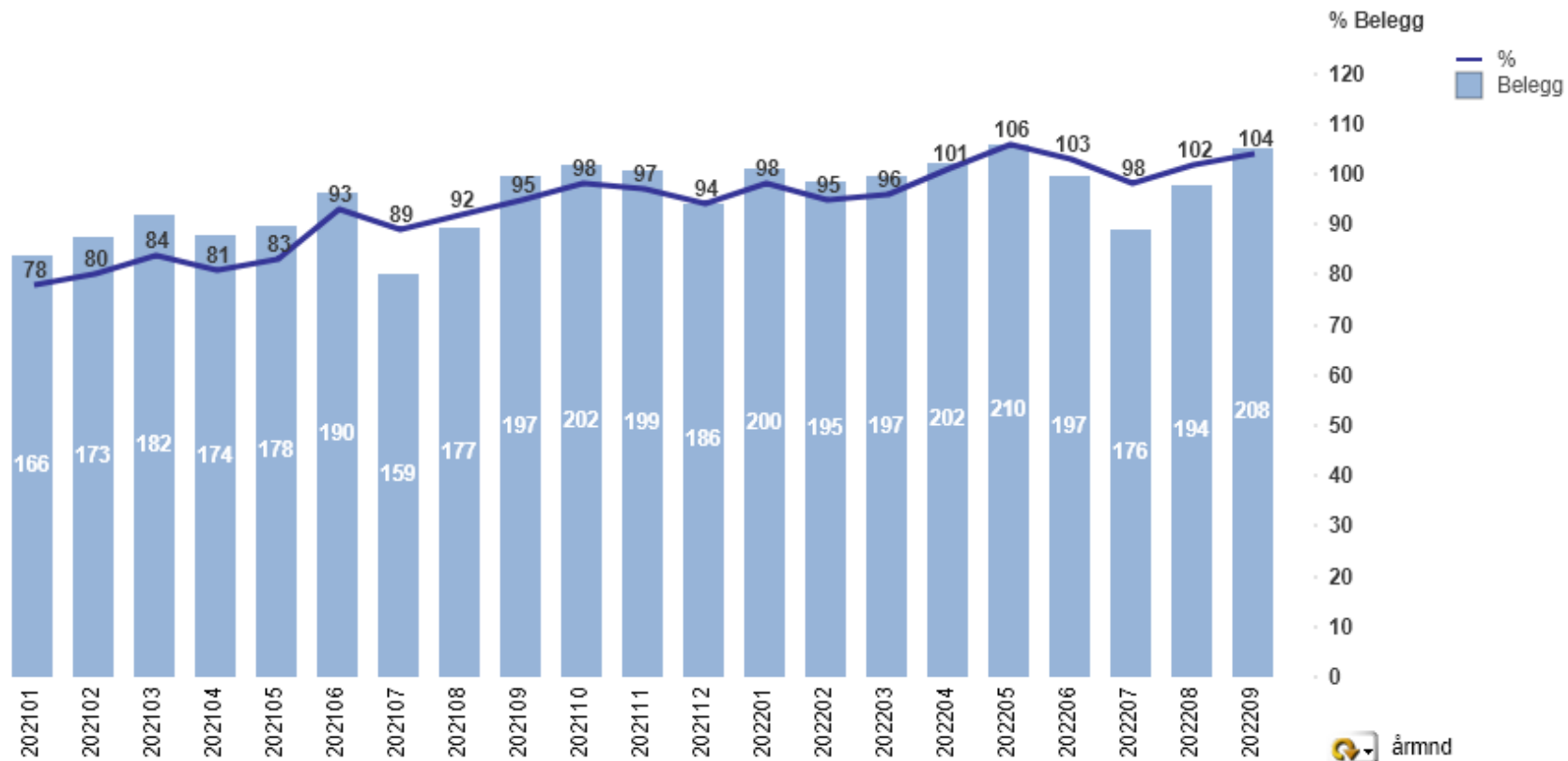


Andel som har utarbeidet behandlingsplan i samråd med behandler (PA03)



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

Belegg (gjennomsnitt av antall innlagte pasienter i hele perioden som vises her) : 188,6 antall pasienter, som utgjør 93%



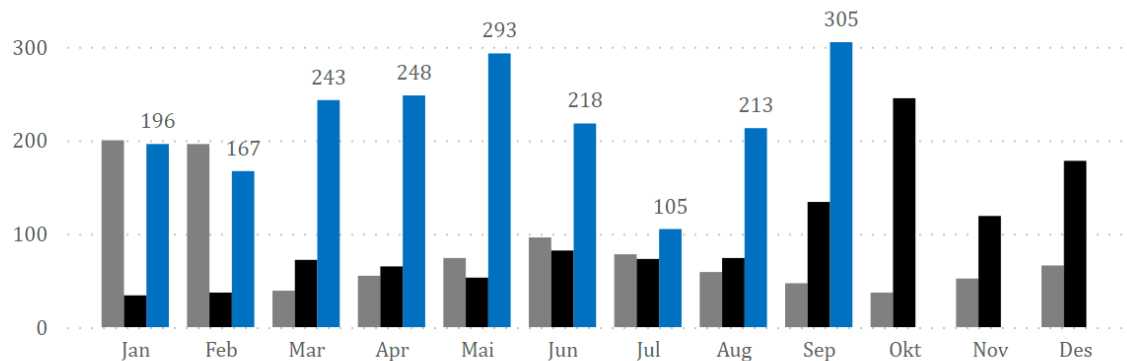
Belegg pr post - siste måned

Post	Belegg	Senger	Beleggs%
	<b>208,0</b>	<b>200</b>	<b>104%</b>
Infeksjon-mage-tarm post Skien	22,9	20	115%
Nevrologi-slag-rehab Skien	23,8	21	114%
Blod-kreft post Skien	20,3	18	113%
Lunge-geriatri Skien	22,3	20	112%
Hjerte-nyre-hormon Skien	26,7	24	111%
Kirurgisk post 3. etg Skien	30,2	29	105%
Medisinsk post Notodden	22,0	22	100%
Kirurgisk post 1. etg Skien	9,6	10	96%
Kirurgisk post 6. etg Skien	22,7	25	90%
Kirurgisk post Notodden	10,1	13	75%

# Korridorpasienter

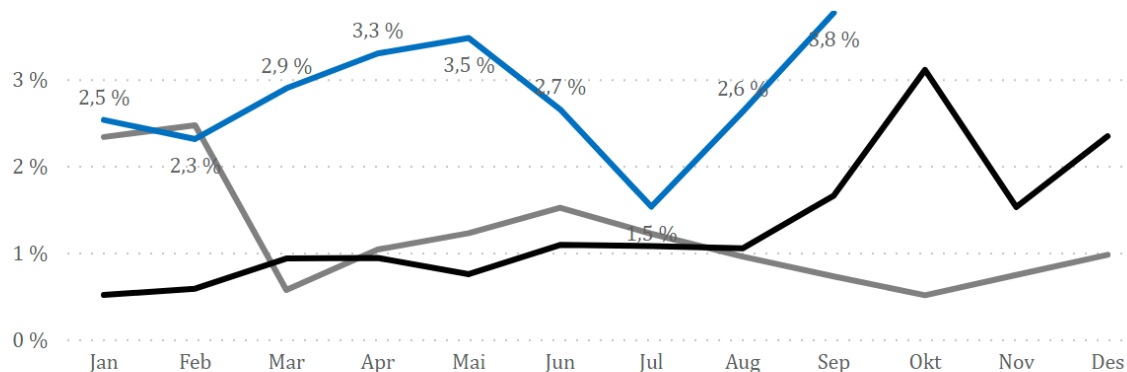
Antall korridorpasienter STHF

● 2020 ● 2021 ● 2022



Andel korridorpasienter STHF

● 2020 ● 2021 ● 2022



## Definisjon av indikatoren (HSØ definisjonskatalog)

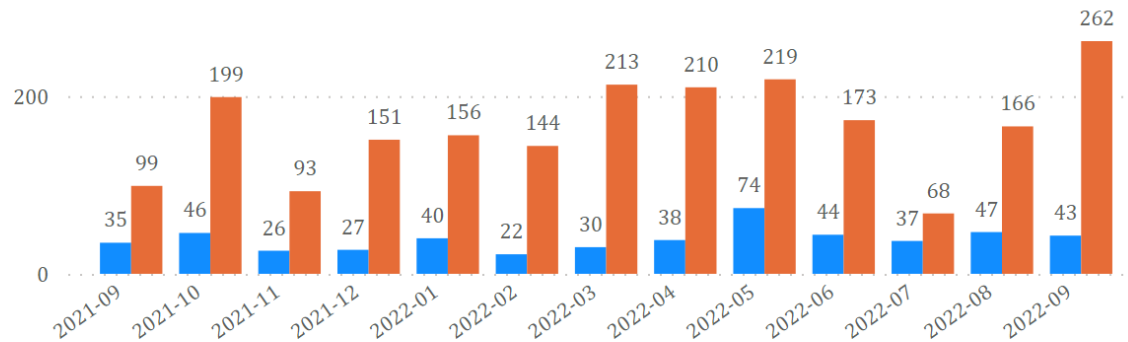
Antall og andel pasienter som kl. 07.00 er plassert i seng på korridor, bad, skyllerom, dagligstue m.m.

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.

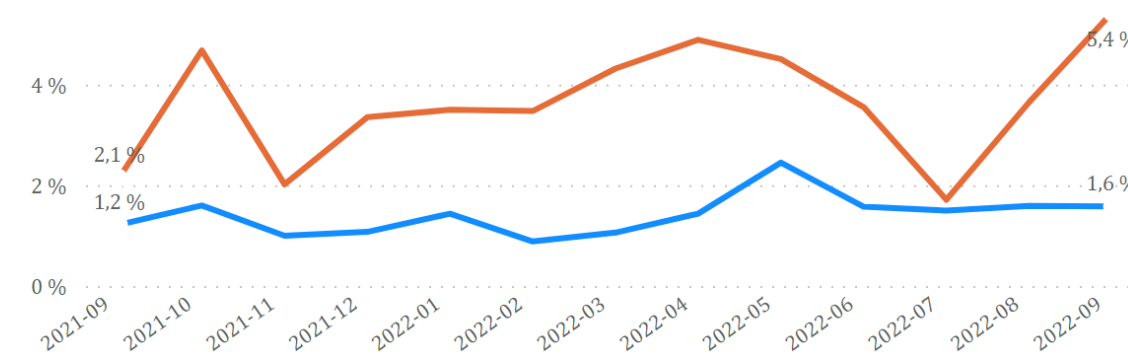
Antall korridorpasienter per klinikk siste 13 mnd

● Kirurgisk klinikk ● Medisinsk klinikk



Andel korridorpasienter per klinikk siste 13 mnd

● Kirurgisk klinikk ● Medisinsk klinikk





## 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	2 323	2 312	11	0,5 %	19 441	20 140	-699	-3,5 %	18 389	1 052	5,7 %
Antall liggedøgn Døgnbehandling	8 105	8 133	-28	-0,3 %	70 670	70 862	-192	-0,3 %	64 206	6 464	10,1 %
Antall oppholdsdager Dagbehandling	2 438	2 449	-11	-0,4 %	20 632	20 025	607	3,0 %	20 552	80	0,4 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	17 355	17 975	-620	-3,4 %	135 979	143 559	-7 580	-5,3 %	133 819	2 160	1,6 %
<b>VOP - Psykisk helsevern for voksne</b>											
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2021	Endring	%
Antall utskrivninger Døgnbehandling	153	123	30	24,4 %	1 235	1 087	148	13,6 %	1 042	193	18,5 %
Antall liggedøgn Døgnbehandling	2 767	2 818	-51	-1,8 %	24 178	23 636	542	2,3 %	23 080	1 098	4,8 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	3 832	3 975	-143	-3,6 %	30 512	34 527	-4 015	-11,6 %	32 261	-1 749	-5,4 %
<b>BUP - Psykisk helsevern for barn og unge</b>											
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2021	Endring	%
Antall utskrivninger Døgnbehandling	7	13	-6	-46,2 %	125	108	17	15,7 %	101	24	23,8 %
Antall liggedøgn Døgnbehandling	127	195	-68	-34,9 %	1 141	1 702	-561	-33,0 %	1 730	-589	-34,0 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	3 433	4 004	-571	-14,3 %	27 504	28 943	-1 439	-5,0 %	26 967	537	2,0 %
<b>TSB - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling</b>											
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2021	Endring	%
Antall utskrivninger Døgnbehandling	37	30	7	23,3 %	344	271	73	26,9 %	259	85	32,8 %
Antall liggedøgn Døgnbehandling	270	295	-25	-8,5 %	2 404	2 382	22	0,9 %	2 381	23	1,0 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	791	766	25	3,3 %	5 670	6 653	-983	-14,8 %	6 063	-393	-6,5 %

## ISF-berettigede konsultasjoner

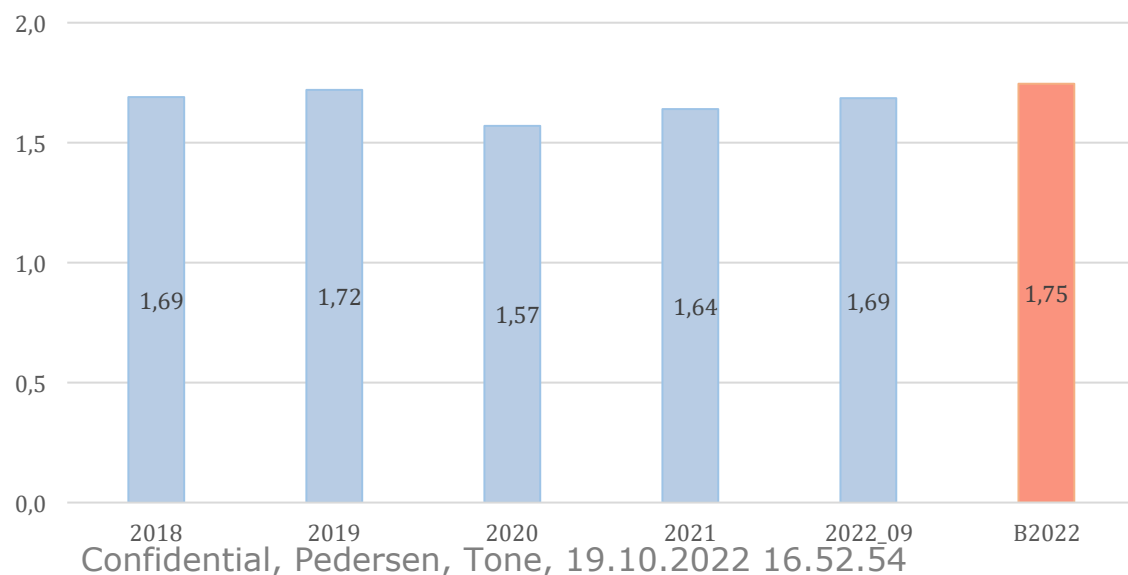
	Denne periode				Hittil i år				Årsestimat mot årsbudsjett				Endring HiÅ 2021-2022		
	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	%	Estimat	Budsjett	Avvik	%	HiÅ 2021	Endring	%
Somatikk	17 355	17 975	-620	-3,4 %	135 979	143 559	-7 580	-5,3 %	184 500	192 603	-8 103	-4 %	133 819	2 160	1,6 %
Psykisk helsevern	7 265	7 979	-714	-8,9 %	58 016	63 470	-5 454	-8,6 %	79 000	86 200	-7 200	-8 %	59 228	-1 212	-2,0 %
VOP	3 832	3 975	-143	-3,6 %	30 512	34 527	-4 015	-11,6 %	42 000	46 700	-4 700	-10 %	32 261	-1 749	-5,4 %
BUP	3 433	4 004	-571	-14,3 %	27 504	28 943	-1 439	-5,0 %	37 000	39 500	-2 500	-6 %	26 967	537	2,0 %
TSB	791	766	25	3,3 %	5 670	6 653	-983	-14,8 %	8 000	9 000	-1 000	-11 %	6 063	-393	-6,5 %

# ISF-poeng somatikk

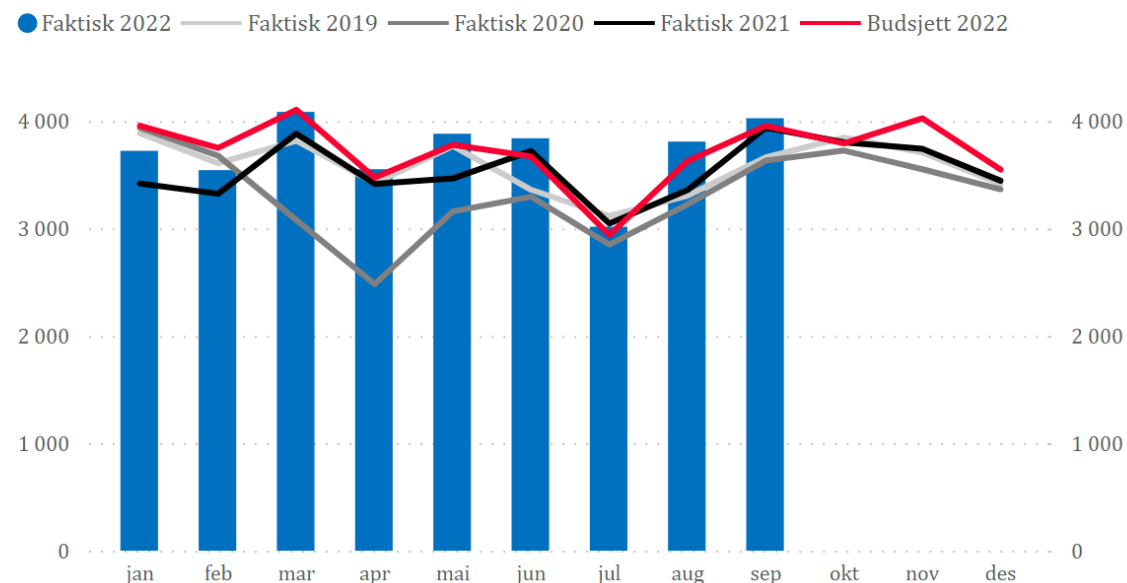
\* ISF-budsjettavvik =  
Budsjettavvik hittil i år (inneværende år) x ISF enhetspris

Denne periode					Hittil i år					ISF bud.-avvik* (1000 kr)	
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2021	Budsjett 2022	ISF bud.-avvik*
Kirurgisk klinikk	1 788	1 803	-15	-1 %	14 524	14 613	-90	-1 %	14 402	19 657	-2 137
Medisinsk klinikk	1 954	1 839	115	6 %	16 574	16 012	563	4 %	14 670	21 412	13 436
BUK	232	258	-26	-10 %	2 017	2 262	-245	-11 %	2 116	3 040	-5 855
Akutt og beredskap	13	12	1	11 %	93	84	9	11 %	81	118	216
MSK	38	44	-6	-14 %	258	288	-30	-10 %	272	400	-706
Ufordelt/kvalitetssikring	2		2	0 %	13		13	0 %	30		311
DRG Somatikk utført ved STHF	4 027	3 956	71	2 %	33 479	33 259	221	1 %	31 572	44 627	5 264
Total ISF-poeng Somatikk (inkl. legemidler, FBV) "sørge for"	4 332	4 217	115	3 %	35 972	35 615	358	1 %	33 904	47 767	8 537

ISF produktivitet somatikk 2018 - 2022



ISF-poeng Somatikk utført ved STHF



# ISF-poeng PHV og TSB utført ved STHF

Denne periode

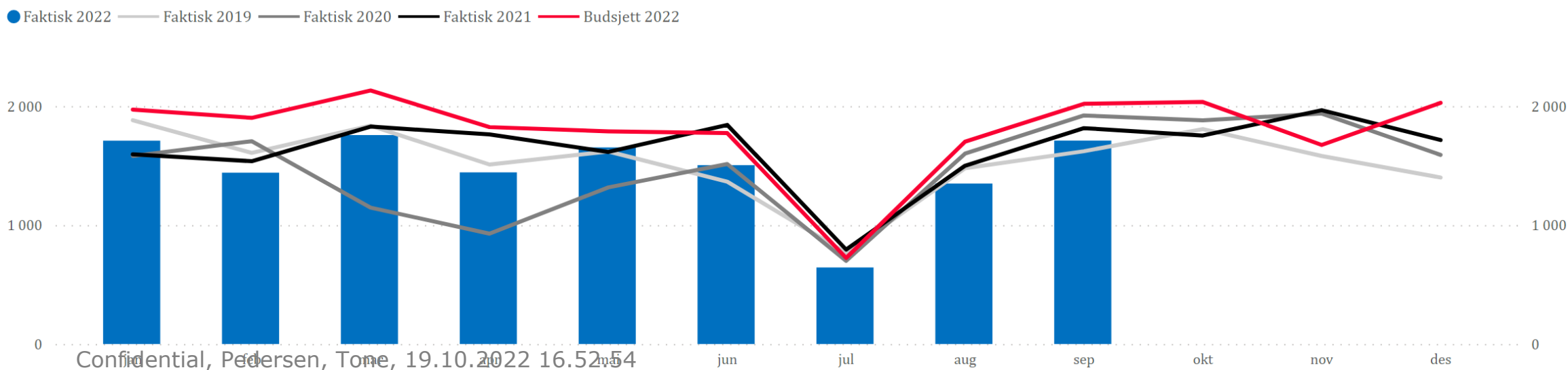
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%
DPS Nedre Telemark	307	307	0	-0 %
DPS Øvre Telemark	141	164	-23	-14 %
Psykiatrisk sykehusavdeling	96	45	51	111 %
Poliklinisk avdeling TSB og psykose	256	182	74	41 %
Raskere tilbake PHV og TSB (underlagt Med. klinikk)	0	7	-7	-98 %
Klinikk for PHV og TSB + Raskere tilbake	801	706	95	13 %
Avdeling for barn og unges psykiske helse - ABUP	910	1 314	-404	-31 %
Total ISF Psykisk helsevern og TSB ved STHF	1 710	2 020	-309	-15 %

Hittil i år

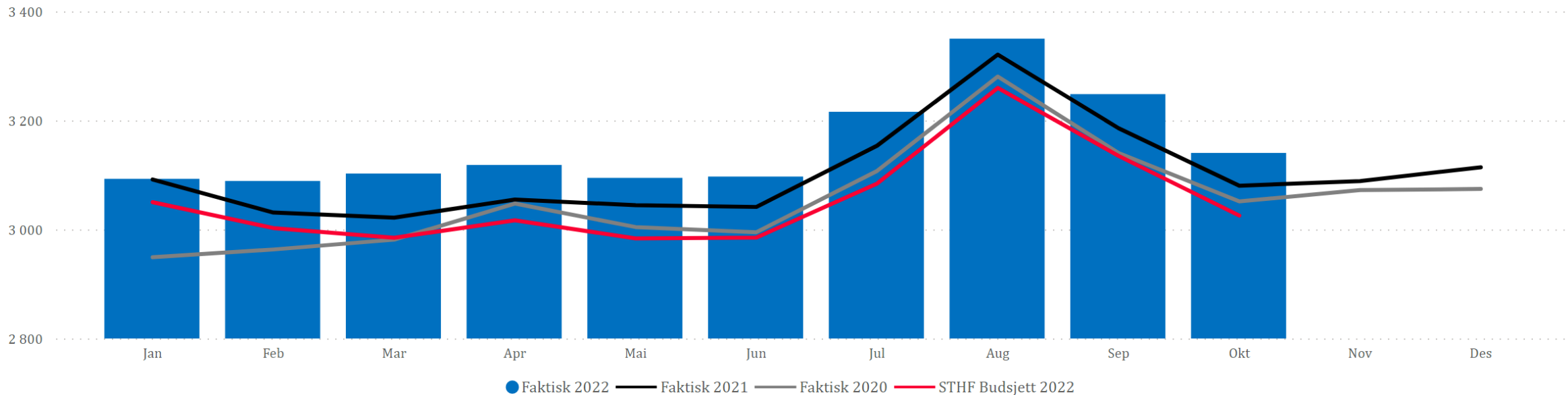
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2021	Budsjett 2022	ISF bud.-avvik* (1000 kr)
	2 318	2 670	-352	-13 %	2 369	3 612	-1 160
	1 094	1 427	-332	-23 %	1 017	1 930	-1 095
	676	395	281	71 %	419	534	927
	1 994	1 789	204	11 %	1 737	2 457	673
	29	62	-33	-53 %	59	84	-107
	6 111	6 343	-231	-4 %	5 601	8 616	-762
	7 099	9 492	-2 392	-25 %	8 686	12 954	-7 881
	13 210	15 834	-2 624	-17 %	14 287	21 571	-8 643

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

## ISF-poeng PHV + TSB utført ved STHF



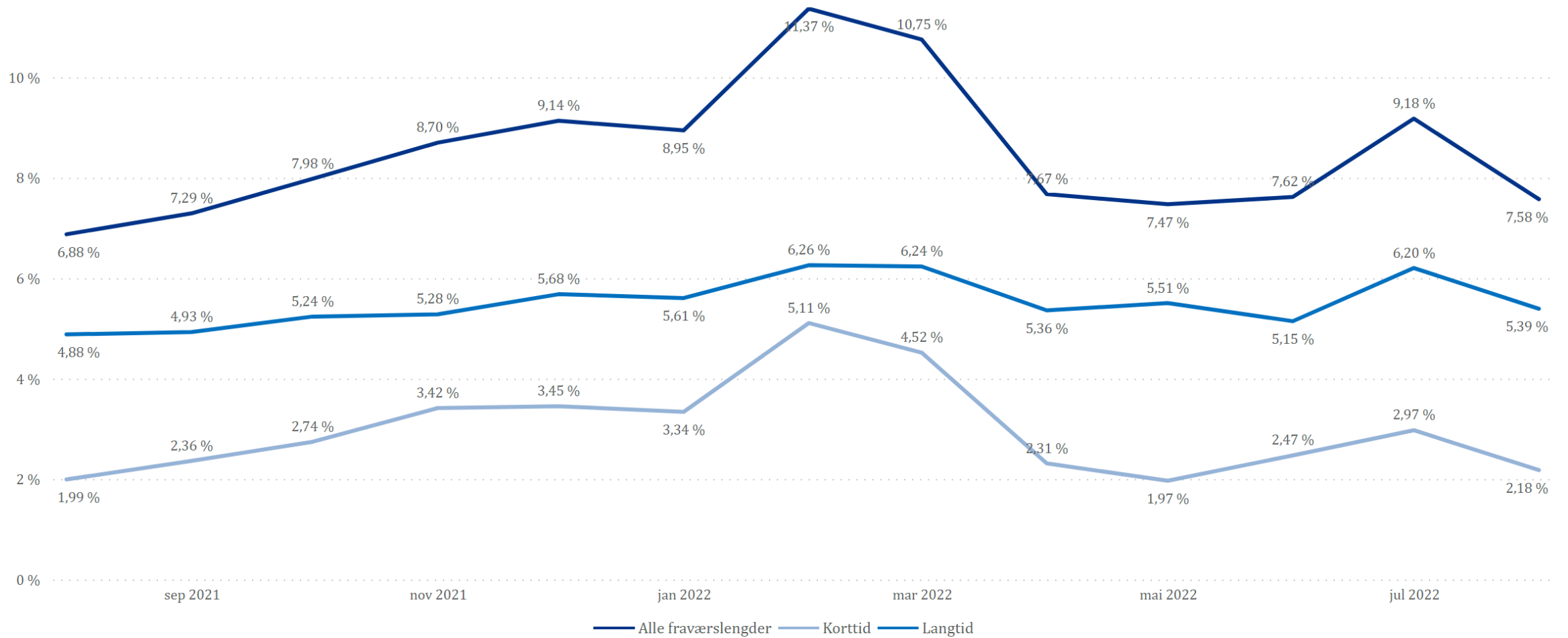
# Brutto månedsverk



Denne periode					Hittil i år (månedlig gjennomsnitt)				Endring HiÅ 2021 - 2022		
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	Prosentavvik	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	Prosentavvik	HiÅ 2021	Endring	% endring
Somatikk	2 295	2 197	-98	-4,5 %	2 207	2 136	-71	-3,3 %	2 172	-36	-1,6 %
VOP	544	544	0	-0,0 %	543	532	-11	-2,2 %	532	-11	-2,0 %
BUP	169	162	-7	-4,5 %	165	161	-4	-2,7 %	162	-3	-1,8 %
Psykisk helsevern	714	706	-7	-1,1 %	708	692	-16	-2,3 %	695	-14	-2,0 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	60	63	3	4,3 %	59	61	3	4,8 %	61	2	3,5 %
Prehospitaltjenester	163	151	-12	-7,7 %	165	148	-17	-11,7 %	161	-4	-2,6 %
Annet	16	18	1	6,5 %	17	17	0	1,8 %	17	0	-0,5 %
Total	3 248	3 135	-113	-3,6 %	3 157	3 056	-101	-3,3 %	3 105	-51	-1,7 %

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

# Sykefravær



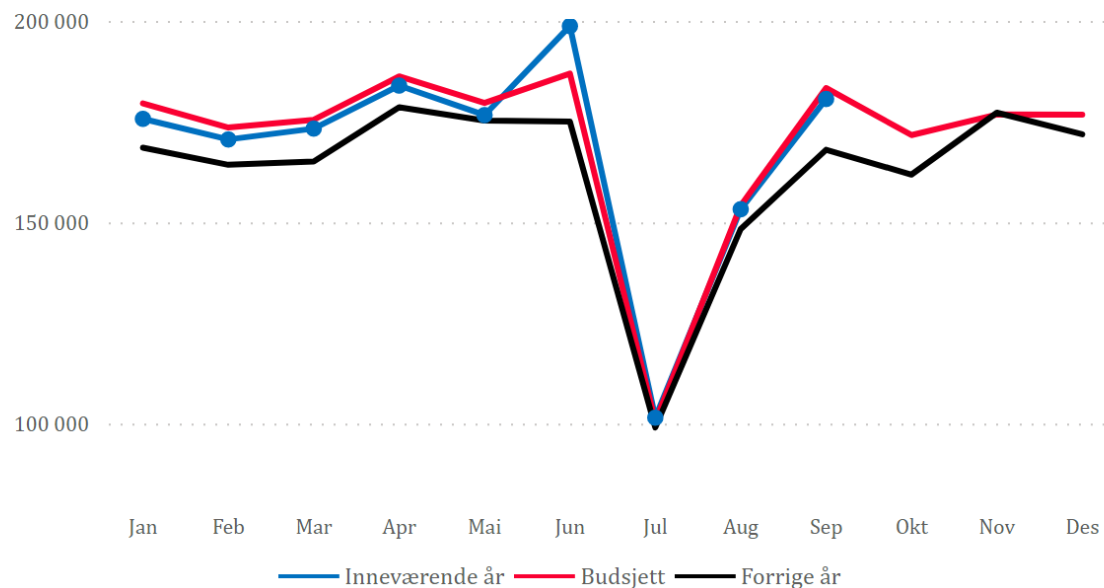
Confidential, Pedersen, Tone, 19.10.2022 16.52.54

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

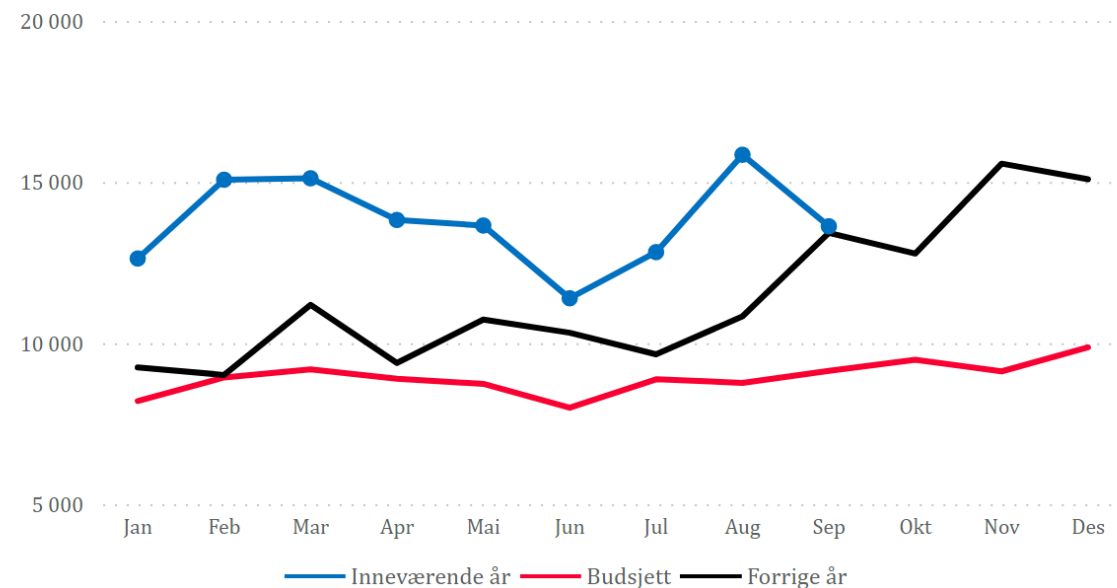
## Bemanning - Lønnskostnader/innleie helsepersonell (tall i 1.000 kr)

Denne periode	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Hittil i år	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Endring HiÅ 2022 - 2021	Faktisk	Endring	%
	Lønn til fast ansatte	180 628	183 348	2 720		1,5 %	1 514 231	1 519 394	5 163		0,3 %	1 442 185	-72 046
Overtid og ekstrahjelp	13 627	9 141	-4 486	-49,1 %	123 982	78 733	-45 249	-57,5 %	93 799	-30 183	-32,2 %		
Total lønn	251 970	243 688	-8 282	-3,4 %	2 088 830	2 003 449	-85 381	-4,3 %	1 957 252	-131 578	-6,7 %		
Innleid arbeidskraft - del av kto 468	4 140	1 559	-2 581	-165,6 %	36 784	15 483	-21 301	-137,6 %	19 521	-17 264	-88,4 %		

Utvikling i fastlønn per periode



Utvikling i overtid og ekstrahjelp per periode



Confidential, Pedersen, Tone, 19.10.2022 16.52.54

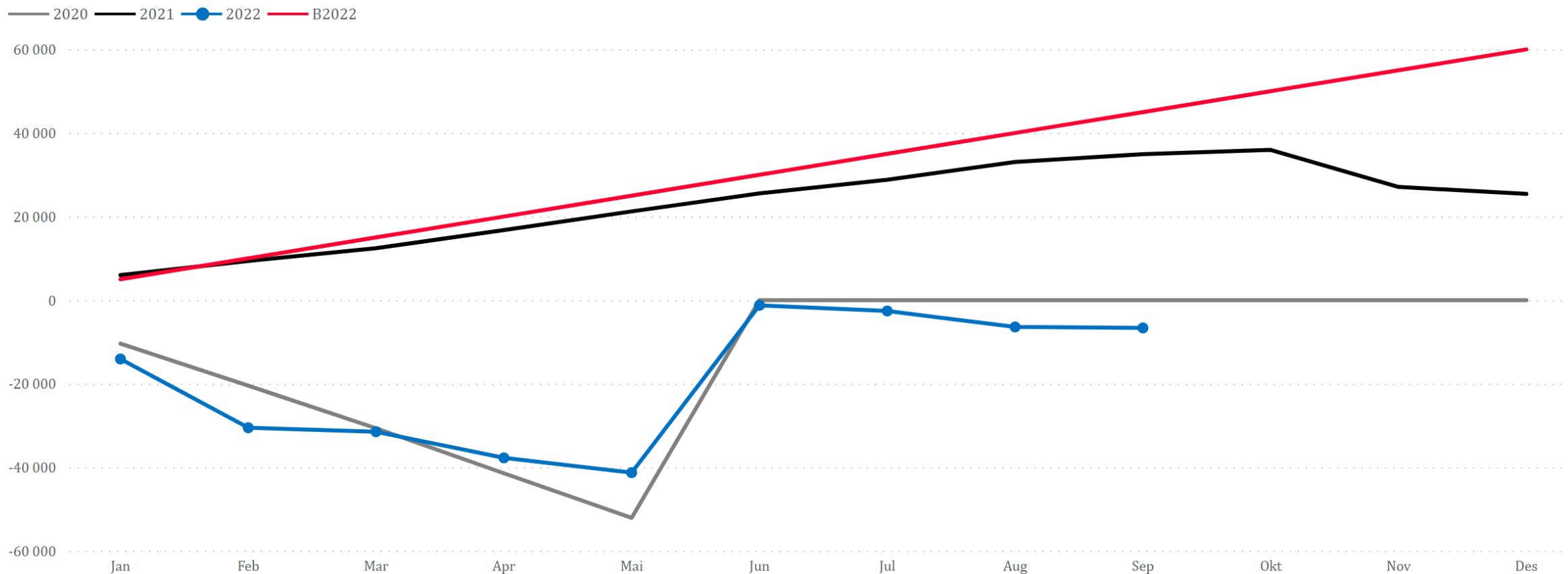
Lønnskostnader og innleie helsepersonell. Negativt avvik er her et merforbruk i forhold til budsjett/forrige år.

# Resultat

2022-09	Denne Periode			Hittil i år			Helår	
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	Årsbudsjett	Estimat
Basisramme inkl. KBF	232 600	229 976	2 625	1 967 284	1 955 366	11 917	2 637 333	2 657 124
ISF egne pasienter	80 530	75 387	5 143	653 930	643 165	10 765	863 106	872 654
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	18 907	19 462	-555	149 425	154 712	-5 287	207 439	202 665
ISF - refusjon poliklinisk PHV/TSB	5 634	6 653	-1 019	44 084	52 158	-8 074	71 054	62 054
ISF - refusjon pasientadministrative legemidler (H-resept...)	6 951	5 809	1 142	55 343	52 277	3 066	69 703	72 090
Poliklinikk inntekter	10 452	10 330	123	86 967	83 679	3 288	113 067	116 067
Egenandel Poliklinikk inkl HELFO	9 293	9 634	-341	73 375	78 698	-5 323	106 743	101 743
Egenandel HELFO pasientreiser	3 613	3 494	120	23 696	22 697	1 000	34 346	34 346
Annen inntekt	32 587	30 153	2 435	333 180	249 875	83 305	333 551	421 551
<b>SUM DRIFTSINNTEKTER</b>	<b>400 569</b>	<b>390 897</b>	<b>9 671</b>	<b>3 387 284</b>	<b>3 292 627</b>	<b>94 657</b>	<b>4 436 342</b>	<b>4 540 294</b>
Varekostnad	93 586	92 308	1 278	849 762	802 218	47 544	1 073 572	1 128 572
Lønn eks. pensjon	214 872	210 099	4 773	1 777 079	1 721 237	55 842	2 326 097	2 390 097
Pensjonskostnader	32 959	32 031	928	274 966	266 729	8 238	358 911	369 995
Andre driftskostnader	60 288	51 993	8 295	499 290	462 959	36 331	624 872	661 740
<b>SUM DRIFTSKOSTNADER</b>	<b>401 704</b>	<b>386 430</b>	<b>15 274</b>	<b>3 401 098</b>	<b>3 253 143</b>	<b>147 955</b>	<b>4 383 452</b>	<b>4 550 405</b>
<b>DRIFTSRESULTAT</b>	<b>-1 135</b>	<b>4 467</b>	<b>-5 602</b>	<b>-13 814</b>	<b>39 484</b>	<b>-53 298</b>	<b>52 890</b>	<b>-10 110</b>
Finansresultat	908	533	375	7 163	5 516	1 647	7 110	10 110
<b>ÅRSRESULTAT</b>	<b>-228</b>	<b>5 000</b>	<b>-5 228</b>	<b>-6 651</b>	<b>45 000</b>	<b>-51 651</b>	<b>60 000</b>	<b>0</b>
Endrede pensjonskostnader	0		0	0		0		0
<b>ÅRSRESULTAT JUSTERT FOR PENSJONSKOSTNADER</b>	<b>-228</b>	<b>5 000</b>	<b>-5 228</b>	<b>-6 651</b>	<b>45 000</b>	<b>-51 651</b>	<b>60 000</b>	<b>0</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	-6 651			
Akkumulert budsjettavvik	-19 085	-40 539	-46 501	-57 748	-66 284	-31 238	-37 593	-46 423	-51 651			

## Saksfremlegg

### Saksgang:

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
Styret i Sykehuset Telemark HF	26.10.2022

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

**Sak: 092-2022**

### Status budsjett 2023

#### Hensikten med saken

Saken gir en orientering om status for budsjettprosessen og styringssignalene i forslaget til Statsbudsjett 2023. Forslaget til Statsbudsjett 2023 vil bety strammere økonomiske rammer for sykehusene og det forventes prioritering og omstilling i sektoren.

Saken beskriver videre hovedelementene i budsjettleveransen til HSØ, med frist 20.oktober.

Endelig forslag til resultatmål for 2023 og detaljert drifts- og investeringsbudsjett utarbeides på grunnlag av inntektsrammene fra HSØ og legges fram for beslutning i styremøte 14. desember.

#### Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Skien, 19. oktober 2022

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

#### Vedlegg

- Presentasjon av hovedtrekk i forslaget til statsbudsjett 2023

## 1. Innledning

Forslaget til Statsbudsjett 2023 ble lagt fram 6. oktober og beskriver sentrale mål for spesialisthelsetjenesten. Hovedlinjen i budsjettet innebærer en reduksjon i rammene når man korrigerer for pris- og lønnsvekst. Høyere pris- og lønnsvekst i 2022 enn forutsatt har medført lavere realvekst i driftsbevilgningene og vil påvirke sykehusøkonomien også i 2023. For å sikre økonomisk kontroll, gis det føringer om gjennomføring av omstillingstiltak i foretakene og utsettelse av ikke vedtatte investeringsprosjekter.

Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen videreføres ikke, men det settes et generelt effektiviseringskrav til foretakene.

I forslaget til Statsbudsjettet foreslås det å redusere ISF-andelen for somatikk fra 50 til 40 %, en omlegging som er budsjettneutryl. Gjennom økt rammefinansiering vil sykehusene stimuleres til å prioritere oppgaver som ikke gir inntekter gjennom ISF.

Følgende sentrale mål er gjeldende for helsesektoren i 2023:

- God helse og mestring i befolkningen, uavhengig av sosial bakgrunn
- Gode pasientforløp og rask tilgang til tjenester i hele landet
- Helse- og omsorgstjenesten er et attraktivt arbeidssted i et livslangt karriereløp
- Bærekraftig og rettferdig ressursbruk
- Helse- og omsorgssektoren er forberedt i møte med kriser og katastrofer

Statsbudsjettet legger til rette for en generell aktivitetsvekst i pasientbehandlingen på om lag 1,5% i 2023, marginalt høyere enn den demografiske utviklingen og aktivitetsveksten gjeldende for 2021 (1,4%).

Styringskrav og hovedmål i oppdragsdokumentet til helseforetakene for 2022 beskrives i følgende hovedområder:

- Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp
- Teknologi og digitalisering
- Organisasjon og økonomi

Vi har foreløpig ikke tilstrekkelig informasjon for å vurdere de konkrete effektene av statsbudsjettet for Sykehuset Telemark sammenliknet med hva som ble lagt til grunn i ØLP. Konkrete inntektsrammer og planforutsetninger fra HSØ blir sendt ut i første del av november.

Presentasjon av hovedføringene i forslag til Statsbudsjettet er vedlagt.

## 2. Budsjettleveranse 20. oktober (bemanning, ISF somatikk og foreløpig resultat)

I budsjettprosessen til HSØ legges det opp til én komplett budsjettleveranse fra foretakene med frist primo januar 2022. Som tidligere år, ber RHF om en delleveranse med foreløpige tall for resultat, ISF-poeng somatikk og bemanning, med frist 20. oktober.

Forutsetningene som legges til grunn i aktivitets-, bemannings- og resultatbudsjett for 2023 vil tas opp i planlagte oppfølgingsmøter mellom sykehusene og HSØ i oktober/november.

Foretakenes inntektsrammer vil vedtas i styremøtet i Helse Sør-Øst RHF 21.november og resultatkravet for 2022 forventes vedtatt i styremøtet 16.desember 2021.

### Bemanning – antall brutto årsverk 3100

Forutsatt en tilnærmet normaldrift ut året, er det estimert et forbruk på 3140 årsverk i 2022. Dette er nærmere 100 årsverk høyere enn budsjettet, drevet av høyt sykefravær og tilhørende høyt forbruk av variabel lønn (EFO). Klinikkerne jobber systematisk med å begrense og redusere bruken av EFO og planlagte merverditiltak vil utløse endret bemanning. **På denne bakgrunn forventes sykehuset et budsjett på rundt 3100 årsverk i 2023.** Dette er på linje med nivået i ØLP 2023-26 og fremstår som realistisk forutsatt et normalt driftsår.

### ISF aktivitet (somatikk) – 45.183 DRG-poeng

For pasientbehandling i eget foretak, som omfattes av ISF, legges det foreløpig opp til en vekst på 1,2 % fra estimat for 2022, tilpasset til forventet demografisk vekst i opptaksområdet, som er blant de laveste i regionen. Budsjettet for 2023 er 1% høyere enn aktivitetsnivå i ØLP 2023.

ISF poeng somatikk	2 019	2 020	2021	Estimat 2022	B2023	ØLP 2023
Kirurgisk klinikk	19 412	18 450	19 204	19 550	19 757	19 650
Klinikk for medisin	19 887	18 426	19 984	21 850	21 966	21 400
Barn- og ungdomsklinikken	2 985	2 563	2 876	2 740	2 940	3 040
Medisinsk Serviceklinikk	473	432	361	400	400	400
ABK	99	80	114	118	120	120
Ernæringspoliklinikken	11	16	19	-	-	
<b>STHF utført i eget HF</b>	<b>42 891</b>	<b>39 983</b>	<b>42 581</b>	<b>44 658</b>	<b>45 183</b>	<b>44 760</b>

Planlagt aktivitetsvekst forutsetter at døgntilleggsbehandlingen videreføres på nivået fra før koronapandemien og at veksten innen dagbehandling fortsetter.

### Resultat 2023 – 25 millioner kr

Budsjettarbeidet for 2023 tar utgangspunkt i føringene vedtatt i ØLP 2023-2026 med målsetting om positivt driftsresultat på 60 millioner kroner. Høyt forbruk av variabel lønn, omfattende innleie, prisøkninger på varer og energi, kostnadsvekst for FBV og merkostnader generert av høy aktivitetsvekst har ført til svakere økonomiske resultater enn budsjettet i 2022. Resultatene i juli, august og september viser ingen markant bedring sammenliknet med første halvår og sykehuset har nedjustert estimat for årsresultat til 0. For å oppnå estimatet er det nødvendig å lykkes med å redusere kostnader gjennom det kortsiktige kostnadsprogrammet som er iverksatt og i tillegg starte en normalisering av driften etter pandemien med betydelig reduksjon i variabel lønn og innleie allerede høsten 2022. Effekten av disse tiltakene vil også være viktige som utgangspunkt (styringsfart) for budsjettåret 2023.

Tatt i betraktning årets krevende økonomiske situasjon er det utfordrende å levere resultater neste år i tråd med ambisjonsnivået i ØLP. Administrerende direktør vurderer derfor at det er nødvendig å redusere **resultatmålet til 25 millioner kr.**

	mnok	Kommentar
Budsjettet resultat 2022	60	
Styringsfart	-100	
Endr Basisrammer	25	Fra ØLP
Nye Momenter	-20	Fra ØLP
Finans	20	Korrigert for høyere rente enn i ØLP
Energi	-30	Korrigert for høyere kostn enn ved ØLP
USS	-10	Midlertidige kostnader i byggeperioden (ref ØLP)
Resultat med "Kjente forutsetninger"	-55	
<b>Forbedringsområder</b>		
Avvikling av Fritt Behandlingsvalg	20	Likeverdig behandling til lavere kostnad enn dagens (60 mnok/år)
EFO	20	Forbedring utover det som allerede er regnet inn i styringsfart
Innleie	15	Reduksjon fra dagens høye nivå
Andre tiltak i klinikkene	25	
<b>Budsjettet resultat 2023</b>	<b>25</b>	

Behovet for å redusere resultatambisjonen skyldes den svake styringsfarten (underliggende drift) i sykehuset, blant annet drevet av høy lønns- og prisvekst i 2022. Budsjetterammene for 2022 var ikke tilstrekkelige til å dekke inn den faktiske lønns- og prisveksten og dette foreslås heller ikke å kompenseres for i statsbudsjettet 2023. I tillegg forventes energikostnader å gi en betydelig merkostnad i 2023 (+30-35 millioner kr).

Resultatmålsettingen er ambisiøs og vil kreve god intern styring av ressurser innenfor tildelte rammer samt betydelig effektivisering av driften i klinikkene. Produktivitetsforbedring gjennom bedre planlegging og utnyttelse av kapasitet, riktig prioritering av pasienter og behandling på riktig helsetjenestenivå, er nødvendig for å nå målsettingen.

Endelig forslag til resultatmål og detaljert budsjett for 2023 utarbeides på grunnlag av inntektsrammene fra HSØ og vedtas i styremøte 15. desember.

## Nye momenter

Stramme økonomiske rammer begrenser sykehusets muligheter til å finansiere nye aktiviteter/momententer. Prinsippet om at nye momenter i hovedsak skal løses innenfor eksisterende ressurser må derfor videreføres. Vedtatte satsinger som styrking av PHV og overtakelse av private ambulanser, forutsettes gjennomført i tråd med de økonomiske forutsetningene som lå til grunn for beslutningen. Det vil videre bli nødvendig med stramme prioriteringer av andre nye aktiviteter/momententer.

Punktene under viser nye aktiviteter/momententer som vurderes. Endelig prioritering vil skje på grunnlag av inntektsrammene fra HSØ og i tillegg avhenge av forbedringstakten i klinikkene.

Sentrale nye momenter til vurdering er:

- Styrking av tilbudet innen psykiatri og rus følger de økonomiske rammene som er vedtatt i styret
- Oppbygging av kompetanse til strålesenteret må sees i sammenheng med økte aktivitetsbaserte inntekter ved økt rekruttering
- Følger av endret organisering innen Prehospitaltjenester begrenses til endringene i leieavtalene for overtatte ambulansestasjoner
- Styrket arbeid med kompetanse gjennom dedikerte ressurser på området (Kompetanseavdeling)

- Økt dialysekapasitet og ny vaktlinje på Notodden finansieres av økte ISF inntekter
- Mottakskostnadene ved innføring av DIPS Arena bør begrenses til et minimum - deltagelsen i prosjektarbeidet bør bestrebes håndtert innafor enhetenes ordinære drift

<b>Nye momenter 2023</b>	<b>Bud.innspill 2023</b>
Prehospital - leieavtaler ved overtakelse private amb.stasjone	1 000
Ny sikkerhetspost KPR	7 000
USS - kompetanseoppbygging	2 000
Samlokalisering BUP	3 000
Økt dialysekap. Skien og Notodden	-
Ny vaktlinje Notodden	1 000
Kompetanseutvikling	2 000
Øvrige	4 000
Systemoppgraderinger - rapp.løsninger m.m.	
Økte beredskapskostnader - Nasjonalt begrenset nett	
DIPS Arena - mottakskostnader / intern opplæring	
Kostnadsvekst BHM	
<b>SUM</b>	<b>20 000</b>

### 3. Investeringer for 2023

Den årlige investeringstakten ved Sykehuset Telemark bør over tid ligge på minst 100 millioner kr. årlig, for å ivareta infrastrukturen, bevare verdiene på anleggsmidlene og sørge for en utstyrsark som følger dagens kvalitetskrav. Det jobbes med prioritering av kartlagte investeringsbehov i klinikkene.

Med svakere økonomiske resultater vil foretakets evne til å finansiere investeringer reduseres. USS-prosjektet vil også legge beslag på ressurser nødvendig for planlegging og gjennomføring av lokale investeringsprosjekter. Det forventes derfor at investeringsnivået i 2023 må reduseres sammenliknet med nivå fra ØLP (130 millioner kr.). Det vil derfor bli nødvendig med strenge prioriteringer også for investeringsområdet i 2023.

# Prop. 1 S (2022-2023) -forslag til statsbudsjett

Lagt frem 6. oktober 2022

HELSE  SØR-ØST

## Regjeringens overordnede mål for helse- og omsorgspolitikken er:

1. God helse og mestring i befolkningen, uavhengig av sosial bakgrunn
2. Gode pasientforløp og rask tilgang til tjenester i hele landet
3. Helse- og omsorgstjenesten er et attraktivt arbeidssted i et livslangt karriereløp
4. Bærekraftig og rettferdig ressursbruk
5. Helse- og omsorgssektoren er forberedt i møte med kriser og katastrofer



# Særskilte satsingsområder 2023

- Regjeringens hovedmål er å videreutvikle og styrke vår felles helsetjeneste og motvirke sosiale og økonomiske helseforskjeller. Vi skal skape et helsefremmende samfunn, forebygge sykdom og sikre en helsetjeneste som gir god hjelp, behandling og omsorg til befolkningen i hele landet.
- Styringskrav og mål i oppdragsdokument og foretaksmøte for 2023 samles i følgende hovedområder:
  - Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
  - Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet
  - Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp
  - Teknologi og digitalisering
  - Organisasjon og økonomi

# Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

- Opptrappingsplan for psykisk helsevern som skal styrke behandlingstilbudet til psykisk syke, planen skal ferdigstilles i 2023.
- Forebyggings og behandlingsreform for rusfeltet i 2023
- 150 mill. kroner til å øke døgnkapasiteten for barn, unge og voksne i psykisk helsevern i 2023.
- Helsesatsingen i barnevernet skal videreføres og styrkes.
- Arbeidet med å tilby vurderingssamtale til alle som henvises til psykisk helsevern videreføres.
- Det er særlig krevende å rekruttere spesialister, både psykiatere og psykologspesialister. Å legge til rette for å utdanne, rekruttere og beholde relevant personell for denne pasientgruppen vil være en viktig oppgave for regionale helseforetak.

## Økt grunnfinansiering

- Det foreslås 700 millioner kroner i økt grunnfinansiering
  - 550 millioner kroner som skal gi rom for vedlikehold, investeringer, beredskapsarbeid og satsing på intensivkapasitet
    - Helse Sør-Øst RHF sin andel utgjør 281,7 millioner kroner
  - 150 millioner kroner til døgnbehandling i psykisk helsevern for barn, unge og voksne
    - Helse Sør-Øst RHF sin andel utgjør 76,8 millioner kroner
- RHF-ene vil få i oppdrag at ventetiden ikke skal øke i 2023 sammenlignet med 2022

## Økt aktivitet (1)

- Budsjettet legger til rette for en generell vekst i pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten på om lag 1,5 % i 2023 fra saldert budsjett 2022.
  - 2022: 1,4 % vekst
  - ØLP 2023: 1,7%
- Den demografiske utviklingen kan tilsi en aktivitetsvekst i sykehusene på 1,3 % nasjonalt.
- Økt basisramme for Helse Sør-Øst RHF utgjør 702,5 millioner kroner.
  - Forutsatt 620 millioner kroner i ØLP 2023 (basisrammeandel 50%)
- Kompensasjon for pandemi i 2022 er ikke videreført i 2023.
- Den generelle aktivitetsveksten omfatter aktivitet i de offentlige sykehusene og kjøp fra private aktører.
- Veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering.

## Økt aktivitet (2)

- Budsjettet legger til rette for en vekst innen poliklinisk aktivitet i helseforetakene på 2,5 % for laboratorier og radiologi
  - 2022: 2,7%
- For pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering legges det til rette for en vekst på om lag 1,4 % fra saldert budsjett 2022
  - 2022: om lag 1,3 %

# Effektiviseringstiltak

- Det foreslås 2 000 millioner kroner til økt aktivitetsvekst og 700 millioner kroner i økt grunnfinansiering. Korrigert for **effektiviseringskrav på 263 millioner kroner**, foreslås det å øke driftsbevilgningene til sykehus med 2 437 millioner kroner i 2023.
- Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen videreføres ikke, men det settes et generelt effektiviseringskrav. For spesialisthelsetjenesten er dette 263 millioner kroner:
  - 52 millioner kroner fra laboratorie- og røntgentjenester (post 77): *For ytterligere å stimulere til økt effektivisering, underreguleres de aktivitetsbaserte refusjonene for laboratorie- og radiologiområdet med 51,6 mill. kroner, utover øvrige budsjettiltak.*
  - 201 millioner kroner: for å styrke andre prioriterte tiltak
  - 10 millioner kroner: underregulering av tilskudd
- Anslått kostnadsvekst for 2022 (deflatoren) er nå oppjustert fra 2,7 prosent i Saldert budsjett 2022 til om lag 4,9 prosent ifb. Prop. 1S (2022-2023). Deflator i budsjett 2023 er satt til 3,8 prosent.

## Lønns- og prisforutsetninger

- Økning på 3,8 % fra 2022 til 2023, herav lønn 4,2 % (andel 70 %) og pris 3,0 % (andel 30 %)
- Den økte pris- og lønnsveksten i 2022 kompenseres ikke i 2023.
- Enhetspris ISF somatikk er satt til 49 484 kroner
- Enhetsprisen ISF innenfor psykisk helsevern og TSB er satt til 3 480 kroner
- Betalingssatsen for kommunene for utskrivningsklare pasienter prisjusteres til 5 508 kr i 2023

# Resultatbasert finansiering (1)

- Resultatbasert finansiering erstattet den tidligere ordningen med kvalitetsbasert finansiering fra budsjettåret 2022
- Formålet med ordningen er å stimulere til ønsket tjenesteutvikling, med vekt på samhandling og digitalisering
- HOD foreslår sju indikatorer som vektes ulikt, ut fra antall observasjoner:
  - Andel video- og telefonkonsultasjoner
  - Andel pasienter med digital skjemabasert oppfølging og monitorering
  - Andel pasienter med gjennomført nettbasert behandlingsprogram
  - Andel pasienter med samarbeidsmøter mellom spesialist- og primærhelsetjenesten innen psykisk helsevern og rusbehandling
  - Andel pasienter med teambasert oppfølging (for eksempel ACT-/FACT-team)
  - Andel schizofrenidiagnostiserte som har fått individuell plan
  - Andel epikriser sendt innen samme dag
- I fordelingen for 2023 er det data for 1. tertial 2022 som benyttes. Det tas sikte på å gjennomføre en avregning i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2023.



## Resultatbasert finansiering (2)

- Helse Sør-Øst RHF får reduserte inntekter med 27,7 millioner kroner sammenlignet med en fordeling av midlene til resultatbasert finansiering etter inntektsmodellen.
- «Helse Sør-Øst har jevnt over god måloppnåelse, men enkelte indikatorer trekker ned resultatet».

Tabell 4.3 Fordeling av tilskuddet til resultatbasert finansiering (mill. kroner)

	Fordeling 2023	Fordeling 2022	Endring fra 2021 til 2022	Endring fra 2022 til 2023 i pst.	Fordeling sammenliknet med fordeling av basisbevilgning
Helse Sør-Øst RHF	304,9	297,8	7,1	2,4 %	-27,7
Helse Vest RHF	139,5	117,3	22,2	18,9 %	22,3
Helse Midt-Norge RHF	98,5	107,3	-8,8	-8,2 %	11,2
Helse Nord RHF	69,1	67,9	1,1	1,7 %	-6,7
Sum	612,0	590,3	21,7	3,7 %	0

## Utdanningsstillinger for spesialsykepleiere

- Ved Stortingets behandling av Prop. 51 S (2021-2022) ble det bevilget midler til å opprette minst 200 nye utdanningsstillinger for spesialsykepleiere innen anestesi-, barne-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie (ABIOK).
- Det foreslås 199 millioner kroner i helårseffekt til tiltaket i 2023, hvorav 107,3 millioner kroner til Helse Sør-Øst RHF.
- Utdanningsstillingene skal opprettes i tillegg til eksisterende utdanningsstillinger og med grunnlag i en dokumentert behovsanalyse og plan for personell og kompetanse på kort, mellomlang og lang sikt.
- Relevante aktører skal involveres og samarbeidet med universitets- og høgskolesektoren skal vektlegges.

# Overføring av finansieringsansvaret for legemidler fra Folketrygden til de regionale helseforetakene

- Finansieringsansvaret for flere legemiddelgrupper ble overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene 1. september 2020 og 1. februar 2021.
- Det foreslås å inkludere flere av disse legemidlene i innsatsstyrt finansiering fra 2023.
- For Helse Sør-Øst RHF foreslås det å redusere basisrammen med 128,9 millioner kroner knyttet til inkludering av legemidler i ISF.

# Økt bevilgning knyttet til betaling for nasjonale e-helseløsninger og nettløsning

- Kompensasjon for kostnader til nasjonale e-helseløsninger: Det foreslås å øke basisbevilgningene til de fire regionale helseforetakene med 21,2 millioner kroner for å dekke en tredjedel av veksten i kostnadene til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger i 2023.
  - Økning med 11,4 millioner kroner for Helse Sør-Øst RHF
    - Bakgrunn: Helse- og omsorgsdepartementet har ute høring på: *Endringer i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger (økning i betalingen for nasjonale e-helseløsninger mv.)* med høringsfrist: 26. oktober 2022. Forskriften vil legge føring for kostnadsnivået til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger i 2023. Foreslått økning i basisbevilgning i statsbudsjettet utgjør en tredjedel av forventet vekst. Øvrig vekst på to tredjedeler av forventet økning må innenfor rammen, dette utgjør 22,8 millioner kroner for Helse-Øst RHF.
- Forvaltning og drift av e-helseløsninger: Det foreslås å flytte 7,8 millioner kroner til Helsedirektoratet for forvaltning og drift av tjenester som frikort, velg behandlingssted, kunnskapsinnhold om helse og rettigheter, bytte fastlege og verktøy for mestring og folkehelse på helsenorge.no.
  - Reduksjon med 4,2 millioner kroner for Helse Sør-Øst RHF

# Andre endringer i basisramme for Helse Sør-Øst RHF (1)

- Økt gebyr for manglende fremmøte til somatisk poliklinikk, reduksjon med 32,2 millioner kroner
  - Det foreslås å øke gebyret til å utgjøre fire ganger egenandelens størrelse. Forslaget innebærer en samlet innsparing tilsvarende 59,7 millioner kroner, for de regionale helseforetakene. Det foreslås ingen endringer av gebyret innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Behandling av personer dømt for seksuelle overgrep, økning med 19,3 millioner kroner
  - I forbindelse med at behandlingstilbudet har blitt etablert som del av den ordinære spesialisthelsetjenesten. Det foreslås at 34 millioner kroner til drift av behandlingstilbudet flyttes til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger.
- Behandling av barn og unge med seksuelle atferdsproblemer, økning med 5,5 millioner kroner
  - For å understøtte videre arbeid med etablering av regionale spisskompetansemiljøer for behandling av barn og unge med skadelig seksuell atferd foreslås det å flytte 10,3 millioner kroner fra kap. 765, post 21 til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger.

## Andre endringer i basisramme for Helse Sør-Øst RHF (2)

- Manglende prisjustering egenandeler, økning med 39,9 millioner kroner
- Hjemmetest livmorhalsprogrammet, økning med 1,3 millioner kroner
- Økte egenandeler pasientreiser og poliklinisk helsehjelp, reduksjon med 3,9 millioner kroner
- Endringer i bioteknologiloven, økning med 4,9 millioner kroner
  - Helårseffekt av bevilgning i 2022

## Oppgaver som må dekkes innenfor tilgjengelige rammer

- Ny forskrift om kapitaliseringsrente ved utmåling av personskadeerstatning vil tre i kraft fra 1. oktober 2022. Merutgiftene for de regionale helseforetakene vil være om lag 170 millioner kroner på årsbasis.
- De regionale helseforetakene skal ivareta legemiddelberedskapen i spesialisthelsetjenesten. Dette må finansieres av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene. Tilskudd gitt i 2022 foreslås ikke videreført i 2023.
  - Det er i tillegg foreslått over kap. 702, post 22 og post 71:
    - 110,6 millioner kroner til beredskapslagring legemidler på posten til administrasjon og kompensasjon til grossistene for utvidet beredskapslagring, og at avtaler inngått under pandemien avvikles
    - 153,5 millioner kroner i tilskudd til beredskapslagring smittevernutstyr

## Endringer i ISF-ordningen

- Andelen innsatsstyrt finansiering innenfor somatikken foreslås redusert fra 50 prosent til 40 prosent fra 2023.
  - Forslaget innebærer at det flyttes 8 552,8 millioner kroner fra ISF-ordningen til basisramme, hvorav 4 611,3 mill. kroner til basisbevilgning for Helse Sør-Øst RHF.
- Det foreslås at rehabilitering i ISF-ordningen utvides. For Helse Sør-Øst RHF innebærer det at det flyttes 25,1 millioner kroner fra basisramme til ISF-ordningen.
- Ingen endring i ISF-andelen av aktivitetsbasert finansiering innen psykisk helsevern og TSB.
  - ISF-andelen anslås å være 25 prosent i 2023
- Avtalespesialistenes aktivitet er fremdeles ikke inkludert i ISF-ordningen.



# Avvikling av godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg

- Regjeringen tar sikte på å avvikle godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg fra 2023. Det planlegges å fremme en sak for Stortinget i løpet av høsten 2022
- Alle pasienter i spesialisthelsetjenesten skal fremdeles kunne velge mellom offentlige tilbud, og private tilbud som de regionale helseforetakene har anskaffet gjennom anbud.
- De regionale helseforetakene skal påse at pasientene får videreført de tilbud de har behov for når ordningen avvikles.
- Avviklingen av godkjenningsordningen vil ikke ha bevilgningsmessige konsekvenser for de regionale helseforetakene. En avvikling innebærer derfor at midlene de regionale helseforetakene i dag bruker på pasientbehandling i denne ordningen, kan omprioriteres til pasientbehandling i egenregi eller gjennom kjøp fra private aktører gjennom anbud.

## Pensjonskostnad og pensjonspremie

- Budsjettforslaget for 2023 bygger på et anslag for samlede pensjonskostnader for de regionale helseforetakene på 16 100 millioner kroner inkludert arbeidsgiveravgift. Dette er en økning på 1 900 millioner kroner fra bevilgningsnivået ved Saldert budsjett 2022.
- Helse Sør-Øst RHF får bevilget 1 024 millioner kroner av økningen i pensjonskostnad fra Saldert budsjett 2022.
- Budsjettforslaget for 2023 bygger på et anslag for samlede pensjonspremier for de regionale helseforetakene på 23 700 millioner kroner inkludert arbeidsgiveravgift.
- Endelig informasjon om nivået på pensjonskostnad og pensjonspremie i 2023 vil tidligst være kjent henholdsvis ultimo januar 2023 og høsten 2023. Regjeringen vil komme tilbake til håndtering av eventuelle endringer.

## Bruk av premiefond og utvidet driftskreditt

- Differansen mellom pensjonskostnad og -premie anslås å være 7 600 millioner kroner i 2023, og foreslås håndtert dels gjennom bruk av helseforetakenes premiefond og dels gjennom økning av driftskredittrammen.
- Helseforetakene gis anledning til å bruke 1 000 millioner kroner av premiefond til betaling av pensjonspremier i 2023. Ved bruk av premiefond til å betale pensjonspremier svares det ikke arbeidsgiveravgift og likviditetsbehovet reduseres derfor med 141 millioner kroner.
- Driftskredittrammen til de regionale helseforetakene økes med 6 459 millioner kroner til 19 664 millioner kroner ved utgangen av 2023.
- Tidligere praksis tilsier at Helse Sør-Øst RHF sin andel av bruk av premiefond og endret driftskredittramme baseres på den nasjonale inntektsmodellens fordelingsnøkkel, og at Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til den faktiske fordelingen.

# Håndtering av økte pensjonskostnader for de private ideelle institusjonene

- "Per 2022 begynner enkelte av de private ideelle institusjonene å nærme seg en samlet årlig kostnadsøkning som er større enn den positive resultateffekten fra 2014".
- Regjeringen vil komme tilbake til håndtering av eventuelle bevilgningsmessige endringer for Helse Sør-Øst RHF som følge av dette.

# Laboratorie- og radiologi

- Lagt til rette for en aktivitetsvekst på 2,5 %
- For ytterligere å stimulere til økt effektivisering, underreguleres de aktivitetsbaserte refusjonene for laboratorie- radiologiområdet med om lag 51,6 millioner kroner utover øvrige budsjettiltak.
- Refusjonssatsene for radiologi- og laboratorievirksomhet øker i gjennomsnitt med 2,1% i 2023.

# Overføring fra tilskudd til basisramme

- Det er foreslått å flytte enkelte bevilgninger fra tilskudd under post 70 til basisramme
- Dette innebærer at disse midlene blir frie inntekter
- For Helse Sør-Øst RHF er følgende tilskudd overført til basisramme
  - Nasjonal koordineringsenhet for dom til behandling (1,7 mill. kroner)
  - Oppfølging av barn og unge med identifisert narkolepsi som mulig følge av influensavaksinen Pandemrix (4 mill. kroner)
  - Økt kunnskap om behandling av personer med skadelig bruk av doping (5 mill. kroner)
  - Tematisk biobank CFS/ME (1 mill. kroner)
  - Anestesibemannede legebiler Mjøsområdet og Grenland (11,1 mill. kroner)

## Andre endringer i tilskudd for Helse Sør-Øst RHF

- 10 millioner kroner til tilpasninger til radiologmangel i Mammografiprogrammet (Kreftregisteret), ettårig tilskudd til investeringer
- **Nasjonale bevilgninger- ikke fordelt mellom regioner**
- 2,3 millioner kroner i økning for tverrfaglig helsekartlegging
- 44,5 millioner kroner for nye LIS-stillinger
  - 31 millioner kroner i økt bevilgning til videreføring av 31 stillinger med oppstart høsten 2022. **Det foreslås å ikke opprette ytterligere 31 stillinger våren 2023.**
  - 13,5 millioner kroner til videreføring av 100 stillinger, hvorav 50 med oppstart høsten 2021 og 50 med oppstart våren 2022.

# Forskning

- Helse Sør-Øst RHF foreslås tildelt 327,4 millioner kroner til forskning
- I tillegg foreslås
  - 184,8 millioner kroner til nasjonalt program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten (KLINBEFORSK)
    - Helse Sør-Øst RHF håndterer midlene i samråd med og på vegne av de øvrige tre regionale helseforetakene
  - 31,4 millioner kroner til NorTrials
    - Helse Sør-Øst RHF koordinerer satsningen og håndterer midlene i samråd med og på vegne av de øvrige tre regionale helseforetakene



# Nasjonale kompetansetjenester

- Tilskuddet til nasjonale kompetansetjenester i Helse Sør-Øst RHF er 364,3 millioner kroner. Dette inkluderer 238,3 millioner kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser.
- Helse- og omsorgsdepartementet har besluttet å gjøre endringer i organisering og videreføring av dagens nasjonale kompetansetjenester.
- I 2022 har de regionale helseforetakene hatt et felles arbeid og etablert felles rammeverk for nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk og prinsipper og prosess for å vurdere videre drift for nasjonale kompetansetjenester som avvikles og som videreføres i annen form.
- Prosessen i 2022 har lagt grunnlaget for at 23 av de nasjonale kompetansetjenestene (nasjonalt) som har hatt en virketid over ti år vil avvikles som kompetansetjeneste i løpet av 2023.
  - De regionale helseforetakene beslutter hvordan nasjonale kompetansetjenester som avvikles skal videreføre sine funksjoner.
- Flertallet av kompetansetjenestene blir videreført som nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk.

## Utbetalinger lån og tilskudd 2023 (hhv post 82 og 81)

Helseforetak	Prosjekt	Krone-verdi	Innvilget låneramme	Utbetalt frem til og med 2022	Lån til utbetaling 2023	Innvilget tilskuddsramme	Utbetalt frem til og med 2022	Tilskudd til utbetaling 2023	Deflatorfaktor
Akershus universitetssykehus HF	Sykehusbasert psykisk helsevern	2022	<b>695,0</b>	35,0	<b>161,0</b>				3,50 %
Sykehuset Telemark HF	Utbygging Skien og strålesenter	2022	<b>928,0</b>	66,0	<b>102,0</b>				2,70 %
Oslo universitetssykehus HF	Regional sikkerhetsavdeling*	2021	<b>830,0</b>	175,0	<b>141,0</b>				2,60 %
Oslo universitetssykehus HF	Aker og Gaustad	2020	<b>29 073,0</b>	305,0	<b>1 439,0</b>				3,00 %
Oslo universitetssykehus HF	Nytt klinikkbygg Radiumhospitalet	2018	<b>2 738,0</b>	2 169,0	<b>621,0</b>				3,00 %
Oslo universitetssykehus HF	Protonterapisenter	2018	<b>1 198,0</b>	701,0	<b>331,0</b>	<b>513,0</b>	310,2	<b>148,0</b>	3,00 %
Vestre Viken HF	Nytt sykehus i Drammen	2017	<b>8 460,0</b>	4 920,0	<b>2 066,0</b>				3,00 %
Sørlandet sykehus HF	Nytt psykiatribygg	2017	<b>567,0</b>	597,8	-				
Sykehuset i Vestfold HF	Tønsbergprosjektet	2014	<b>1 870,0</b>	2 147,3	-				
<b>Sum</b>			<b>46 359,0</b>	<b>11 116,1</b>	<b>4 861,0</b>	<b>513,0</b>	<b>310,2</b>	<b>148,0</b>	
								Tilskudd protonterapisenter	13,8 %

- Det foreslås utbetalt samlet 4.861,0 millioner kroner i lån, samt 148 millioner tilskudd i 2023
- Videreføring av prosjekter innvilget lån, ingen nye
- Tønsbergprosjektet ferdig utbetalt i 2021, Nytt psykiatribygg ferdig utbetalt i 2022
- Lånene er ikke prisregulert med 3,8%

## Saksfremlegg

### Saksgang:

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
Styret i Sykehuset Telemark HF	26. oktober 2022

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

**Sak: 093-2022**

### Ledelsens gjennomgang 2022

#### Hensikten med saken

Hensikten med saken er å gi styret et referat fra Ledelsens gjennomgang (LGG) avholdt i 2022, jfr. administrerende direktørs instruks punkt 4. Administrerende direktørs hovedoppgaver tredje avsnitt under overskriften Informasjon til styret.

LGG på overordnet nivå for Sykehuset Telemark ble gjennomført 30. august 2022.

LGG for miljøsystemet 2022 ble gjennomført som en del av den totale LGG for Sykehuset Telemark HF.

#### Forslag til vedtak

Styret tar informasjonen om avholdt Ledelsens gjennomgang 2022 til orientering.

Skien, 17. oktober 2022

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

## 1. Hva saken gjelder

Administrerende direktør skal, i henhold til instruks, én gang per år gi styret et referat fra Ledelsens gjennomgang (LGG) av styringssystemet jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 8 f. Dette for å sikre at kravene til helseforetaket følges, om kvaliteten på systemene, tjenestene og resultatene er som forventet, samt hva som bør forbedres i styringssystemet og hvordan.

Sykehuset Telemarks LGG er et verktøy i forbedringsarbeidet for å få et godt fungerende styringssystem. Relevante systemelementer er gjennomgått med fokus på å løfte frem utfordringer til diskusjon og iverksetting av tiltak ved behov av ledergruppen. Ledelsens gjennomgang er gjennomført på foretaksnivå og i den enkelte klinikk.

I dokumentet Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst» versjon nr.1.0 24.09.2020, legges det følgende til grunn vedrørende LGG:

Som del av sitt tilsynsansvar skal styret i helseforetaket påse at styringssystemet fungerer i tråd med hensikten og bidrar til måloppnåelse og kontinuerlig forbedring av virksomheten. Det skal minst én gang årlig foretas en systematisk gjennomgang av det samlede styringssystemet i helseforetaket (ledelsens gjennomgang). Ledelsens gjennomgang er den overordnede styrende og kontrollerende delen av internkontrollen i virksomheten. Gjennomgangen skal dokumenteres og minimum omfatte:

- En gjennomgang av helseforetakets resultater og vurdering av om mål og resultater nås
- En vurdering av om gjeldende lover, forskrifter og faglige anbefalinger overholdes
- En samlet vurdering av om styringssystemet fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring
- En plan for forbedring av styringssystemet

Resultater fra ledelsens gjennomgang av styringssystemet skal dokumenteres. Identifiserte forbedringstiltak skal prioriteres og følges opp i virksomhetsplanleggingen. Status for oppfølging av tiltak skal ligge til grunn for neste ledelsens gjennomgang

Direktørens ledergruppe gjennomførte LGG på foretaksnivå 30. august 2022. På foretaksnivå ble styringssystemet vurdert på 14 områder. Disse fremkommer i tabellen under. LGG for miljøsystemet inngår i overordnet LGG, men saksunderlag og presentasjon er tilpasset krav i ISO-standard. Referat med tiltaksplan ble vedtatt av ledergruppen i møte 13. september 2022 og en oppsummering følger under:

## 1. Oppfølgingstiltak etter tidligere LGG

### Resultat / måloppnåelse:

Ca. 51 prosent av tiltakene er gjennomført og anført som grønne. Ca. 43 prosent er ikke ferdigstilt og markert som gule. De resterende (3 tiltak) er markert som røde. Det ene av disse gjelder regional anskaffelse av digital løsning for samvalgsværktøy, som lagt på is april 2022 – tiltaket utgår derfor. STHF har en plan for implementering samvalg og dette fremmes som ledergruppesak i ledermøtet 13. september. Under område 12 Informasjonssikkerhet og personvern finner vi de øvrige «røde tiltakene». Her rapporteres det om utfordringer med hensyn til protokoll for databehandlingsaktiviteter. Det er en prosess sammen med Sykehuspartner, som må bidra til å få ryddet i protokollen. Det må ryddes før vi kan invitere linja inn for kvalitetssikring og løpende ajourføring. Prioriteres. Det er også utfordringer med hensyn sykehusets tiltak om oppfølging av funn i Helsetilsynets revisjon av IKT-beredskap og forsvarlig helsehjelp 2020, rapport ble levert 2021. Oppsummering av funn og foreslåtte tiltak ble presentert i KPU 25.01.22. Ukjent oppfølging, f.eks. risikovurdering bortfall IKT. Andre HF er i prosess. Det er kontroll på restansene som bør videreføres som tiltak i 2022/2023.

### Utfordringsbilde på systemnivå:

Utfordrende å følge opp. Ikke en integrert del av driften i alle klinikker. Behov for et felles elektronisk system for oppfølging og aggregering av resultater/informasjon i hver klinikk/enhet/seksjon.

### Tiltak:

Ta i bruk nytt forbedringssystem til ledelsens gjennomgang på foretaks- og klinikknivå

### Tidsfrist:

2023

## 2. Vurdering av prestasjoner og måloppnåelse

### Resultat / måloppnåelse:

Klinikkene og STHF rapporterer samlet måloppnåelse i Virksomhetsstyring og – rapporter hver måned. Det er god måloppnåelse på mange områder (f eks kreftpakkeforløp og ventetider PHV), men også flere områder hvor mål ikke nås (f.eks økonomi, ventetider somatikk, fristbrudd og korridorpasienter). Det blir iverksatt oppfølgingsaktiviteter for å sikre måloppnåelse i klinikkene og på foretaksnivå, men en krevende driftssituasjon i flere deler av sykehuset gjør det vanskelig å oppfylle alle mål på kort sikt.

### Utfordringsbilde på systemnivå

Strukturert datafangst fra ulike systemer som blir benyttet ved sykehuset utvikles, for å unngå tidkrevende rapportering og manuell datafangst. Det pågår arbeid for å etablere et enklere, mer oversiktlig og brukervennlig system for ledelsesinformasjon (bygget på RDAP).

Metodikk for risikostyring er etablert, men må utvikles videre, gjerne koblet mot LGG og rapportering OBD og ved valg av tema for konsernrevisjoner. Det vurderes om risikostyringsmodul i EQS er egnet som verktøy.

### Utfordringsbilde på systemnivå:

<p>Arbeidet med et mer oversiktlig og brukervennlig system for ledelsesinformasjon videreføres. I første omgang med fokus på de forenklinger og forbedringer som kan gjennomføres lokalt i STHF, i tett dialog med brukere av informasjonen. Når regional plattform for data og analyse (RDAP) kommer på plass må det sikres at vi realiserer de nye og forbedrede muligheter som følger av denne. Virksomhetsrapport til ledergruppen blir revidert for å sikre relevans opp mot ledelsens behov.</p> <p>Ny og forbedret metodikk for risikostyring er innført, men det er fortsatt behov for å utvikle ledergruppens og klinikkens arbeid med dette videre.</p>	
<b>Tiltak:</b>	<b>Tidsfrist:</b>
Løpende arbeid med forbedre virksomhetsstyring/rapportering og tilgjengeliggjøre relevant styringsinformasjon for leder på ulike nivå. Bygge på datafangst som blir tilrettelagt for gjennom RDAP.	Løpende utvikling
Vurdere å ta i bruk risikostyringsmodul i EQS.	31.12.2022
Samordne vurdering av ulike risikoområder på tvers av styringsaktiviteten ved sykehuset. Aktivt bruke identifiserte risikoområder som utgangspunkt for forbedringsarbeid, revisjoner osv	Løpende
<i>Restanser til oppfølging fra tidligere LGG:</i> Enhetlig oppbevaring og arkivering av risikovurderinger (P360 med varsling). Ansvarlig SSL	Ikke fastlagt
<b>2.1 Vurdering av prestasjoner og måloppnåelse – HMS</b>	
<p><b>Resultat/måloppnåelse:</b>            Resultat fra måloppnåelse i overordnet HMS handlingsplan legges fram og gjennomgås i årlig rullering av HMS mål og plan i AMU, ledergruppa og styre og presenteres i årsrapport HMS.            Det meldes tertialvis på HMS indikatorer til HSØ, AMU og i sykehusets tertialrapport            Resultatene synliggjør måloppnåelse og gir grunnlag for forbedringsarbeid innen de ulike HMS områder.            Det er etablert helhetlig og systematisk oppfølging av HMS som del av sykehusets virksomhetsstyring.</p> <p>Det jobbes systematisk med forbedring av HMS-systemet og det gjennomføres utviklingstiltak på aktuelle HMS områder:            HMS kurs for VO tilbys alle ledere            HMS kurs og opplæring er lagt inn i kompetanseportalen            Etablert struktur for opplæring vold og trusler            Implementert forbedringssystemet EQS (ivaretar klassifisering av uønskede hendelser innen HMS)            Oppdatere oversikt og samsvarsvurdering av krav og ansvar innen HMS</p> <p><b>Utfordringsbilde på systemnivå:</b>            Mangelfull system støtte for oversikt og oppfølging innen HMS områder som vernerunde og risikovurdering</p>	
<b>Tiltak:</b>	<b>Tidsfrist:</b>

Etablere systematikk for gjennomføring av vernerunde i EQS	Pilot i 2022
Gjennomføre vernerunder elektronisk i EQS	2023
Etablere systematikk for gjennomføring av risikovurdering innen HMS områder i EQS	Pilot vår 2023
Gjennomføre risikovurderinger elektronisk i EQS	Høst 2023
<b>3. Opplæring, kompetanse og rekruttering</b>	
<p><b>Resultat / måloppnåelse:</b>  De fleste klinikker etterlever strategisk kompetansestyring i henhold til Heliks ID 6918. Kartlegging av kompetansebehov gjennomføres årlig. Sykehuset har god oversikt over hva som er behovene når det gjelder rekruttering av ulike yrkesgrupper på kort, mellomlang og lang sikt. Kompetanseportalen og Personalportalen er gode verktøy for å skaffe slik oversikt.</p> <p><b>Utfordringsbilde på systemnivå</b>  Innføring av Kompetanseportalen har vært og er ressurskrevende prosess. En krevende driftssituasjon medfører at progresjonen er ulik fra klinikk til klinikk.  Sykehuset skal i 2022/23 innføre en rekke nye teknologiske løsninger. Disse vil kreve ressurser i form av avsatt tid til opplæring, supervisjon og etablering av nye arbeidsmetoder.  Sykehuset har fremdeles utfordringer med å rekruttere sykepleiere, spesialsykepleiere, gynekologer, psykiatere, psykologspesialister og jordmødre. Risikoen er at sykehuset ikke har tilstrekkelig kvalifisert arbeidskraft på rekrutteringsvake områder på lang sikt.</p>	
<b>Tiltak:</b>	<b>Tidsfrist:</b>
Utvikle og gjennomføre det vedtatte Traineeprogrammet for sykepleiere	Oppstart juni 2023
Ivareta studenter/hospitanter på en slik måte at de ønsker å jobbe her etter endt utdanning	Løpende
Fortsette lederutviklingsprogrammene for seksjonsledere og avdelingsledere	Løpende
Oppstart og gjennomføring av lederveiledning	Høsten 2022
Tilby ledere støtte og veiledning i rekrutteringsprosesser	Løpende 2022
Samarbeide tett med kommunikasjonsavdelingen om profilbyggende tiltak som vil være rekrutteringsfremmende	Løpende 2022
Økt bruk av sosiale medier i rekruttering	Løpende 2022
Nødvendige kompetansetiltak for DIPS Arena	Våren 2023
Innføring av basisplan for ledere i Kompetanseportalen	Høsten 2022
<b>4. Brukermedvirkning</b>	

**Resultat / måloppnåelse, samt utfordringsbilde på systemnivå:**

Arbeidet med brukerundersøkelsen må settes inn i en sammenheng. Tilgjengeligheten av undersøkelsen er for lav, og dermed veldig få som faktisk svarer.

I oppsettet fra ledelsens gjennomgang 2021 er det to tiltak der kommunikasjonssjef står som ansvarlig:

- Sak på intranett
- Utbedre undersøkelsen
- Under «Behov for endring» er det to punkter som relaterer til selve undersøkelsen:
  - Tilrettelegge undersøkelsen slik at den blir relevant for alle pasientgrupper
  - Legge inn alle kliniske seksjoner i undersøkelsen (MSK)

Før vi går i gang med å gjøre endringer bør vi ha klart løsninger (SMS-varsling?) som ber pasient/pårørende om å svare på noen spørsmål.

Dersom det går an å benytte SMS-varsling vil det antagelig ikke være behov for å spørre om bakgrunnsvariable, som eksempelvis hvor og når du var på sykehuset, dersom dette kan hentes direkte fra pasientsystemet.

Tilrettelegging av undersøkelsen vil altså henge sammen med tilgang til andre digitale løsninger.

Det må også klargjøres hva som menes med å «tilrettelegge undersøkelsen slik at den blir relevant for alle pasientgrupper». Hva er utfordringen med dagens undersøkelse? Bør det splittes i ulike undersøkelser for ulike pasientgrupper?

Hva ønsker vi å måle - hvilke kvalitetsindikator(er)?

Hva må svarprosenten være for at resultatene skal kunne benyttes som representative?

Kommunikasjonsavdelingen kan koordinere arbeidet med spørsmålsstilling i undersøkelsen og markedsføring av undersøkelsen, men har hverken kompetanse eller kapasitet til å gjøre det praktiske arbeidet i verktøyet for å tilrettelegge og vedlikeholde undersøkelsen, samt uttak av rapporter.

Ville det vært en ide at ansvaret for det praktiske arbeidet med undersøkelsen og rapportuttak legges til Analyse?

Som nevnt må først digital løsning for å gjøre undersøkelsen lett tilgjengelig være avklart før vi gjør endringer i undersøkelsen, primært via SMS eller stedlige Ipads på poliklinikker ev. sengeposter. Ansvaret for dette er tillagt IKT.

For å gjennomføre arbeidet bør det etableres en arbeidsgruppe fra hhv IKT, Analyse, Kvalitet, noen fra klinikkene og Kommunikasjon.

**Tiltak:**

Etablere en arbeidsgruppe fra hhv. IKT, Analyse, Kvalitet, representanter fra klinikkene og Kommunikasjon for å utbedre sykehusets brukerundersøkelse

**Tidsfrist:**

2022/2023

**5. Beredskap**
**Resultat / måloppnåelse:**

Beredskapsarbeidet er ivaretatt av beredskapsleder og beredskapsråd som rådgivende organ for AD.



Det er avlagt årsrapport i tråd med prosedyre og arbeidet i Beredskapsrådet er preget av lengre perioder med beredskapssituasjoner i forbindelse med pandemien. Det er oppdatert rammeplan og delplaner i tråd med anbefalt struktur både på HF og klinikknivå. Det er gjennomført øvelser i tråd med plan, dog ble den store øvelsen sammen med forsvaret noe redusert fra overordnet hold med bakgrunn i omstendighetene. Det er ingen utestående aktiviteter knyttet til beredskapsarbeidet.

#### Utfordringsbilde på systemnivå

Tid og rom til relevante øvelser både som HF og i samtrenning med andre nødetater. Det legges opp til både tabletop øvelser og fysiske øvelser. Risikobildet er mer sammensatt og usikkert enn normalt med både klimaendringer, ekstremisme, energiknapphet, økt fare for atomulykker og krig i Europa. Det vil derfor være svært viktig å overvåke situasjonen nøye og jevnlig gjøre strukturerte risikovurderinger med god kvalitet. Det er svært få som har sikkerhetsklarering og det er derfor svært viktig at ledergruppen holdes løpende oppdatert på risikobildet.

Tiltak:	Tidsfrist:
Jevnlige ROS vurderinger som fremlegges ledergruppa	Løpende
Gjennomføre TableTop øvelser på mulige risikosituasjoner 3-4 ganger pr. år	Løpende

### 6. Kvalitet og pasientsikkerhet

#### Resultat / måloppnåelse:

- Resultater prevalensmålinger 2022; 2. feb avlyst pga korona, 11. mai 14/29 enheter har besvart  
Kvalitetsavdelingen arrangerer dialogmøter med presentasjon av resultatene, refleksjon og erfaringsutveksling. I hvert møte er det faglig påfyll om et av innsatsområdene. Godt oppmøte.
- Utdanningsprogram for klinisk forbedringskompetanse etablert i samarbeid med SiV og SiØ.
- Årlig temasak ledergruppe og styre om pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring – status og planer
- Etablert kvalitetsindikatorer for status/utvikling opplæring legemiddelsikkerhet og NEWS/PEWS.
- Implementere samvalg 2022/2023 (ledergruppesak september)

#### Utfordringsbilde på systemnivå

- Behov for tettere oppfølging av innsatsområder pasientsikkerhet
- Krav til bruk av Teams i regionalt forbedringsarbeid (ikke innført/prioritert ved STHF)
- HELIKS – mange finner ikke fram – for høy brukerterskel. I tillegg for mange systemer
  - Behov for å erstatte HELIKS med EQS og regionale/nasjonale fagprosedyrer (Metodebok.no)

<b>Tiltak:</b>	<b>Tidsfrist:</b>
Etablere handlingsplan for pasientsikkerhet 24/7	November 2022/ Pasientsikkerhets- konf.
Etablere ryddeplan i HELIKS	2023
Ta i bruk regionale/nasjonale fagprosedyrer (Metodebok.no)	Pilot høst 2022
<i>Restanse fra LGG 2021:</i> Utrede elektroniske tavler til oppfølging av risikoområder pasientsikkerhet (Helselogistikk-prosjektet)	Ikke avklart
<i>Restanse fra LGG 2021:</i> Forbedring av utskrivningsprosessen – gjennom delprosjekt Trygg utskrivning – pilot i samarbeid med Skien kommune, ref samhandlingsavvik. (Pasientflyt 24/7)	31.12.22
<b>7. Uønskede hendelser/ avvik og korrigerende tiltak</b>	
<b>Resultat / måloppnåelse:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Innføring EQS</li> <li>• Opplæringsprogram EQS inkl. NOKUP</li> <li>• Rapportering på gevinstrealisering EQS fast punkt i KPU-STHF møtene</li> <li>• Årlige saker – ledergruppe og styre: Uønskede hendelser med NOKUP og § 3-3a varsler og Hendelsesanalyser</li> <li>• Hendelsesanalyser: Statusgjennomgang i ADs oppfølgingsmøter med klinikksjefene (kvartalsvis)</li> <li>• Rapportering på status og utvikling i virksomhetsrapportene</li> <li>• GTT – deltakelse i forbedringsprosjekt i regi av Helsedirektoratet (forsinket)</li> </ul>	
<b>Utfordringsbilde på systemnivå</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gevinstrealisering forbedringsarbeid – EQS</li> <li>• Elektronisk samhandling ikke tatt i bruk - Lang saksbehandlingstid og hyppige feil knyttet til papirbasert administrering av samhandlingsavvik</li> <li>• GTT team mangler ressurser</li> <li>• Hendelsesanalyseteam: turnover, behov for flere med medisinsk kompetanse</li> </ul>	
<b>Tiltak:</b>	<b>Tidsfrist:</b>
Plan for opplæring forbedringsarbeid og innføring EQS: Måle og forbedre effekt og realisere gevinster	Ultimo 2022
Forbedret samarbeid med kommunene om samhandlingsavvik (videreført fra 2021): Optimalisere og standardisere arbeidsprosessene (Samarbeidsavtaler, P 360, EQS/NOKUP og sikker e-formidling)	Ultimo 2022
<i>Restanse fra LGG 2021:</i>	Høsten 2022

Øke sikkerhetsklimaet på sykehuset. Se dette i sammenheng med implementering EQS	
<i>Restanse fra LGG 2021:</i> Forbedre avviksarbeidet med kommunene ved implementering av EQS	Ultimo 2022
<b>8. Interne revisjoner</b>	
<b>Resultat / måloppnåelse på vurderingsområde</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faste revisjonstema skal sikre at krav til internkontroll blir ivaretatt. I tillegg prioriteres områder som har særskilt aktualitet hvert år. Disse områdene er tradisjonelt blitt identifisert på bakgrunn av risiko- og hendelsesanalyser, uønskede hendelser, klager, tilsyn og revisjoner.</li> <li>• Både i 2020 og 2021 har de fleste revisjonstema vært vinklet mot covid-19, for å gi støtte til arbeidet med kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og HMS under pandemien.</li> <li>• Av smittevern hensyn har de fleste revisjonene vært gjennomført som digitale egenvurderinger.</li> <li>• I 2021 har det kun vært gjennomført stedlige revisjonen innen legemiddelområdet.</li> <li>• Resultatene fra internrevisjonen i 2021 er sammenstilt i Årsrapport internrevisjon 2021. Årsrapporten inneholder vurderinger med anbefalte forbedringsområder/tiltak for hvert tema. Rapporten behandles i klinikkens kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg (KPU-klinikk). Kvalitetsavdelingen tilbyr klinikkene gjennomgang av årsrapporten i KPU-møtene.</li> <li>• Effekten av igangsatte forbedringstiltak evalueres i Ledelsens gjennomgang (LGG) 2022 både på klinikk og foretaksnivå.</li> </ul>	
<b>Utfordringsbilde på systemnivå</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usikkerhet knyttet til gjennomføring av stedlige revisjoner - i tillegg til digitale egenvurderinger. Vil avhenge av utviklingen i pandemien.</li> <li>• Behov for systemstøtte i EQS til forbedringsarbeidet etter internrevisjonene.</li> </ul>	
<b>Tiltak:</b>	<b>Tidsfrist:</b>
Etablere systemstøtte EQS – interne revisjoner	Oktober 2022
<b>9. Eksterne revisjoner/eksterne tilsyn</b>	
<b>Utfordringsbilde på systemnivå</b>	
Behov for systemstøtte i EQS til forbedringsarbeidet etter eksterne revisjoner/eksterne tilsyn.	
<b>Tiltak:</b>	<b>Tidsfrist:</b>
Etablere systemstøtte i EQS til forbedringsarbeidet etter eksterne revisjoner/tilsyn	Oktober 2022
<i>Restanse fra LGG 2021:</i> Sikre god saksbehandlerstøtte fra EQS og P360	Ultimo 2022
<b>10. Klage- og tilsynssaker</b>	
<b>Resultat / måloppnåelse på vurderingsområde:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Feil og mangler i statistikk fra TQM</li> </ul>	

- P360 – feil/mangelfull bruk av saks/arkivsystemet
- Manglende overholdelse av svarfrister
- Saksbehandlingsfeil medfører at saker eskalerer

#### Utfordringsbilde på systemnivå

- Feil og mangler i statistikk – med følgefeil i virksomhetsrapportering og styringsinformasjon
- Manglende optimalisering og standardisering av arbeidsprosesser
- Saksbehandlerfeil: saksbehandlere og ledere mangler relevant kompetanse
- Sikre innføring av nye krav til klagesaksbehandling (Prop. 57 L (2021-2022))

Endringen gjaldt presisering av plikt til å besvare henvendelser fra pasienter m.m. om kvalitet og pasientsikkerhet (§ 3-11) [Sakens dokumenter](#) (lovforslag, komitéinnstilling, vedtak m.m.)

Endringen trådte i kraft 1. juli 2022 (lov nr. 29)

Tiltak:		Tidsfrist:
Optimalisere og standardisere foretakets arbeidsprosesser for klage- og tilsynssaker (inkl systemstøtte - HelseNorge, sikker e-formidling, EQS, P360 etc.)		Desember 2022
Styrke kompetansen innen saksbehandling av klage- og tilsynssaker med utvikling av et helhetlig program for saksbehandleropplæring i Kompetanseportalen	Kvalitet, juridisk team, Dokumentasjonssenteret	Desember 2022
Forbedre statistikken for klage- og tilsynssaker	Kvalitet, juridisk team, Dokumentasjonssenteret	Desember 2022
Innarbeide presisering av plikt til å besvare henvendelser fra pasienter m.m. om kvalitet og pasientsikkerhet (§ 3-11) i styrende dokumenter og opplæring	Kvalitet, Juridisk team	September 2022

#### 11. Samhandling med kommuner

##### Resultat / måloppnåelse og utfordringsbilde på systemnivå:

Helsefelleskapet har en struktur som krever oppfølging internt både i kommuner og sykehus, for at prosesser og vedtak skal bli tilstrekkelig forankret og implementert. Som følge av oppbyggingen av Helsefelleskapet, er det mange kommuner som ikke er med i hvert av de faglige utvalgene. For å sikre dialog og tilbakemelding til de kommunene som ikke er representert, kreves det en god struktur utover den som er avtalefestet i Helsefelleskapet. Det er forsøkt å opprette et nettverk av fagansvarlige i de kommunene som ikke er direkte representert i fagutvalgene, dette er ikke helt på plass foreløpig, men vil på sikt kunne bidra til forankring og implementering hos de som utøver tjenestene både i kommunene og på STHF. Det vil nok likevel være slik, at det vil være utfordrende å prioritere dette i en fra før travel hverdag.

Det er viktig å sikre dialogen mellom det strategiske nivået og fagutvalgene. Status fra arbeidet i FSU er nå fast post på møtene i det strategiske nivået, for å legge til rette for oppdatering og gjensidig forståelse mellom nivåene.

Det kan være utfordringer med å ha to Strategiske samarbeidsutvalg. Sakene behandles i to ulike møter, der STHF har lik representasjon i begge møtene. Ordningen med to SSU kan lett føre til at det utvalget som har møter først, legger føringer for det andre strategiske utvalget. Det er gjennomført en evaluering av ordningen med to SSU'er – resultatet av denne evalueringen er for så vidt klar, og skal presenteres for SSU 9. september som så vil komme med en anbefaling til Partnerskapsmøte i september 2022.

Det har vært en del forfall til møtene på strategisk nivå, dette oppleves som uheldig, med tanke på å bygge opp entusiasme, tro på Helsefelleskapet og implementering av vedtak som blir fattet.

På det neste partnerskapsmøte må det også legges tyngre innover Grenlandskommunene og Notodden at skal sekretariatsfunksjonen fungere, må kommunene bidra sterkere. Det er svært uheldig at det enda ikke er ansatt en samhandlingskoordinator i Notodden og at Grenlandskommunene ikke har funnet erstatter til den 20 % stillingen som var avsatt gjennom Grenlandssamarbeidet.

<b>Tiltak:</b>	<b>Tidsfrist:</b>
Fremme for partnerskapsmøtet viktigheten av at sekretariatsfunksjonen fungerer – kommunene må bidra sterkere	Sept. 2022
<i>Restanse fra LGG 2021:</i> Øke 30-dagers totaloverlevelse: Etablere møtearenaer med aktuelle kommuner for å identifisere og implementere risikoreduserende tiltak. Stikkord: NEWS og Trygg utskrivning (Pasientflyt 24/7)	31.12.22
<b>12. Informasjonssikkerhet og personvern</b>	
<b>Resultat / måloppnåelse:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protokoll – mangelfull fremdrift</li> <li>• Overføring av personopplysninger til 3. land (utenfor EU/EØS) - utfordrer fremdrift i prosjekter, bistå beslutningstaker</li> <li>• Oppfølging av Helsetilsynets rapport og funn er mangelfull – ansvar for oppfølging må diskuteres og plasseres</li> </ul>	
<b>Utfordringsbilde på systemnivå:</b>	
Delt ledelsessystem med RHF og Sykehuspartner, uklart eierskap og beslutning av styrende dokumenter.	
<b>Tiltak:</b>	<b>Tidsfrist:</b>
Protokoll; følge opp ledergruppesak fra aug. 2021 med utpeking av lokale forvaltere av protokoll på systemeiers vegne.	22-Q4
Overføring til drift/linja med videre oppfølging av mangler i protokoll eks. formål, avtaleoppfølging med leverandør, risikovurderinger, personvernkonsekvensvurderinger (DPIA) overføring til 3. land	23-Q1
Overføring av personopplysninger til 3. land (utenfor EU/EØS), eks. Skytjenester: Risikoeier bør konferere med ISL og PVO for bistand med beslutningsgrunnlag. Fortløpende vurdere risiko opp mot nytte i hvert enkelt tilfelle.	Avventer avklaringer på RHF-nivå

Med utgangspunkt i Helsetilsynets rapport gjøre risikovurdering av lengre (dager) bortfall av IKT-systemer.	23-Q1
<i>Restanse fra LGG 2021</i> Prosjekt Digital sårbarhet, inkl. oppfølging av Riksrevisjon 2019	2021-2024?
<i>Restanse fra LGG 2021</i> Oppfølging av funn i Helsetilsynets revisjon av IKT-beredskap og forsvarlig helsehjelp 2020, rapport ble levert 2021.	2022
<b>13. Ledelsens gjennomgåelse av miljøledelsessystemet</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Oppfølgingstiltak etter tidligere LGG miljø (Ref. saksunderlag pkt. 1) <ul style="list-style-type: none"> <li>– De fleste tiltak fra tidligere LGG er fulgt opp og gjennomført. De fleste restanser er knyttet til overgang til nytt rammeverk for klima og miljø.</li> <li>– Det er planlagt en informasjonskampanje ila høsten 2022</li> </ul> </li> <li>2. Endrede forutsetninger som angår virksomhetens miljøaspekter (Ref. saksunderlag pkt. 2) <ul style="list-style-type: none"> <li>– Kontekstvurdering for miljø er oppdatert for 2021 og vil gjennomgås og oppdateres i organisasjonen ila høsten 2022</li> <li>– Nytt rammeverk med felles miljømål skal innarbeides i henhold til krav i OBD 2022</li> </ul> </li> <li>3. Miljømål, halvårsstatus (Ref. saksunderlag pkt. 3) <ul style="list-style-type: none"> <li>– Miljømål er fulgt opp med status i HMS årsrapport våren 2022 og gjennomgått i AMU, direktørens ledergruppe og sykehusets styre.</li> </ul> </li> <li>4. Organisasjonens miljøprestasjoner (Ref. saksunderlag pkt. 4) <ul style="list-style-type: none"> <li>– Rapporterte avvik og uønskede hendelser innen miljø følges opp av ansvarlig leder. Trender tas opp i felles møter med ledere og fagansvarlige.</li> <li>– Utvalgte miljøindikatorer og klimaregnskap rapporteres og følges opp i HSØ i tillegg til i respektive fagmiljøer internt, samt i HMS årsrapport.</li> <li>– Samsvarsforpliktelse innen miljø gjennomgås og oppdateres årlig med aktuelle ledere og fagansvarlige og viser stor grad av samsvar.</li> <li>– Interne og eksterne revisjoner og tilsyn innen ytre miljø inngår i felles årlig rapportering og gjennomgang i ledelsen.</li> </ul> </li> <li>5. Bidrar miljøledelsessystemet til å identifisere relevante risikoområder hvor det er fare for manglende måloppnåelse eller svikt? (Ref. saksunderlag kap. 6) <ul style="list-style-type: none"> <li>– Det er etablert et system med jevnlig gjennomgang av aktuelle krav (samsvarsvurdering), oppdatering og oppfølging av mål og måloppnåelse, og jevnlig rapportering og oppfølging av indikatorer og klimaregnskap i sykehusets ledelse og i HSØ.</li> <li>– Implementering av felles rammeverk for klima og miljø i spesialisthelsetjenesten vil bidra til å styrke miljøarbeidet på vesentlige områder som gjennomføring av felles klima- og miljømål og oppfølging av disse i oppfølgingsmøte mellom</li> <li>– STHF og HSØ RHF.</li> </ul> </li> </ol>	

<b>Tiltak:</b>	<b>Tidsfrist:</b>
Oppdatere sykehuset miljøstyringssystem i henhold til krav i rammeverk for klima og miljø i spesialisthelsetjenesten; herunder konkretisering og ansvarliggjøring av felles miljømål i organisasjonen og vurdering av sykehusets miljøpolitikk.	Høst 2022
<b>Nytt tiltak innspilt i møtet:</b> Administrerende direktørs ledergruppe vurderer om det er hensiktsmessig å gjennomføre tredjeparts revisjon av miljøledelsessystemet med eksternt revisjonsselskap	Desember 2022
<b>14. Evaluering av styringssystemet ved STHF - Forbedringsbehov i system eller gjennomføring</b>	
<b>Konklusjon/ behov for endring:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Videre bruk av EQS</li> <li>• Utfordring med dagens malverk for LGG (både regneark, powerpoint og word dokumenter benyttes)</li> <li>• Videreutvikle prosess <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vurdere spørreskjema for hver seksjon</li> <li>○ Knytte tiltak til det enkelte forbedringspunkt i et elektronisk system</li> <li>○ Mulig å benytte et elektronisk system for å sammenstille resultater for hver klinikk og samlet for helseforetaket?</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Tiltak:</b>	<b>Tidsfrist:</b>
Etablere arbeidsgruppe for forbedring av systematikk og tidspunkt for gjennomføring av LGG. Forslag til arbeidsgruppens sammensetning: Tone Pedersen, Annette Fure, Geir Olav Ryntveit, 2 klinikkssjefer, Liv H Carlsen	Høst 2022 /Vår 2023
<i>Restanse fra LGG 2021:</i> Avklare hvilke innmeldte ønsker/behov for systemforbedringer som skal følges opp i nytt forbedringssystem.	2022
<i>Restanse fra LGG 2021:</i> LG-sak: Plan for implementering av Helse Sør-Øst Portal for metodebøker	Ultimo 2022

## 2. Administrerende direktørs anbefaling

Administrerende direktør anbefaler at styret tar saken til orientering. Vedtatte tiltak for å forbedre styringssystemet er operasjonalisert med ansvarlige (klinikksjefer eller stabsdirektører) og frister for leveranse. Ansvarlige for tiltakene rapporterer på status i forbedringsarbeidet per 31. desember 2022 og i forkant av Ledelsens gjennomgang 2023.

Styret vil få oppdatert status om forbedringsarbeidet i styresak om virksomhetsrapport per 3. tertial 2022 (behandles av styret i styremøte 15. februar 2023).



## Saksfremlegg

### Saksgang:

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
Styret i Sykehuset Telemark HF	26.10.2022

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

### Sak: 094-2022

### Nasjonale kvalitetsregistre og kvalitetsindikatorer

#### Hensikten med saken

Saken gir en oversikt over nasjonale kvalitetsregistre og nasjonale kvalitetsindikatorer, og sykehusets utvikling og måloppnåelse på utvalgte områder. Flere av kvalitetsindikatorene er bedret over tid.

#### Forslag til vedtak

Saken tas til orientering. Styret ber om at helseforetaket fortsetter arbeidet med kontinuerlig forbedring av kvalitetsparametre.

Skien, 18. oktober 2022

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

## 1. Hva saken gjelder

Kvalitetsregistre og kvalitetsindikatorer er en viktig kilde til kunnskap om helse og sykdom, og for å kunne utvikle bedre helsetjenester både for grupper og for den enkelte.

### Oversikt over nasjonale kvalitetsindikatorer

En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, som sier noe om kvaliteten på det området som måles. Kvalitetsindikatorer tar utgangspunkt i et eller flere av dimensjonene av kvalitet og kan for eksempel måle helsetjenestens tilgjengelige ressurser, pasientforløpet og resultat av helsetjenestene for pasientene. Kvalitetsindikatorer bør ses i sammenheng og kan samlet gi et bilde av kvaliteten i tjenesten.

Det er i underkant av 200 nasjonale kvalitetsindikatorer, hvorav ca 150 i spesialisthelsetjenesten. Mange av disse blir samlet inn via de nasjonale kvalitetsregistrene. Det er særlig tilgjengelighetsindikatorer (ventetider, fristbrudd, pakkeforløp) som henter data fra andre kilder.

De nasjonale kvalitetsindikatorerne publiseres på ulike tidspunkter gjennom året. Helsedirektoratet har laget en [Publiseringskalender 2022](#), som angir når resultater for de ulike indikatorene offentliggjøres.

Indikatorsystemet er under kontinuerlig utvikling, og per mai 2021 besto det av følgende:

Område	Antall indikatorer
AMK (svartid 113, utrykningstid, gjenoppliving, etc)	4
Behandling av sykdom og overlevelse (30-dagers overlevelse, hjemmedialyse, reinnleggelse, etc)	11
Diabetes (blodsukkerregulering, nyrefunksjon, blodtrykk, LDL-kolesterol, Pasopp, etc – barn /voksne)	7
Graviditet og fødsel (dødelighet nyfødte, fødselsrifter, keisersnitt, igangsetting fødsel, selvbestemt abort kir/med, tilstand nyfødt, etc)	10
Hjerte- karsykdommer (diverse faktorer knyttet til behandling av hjerneslag og hjerteinfarkt)	13
Infeksjon (insidens utvalgte postoperative infeksjoner, prevalens sykehusinfeksjoner)	19
Kommunale helse- og omsorgstjenester (ernæring, legemidler, tannhelse, helsetilbud, ventetid, etc)	24
Kreft – behandling og overlevelse (5 års overlevelse, brystbevarende kirurgi)	7
Pakkeforløp kreft (forløpstider)	30
Legemidler (antibiotikabruk)	6
Psykisk helse barn og unge (ventetid, fristbrudd, epikrisetid, forløpstid, reinnleggelser, Pasopp (foresatte), medvirkning, etc)	9

Psykisk helse voksne (ventetid, fristbrudd, epikrisetid, IP, tvang, forløpstid, Pasopp, medvirkning, etc)	15
Rusbehandling (ventetid, fristbrudd, epikrisetid, korridorpasienter, forløpstid, reinnleggelser, Pasopp, medvirkning, etc)	12
Sykehusopphold (ventetid, fristbrudd, IP, epikrisetid, korridorpasienter, strykninger planlagt opr, reinnleggelser, Pasopp, etc)	11
Tannhelse	6

## Oversikt over nasjonale kvalitetsregistre

I Norge er det i dag 10 nasjonale lovbestemte helseregistre. De sentrale helseregistrene er etablert for å ivareta landsomfattende oppgaver. De brukes først og fremst til helseanalyser, statistikk, kvalitetsforbedring av helsetjenester, forskning, administrasjon, styring og beredskap.

Videre er det over 50 nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Disse har til hensikt å dokumentere behandlingsaktivitet og behandlingsresultater for kvalitetsforbedring og forskning. De kan også vise variasjoner mellom helseforetak og utvikling i det enkelte helseforetak over tid. I tillegg er det mange lokale kvalitetsregistre, som fagmiljø etablerer for å følge behandlingskvalitet.

Nedenfor er vist en oversikt over de nasjonale kvalitetsregistrene.

<b>Alle registre</b>	Norsk hjerneslagregister	Norsk hjerteinfarktregister	Nasjonalt hoftebruddregister	Norsk intensiv- og pandemiregister, intensiv
Nasjonalt kvalitetsregister for lymfoide maligniteter	Norsk gynekologisk endoskopiregister	Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi – nakkekirurgi	Norsk nakke- og ryggregister	Norsk register for gastrokirurgi
Norsk register for invasiv kardiologi	Norsk karkirurgisk register	Norsk vaskullitregister & biobank	Norsk register for analinkontinens	Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi – ryggkirurgi
Norsk ryggmargsskaderegister	Nordisk kvalitetsregister for hidradenitis suppurativa	Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft – tykktarmskreft	Nasjonalt korsbåndregister	Nasjonalt register for leddproteser
Nasjonalt register for tykk- og endetarmskreft – endetarmskreft	Nasjonalt traumeregister	Nasjonalt kvalitetsregister for barnekreft	Nasjonalt kvalitetsregister for lungekreft	Norsk hjertesvikregister
Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes	Norsk MS-register og biobank	Norsk nyreregister	Norsk hjertestansregister	Norsk kvalitetsregister for artrittsykdommer

Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakreft	Norsk diabetesregister for voksne	Norsk kvalitetsregister for leppe-kjeve-ganespalte	Norsk kvalitets- og oppfølgingsregister for cerebral parese	Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft
Nasjonalt register for ablasjonsbehandling og elektrofysiologi i Norge	Norsk intensiv- og pandemiregister, pandemi	Norsk hjertekirurgiregister	Nasjonalt kvalitetsregister for melanom	Nasjonalt register for langtids mekanisk ventilasjon
Norsk Parkinsonregister og biobank	Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten	Norsk kvinnelig inkontinensregister	Norsk nyfødmedisinsk kvalitetsregister	Norsk Kvalitetsregister Øre-Nese-Hals – Tonsilleregisteret
Nasjonalt kvalitetsregister for smertebehandling	Nasjonalt barnehofteregister	Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi	Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser	Nasjonalt register for organspesifikke autoimmune sykdommer
Gastronet	Norsk porfyriregister	Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft – livmorhalskreft	Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft – ovarialkreft	Nasjonalt kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler

## 2. Hovedpunkter

### Dekningsgrad

Dekningsgraden for kvalitetsregistre angir andel pasienter eller hendelser som registreres. Om et register har lav dekningsgrad, er det fare for at utvalget er skjevt slik at resultatene kan være misvisende og medføre feilaktige konklusjoner. Det er derfor et mål at sykehusene registrer alle aktuelle pasienter eller hendelser.

Registrene og deres fagråd definerer hva som er ønsket måloppnåelse. Dekningsgradanalyser for 2021 viser at STHF nå har høy dekningsgrad for de fleste registrene og kvalitetsindikatorne der data presenteres for hvert enkelt HF. Dekningsgraden er betydelig forbedret sammenlignet med noen år tilbake. Tabellen nedenfor viser de få registrene/indikatorne hvor STHF fremdeles har for lav dekningsgrad. Det er verdt å merke seg at det har skjedd en betydelig utvikling i positiv retning fra 2020 til 2021.

Register ➤ Indikator	Ønsket målnivå	STHF 2020	STHF 2021	Nasjonalt 2021
Norsk hjerneslagregister	≥90 %	77 %	87 %	87 %
Nasjonalt kvalitetsregister for melanom ➤ Utvidet eksisjon	≥80 %	73 %	96 %	77 %
Norsk diabetesregister for voksne ➤ Andel pasienter som har fått utført årskontroll	≥80 %	40 % *	64 %	76 %
Norsk nyreregister ➤ Innleverte årsskjemaer	≥95 %	87 %	Ikke oppdatert	89 %
Norsk nyfødmedisinsk kvalitetsregister ➤ Kompletthet CRIB1	≥98 %	71 %	Ikke oppdatert	88 %
Tonsilleregisteret	≥80 %	44 %	46 %	69 %
Norsk register for gastrokirurgi ➤ Endetarm	≥85 %	62 %**	77 %	79 %

\* STHF startet systematisk registrering i diabetesregisteret for voksne i 2020. Stort etterslep forklarer for en stor del den lave måloppnåelsen.

\*\* Data for 2019

Fullstendig oversikt over dekningsgrad for det alle nasjonale kvalitetsregistre finnes på SKDE sin hjemmeside. [SKDE - Kvalitetsregistre](#)

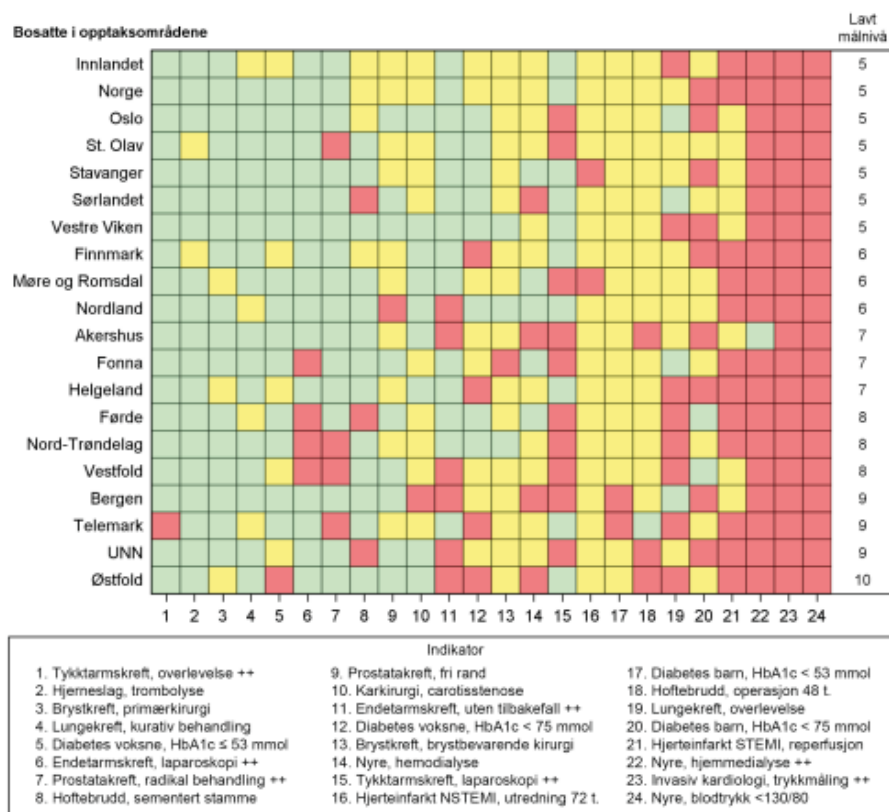
### Helseatlas for kvalitet

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) lanserte i 2021 Helseatlas for kvalitet. Tolv av de over 50 medisinske kvalitetsregistrene danner grunnlag for helseatlasen. Disse 12 ble vurdert som de mest sentrale og hadde samtidig dekningsgrad over 60 %.

Registrene som er representert i helseatlasen er konsentrert rundt hjerte-kar, kreft, diabetes, samt en samlegruppe med øvrige.

I et samarbeid mellom SKDE og de 12 registrene ble det valgt ut kvalitetsindikatorer som er viktige for fagområdet, og som det var faglig enighet om at er relevante indikatorer for måling av kvalitet i behandlingsforløpet. Indikatorene fremgår av forklaringen til figuren under.

Fagrådene i registrene har for de fleste av kvalitetsindikatorerne definert hvor stor andel av pasientene som bør få anbefalt behandling eller behandlingsresultat, for at måloppnåelsen kan kategoriseres som høy, moderat eller lav. Dette danner grunnlag den samlede fremstillingen nedenfor, som viser gjennomsnittresultater for 2017-2019 for i alt 24 kvalitetsindikatorer fra de 12 kvalitetsregistrene.



Kilde: Nasjonale medisinske kvalitetsregistre/FHI/SSB

SKDE

**Figur 4.1:** Samlet oversikt over kvalitet i utvalgte nødvendige helsetjenester, per opptaksområde. Høy, moderat og lav måloppnåelse er markert med henholdsvis grønn, gul og rød farge. Gjennomsnittlig resultat for perioden 2017–2019. ++ er indikatorer som har kun to målnivåer. Tallene til høyre for figuren viser antall indikatorer med lav måloppnåelse.

Kvalitetsregistre hvor STHF hadde lav måloppnåelse 2017-2019, samt utvikling 2021

#### *Tarmkreftregisteret*

Minst 95% (økt til 97 % for 2021) av pasienter bør være i live 100 dager etter operasjon for tykk- og endetarmskreft. Indikatoren vil påvirkes av alvorlige komplikasjoner etter kirurgi eller andre faktorer, for eksempel langt kommet stadium eller tilleggssykdommer. Telemark skåret under målnivået (94,1 %) og lavest av HFene. Resultatet økte til 97,8 % i 2020 og til 98 % i 2021.

#### *Prostatakreftregisteret*

Både kirurgisk fjerning av prostata og stråling kan kurere prostatakreft, men behandlingen kan samtidig gi komplikasjoner. Alternativet til radikal behandling er aktiv overvåking. Registerets fagråd definerer at minst 70 % av høyrisikopasienter bør behandles radikalt. For pasienter bosatt i Telemark har tallet økt fra 69,1 % til 85,2 % i 2020 og videre til 92 % i 2021.

#### *Diabetesregisteret voksne*

Dårlig regulert diabetes gir risiko for alvorlige komplikasjoner. Langtidsblodsukker (HbA1c) regnes som det beste målet på blodsukkerkontroll, og fagrådet har angitt at færre enn 15 % av pasientene bør ha HbA1c over 75 mmol/mol. Registeret har hatt utfordringer med datakvaliteten grunnet mangelfull tilslutning fra enkelte sykehus, deriblant STHF. Sykehuset melder nå aktivt inn i registeret, og har nå oppnådd en dekningsgrad på over 60 %. Måloppnåelsen i Telemark er bedret fra 26 % til 15 % i 2021. Årsrapporten for 2020 ga ikke spesifikke data for STHF (pga lav dekningsgrad).

#### *Diabetesregisteret barn*

En av indikatorene i barnediabetesregisteret er langtidsblodsukker under 53 mmol/mol. Minst 40 % av pasientene bør nå behandlingsmålet. For Telemark har måloppnåelsen økt fra 16 % til 28 % i 2020. I 2021 er det en ytterligere positiv utvikling til ca 41 %. Nasjonal måloppnåelse er 36 %.

#### *Lungekreftregisteret*

Median overlevelse for lungekreft for pasienter bosatt i Telemark var relativt lav i perioden (11,5 måneder). Over 14 måneder regnes som høyt nivå. I 2020 var resultatet for Telemark 12,7 måneder, mens medianen for 2021 igjen var redusert til 11 måneder. Dette har sannsynligvis sammenheng med at en relativt stor andel kommer sent til behandling. Nasjonal median var 15 måneder i 2021.

#### *Hjerteinfarktregisteret*

Telemark hadde måloppnåelse (47,9 %), som er under det som er anbefalt og under landsgjennomsnittet for indikatoren «reperfusjon innen anbefalt tid ved STEMI». Ved denne typen infarkt bør den tette blodåren åpnes så raskt som mulig for å redusere risikoen for permanente skader på hjertemuskulaturen. Dette kan skje enten ved trombolyse eller PCI (utblokkning av kransarterier). Trombolyse kan gis prehospitalt eller på lokalt sykehus, mens PCI utføres ved universitetssykehusene og Sørlandet sykehus Arendal og har et tidsvindu på 90-120 minutter. I 2020 var måloppnåelsen for STHF 55 %, men dette er redusert til 44 % i 2021.

#### *Norsk nyreregister*

Høyt blodtrykk gir økt risiko for at en transplantert nyre svikter. Faglige retningslinjer anbefaler at «andel nyretransplanterte med blodtrykk under 130/80 mmHg» bør være minst 80 %. Med noen få unntak, er det gjennomgående lav måloppnåelse for denne indikatoren i hele landet. Telemark skåret 41,6 % i perioden. Resultatet falt i 2020 (25 %) for så å øke til 55 % i 2021.

Andel dialysepasienter i hjemmedialyse var under det ønskete nivået på 30 % i Telemark i perioden. I 2020 og 2021 var andelen hhv 33 % og 25 %

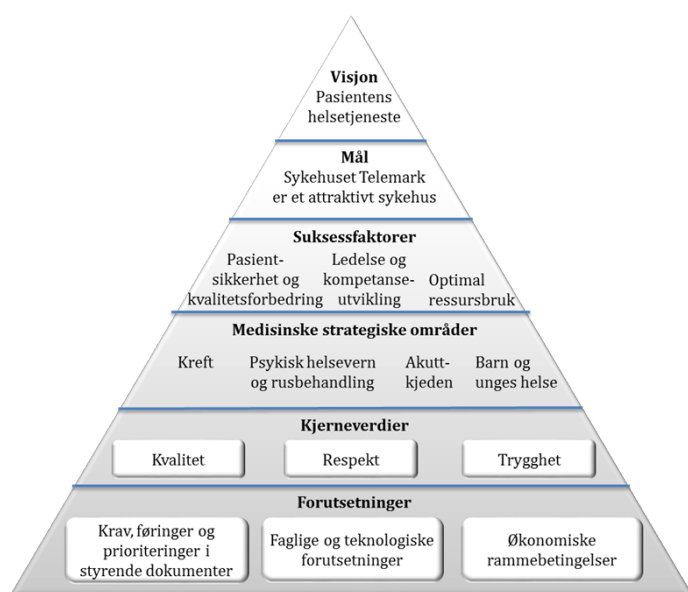
#### Invasiv kardiologiregister

Bosatte i Telemark skårer 18,6 % på indikatoren «andel prosedyrer der trykkmåling ble utført for å bedømme grad av innsnevring i kransårene». Dette er under anbefalt nivå (30 %) og under landsgjennomsnitt. Trykkmåling kan være viktig for å vurdere tilstanden. Det er ikke angitt resultater spesifikt for Telemark i årsrapporten, verken for 2020 eller 2021, men dataene tyder på at det fremdeles er et stykke igjen til måloppnåelse. STHF utfører ikke denne prosedyren selv. Av de sentrene som gjør trykkmåling er det kun SUS, AHUS og OUS Ullevål som skårer over 30 %.

#### Fokus og forbedringsarbeid – STHF

I Strategiplan STHF 2020-2022 har sykehuset løftet fram pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring som en sentral suksessfaktor. Det er spesifikt satt som målsetting at antall infeksjoner reduseres og at 30-dagers overlevelse skal økes. Videre er det definert fire medisinske strategiske områder; Kreft, Psykisk helsevern og rusbehandling, Akuttkjeden, Barn og unges helse. Disse områdene blir nærmere omhandlet i saken.

Flere av de nasjonale kvalitetsindikatorne inngår i Oppdrags- og bestillerdokumentene til RHF /HF. Mange av kvalitetsindikatorne følges derfor allerede opp virksomhetsstyringen. Det gjelder for en stor del prosessindikatorne og noen av resultatindikatorne. Sykehuset har over tid hatt stort fokus på blant annet ventetid, fristbrudd, løftebrudd, epikrisetid og korridorpasienter. De følges tett og beskrives derfor ikke nærmere.



#### Infeksjoner

Prevalens av sykehusinfeksjoner nedre luftveisinfeksjoner, blodbancinfeksjoner, urinveisinfeksjoner, postoperative sårinfeksjoner måles kvartalsvis. Gjennom målrettet infeksjonsforebyggende innsats har prevalensen gradvis blitt redusert, og ligger nå på det fleste målingene under målsettingen på 3 %.

Insidens av postoperative sårinfeksjoner måles kontinuerlig gjennom året. Insidensen har ligget relativt jevnt og lavt gjennom siste halvannet år. Den er noe lavere i Skien enn på Notodden, men det må bemerkes at infeksjonstilfeller på Notodden vil gi større utslag enn i Skien på grunn av lavt volum. Det er positivt at infeksjoner ved totalproteser hofte er redusert siden i vår.

#### *30-dagers overlevelse*

30 dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse uansett årsak var 94,9 % for STHF i 2019. Dette har vært relativt stabilt over tid, og lavere enn både det regionale og det nasjonale snittet. Det er satt inn tiltak med reopplæring og etterlevelse av NEWS. Forbedringsarbeid er også kanalisert til FSU for tjenesteutvikling og kvalitet i Helsefellesskapet.

For 30 dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse for hjerneslag ble det for noen år tilbake gjort et stort forbedringsarbeid. Vi ser imidlertid at resultatene de siste par årene har falt noe tilbake og igjen er lavere enn regionalt og nasjonalt nivå- (STHF: 88 % i 2019). I tråd med dette er kvalitetsindikatoren 30 dagers reinnleggelse etter hjerneslag også i øvre sjikt.

30 dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse for hjerteinfarkt og for hoftebrudd viser gode resultater for STHF. Spesielt gjelder dette hoftebrudd hvor resultatene er bedre enn nasjonalt og regionalt snitt.

Indikatorene er ikke oppdatert etter 2019. Nye årstall ventes publisert i desember 2022.

#### *Kreft*

Sykehuset har gjennom flere år hatt god måloppnåelse når det gjelder pasientforløp kreft – hittil i år har 77 % av pasientene påstartet behandling innen normert tid. Innenfor de kreftformer der man ikke har nådd målsettingen (> 70 %) har det blitt spesielt fokusert på å øke andelen. Lungekreft er et slikt område, og gjennom målrettet forbedringsarbeid er nå måloppnåelsen for året på 69 %.

Årsrapportene for 2021 fra de nasjonale kvalitetsregistrene for kreft oppsummerer at Sykehuset Telemark HF generelt har gode resultater. Rapporteringen til kvalitetsregistrene er meget god. Fagrådene ber helseforetaket om å spesielt fokusere på følgende områder:

- Lungekreft: Andelen pasienter som blir vurdert i tverrfaglig møte og andelen pasienter som blir utredet med PET-CT ligger lavere enn anbefalt nivå. Median overlevelse er under det målet som er satt.
- Brystkreft: Andelen kvinner med DCIS som blir operert med brystbevarende kirurgi ligger lavt. (DCIS = ductalt carcinoma in situ, som er et forstadium til brystkreft)

I det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet rapporteres det årlig på 5 års overlevelse for kreft i bryst, lunge, endetarm, tykktarm og høyrisiko prostata. Resultater for STHF for 2020 viser overlevelse som er noe lavere enn regionalt og nasjonalt snitt, bortsett fra for endetarmskreft menn. Samtidig ser vi at flere av prosessindikatorne for disse kreftformene er forbedret i 2020 og 2021. Det er naturlig at det tar noe tid før dette gir utslag på 5 års overlevelse. Det er også et poeng at en relativt stor andel av pasientene presenterer seg i sent stadium innenfor både lungekreft og tarmkreft. Dette vil påvirke overlevelsen, og det er viktig at forbedringsarbeid også rettes inn mot tidlig kontakt med helsetjenesten.

#### *Psykisk helsevern og rusbehandling*

Videreutvikling av virksomheten er nødvendig for å møte de fremtidige behovene til spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern og rusbehandling. Blant annet omfatter dette behov for å styrke brukervedvirkning i alle ledd, innføre standardiserte pasientforløp



(pakkeforløp), samt legge til rette for å en mer smidig pasientflyt og bedre synlighet og tilgjengelighet.

Så godt som alle nasjonale kvalitetsindikatorer innenfor psykisk helse og rus omhandler tilgjengelighet. Når det gjelder ventetider har Sykehuset Telemark generelt god måloppnåelse. Når det gjelder pakkeforløp og forløpstider innfor psykisk helse og rus, har vi i likhet med de fleste andre HF et potensiale på å nå målsettingen, jf våre jevnliggjennomganger. Mye av forbedringsarbeidet faciliteres gjennom FSU for psykisk helse og rus i Helsefelleskapet.

#### *Akuttkjeden*

Akuttkjedeprosjektet i Telemark 2016-2020 har omhandlet samhandling og effektivisering av pasientforløp i den akuttmedisinske kjede. Prosjektet har bestått av deltakere fra alle aktørene i akuttkjeden; ambulansetjenesten, AMK, akuttmottak, legevakt, fastleger og kommunal hjemmetjeneste. Grundig forarbeid la et godt utgangspunkt for forbedring av samarbeid og utvikling av ulike verktøy til beste for pasientene.

Aktuelle kvalitetsindikatorer er:

«Andel hjertestans utenfor sykehus, vellykket gjenopplivet av ambulansen» har over flere år vært noe lavere enn regionen og landet – 23,8 % i 202, mot 26,5 % regionalt og 27 % nasjonalt. «Andel hjertestans utenfor sykehus hvor tilstedeværende har startet hjerte-lungeredning før ambulansen kom» ligger (85,3 %) på nivå med landet og regionen. Indikatoren har ikke blitt oppdatert siden 2019. Det er for øvrig ikke nasjonale kvalitetsindikatorer på dette området.

#### *Barn og unges helse*

Dette området ble fokusert som et nytt satsingsfelt i inneværende strategiperiode. Det omhandler både somatisk og psykisk helse. Prioriterte områder for forbedring har vært videreutvikling av intensivkompetansen, fokus på overgang fra ungdom til voksen, god tilgjengelighet, samt barn med kroniske sykdommer. Når det gjelder relevante kvalitetsindikatorer har ventetider over tid vært lave. For pakkeforløp psykisk helse barn og unge, har vi i likhet med voksenfeltet og det fleste andre HF et potensiale på å oppnå målsettingen. Barnediabetes er som omtalt tidligere i saken, i positiv utvikling. Dødelighet i nyfødtp perioden ligger lavere enn landet og regionen. Tilstand hos nyfødte (Apgar score) er også bedre.

#### *Annet*

Det trekkes spesielt fram to områder:

- Antibiotikabruk  
Det er en målsetting å redusere forbruk av bredspektrert antibiotika i sykehus med 30 % i forhold til 2012 – målt i definerte døgndoser som tar hensyn til liggedøgn. Sykehuset Telemark har tidligere ligget godt an og nådde målet før pandemien. Gjennom pandemien har forbruket økt, og er nå et av de høyeste i Helse Sør-Øst. Tiltak med blant annet audits faciliteres gjennom smittevernseksjonen og antibiotikateamet.
- Hoftebrudd operert innen 24 timer og 48 timer  
Kort preoperativ liggetid ved hoftebrudd er viktig for utfallet av operasjonen og opptreningen. Sykehuset Telemark har høyere andel pasienter som er operert innen 48 timer (94,7 %) og lavere andel operert innenfor 24 timer (57,3 %) målt opp mot det nasjonale og regionale nivået.

Fullstendig oversikt over måloppnåelse for alle nasjonale kvalitetsindikatorer finnes på [Helsedirektoratet sin hjemmeside](#).

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

Det fagnære nivået er en viktig og nødvendig arena for forbedringsarbeid. Klinikker og fagområder jobber aktivt med kvalitetsforbedring, og man ser tydelig at dekningsgraden for kvalitetsregistrene og resultatene på flere av kvalitetsindikatorene bedres over tid.

Det er viktig at publisering av data fra kvalitetsregistre og nasjonale kvalitetsindikatorer følges opp med gjennomgang i klinikker/fagmiljø med prioritering av områder, utarbeidelse av tidfestede målsettinger og utarbeiding av handlingsplan. Dette bør ses i sammenheng både med uønskede hendelser og forbedringsprosesser knyttet til pasientforløp, reduksjon av uønsket variasjon, samt driftseffektivisering.

Prioriterte forbedringsområder inngår i lederavtaler og følges opp i oppfølgingsmøter mellom AD og klinikkssjef.

Dannelse av fagråd kreft har vært et viktig bidrag til fokus og energi i forbedringsarbeidet. Det arrangeres årlig «fagrådsmøte», hvor fagpersoner og ledere i STHF deler forbedringsarbeid og utfordringer. Denne modellen vil også bli vurdert innenfor andre områder.

#### **Vedlegg:**

Tilbakemelding til Sykehuset Telemark (fra Kreftregisteret)

---

## Tilbakemelding til Sykehuset Telemark

I juni 2022 offentliggjør Kreftregisteret årsrapporter fra de åtte nasjonale kvalitetsregistrene på kreftområdet; kvalitetsregister for barnekreft, brystkreft, gynekologisk kreft, lungekreft, lymfoide maligniteter, melanom, prostatakreft og tykk- og endetarmskreft. Fagrådene tilknyttet kvalitetsregistrene har de siste årene etablert kvalitetsindikatorer, både prosessindikatorer og resultatindikatorer. Det er satt mål for indikatorene slik at det skal være mulig å vurdere den kliniske praksisen. Resultatene som presenteres i rapportene skal danne grunnlag for kvalitetsforbedringsarbeid nasjonalt, i forbindelse med arbeid med nasjonale handlingsprogram, men også lokalt i helseforetakene.

Vi ønsker å gjøre resultatene fra kvalitetsregistrene lettere tilgjengelig for helseforetakene og har derfor utarbeidet en sammenstilling av resultatene for de ulike helseforetakene.

Dette dokumentet gir en oppsummering av resultatene fra kvalitetsregistrene på kreftområdet for Sykehuset Telemark HF. Helseforetaket vil få presentert en samlet oversikt over utvalgte resultater med bakgrunn i kvalitetsindikatorer som er etablert for de ulike kreftformene. Helseforetakets resultater vil bli sammenliknet med resultatet i Helse Sør-Øst og nasjonalt. Resultatene er fargekodet:

- Grønt: høy grad av måloppnåelse
- Gult: moderat grad av måloppnåelse
- Rødt: lav grad av måloppnåelse

Resultatene vises for Sykehuset Telemark HF, enten fordi Sykehuset Telemark HF er behandlende sykehus, eller fordi kvalitetsindikatoren vises på opptaksområde.

Det er viktig for fagrådene at resultatene fra kvalitetsregistrene blir brukt i kvalitetsforbedringsarbeid. Vi ber om tilbakemelding fra helseforetaket på om det er utvalgte kvalitetsindikatorer som vil bli evaluert spesielt i 2022/2023.

Fagrådenes vurderinger av resultatene finner dere i de ulike årsrapportene. Rapportene er tilgjengelige på Kreftregisterets nettsider: [www.kreftregisteret.no](http://www.kreftregisteret.no).

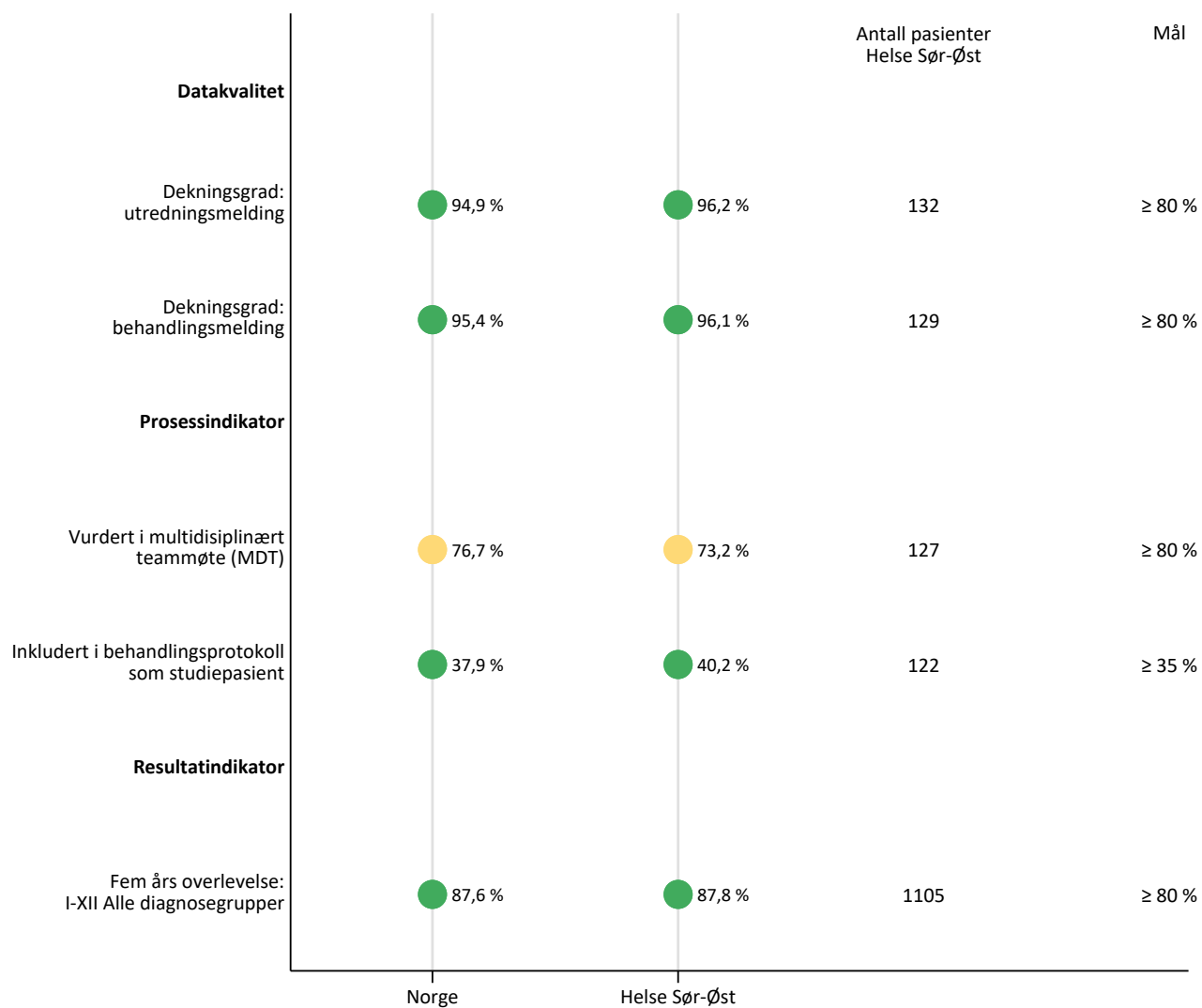
---

## Oppsummering av resultater

Årsrapportene fra kvalitetsregistrene for kreft viser at helseforetaket generelt har gode resultater. Fagrådene ber helseforetaket om å gå spesielt gjennom følgende resultater fra årsrapportene for 2021:

- **Brystkreft:** Andelen kvinner med DCIS som blir operert med brystbevarende kirurgi ligger lavt.
- **Lungekreft:** Andelen pasienter som blir vurdert i tverrfaglig møte og andelen pasienter som blir utredet med PET-CT ligger lavere enn anbefalt nivå. Median overlevelse ligger under det målet som er satt.

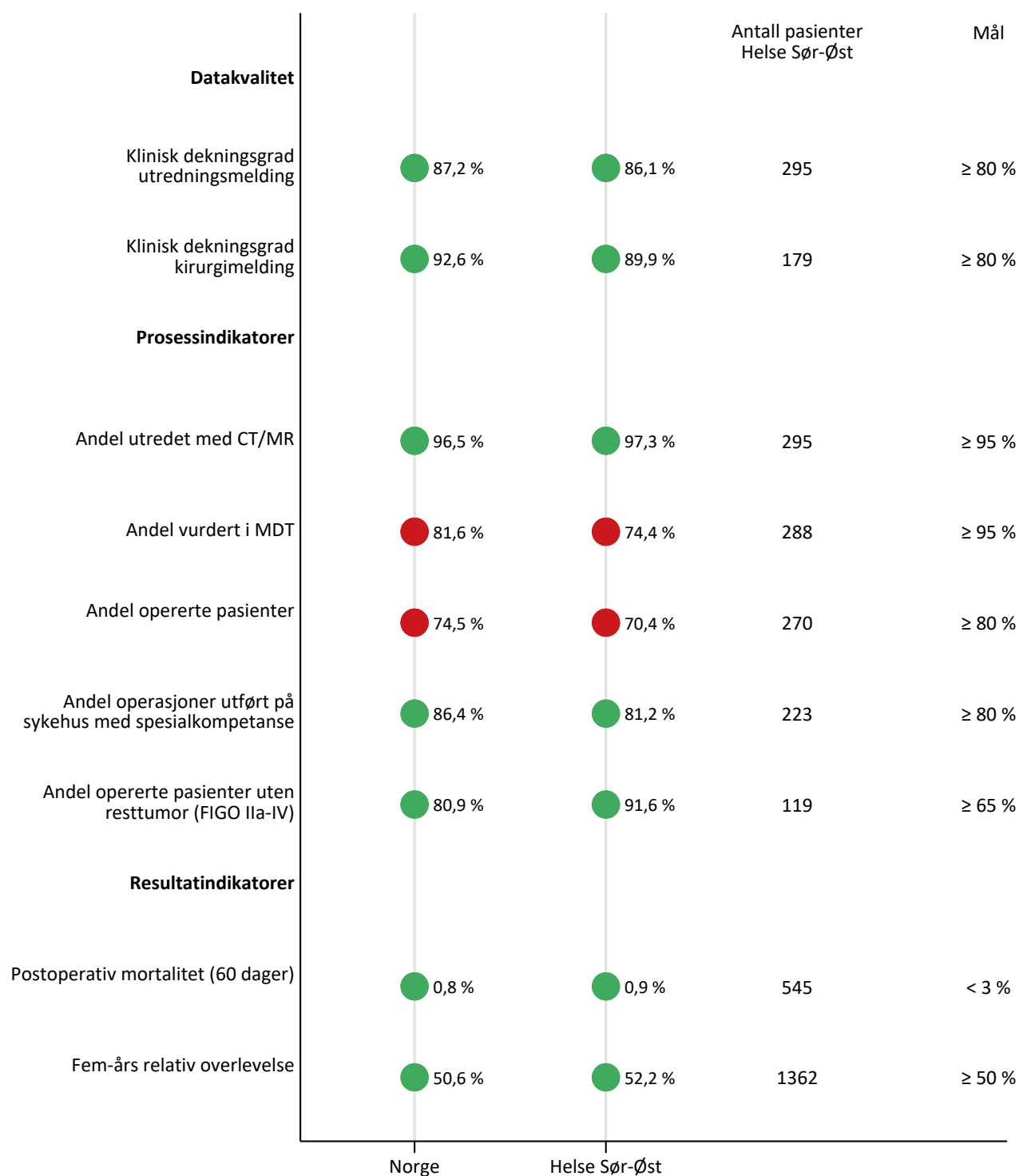
Rapporteringen til kvalitetsregistrene er meget god.



**Figur 1.** Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for barnekreft



**Figur 2.** Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft

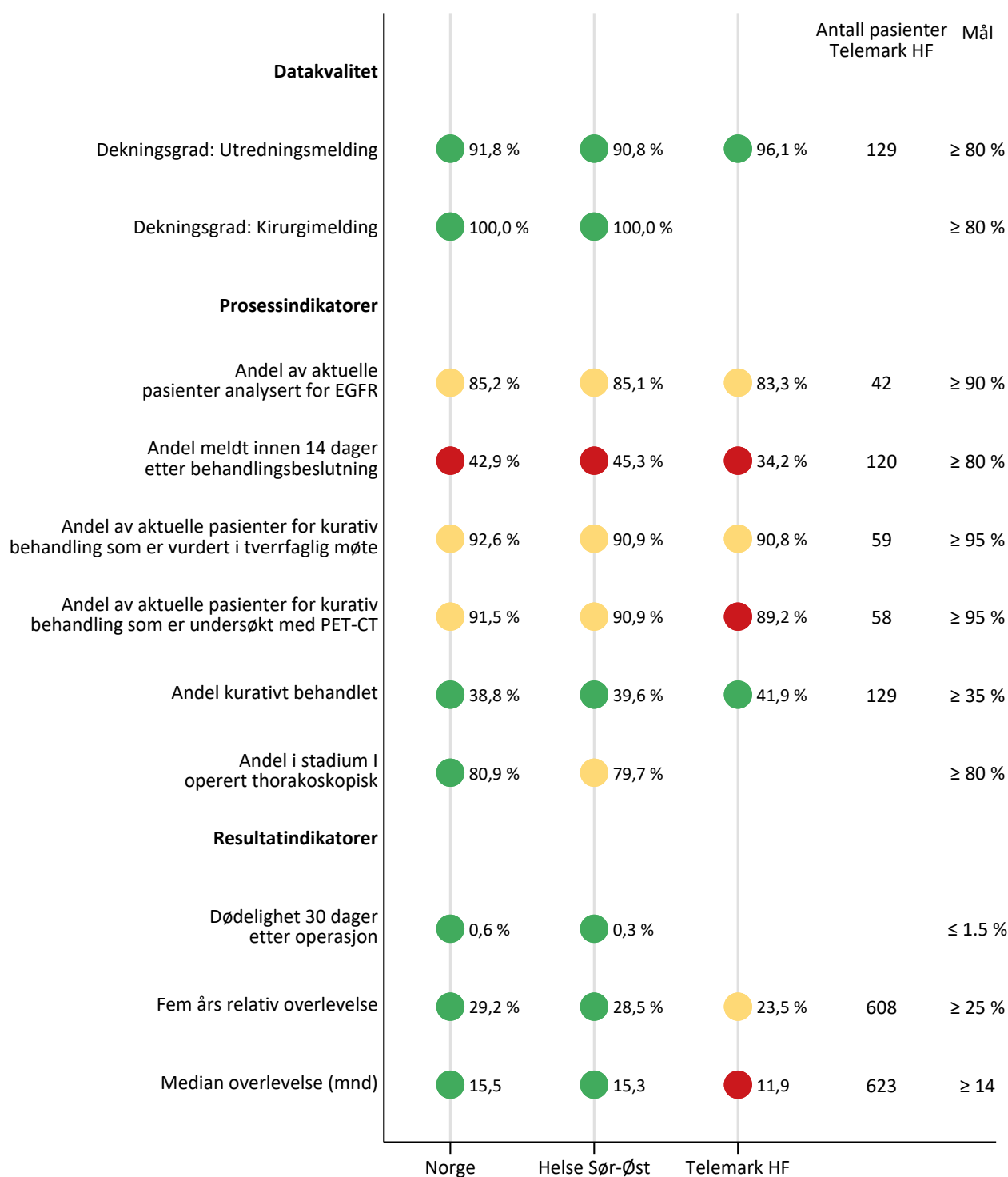


**Figur 3.** Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft, resultater for ovarialkreft



**Figur 4.** Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft, resultater for livmorhalskreft





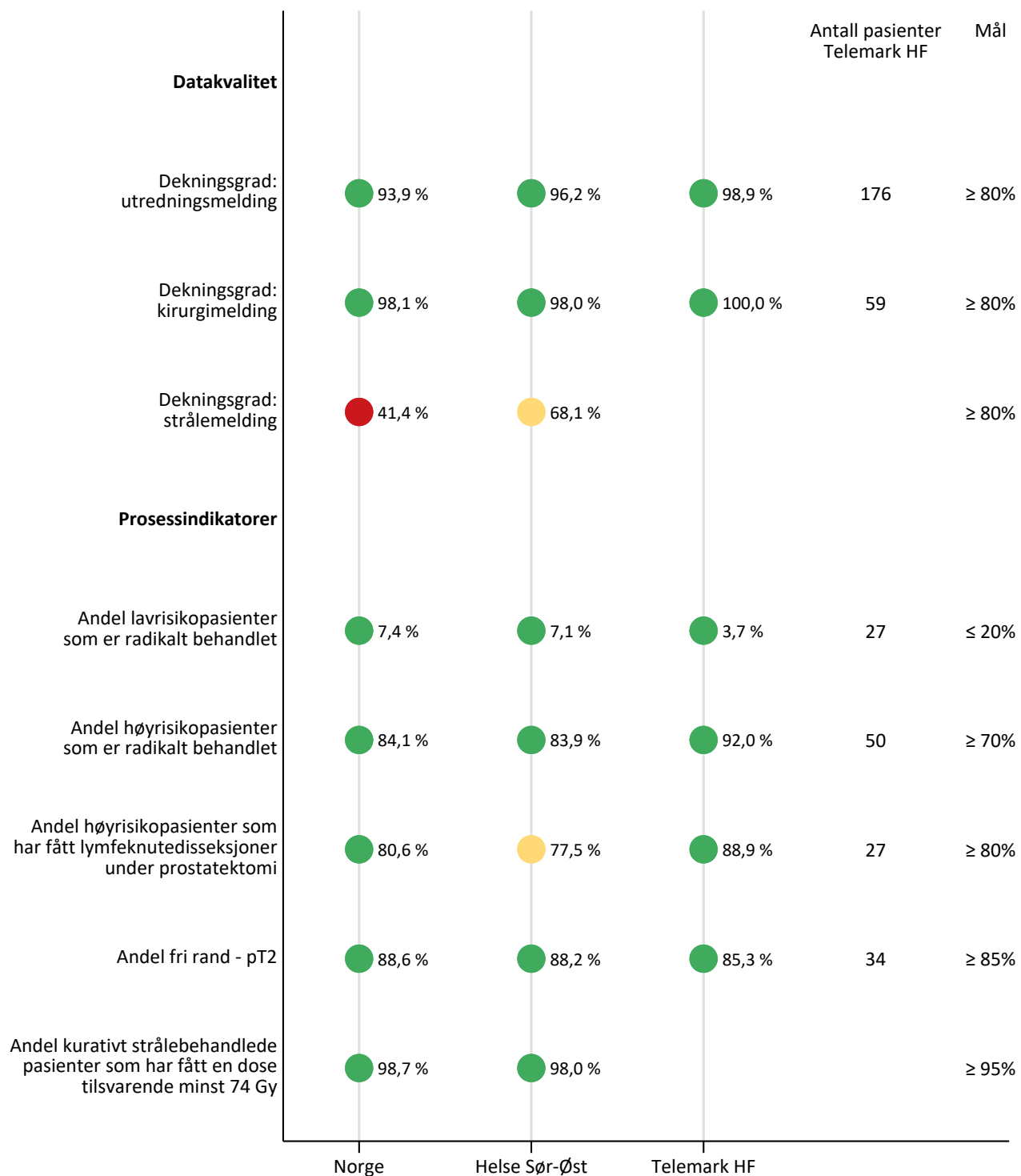
**Figur 5.** Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for lungekreft



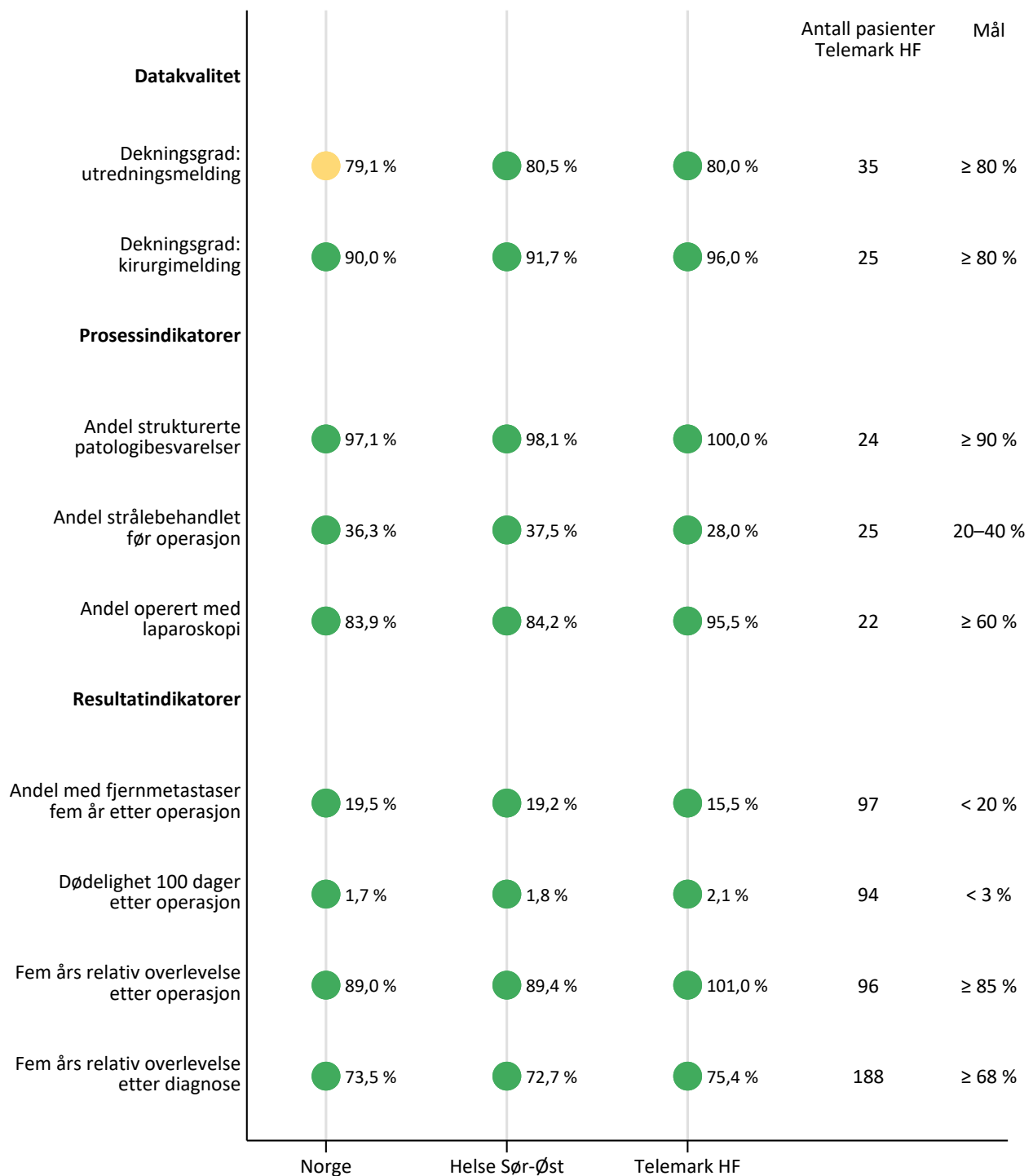
**Figur 6.** Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for lymfoide maligniteter



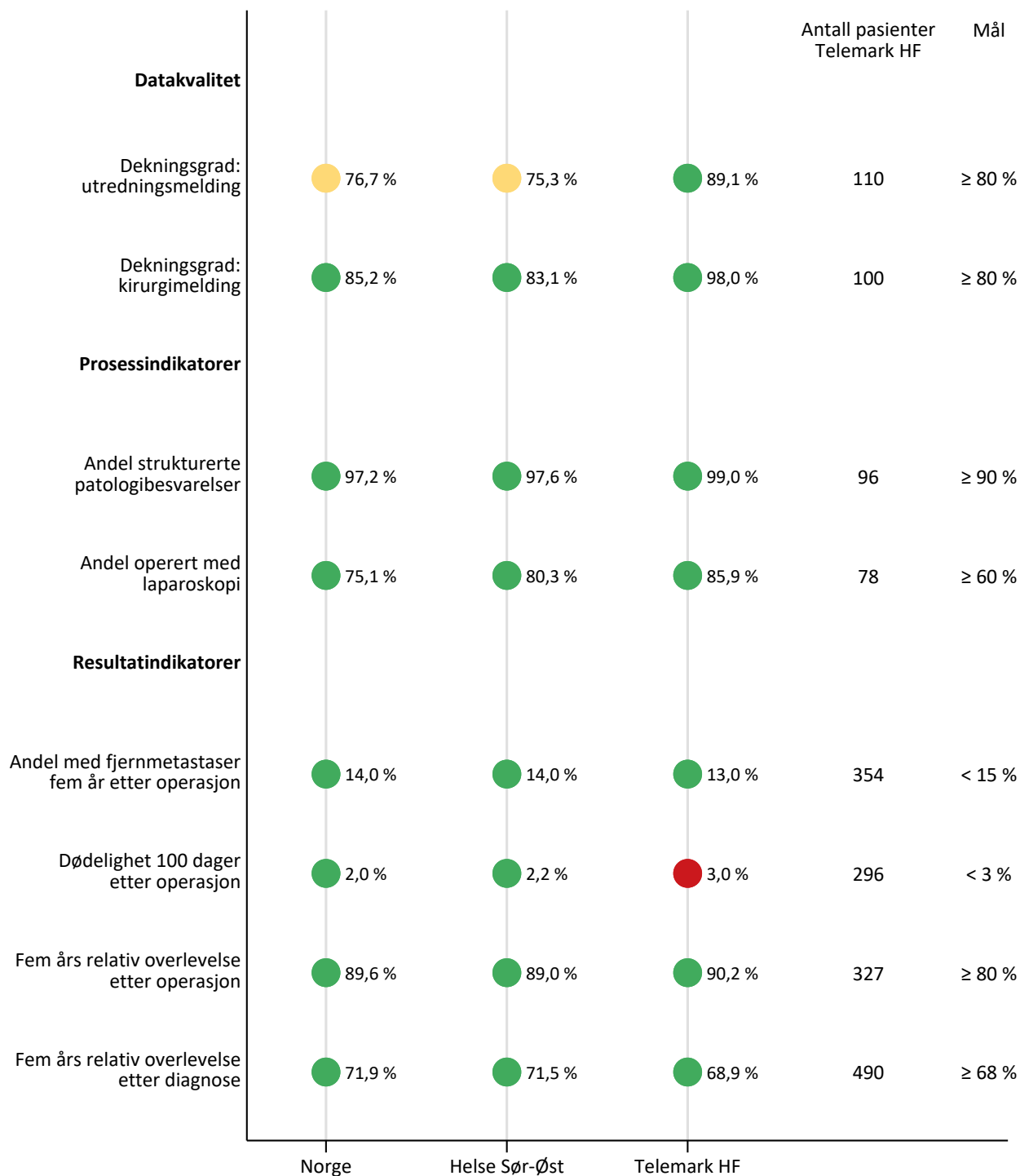
**Figur 7.** Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for melanom



**Figur 8.** Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakraft



**Figur 9.** Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft, resultater for endetarmskreft



**Figur 10.** Kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft, resultater for tykktarmskreft

## Saksfremlegg

### Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	26.10.2022

Type sak (sett kryss)						
Beslutning		Etterretning		Orientering	X	Tema

Sak: 095-2022

## Evaluering sommerdrift 2022 og sommerferieplanlegging 2023

### Hensikten med saken

Saken gir en sammenfatning av erfaringer fra årets sommerferieavvikling på overordnet nivå. Oppsummeringen bygger på egevalueringer mottatt fra klinikkene, vurderinger fra tillitsvalgte, samt styringsdata hentet fra Analyse, GAT og Økonomi. Videre presenterer saken forslag til tiltak for å bedre bemanningssituasjonen ved sommerferieavviklingen i 2023 og skisserer innholdet i planprosessen for å redusere risiko i ferieperioden. Målet er å sikre effektiv gjennomføring av sommerferieperioden med lavere belastning på enkeltansatte og et kvalitativt godt tjenestetilbud.

### Forslag til vedtak

1. Styret tar saken til orientering og ber administrasjonen om å fortsette planleggingsarbeidet for å sikre sommerferieavviklingen i 2023 på en god og hensiktsmessig måte. Det skal legges vekt på effektiv ressursbruk, begrenset belastning på ansatte, tilstrekkelig kompetanse og god pasientsikkerhet.
2. Styret ber om at innspill i møtet tas med i det videre arbeidet.

Skien, 17. oktober 2022

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

### Vedlegg

- Ingen

## 1. Hva saken gjelder

Saken gir en oppsummering av sommerferieavviklingen 2022, og aktuelle tiltak for 2023. Sommerferieavvikling er krevende for helseforetaket. Redusert bemanning skal kombineres med tilstrekkelig gjenværende personellressurs og kompetanse, og opprettholdelse av forsvarlig drift. Begrenset tilgang på vikarer og annet innleid, har den konsekvens at klinikkene i større grad må spille på egen bemanningsressurs.

## 2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

### 2022

Hvert år evalueres gjennomføring av årets sommerferieavvikling, med fokus på erfaringer og læringspunkter. Erfaringer fra de siste 2 årene viser at det har vært et skifte i tilgangen på vikarer til å avhjelpe under sommerferieavviklingen. Dette gjaldt både fra vikarbyrå, studenter og andre med aktuell og relevant kompetanse.

Det er også registrert fortsatt hard kamp om de vikarene som har vært tilgjengelige i markedet, blant annet fra kommunesektoren. Også i år har det vært noen tilfeller med at enkelte sommervikarer og studenter som var planlagt inn under ferieavviklingen, kansellerer avtalen tett opp mot startdato, noe som forsterker en krevende rekrutterings- og bemanningssituasjon.

Ansatte må – om enn i varierende grad - påregne å jobbe ekstra for å kompensere for fraværet som følger av at kolleger avvikler ferie. Nedtak i aktivitet og pasientstrøm er ikke tilstrekkelig, og er for en rekke pasientgruppe heller ikke mulig. Redusert mulighet for ekstern innleie, som erstattes med økt innsats fra egne ansatte, må sykehuset regne med er «den nye normalen».

Etter 2 år med usikkerhet knyttet til pandemi, med en rekke særskilte bemanningstiltak og incentivordninger, har klinikkene og HR merket en tydelig økt forventning blant ansattgrupper om at ekstraordinære økonomiske tiltak skal videreføres. Dette kommer til uttrykk direkte overfor ledere, og/eller ved at ansatte ikke ønsker å sette seg opp på ekstravakter for å medvirke til å løse bemanningsutfordringen. Inntrykket er at det å ikke medvirke til å dekke vakter, særlig blant noen ansattgrupper, er et bevisst forsøk på å fremtvinge ekstra kompensasjon.

Pr mars - mai i år var det fortsatt stor usikkerhet omkring tilgang på kompetent ressurs på pleiesiden til forestående ferieavvikling. Særlig gjaldt dette medisinske sengeposter, dialysen, intensiv, føde/barsel og nyfødt intensiv.

STHF så seg derfor nødt til – for første gang - å inngå **avtale med NSF** etter AML § 10-12(4) om utvidet arbeidstid, og utvidelse av ytre timegrenser for sykepleiere/jordmødre. Avtalen forutsatte særskilte timesatser til sykepleiere/spesialsykepleiere for planlagt arbeid utover 100% stilling. Tilsvarende avtale ble også inngått med Fagforbundet og DNJ. Totalt ble avtalen gjort gjeldende for 14 seksjoner, med klare avgrensninger på hvem avtalen omfattet. Tilsvarende avtale ble også inngått med Fagforbundet og DNJ.

Avtalegrunnlaget forelå først primo mai, noe som var sent med hensyn til planleggingsperspektivet for de aktuelle seksjonene. Poenget med «NSF-avtalen» er nettopp at utvidet arbeidstid kan disponeres i arbeidsplanene for sommeren, og således inngår i planlagt arbeidstid. Det gjør det mulig å få fjernet eller redusert huller som ellers ville vært i arbeidsplanen.



I tillegg var STHFs **vanlige administrative ordning** med kompensasjon for frivillige ekstravakter i form av et fast beløp pr type vakt videreført for 2022. Den administrative ordningen benyttes bredere, overfor flere personellgrupper (ikke leger), og er uavhengig av den enkeltes stillingsbrøk. Det forutsettes at det er reelt merarbeid enn det som følger av ordinært arbeidsforhold.

I 2022 har det vært noen få henvendelser til HR om **frivillig flytting av hovedferieuker** utenom 9-ukers perioden med tilpasset sommerdrift. Dette har tidligere vært kompensert med 5.000 kr pr uke, noe som også ble gjort gjeldende i år. HR kjenner ikke til hvor mange uker som er realisert som et bemanningstiltak, men har ingen indikasjoner på et stort omfang.

For **leger** er sommerferieavviklingen håndtert i tråd med bestemmelser i A2-overenskomst § 3.4.6. Dvs. at det kompenseres ekstra for økning i UTA- og vaktlønntimer etter særskilte regler.

## 1. Klinikkenes egnevaluering 2022

Generelt melder klinikkene om at planlegging av sommerferieavviklingen startet tidlig, enten før årsskiftet eller rett etter. Ansatte og/eller tillitsvalgte ble i stor grad involvert. Drøftinger, særlig der det er krevende planlegging og komplekse turnuser (antall hoder, kompetansemiks), ble i stor grad gjennomført. Frister ble overholdt hva gjelder varsling av ferieoppsett, og mht. ny arbeidsplan for sommeren. Som tidligere år: Det er positivt at planleggingsprosessene - i stort - ser ut til å gå bra. Det må likevel bemerkes at det ble utfordringer mht. varslingsfrister og utarbeidelse av arbeidsplaner for sommeren for de seksjonene som var omfattet av «NSF-avtalen».

I saksframlegget oppsummeres kun hovedpunkter fra klinikkene, med fokus på særlig innmeldte utfordringer:

### Kirurgisk klinikk:

- **Føde/barsel:** Utfordring med oppsigelser inn mot ferieavvikling. Krittisk grunnbemanning. Omfattet av «NSF-avtale» og særskilt avgrenset kompensasjon målrettet mot jordmødre med redusert stillingsbrøk, medvirket til å utløse nødvendig ressurs til å gjennomføre sommerferieavvikling. Sykemeldinger og høyere fødselstall i siste del av perioden ga driftsutfordringer og høyt arbeidspress.
- **Ortopedi leger:** Fravær gjorde at man ikke fikk testet forventet effekt på nattarbeid ved å øke kapasitet på øhjelp operasjon ettermiddag/kveld.
- **Ortopedi Notodden:** Medisinske pasienter, kolo-/gastroskopi forsinket kirurgenes program veldig. Planlagt oppstart knivtid kl. 09:30 ble ikke realisert.
- **Plastikkirurgi:** Fikk ikke utnyttet ressursene fullt ut pga. mangel på sykepleierressurs.
- **Fra operasjonelt planleggingsmøte:** Øhjelp-kapasitet har vært for liten, men program for øvrig i hovedsak gjennomført som tiltenkt. ØNH tok ned alle team i 5 uker, positivt for øvrige fag/totalitet. Høyt belegg på intensiv og sengepost 6 fører til reduksjon i operasjonskapasitet.

### Medisinsk klinikk:

- **Avd. B: Mata, lungepol, Kragerø, lunge sengepost, mata/infeksjon sengepost:** start planlegging høst'21 vedr. senger og vikarer, men reelle planer ikke klare før mai '22. Høy involvering, men krevende situasjon. Svært høyt arbeidsbelastning. Høyt belegg, høyt

sykefravær på enkelte seksjoner. Usikre på om Bemanningssenteret kan stå for all rekruttering av vikarer.

- **Medisin og kirurgi Øvre Telemark:** Planlagt sammenslåing av med/kir sengepost u.27-33 utgikk pga. manglende romkapasitet. Kunne hatt flere elektive protesepasienter. Ansatte mener kompensasjon i administrative ordninger er for liten og ikke tilstrekkelig til å få dekket alle vaktene.
- **Fra driftsråd Notodden:** Ønskelig med lik ferieavviklingstid for alle; fastsettes og samkjøres i god tid slik at planlegging kan starte tidligere. Bedre planlegging av støttetjenester; FOVA leide inn ekstrapersonell for avlastende tiltak som ellers bør løses av SSL. Oppfordring om ikke å vedta sammenslåing av med/kir sengeposter i helger for sommeren 2023.

#### Barne- og ungdomsklinikken:

- **Nyfødt intensiv:** Store problemer med tilstrekkelig kompetanse, ikke tilgang på vikarer med relevant erfaring. Egne ansatte til ekstravakter. «NSF-avtalen» kom for sent. Ansatte opplyste om at andre seksjoner (akuttmottak, intensiv) hadde laget egne kompensasjonsordninger – lønte seg ikke å jobbe på nyfødt. Forsvarlig, men svært krevende bemanningssituasjon, særlig på respiratorkompetanse. Arbeidsplan godkjent av NSF med skriftlig forbehold. Ansatte synes administrativ ordning er utilstrekkelig for å dekke nødvendige vakter. Ordning bør være fast gjennom året for å påta seg ekstra helgevakter. Kritisk til «NSF-avtalen». Kompenserte respiratorkyndige med 2.500 kr ekstra for vakter hvor slik kritisk kompetanse manglet.
- **Leger:** Svært krevende mht. LIS. Løsning hvor de kun gikk vakter, ikke dagtidsarbeid. Høyere arbeidsbelastning for OVL som ikke hadde LIS på dagtid.

#### Akutt- og beredskapsklinikken:

- **Akuttmedisinsk avdeling:** FOVA liten effekt av «NSF-avtalen». På intensiv inngikk 26 ansatte avtale; mer behov for utvidet administrativ ordning, AMM ønsker å utvide til også å gjelde ved forskyvning. Flere vil da ta kritiske vakter uavhengig av stillingsbrøk. Uforutsette kanselleringer fra vikarbyrå rett i forkant. Usedvanlig høyt pasientbelegg intensiv 4 første uker. Mye sykefravær. Intermediær stengt i 5 helger. Leger Notodden: Ikke god nok kompetanse gjennom sommeren, spesielt akuttmottaket. Ferieavviklingsperiode må samkjøres. I uke 33 hadde samarbeidende seksjoner ferieavvikling mens operasjon startet med fullt program.
- **Akuttmottak:** Kun 2 ansatte inngikk «NSF-avtalen», vurderes ikke behov for i 2023. Manko på vikarer. Utfordring med nye leger hver sommer, kjenner ikke arbeidsflyt. Laboratoriet sender nyutdannede/ferskeste vikarer, øker «stikketid» og belastning på øvrig personell.
- **Prehospitale tjenester:** Ambulansetjenester var som en forsøksordning omfattet av administrativ ordning for frivillige ekstravakter for første gang. Avdelingen vil vurdere behov og nytteverdi inn mot 2023.

#### Medisinsk serviceklinikk:

Kort oppsummert har sommeren forløpt helt OK i MSK.

#### KPR:

DPS Porsgrunn reduserte med 12 døgnplasser, alderspsyk 4 døgnplasser, bygg 5 stengt 3 uker, og ECT-tilbudet opphørte i 9-ukersperioden. Samdrift av døgnseksjoner ØT som tidligere år.

Generelt vanskelig vikarsituasjon, både i form av tilgang, frafall rett før oppstart, og i løpet av perioden. Svært høyt press på lukkede avdelinger, spesielt Akuttpsykiatri og Avrusning. Arbeidsplaner godkjent av NSF, ulik signeringsetterlevelse fra øvrige forbund.

PSA ser ingen grunn til at de ikke skal være omfattet av de samme kompensasjonsordningene/-avtaler som i somatikken. PSA har ingen lavdrift, heller travlere enn normalt.

Leger: OK sommergjennomføring for LIS, 10 ferievikarleger var innleid. Svært krevende tilgang på overleger/legespesialister, bør på nytt vurdere om det er riktig å ta ut så mange uker ferie pr lege. Trenger bedre koordinering, eksempelvis unngå LIS og overlege på samme seksjon ut i ferie samtidig.

#### Service- og systemledelse:

Klinikkene må være tidligere ute dersom de trenger ekstratjenester fra SSL. I år ble slike behov meldt inn når arbeidsplanene var ferdige.

#### HR:

**Bemanningscenteret:** Særskilte tiltak i 2022 var å sette sykepleiere og HFA fast ut på medisinsk klinikk, tidligere kun gjort på Akuttmottak. Utvidet åpningstid på BS-kontoret til 07:00-16:00, fungerte OK.

Rekruttering ferievikarer: 19 spl, færre enn tidligere år mye under behov. 99 ass/spl stud/HFA, økt antall enn tidligere.

«NSF-avtalen» med utvidet overtid og 12-timers vakter kom for sent.

Vikarbyråene må ha bestilling på ferievikarer for sommeren senest i januar.

## 2. Tilbakemeldinger fra tillitsvalgte

#### NSF:

Store utfordringer med å få tak i kompetente vikarer, jevnt over alle klinikker og fagområder. Stor usikkerhet både blant seksjonsledere og ansatte om hvordan sommeren kom til å gå. Arbeidet med å samkjøre mellom klinikker var fraværende tidlig i prosessen. Sommeravtalen reddet for mange driften. Kompetansen var for det meste god, men høy belastning som følge av flere arbeidstimer, høyere pleietyngde og mer kompleksitet enn vanlig.

Problem at det er forskjell på ferieavviklingsperiodene. Anestesi full drift etter 8 uker, intensiv og operasjon først etter 9 uker.

Akuttmottak: Høy belastning, stor pasientstrøm, noen vakter med lav kompetanse/erfaring.

Intensiv: Lav bemanning, mange pasienter. Krevende vakter og arbeidssituasjoner. Oppgaver begrenset til «det høyst nødvendige». Mye bruk av overtid/merarbeid. Ansattes oppfatning at NSF's

sommeravtale burde gjelde fra første time uavhengig av stillingsbrøk. Det føles feil at de som allerede går full stilling skal "bære" hele sommerlasset.

Føde/barsel: 22 jordmødre inngikk sommeravtale. Spesialavtale for jordmødre ga økonomisk kompensasjon for alle fra 75% stilling. Bruk av 12-timers vakter, positivt. Signaler om at mange er slitne etter ferieavviklingen, og ikke ønsker like stor belastning til neste år.

Medisin: Variasjon mellom sengepostene. Flere inngikk sommeravtale. Mange synes det ble mye jobbing, og er slitne. Enkelte fremholder at sommeravtalen ikke er gunstig for deltidsansatte. Frustrasjon over ikke få 100% overtid fra første time ved doble vakter.

Barneavdelingen: Ikke bemannet tilstrekkelig for å kunne opprettholde en god akutfunksjon. Ikke leid inn ved sykdom i sommer. Makser saldotid i ønsketurnus før sommeren slik at turnusen går opp. Flere som har måttet gå doble vakter i sommer. Også her frustrasjon på at det ikke gis 100% fra første time.

KPR: Mange ledige vakter. Spesielt på de psykiatriske sengepostene. Opplevs at det ikke er nok bemanning til alle pasientene som skal skjermes. Fremmet forslag om økt grunnbemanning i forkant av sommeren. Største sårbarhet er overlege dekning. Svært sårbart med lav bemanning på terapeut siden.

«NSF-avtalen» må gjelde for deltidsansatte fra første time utover egen stillingsbrøk.

#### Legeforeningen:

**OVL:** Planleggingen av legetjenestene i Akuttmottaket virker ikke å ha vært tilfredsstillende. Det har vært uoversiktlig i Akuttmottaket og stor belastning for de legene som har hatt vakt. Økt pågang av pasienter. Det må leies inn vikarer. Medisinerstudent fikk AMM vaktcallingen på ei vakt. Det kreves en helt annen kompetanse her f.eks. overlege på medisin.

Det har også i år vært for få operasjonsteam på ettermiddager og i helger i Skien.

**YLF:** Notodden planlagt med få leger og lange arbeidsperioder. Sårbart. Spørsmål til kompetanse, og bekymring for at uerfaren LIS står for vurdering av pasient tidlig i forløpet. Forsvarlighet utfordres.

Skien: LIS1 påpeker særlig situasjon i akuttmottak. Manglende AMM lege som har blitt dekket opp av sommervikarer, ettersom det har vært (planlagt) manko på LIS2 hele sommeren. Det har skapt mye overtid og et kaotisk mottak.

Særlig utfordrende på medisinsk klinikk. Noen ledige vaktlinjer kombinert med sykefravær, flere ledige vakter, og særlig på helg.

OK gjennomføring på KIR og KPR.

#### Fagforbundet:

Første del av sommeren 2022 var veldig hektisk på sengepostene. Dette er hva våre medlemmer melder tilbake. De oppgir mye bruk av EFO til tross for sykepleieravtalen.

Ambulansetjenesten melder tilbake om en hektisk sommer, men den har vært håndterbar.

Det er stor misnøye fra andre yrkesgrupper som ikke har vært omfattet av «sykepleieravtalen». Ansatte sier at det har vært lite motivasjon for å «ta i litt ekstra» når deres kompetanse ikke har vært verdsatt på lik linje med sykepleiere. Mange ansatte har likevel stilt opp for at pasienter og kollegaer ikke skal bli «skadelidende».

#### Delta:

De fleste medlemmene har meldt om hektisk sommer, men gjennomførbar.

Sykepleieravtalen har vært et hett samtaletema, der andre yrkesgrupper ikke har kjent at de ble prioritert på like linje med sykepleiere.

### 3. Nøkkeltall fra sommerferieavviklingen 2022

#### Antall opphold:

Antall opphold i uke 25-33 er lavere enn foregående 5 år, med unntak for 2020. Variasjonen er dog liten. 2021 med 4180 mot 4148 i år.

DRG-poeng er marginalt høyere enn siste 5 år, og med noe høyere DRG-indeks (2022 = 1,17 mot 2021 = 1,13). Sammenliknet med fjoråret står MED for økning på +226 poeng, KIR for reduksjon -55 poeng og BUK reduksjon - 50 poeng.

#### Belegg:

Det har vært gjennomgående høyt belegg i sommer. Både antall senger i bruk og beleggsprosent har vært høyere enn tidligere år. Gjennomsnittlig antall senger i bruk i 2022 var 183 med belegg på 101% samlet for foretaket. Tilsvarende for 2021 var 168 senger og 94%. I 2019 var tallene hhv. 181 og 99%.

Uke 27 hadde lavest belegg med 95% mens uke 32 hadde høyest med 106%. 5 av 9 uker hadde mer enn 100%.

#### Høyest belegg i 2022:

Infeksjon-mage-tarm	107%
Blod-kreft-post Skien	106%
Nevro-slag-rehab Skien	106%
Hjerte-nyre-hormon	105%
Lunge-geriatri Skien	102%

#### Operasjoner:

Antall operasjoner har økt fra 2021 til 2022, men er lavere enn 2019-2020.

	2019	2020	2021	2022
Antall operasjoner	1212	1193	987	1067

Tallunderlaget viser at det i 2019-2020 var høyere operasjonsvolum i uke 25 som deretter flatet ut i uke 26-33. For 2021-2022 er det motsatt, antall operasjoner har relativt flat kurve i perioden uke 25-32, for deretter å øke kraftig i uke 33. Noe av forklaringen kan være ulike ferieavviklingsperioder for aktuelle seksjoner, og at aktivitetsnedtak/-økning har ulik takt.

#### Arbeidede timer uke 25-34, alle grupper, planlagte timer og ekstratimer registrert i GAT

Samlet antall arbeidede timer er tilnærmet likt sammenliknet med 2021 (ca. 680.000 timer). Det er marginal økning i antall planlagte timer, mens merarbeid (dvs. «overtid» til ordinær timelønn) viser tilsvarende, begrenset reduksjon (+/- 4000 timer). Dette er en positiv utvikling.

Derimot viser antall timer med overtidskompensasjon (50%/100%/uf-vakt leger) en økning på 15% fra 2021, totalt ca. 3200 timer. Andel timer med høyere timekostnad har altså økt.

Tilsvarende tendens gjenfinnes i gruppene LIS, OVL og spl/spesspl, der økningen er hhv. 14%, 34% og 22%. Dvs. økt forbruk av timer med høyere timesats.

#### Forbruk ferievikarer:

Timer generert av ansatte med årsakskode Ferievikar viser totalt en nedgang på 10% fra 2021, som harmonerer med en vanskelig rekrutteringssituasjon. Timeforbruket knyttet til ferievikarer er imidlertid 4% høyere sammenliknet med 2019, som var siste «normalår» før pandemien. Ferievikarer er registrert med drøyt 2500 timer med overtidskompensasjon, en reduksjon på 25% fra 2021.

#### «NSF-avtalen»:

Totalt utløste avtalen 4600 ekstra timer, tilsvarende 130 fulle arbeidsuker. Samlet kostnad beløper seg til 2,434 mill. kr, eksklusiv administrativ ordning rettet mot jordmødre med redusert stilling. Jf. tabell nedenfor.

#### Administrativ ordning - frivillige ekstravakter:

I den administrative ordningen kompenseres personellgrupper (ikke leger) med et fast kronebeløp pr frivillig ekstravakt. Satsen varierer med personellgruppe/stillingskode og type vakt. Det er natt- og helgevakter som kompenseres særskilt. Tabellen her viser utvikling i antall vakter og tilhørende utbetaling. Merk at satsene ble økt i 2020, men har vært uendret siden.

	2019	2020	2021	2022
Antall ekstravakter	697	928	1401	1222
Sum kostnad	555 650	1 168 650	1 798 400	1 539 400

Intensiv Skien, akuttmottak Skien og kirurgisk sengepost 3. etg. Skiller seg ut med ca. 100 vakter hver.

Nedgang i antall vakter sammenliknet med fjoråret (-179) må ses i sammenheng med «NSF-avtalen». Reelt sett har det vært en vesentlig økning i antallet vakter som er dekket gjennom de to ordningene. «NSF-avtalen» utgjør omkring 540 vakter (8,5 timer pr vakt), dvs. netto økning i antall vakter som er dekket gjennom de to ordningene er ca. 360 sammenliknet med 2021.

#### Leger – ekstrakostnader i hht. A2-overenskomst:

Timeforbruket i form av økning i uta- og vaktlønnstimer knyttet til legers sommerferieavvikling viser en marginal økning fra 2021. Satsene er som % av basislønn, slik at kostnadene vil øke så lenge timetallet ikke reduseres.

For 2022 utgjør ekstra forbruk av uta- og vaktlønnstimer henholdsvis 4900 og 3500 timer. Kostnad etter satser i A2 utgjør ca. 6 mill. kr.

#### Sykefravær (totalt, korttid, langtid):

Samlet sykefravær 2022 var 6,48% i 9-ukers perioden, som er 0,54 prosentpoeng høyere enn 2021. Korttids sykefravær på 2,38% var 0,7 prosentpoeng over fjoråret. Langtids sykefraværet marginalt lavere enn fjoråret.

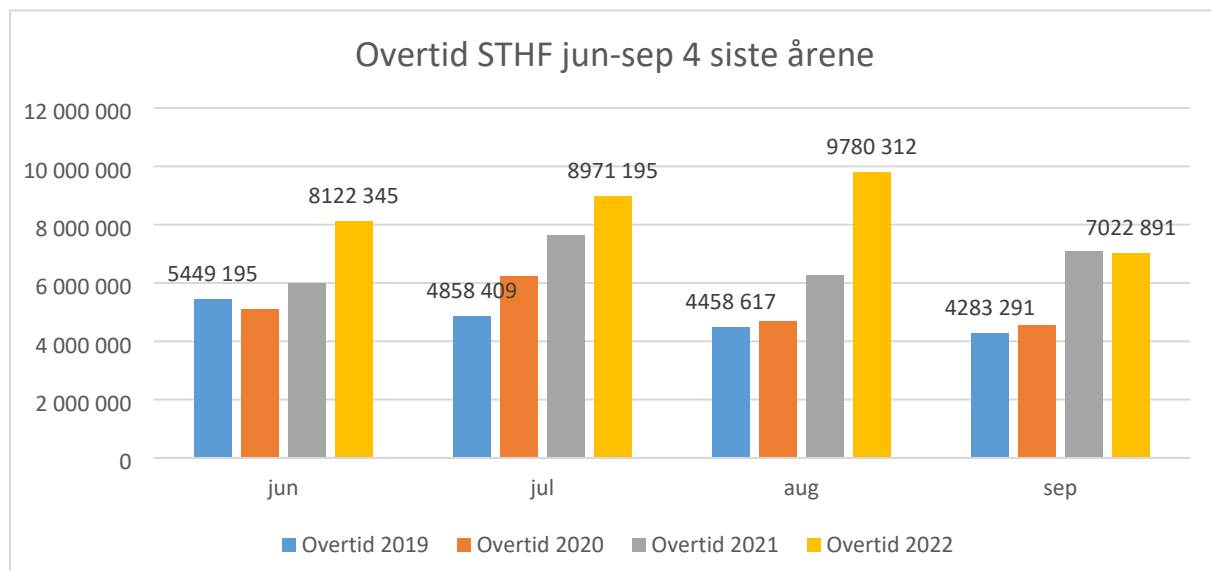
Høyere korttids sykefravær indikerer en mer krevende løpende driftssituasjon. Flere seksjoner har derfor også meldt at uforutsett sykefravær skapte utfordringer med å opprettholde tilstrekkelig bemanning, og ekstra belastninger på gjenværende personell. Enkelte seksjoner har meldt om covid19-sykdom blant flere ansatte.

Sykefravær kan i stor grad henføres til sykepleiergruppen, med totalt omkring 14% sykefravær hvorav korttids 5% og langtids 9%. Selv om sykefraværet generelt er lavt blant leger, registreres likevel noe økning.

#### Overtid:

Overtidstallene inkluderer særskilte utbetalinger knyttet til legers sommerferieavvikling, og til «NSF-avtalen». Det inkluderer IKKE engangsbeløp knyttet til administrativ ordning for frivillige ekstravakter, eller til administrativ ordning overfor jordmødre som inngikk «NSF-avtale».

Uttrekket for perioden er juni-september for å fange opp alle kostnader. Tallene vil derfor være noe høyere enn det som isolert sett er generert i forbindelse med sommerferieavviklingen.



Samlet overtidsbruk viser en økning på 25% eller 6,9 mill. kr mot fjoråret, til totalt 33,9 mill. kr.

Størst økning kan knyttes til MED (+ 3,2 mkr/54%), ABK (+1,3 mkr/24%), KPR (+1,2 mkr/34%), KIR (785' kr/11%), BUK (+350' kr/26%), SSL (92' kr/9%). MSK hadde marginal nedgang.

#### Ferievikarer:

Tallene viser en samlet nedgang på 7% eller 1,9 mkr for perioden juni-september. Det er imidlertid store forskjeller mellom klinikkene. Nedgang har KIR (-1,6 mkr/-33%), SSL (-1,2 mkr/-23%), MSK (-953' kr/-49%) og MED (-130' kr/-2%), mens økning er hos KPR (854' kr/15%), ABK (440' kr/29%) og BUK (350' kr/50%).

#### Brutto månedsverk:

Brutto månedsverk inkluderer alle utbetalte timer: arbeidede timer inkludert overtid, ferie, sykefravær, permisjoner, omregnet til 100% stillinger.

For perioden juni-september er det registret en økning i brutto månedsverk på 1,65% eller 52,39 månedsverk fra 2021.

Størst økning har MED (35,17 mnd.verk/5,5%), ABK (24,36 mnd.verk/6,5%), og BUK (9,09 mnd.verk/3,8%). KIR har reduksjon (-21,83 mnd.verk/-4,0%), samt SSL (-10,52 mnd.verk/3,1%).

## 4. Vurdering og tiltak 2023

Årlige, gjentakende tilbakemeldinger fra linjeledere, tillitsvalgte og ansatte beskriver vanskelig tilgang på tilstrekkelig og kompetent personell i ferieavviklingsperioden. Tilgang på *sommervikarer*, særlig med nødvendig og/eller spisset fagkompetanse, har blitt sterkt redusert, og risiko for at vikarer ikke kommer som tiltenkt har i tillegg økt.

Mange seksjoner rapporterer at bemanningsnivå i forkant av årets ferieavviklingen er vurdert som forsvarlig, men kritisk dersom uforutsett fravær oppstår, eller tenderer mot å være kritisk i utgangspunktet. Det meldes at ansattgrupper allerede er slitne som følge av høy arbeidsbelastning over tid. Det må dog nevnes at en rekke avdelinger/seksjoner også melder om uproblematisk ferieavvikling.

Samtidig er det sterkt press fra enkeltansatte, ansattgrupper og til dels tillitsvalgte om at arbeidsgiver må stille opp med særskilte økonomiske incentiver, for at det skal være vilje til å dekke opp ekstra vakter.

STHF må fremover i større grad gjennomføre ferieavvikling med å ha tilstrekkelig gjenværende bemanningsressurs fra egne ansatte. STHF skal fortsatt jobbe aktivt med å få tak i vikarer, men risiko knyttet til bemanningssituasjon og arbeidsplaner må reduseres.

Til tross for årlige premisser fra ledergruppen om at samarbeidende fag/seksjoner må koordinere ferieavvikling både mht. periode, aktivitetsnivå og behov for støttetjenester, konstateres at dette ikke fungerer som forutsatt på alle områder. Enkelte avvikler 2x4 uker mens andre avvikler 3x3 uker, uten koordinering. Behov for støttetjenester fra SSL blir enten meldt inn for sent fra klinikkene, eller SSL er tidlig ferdig med sine ferie- og arbeidsplaner på sviktende grunnlag.

Det er også et inntrykk at ferieoppsett for leger/legegrupper i noen grad legger føringer for andre seksjoner og personellgrupper. Legers ferieavvikling har rimeligvis stor betydning på aktivitet, antall behandlinger og pasientstrøm. Individuelle ønsker for ferieavvikling blant leger/legegruppe kan ikke imøtekommes uten at konsekvenser for andre er hensyntatt.

Ekstrakostnader knyttet til sommerferieavvikling må komme under bedre kontroll ved at press på administrative ordninger, eventuelle avtaler om utvidet arbeidstid, overtids- og forskyvningsbestemmelser som følger av tariff, IKKE er forhandlingsarena mellom ansatt/ansattgruppe og linjeledelse, ei heller linjeledelse og stab. Etablerte og avtalte ordninger må gjelde likt på tvers av klinikkene innenfor de grenser som fastsettes av foretakets ledelse.

STHF har i alle år tilstrebet å avvikle sommerferie i den perioden som treffer «skoleruta». Det er imidlertid ingen rettighet, og Ferielovens bestemmelser oppstiller krav om 3 uker sammenhengende hovedferie plassert innenfor perioden 01.06-30.09. Det forutsettes drøfting med t.v./involvering av ansatte og varslingsfrist på 2 måneder. Når premissene er overholdt gjelder styringsretten. Ifølge intern prosedyre skal arbeidsplaner være godkjente og iverksettes senest 2 uker før oppstart.

For å utløse mer arbeidskraftressurs/tilstedeværelse av egne ansatte gjennom sommeren, må enten (1) færre avvikle ferie samtidig, dvs. ferieavviklingsperioden må utvides, eller (2) ansatte må være villige/forpliktet seg til å jobbe ekstra.

Det virker imidlertid som at det er en forventning eller rettighetsforståelse blant ansatte om at ferie ikke kan plasseres utenfor 9-ukers perioden, i det minste ikke uten frivillighet og ekstra kompensasjon. Fordelen ved å få ferie plassert innenfor 9-ukers perioden har ikke noen motivasjonskraft i seg selv.



Slik situasjonen er nå, der det er vanskelig å se for seg en mer bærekraftig sommerferieavvikling framover uten ytterligere inngripende tiltak, må STHF likevel vurdere om ferieperioden bør utvides, og i tilfelle med hvilke virkemidler: styringsrett, frivillighet og/eller økonomiske incentiver.

En utvidelse av perioden er imidlertid ikke et ønsket tiltak fra arbeidsgivers side, men vil eventuelt komme som en konsekvens av for liten disponibel bemanningsressurs.

Med få unntak er det slik at dersom pleiepersonell i en seksjon tok kollektivt ansvar for å dekke 1-3 ekstravakter hver i tilknytning til 9-ukers ferieavvikling, med noe mer innslag av helgevakt, ville bemanningsplan være mye mer robust. Det å kunne allokere vaktene i arbeidsplan, ville også gi mer forutsigbarhet for den enkelte. Forståelse og konsensus om dette mellom de ansatte, kombinert med en forpliktelse overfor arbeidsgiver, ville langt på veg løst sommerferieavviklingen.

### **Forslag til tiltak for å bedre bemanningssituasjon 2023:**

Inn mot 2023 vil STHF kjøre en strammere planleggingsprosess, med rapporteringspunkter om status både inn mot direktørens ledergruppe, og i ordinære oppfølgingsmøter mellom AD og kliniksjeferne.

Det er et mål om langt tidligere å få oversikt over forventet bemanningssituasjon på de enkelte seksjonene gitt fordeling av ferieuker, slik at ytterligere beslutninger om tiltak/gjennomføring kan tas på et overordnet, kvalifisert og realistisk grunnlag.

Videre bør det ikke gis anledning for seksjonene til å fravike fellesperiode med tilpasset sommerdrift. Eventuelle unntak forutsetter beslutning i direktørens ledergruppe.

STHF skal søke å samordne tiltak med kommunene for om mulig å unngå å overby hverandre ved rekruttering av knapp ressurs.

Foreløpig er følgende konkrete tiltak besluttet eller planlagt:

1. HR viderefører ordinært arbeid med å rekruttere vikarer, inkludert kontakt mot vikarbyråer, stillingsutlysninger etc.
2. Trainee-program startes, og traineer knyttes til arbeid under ferieavviklingen.
3. HR deltar på relevante utdanningsmesser for å rekruttere studenter innen helsefag.
4. Etter vedtak i programstyret for Prosjekt pasientflyt 24/7:  
Sykepleiere/spesialsykepleiere (medlemmer i NSF), innenfor gjeldende stillingsforhold /-brøk, tilbys og inngås skriftlig avtale med den ansatte om minimum 4 ekstra lørdags- eller søndagsvakter utover tredje hver helg pr. år. Avtalen inngås for 12 mnd. Ekstra helgevakter for sykepleier og spesialsykepleiere planlagt i arbeidsplan gir lønnskompensasjon.
5. For sommervikarer 2022 tilbys allerede nå arbeidsavtaler med stilling gjennom året, inkludert neste sommer.
6. «NSF-avtale».  
Avklare klinikkens behov, og hvilke betingelser NSF oppstiller for 2023. Deretter vurdere om avtale skal inngås. Ved å gjøre seg avhengig av årlig avtale, etableres forventninger i ansattgrupper, det blir økt press på omfang, og man setter foretaket i en situasjon som er svært krevende å reversere senere. NSF setter betingelsene (timesatser) ensidig.
7. Administrativ ordning – frivillige ekstravakter til helg eller nattevakter i uken.  
Foreslås videreført for 2023. Ambulanse har hatt forsøksordning i 2022, men vurderer å avvikle for 2023. Psykiatrisk klinikk bør selv vurdere behov og beslutte hvorvidt de skal

omfattes. Ledergruppen bes vurdere om satsene skal justeres, med mulig sterkere prioritering av helgevakter.

8. Utvide ferieavviklingsperioden utover uke 25-33.

Den enkelte seksjon utarbeider først oversikt over forventet bemanningssituasjon med avvikling over 9 uker. Oversikten skal vise behov for tilleggsressurs. Ved manglende realisme om tilførsel av nødvendig tilleggsressurs, strekkes ferieavviklingsperioden til inntil 12 uker. Det foreslås å benytte styringsretten, og ikke lenger kompensere med kronebeløp for ferieuker som frivillig flyttes utenom uke 25-33.

Prosess og fremdriftsplan:

- Oktober: Ledergruppe behandler tiltak for bedret bemanningssituasjon 2023 jf. ovenstående.
- Primo november: Klinikken fremlegger forslag til driftsmodell inklusiv nødvendige samordninger, som grunnlag for videre planlegging 2023. Herunder:
  - Stengninger
  - Sammenslåinger, samarbeid på tvers
  - Nedtak av senger
  - Reduksjon i elektiv aktivitet, operasjoner
- Medio november: Forslag til driftsmodell drøftes med tillitsvalgte i overordnet møte mellom FTV, klinikkjefer og HR. Nødvendige beslutninger tas deretter i ledergruppemøte.
- Medio november: Overordnede rammer inklusiv prosess og fremdriftsplan for planlegging av sommerferieavvikling sendes linjeledere, fra HR.
- November/desember: Generell stillingsutlysning etter ferievikarer fra Bemanningssenteret.
- Januar: Seksjonsledere fremlegger første oversikt over ekstra bemanningsbehov gitt 9 ukers ferieavvikling, i intern lederlinje. Klinikksjef rapporterer situasjonsbilde i ledergruppemøte. Basert på situasjonsbildet vurderes behov for å utvide ferieavviklingsperioden. Videre tas beslutning om eventuelt oppdrag til HR om inngåelse av «NSF-avtale» for 2023. Klinikken må melde hvilke seksjoner som skal omfattes.
- Januar-medio mars: Seksjonsledere utarbeider ferieoppsett og arbeidsplan for sommeren. Planarbeidet skal bygge på beslutninger fra ledergruppemøtet i januar. Arbeidsplan skal synliggjøre utfordringsbildet med omfang på huller i plan og behov for tilleggsressurs/vikarer.
- Medio mars: Klinikksjefer rapporterer status til AD/ledergruppemøte
- Primo april: Drøfting av ferieoppsett med tillitsvalgt. Ferieoppsett fastsettes. Det forutsettes at realistisk arbeidsplan foreligger FØR ferieoppsett besluttes endelig.
- April-mai: Prosess for endelig utarbeidelse og godkjenning av arbeidsplan.

### 3. Administrerende direktørs anbefaling

Tilgang på sommervikarer, særlig med nødvendig og/eller spisset fagkompetanse, har de siste årene blitt sterkt redusert og sommerferien i 2022 viste at utviklingen fortsatt går i den retningen. Alle prognoser tilsier at tilgangen på helsepersonell vil være svært krevende i årene som kommer og da vil ferieperiodene være spesielt utsatt.

Som en konsekvens av utviklingen må helseforetaket i større grad enn tidligere gjennomføre ferieavvikling med å ha tilstrekkelig gjenværende bemanningsressurs fra egne ansatte. Det er selvfølgelig viktig å intensivere arbeidet med å få tak i vikarer, men risiko knyttet til bemanningssituasjon og arbeidsplaner må reduseres gjennom bedre planlegging for bruk av egne ressurser. Kvaliteten i planleggingsarbeidet må økes og den interne koordineringen av ferieavviklingen må forbedres.

I tillegg til ovennevnte må helseforetaket fremover søke samarbeid med primærhelsetjenesten for å sørge for at vi sammen kan sikre godt tjenestetilbud til innbyggerne og gode pasientforløp i de mest sårbare periodene av året. Administrerende direktør tror også at vi i større grad bør samarbeide med omkringliggende helseforetak for å sikre effektive og gode vakt- og beredskapsordninger gjennom ferieperioden.

Administrerende direktør vil anbefale styret å støtte opp under planleggingsarbeidet for å sikre godt tjenestetilbud og sørge for at vi unngår overbelastning på enkeltansatte eller grupper av ansatte. Det må samtidig planlegges for en god ressursforvaltning.

## Saksfremlegg

### Saksgang:

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
Styret i Sykehuset Telemark HF	26. oktober 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: 096 – 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, 17. oktober 2022

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

### **Vedlegg:**

- Ingen

## Saksfremlegg

### Saksgang:

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
Styret i Sykehuset Telemark HF	26. oktober 2022

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

**Sak: 097 – 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, 17. oktober 2022

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

### Vedlegg:

- Styrets årsplan 2022 - oppdatert

# Årsplan 2022 for styret i Sykehuset Telemark

Ajourført per 14. september 2022

## Styremøter oktober og desember 2022

Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
<b>Styremøte</b> 14. desember Kl. 0930 - 1530  Direktørens 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>• Trusselvurdering for digital sikkerhet i spesialisthelsetjenesten – unntatt offentlighet</li><li>• Styresaker i Sykehuset Telemark HF - status og oppfølging</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
<p><b>Ekstraordinært styremøte</b> 19. januar Kl. 0900 – 1200</p> <p>Direktørens møterom/Skype</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Høringsdokument Sykehuset Telemarks utviklingsplan 2035</li> </ul>		
<p><b>Styremøte</b> 15. februar Kl. 0830 – 1330</p> <p>Skype-møte</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Godkjenning av innkalling og saksliste</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>	
<p><b>Styremøte</b> 25. mars Kl. 0930 – 1530</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Godkjenning av innkalling og saksliste</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 egenevaluering – 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 egenevaluering – lukket møte</li> </ul>

Avholdte styremøter			
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>Styrets årsplan 2022 - oppdatert</li> <li>Driftsorienteringer fra AD</li> <li>Virksomhetsrapport per september</li> <li>Forprosjekt Utbygging Somatikk Skien - Status</li> <li>Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark – presentasjon av lederfilosofi</li> <li>Status budsjett 2023</li> <li>Nasjonale kvalitetsregistre og kvalitetsindikatorer</li> <li>Ledelsens gjennomgang 2022</li> <li>Evaluering sommerdrift 2022 og sommerferieplanlegging 2023</li> <li>Brukerutvalgets leders orientering</li> <li>Styrets årsplan 2022 - oppdatert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientering om Notodden sykehus og prosjektet Gode Pasientforløp</li> </ul>

## Foretaksmøter og styreseminar:

**Årlige faste foretaksmøter:** Februar og juni

### **Styreseminar:**

22. juni Sted: Vrangfoss møterom, STHF: Presentasjon av klinikker og diskusjon av innhold i sykehusets strategi 2023-2025  
 21. september Sted: Vrangfoss møterom, STHF; Omvisning somatikk, strategi 2023-2025 og økonomi  
 20. oktober Sted: Comfort Hotel Porsgrunn, Kammerherreløkka 3; Felles styreseminar for styrene i SiV og ST  
 14. desember Sted: Administrerende direktørs møterom; Årlig egevaluering 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
- Rapport 09/2021 fra konsernrevisjonen om revisjonen Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester

# Møteprotokoll

---

**Styre:** Helse Sør-Øst RHF  
**Møtested:** Hamar  
**Dato:** Torsdag 22. september 2022  
**Tidspunkt:** Kl 09:15 - 16:00

---

## Følgende styremedlemmer møtte:

---

Svein I. Gjedrem	Styreleder
Nina Tangnæs Grønvold	Nestleder
Kirsten Brubakk	
Christian Grimsgaard	
Bushra Ishaq	Til kl. 15
Einar Lunde	
Harald Vaagaasar Nikolaisen	
Peder Kristian Olsen	
Lasse Sølvberg	
Kristin Vinje	

---

## Fra brukerutvalget møtte:

---

Aina Nybakke	Til kl. 13
Odvar Jacobsen	

---

## Fra administrasjonen deltok:

---

Administrerende direktør Terje Rootwelt  
Spesialrådgiver Kathrine Hofgaard Vaage  
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 Brynestad

---

**Saker som ble behandlet:**

<b>100-2022</b>	<b>Godkjenning av innkalling og sakliste</b>
-----------------	--

Administrerende direktør trekker sak 107-2022 Oppdatering av etiske retningslinjer for å sikre tilstrekkelig forankring med brukerutvalget før saken legges frem for styret.

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret godkjenner innkalling og sakliste til styremøte 22. september 2022.

<b>101-2022</b>	<b>Godkjenning av protokoll fra styremøte 25. august 2022</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Protokoll og B-protokoller fra styremøte 25. august 2022 godkjennes.

<b>102</b>	<b>Sykehuset Innlandet HF – hovedprogram og valg av hovedalternativ og tomt for Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF</b>
------------	---

**Oppsummering**

«Rapport konseptfase steg 1, beslutning B3A, Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF» ble behandlet som orienteringssak i styret 25. august 2022.

I denne saken drøftes de to alternativene, Mjøssykehuset og null pluss, sin evne til å tilfredsstille vedtatt målbilde, og oppfølgingspunkter fra styrets forrige behandling drøftes. Med dette som grunnlag gir administrerende direktør sin anbefaling for valg av alternativ for Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF.

Saken skal oversendes Helse- og omsorgsdepartementet, jamfør protokoll fra foretaksmøte 10. januar 2022, sak 3.7.4.

**Kommentarer i møtet**

Styret er i det vesentlige enige i de prosjektutløsende behovene. Styret viser til at det har vært gode utredninger og at det foreligger et godt beslutningsgrunnlag. Det er ulike syn i

styret på saken og spesielt er det fremhevet utfordringer knyttet til omstillingsbehov for alternativet Mjøssykehuset.

Styret er enige om at det i det videre må arbeides inngående med risiko og planer for omstilling. Et mindretall mener at saken bør utsettes og at administrerende bør beslegge frem et eget notat med en vurdering av hvordan planlegging av omstillingen skal legges opp. Et slikt notat bør ifølge mindretallet foreligge innen kort tid.

Styret viser til at bygningsmassen i Sykehuset Innlandet har høy alder, og at det derfor vil være nødvendig med store investeringer og oppgraderinger under begge alternativ. Valg av null pluss alternativet kan gi rom for at en større del av oppgraderingsbehov kan trekkes lenger ut i tid og gi noe større grad av fleksibilitet for det fremtidige investeringsbehovet.

Styret ber om at det tas inn et vedtak som påpeker at dersom null pluss alternativet skulle bli valgt, må dette alternativet bearbeides videre, herunder tomtevalg.

Styret ber om at det tas inn et vedtak som omtaler at tidspunkt for når Sykehuset Innlandet HF kan være klar for byggestart må vurderes i lys av utviklingen i driftsøkonomien i Sykehuset Innlandet HF og veksten i bevilgninger til spesialisthelsetjenesten.

Styremedlem Peder Kristian Olsen kom med følgende forslag til alternativt vedtak:

*Styret ber om at saken utsettes og at administrasjon kommer tilbake med en skisse/analyse av hvordan risiko og utfordringene knyttet til den organisatorisk omstillingen som følger av prosjektet kan håndteres.*

#### Votering:

Forslaget falt mot 4 stemmer.

Styremedlem Christian Grimsgaard kom med følgende forslag til vedtaks punkter som alternativ til administrerende direktørs forslag:

- 1. Det er behov for å samle spesialiserte funksjoner for å styrke pasienttilbudet og fagmiljøene i Sykehuset Innlandet HF. I tillegg må dagens sykehusbygg på Hamar erstattes. Det er gjennomført utredning av to alternativer, som begge vil kunne legge grunnlaget for å videreutvikle et godt pasienttilbud i Innlandet. Det er nødvendig med en avklaring av framtidig struktur for Sykehuset Innlandet HF.*
- 2. Styret konstaterer at Mjøssykehus-alternativet innebærer en mer omfattende og komplisert omlegging av strukturen, og vurderer at dette alternativet er beheftet med høyere igangsettings- og gjennomføringsrisiko. Ved valg av null-pluss alternativet legger man en større del av helseforetakets oppgraderingsbehov ut i tid hvor det vil være større fleksibilitet for å tilpasse investeringene til framtidig tilstand på byggene, helseforetakets fremtidige økonomiske situasjon og øvrige prioriteringer i helseforetaket.*
- 3. Styret konstaterer at samfunnsanalysen fraråder valg av Mjøssykehus-alternativet grunnet svakere muligheter for rekruttering i dette alternativet. Selv om risiko knyttet til rekruttering og bibehold av medarbeidere antas å være mindre i null-pluss alternativet, vil det være risiko knyttet til endring av struktur i begge*

- alternativ. For å møte dette må Sykehuset Innlandet HF utarbeide en plan for å styrke rekrutteringen og å gjennomføre de fremtidige endringene i organisasjonen.*
4. *Styret godkjenner hovedprogram steg 1 for Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF, null-pluss alternativet.*
  5. *Styret tilrår at null-pluss alternativet legges til grunn for steg 2 av konseptfasen for Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF. Styret forutsetter at alternativet skal utvikles videre, og at det skal arbeides for å etablere et samlet og framtidsrettet helhetlig konsept for sykehusstrukturen i Sykehuset Innlandet HF.*
  6. *Styret anbefaler at erstatningssykehus for Hamar planlegges på tomt Sanderud.*
  7. *Styret viser til at i det foreløpige anslaget for gevinster i null-pluss alternativet ikke er vurdert ytterligere gevinster som kan realiseres ved øvrig samordning og utvikling av tilbudet i de øvrige sykehusene. Det skal arbeides for å identifisere ytterligere gevinster, redusere kostnader og ivareta kostnadseffektivitet i løsninger og prosjektgjennomføring.*
  8. *Etablering av et erstatningssykehus på Sanderud medfører samling av funksjoner som i dag er lokalisert på to ulike sykehus. Styret erkjenner at omstillings- og utviklingsprosessene organisasjonen må igjennom, medfører risiko. Tiltak for å redusere risiko må iverksettes.*
  9. *Sykehuset Innlandet HF har lagt til grunn en stor økonomisk forbedring som følge av planene for ny sykehusstruktur. Økonomianalysene viser at effektiviseringen og kostnadstilpasningen i forkant også er vesentlige for helseforetakets økonomiske bæreevne. Det forutsettes at Sykehuset Innlandet HF arbeider videre med tiltak som konkretiserer kostnadstilpasningen i forkant av og gevinstuttak i etterkant av innflytting, som lagt til grunn i vurderingene av økonomisk bæreevne.*
  10. *Saken oversendes Helse- og omsorgsdepartementet, jamfør protokoll fra foretaksmøte 10. januar 2022 sak 3.7.4.*

Votering:

Forslaget falt mot 4 stemmer.

Styreleder fremmet forslag til nye vedtakspunkter 9 og 10.

**Styrets vedtak**

**V E D T A K**

1. Det er behov for å samle spesialiserte funksjoner for å styrke pasienttilbudet og fagmiljøene i Sykehuset Innlandet HF. I tillegg må dagens sykehusbygg på Hamar erstattes. Det er gjennomført en likeverdig utredning av to alternativer, som begge vil kunne legge grunnlaget for å videreutvikle et godt pasienttilbud i Innlandet. Det er nødvendig med en avklaring av framtidig struktur for Sykehuset Innlandet HF.
2. Styret godkjenner at Mjøssykehus-alternativet legges til grunn for steg 2 av konseptfasen for Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF.
3. Styret godkjenner hovedprogram steg 1 for Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF, Mjøssykehuset, og ber om at dette legges til grunn for steg 2 av konseptfasen.
4. Styret godkjenner at Mjøssykehuset planlegges på tomt «Moskogen» i Moelv.

5. Styret viser til at det foreløpige investeringsestimater for Mjøssykehuset er høyere enn planleggingsrammen. Det skal arbeides for å redusere kostnader og ivareta kostnadseffektivitet i løsninger og prosjektgjennomføring.
6. Etablering av et nytt stort Mjøssykehus medfører samling av funksjoner som i dag er lokalisert på seks ulike sykehus. Styret erkjenner at omstillings- og utviklingsprosessene organisasjonen må igjennom, medfører risiko. Tiltak for å redusere risiko må iverksettes. Det skal i steg to av konseptfasen blant annet vurderes om trinnvis utbygging er et egnet tiltak for å redusere risikoen ved omstillingen.
7. utfordringer knyttet til rekruttering og bibehold av medarbeidere vil være en risiko forut for og etter endring i struktur. For å møte dette må Sykehuset Innlandet HF utarbeide en plan for å styrke rekrutteringen og å gjennomføre de fremtidige endringene i organisasjonen. Fagområder og funksjoner som kan og bør samles skal, så langt det er mulig, samles i forkant av en framtidig innflytting i et nytt bygg.
8. Sykehuset Innlandet HF har lagt til grunn en stor økonomisk forbedring som følge av planene for Mjøssykehuset. Økonomianalysene viser at effektiviseringen og kostnadstilpasningen i forkant også er vesentlige for helseforetakets økonomiske bæreevne. Det forutsettes at Sykehuset Innlandet HF arbeider videre med tiltak som konkretiserer kostnadstilpasningen i forkant av og gevinstuttak i etterkant av innflytting, som lagt til grunn i vurderingene av økonomisk bæreevne.
9. Styret påpeker at tidspunkt for når Sykehuset Innlandet HF kan være klar for byggestart må vurderes i lys av utviklingen i driftsøkonomien i Sykehuset Innlandet HF og veksten i bevilgninger til spesialisthelsetjenesten.
10. Styret påpeker at dersom null pluss alternativet skulle bli valgt, må dette alternativet bearbeides videre, herunder tomtevalg.
11. Saken oversendes Helse- og omsorgsdepartementet, jamfør protokoll fra foretaksmøte 10. januar 2022 sak 3.7.4.

Votering:

Vedtatt mot 4 stemmer.

103-2022	Virksomhetsrapport per august 2022
----------	------------------------------------

**Oppsummering**

Saken presenterer virksomhetsrapporten for august 2022 som er vedlagt saken.

**Kommentarer i møtet**

Styret er bekymret for utviklingen i ventetider og kvalitetsmål, og for den økonomiske situasjonen. Styret presiserer at sykehusene må prioritere psykisk helse for barn og



unge, og psykiatri. Videre må det tas skritt for å håndtere de økonomiske utfordringene på kort og mellomlang sikt.

Styret viser til at en enhet for spiseforstyrrelser ved Kristiansand sykehus i Sørlandet sykehus HF er lagt ned på kort varsel, hovedsakelig som følge av manglende rekruttering av psykologer og psykiatere. Styret ber administrasjonen komme tilbake med en oppdatering av saken ved neste styremøte, inkludert en redegjørelse av rekrutteringssituasjonen. Styret ber om at dette tas inn i vedtak.

Styret peker på viktigheten av forebyggende tiltak for spiseforstyrrelser, samt at det gjøres tiltak for rekruttere og beholde psykologer.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

1. Styret tar virksomhetsrapport per august 2022 til etterretning.
2. Styret ber administrasjonen komme tilbake med en oppdatering om nedleggelse av enhet for spiseforstyrrelser ved Kristiansand sykehus, herunder en redegjørelse for rekrutteringssituasjonen for psykologer og psykiatere.

104-2022	Oppfølging av konsernrevisjonen Helse Sør-Øst rapport 5-2021 Samordning av IKT-anskaffelser og leverandørstyring
----------	---

### Oppsummering

Helse Sør-Øst RHF har mottatt konsernrevisjonens rapport 5-2021 *Samordning av IKT-anskaffelser og leverandørstyring*. Rapporten omfatter ansvarsområder innenfor IKT-anskaffelser og leverandørstyring i Helse Sør-Øst RHF, Sykehuspartner HF og Sykehusinnkjøp. I saken gjennomgås konsernrevisjonens anbefalinger for Helse Sør-Øst RHF. Videre presenteres Helse Sør-Øst RHF's plan for tiltak utarbeidet med utgangspunkt i anbefalingene i rapporten.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

1. Styret tar rapport 5-2021 *Samordning av IKT-anskaffelser og leverandørstyring* fra konsernrevisjonen Helse Sør-Øst til orientering.
2. Styret forutsetter at det gjennomføres tiltak som redegjort for i saken.

105-2022	Innspill til statsbudsjett for 2024
----------	-------------------------------------

## Oppsummering

I vedlegg 1 til foretaksprotokoll av 10. januar 2022 er det forutsatt at de regionale helseforetakene gir innspill til statsbudsjett for 2024 innen 1. desember 2022. De fire regionale helseforetakene har i fellesskap vurdert aktivitetsbehovet for 2024 innen somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusmiddelbehandling (TSB), og utarbeidet felles utkast til innspill til statsbudsjettet. Utkastet fremmes for styret for innspill.

Som følge av saksbehandling i Helse Sør-Øst RHF, inklusive møte med direktørene, har ytterligere tre forhold blitt lagt til etter at utkast til felles notat ble laget. Det er beredskap, klima og miljø og utdanning (incentiver for utdanningssektoren). Disse momentene vil bli diskutert i nytt møte mellom administrerende direktører i de fire regionale helseforetakene, sammen med innspill fra respektive regionale styrever. Deretter lages et oppdatert felles notat, som vil bli gjenstand for fornyet styrebehandling, før oversendelse Helse- og omsorgsdepartementet.

## Kommentarer i møtet

Styret gir tilslutning til det videre arbeid og ber om at følgende innspill vurderes:

- Anslag for behovsvekst psykisk helsevern eldre.
- Økt antall utdanningsplasser utløser et finansieringsbehov i spesialisthelsetjenesten som følge av behov for flere praksisplasser. Det kan overfor Kunnskaps- og utdanningsdepartementet foreslås at kategori for helsefagene justerer opp fra kategori E slik at det reelle kostnadsbehovet knyttet til praksisplasser reflekteres.
- Betydningen av helsekriser som treffer bredere enn beredskap.
- Det er viktig at budsjettinnspillet utformes slik at det kan settes inn i en sammenheng med den samlede økonomien.

Styreleder ber om å få bistå administrerende direktør i den videre utformingen og slutføringen av budsjettinnspillet.

## Styrets enstemmige

### VEDTAK

1. Styret tar foreliggende vurderinger av aktivitetsforutsetninger for somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som innspill til statsbudsjett for 2024, til orientering.
2. Styret ber om at innspill gitt i møtet innarbeides, og at endelig forslag til innspill legges frem for behandling i styret før oversendelse til Helse- og omsorgsdepartementet.

### Stemmeforklaring fra styremedlem Christian Grimsgaard:

*Medlemmet Grimsgaard vil bemerke at anslagene for behovsvekst baseres på dagens forbruksmønster. Etter dette medlemmets syn reflekterer dagens forbruk at tilbudet til voksne og eldre pasienter med psykiske helseplager er mangelfullt, altså at det er et*

*betydelig gap mellom faktisk behov og tilbud. Framskrivning basert på fremføring av dagens forbruksmønster vil ikke bidra til å rette opp i dette forholdet.*

106-2022	Halvårsrapport 2022 for konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
----------	---

### Oppsummering

Hensikten med denne rapporten er å informere styret i Helse Sør-Øst RHF om status på konsernrevisjonens arbeid første halvår 2022.

### Styrets enstemmige

#### V E D T A K

Styret tar halvårsrapport fra konsernrevisjon til orientering.

107-2022	Oppdatering av etiske retningslinjer
----------	--------------------------------------

### UTGÅR

108-2022	Oslo universitetssykehus HF – Nye Aker og Nye Rikshospitalet, status forprosjekt og fullmakt til forberedende arbeider
----------	--

### Oppsummering

Prosjekt Nye Aker og Nye Rikshospitalet er i slutfasen av forprosjektet. Arbeidet har som formål å utrede konseptet tilstrekkelig for å gi grunnlag for beslutning om gjennomføring av investeringsprosjektet (beslutningspunkt B4 iht. *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*). I sak 099-2022 *Driftsorienteringer fra administrerende direktør*, ble styret sist informert om status for arbeidet i forprosjektet.

Denne saken gir en oppdatert status for forprosjektet, og tilknyttede aktiviteter for tomteerverv og helikopterlandingsplasser. I tillegg ber administrerende direktør om fullmakt til å inngå nødvendige forpliktelser før beslutning om gjennomføring, med hensikt å legge til rette for en smidig gjennomføring av detaljprosjektering og senere bygging.

### Kommentarer i møtet

Videre prosess om beslutninger vedrørende helikopterlandingsplass må tydeliggjøres. Styret kommenterte medvirkningsprosessen i prosjektet. For øvrig tar styret saken til orientering.

### Styrets

**VEDTAK**

1. Styret tar status for forprosjekt Nye Aker og Nye Rikshospitalet og tilknyttede aktiviteter for tomteerverv og helikopterlandingsplasser til orientering.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til anskaffelse av prosjekteringstjenester for forberedende arbeider før gjennomføringsfasen for Nye Aker og Nye Rikshospitalet innenfor en økonomisk ramme på inntil 90 millioner kroner.

Votering:

Vedtatt mot tre stemmer.

Protokolltilførsel fra medlemmene Kirsten Brubakk, Christian Grimsgaard og Lasse Sølvberg:

Disse medlemmene viser til konserntillitsvalgte drøftingsinnspill i saken.

109-2022	Endringer i styring og oppfølging av nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten
----------	---

**Oppsummering**

Saken gjelder endringer i styringssystemet for nasjonale tjenester, herunder prinsipper for organisering og finansiering. Saken gir videre en orientering om arbeidet med utvikling av et nasjonalt servicemiljø for nasjonale tjenester, nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk og nasjonale sentre. Saken fremlegges for styrene i alle regionale helseforetak.

**Styrets enstemmige**

**VEDTAK**

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF tar fremlagte endringer i styring og oppfølging av nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten til orientering. Dette inkluderer prinsipper for omorganisering av nasjonale kompetansetjenester, prinsipper for finansiering samt anbefalt modell for etablering av nasjonalt servicemiljø for nasjonale tjenester, kvalitets- og kompetansenettverk og sentre.
2. Endringsprosessene må innrettes slik at ansatte ivaretas på en god måte og at kompetanse videreføres på en hensiktsmessig måte.

110-2022	Supplering av styret i Vestre Viken HF og PKH
----------	---

**Oppsummering**

Det er behov for å supplere styret i Vestre Viken HF og Pensjonskassen helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH) etter at tidligere styremedlemmer har bedt seg fritatt fra vervet.

Valgkomiteen vil legge frem sin innstilling i styremøtet.

#### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Følgende oppnevnes som eieroppnevnte styremedlemmer i:

- Vestre Viken HF: Kari Fjelldal
- Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH): Jørn Limi

Følgende oppnevnes som eieroppnevnt varamedlem i:

- Pensjonskassen helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH): Jan Inge Pettersen

Oppnevningen bekreftes i foretaksmøte.

111-2022	Årsplan styresaker
----------	--------------------

#### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Årsplan styresaker i 2022 og 2023 tas til orientering.

112-2022	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
----------	--

#### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

#### Orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 31. august 2022
3. Brev fra Hamar Arbeiderparti
4. Brev fra Gjøvik Arbeiderparti
5. Brev fra styret og kommunestyregruppa i Gjøvik Senterparti
6. Brev fra Olaf Dobloug

7. Brev fra ordførerne i Nord-Gudbrandsdalen
8. Brev fra Fylkesordfører i Innlandet
9. Brev fra ordførere i Engerdal, Trysil, Stor-Elvdal, Åmot, Åsnes, Våler og Elverum
10. Brev fra ordførere i Ringebu, Nord-Fron og Sør-Fron
11. Brev fra Valdresregionen
12. Brev fra Norsk Sykepleierforbund, divisjonstillitsvalgte
13. Brev fra tillitsvalgte fra åtte arbeidstakerorganisasjoner i Sykehuset Innlandet
14. Brev fra sykepleiere og jordmor ved Sykehuset Innlandet, Gjøvik
15. Brev fra Jan Petter Ramstad, anestesisykepleier Sykehuset Innlandet, Gjøvik
16. Brev fra styremedlemmene i Sammen for lokalsykehusene
17. Brev fra ordfører i Hamar kommune
18. Brev fra Regionstyret i Gjøvikregionen Interkommunale politiske råd
19. Brev til styret vedrørende kreftbehandling i Sykehuset Innlandet (*unntatt offentlighet, jfr. offl § 13, jf Fvl §13.2*)
20. Brev til styret knyttet til sykehussaken i Innlandet (*unntatt offentlighet, jfr. offl § 13, jf Fvl §13.2*)
21. Brev fra Olaf Dobloug
22. Brev fra styret i Redd Ullevål
23. Brev fra Nasjonal aksjon for bevaring og utvikling av de psykiatriske sykehusene
24. Drøftingsprotokoll til sak 102-2022, 107-2022, 108-2022 og 112-2022
25. E-post fra ordfører i Hamar kommune

*Møtet hevet kl. 16:00*

Hamar, 22. september 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

---

Kathrine Hofgaard Vaage  
styresekretær

## Saksfremlegg

### Saksgang:

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
Styret i Sykehuset Telemark HF	26. oktober 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: 098 – 2022**

### **Styrets årlige evaluering av administrerende direktørs arbeid og resultater – unntatt offentlighet**

#### **Hensikten med saken**

Styret ved Sykehuset Telemark HF skal årlig evaluere administrerende direktørs arbeid og resultater. Dette er nedfelt i “Instruks for administrerende direktør ved Sykehuset Telemark” under punkt 5 Resultatkrav og evaluering av administrerende direktør.

Saken behandles i lukket møte, jf. helseforetakslovens § 26a, andre ledd nr. 1.

#### **Forslag til vedtak**

Styret utarbeider egen protokoll, som er unntatt offentlighet

Skien, 17. oktober 2022

Anne Biering  
styreleder