

Ekstraordinært styremøte styret i Sykehuset Telemark HF



ons. 19. januar 2022, 09.00 - 12.00

Skype-møte

Agenda

09.00 - 09.00 **001-2022 Godkjenning av innkalling og saksliste**

0 min

Beslutning *Per Anders Oksum*

- 001-2022 Godkjenning av innkalling og saksliste.pdf (1 sider)
 - _Innkalling til styremøte i Sykehuset Telemark HF 19. januar 2022.pdf (1 sider)
 - _Saksliste styremøte 19. januar 2022.pdf (1 sider)
-

09.00 - 09.00 **002-2022 Driftsorienteringer fra administrerende direktør**

0 min

Orientering *Tom Helge Rønning*

- 002-2022 Driftsorienteringer fra administrerende direktør.pdf (1 sider)
-

09.00 - 09.00 **003-2022 Høringsutkast Utviklingsplan 2035 for Sykehuset Telemark HF**

0 min

Beslutning *Tom Helge Rønning*

- 003-2022 Høringsutkast Utviklingsplan 2035 for Sykehuset Telemark HF.pdf (5 sider)
- 003-2022 Vedlegg 1_Utviklingsplan 2035_Versjon 0.8.pdf (60 sider)
- 003-2022 Undervedlegg 1_Framskrivning av spesialisthelsetjenester til utviklingsplanarbeidet i helseforetak.pdf (13 sider)
- 003-2022 Vedlegg 2_Drøftingsprotokoll møte 10. januar 2022.pdf (3 sider)

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	19. januar 2022

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

Sak: 001 – 2022

Godkjenning av innkalling og saksliste

Forslag til vedtak

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Skien, 14. januar 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Styret i Sykehuset Telemark HF
Brukerutvalgets representanter

Vår referanse:

Saksbehandler: Tone Pedersen +47 957 94 426

Dato:

14. januar 2022

Innkalling til styremøte i Sykehuset Telemark HF

Det innkalles til styremøte i Sykehuset Telemark HF

Tid: Onsdag 19. januar 2022 kl. 0900 - 1200

Elektronisk møte: Skype møte

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

Med vennlig hilsen
Sykehuset Telemark HF

Per Anders Oksum
styreleder

Ekstraordinært styremøte i styret for Sykehuset Telemark HF

Dato og kl.: 19. januar 2022, kl. 0900 – 1200

Sted: Skype-møte

Møteleder: Styreleder Per Anders Oksum

Saksliste:

Tentativ plan	Saksnr.	Sakstittel	Sakstype
0900 – 0905	001 - 2022	Godkjenning av innkalling og saksliste v/Styreleder	Beslutning
0905 – 0930	002 - 2022	Driftsorienteringer fra administrerende direktør v/Administrerende direktør	Orientering
0930 – 1200	003 - 2022	Høringsutkast Utviklingsplan 2035 for Sykehuset Telemark HF v/Administrerende direktør og utviklingsdirektør	Beslutning

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	19. januar 2022

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

Sak: 002 – 2022

Driftsorienteringer fra administrerende direktør

Hensikten med saken

Administrerende direktør vil i møtet muntlig orientere styret om driften ved sykehuset og andre forhold av betydning.

Forslag til vedtak

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Skien, 14. januar 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	19. januar 2022

Type sak (sett kryss)							
Beslutning	X	Etterretning		Orientering		Tema	

Sak: 003-2022

Høringsutkast Utviklingsplan 2035 for Sykehuset Telemark HF

Hensikten med saken

Saken gjør rede for Høringsutkast Utviklingsplan 2035 for Sykehuset Telemark. Hensikt med saken er å styrebehandle høringsdokumentet før det sendes til kommuner, brukere, ansatte, vernetjeneste og andre interessenter. Etter høringsprosess skal den endelige Utviklingsplanen behandles av styret før oversendelse til Helse Sør-Øst RHF innen 1. mai 2022.

Høringsfristen foreslås satt til onsdag 30. mars 2022.

Forslag til vedtak

1. Styret godkjenner høringsdokumentet for Utviklingsplan 2035 med innspill gitt i møtet.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å ferdigstille det endelige høringsdokumentet.
3. Styret ber administrerende direktør gjennomføre en høringsprosess i henhold til føringer gitt av Helse Sør-Øst RHF
4. Høringsfristen settes til onsdag 30. mars 2022.
5. Styret ber om at oppdatert utviklingsplan etter høringen framlegges i styremøtet i april 2022 før planen oversendes til Helse Sør-Øst RHF innen 1. mai 2022.

Skien, 13. januar 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Bakgrunn

Helse Sør-Øst RHF vedtok 22. april 2021 at helseforetakene og de private ideelle sykehusene med eget opptaksområde, skulle oppdatere sine utviklingsplaner innen 1. mai 2022 (sak 043-2021). I saken beskrives både arbeidsmåte og prioriterte oppgaver. Veileder for arbeidet med utviklingsplaner, vedtatt av styret i sak 148-2020, skal legges til grunn for arbeidet med lokale utviklingsplaner. Utover dette skal følgende planer, delstrategier oppdrag og føringer som nevnt i styrets vedtak (sak 043-2021) legges til grunn for arbeidet med lokale utviklingsplaner:

1. Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst
2. Oppdrag og bestilling til helseforetakene og de private ideelle sykehusene i Helse Sør-Øst i 2020 og 2021
3. Regional delstrategi for teknologiområdet i Helse Sør-Øst
4. Regional fagplan for psykisk helsevern og rusbehandling i Helse Sør-Øst
5. Styrking av tjenestetilbudet innen habilitering for barn, unge og voksne, herunder ambulansetjenester
6. Styrket samarbeid på tvers av lokalisasjoner og virksomheter i samme helseforetak innen utdanning og kompetanse, samt prosedyrer og fagutvikling.

I tillegg til disse skal «Regional delstrategi pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (styresak 009-2021)» legges til grunn.

Planene skal være sendt på høring og styrebehandles før oversendelse til Helse Sør-Øst RHF, og det er i styrets vedtak forutsatt at kommuner, brukere, ansatte, vernetjeneste og andre interessenter involveres i arbeidet.

Det vises også til styret i Sykehuset Telemark sin behandling av styresak 056-2021 Oppdatering av STHF utviklingsplan, der styret vedtok følgende:

1. Styret slutter seg til presentert forslag til prosess for oppdatering av STHFs utviklingsplan.
2. For å sikre gode, bærekraftige helsetjenester til befolkningen i Telemark bør planarbeidet inneholde vurderinger om på hvilke måte samarbeid med Sykehuset Vestfold HF kan bidra til å utvikle bedre løsninger for pasientene og mer effektiv drift enn hva helseforetaket kan utvikle alene.
3. Basert på vurderingene i punkt 1, bør utviklingsplanarbeidet inkludere et utvidet samarbeid med Sykehuset i Vestfold, hvor man utreder mulige samarbeidsløsninger innenfor minimum 2 tjenesteområder.
4. Styret ber om å bli holdt oppdatert om fremdriften i arbeidet.

Saksframstilling

Vedlagte Utviklingsplan 2035 er ikke en ny utviklingsplan, men en oppdatering av den gjeldende. Et sammendrag av Sykehuset Telemarks utviklingsplan er gitt i kapittel 1.3. Gjeldende plan har et målbilde til 2035 og dette tidsperspektivet er videreført i denne planoppdateringen. Framskrivningene av aktivitet som ligger til grunn for den oppdaterte planen benytter derimot et tidsperspektiv frem til 2040.

Planen er bygget opp etter følgende struktur:

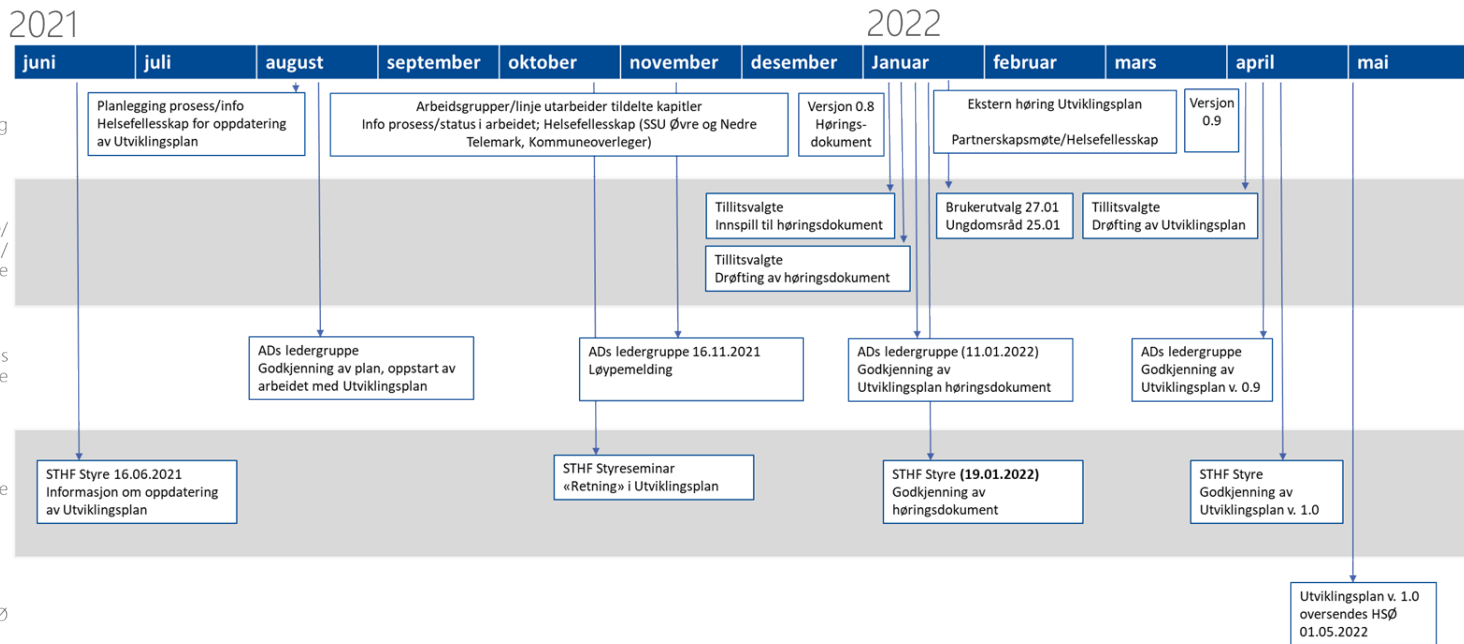
0. Sammendrag
Hovedtyngde på kapittel 5 - analyse og veivalg. Sammendraget utarbeides etter at høringsinnspill er innkommet og behandlet.
1. Bakgrunn og historikk
Kort beskrivelse av tidligere vesentlige endringer (flytting, nedlegging, funksjonsendringer, m.m.).
2. Nåsituasjon
Her beskrives nå-situasjonen for helseforetaket, inkludert hvor langt helseforetaket har kommet i gjennomføring av siste utviklingsplan. Her beskrives også hvordan sykehuset har organisert sin aktivitet, virksomhetsprofil (helseatlas og forbruksrater) samarbeid med kommunene og andre deler av helsetjenesten og fag- og forskningsprofil. Særlige utfordringer knyttet til personell og kompetanse, IKT og teknologi, bygg og utstyr og organisering beskrives.
3. Overordnede strategier og føringer
Her beskrives de viktigste nasjonale og regionale føringene (nasjonal helse- og sykehusplan, krav fra foretaksmøtene og regionale prioriteringer/føringer, klima- og miljømål, m.m.)
4. Utviklingstrekk og framskrivning
Beskriver faktorer som vil påvirke framtidig aktivitet i spesialisthelsetjenesten. Datagrunnlaget er tatt frem av Helse Sør-Øst i henhold til nasjonal framskrivningsmodell.
5. Sykehuset Telemark strategi – Mål 2020-2022
Kapittelet beskriver mål på kort sikt, som tilsvarer mål og tiltak i Sykehuset Telemark strategi 2020-2022.
6. Utvikling av Sykehuset Telemark – Innsatsområder i planperioden
Her beskrives ønsket utviklingsretning og hvilke tiltak helseforetaket vil iverksette for å utvikle sin virksomhet for å møte framtidig behov for helsetjenester. Vi har samlet innsatsområdene i fire grupper som videre omhandles i hvert sitt delkapittel.

De fire hovedområdene er:



Prosess

Oppdatering av utviklingsplanen har fulgt følgende tidslinje og prosess:



Administrerende direktørs vurdering

Den foreliggende versjonen av Utviklingsplan 2035 er et høringsutkast. Gjennom høringsprosessen ønsker Sykehuset Telemark innspill til den videre utviklingen av spesialisthelsetjenesten.

Administrerende direktør vil oppdatere høringsutkastet etter innspill fra styret og legge dokumentet ut for en åpen høring, samt sende dokumentet til kommuner, brukere, ansatte, vernetjeneste og andre interessenter.

Etter administrerende direktør sin oppfatning, representerer høringsutkastet et godt grunnlag for den videre utviklingen av Sykehuset Telemark. Det anbefales at styret slutter seg til høringsutkastet, med eventuelle innspill til ytterligere forbedringer gitt i styremøtet.

Vedlegg

1. Høringsutkast Utviklingsplan 2035 versjon 0.8 med vedlegg
 - Undervedlegg 1: Framskrivning av spesialisthelsetjenester til utviklingsplanarbeidet i helseforetak
2. Protokoll drøftingsmøte 10. januar 2022

Sykehuset Telemark

Oppdatert
Utviklingsplan
Høringsdokument



2035

Versjon 0.8

Innhold

Sammendrag	3
1 Bakgrunn og historikk	4
1.1 Sykehuset Telemarks utviklingsplan	4
1.2 Styrets vedtak	6
1.3 Utviklingsplanen i korthet.....	6
1.4 Status realisering av utviklingsplanen.....	9
1.4.1 Noen viktige steg på veien	9
1.4.2 Større pågående aktiviteter	10
1.4.3 Oppsummering måloppnåelse	11
1.5 Prosess og involvering ved oppdatering av Utviklingsplan 203512	
2 Nåsituasjonen	13
2.1 Virksomheten ved Sykehuset Telemark	13
2.1.1 Dagens virksomhet innen somatikk	14
2.1.2 Dagens virksomhet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.....	15
2.1.3 Dagens virksomhet innen prehospitaltjenester	16
2.1.4 Økonomi	17
2.2 Organisering av Sykehuset Telemark.....	18
2.3 Samarbeid med kommunene - Helsefelleskap.....	19
2.4 Forskningsprofil.....	20
2.5 Spesifikke utfordringsbilder	21
2.5.1 IKT og teknologi	21
2.5.2 Medisinsk teknisk utstyr (MTU).....	23
2.5.3 Bygg og eiendom	25
3 Overordnede strategier og føringer	29
3.1 Spesialisthelsetjenestens klima og miljømål 2022-2030	31
4 Utviklingstrekk og framskriving	32
5 Sykehuset Telemark strategi – mål 2020-2022	37
5.1 Sykehuset Telemark strategi	37
5.1.1 Suksessfaktorer	38
5.1.2 Medisinske strategiske områder.....	39
6 Utvikling av sykehuset telemark – innsatsområder i planperioden ...	41
6.1 Konsekvenser av framskriving	42
6.1.1 Sengekapasitet i somatikk.....	42
6.1.2 Kapasitet i psykisk helsevern og rusbehandling.....	43
6.1.3 Færre yrkesaktive.....	43
6.2 Konsekvenser av rammebetingelser	44
6.2.1 Flytting av somatisk aktivitet fra Porsgrunn	44
6.2.2 Sikkerhetspsykiatri	44
6.3 Pasientbehandling i samarbeid med kommunene.....	45
6.3.1 Bruk av teknologi som katalysator for en desentralisert og individtilpasset spesialisthelsetjeneste	45
6.3.2 Barn og Unge.....	46
6.3.3 Skrøpelige eldre	48
6.3.4 Personer med flere kroniske lidelser	50
6.3.5 Voksne med alvorlige psykiske lidelser og rusproblem	52
6.4 Andre utfordringsområder	54
6.4.1 Organisering av akuttmottak og akuttmedisinske tjenester	54
6.4.2 Strategisk kompetanseutvikling og rekruttering.....	55
6.4.3 Klima og miljø.....	57
6.4.4 Pandemi og beredskap.....	58
6.4.5 Samarbeid med Sykehuset i Vestfold.....	59
6.5 Identifiserte vesentlige investeringsbehov i planperioden	60

SAMMENDRAG

Sammendraget (maks en side) skal kunne leses for seg selv og med hovedtyngde på kapittel 5 og 6.

Skrives etter avsluttet høring

1 BAKGRUNN OG HISTORIKK

1.1 Sykehuset Telemarks utviklingsplan

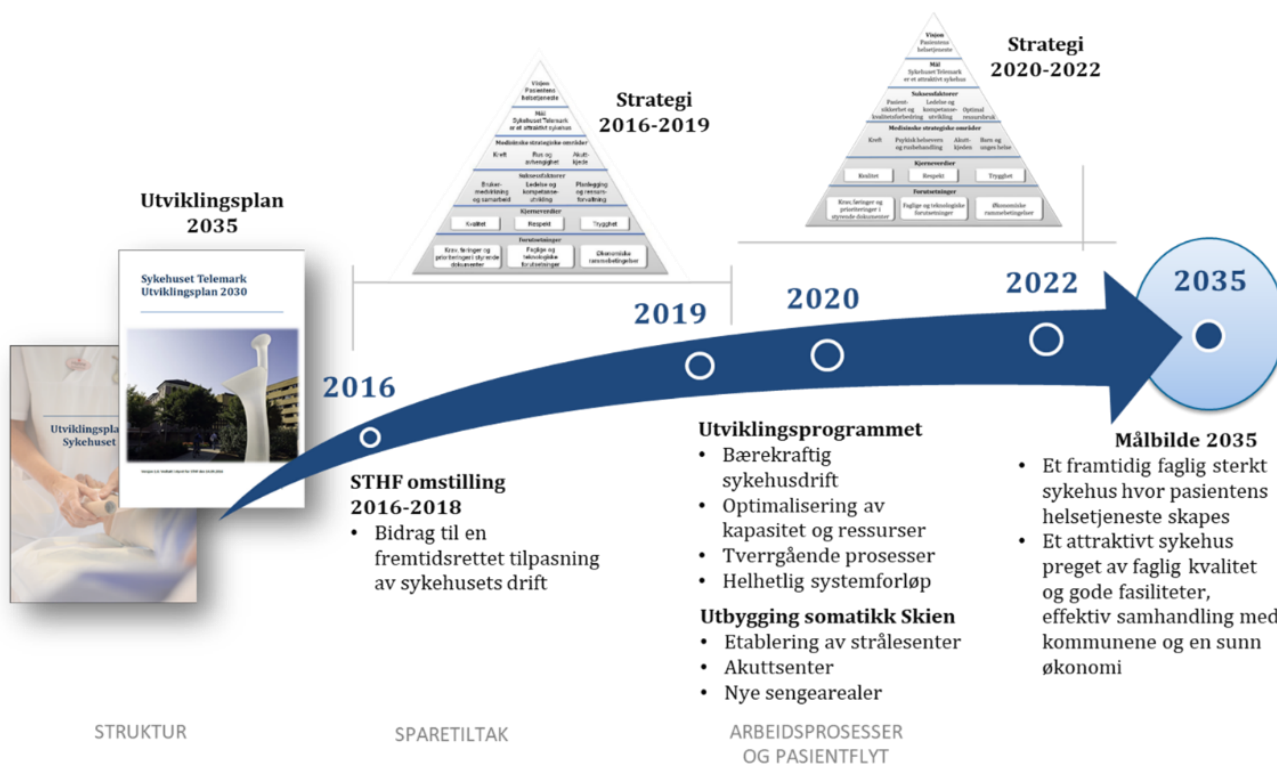
Utviklingsplanen er Sykehuset Telemarks øverste strategiske dokument. Den understøttes av mer detaljerte planer innen de ulike fagområdene, og er plan for hvordan Sykehuset Telemark vil utvikle sin virksomhet for å møte framtidig behov for spesialisthelsetjenester. Utviklingsplanen peker på ønsket utviklingsretning for Sykehuset Telemark og hvilke tiltak som er nødvendige for å møte framtidens utfordringer. Utviklingsplanen må ses i sammenheng med Nasjonal helse- og sykehusplan og Helse Sør-Øst regional utviklingsplan. Planen er utarbeidet med hensikt å understøtte realisering av pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte.

Dette dokumentet er ikke en ny utviklingsplan, men en oppdatering av den gjeldende. Et sammendrag av Sykehuset Telemarks utviklingsplan er gitt i kapittel 1.3. Gjeldende plan har et målbilde til 2035 og dette tidsperspektivet er videreført i denne planoppdateringen. Framskrivningene av aktivitet som ligger til grunn for den oppdaterte planen benytter derimot et tidsperspektiv frem til 2040.



Sykehuset Telemark har arbeidet målrettet med utvikling av sykehuset siden den første utviklingsplanen ble vedtatt i 2014. Siden da har foretaket gjort både omfattende strukturelle endringer, gjennomført større omstillingsprosesser, samt jobbet aktivt med flere virksomhets-utviklingsprosjekter for å bedre arbeidsprosesser og pasientflyt.

Et viktig verktøy for å strukturere arbeidet har vært gjennom Sykehuset Telemarks strategiplaner, som i 3-års intervaller sikrer nødvendige tiltak for å løfte frem de medisinske strategiske områdene og suksessfaktorene som kreves for å realisere målbildet.



2035

Målbildet til Sykehuset Telemark er å være et faglig sterkt sykehus hvor pasientens helsetjeneste skapes. Vi skal utvikle et attraktivt sykehus preget av faglig kvalitet, gode fasiliteter, effektiv samhandling med kommunene, og en sunn økonomi.

Det legges til grunn at Sykehuset Telemark skal gi et bredt sykehus tilbud til Telemarks befolkning. Pasientene våre skal oppleve et åpent og tilgjengelig helsetilbud, hvor de blir møtt med respekt og god kommunikasjon. Pasientene får opplæring og blir involvert i egen behandling.

Vi skal møte pasientene i estetiske og rolige omgivelser.

1.2 Styrets vedtak

Sykehuset Telemark sitt styre vedtok Utviklingsplan 2030 i møte den 14.9.2016 (sak 64-2016). Planen ble deretter vedtatt i Helse Sør-Øst styret den 15.12.2016 (sak 099-2016). I 2018 ble planen oppdatert med tidshorisont frem til 2035 med ny framskrivning av behandlingsaktivitet, samt tillegg av seks delrapporter innenfor fagområder med pasientforløp som krever særskilt samarbeid og koordinerte tjenester mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Delrapportene ble godkjent som tillegg til utviklingsplanen av Sykehuset Telemarks styre 18.04.2018 (sak 020-2018).

1.3 Utviklingsplanen i korthet

I utviklingsplan 2014-2016 ble det vedtatt å endre tjenestetilbudet for å sikre riktigere bruk av spesialisthelsetjenester i tråd med befolkningens reelle behov. Akuttfunksjonene på Rjukan og Kragerø sykehus ble avviklet og alle døgnsengeene ble lagt ned. Notodden sykehus ble rustet til å ivareta Tinns befolkning, og tilsvarende grep ble gjort i Skien for å ivareta behovet for akutt- og døgnbehandling for Kragerøs befolkning. I tillegg ble det etablert en klinikkstruktur på tvers av lokasjonene for å sikre styrking av fagmiljøene, samt legge til rette for lik faglig praksis mellom lokasjonene, der pasientforløpene følger faglige føringer for behandlingslinjer og funksjonsfordeling.

Målbildet

I Utviklingsplan 2030, senere oppdatert til 2035, ble målbildet satt til å være et framtidig faglig sterkt sykehus med fokus på pasientens helsetjeneste. Pasientsikkerhet, helhetlig og sammenhengende akuttkjede, styrket kreftomsorg, samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunene, samt samhandling mellom psykisk helsevern, rusbehandling og somatikk ble prioriterte områder.

Fokus i første strategiperiode ble satt på følgende utviklingsområder:

- En helhetlig og sammenhengende akuttkjede
- Utvikling av kreftseniter inkludert enhet for strålebehandling
- Et helhetlig og sammenhengende tilbud innen rus og avhengighet



For å ivareta behandlingskvalitet og pasientsikkerhet i videre utvikling av sykehuset ble følgende evalueringskriterier lagt til grunn:

- God kvalitet, pasientsikkerhet og likeverdig tilbud
- God tilgjengelighet
- Faglig og organisasjonsmessig styrke
- God kapasitetsutnyttelse
- Bærekraft, ressursutnyttelse og økonomi
- Bygningsmessig tilstand, egnethet og kostnader for vedlikehold

Disse kriteriene er nærmere beskrevet i selve utviklingsplanen. De er forankret i nasjonale føringer og krav fra eier, og er videreført i sykehusets strategiplan. Sammen med gjennomført risiko- og sårbarhetsanalyse dannet evalueringskriteriene grunnlag for prioriteringer og valg av tiltak.

Telemark skal fortsatt ha en desentralisert sykehusstruktur med akuttstusykehus både i Skien og på Notodden. Det skal være tjenester i distriktspsykiatriske sentre (DPS), samt desentrale somatiske poliklinikker og dagbehandling i nært samarbeid med kommunene.

I utviklingsplanen ble det utredet to ulike scenarier, som begge bygget på en videreføring av dagens akuttberedskap, hvor polikliniske og ambulante

dagtilbud videreutvikles desentralt og i samarbeid med kommunene. Scenarioene bygget på visjonen om å skape «Pasientens helsetjeneste», hvor kravet til faglig kvalitet, god kapasitetsutnyttelse og pasientsikkerhet er grunnleggende.

Utviklingsplanen presiserer at sykehuset har behov for å utvikle sengeområder med fleksibel bruk, primært med ensengsrom og egne bad framfor dagens utstrakte bruk av flersengsrom.

Videre skal Sykehuset Telemark ha et moderne og effektivt kreftsenter som gir pasientene i Telemark et fullverdig og sikkert krefttilbud innen diagnostikk, behandling og lindring (palliasjon). Spesielt innen medisinsk genetikkk forventes en betydelig utvikling innen diagnostikk. Sykehuset har svært gode forutsetninger, både når det gjelder kompetanse og utstyr, for utvikling på dette området. Det skal utvikles en ny enhet for stråleterapi som et tilbud til pasientene i Vestfold og Telemark. Målet er å kunne tilby kurativ behandling av de fleste indikasjonsområder hvor strålebehandling inngår som en del av behandlingen, blant annet ved kreft i bryst, prostata, rektum, blære og hud, - og på sikt håper Sykehuset Telemark også å kunne tilby kurativ behandling av lunge- og hjernesvulster.

Ved oppbyggingen av dette tilbudet vil vi samarbeide med kreftavdelingene ved flere sykehus, særlig Sykehuset i Vestfold, for å utvikle gode behandlingsforløp, hensiktsmessig oppgavefordeling, samt sikre rekruttering og kompetanseutvikling.

Samhandling med kommunene

Sykehuset Telemark vil tilrettelegge og organisere for systematiske behandlingsforløp i samarbeid med kommunehelsetjenesten. Dette vil blant annet innebære utvikling av tjenester mellom poliklinikker og helsehus og prioritering av kompetanse og ressurser til oppfølging av hjemmeboende pasienter. Moderne teknologi og brukervennlige

behandlingshjelpemidler åpner muligheter for at pasienter i større utstrekning kan behandles i eget hjem.

Fram mot 2035 må vi forvente at sykehus og kommuner har fått på plass felles elektronisk journal og felles pasientadministrative systemer. For de store kronikergruppene er det et mål å ha etablert pakkeforløp, slik at pasientene opplever et felles behandlings- og oppfølgingsforløp i kontakten med spesialist- og primærhelsetjeneste. Vi skal ta i bruk moderne teknologi som understøtter og muliggjør dette.

To scenarioer for fremtidig utvikling

I utviklingsplanen ble to aktuelle virksomhetsscenarioer analysert. Begge scenarioene forutsatte videreutviklet samarbeid med kommunene, inkludert styrking av ambulant virksomhet og desentralisering av dag- og poliklinisk aktivitet innen somatikk, rus og psykisk helsevern.

De to scenarioene var:

0. Dagens driftsmodell med tre somatiske sykehus:

Skien og Notodden som somatiske akuttsykehus (døgn og dag), samt Porsgrunn som elektivt dagsykehus, i tillegg til dag- og poliklinisk aktivitet på Rjukan og i Kragerø.

1. To somatiske sykehus:

Skien og Notodden som somatiske akuttsykehus (døgn og dag), mens somatisk aktivitet i Porsgrunn avvikles og overflyttes til Skien, i tillegg til dag- og poliklinisk aktivitet på Rjukan og i Kragerø.

Utviklingen innenfor psykisk helsevern og rusbehandling forutsattes videreutviklet i begge scenarioene. Det faglige samarbeidet mellom somatikk, psykisk helsevern og rus videreutviklet for å tilby helhetlig og sømløs behandling til pasientene våre.

Valg av scenario og plan for tiltak

Sykehuset Telemark forventes å ha en viktig rolle som et allsidig akuttsykehus i Helse Sør-Øst også i 2035, hvor kravene til tilgjengelig kompetanse i alle aktuelle fagområder vil skjerpes; spesielt innen kirurgi, hvor den faglige utviklingen går i retning av ytterligere sub-spesialisering.

En samling av den kirurgiske aktiviteten i Grenland til Skien vil bety forbedret beredskap, bedre utnyttelse av fagpersonell/utstyr/areal, samt bedre samarbeid, noe som betyr styrket robusthet for alle kirurgiske fagområder. Derfor bør dagens kirurgiske aktivitet i Porsgrunn overflyttes til Skien. Ved samlokalisering i Skien skal akutt og elektiv aktivitet likevel driftes adskilt, slik at rask og forsvarlig håndtering av akutte tilfeller ikke forstyrrer elektiv virksomhet.

Ved å flytte somatisk dagaktivitet fra Porsgrunn til Skien kan bygningsmassen i Porsgrunn avhendes og fagmiljøet styrkes i Skien. Dette gir betydelige innsparinger bygningsmessig, og for bruk av personell, utstyr og romressurser. Samtidig gir det økt press på kapasiteten i Skien, som medfører behov for utbygging. Det er et betydelig behov for oppgradering av sengepostene i Skien som fortsatt i hovedsak består av flersengsrom og felles bad/toalett på korridor. Et nybygg for sengeområder i Skien med primært ensengsrom inkludert bad vil bedre situasjonen betydelig. Frigjort bygningsmasse i Skien kan da benytte til polikliniske arealer.

Utredningene som er gjort i planarbeidet, også støttet av gjennomført risikovurdering, leder fram til anbefaling av virksomhetsscenario 1 som retningsgivende for videre utvikling av foretaket.

Prosjektprogram for bygningsmessige utviklingstiltak

I det anbefalte scenarioet er det satt opp en rekke bygningsmessige tiltak som krever gjennomføring i henhold til veileder for tidligfaseplanlegging.

Disse prosjektene er i uprioritert rekkefølge:

1. Oppgradering somatiske sengepost Notodden
2. Oppgradering psykiatrisk sikkerhetssengepost
3. Oppgradering og utvidelse av arealer for alderspsykiatri
4. Nytt strålesenter (nybygg)
5. Ny dagoperasjonsavdeling/flytting barsel
6. Ombygging for poliklinikk og dagbehandling (m dialyse) i Nordfløy
7. Oppgradering/utvidelse sengebygg Skien (inkludert andel felles konseptfase)

Prosjektene har i varierende grad innvirkning på hverandre med hensyn på tid og løsning. Det er derfor naturlig at noen av prosjektene samles i program i de tidlige fasene (ide- og konsept). Det ble anbefalt at prosjektene 4, 5, 6 og 7 skulle samles i et felles program – Utbygging somatikk Skien (USS), og at det skulle gjennomføres en felles idefase for dette programmet. Gjennomføringshastighet skulle tillegges spesiell vekt for å sikre det medisinske tilbudet. De andre prosjektene ble anbefalt kjørt som egne prosjekter gjennom alle fasene.

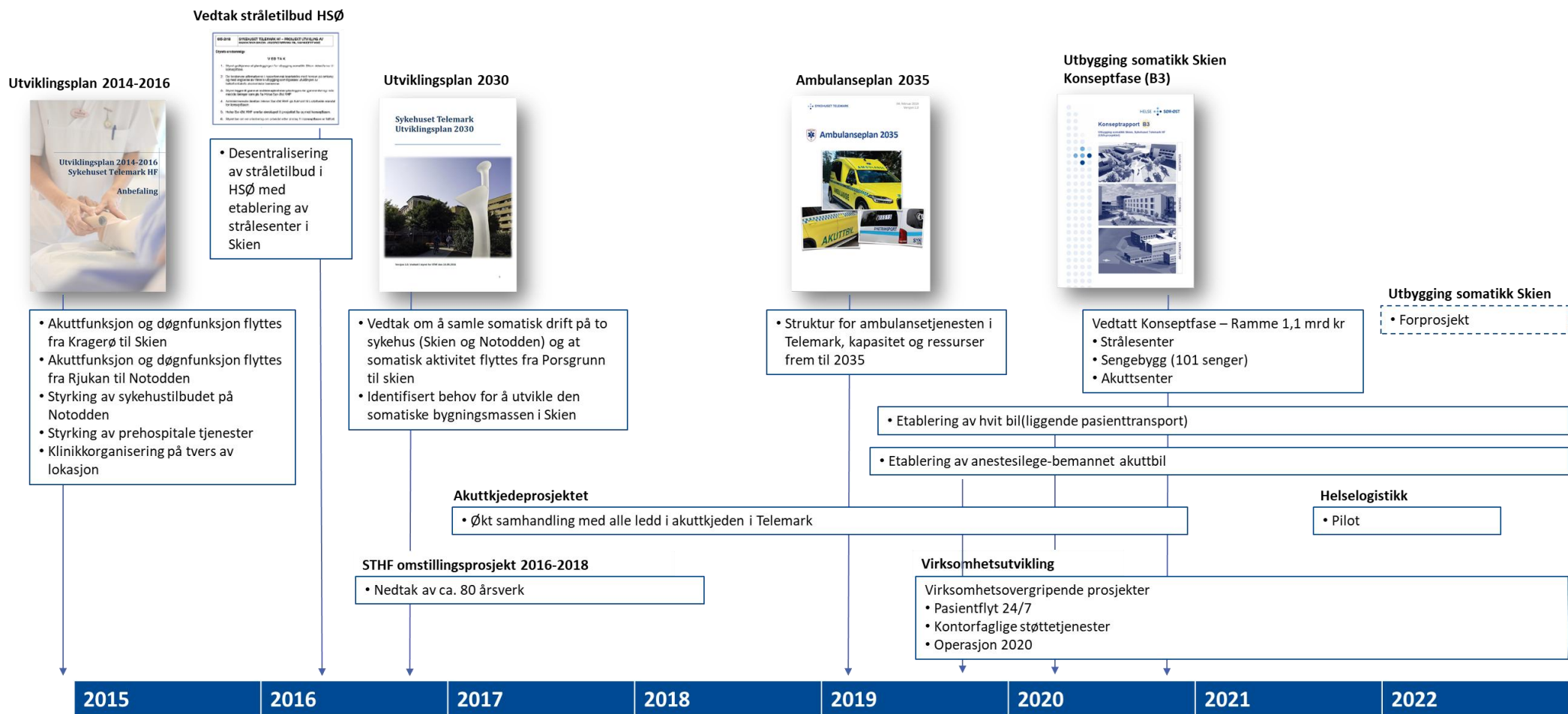
Når det gjelder tidsplan for de bygningsmessige investeringene, var disse i hovedsak planlagt gjennomført i tidsperioden 2020 til 2022, gitt forutsetning om oppstart av idefase i 2017. Utviklingsplanen skulle følges opp med en søknad til HSØ om å få starte idefase for utbyggingstiltakene.

Den fullstendige versjonen av Utviklingsplanen ligger på sykehusets nettsider på www.sthf.no under [“Utviklingsplan, føringer, mål og strategier”](#)



1.4 Status realisering av utviklingsplanen

1.4.1 Noen viktige steg på veien



1.4.2 Større pågående aktiviteter

Som vist i figuren i kapittel 1.4.1 har Sykehuset Telemark arbeidet målrettet for å realisere utviklingsplanen. De viktigste og mest omfattende aktivitetene er aktiviteter/prosjekter knyttet til fokusområdene i Sykehuset Telemarks strategi, samt det pågående utbyggingsprosjektet Utbygging somatikk Skien (USS).

Under **Suksessfaktorer**, **Optimal ressursbruk** ligger flere av de store virksomhetsutviklingsprosjektene. Disse prosjektene er viktige og nødvendig for å sikre gode pasient- og personalflyter med riktig bruk av ressurser. Det legger videre grunnlaget for langsiktig bærekraft og muliggjør at de ønskede investeringene kan gjennomføres. Fremdriften av disse prosjektene er forsinket grunnet Covid-19 pandemien.

Utbygging somatikk Skien

Nytt sengebygg:

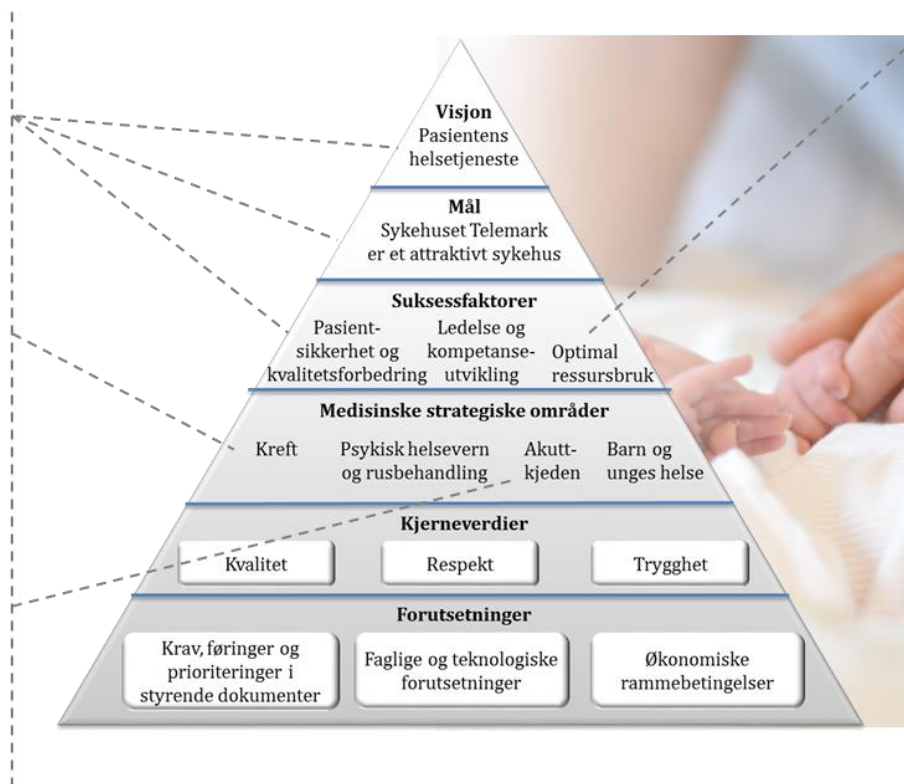
Nye døgnområder med primært 1-sengs rom som bedrer pasientopplevelsen, samt bedrer pasientsikkerhet og ivaretar konfidensialitet

Kreftsenters:

Skape et helhetlig kreftbehandlings-tilbud. Etablere stråletilbud for pasientene i Vestfold og Telemark

Akutt-senters:

Nytt akutt-senter med større avklaringsenhet tilrettelegger for bedre pasientflyt, riktigere dimensjonering og bruk av ordinære senger. Ny utforming av akutt-senter gir bedre oversiktighet og økt pasientsikkerhet



Pasientflyt 24/7

Sikre riktig dimensjonering og bruk av somatisk sengekapasitet i Skien og forberede til innflytting i nytt sengebygg

Operasjon 2020

Strømlinjeforme utredningsforløpene til operasjon, sikre helhetlig operasjonsplanlegging og forbedre gjennomføring av operasjonsdagen.

Kontorfaglige støttefunksjoner

Øke tilgjengelighet på elektiv behandling, utnytte muligheter i bruk av digitale verktøy og frigi tid for behandler til pasientrettet arbeid

Helselogistikk

Fjerne ikke-medisinske hindringer for effektiv håndtering fra pasienten kommer inn til pasienten drar, ved interne prosessforbedringer og implementasjon av IKT verktøy

1.4.3 Oppsummering måloppnåelse

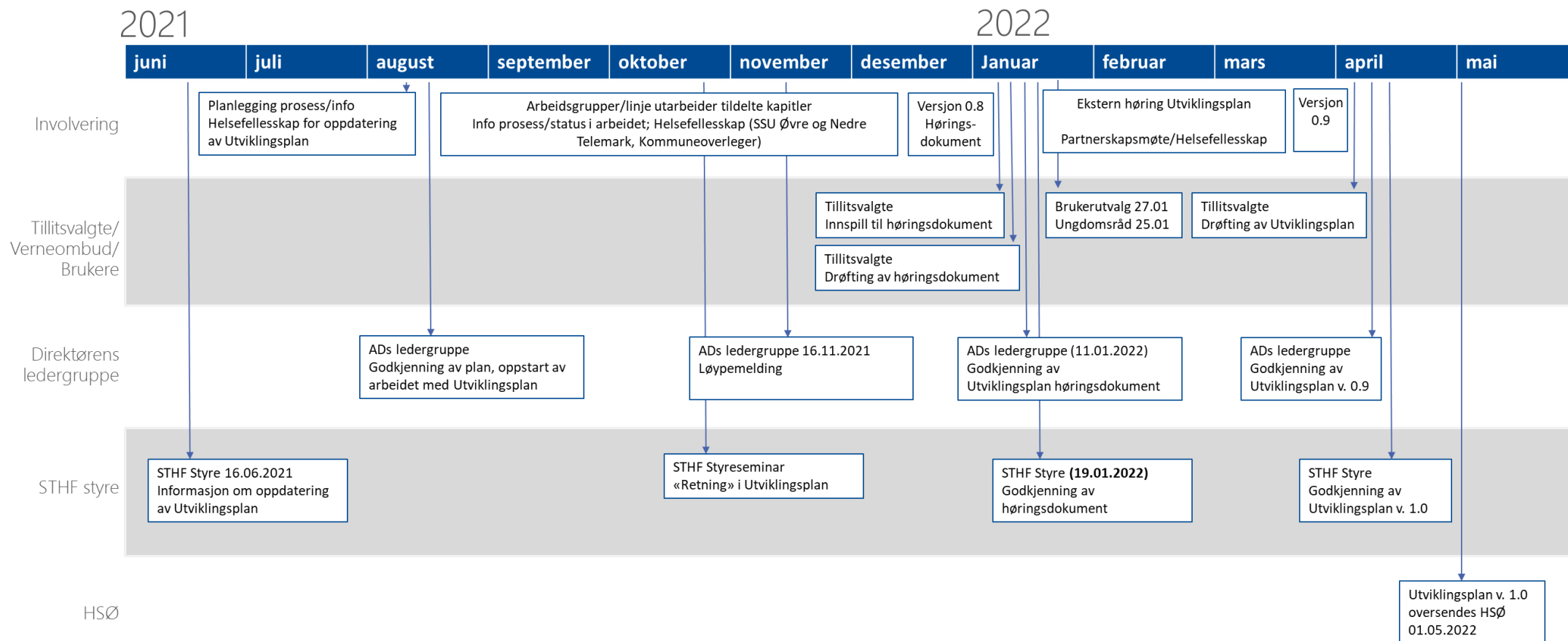
Tabellen under viser status på gjennomføring av de kortsiktige tiltakene fra forrige utviklingsplan (2017-2021). Framdriften i gjennomføringen er forsinket grunnet Covid-19 pandemien. Prosjekt Utbygging Somatikk Skien har også tatt lengre tid enn først planlagt, hvor fremdriften har blitt påvirket av regionale prosesser og prioriteringer av utbyggingsprosjekter.

Tiltaksområder på kort sikt fra forrige plan

	Status på gjennomføring				Kommentar
	Ikke startet	I tidlig fase	Pågår	Gjennomført	
Pasientens helsetjeneste, brukertilfredshet					
<ul style="list-style-type: none"> • Avvikle flersengsrom og felles bad i sengeområdene. • Organisasjonsutvikling for å bedre drift av sengeposter og poliklinikker • Gjøre polikliniske tjenester tilgjengelige på ettermiddag. • Etablere selvbetjeningsløsninger, samt felles resepsjoner for poliklinikk og dagbehandling. 		●	●		Pågår. Del av Utbygging somatikk Skien. Ferdigstilles 2026 Pågår. Virksomhetsutviklingsprosjekt Pasientflyt 24/7 Kveldspoliklinikker innen noen fagområder Implementeres i prosjekt Helselogistikk (pilot 2022)
Pasientbehandling, faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring					
<ul style="list-style-type: none"> • Etablering av kreftsenters med stråleterapi. • Gjennomføre prosjekt for utvikling av prehospitale tjenester • Oppfølging av strategiplan for å realisere pasientens helsetjeneste 		●		●	Pågår. Del av Utbygging somatikk Skien. Ferdigstilles 2024 Gjennomført (Akuttkjede-prosjekt, Ambulanseplan, hvit bil, m.m.) Strategiplaner lages for 3 år av gangen
Samhandling og oppgavedeling					
<ul style="list-style-type: none"> • Samhandling med kommunene. • Samhandling mellom Notodden og Skien for effektiv ressursbruk (personell, utstyr, kapasiteter) • Samhandling somatikk – psykisk helsevern og rusbehandling 			●	●	Samarbeidsavtaler etablert, etablert Helsefelleskap Felles vaktlinje for anestesileger, felles morgenmøter, "leger på hjul" Pilotprosjekt gjennomført. Ikke videreført
Kompetanse (det inkluderer bemanning og rekruttering, forskning, utdanning og innovasjon med mere)					
<ul style="list-style-type: none"> • Strategisk rekrutteringsprosess og kompetanseutvikling i samsvar med sykehusets vedtatte strategiplan og nasjonal bemanningsmodell. • Innføring av ny teknologi vil kreve at organisasjonsutvikling og endringer i arbeidsprosesser skjer parallelt. 		●		●	Prosedyre for strategisk kompetanseutvikling delvis implementert. I tillegg er det rekrutteringsutfordringer i enkelte fag Koordinering av teknologiprojekter og virksomhetsutviklingsprosjekter
Økonomi					
<ul style="list-style-type: none"> • Sikre gevinstrealisering av tiltak, jf. budsjettprosess/ØLP. • Arbeide med organisasjonsutvikling og logistikkforbedringer for å realisere økonomiske forbedringer 			●	●	Gevinster defineres i prosjektene. Mangelfull oppfølging. Pågående arbeid i virksomhetsovergrepene forbedringsprosjekter (Kontorfaglige støttefunksjoner, Pasientflyt 24/7, Operasjon 2020, m.fl.)
Teknologi og utstyr					
<ul style="list-style-type: none"> • Oppgradere medisinskteknisk utstyr i tråd med teknologisk utvikling og løpende investeringsplaner – som også omfatter IKT/annet utstyr. • Etablere mobilt PET tilbud. • Bygge ut MTU infrastruktur i samsvar med «Østfoldmodellen» med samordning av datafangst og dokumentasjon, hvor risikovurderinger og MTU-systemenes kritikalitet medfører at det medisinsktekniske miljøet lokalt tar større ansvar for egen infrastruktur. • Utnytte muligheter som velferdsteknologi gir for å øke behandling av pasienter i hjemmet. 	●		●		Store investeringer følger ikke økonomisk langtidsplan, men forskyves ofte fremover i tid grunnet begrensede økonomiske rammer. Ikke etablert MTU infrastruktur må bygges i samsvar med vedtatt samhandlingsmodell vedtatt i Direktørmøtet. Samhandlingsmodellen anvendes ved anskaffelse av nytt MTU og behov for endringer i eksisterende utstyr. Hjemmedialyse og videokonsultasjoner
Bygg					
<ul style="list-style-type: none"> • Oppgradere bygg for sikkerhetspsykiatri, planlegge og gjennomføre nybygg for stråleterapi, nytt sengebygg med ensengsrom og bad i Skien, samt oppgradere sengeområder på Notodden. 		●			Prosjekt Utbygging somatikk Skien vil realisere strålesenter, nytt sengebygg og utvidet akuttsenter. Sikkerhetspsykiatri ikke påbegynt.

1.5 Prosess og involvering ved oppdatering av Utviklingsplan 2035

Oppdatering av utviklingsplanen har fulgt følgende tidslinje og prosess:

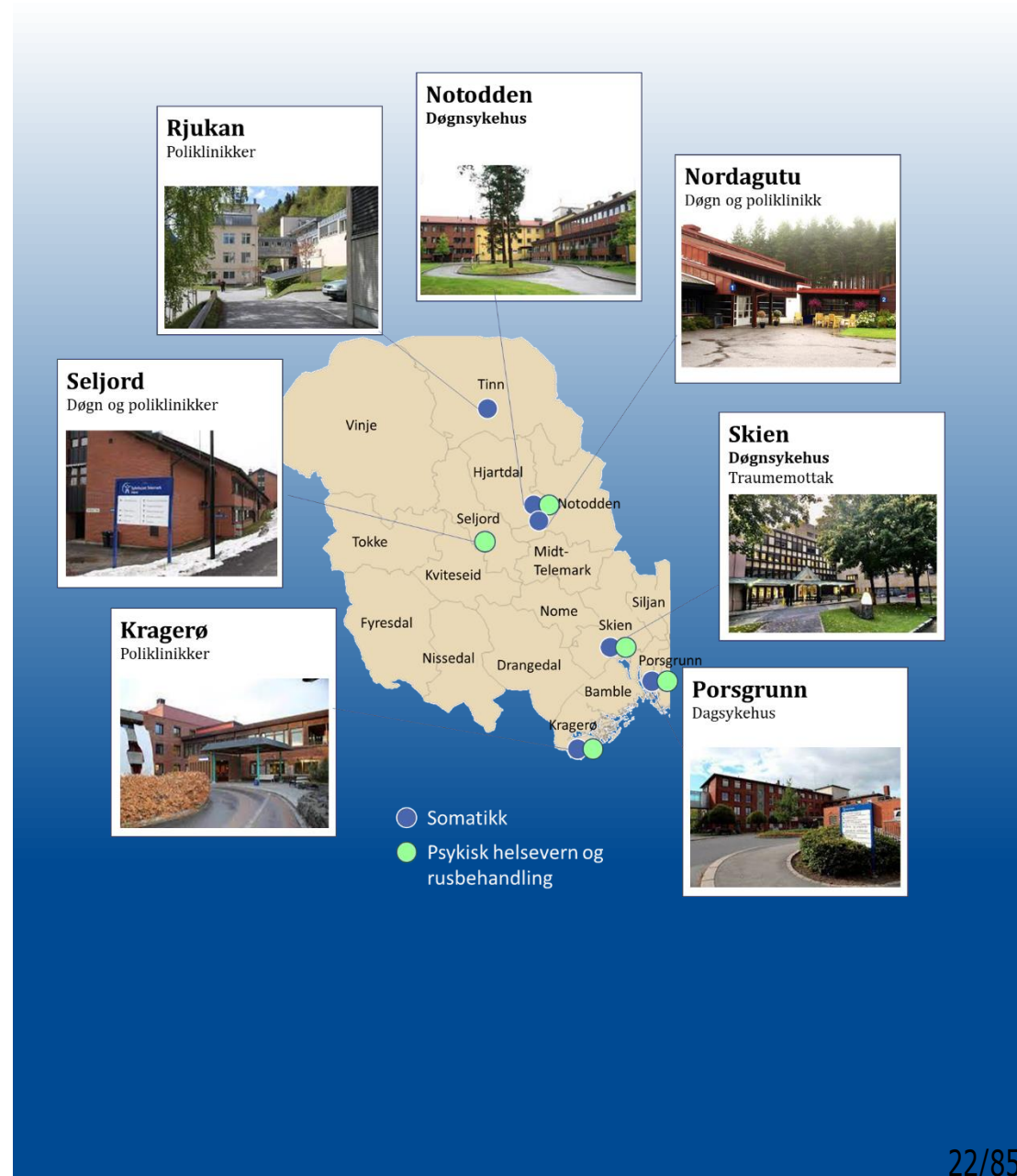


2 NÅSITUASJONEN

2.1 Virksomheten ved Sykehuset Telemark

- Opptaksområde Telemark: Ca. 173 000 innbyggere
- Ca. 3 900 ansatte, 3 100 årsverk
- Lokalisert i 8 av Telemarks 17 kommuner
Skien, Porsgrunn, Bamble, Tinn, Notodden, Kragerø, Midt-Telemark, Seljord
- Bruttobudsjett på om lag 4,5 milliarder kroner
- Behandlingsvolum på 307.000 pasientbesøk per år

Sykehuset Telemark tilbyr spesialisthelsetjenester i samarbeid med Telemarks 17 kommuner, Sykehuset i Vestfold som er i felles sykehusområde med Sykehuset Telemark, andre nærliggende helseforetak, Oslo Universitetssykehus og det regionale helseforetaket. Opptaksområdet grenser mot helseforetakene Vestre Viken i nordøst, Sykehuset i Vestfold i sørøst og Sykehuset Sørlandet i sørvest. I vest grenser opptaksområdet mot Helse Fonna, en del av Helse Vest.



2.1.1 Dagens virksomhet innen somatikk

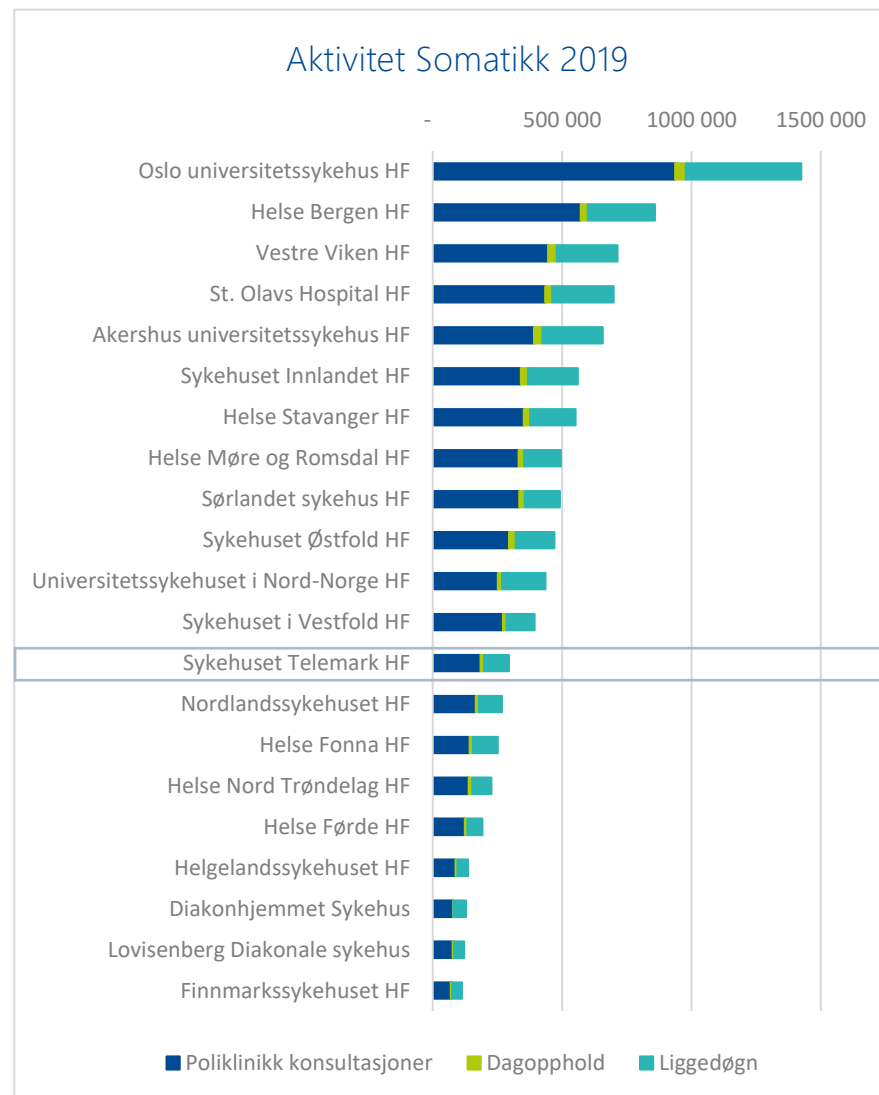
Sykehuset Telemark har et bredt spekter av kirurgiske og medisinske behandlingstilbud og delregionale fagoppgaver innen plastikk-kirurgi, medisinsk genetikk, arbeidsmedisin og fertilitetsbehandling.

Skien er «sentralsykehus» med allsidig akuttfunksjon inklusive traume-mottak for hele Telemark. Nissedal og Fyresdal har legevaktsamarbeid med Arendal og benytter akuttmedisinske tjenester i Agder.

Notodden er lokalsykehus med kirurgi og indremedisin. Det er dag- og døgntilbud og akuttfunksjoner (med noen begrensninger som for eksempel traume og barn).

Porsgrunn er et elektivt dagsykehus med poliklinikker og dagkirurgi, brystdiagnostisk senter, og fertilitetsavdeling er lokalisert her.

På Rjukan og i Kragerø drives poliklinikk og dagbehandling. Det tilbys kjemoterapi i Kragerø og dialyse begge steder. Vi har dialysesatellitt i samarbeid med Vinje kommune på Åmot og kjemoterapi sammen med Tokke kommune på Dalen. På Nordagutu har vi tilbud med intensivert spesialisert rehabilitering og poliklinikk for sykelig overvekt. Det er et utbredt og økende samarbeid mellom Sykehuset Telemark og kommunehelsetjenesten om pasienter som befinner seg i hjemmet eller i kommunale institusjoner. Eksempler på dette er ulike former for hjemmedialyse (hemodialyse og peritoneal dialyse) og ambulante team innenfor slagbehandling, spesialisert rehabilitering, sårbehandling, geriatri og lindrende kreftbehandling.



Definisjon Dagopphold: Utredning og behandling som er mer omfattende enn poliklinisk konsultasjon, men hvor pasienten ikke overnatter

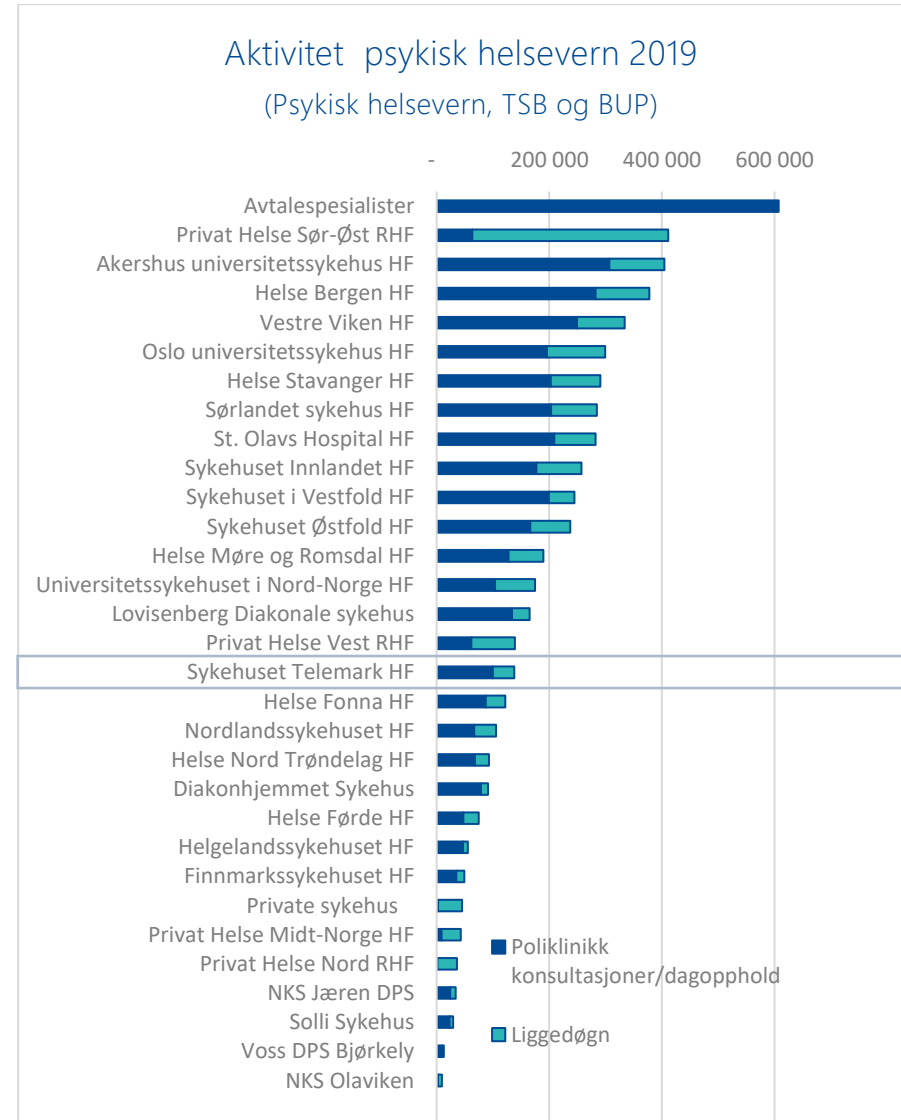
2.1.2 Dagens virksomhet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) utføres i to klinikker: Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling og Barne- og Ungdomsklinikken (BUP). Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling har de fylkesdekkende tjenestene for hele Telemark og er lokalisert i Skien. Klinikken ivaretar øyeblikkelig hjelp funksjonen innen psykisk helsevern og rus, samt døgntilbudet for barn og ungdom for hele fylket.

DPS nedre Telemark dekker Bamble, Drangedal, Nome, Kragerø, Porsgrunn, Siljan og Skien kommune. Døgntjenestene er lagt til Porsgrunn og Skien. Her er det en åpen akuttpost som tar imot hovedandelen av øyeblikkelig hjelp pasienter. DPS øvre Telemark dekker kommunene Midt-Telemark, Fyresdal, Hjartdal, Kviteseid, Nissedal, Notodden, Seljord, Tinn, Tokke og Vinje. Døgntjenester er lokalisert til Seljord og Notodden. Samtlige DPS har tilknyttet akutt-team.

Sykehuset Telemark har ansvar for tverrfaglig spesialisert rusbehandling i samarbeid med de private klinikkene Borgestadklinikken, Samtun AS og Tyrilistiftelsen. Sykehuset har en øyeblikkelig hjelp rusbehandlingsenhet for Telemark i Skien. Poliklinisk behandling innen TSB, herunder legemiddelassistert behandling, er desentralisert til poliklinikkene i DPS-ene.

Avdeling for barn og unges psykiske helse er organisert under Barne- og ungdomsklinikken, som dekker både somatisk og psykisk tilbud. Avdelingen har poliklinikk lokalisert i Skien, Porsgrunn, Kragerø og Notodden. Fylkesdekkende seksjoner for familiebehandling og autisme-spekterforstyrrelser er lokalisert i Skien. I seksjon for familiebehandling er det organisert et eget ambulant team for pasienter med spiseforstyrrelser.



2.1.3 Dagens virksomhet innen prehospitale tjenester

Ambulansetjenesten i Telemark er organisert i Akutt- og beredskaps-klinikken. Foretaket har 12 ambulansestasjoner med døgnberedskap. Av disse driftes 5 ambulansestasjoner i egen regi og 7 er privat drevet. I 2022 har Sykehuset Telemark totalt 21 ordinære ambulanser i drift.

Ambulansene i Telemark koordineres til daglig av AMK Vestfold – Telemark, som er lokalisert i Tønsberg og er en del av Sykehuset i Vestfold. Ambulansestasjonene er vist i kartet.

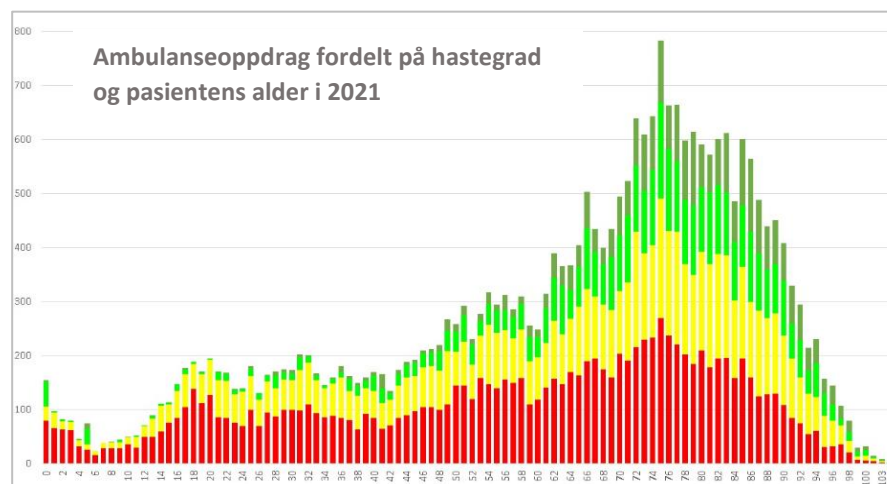
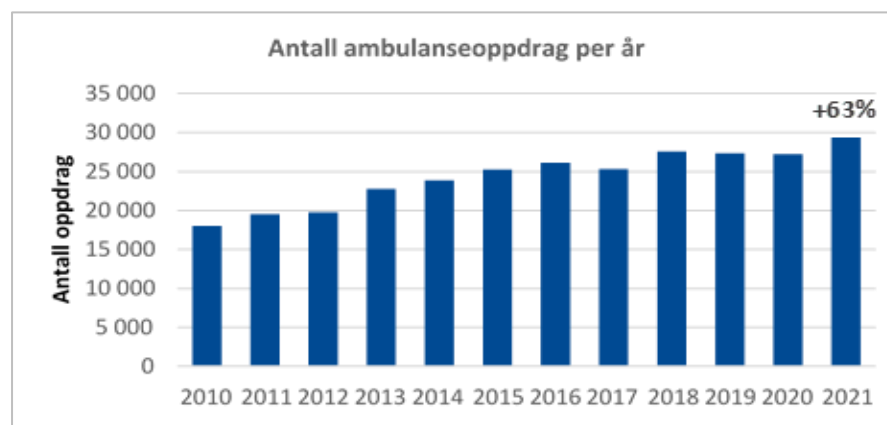


Fyresdal og Nissedal har også ambulansestasjoner, men disse driftes av Sørlandet Sykehus og koordineres av AMK Sørlandet. Legevakten for disse kommunene ligger i Arendal, og dette betyr at akutttransporter går dit, bortsett fra fødende og barn.

I tillegg til ambulansene har Sykehuset Telemark etablert 1 syketransport («Hvit bil») og 1 anestesilegebemannet akuttbil i drift.

Den legebemannede bilen er pr. i dag finansiert med egen post på statsbudsjettet. Dette har bidratt til å styrke den prehospitale beredskapen ytterligere. Antall ambulanseoppdrag har vært i sterk vekst siden 2010. I ambulanseplan 2035 planla Sykehuset Telemark med en fremtidig ambulanskapasitet basert på middels vekst, dvs. 3,7 %. I 2021 var veksten på hele 13 %. Dersom denne veksten

fortsetter må ambulanskapasiteten økes tidligere enn planlagt. Som vist i nederste graf står de eldre for en stor andel av ambulanseoppdragene. Veksten har også utfordret kapasiteten i dagens ambulansestasjon i Skien. I henhold til ambulanseplanen bør ny stasjon/økt kapasitet planlegges.



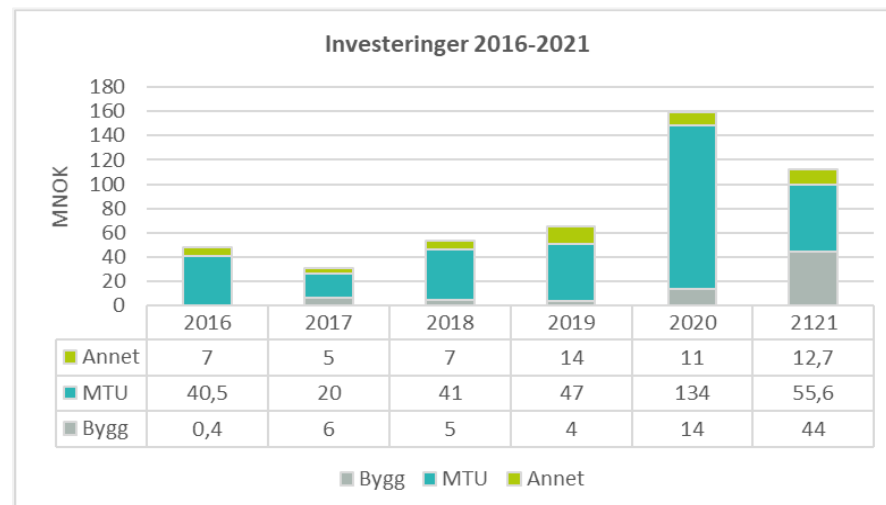
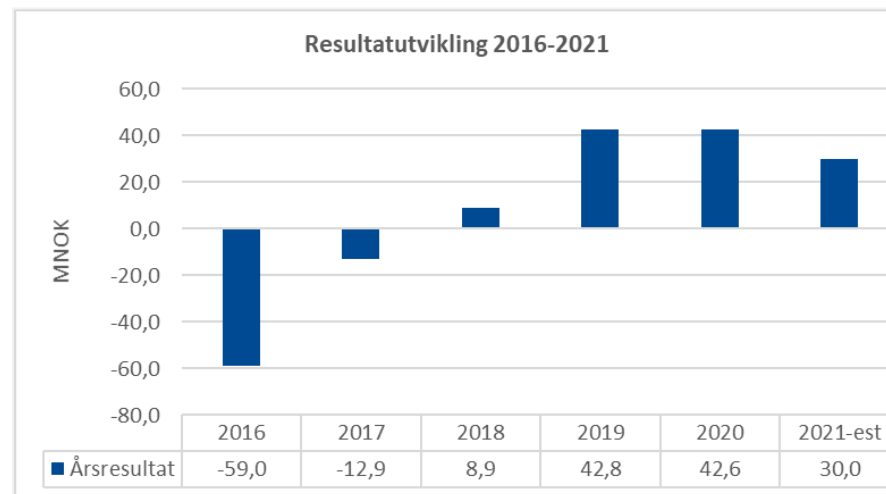
- = Akutt
- = Haster
- = Vanlig V1: Transportoppdrag av pasient som krever overvåking eller behandling i ambulanse
- = Vanlig V2: Transportoppdrag av pasient som ikke krever overvåking eller behandling i ambulanse

2.1.4 Økonomi

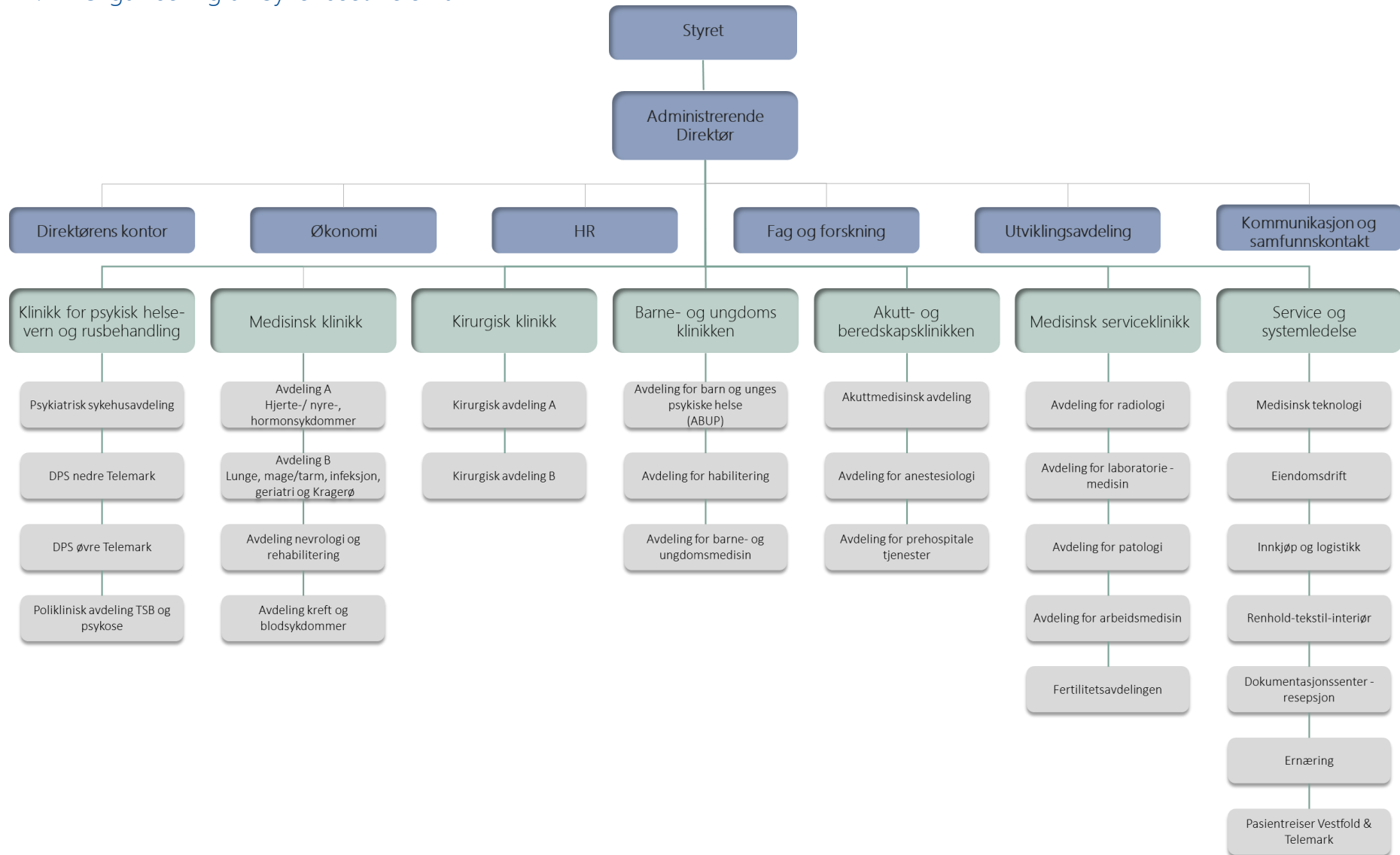
Sykehuset Telemark har i de senere årene hatt en positiv resultatutvikling, etter noen krevende år. Resultatene i 2020-21 er sterkt preget av koronapandemien, som ga sykehuset betydelige merkostnader og inntektsbortfall. Dette ble kompensert ved tilførsel av ekstraordinære midler som sikret tilfredsstillende økonomiske resultater. Samtidig ble mye av arbeidet med forbedringer og effektivisering av driften bremsert opp under pandemien. For sykehuset blir det avgjørende å sette ny fart i arbeidet med å tilpasse kostnadsnivået til fremtidige inntektsforutsetninger. Lav befolkningsvekst og spredt befolkning i sykehusets opptaksområde gjør dette til et krevende arbeid. Prosjektet Utbygging Somatikk Skien (USS), sammen med andre strukturelle tilpasninger, interne driftseffektiviseringer og produktivitetsforbedringer er avgjørende for å nå målsettingen knyttet til resultatutviklingen fremover.

Den positive resultatutviklingen de senere år vil være viktig for å sikre grunnlag for Utbygging somatikk Skien, øvrig investeringsbehov og medisinsk utvikling. Investeringsnivået samlet og spesielt knyttet til medisinskteknisk utstyr (MTU) fikk et betydelig løft i 2020. Fortsatt bærekraftig økonomi er avgjørende for å videreføre ønsket investeringsnivå fremover og det er derfor behov for ytterligere forbedringer av driftsresultatene i planperioden.

For å realisere planene om utvikling av sykehuset i tråd med høye ambisjoner for pasientbehandling og medisinsk utvikling, må vi videreføre en sunn økonomistyring med god kostnadskontroll og stramme prioriteringer.



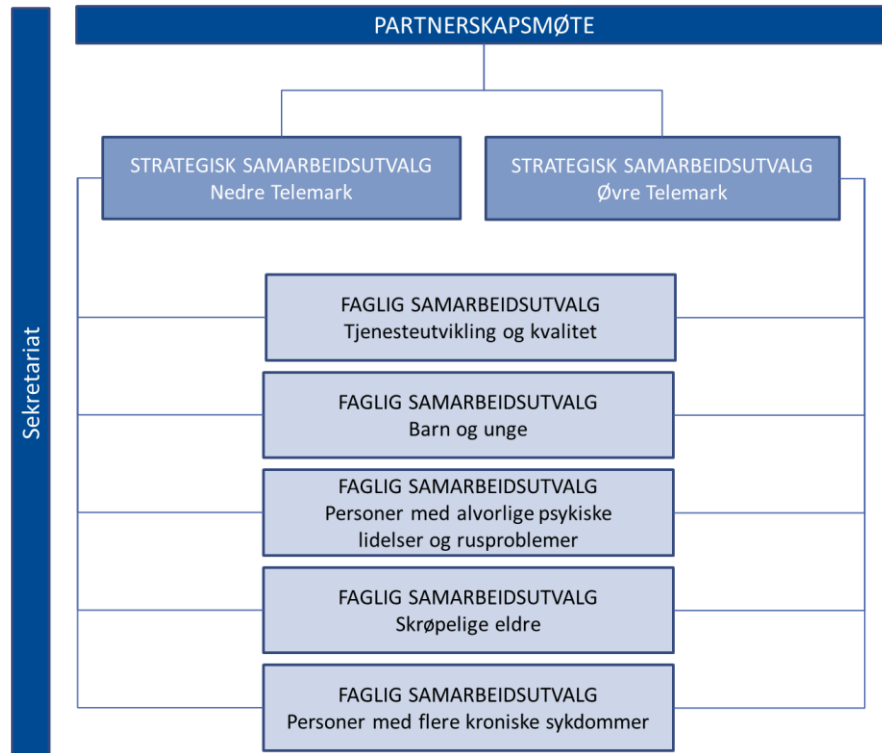
2.2 Organisering av Sykehuset Telemark



Figur 1 - Organisasjonskart for Sykehuset Telemark pr 04.01.2022

2.3 Samarbeid med kommunene - Helsefelleskap

Den tidligere strukturen for samhandlingen, som har eksistert fra 2012, ble i 2021 erstattet med strukturen i Helsefelleskap slik som den er beskrevet i Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023. Dette er nå strukturen for Helsefelleskapet i Telemark:



Partnerskapet hadde sitt første møte i januar 2021 hvor føringene for samhandlingen i 2021 ble beskrevet og gitt til de strategiske samarbeidsutvalgene. Partnerskapet består av alle 17 ordførere i Telemark,

kommunedirektører, administrerende direktør ved Sykehuset Telemark, fagdirektør og styreleder ved Sykehuset Telemark, samt to fastleger, to brukerrepresentanter og tillitsvalgte. Pasient- og brukerombudet og kommunens interesseorganisasjon har observatørstatus i partnerskapet. Partnerskapet vil ha sitt hovedmøte i januar hvor føringen for innsatsen kommende år legges. Partnerskapet vil også ha statusmøter i høstsemesteret for å se på om det er ønsket fremdrift og resultater i samhandlingsarbeidet. Partnerskapet ledes av administrerende direktør ved Sykehuset Telemark i de to første årene sammen med en kommunedirektør som nestleder.

I Telemark er det etablert to strategiske samarbeidsutvalg - ett for nedre og ett for øvre Telemark. Det strategiske samarbeidsutvalget består av kliniksjefer og kommunalsjefer, bruker og fastlege representant og tillitsvalgte, Kommunens Interesseorganisasjon, Pasient- og brukerombudet, Dekan ved Universitetet i Sørøst-Norge og Daglig leder ved utviklingscenteret for hjemmetjenester og sykehjem er observatører. Det strategiske nivået har utarbeidet tydelige mandater som gir rammene for arbeidet i de faglige samarbeidsutvalgene.

Ordningen med to strategiske samarbeidsutvalg vil bli evaluert i løpet av 2022 for å se om en skal ha ett eller to utvalg. De faglige samarbeidsutvalgene er opprettet i tråd med de fire prioriterte gruppene i Nasjonal helse- og sykehusplan. Alle er i drift og har klare satsningsområder for sitt arbeid. Disse områdene er beskrevet i kapittel 6.3. Det er opprettet et femte utvalg – Faglig samarbeidsutvalg for tjenesteutvikling og kvalitet, hvor fokusområder er kvalitetsindikatorer, den akuttmedisinske kjeden, smittevern, og avvik som sendes mellom kommuner og sykehus.

Borgestadklinikken er med i fagutvalg for personer med alvorlig psykisk lidelse og rus. Betanien hospital og avtalespesialister er med i samarbeidsutvalg for Tjenesteutvikling og kvalitet. Det er også prosjekter og tiltak som i dag ikke er en del av Helsefelleskapet.

2.4 Forskningsprofil

Sykehuset Telemark har gjennom flere år arbeidet målrettet for å styrke forskningsfeltet. Det er utarbeidet en forskningsplan og gjennomført ulike tiltak for å øke forskningsaktiviteten. Forskningsproduksjonen til sykehuset har de siste tre årene vært relativt stabil, med rundt 60 artikler og gjennomsnittlig 2,5 doktorgrader per år. Flere forskningsprosjekter ble igangsatt i 2020 og 2021. De nye prosjektene er delvis internt finansiert, men den viktigste finansieringskilden for disse prosjektene har vært en betydelig økning i eksterne forskningsmidler fra Helse Sør-Øst og Forskningsrådet (NFR).

Det har også vært fokus på å øke deltakelsen i kliniske behandlingsstudier ved Sykehuset Telemark i henhold til føringene gitt i Nasjonal handlingsplan for kliniske studier (2021-2025). Sykehuset Telemark har blant annet initiert en stor internasjonal klinisk multisenterstudie som ble startet i september 2021 (PARASTOP-studien). For å imøtekomme de nasjonale føringene samt Riksrevisjonens forslag til tiltak for å gjøre norske sykehus mer attraktive for kliniske studier, har forskningsavdelingen ansatt en ny forskningsrådgiver. Denne har ansvar for å koordinere kliniske studier.

Sykehuset har 25 pågående doktorgradsprosjekter pr. januar 2022. Dette, sammen med gjennomførte tiltak for å øke deltakelsen i kliniske behandlingsstudier, gir forventninger om større publikasjonsvolum og flere forskningspoeng de kommende årene.

I henhold til forskningsplanen har Sykehuset Telemark styrket samarbeidet med universiteter, forskningsinstitusjoner (blant annet FHI), Oslo Universitetssykehus og andre helseforetak gjennom økt deltakelse i flere multisenterstudier og samarbeidsprosjekter.

Sykehuset Telemark har opprettet flere akademiske bistillinger og forskerstillinger som lokale prosjektledere/forskningsveiledere. Flere forskningsgrupper ved Sykehuset Telemark med solide forskningsnettverk er i ferd med å vokse fram og formaliseres. Sykehuset Telemark sin målsetning er at alle forskere ved sykehuset skal tilhøre en forskningsgruppe.

For å yte bedre forskningsstøtte til alle pågående prosjekter er tilgangen til vitenskapelig litteratur utvidet. Det er bestilt nye GDPR-tilpassede IKT-løsninger for forskning, bygget opp nytt kvalitetssystem, økt kompetanse om personvern innen forskning og leid inn en ekstra ressurs innen statistiske analyser fra regional forskningsstøtte (OCBE).

Sykehuset Telemark brukte i 2021 0,6 % av driftsmidlene til forskning. Med ovennevnte tiltak og økning av ressurser beveger Sykehuset Telemark seg mot målsetningen om å øke denne andelen til 1,0 %. Det er videre en ambisjon om at forskningsaktiviteten ved Sykehuset Telemark skal være på samme nivå som andre sammenlignbare helseforetak i Helse Sør-Øst.

2.5 Spesifikke utfordringsbilder

2.5.1 IKT og teknologi

Teknologi er en muliggjør og en forutsetning for god og moderne pasientbehandling. Teknologi påvirker arbeidsprosessene i hele virksomheten – på alle nivåer, og er en forutsetning for realisering av Sykehuset Telemark strategi og utviklingsplan.

Sykehuset Telemark skal de nærmeste årene bygge nytt strålesenter, nytt sengebygg, utvide akuttsenter, samt bygge om deler av eksisterende arealer. I denne prosessen skal det gjennomføres betydelige omstillings- og effektiviseringstiltak, hvor implementering av ny teknologi står sentralt.

I tillegg foreligger det planer for gjennomføring av et stort antall regionale og lokale prosjekter som innebærer ny og oppgradert funksjonalitet innen sentrale deler av sykehusets virksomhetsområde. Dette stiller store krav til kapasitet og kompetanse, både fra Avdeling for Teknologi og e-Helse og øvrige mottakende deler av sykehuset. For å sikre realisering av gevinster og nytte fra teknologiprojektene er det behov for å ha mer fokus på organisasjonsutvikling, endringsledelse og gevinstrealisering ved innføring av ny teknologi. Videre må «Teknologiprojektene» i større grad koordineres mot tjenesteutviklingen i sykehuset. Målrettede og bevisste teknologivalg vil bedre pasientens helsetjeneste og styrke sykehusets drift.

Utfordringsbildet

Sykehuset Telemark ser mange muligheter i å benytte IKT og E-helse løsninger for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet, øke effektivitet, samt bedre samhandling mellom alle som er involvert i pasientbehandlingen. Det ligger et betydelig potensiale å ta i bruk tilgjengelig funksjonalitet i allerede eksisterende løsninger.

I den siste rapporten over IKT-nøkkeltall for Helse Sør-Øst fra Direktoratet for e-helse (november 2021), fremgår det at Sykehuset Telemark bruker relativt sett mindre ressurser (årsverk og investeringer) enn andre helseforetak det er naturlig å sammenligne seg med. Fremover vil det være viktig å evne å prioritere tilstrekkelig ressurser til området og å sikre gevinstrealisering.

Det er en tydelig trend at regionale prosjekter øker i omfang og kompleksitet, mens andelen lokale prosjekter reduseres. Dette legger til rette for en mer ensartet systemportefølje i regionen, noe som muliggjør større grad av oppgavestandardisering og felles arbeidsprosesser mellom helseforetakene i Helse Sør-Øst.

For å sikre vellykket prosjektgjennomføring, er helhetlig porteføljestyling essensielt for måloppnåelsen. Sykehuset Telemark har derfor etablert tett samarbeid med Helse Sør-Øst i denne sammenheng, og dette innarbeides i størst mulig grad regionale prosesser og prinsipper i egen virksomhet. I dette arbeidet legges det særlig vekt på kompetansebygging innen prosjektmetodikk, samt fokus på etablering og etterlevelse av prosesser for gevinstuttak.

Avdeling for Teknologi og e-Helse har det overordnede ansvaret for IKT-porteføljen. I dette inngår også forvaltning og videreutvikling av tjenesteavtalen med Sykehuspartner. Større regionale prosjekter som leverer løsninger og ny funksjonalitet til Sykehuset Telemark i planperioden, omfatter blant annet:

- Digitale samhandlingsløsninger med funksjonalitet for digital hjemmeoppfølging og digitale innbyggertjenester
- Helselogistikk
- Overgang til DIPS Arena (elektronisk pasientjournalssystem)
- Sikker tilgang til relevant pasientinformasjon på tvers av funksjonsområdene i helsetjenesten
- STIM (Program for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering)
- Radiologiløsning og multimediearkiv
- Digital patologi
- Løsning for stråledoserapportering
- Statistisk logganalyse

Overstående prosjekter er krevende og viktige å gjennomføre. Løsningene som gjøres tilgjengelig gjennom denne porteføljen, vil ha stor verdi for Sykehuset Telemark dersom potensialet i dem utnyttes fullt ut. Dette krever at brukermiljøene gis tilstrekkelig opplæring i riktig bruk, samt at det avsettes nødvendige ressurser til forvaltning og videreutvikling av funksjonalitet som understøtter arbeidsprosesser og organisasjonsutvikling.

Økt mobilitet er en forventning fra både medarbeidere og pasienter. For å kunne tilby nye tjenester på dette området, må det etableres en helhetlig arkitektur og infrastruktur. Dette vil også gjøre det mulig å tilby ansatte nye og hensiktsmessige verktøy og strukturer for kunnskapsdeling.

2.5.2 Medisinsk teknisk utstyr (MTU)

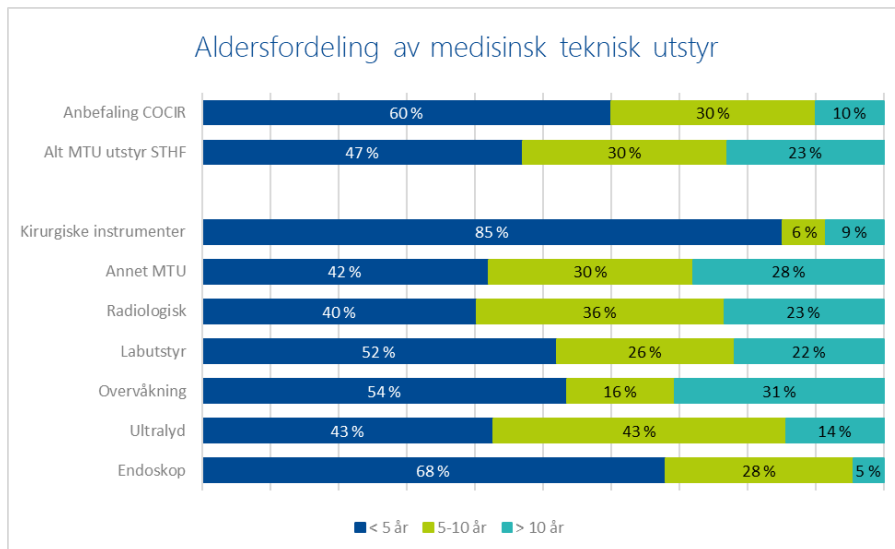
Per januar 2021 hadde Sykehuset Telemark 6 523 medisinsktekniske utstyrsenheter til en akkumulert anskaffelsesverdi på ca. 530 millioner kr.

Sykehuset bruker COCIR, standard for anbefaling av aldersfordeling på medisinsk teknisk utstyr, for å ha en god forvaltning. Klassifiseringen legges til grunn for planlagt utskifting.

COCIR standard

Aldersgruppe	Beskrivelse	Anbefalt andel
Under 5 år	Utstyret er oppdatert	Minst 60 %
Mellom 5 og 10 år	Utstyret er fortsatt egnet for bruk, men gjenanskaffelse må planlegges	Maks 30 %
Over 10 år	Utstyret må skiftes ut	Maks 10 %

Sykehuset Telemark har følgende aldersfordeling av medisinsk teknisk utstyr:



Per januar 2022 er 47 % av utstyrsparken \leq 5 år, 30 % er mellom 5-10 år, 23 % av utstyrsparken er eldre enn 10 år. Totalt har 25 % av utstyrsparken passert avskrivningstid.

For å heve kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen er det viktig å følge teknologiutviklingen. Det forventes en markant utvikling i medisinsk teknisk utstyr de nærmeste årene, hvor utstyrstetthet i diagnostikk og behandling øker. Teknologien går fra stand-alone utstyr, til å være mer integrert i systemløsninger, og integrert mot fagsystemer på flere nivåer. En del utstyr blir mindre i størrelse men gir større ytelse og funksjonalitet enn tidligere. Og det er også en økende bruk av konvensjonell teknologi som mobiltelefoner og iPader i systemløsninger for medisinsk utstyr. For eksempel ultralydapparat hvor prober tilknyttes iPad, og hvor applikasjoner er medisinsk godkjente apper.

2.5.2.1 Lagring av data og multimedia arkiv

Deler av medisinsk teknisk utstyr har lokal lagring av data direkte på utstyret, eller har mulighet for å lagre eller overføre data. Med begrensede muligheter for integrasjoner for å sikre data, er fremtidig løsning for multimedia arkiv vesentlig.

2.5.2.2 Samhandlingsmodellen MTU-IKT og standardiserte løsninger for integrasjoner av MTU

Det er vedtatt en samhandlingsmodell for MTU-IKT i Helse Sør Øst, med standardiserte tjenestemodeller og ansvarsmatriser mellom sykehusene og Sykehuspartner. Samhandlingsmodellen innføres ved sykehuset og MTU infrastruktur planlegges bygget i samsvar med vedtatt samhandlingsmodell.

2.5.2.3 Medisinsk hjemmebehandling

Medisinsk hjemmebehandling sørger i dag for at 8 400 pasienter i Telemark får sin oppfølging fra spesialisthelsetjenesten med ca. 12 000 medisinsk tekniske utstyrsenheter i sitt hjem eller på institusjon. Dette muliggjør at pasienten kan styre og behandle sin sykdom utenfor sykehuset. Medisinsk hjemmebehandling er et tverrfaglig arbeid i sykehus, som de siste årene har hatt en betydelig vekst. Utviklingen fortsetter i årene som kommer og det er ønskelig å utvikle den medisinske hjemmebehandlingstjenesten videre i samarbeid med primærhelsetjenesten.

Diabetesområdet skiller seg ut med en vesentlig vekst innenfor kontinuerlig glukose monitorering. Diabetesområdet har en spesielt rask teknologitvikling, der utvikling går mot å benytte mobiltelefoner og medisinsk godkjente apper for å overvåke og administrere insulin. Teknologitviklingen utfordrer sykehus til å omstille seg for å ta i bruk løsninger og muligheter.



* Sykehusets register «vasket» mot folkeregisteret

Innenfor medisinsk hjemmebehandling går teknologitviklingen i retning av levering av totalløsninger fra leverandører (både utstyr og skyløsninger for vurdering av behandling leveres fra leverandører over hele verden). Sykehuset vil ta i bruk skyløsninger for monitorering av hjemmepasienter innenfor respirasjon, diabetes, pacemaker hjerteovervåking og hjemmedialyse. Det vil kunne forbedre pasientbehandling og effektivisere poliklinikker. På sikt vil man lage løsninger for deling av pasientdata i oppfølging av pasienter med kommuner og andre aktører.

2.5.2.4 Utvikling innenfor medisinsk teknisk teknologi

Trender innenfor medisinsk teknologi omfatter mer standardiserte areal i sykehus som kan benyttes til mange type funksjoner. Utvikling går mot at man skal ha muligheter for pasientovervåking i alle rom, samt at teknologien går i retning av at produsentene leverer mer totalkonsepter, utstyr inkludert skytjenester.

Økt dagkirurgi vil bli lettere med mer bruk av minimal invasiv eller ikke invasiv behandling. Robot teknologi, kunstig intelligens og bruk av 3D printing muliggjør skreddersydd behandling. Teknologisk utvikling understøtter persontilpasset medisin. Det blir mer avansert teknologisk utstyr i operasjons-stuene. Og grunnet økende teknologi kompleksitet i operasjonsstuer antas det at flere faggrupper får en større rolle i fremtiden, med mer tverrfaglige team på operasjonsstuer bestående av både medisinsk personell og teknologer.

Sykehusets satsning på stråleterapi medfører et betydelig løft for diagnostikk og behandling i kreftbehandling for pasientene i Vestfold og Telemark.

2.5.3 Bygg og eiendom

Dagens situasjon bærer preg av store arealer i områder der befolkningen er for liten til å utnytte kapasiteten fullt ut. Dette gir seg utslag i ledige arealer i Seljord, Porsgrunn, Kragerø og på Rjukan. Kragerø er solgt til Kragerø kommune, og Sykehuset Telemark leier ca. 1/3 av arealet for videreføring av egen drift. Rjukan Sykehus er lagt ut for salg. Sykehuset Telemark vil videreføre dag- og polikliniske tjenester her.

Mange av byggene ved Sykehuset Telemark er små og lave, noe som gjør at utnyttbart areal er lite i forhold til totalarealet.

I Skien er det behov for mer arealer i sentrale deler av somatikken, samt mer moderne og fleksible areal. Spesielt med dagens driftsform er det behov for dagareal til poliklinisk pasientbehandling. Tilsvarende gjelder arealer til psykisk helsevern og rusbehandling, som har til dels knappe og lite funksjonelle arealer. Eksempelvis understøtter ikke dagens sikkerhetspsykiatribygg de krav som gjelder for optimal behandling av denne pasientgruppen.

Alle lokasjoner har klare reguleringsmessige forhold som legger begrensninger på utvikling av eiendommene. Med unntak av Skien er alle eiendommene høyt utnyttet og det er vanskelig å øke bebygget areal. I Skien finnes det vernede bygg og uteområder som gir noen begrensninger.

2.5.3.1 Teknisk tilstand og oppgraderingsbehov

Den samlede tekniske tilstanden for alle bygg ved sykehuset er på 1,5. Tilstandsgradene (TG) går fra 0 (best) til 3 (dårligst). Tilstanden har hatt en jevn forverring siden en startet med tilstandskartleggingen i 2006.

Som tabellen under viser så er det stor variasjon i teknisk tilstand på de ulike hovedkomponentene/tekniske anlegg. Spesielt har komponentene med kort levetid dårlig tilstand. Dette viser at det er behov for store utskiftninger av deler av anleggene. For de komponentene som kun betinger vedlikehold er tilstanden best. 50% av bygningsmassen har en eller flere komponenter med tilstandsgrad 2 (krever utskifting i løpet av en 6-10 års periode).

Tilstandsgrad

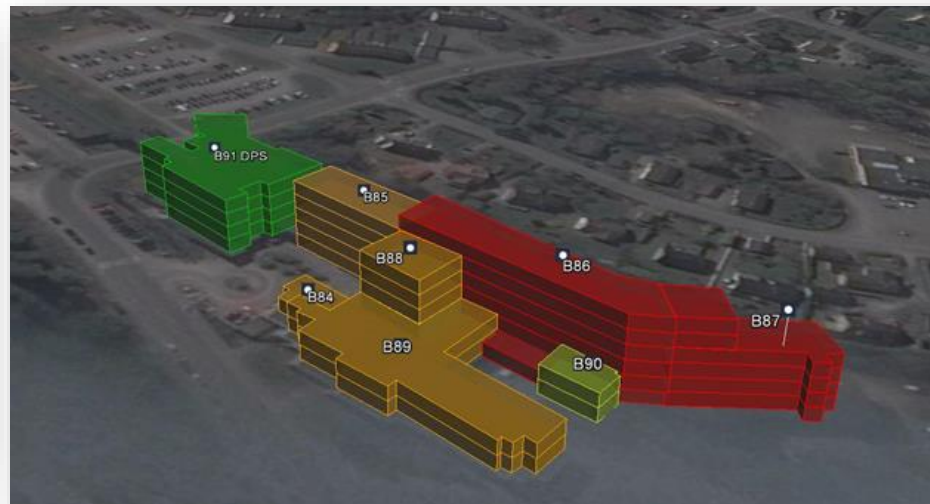
Lokasjon	Bygg	VVS	Elkraft	Tele og auto	Andre inst.	Utendørs	Samlet
Nordagutu	1,0	1,6	1,9	2,9	1,5	1,1	1,3
Notodden	1,6	1,9	2,0	1,9	1,5	1,2	1,7
Porsgrunn	1,0	2,2	2,2	1,8	1,5	0,7	1,5
Rjukan	1,2	1,8	1,4	2,0	0,9	1,0	1,4
Seljord	0,8	1,4	2,1	2,0	2,0	1,0	1,1
Skien	1,3	1,9	1,8	1,8	1,8	1,5	1,6
Samlet	1,2	1,9	1,9	1,8	1,5	1,4	1,5

Spesifisert oppgraderingsbehov bygg og eiendom

Lokasjon	Bygg	VVS	Elkraft	Tele og Auto	Andre inst.	Utendørs	Samlet oppgraderingsbehov	Herav oppgraderingsbehov 0-5 år
Nordagutu	5 100 000	7 100 000	4 300 000	4 900 000	2 500 000	-	23 900 000	6 100 000
Notodden	65 200 000	60 200 000	34 800 000	18 100 000	17 100 000	1 900 000	197 300 000	41 100 000
Porsgrunn	55 000 000	132 400 000	64 200 000	23 400 000	26 900 000	800 000	302 700 000	152 000 000
Rjukan	18 100 000	26 300 000	8 000 000	12 400 000	-	-	64 800 000	6 100 000
Seljord	15 800 000	9 600 000	12 800 000	6 100 000	7 500 000	-	51 800 000	3 500 000
Skien	237 700 000	382 500 000	165 600 000	81 000 000	102 600 000	32 200 000	1 001 600 000	365 000 000
Bygg under 500 kvm							33 800 000	16 700 000
Samlet	396 900 000	618 100 000	289 700 000	145 900 000	156 600 000	34 900 000	1 675 900 000	590 500 000



Teknisk tilstand Skien sør (somatikk)



Teknisk tilstand Porsgrunn



Teknisk tilstand Skien nord (psykiatri)



Teknisk tilstand Notodden

0 – 0,5	■	Nybygg status
0,6 – 1,0	■	Akseptabel standard
1,1 – 1,5	■	Begynnende forfall
>1,5	■	Uakseptabelt, sannsynligvis minst en komponent med TG 3

TG=Tilstandsgrad

2.5.3.2 Egnethet for dagens virksomhet

Skien

Bygg B58 er det største bygget og har tunge funksjoner, slik som operasjon, radiologi, intensiv, føde- og barselenhet. Bygget er vurdert som tilpasningsdyktig og med en god bygningsstruktur, men eksisterende operasjonsstuer tilfredsstillende ikke dagens arealkrav. Videre har bygg 58 en dyp bygningskropp, noe som er lite egnet for moderne sengeområder, da disse som regel forutsetter smalere bygningskropper.

Bygg B56 og B57 har smalere bygningskropper, men har også andre begrensninger som gjør at de egner seg best for enkle sykehusfunksjoner. Sengebygg B55 har en smal bygningskropp og en etasjehøyde som begrenser mulighetene for ombygging til tyngre somatiske funksjoner.

Dialyseavdelingen holder til i et provisorisk bygg (bygg B73). Bygget har dårlig standard og er lite egnet for behandling av multisyke pasienter med behov for behandling flere ganger i uken over mange år. Arealet er i tillegg ikke dimensjonert for dagens høye pasientantall. Det er behov for ny dialyseavdeling både ut fra kapasitet og standard.

Dagens barselavdeling og nyfødt intensiv tilfredsstillende ikke forventninger og faglige føringer om at familien bør være samlet rundt den nyfødte under sykehusoppholdet. I framtidig planlegging er målsettingen å arbeide for et bedre familiebasert fødetilbud, hvor nærhetsbehovet mellom barsel og nyfødt intensiv blir en del av vurderingen.

Generelt er bygningsmassen i Skien dårlig egnet til å ivareta smitteforebyggende tiltak og isolering av pasientene, noe som forventes å bli et økende behov.

Øvrig bygningsmasse

Deler av bygningsmassen innen psykisk helsevern er relativt godt tilpasset sin virksomhet. Derimot er det behov for oppgradering og utvidelse av arealene for alderspsykiatri (Bygg B4), sikkerhetspsykiatri (Bygg B3) og poliklinikk for Barne- og ungdomspsykiatri (Bygg B25).

Porsgrunn

Bygg B88/B89, behandlingsfløyen er en fleksibel bygning som kan tilpasses endret bruk. Etasjehøyden er lav, men varierende etasjeantall og bygningsformer gir mulighet for å tillemppe tekniske funksjoner. Bygg B87/B89 er bygget for poliklinisk virksomhet og radiologi og har rimelig funksjonalitet. Lav etasjehøyde, smal hovedkorridor og bærende korridorvegger, gjør bygningen lite egnet for ombygging etter dagens krav. Bygg B85/B86 er bygget for sengeposter i 2. – 4. etasje, i hovedsak med 4 og 2-sengsrom uten bad. Ombygging til poliklinikk vil gi liten arealeffektivitet. Bygg B91 er et nytt moderne DPS som er tilpasset DPS funksjoner.

Notodden

De bygningsstrukturelle egenskapene ved hovedbygningene A, B og C på Notodden har varierende kvalitet. Vurderingen tilsier at de fleste sykehusfunksjoner kan innpasses, men byggene vil trolig kreve noen tilpasninger i forhold til hva som vurderes å være optimalt. Tomtens beliggenhet gjør det vanskelig å utvide bygningsmassen. Psykiatribygningene har dårlig generell tilpasningsdyktighet (utover dagens bruk til psykiatriske funksjoner).

Seljord

Bygg S1 har begrensninger. Lave etasjehøyder, begrenset lastkapasitet, delvis bærende innervegger, smal bygningskropp og delvis dårlig heiskapasitet gir i sum få muligheter for endringer eller innpassing av nye sykehusfunksjoner.

Nordagutu

Byggene på Nordagutu har relativt omfattende begrensninger og har en nokså rigid konstruksjon. Lave etasjehøyder, begrenset lastkapasitet, smale korridorer, delvis bærende innervegger, smal bygningskropp og dårlig heiskapasitet gir i sum få muligheter for endringer eller innpassing av nye sykehusfunksjoner.



3 OVERORDNEDE STRATEGIER OG FØRINGER

Nasjonal helse- og sykehusplan beskriver politiske føringer, ambisjoner, retning og rammer for utvikling av spesialisthelsetjenesten og samarbeidet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Gjennom regional utviklingsplan følger Helse Sør-Øst opp forventningene uttrykt i nasjonal helse- og sykehusplan. Regional utviklingsplan 2035 uttrykker de overordnede planene for utviklingen i regionen. Regional utviklingsplan har som mål å fremme:

- Bedre helse i befolkningen med sammenhengende innsats fra forebygging til spesialiserte helsetjenester
- Kvalitet i pasientbehandling og gode brukererfaringer
- Godt arbeidsmiljø for ansatte, utvikling av kompetanse og mer tid til pasientbehandling
- Bærekraftige helsetjenester for samfunnet

Regional utviklingsplan 2035 baserer seg på utviklingsplanene fra helseforetakene i regionen og peker på ønsket utvikling på kort sikt og frem mot 2035. Planen omhandler viktige trender og drivere for endring i helsetjenesten i årene som kommer.

Det er de regionale helseforetakenes ansvar at oppgavene løses innenfor de økonomiske rammene som er fastsatt av Stortinget og tildelt over statsbudsjettet, samt at virksomheten utøves i samsvar med gjeldende lover og retningslinjer.

Styringskravene Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter i oppdragsdokument og foretaksmøte skal, sammen med vedtak som fattes av styret for Helse Sør-Øst, legges til grunn for virksomheten i helseforetakene. Premissene i Regional utviklingsplan 2035 innarbeides i oppdrag og bestilling til helseforetakene og ved rullering av økonomisk langtidsplan.

Det operative ansvaret for å tilby befolkningen spesialisthelsetjenester er lagt til helseforetakene. Helseforetakene skal ivareta oppgaver som følger av oppdrags- og bestillingsdokument fra Helse Sør-Øst. I årlig oppdrag og bestilling til helseforetakene videreformidles styringsbudskapet fra Helse- og omsorgsdepartementet, særskilte regionale føringer og oppdrag, aktuelle vedtak fattet av styret i Helse Sør-Øst og de fastsatte budsjetttrammene for helseforetaket. Det utarbeides hvert år et oppdrags- og bestillingsdokument som inneholder de samlede kravene til helseforetakene, og som gis til helseforetakene i foretaksmøtet i begynnelsen av året. I løpet av året utarbeides det også et tilleggsdokument. Det kan gis nye eller korrigerende krav til helseforetakene i løpet av året gjennom egne foretaksmøter. Krav og oppdrag i disse dokumentene ligger til grunn for helseforetakenes rapportering i Årlig melding.

Økonomisk langtidsplan er et virkemiddel for å følge opp regional utviklingsplan og bidra til måloppnåelse og effektiv ressursutnyttelse. Alle helseforetak utarbeider innspill til økonomiske langtidsplaner på grunnlag av de forutsetningene som styret i Helse Sør-Øst gir. Regionens økonomiske langtidsplan utarbeides med bakgrunn i innspill fra helseforetakene. Vedtatt økonomisk langtidsplan danner grunnlaget for helseforetakets årlige budsjett.

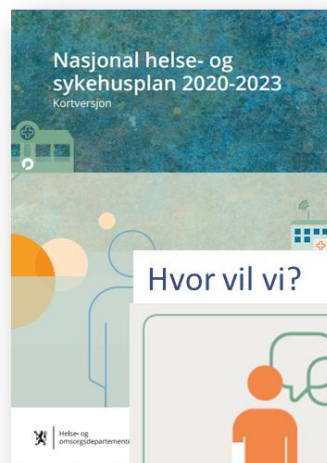
Det enkelte helseforetaket omsetter regionale føringer i lokale strategier og planer.

Helse Sør-Øst Regional Utviklingsplan



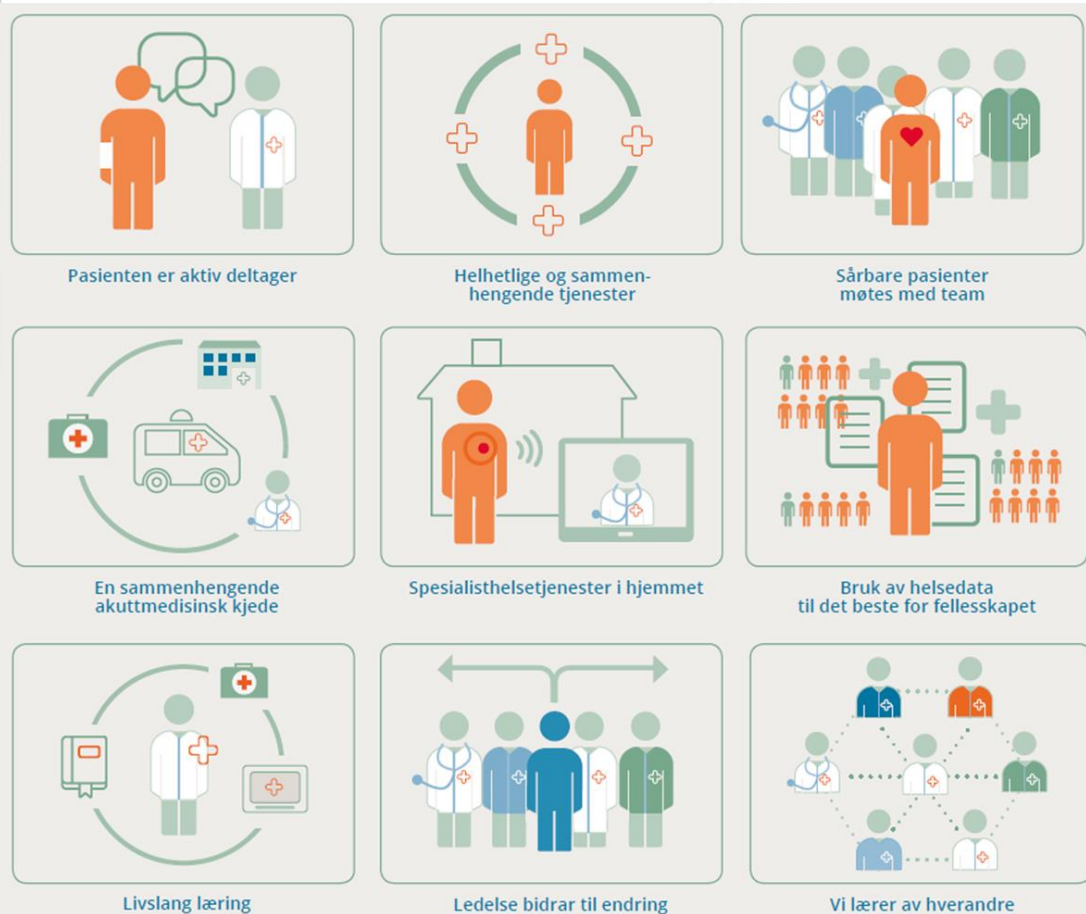
Satsingsområder

- Nye arbeidsformer – bedre bruk av teknologi og mer brukerstyring
- Samarbeid om de som trenger det mest – integrerte helsetjenester
- Redusere uønsket variasjon
- Mer tid til pasientrettet arbeid
- Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste



Nasjonal helse- og sykehusplan

Hvor vil vi?



3.1 Spesialisthelsetjenestens klima og miljømål 2022-2030

Helsedirektoratet har definert bærekraftig utvikling langs tre dimensjoner som er gjensidig avhengig av hverandre: økonomisk bærekraft, miljømessig bærekraft og sosiale forhold. I arbeidet med å sikre en bærekraftig samfunnsutvikling har FN etablert 17 bærekraftsmål med konkrete delmål og tilhørende måleindikatorer. Flere av disse har høy relevans for sykehusdrift.

For spesialisthelsetjenesten vil en bærekraftig drift være drift som utnytter ressurser på beste mulige måte både økonomisk, for miljøet og med mest mulig helsegevinst. Styret i Helse Sør-Øst vedtok i styresak 132-2021 å slutte seg til felles klima- og miljømål med indikatorer for spesialisthelsetjenesten. Klima- og miljømålene skal innarbeides i regionale og lokale utviklingsplaner

Innen 2030 redusere Co2e-utslipp med 40%

Langsiktig mål: Klimanøytralt innen 2045



God helse

- Redusere forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner



Ren energi for alle

- Redusere energiforbruket med 20 % innen 2030, og øke andelen gjenvinningskraft



Innovasjon og infrastruktur

- Andel polikliniske konsultasjoner over video og telefon skal være minimum 20%



Ansvarlig forbruk og produksjon

- Matavfall reduseres med 50% innen 2030
- Andel produkter uten helse- og miljøskadelige stoffer skal være 75% innen 2030



Stoppe klimaendringene

- Fossilfri virksomhet innen 2030, og redusert reisevirksomhet for medarbeidere



Samarbeid for å nå målene

- Miljøbevisste medarbeidere i alle enheter

4 UTVIKLINGSTREKK OG FRAMSKRIVING

Planlegging av framtidige helsetjenestetilbud skal gjøres med støtte i framskrivinger av befolkningens behov for helsetjenester. Helse Sør Øst har utarbeidet framskrivinger for hele helseregionen, samt for de enkelte helseforetak, som underlag til utviklingsplanens oppdatering. Framskrivningene benytter en tidshorisont til 2040. En beskrivelse av datagrunnlag og metodikk finnes i vedlegg 1.

Lav befolkningsvekst

Opptaksområdet til Sykehuset Telemark forventes å vokse til 178 000 innbyggere i 2040. Dette er en vekst på **3 %**, noe som er lavere enn Helse Sør-Østs forventede vekst på **11 %**. Befolkningsveksten forventes å bli negativ i Vest Telemark, mens den estimeres til **4 %** i Grenland.

Færre barn og unge

Andelen unge fra 0-17 år reduseres fra **20 %** til **17 %** i 2040. Tilsvarende trend forventes både i Helse Sør-Øst og nasjonalt

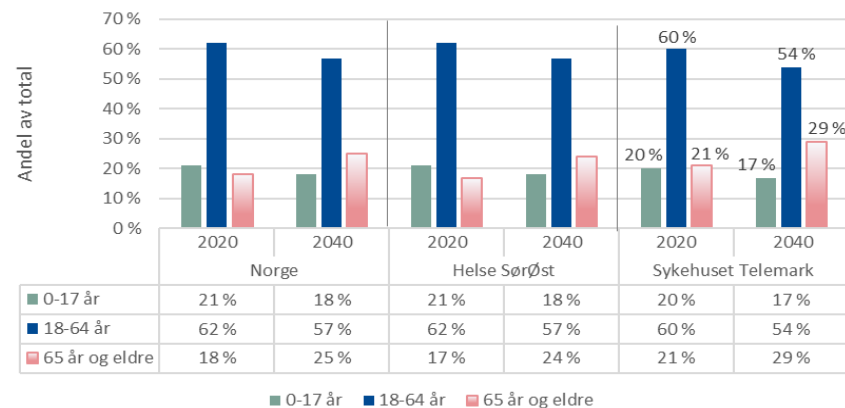
Høyere andel eldre enn resten av landet

Andelen eldre i Telemark over 65 år forventes å ligge over nasjonalt snitt (som er estimert til å bli **25 %**) og vil for Sykehuset Telemark sitt opptaksområde utgjøre **29 %** av befolkningen i 2040.

	Befolkning 2020	Befolkning 2040	Andel av total 2020	Andel av total 2040	Endring
Grenland	122 180	126 786			4 %
0-17 år	24 109	22 257	20 %	18 %	-8 %
18-64 år	73 031	68 530	60 %	54 %	-6 %
65 år og eldre	25 040	35 999	20 %	28 %	44 %
Midt- og Øst Telemark	37 272	38 046			2 %
0-17 år	7 156	6 559	19 %	17 %	-8 %
18-64 år	22 087	20 322	59 %	53 %	-8 %
65 år og eldre	8 029	11 165	22 %	29 %	39 %
Vest Telemark	13 903	13 782			-1 %
0-17 år	2 635	2 258	19 %	16 %	-14 %
18-64 år	8 054	6 910	58 %	50 %	-14 %
65 år og eldre	3 214	4 614	23 %	33 %	44 %
Totalt	173 355	178 614			3 %

Kilde: Helse Sør-Øst 2021

Befolkningsframskrivning 2020-2040



Kilde: Helse Sør-Øst 2021

Færre antall yrkesaktive per 80-åring

Antall yrkesaktive per 80-åring i Telemark faller fra 9,5 i 2020 til 4,3 i 2040.

Telemark er med dette 4. dårligst stilt nasjonalt.

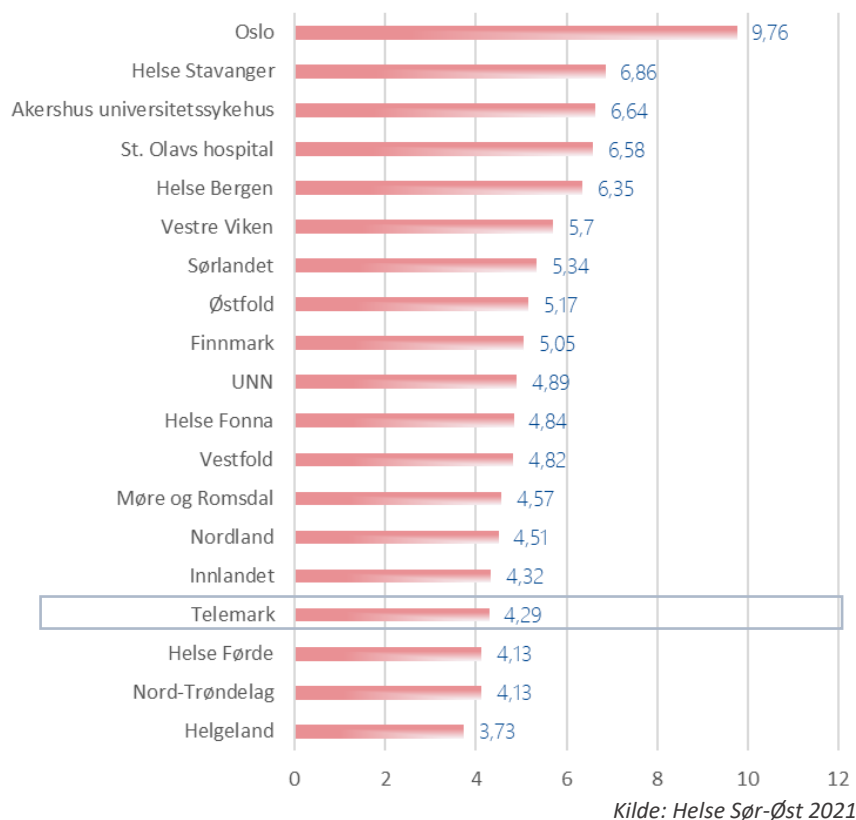
Det kan gjøre det enda vanskeligere å få tilgang til tilstrekkelig antall «varme hender» og kompetanse innen helsevesenet i Telemark de kommende årene.

Videreutvikling av samarbeidet med primærhelse-tjenesten vil være nødvendig for å løse utfordringen.

Andel uføre høyere enn landsgjennomsnitt

Telemark har en høyere andel uføre av yrkesaktive med 16 %, sammenlignet med landsgjennomsnittet på 12 %.

Yrkesaktive pr 80 åring i 2040



	Andel over 80 år 2020	Andel over 80 år 2040	Andel yrkesaktive 2020	Andel yrkesaktive 2040	Andel uføre av yrkesaktive 2020	Antall yrkesaktive per innbyer over 80 år 2020	Antall yrkesaktive per innbyer over 80 år 2040
Norge	4 %	8 %	59 %	55 %	12 %	12,1	5,8
Helse Sør-Øst	4 %	8 %	59 %	56 %	12 %	12,5	6,1
Telemark	5 %	10 %	57 %	52 %	16 %	9,5	4,3
Grenland	5 %	10 %	57 %	53 %	16 %	10,0	4,5
Midt og øst Telemark	6 %	11 %	57 %	52 %	17 %	8,5	4,0
Vest Telemark	6 %	12 %	56 %	49 %	14 %	8,3	3,5

Eldrebølgen har truffet oss

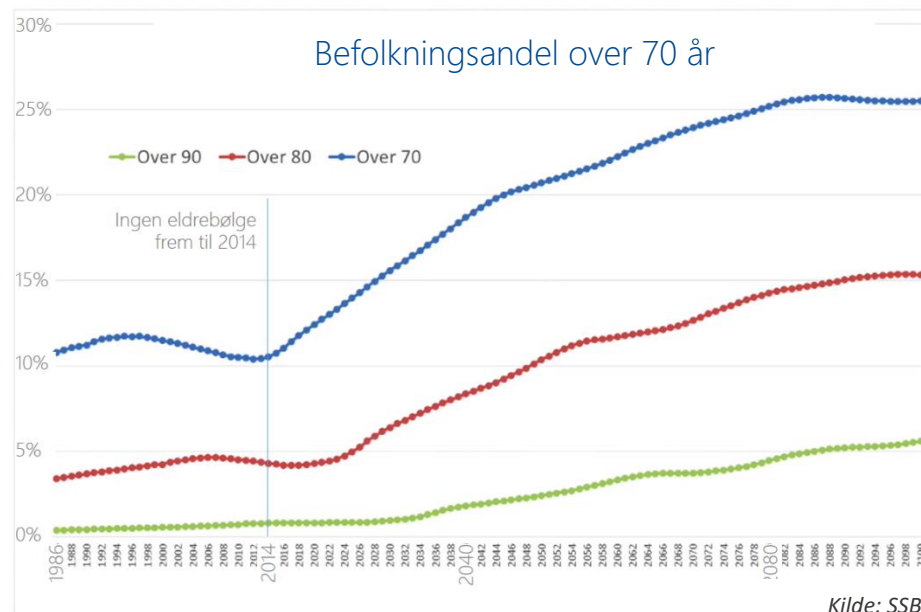
Man har lenge snakket om eldrebølgen, og nå er den her. Antall eldre over 75 år vil de nærmeste årene **dobles** fra 360 000 til ca. 740 000 i 2040.

Det brukes mer helsetjenester når man blir eldre

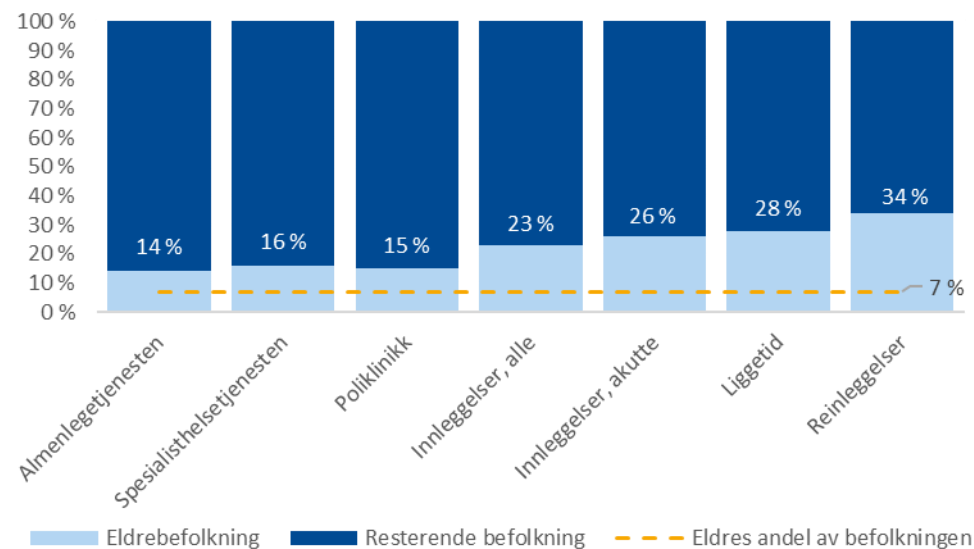
Andelen de eldre utgjør av totalbefolkningen forventes å øke fra 7 % (gul linje) til ca. 12 % i 2040.

Selv om de eldre kun utgjør omtrent 7 % av befolkningen, står de for 14 % av kontaktene i allmennlegetjenesten og ca. 16 % av alle kontakter i spesialisthelsetjenesten. Altså er eldre naturlig nok oftere i kontakt med både allmennlege og spesialisthelsetjenesten enn resten av befolkningen.

Når antall eldre dobles vil behov for helsetjenester øke betydelig. Dette vil også påvirke ambulansetjenesten og andre akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i betydelig grad.



Eldres bruk av helsetjenester



Kilde: SKDE Eldreatlas for Norge 2013-2015

Aktivitetsvekst i somatikk og psykiatri

Til tross for lav befolkningsvekst i opptaksområdet til Sykehuset Telemark gir demografi med økt antall eldre en betydelig aktivitetsvekst i både somatikk og psykisk helsevern og rusbehandling fram mot 2040.

Aktivitetsutvikling somatikk

	2019	Framskrivning HSØ 2040	Endring %
Liggedøgn totalt	94 557	101 080	7 %
Liggedøgn Skien	78 664	84 278	7 %
Liggedøgn Notodden	11 295	13 213	17 %
Liggedøgn Nordagutu	4 598	3 589	-22 %

Poliklinikk totalt	184 104	245 374	33 %
Poliklinikk Skien	101 095	136 543	35 %
Poliklinikk Porsgrunn	48 647	62 990	29 %
Poliklinikk Notodden	19 733	26 967	37 %
Poliklinikk andre steder	11 117	15 217	37 %
Skien habilitering	3 512	3 657	4 %

Dagbehandling totalt	13 952	19 644	41 %
Dagbehandling Skien	5 591	8 052	44 %
Dagbehandling Porsgrunn	4 494	5 177	15 %
Dagbehandling Notodden	1 620	1 978	22 %
Dagbehandling Rjukan	650	1 868	187 %
Dagbehandling Kragerø	1 597	2 569	61 %

Analyse av enkeltbehandling

Dialyse	7 474	12 302	65 %
Kjemoterapi	4 997	7 249	45 %
Dagkirurgi	6 480	7 436	15 %

Aktivitetsutvikling psykisk helsevern og rusbehandling

Døgnbehandling	Standardisert rate liggedøgn*		Endring
	2019	2040	
Tverrfaglig spesialisert behandling rus (TSB)	11 284	10 557	-6 %
Voksenpsykiatri (VOP)	19 997	20 430	2 %
Barne- og ungdomspsykiatri (BUP)	6 139	7 018	14 %

Poliklinikk	Standardisert rate poliklinikk		Endring
	2019	2040	
Tverrfaglig spesialisert behandling rus (TSB)	11 438	15 727	37 %
Voksenpsykiatri (VOP)	34 473	40 579	18 %
Barne- og ungdomspsykiatri (BUP)	65 862	78 829	20 %
Avtalespesialister	11 397	13 113	15 %

*Standardisert rate er antall per 100 000 innbyggere

Endringer i framskrivninger sammenlignet med forrige utviklingsplan

- I framskrivningsmodellen for Psykisk helsevern og rusbehandling vises en økning i både døgnbehandling og poliklinikkaktivitet. Tidligere framskrivning viste derimot en fortsatt nedgang i døgnbehandling og en flat utvikling i poliklinikker.
- I somatikken er det også fremskrevet et høyere antall liggedøgn enn i forrige utviklingsplan. Dette innebærer en økning på ca. 10 senger for Sykehuset Telemark sammenlignet med forrige framskrivning som viste en fortsatt flat/fallende utvikling i sengebehovet. Det forventes at økningen av senger hovedsakelig vil dekke behovet for indremedisinske pasienter (eldre befolkning).
- Økningen i dialyse og kjemoterapi er også høyere enn i forrige framskrivning.
- Den demografiske utviklingen med relativt få yrkesaktive per 80-åring innebærer en større utfordring enn tidligere antatt.



5 SYKEHUSET TELEMARKE STRATEGI – MÅL 2020-2022

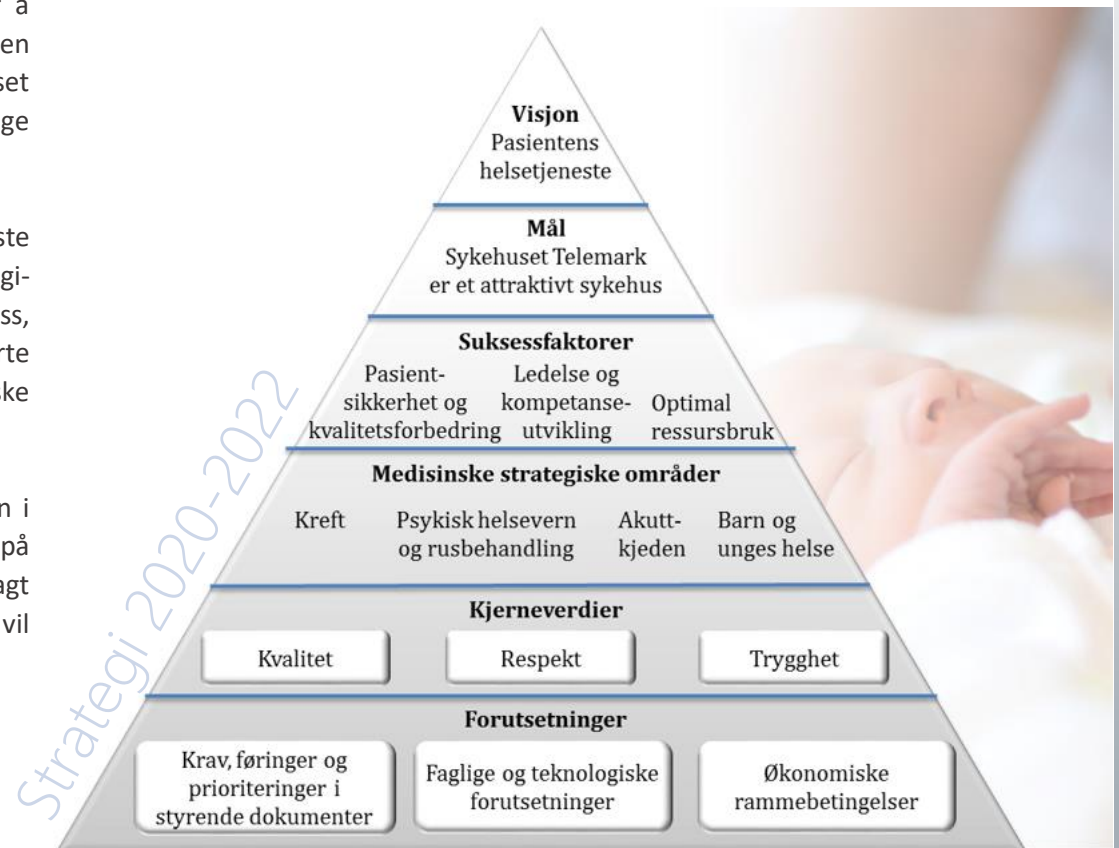
5.1 Sykehuset Telemark strategi

Strategien til Sykehuset Telemark er verktøyet vi benytter for å operasjonalisere den langsiktige utviklingsplanen. Strategien utarbeides for 3 år av gangen og tar for seg de områdene sykehuset må fokusere særskilt på i perioden for å trinnvis innfri de langsiktige målsettingene.

Gjeldende strategi er for perioden 2020-2022. Tabellene på de neste sidene viser målene som er løftet frem for denne perioden. Strategiplanen ligger på sykehusets nettsider på www.sthf.no under Om oss, [Utviklingsplan, føringer, mål og strategier](#). Her finnes også detaljerte måleparametere for suksessfaktorene og de medisinske strategiske områdene.

Sykehuset Telemark har ikke oppnådd den planlagte fremdriften i tiltaksgjennomføringen. Dette skyldes hovedsakelig endret fokus på grunn av Covid-19. For øvrig er det en erkjennelse at tidsplanen lagt til grunn var noe ambisiøs. Dette medfører at flere av tiltakene vil måtte videreføres i neste strategiperiode.

Ny strategiplan for perioden 2023-2025 vil oppdateres innen utgangen av 2022 og videreføre realisering av Sykehuset Telemark sin utviklingsplan.



5.1.1 Suksessfaktorer

Suksessfaktorer er faktorer eller områder som vil kreve en betydelig innsats i perioden og vil være helt avgjørende for at vi skal lykkes å nå vårt strategiske mål og vår visjon. I gjeldende strategiplan 2020-2022 ble konkrete tiltak og måleparametere for hvert område definert (tabell under). Hovedsakelig grunnet to år med pandemi er gjennomføringen av tiltakene forsinket. Innen utgangen av strategiperioden skal Sykehuset Telemark ha oppnådd følgende:

Suksessfaktorer	Status på gjennomføring				Kommentar
	Ikke startet	I tidlig fase	Pågår	Gjennomført	
Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring					
<ul style="list-style-type: none"> • Redusere pasientskader 			●		Pasientskader viser synkende trend i Global trigger tool (GTT) målinger. Deltar i Helsedirektoratets prosjekt for utvikling av GTT-metode. Positiv utvikling i teamarbeidsklima og sikkerhetsklima. Følger opp Regional handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Implementering av nytt forbedringssystem pågår. Spesielt fokus på forbedringsarbeid pakkeforløp lungekreft, 5 års overlevelse kreft og 30-dagers overlevelse. Reorganisering av planlegging og gjennomføring av operasjonsaktiviteten. Fokus på infeksjonsforebyggende tiltak over tid, inngår i pasientsikkerhetsarbeidet. Tematiseres inn Helsefellesskap med kommunene.
<ul style="list-style-type: none"> • Bedre pasientsikkerhetskultur 			●		
<ul style="list-style-type: none"> • Etablert varige strukturer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 			●		
<ul style="list-style-type: none"> • Redusert uønsket variasjon 			●		
<ul style="list-style-type: none"> • Redusert antall infeksjoner 			●		
<ul style="list-style-type: none"> • Økt 30-dagers overlevelse (bl.a. slag, hjerteinfarkt, hoftebrudd) 			●		
Ledelse og kompetanseutvikling					
<ul style="list-style-type: none"> • Rekrutterer, utvikler og beholder gode fagpersoner 		●			STHF gjennomfører kontinuerlig lederutvikling. Det er utarbeidet prosedyre for rekruttering og retningslinje for å fase inn nye medarbeidere og ledere. Det holdes også flere typer av introduksjonsprogram for leger, ledere og medarbeidere.
<ul style="list-style-type: none"> • Styrket beslutningskvalitet og gjennomføringskraft i lederlinjen 			●		
<ul style="list-style-type: none"> • Styrket lederkompetansen 			●		
<ul style="list-style-type: none"> • Organisasjon som understøtter virksomheten 			●		
Optimal ressursbruk					
<ul style="list-style-type: none"> • Bedret kommunikasjon, pasientflyt og logistikk gjennom implementering av kliniske logistikk-løsninger med tilhørende virksomhets- og organisasjonsutvikling 		●			Implementering av regionalt prosjekt Helselogistikk startet. Pilot 2022.
<ul style="list-style-type: none"> • Startet innføring av gode og bærekraftige driftsmodeller (driftskonsept for bl.a. akuttmottak og sengeposter vedtatt i konseptfase) i forbindelse med prosjekt «Utbygging somatikk Skien» 			●		
<ul style="list-style-type: none"> • Gjennomført forbedrings- og virksomhetsutviklingsprosjekter vedtatt i Utviklingsprogrammet 			●		Ytterligere virksomhetsovergrepene forbedringsprosjekter, bl.a. Kontorfaglige støttefunksjoner og Operasjon 2020 Godt system for å indentifisere gevinster. Mangelfull oppfølging.
<ul style="list-style-type: none"> • Etablert system og rutiner for gevinstuttak og –oppfølging 		●			

5.1.2 Medisinske strategiske områder

De medisinske strategiske områdene er valgt ut i fra at dette er områder hvor det er identifisert et gap mellom nåsituasjonen og ønsket situasjon/målbilde. Aktiviteter og investeringer vil særskilt knyttes til disse områdene. Også her er fremdriften i gjennomføringen forsinket grunnet Covid-19 pandemi. Innen utgangen av strategiperioden (2020-2022) skal Sykehuset Telemark ha oppnådd følgende:

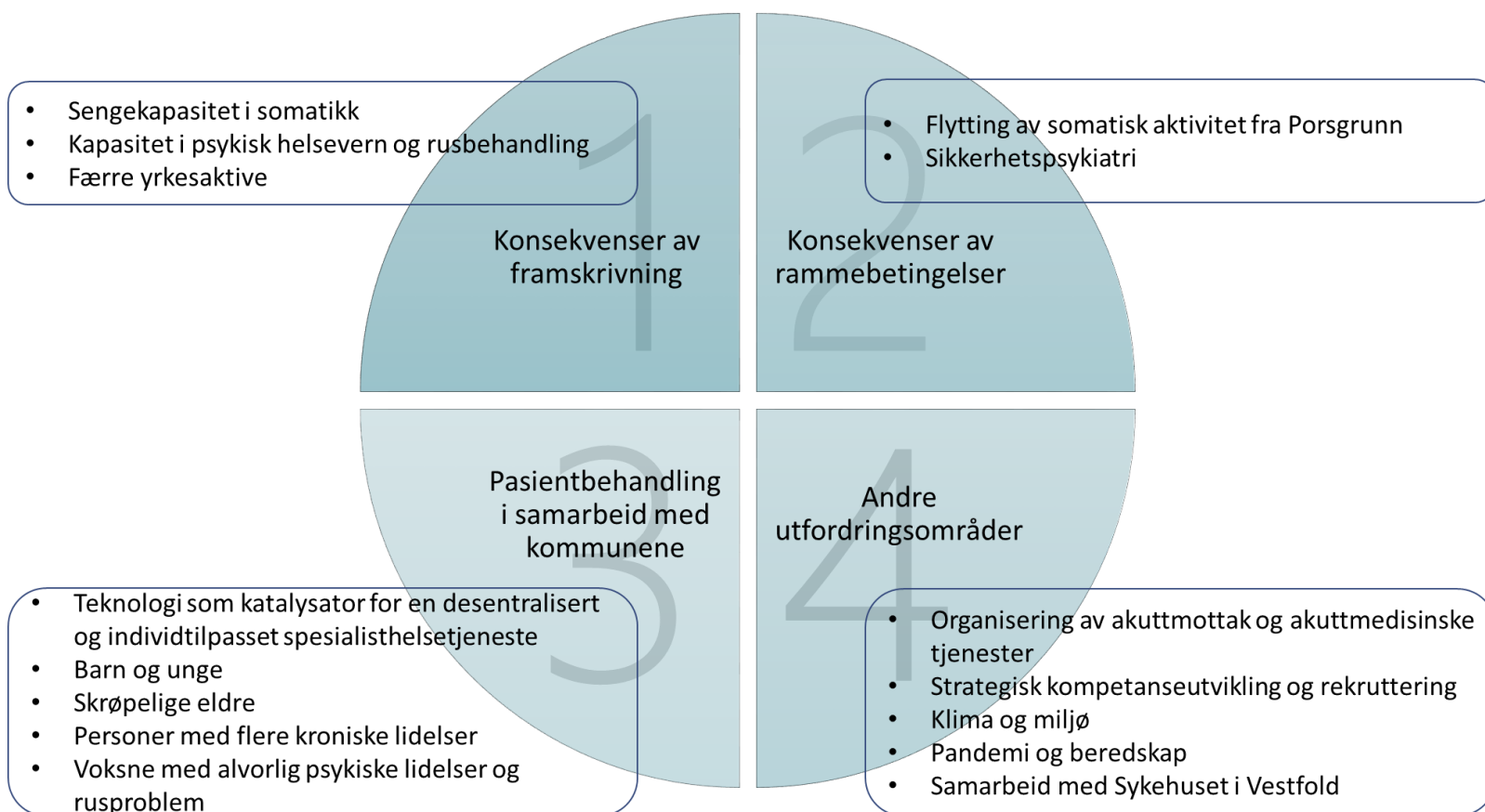
Medisinske strategiske områder	Status på gjennomføring				Kommentar
	Ikke startet	I tidlig fase	Pågår	Gjennomført	
Kreft					
<ul style="list-style-type: none"> Sykehuset Telemark etablerer det neste strålesenteret i HSØ som skal dekke 80 % av behovet for stråling til befolkningen i Vestfold og Telemark Pasienter i Telemark skal ha minimum lik bruk av stråleterapi som pasienter fra Oslo Etablert desentralisert kreftbehandling i kommunene Riktig dimensjonering av diagnostisk kapasitet Oppfylle nasjonale krav til pakkeforløpene Klinisk forskning etablert i kreftavdeling Økt 5-års overlevelse 		●			<p>Pågår. Del av Utbygging somatikk Skien. Ferdigstilles 2024</p> <p>Økt andel av nye krefttillfeller får stråleterapi</p> <p>Ambulerende palliasjonsteam. Cytostatikabeh. i Tokke kommune</p> <p>Ny MR etablert. Noen flaskehals for fortsatt (PET, patologi?)</p> <p>Mål: 70%. Samlet måloppnåelse 70%, men utfordringer innen enkelte forløp</p> <p>Minimum 1 forskningsprosjekt per år</p> <p>Mål om årlig forbedring.</p>
Psykisk helsevern og rusbehandling					
<ul style="list-style-type: none"> Opprettholde antall forskningsprosjekt fra år til år Innført pakkeforløp i tråd med nasjonale føringer Etablert oppfølgings/ behandlingsteam i samarbeid med kommunene for personer med alvorlige og sammensatte lidelser, behov for oppfølging/behandling over lengre tid. Redusert bruk av tvang Har utredet og videreutviklet behandlingstilbudet for personer dømt til behandling og personer i varetektssurrogati Riktig bruk av psykofarmaka 			●		<p>Har deltagelse i flere pågående forskningsprosjekter. Flere mindre prosjekter under utvikling, ett til etableres i løpet av 2022.</p> <p>Måloppnåelse i henhold til nasjonale krav.</p> <p>Tilbud vurderes i Helsefelleskapet. Forpliktende samarbeid med alle kommuner og et tett samarbeid med bofelleskap i vårt opptaksområde.</p> <p>Pågående prosjekt. Kvalitetsforebedrende tiltak implementert (f.eks. redusert bruk av tvangsmidler, ettersamtaler, etisk refleksjon, skjermingsprosjektet).</p> <p>Ytterligere tiltak skal implementeres i hht. beskrevne føringer (Tvang-forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne, gjeldende fra 01.03.2022)</p> <p>Pågående utviklingsarbeid igangsatt og videreføres inn i 2022.</p> <p>Prosjekt pågår</p>
Akuttkjeden					
<ul style="list-style-type: none"> Telemark skal ha Norges beste akuttkjede Trygge medisinske tjenester for alle akutte tilstander for befolkningen i hele Telemark En helhetlig, sammenhengende akuttkjede Ensartet kunnskapsbasert praksis 				●	<p>Nasjonal oppmerksomhet - eierskap og godt funksjonsnivå i kommunene</p> <p>Alle kommunene deltar frivillig</p> <p>Utfordring med kobling til interne pasientflyter</p> <p>Undersøkelse viser god bedring med bakgrunn i felles verktøykasse</p>
Barn og unges helse					
<ul style="list-style-type: none"> Videreutviklet intensivkompetansen Foregangsklinikk for overgang ungdom – voksen ved STHF og mot kommunene God tilgjengelighet til Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri (ABUP) Styrket pasientens kompetanse og evne til å leve med kroniske sykdommer, samt styrket arbeidet med kronikergrupper i klinikken og mot kommunale samarbeidspartnere 			●		<p>Det arbeides både i BUK, og i samarbeid med ABK. Ny retningsline er snart på plass. Vedvarende systematisk kompetanseutvikling.</p> <p>Retningslinjer utarbeidet (BUK, Medisinsk klinikk og KPR). Implementering pågår. Arbeider med kommunalt samarbeid</p> <p>Fokus på rekrutteringer og økt produktivitet.</p> <p>Samarbeider med kommunene. Kontinuerlig oppfølging av pasienter med IP.</p> <p>Kurs for pasienter, pårørende og ansatte. Tverrfaglige møtepunkter.</p>



6 UTVIKLING AV SYKEHUSET TELEMAR – INNSATSOMRÅDER I PLANPERIODEN

I dette kapitlet beskrives sykehusets utviklingsretning og hvilke tiltak helseforetaket skal iverksette for å utvikle sin virksomhet videre.

Vi har samlet innsatsområdene i fire grupper (se figur). Disse omhandles i hvert sitt delkapittel videre.



1

6.1 Konsekvenser av framskrivning

6.1.1 Sengekapasitet i somatikk

Et viktig element i utviklingen av Sykehuset Telemark er å sikre at sykehuset har tilstrekkelig kapasitet til å ivareta befolkningens behov for spesialisthelsetjenester.

Framskrivninger av behandlingsaktivitet (som i forrige utviklingsplan var frem til 2035) ble derfor lagt til grunn for å dimensjonere antall senger i nytt sengebygg, samt sikre riktig kapasitet i både kreftsentre og akuttentre (prosjekt Utbygging somatikk Skien).

I den oppdaterte framskrivningen, som nå har en tidshorisont frem til 2040, er det forventet et høyere antall somatiske liggedøgn enn det som lå til grunn i forrige utviklingsplan. Forrige framskrivning viste en flat/fallende utvikling i sengebehovet. Bakgrunnen for det økte sengebehovet i denne framskrivningen er hovedsakelig den demografiske utviklingen i Telemark med et økende antall eldre, samt flere multisyke og skrøpelige eldre. Dette gir primært et behov for økt antall senger til indremedisinske pasienter.

Ny framskrivning innebærer et behov for ytterligere ca. 10 somatiske senger sammenlignet med forrige utviklingsplan og det som lå til grunn for dimensjonering av nytt sengebygg. Dette innebærer en risiko for at en sengepost må beholdes i dagens sengebygg, Bygg 55 – Nordfløy etter at nytt sengebygg er ferdigstilt.

I tillegg er det en ventet en større økning i dialyse og kjemoterapi enn i forrige framskrivning. Veksten i øvrig poliklinikkaktivitet er derimot

uendret sammenlignet med forrige framskrivninger, med en ventet vekst på 33 %-37 % avhengig av lokasjon.

Innenfor kjemoterapi vil nytt kreftsentre bidra til å øke kapasiteten betydelig og ivareta den forventede økningen på 45 %.

Det mangler derimot fortsatt en løsning for å ivareta økt kapasitetsbehov innenfor dialyse. Dialyseaktiviteten har nådd kapasitetstaket i dagens arealer, både i Skien og på Notodden.

Sykehuset Telemark har fortsatt en relativt høy andel utskrivningsklare pasienter. Dette er en utfordring som må løses i samarbeid med kommunene. Dersom situasjonen vedvarer vil behovet for antall senger fremover være høyere enn framskrivningen tilsier.

Den oppdaterte framskrivningen av befolkningens behov for somatiske sykehussenger viser at Sykehuset Telemark også har en høyere andel innleggelser av pasienter mellom 18 og 65 år, med et antatt lavt prognosetap både til kirurgiske og medisinske senger. Dette åpner for at Helsefelleskapet må jobbe spesifikt med tiltak som kan sikre at fastleger, kommuner og spesialisthelsetjeneste håndterer disse pasientene på en bedre måte sammen og på beste og laveste effektive omsorgsnivå. Det er spesielt viktig å finne gode samhandlingsmodeller og moderne teknologiske løsninger for å forhindre unødige innleggelser for kronikergrupper og pasienter med hyppige re-innleggelser.

6.1.2 Kapasitet i psykisk helsevern og rusbehandling

Ny framskrivningsmodell indikerer andre behov enn det som lå til grunn for forrige utviklingsplan. Den forrige modellen prognostiserte en fortsatt nedgang i antall liggedøgn med dertil nedtak av senger, samt en flat utvikling i poliklinisk aktivitet. Dette var ikke i tråd med den reelle behovsutviklingen. Dagens modell viser i stedet en økning i både sengebehov og poliklinisk aktivitet.

Trenden viser at pasientene som kommer til spesialisthelsetjenesten nå er sykere og andelen med alvorlige psykiske lidelser øker. I denne gruppen er blant annet unge med rusproblemer, som benytter andre narkotiske stoffer enn tidligere.

Med økt antall eldre vil forekomsten av Alzheimer og demens øke. Disse pasientene behandles hovedsakelig i primærhelsetjenesten, men økningen vil også kreve økt utrednings- og behandlingsskapasitet i spesialisthelsetjenesten. Tidligere har disse pasientene vært knyttet opp mot geriatri og nevrologi i somatikken, men den faglige utviklingen tilsier en nærmere tilknytning mot alderspsykiatri.

I sum innebærer de nye framskrivningene et behov for økt døgnkapasitet særlig for pasienter med alvorlige psykiske lidelser. I tillegg er det behov for økt utrednings- og behandlingsskapasitet innenfor alderspsykiatri. Kapasiteten innenfor sikkerhetspsykiatrien er også utfordret grunnet lovendring som medfører flere pasienter dømt til tvunget psykisk helsevern.

6.1.3 Færre yrkesaktive

I følge framskrivningene vil antall yrkesaktive per 80-åring i Telemark reduseres fra 9,5 i 2020 til 4,3 i 2040. Til tross for at dette er en nasjonal trend er situasjonen spesielt krevende i Telemark, som er 4. dårligst stilt i landet.

Av de 4,3 yrkesaktive for hver 80-åring vil ikke alle arbeide innenfor helsevesenet. I årene fremover vil rekrutteringsutfordringene øke og det vil bli vanskeligere å få tak i tilstrekkelig antall medarbeidere og medarbeidere med riktig kompetanse.

Vi er i en situasjon der vi får flere pasienter som trenger mere helse-tjenester som skal løses med færre ressurser. Dette innebærer en stor utfordring, ikke bare for spesialisthelsetjenesten men også for kommunene og primærhelsetjenesten.

For å møte denne utfordringen er nytenkning og innovasjon avgjørende. Ny teknologi i pasientbehandlingen må tas i bruk og samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene/primærhelsetjenesten må løftes til et helt annet nivå enn det vi praktiserer i dag.

2

6.2 Konsekvenser av rammebetingelser

6.2.1 Flytting av somatisk aktivitet fra Porsgrunn

Sykehuset Telemark har en overordnet ambisjon om å flytte den somatiske aktiviteten i Porsgrunn til Skien (hovedretning i forrige utviklingsplan). Aktiviteten i Porsgrunn består av dagoperasjon og poliklinikker. For å realisere dette kreves tilstrekkelig bygningsmasse i Skien, i tillegg til den nye bygningsmassen som etableres gjennom prosjekt Utbygging somatikk Skien.

Prosjekt Utbygging somatikk Skien hadde i idéfasen et mer omfattende innhold som blant annet inkluderte bygging av en ny dagoperasjonsavdeling i Skien. Grunnet manglende økonomisk bæreevne i helseforetaket ble prosjektet tilnærmet halvert i omfang. Konsekvensen av dette er at den samlede bygningsmassen i Skien etter prosjekt Utbygging somatikk Skien (Trinn 1) ikke vil være tilstrekkelig for å ivareta behandlingsaktiviteten som utføres i Porsgrunn. En flytting av somatisk aktivitet fra Porsgrunn til Skien vil derfor bli forsinket inntil prosjekt Utbygging somatikk Skien trinn 2 kan realiseres.

Med bakgrunn i dette må det avsettes investeringsmidler til vedlikehold av bygningsmassen og oppgradering av tekniske anlegg i Porsgrunn den kommende 10-års perioden, for å sikre forsvarlig drift og pasientbehandling i arealene.

6.2.2 Sikkerhetspsykiatri

I forrige utviklingsplan ble det identifisert et behov for å oppgradere og utvide kapasiteten innen sikkerhetspsykiatri. Endringene som er gjennomført i justissektoren de siste årene har i tillegg medført en markant økning av pasienter dømt til tvunget psykisk helsevern. Dette har medført at vår døgncapasitet innen sikkerhetspsykiatrien er blitt ytterligere utfordret og at det ikke lenger er tilstrekkelig kapasitet til å ta imot pasienter med høy voldsrisiko som ikke er dømt til tvunget psykisk helsevern. Denne situasjonen gir videre en høy belastning i resten av behandlingsskjeden, med et mulig redusert tilbud til andre pasientgrupper.

Siden forrige utviklingsplan har Sykehuset Telemark hatt stramme økonomiske rammer. Den planlagte oppgraderingen av sikkerhetspsykiatrisk sengepost som ble omtalt i den forrige planen, har hittil ikke nådd opp blant prioriterte investeringer.

Sykehuset Telemark er i en situasjon der behovet for plasser innen sikkerhetspsykiatri overstiger den faktiske kapasiteten. I tillegg er nåværende bygningsmasse gammel og utdatert, slik at lovpålagte krav og faglige anbefalinger er krevende å imøtekomme.

Økt kapasitet og bygningsmessig oppgradering innen sikkerhetspsykiatri må være et prioritert område tidlig i planperioden.

6.3 Pasientbehandling i samarbeid med kommunene

I Nasjonal helse- og sykehusplan er det vedtatt å etablere helsefelleskap der sykehus og kommuner skal samarbeide bedre om de mest sårbare pasientene. Dette er et viktig steg på veien for å nå målet om pasientens helsetjeneste.

Områdene som er prioritert fra Helsedirektoratet er:

- Barn og unge
- Skrøpelige eldre
- Alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
- Pasienter med flere kroniske lidelser

Likeverdig samhandling med kommunene vurderes som ett av de viktigste områdene for å oppnå en bærekraftig helsetjeneste. Utfordringsområdene er betydelige og samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene/primærhelsetjenesten må løftes til et helt annet nivå enn det vi praktiserer i dag.

6.3.1 Bruk av teknologi som katalysator for en desentralisert og individtilpasset spesialisthelsetjeneste

Basert på det vi vet ved startpunktet av denne planperioden, er det en del grunnleggende samfunnsmessige trender som peker i retning av teknologi som et viktig virkemiddel for å møte nye utfordringer. Sentralt her står blant annet:

- Kraftig økning av eldre kronikere
- Mangel på senger og polikliniske rom
- Mangel på fagpersoner
- Forventning om tekniske løsninger fra befolkningen
- Krav til kostnadseffektiv drift

- Økt fokus på pasientsikkerhet, informasjonssikkerhet og personvern

Et strategisk satsingsområde i Utviklingsplan 2035 knytter seg til etablering av mobile digitale tjenester for klinikere og pasienter. Sykehuset Telemark har i desember 2021 gjort avrop på en regional avtale som muliggjør stegvis innføring på en lang rekke områder som vil støtte og bidra til videreutvikling av klinisk praksis.

Konkret vil disse tjenestene legge til rette for samhandling og oppfølging gjennom effektiv bruk av digitale skjemaer, målinger, chat og videokonsultasjoner. Løsningene tilpasses den enkelte pasients behov for oppfølging og tilrettelegging utenfor sykehuset. Data fra disse prosessene vil integreres med kliniske kjernesystemer som Dips og MetaVision for effektiv dokumentasjon og informasjonsdeling.

Styret i Helse Sør-Øst behandlet den 16.12.2021 sak vedrørende oppstart av gjennomføringsfase 1 for prosjekt «Digital hjemmeoppfølging og prosessplattform».

Følgende vedtak ble fattet:

«Styret godkjenner gjennomføring av fase 1 for prosjektet prosessplattform og digital hjemmeoppfølging med en kostnadsramme på 30 millioner kroner.»

Potensialet for utvikling innen dette området styrkes ytterligere ved at Helse Sør-Øst i 2022 har til intensjon å inngå rammeavtale med utvalgte leverandører av løsninger for digital hjemmeoppfølging. En slik tilnærming legger til rette for raskere leveranser av løsninger fra markedet, samtidig som det stilles nødvendige krav for å sikre god brukeropplevelse for helsepersonell og pasienter. Dette initiativet vil sørge for at det anskaffes hensiktsmessige regionale løsninger, samtidig som gis mulighet til lokal utvikling og konfigurering tilpasset våre behov.

6.3.2 Barn og Unge

Dagens situasjon og utfordringsbilde

Vi ser gjennom pandemien et økt behov for spesialisthelsetjenester til barn og unge, spesielt innen psykisk helse. Satsing på barn og unge er viktig. Sett i et livsløpsperspektiv kan tidlige og riktige tiltak gi barn og unge en bedre prognose, ha forebyggende effekt og redusere fremtidig belastning på familie og samfunnet for øvrig.

Behandlingsbehovet for barn og unge omfatter alt fra nyfødteperioden, til behandling av medisinske tilstander opp til 18 år, sosialmedisin, psykiske lidelser og grupper med kroniske lidelser og funksjonshemninger.

Blant gruppene med kroniske sykdommer og funksjonsnedsettelse er blant annet barn og unge med medfødte genetiske tilstander, medfødte og ervervede nevrologiske tilstander, psykiske lidelser, følgetilstander etter gjennomgått kreftsykdom eller «organtilstander» (f. eks. kroniske mage-tarm-, hjerte-, astma-, diabetes- og immunologiske tilstander). Flere av disse pasientene har behov for spesialisthelsetjenester i hele livsløpet, og etablering av gode pasientløp fra tidlig i barnealder er svært viktig.

Barn er ikke små voksne. Barn er annerledes biologisk/somatisk, psykisk og sosialt. Barne- og ungdomsårene er preget av raskere utvikling og større variasjoner enn noen annen periode i livet og sykdomspanoramaet er delvis annerledes enn hos voksne. Barn er mer sårbare og har et stort behov for fagutdannet og kompetent personale.

Fokusområder og tiltak

Sykehuset Telemark mener en organisering på tvers av fagområder, med felles bruk av fagkompetanse og bedre samordning av ressurser, gir et bedre tilbud til barn og unge, samt deres pårørende. Vi jobber ut fra et familieperspektiv og vårt mål er at pasienten og familien skal oppleve et

helhetlig tilbud med høy kvalitet som gir mestring av eget liv og som tar utgangspunkt i deres ønsker og behov.

Økt kompetanse på tvers av somatikk og psykiatri med helhetlig tilnærming til barn og unges behov, vil gjøres oss attraktive. Gode fagarenaer og godt arbeidsmiljø vil vektlegges slik at dyktige fagpersoner velger å jobbe hos oss.

Sengepost, dagbehandling og poliklinikk i somatikken er i stor grad integrert aktivitet. Det vil i fremtiden være viktig at tilbudet tilrettelegges som en helhet, og det kan være en fordel om tilbudet i Grenland kan samlokaliseres. Det samme vil også gjelde psykisk helse, der flere tilbud kan gis under samme tak om lokaliteter muliggjør dette. Dette vil i så fall gi et mindre sårbart fagmiljø, med økt samarbeid og faglig utvikling. Tilbudet til barn og unges psykiske helse gjelder fra 0-18/23 år. Den biologiske, sosiale og psykologiske situasjonen til ungdom og unge voksne kan tilsi at en større andel bør få et tilbud i spesialisthelsetjenesten for barn og unge enn i 2021.

Helsefelleskap vil øke samarbeid og innsatsen for disse gruppene i dialog med våre kommunale samarbeidspartnere. Tilbudet til barn og unge er i stor grad avhengig av samarbeid med førstelinjetjenesten. Sammen skal vi kunne gi barn og unge et behandlingstilbud på rett nivå. Gjennom arbeidet med Utviklingsplanen er det etablert samarbeidsavtaler, retningslinjer og samarbeidsforum mellom spesialisthelsetjenesten for barn og unge i helseforetakene og barne- og ungdomstjenesten i kommunene.

Aktivitet Barne- og ungdomspsykiatri (BUP)

	2019	2040	Endring
Liggedøgn	2 089	2 152	3 %
Poliklinikk (antall konsultasjoner)	29 864	30 827	3 %

Innsatsområder innenfor barn og unge

Styrke pasientens kompetanse og evne til å leve med kroniske sykdommer. Styrke arbeidet med kronikergruppene i klinikken og mot kommunale samarbeidspartnere

- Kursvirksomhet: Videreutvikle og etablere nye kurs for pasienter, pårørende og ansatte
- Individuell plan: Ny klinikkansvarlig for IP og en IP ressursperson for hver avdeling. Utarbeidet retningslinje
- Liaisonfunksjoner: Måler ressursbruk av fagpersoner over avdelingsgrensene
- Samarbeid: Reviderer og etablere nye retningslinjer for ivaretagelse av pasienter på tvers i klinikken
- Etablert flere samarbeidsarenaer med kommunene

God tilgjengelighet til Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP)

- Redusere ventetider ytterligere.
- Jobber systematisk med å øke aktivitet, pr ansatt og i tverrfaglig arbeid.
- Aktiv bruk av video- og telefonkonsultasjoner, videreutvikle tilbudet
- Pakkeforløp
 - Arbeider med implementering og forbedringer
 - Etablert forløpskoordinatorer i hver seksjon
 - Etablert overordnet koordinator for avdelingen

Videreutvikle intensivkompetansen, Avdeling for barne- og ungdomsmedisin (ABUM)

- Samarbeidsmøter med akuttmottaket
- Etablere retningslinje med akuttmottak, anestesi og barneavdeling for mottak av akutt syke barn
- Samarbeidsmøter med intensivavdelingen
- Fagkvelder med barneleger og anestesileger
- Arbeider med en plan for praktisk trening på tvers av klinikker
- Etablere gode arenaer for simuleringsøvelser
- Oppfølging av LIS og deres kompetanseplaner

Foregangsklinikk for overgang ungdom- voksen

- Arbeidsgrupper på tvers av klinikker (MED/KPR)
- Ser til andre foretak som har etablert gode rutiner
- Videreutvikler pasientkoordinatorfunksjonen
- Ungdomsrådet inkluderes i arbeidet
- Årlige samarbeidsmøter med helsesykepleiere i kommunene etablert og påstartet dialogmøter med fastlegekontor
- Etablert retningslinje for overføring fra Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP) til Klinikk for psykisk helsevern og rus (KPR)
- Etablert retningslinje for aldersgruppen 12-18 år med forberedelse til overgang, samt retningslinje for overføring 18-25 år fra ABUM til MED.



Innsatsområder

- Kartlegging av utfordringsbildet innenfor fagfeltet barn og unge
- Etablering av ambulante tjenester
- Hjemmesykehus i samarbeid med kommunene
- Kartlegging av andre gode samarbeidsmodeller mellom kommune og helseforetak
- Sikre en velfungerende delavtale om samarbeid knyttet til tjenester for barn og unge

6.3.3 Skrøpelige eldre










Dagens situasjon og utfordringsbilde

Antall eldre og eldre med skrøpelighet er en voksende gruppe i vårt samfunn pga. aldrende befolkning og økende gjennomsnittsalder. En stor del av disse har eller er i fare for å utvikle fysisk, psykisk, kognitiv eller psykososial skrøpelighet. Fysisk skrøpelighet kan være svekket bevegelsesevne, økt fallrisiko, inaktivitet, flere sykdommer, polyfarmasi, økende vansker med å gjennomføre dagligdags aktiviteter, ernæringsvansker, uønsket vekttnap og svekkede sanser. Kognitiv skrøpelighet kan være fra lett kognitiv svikt til betydelig demens, akutte forvirring og delirium episoder. Flere eldre har ikke oppfølging av sin kognitiv svikt og risikerer forverring av fysisk og psykisk skrøpelighet som følge av dette. Psykisk skrøpelighet omfatter depresjonstendens, angst, søvnevansker og andre psykiske plager. Psykososial skrøpelighet omfatter dårlig sosialt nettverk, uegnet bolig, ensomhet, økonomisk sårbarhet, rus og alkohol.

Skrøpelige eldre i Telemark har et forbruk av øyeblikkelig hjelp liggedøgn som er 27 % lavere enn nasjonalt snitt. Den kommunale innsatsen for denne pasientgruppen er også lav, hele 36 % lavere enn nasjonalt snitt. Det kan synes som at skrøpelige eldre i Telemark ikke får den helsehjelpen de har behov for.

Definisjon skrøpelige eldre

- Tar utgangspunkt i en indeks for bistandsbehov/ funksjonsnivå

Clinical Frailty Scale	Norsk versjon
 <p>1. Veldig spreke. Personer som er robuste, aktive, energiske og motiverte. De trener vanligvis regelmessig, og er blant de mest spreke i aldergruppen.</p>	 <p>7. Alvorlig skrøpelig. Disse personer er helt avhengig av hjelp til personlig pleie både av fysiske eller kognitive årsaker. De er ellers stabile, og har ikke stor risiko for å dø ilt i en 6 måneders periode</p>
 <p>2. Spreke. Personer som ikke har aktive sykdomssymptom, men er mindre spreke en kategori 1. De kan trene og være veldig aktive av og til, eks sesongpreget.</p>	 <p>8. Svært alvorlig skrøpelig. Held avhengig til alle gjøremål, nærmer seg livets slutt. Typisk er at de ikke kommer seg selv etter mindre akutte hendelser.</p>
 <p>3. Klarer seg bra. Personer hvis medisinske problem er godt kontrollert, men er ikke regelmessig aktive foruten vanlig gange.</p>	 <p>9. Terminalt syk. I livets sluttfase. Kategorien kan brukes der leveutsiktene med stor grad av sikkerhet er < 6 mnd. Selv om de ikke kan kalles «frail» (skrøpelig)</p>
 <p>4. Sårbar. Selv om de ikke er avhengig av daglig hjelp fra andre, vil symptomer begrense aktiviteter. De klager ofte over at de «svekkes» og blir fort slitne og trøtte ilt dagen.</p>	<p>Vurdering av skrøpelighet hos mennesker med demens.</p> <p>Grad av skrøpelighet sammenfaller med grad av demens. Vanlige symptom på mild demens omfatter det å glemme detaljer rundt en nylig hendelse, men fremdeles evne å kunne huske selve hendelsen, å gjenta de samme spørsmålene / hendelsene og sosial tilbaketrekking.</p> <p>I moderat demens er korttidsminnet svært svekket, selv om de tilsynelatende kan huske hendelser fra tidligere i livet. De kan ivareta egenomsorgen under veiledning.</p> <p>Ved alvorlig demens må de ha hjelp til all egenomsorg.</p>
 <p>5. Lett skrøpelig. Disse er klart langsomme, og trenger hjelp til mer komplekse daglige aktiviteter (finanser, transport, vask og rengjøring, medikamenter). Vanligvis vil gruppen i økende grad ha problem med å handle eller gå utenfor huset alene, lage måltider og ordne i hjemmet.</p>	
 <p>6. Moderat skrøpelig. Personer som må ha hjelp til alle aktiviteter utenfor hjemmet og med å stelle hjemmet. De har problem med trapper, trenger hjelp til bading og kan trenge litt hjelp til å kle seg.</p>	

Definisjon multisyke

- Multisyke er definert som ikke skrøpelig eldre, men 3 eller flere kroniske sykdommer i Charlson komorbiditetesindeks.

Innsatsområder for skrøpelige eldre

Tidlig intervensjon

- Tidlig intervensjon, identifisere risiko pasienter, diagnostisere skrøpeligheit i tidlig fase, og sette i gang forebyggende tiltak
- Kurser om sykdommer, livsstil endringer og kosthold. Veiledning for mer fokus på livsstil endringer med økt fysiske aktiviteter, regelmessig organisert trening og turer, unngå inaktivitet, endring i kosthold. Satse mer på ikke farmakologiske tiltak for å forebygge psykisk skrøpeligheit f.eks sosial stimulering i gruppe samlinger, bygge opp sosial nettverk for eldre, fysiske aktiviteter, endring i livssituasjon dermed redusere faktorer til psykisk belastning.

Utvidede tjenester

- Etablere ambulant team, og spesialist poliklinikk som følger opp pasienter etter alvorlig sykdom forløp.
- Mer bruk av digitale løsninger mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og adoptere digitale løsninger for oppfølging av pasienter fra hjemme.

Læringsnettverk

- Etablere læringsnettverk for utveksling av kunnskap og bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten for bedre pasientforløp og trygg overgang.

Tilpasset behandlingstilbud

- Utvide geriatrikktilbud til eldre skrøpelig pasienter i spesialisthelsetjenesten og samarbeid med primærhelsetjenesten for utveksling av kunnskap
- Redusere polyfarmasi og uønskede bivirkninger av medisiner, sørge for tilpasset individualisert medikamentbruk i riktige doser.
- Diagnostisere kognitiv svikt og demens i tidlig fase og sette i gang tiltak for å forebygge skrøpeligheit.



Innsatsområder

- Arbeide mot helhetlige, koordinerte og trygge tjenester, der pasientens totale helse og livssituasjon blir tatt hensyn til.
- Prioritere arbeidet med gode pasientforløp gjennom samarbeid om forebygging av sykdomsforverring, tidlig innsats og bedre prosesser i overganger mellom tjenestenivåene.
Mål:
 - Redusere unødvendige sykehusinnleggelse og uønskede reinnleggelser
 - Oppnå riktigere ressursbruk på begge nivå i helsetjenestene til det beste for pasienten ved best mulig bruk av riktig kompetanse.
- Gode løsninger kan fremmes gjennom deltakelse i Læringsnettverk for gode pasientforløp (i regi av kommunens interesseorganisasjon og FHI) med deltakelse både fra sykehus og kommuner.

6.3.4 Personer med flere kroniske lidelser

Dagens situasjon og utfordringsbilde

Personer med flere kroniske lidelser er en av de fire prioriterte pasientgruppene definert i Nasjonal Helse- og Sykehusplan. Flere kroniske lidelser innebærer tre eller flere kroniske lidelser. Denne pasientgruppen har ofte behov for tjenester fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten, dermed er det store samhandlingsflater i denne gruppen.

Fordi denne pasientgruppen ofte forholder seg til flere ulike behandlere og tjenester, er det behov for at tjenestetilbudet er helhetlig og henger godt sammen og i størst mulig grad oppleves sømløst for den enkelte pasient. Aktuelle tilnærminger for å styrke dette er å se på bruk av primærhelseteam, avstandsoppfølging, bruk av velferdsteknologi og andre nye arbeidsformer samt å styrke og utvikle lærings- og mestringstilbud.

Liste over 20 viktigste kroniske sykdommer i allmennpraksis sortert etter hyppigste forekomst:

- Høyt blodtrykk
- Hjerterytmeforstyrrelse
- Diabetes mellitus (sukkersyke)
- Slitasjegikt (inkludert hoft og kne)
- Leddgikt/andre reumatiske sykdommer
- Hjertesvikt
- Angina pectoris
- Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)
- Hypotyreose (Lavt stoffskifte)
- Høyt kolesterol
- Migrene
- Psoriasis
- Demens
- Hørselsvekkelse
- Epilepsi
- Beinskjørhet
- Multippel sklerose
- Parkinsonisme
- Psykisk utviklingshemming
- Glaukom (Grønn stær)

Kilde: Statistikk fra allmennlegetjenesten (SEDA), Statistisk sentralbyrå.

Innsatsområder for personer med flere kroniske lidelser

Bedre og tettere oppfølging og opplæring på laveste effektive omsorgsnivå for pasienter med flere kroniske lidelser.

- Kartlegge bruk av tverrfaglige team på tvers av nivåer, og videreutvikle disse.
- Vurdere muligheter for avstandsoppfølging og bruk av velferdsteknologi for å understøtte det lavest effektive omsorgsnivået.

Sikre samarbeid om lærings- og mestringsaktiviteter

- Kartlegge dagens tilbud av lærings- og mestringsaktiviteter i kommune- og spesialisthelsetjeneste.
- Videreutvikle og etablere nye tilbud innen lærings- og mestringsaktiviteter, samt sikre riktig oppgavefordeling mellom kommune og sykehus.

Helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester for pasienter med flere kroniske lidelser, varierende funksjonsevne og kompleksitet i behandlingsbehovet.

- Identifisere utfordringer og hindringer for god samhandling.
- Sikre gode rutiner i overgang mellom kommune og sykehus for å gi pasienter og pårørende forutsigbarhet og trygghet.
- IKT-systemer som understøtter god samhandling.
- Revisjon av eksisterende delavtaler for samhandling.



Innsatsområder

- Arbeide for at personer med flere kroniske lidelser får bedre og lettere oppfølging og opplæring på laveste effektive omsorgsnivå.
- Sikre at personer med flere kroniske lidelser, varierende funksjonsevne og kompleksitet i behandlingsbehov får helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester.
- Sikre samarbeid om lærings og mestringsaktiviteter

6.3.5 Voksne med alvorlige psykiske lidelser og rusproblem

Dagens situasjon og utfordringsbilde

Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling viser behovet for fremtidens helsetjenester i Telemark. Dagens behandlingsskapasitet i Telemark ligger noe under befolkningens faktiske behov. Mot 2035 forventes det en økning av den totale utrednings- og behandlingsskapasiteten både innen døgnbehandling og polikliniske tjenester. Økningen i behandlingsskapasitet vil primært være poliklinisk aktivitet, inkludert økt utnyttelse av digitale helsetjenester.

Fokusområder og tiltak

Framskrivingene indikerer at Sykehuset Telemark fremover må øke tilbudet til pasienter med en alvorlig psykisk sykdom. Behovet for behandling for pasienter med en alvorlig psykisk lidelse vil i liten grad kunne kompenseres med oppsøkende tjenester, selv om dette også vil være viktig i det fremtidige tilbudet. Dette tilsier et behov for en økning av vår behandlingsskapasitet knyttet til de alvorligste psykisk syke i Telemark, inkludert økt døgnkapasitet for denne gruppen.

I tillegg ser vi en tydelig økning av pasienter dømt til tvunget psykisk helsevern. Endringene som er gjennomført i justissektoren de siste årene, har medført at vår døgnkapasitet innen sikkerhetspsykiatrien ikke lenger er tilstrekkelig til å ta imot pasienter med høy voldsrisiko som ikke er dømt til tvunget psykisk helsevern. Konsekvensene av for lav kapasitet kan gi en høy belastning i resten av behandlingsskjeden, med et mulig redusert tilbud til andre pasientgrupper. Det har over tid vært prosjekter knyttet til mulig utvikling av eksisterende bygningsmasse/nybygg. Investeringer innenfor dette området må prioriteres.

Behandlingstilbudet i psykisk helsevern og rusbehandling er under kontinuerlig utvikling. Økt bruk av pasientinformerte behandlingssløp og digitale løsninger for samhandling med pasientene, er områder som gir nye muligheter. Sykehuset Telemark deltar i regionale prosjekter for å utvikle nye verktøy for tilbakemelding fra pasienter, digitale spørreskjemaer og utredningsverktøy. En bedre bruk av digital teknologi gjør oss allerede i stand til å endre tjenestene underveis i tråd med hva som faktisk har effekt i et behandlingssforløp. Dette kombinert med videre utvikling av andre og bedre monitoreringstjenester vil gjøre oss i stand til å gi bedre og mer målrettet behandling. Innføring av internett veiledet terapi samt intensive behandlingssforløp er eksempler på effektive, kurative behandlingssmodeller som i økende grad tilbys. Det er forventet at vi på sikt vil øke graden av evidensbaserte terapimetoder der dette finnes.

Tilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser og personlighetsforstyrrelser skal i hovedsak gis i allmennpsykiatrisk poliklinikk (DPS). Samtidig er det behov for å utvikle spesialisert behandlingssmetodikk og kompetanse innen disse fagområdene. Et spesialisert tilbud til pasienter med spiseforstyrrelser er planlagt opprettet. I tillegg vurderes team med særlig kompetanse innen personlighetsforstyrrelser.

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling jobber aktivt for økt samhandling med kommunene. Dette er forankret i helsefelleskapene. Vi øker vår fokus på forskning gjennom deltagelse i flere prosjekter samt internrekruttering til forskningsstilling. Det jobbes aktivt for å videreutvikle organisasjonen som en lærende organisasjon med tilbakemeldinger til det kliniske miljøet på forbedringsområder. Vi ser ikke i dag behovet for å endre sykehusstruktur, men ser positivt på økt samarbeid med nærliggende sykehus. En kan se nærmere på oppgavefordeling mellom sykehus, men det arbeidet som er gjort tilsier at vi bør opprettholde eierskap til hovedtjenestene som tilbys befolkningen i Telemark.

Aktivitet	Liggedøgn		Endring	Poliklinikk/dagbehandling		Endring
	2019	2040		2019	2040	
Tverrfaglig spesialisert behandling rus (TSB)				13 393	15 591	16 %
Voksenpsykiatri (VOP)	36 230	38 276	6 %	56 307	64 036	14 %

Innsatsområder for Voksne med alvorlige psykiske lidelser og rusproblem

Kompetanse/personell

- Sykehuset Telemark som utdanningsinstitusjon – Klinikkk for psykiatri og rusbehandling; et godt sted å lære
- Faglig utvikling – Kompetanseplaner som gir god faglig utvikling
- God rekruttering LIS-psykologer-sykepleiere og vernepleiere
- Kompetanseutvikling gjennom et helt yrkesliv – Etter og videreutdanning for alle

Samhandling

- Klare avtaler – Videreføre og videreutvikle forpliktende avtaler for pasientbehandling
- Tydelige roller og ansvar
- Felles kompetanseløft med kommunene
- Pasienter som felles ansvar
- Forebygging av selvmord – Felles forståelse og godt samarbeid mellom kommuner, spesialisthelsetjeneste og brukerorganisasjoner. Forpliktende oppfølging og tryggere tjenester.
- Samarbeid med politi og ambulansetjeneste

Forskning, utvikling og bruk av digitale tjenester

- Bruk av helsefremmende teknologi innen psykisk helsevern – eMestring, VR-teknologi og medisinsk simulering. Innføring av sensorteknologi. Digitale konsultasjoner både internt og med pasienter. Deltagelse i utvikling av pasientinformerte behandlingsløp og god bruk av PROM.
- Forskning – Mot et mål om en årlig økning av pasienter inn i kliniske behandlingsstudier med 15 %
- Bruk av digitale måleinstrumenter – Videre implementering og utvikling av digitale kliniske støtteverktøy knyttet til alle faser av behandlingsforløpet. Digital skjema-basert oppfølging og monitorering

Kvalitet

- Evidensbasert praksis – Evidensstyrt fagutvikling og -behandling
- Tvangsbegrensning – En helsetjeneste med fokus på riktig bruk av tvang
- Systematisk bruk av tilbakemeldingsverktøy – Behandling gis i samråd med pasientene
- Sammenheng i hjelpetilbudet – Vi har alle et ansvar- Sammenhengende behandlingsforløp.
- Brukermedvirkning – Brukermedvirkning med felles mål
- Somatisk helse – Psykisk helsevern og rusbehandling i et livsløpsperspektiv

Kapasitet og samfunnsutvikling

- Sikkerhetspsykiatri – Døgnplasser dimensjonert for å ivareta dagens og fremtidens behov. Nytt bygg eller ombygging/tilpasning av eksisterende bygningsmasse ferdigstilt innen 2026. STHF viderefører et tydelig fokus på sikkerhetspsykiatri
- Med dom til behandling – En sikkerhetspost som ivaretar behov for behandling og omsorg for personer dømt til behandling
- Sikkerhetspasienter i et samfunnsperspektiv – Småhusprosjektet. Felles innsats med kommunene for et bedre liv. Videreutvikling av sikkerhetsseksjonens poliklinikk. Pasientsikkerhet og samfunnsvern i fokus
- Behov for økt kapasitet for å ivareta alvorlig syke – En tilpasset døgnavdeling for fremtiden. Lukkede døgnplasser; Kapasitet og bygningsmasse tilpasset samfunnets forventninger og krav, ønsket ferdigstilt innen 2026.



Innsatsområder

- Helsefelleskap som en viktig samarbeidsarena i vårt område – Videreutvikle gode fora for forpliktende samarbeid
- Økt bistand til personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
- Utvikling av teambaserte tjenester – Innføring av FACT/ACT eller tilsvarende teambaserte tjenester i Telemark
- Samarbeid med alle kommunene – Videreføring og utvikling av Telemark som felles behandlingsarena sammen med kommunene
- Digitale samarbeidsverktøy – Felleskonsultasjoner. God digital kommunikasjon.
- Felles kompetanseteam – Faglig sterkere sammen

6.4 Andre utfordringsområder

6.4.1 Organisering av akuttmottak og akuttmedisinske tjenester

Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus sammen med kommunene
Akuttkjedeprojektet, som har hatt sterk oppslutning og eierskap i kommunene, ble avsluttet ultimo 2020 og er nå overført til driftsfase med eget faglig samarbeidsutvalg for Tjenesteutvikling og kvalitet i Helsefelleskapet. Kjernen i Akuttkjeden er en felles verktøykasse med samhandlingsverktøy, herunder gode møteplasser for hyppig og presis informasjonsutveksling. I faglig samarbeidsutvalg for Tjenesteutvikling og kvalitet vil det løpende utveksles informasjon om kommunenes og sykehusets akuttmedisinske tjenester.

Organisering, ledelse og kompetanse i akuttmottakene

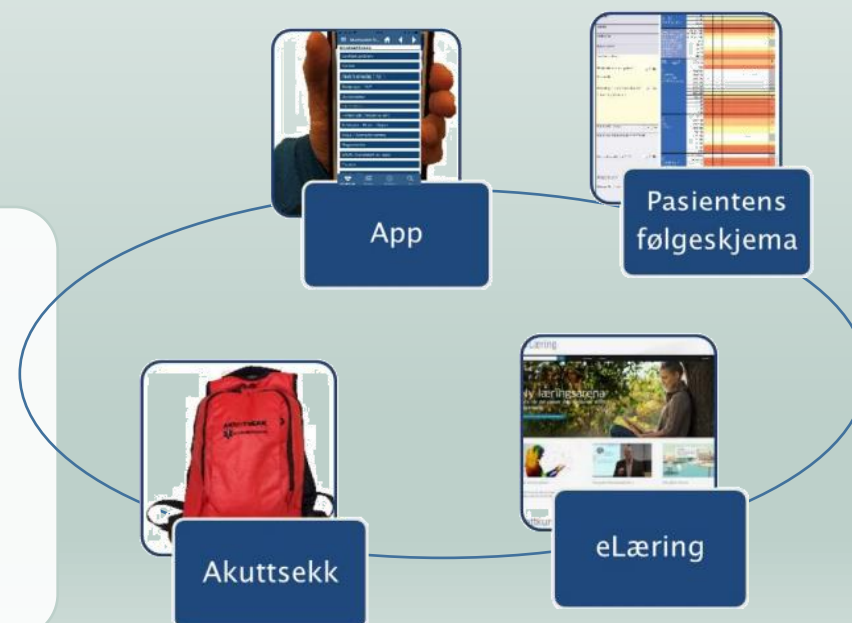
Sykehuset skal igangsette en virksomhetsutviklingsprosess som skal anbefale ledelse og driftsmodell i nytt Akuttsenter i Skien. Ny «Faglig retningslinje for somatiske akuttmottak» fra Helsedirektoratet vil danne grunnlaget for valgene i denne prosessen.

- 14 akuttflyter og samhandlingsverktøyene er satt i drift i alle kommuner unntatt Fyresdal og Nissedal
- 250 akuttsekker i bruk i kommunene
- Mer enn 3 000 i kommunene har gjennomført opplæring
- Spørreundersøkelse i oktober 2020 blant aktørene i akuttkjeden, ga gode tilbakemeldinger på effekt av implementerte tiltak
- Akuttkjedeprojektet nevnt eksplisitt i ny Nasjonal helse og sykehusplan som et godt samhandlingsprosjekt
- Prosjektet har fått stor regional og nasjonal oppmerksomhet og Helsedirektoratet ønsker nasjonal utrulling
- Interne akuttflyter må videreutvikles ytterligere



Akuttkjedeprojektet har bidratt til

- En **styrket akuttkjede i hele Telemark**
 - Oppdatert ambulanseplan med bedret beredskap
 - Anestesilegebemannet akuttbil etablert
 - Hvit bil iverksatt i Skien
 - Ny elektronisk ambulansejournal
- Standardisering av pasientflyter.
Likeverdig, ensartet og kunnskapsbasert praksis ved diagnostikk og behandling av akutte tilstander.
- Implementert **samhandlingsverktøy**;



6.4.2 Strategisk kompetanseutvikling og rekruttering

Målsetningen til Sykehuset Telemark er at vi skal være et attraktivt arbeidssted. Det å sørge for at vi har riktig kompetanse på kort, mellomlang og lang sikt er avgjørende for å nå dette målet. Rekruttering er en sentral suksessfaktor for virksomheten. Herunder er omdømmet til sykehuset viktig for å gjøre oss attraktive for de kritiske kompetansene.

Sykehuset Telemark er opptatt av både grunnutdanning av helsepersonell og videreutdanning av ansatte. Sykehuset er i prosess for å implementere kompetanseportalen for alle yrkesgrupper. Kompetanseportalen er et IKT verktøy som skal hjelpe medarbeidere og ledere til å dokumentere kompetanse og identifisere behov for opplæring og videreutvikling, samt sette sammen team med riktig kompetanse. Den er også et verktøy for forberedelse og gjennomføring av medarbeider-samtaler, samt oppfølging av avtalte tiltak. Det vil gi et bedre grunnlag for å arbeide med strategisk kompetansestyring, og sikre at vi gir våre ansatte nødvendig og riktig kompetansepåfyll. Kompetanseportalen vil også gi oss muligheter til å etablere målinger på kompetansenivået.

Sykehuset Telemark gjennomfører kontinuerlig lederutvikling. Det er utarbeidet prosedyre for rekruttering og retningslinje for å fase inn nye medarbeidere og ledere. Det holdes også flere typer av introduksjonsprogram for leger, ledere og medarbeidere. HR-avdelingen har bred kompetanse som ivaretar alle fagområder i HR-feltet. Det jobbes kontinuerlig med rådgivning for å understøtte linjen i vanskelige valg og beslutninger.

Sykehuset Telemark samarbeider i tillegg tett med Universitet i Sørøst-Norge, og sammen med Vestre Viken og Sykehuset i Vestfold, bidrar

sykehuset til å sikre god grunnutdanning av sykepleiere. Samarbeidet gir oss en samhandlingsarena for å diskutere innhold i utdanningene basert på fremtidig kompetansebehov hos helsepersonell. Utdanningslinjen for sykepleiere knyttet til Universitetet Sørøst-Norge er positiv for framtidig pleierekruttering både i Grenland og på Notodden. Sykehuset Telemark har også ambisjon om å være med å forme utdanningsløp for annet spesialisert personell som sykehuset trenger.

Behovet for helsepersonell vil i planperioden være økende. Spesielt gjelder dette legespesialister og sykepleiere, særlig spesialsykepleiere. Arbeidsmarkedet i Oslo-området tiltrekker seg en stor andel av kompetansen, noe som vil fortsette å være en utfordring for Sykehuset Telemark. Vi må i planperioden derfor forvente å ha rekrutteringsutfordringer, spesielt innen de fagområdene hvor knappheten er størst.

For sykehuset Telemark blir det viktig å ha gode planer for å rekruttere, beholde og utvikle personell. Gjennom praksisplasser og utdanningsstillinger som er tilpasset de forventede behovene, skal vi i størst mulig grad sikre utdanning av helsepersonell som underbygger et godt spesialisthelsetilbud til befolkningen i opptaksområdet.

Innen ambulansetjenesten vil det kreves stadig mer av ambulansearbeiderne for å lykkes med «mer sykehustjenester» utenfor sykehus. Nasjonalt er grunnutdanning nå løftet til Bachelor i Paramedisin. Det er viktig at Sykehuset Telemark legger til rette for dette fremover for å tiltrekke seg denne gruppen. Herunder arbeides det med en videreutdanning innen prehospitalt arbeid/paramedic for ambulansearbeidere i samarbeid med Universitetet i Sørøst-Norge, Sykehuset i Vestfold og Vestre Viken.

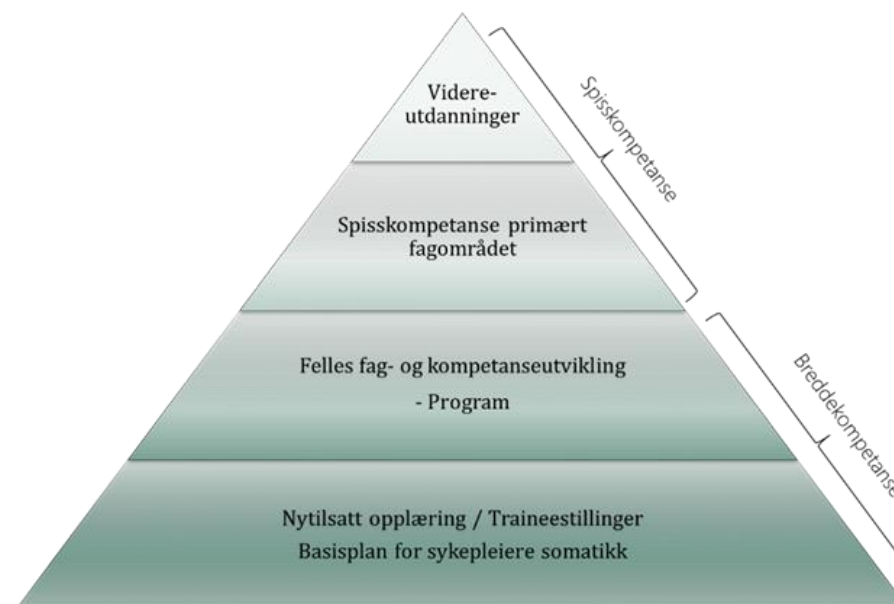
Innenfor medisinsk teknologi er DSB¹-godkjente ingeniører en kritisk kompetanse. DSB-godkjenningen er et krav for å arbeide selvstendig med reparasjon og vedlikehold av elektromedisinsk utstyr. Sykehuset Telemark skal basert på vurdering av behov, ha oppdaterte planer for å gjennomføre 3-årig intern opplæring.

Virksomhetsutviklingsprosjektene Pasientflyt 24/7 og Kontorfaglige støttefunksjoner har begge som mandat å utarbeide og implementere kompetanseutviklingsplaner. Det er laget kompetanseutviklingsplaner for pasientadministrative kontorfunksjoner og for administrative kontortjenestene. Krav i kompetanseutviklingsplanene legges til grunn for internsertifisering av pasientadministrative kontorfunksjoner og ved planlegging for rekruttering.

Tilsvarende planer skal utarbeides og implementeres for sykepleiere, helsefagarbeidere og øvrig personell knyttet til pasientbehandlingen. For sykepleiere planlegges kompetanseutviklingen i henhold til vist modell til høyre.

Den prognostiserte mangelen på helsepersonell i sykehus, medfører at vi vil legge til rette for oppgaveglidning mellom helsefaglige kompetanser og mellom helsepersonell, samt økt bruk av andre yrkesgrupper i planperioden. Støttefunksjoner i sykehus kan i større grad overta pasientnære oppgaver som i dag gjøres av sykepleiere eller leger. Andelen helsefagarbeidere planlegges økt i planperioden.

Strategisk kompetanseutvikling for sykepleietjenesten
2021 - 2026



¹ Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap

6.4.3 Klima og miljø

Sykehuset Telemark bidrar til FNs bærekraftsmål gjennom vårt lokale arbeid med miljømål og miljøtiltak. Det implementerte miljøsystemet (ISO 14001) gjør at vi jobber systematisk og målrettet.

Konkret jobber sykehuset med følgende mål:

1. Redusere forbruk av bredspektret antibiotika med 30% fra 2012
2. Redusere sykehusets CO2 utslipp
3. Redusere unødig forbruk av ressurser (reduisert avfallsmengde)
4. Økt andel miljøkrav ved innkjøp/anskaffelser
5. Økt samhandling om miljømål (økt andel felles miljøprosjekter)

6.4.3.1 *Forskning- og innovasjonsprosjekt med Sustaintech – Først i landet på fullskala renseanlegg*

Antibiotikaresistens er et globalt problem og har både et folkehelseperspektiv og et miljøperspektiv. Antibiotikaresistens er en stor trussel for helsen vår. Hvis antibiotika ikke lenger virker mot infeksjoner, risikerer vi en framtid uten effektive medisiner.

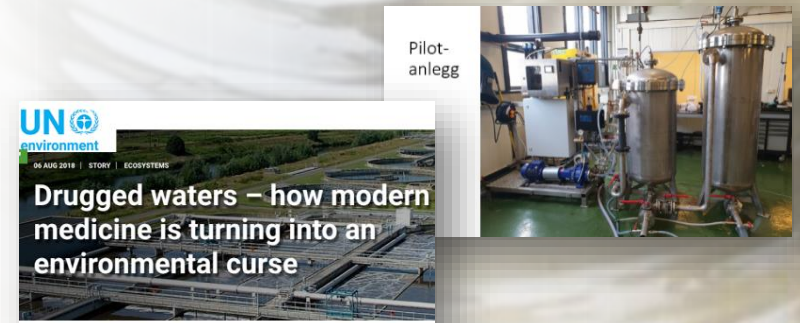
Per i dag har ingen norske sykehus avløpssystemer som håndterer utslipp av forurensinger og patogene mikroorganismer. I tillegg til legemidler slipper sykehusene ut antibiotikaresistente bakterier og antibiotikaresistensgener som forekommer i sykehusmiljøet.

Miljøteknologiselskapet Sustaintech har bygget en renseteknologi basert på teknologi fra oljenæringen kombinert med vannrenseteknologi. Sommeren 2020 gjennomførte Sykehuset Telemark og Sustaintech en pilot der 3 500 liter vann ble rensed med teknologien til Sustaintech. Resultatene fra piloten ga grunn til optimisme og et fullskala renseanlegg settes i 2022 opp ved Sykehuset Telemark som pilotanlegg for ett år. I prosjektet samarbeider Sykehuset Telemark og Sustaintech med Norsk institutt for vannforskning (NIVA), Oslo

Universitetssykehus og Trosvik Maritime om å teste teknologien. Forskningsprosjektet vil gi svar på hvor mye sykehuset slipper ut av medisiner og antibiotikaresistente bakterier, hvorvidt det er variasjoner i løpet av året, samt i hvilken grad avløpsvannet blir rensed. Dersom resultatene er i tråd med piloten vil Sykehuset Telemark installere permanente anlegg i forbindelse med prosjekt Utbygging somatikk Skien.

Teknologien som utvikles kan få stor betydning globalt. Anleggene er relativt små og kan lett installeres i eksisterende bygg.

Prosjektet har fått støtte fra Regionalt forskningsfond Vestfold og Telemark.



6.4.4 Pandemi og beredskap

I forbindelse med Covid-19 pandemien har sykehuset oppdatert overordnet pandemiplan med underliggende retningslinjer og prosedyrer.

Det er implementert en driftsplan for sykehuset som beskriver de trinnvise driftsendringene som iverksettes ved økende antall smittepasienter. Planen omfatter de tre kritiske hovedressursene:

1. Areal/sengekapasitet, 2. Medisinsk teknisk utstyr og 3. Personell.

I trinn 4 (av 4) i opptrappingsplanen kan Sykehuset Telemark disponere inntil 39 intensivplasser og 100 ordinære senger for Covid-19 pasienter.

Det som har vist seg å være den største utfordringen i pandemien er tilgang på personell og kompetanse. Det er gjort en betydelig innsats med opplæring siden starten av pandemien. I tillegg til 18 anestesileger har 36 leger fra andre fagområder fått opplæring i grunnleggende håndtering av Covid-19 intensiv pasienter. 76 sykepleiere og 13 helsefagarbeidere har også fått opplæring i behandling av Covid-19 pasienter på intensiv avdeling. Disse mobiliseres ved behov, i tillegg til ordinær pleiebemannning på Intensiv. Ca. 1 460 medarbeidere har gjennomført e-læringskurs. Dette var kurs i basalt smittevern, samt tre kurs direkte rettet mot hhv. leger, sykepleiere og øvrig hjelpepersonell.

En annen betydelig utfordring har vært de bygningsmessige forholdene med 4-sengsrom og felles bad/toalett på korridor. Dagens sengeposter er særdeles dårlig egnet i en pandemisituasjon for å opprettholde tilstrekkelig smittevern.

Etter erfaringer fra et tidlig internt smitteutbrudd ble det også opprettet en plan for Covid-19 utbruddshåndtering. I denne planen inngår detaljerte tiltakskort med oppgaver og ansvar for hver av rollene som er definert i utbruddsgruppen. Utbruddsgruppen aktiveres ved interne smitteutbrudd.

Driftsplan - Covid-19 Sykehuset Telemark
21. september 2021

Skien/Porsgrunn - Opptrappingsplan
Bemanningssituasjonen, og hensett til smittevern på post (opp- belegg) vil kunne medføre tilpasninger av drift i henhold til antall pasienter på intensiv

Sengekapasitet, Trinn 4

STIF ved nå ha øvrig kapasitet:	Covid-19	Rene
Intensiv senger	39	6
Maksimal kapasitet STIF	39	4
Gjenstår å klargjøre	0	0

Øvrige senger	Covid-19	Rene
Senger Skien (ca. 1000 senger/basert)	BB	96
Senger Porsgrunn og Molde	=	60
Maksimal kapasitet SFH	88	156
Gjenstår å klargjøre	0	0

Planlagte tiltak i Trinn 4:

- Intensivsengeene i pasienthuset gjøres om fra rene senger til senger for Covid-19 pasienter
- 2-3 operasjonssaler tas i bruk til 4-6 rene intensivsenger
- Sengepost for blod, lunge og cytotoksika poliklinikk flyttes til Botanisk for å gi plass til 10 senger for Covid-19 pasienter
- Reiterende sengekapasitet på Notodden tas i bruk

Trinnvise driftsendringer ved økt antall Covid-19 pasienter

Omdisponering av sengeområder til Covid-19 pasienter

Ingen pandemi vil være lik. Erfaringene gjort i denne pandemien og med det planverket som er utarbeidet, har Sykehuset Telemark et godt grunnlag for beredskapsarbeidet dersom en ny pandemi skulle bryte ut.

6.4.5 Samarbeid med Sykehuset i Vestfold

Sykehuset Telemark og Sykehuset i Vestfold er organisert i ett sykehusområdet. Etableringen av sykehusområder i Helse Sør-Øst, ble foretatt etter fusjonen mellom Helse Øst og Helse Sør i 2007. Helseforetakene er hver for seg relativt små i Helse Sør-Øst sammenheng og hensikten var blant annet at man skulle legge til rette for å utvikle tjenester innenfor et større område enn det foretakene representerte. På denne måte kunne man være mer «selvforsynt» innenfor sykehusområdet. Sykehusområdet har ikke fått den betydning som det ble lagt opp til i sin tid og det har gjennom de siste årene ikke vært satt spesielt fokus på felles tjenestetutvikling.

De to sykehusene i opptaksområdet samarbeider på flere områder. Av litt større forpliktene samarbeidsområdene er det først og fremst følgende som er etablert:

1. Felles AMK-tjenester (Driftet av Sykehuset i Vestfold)
2. Felles Pasientreisekontor (Driftet av Sykehuset Telemark)
3. Sykehuset Telemark kjøper mikrobiologiske tjenester/ analyser av Sykehuset i Vestfold

Fram mot 2035 er det grunn til å anta at det kommer til å skje mye i måten spesialisthelsetjenesten tilbyr pasientbehandling på og at dette vil påvirke forholdet mellom helseforetakene. En kombinasjon av en aldrende befolkning og knapphet på ressurser vil føre til en mer målrettet diskusjon om oppgaver og funksjoner i årene som kommer. Dette vil kunne utfordre deler av tjenestetilbudet og Sykehuset Telemark mener det bør etableres mer omfattende samarbeid for å sikre en utvikling som styrker sykehusene og gir et best mulig behandlingstilbud til pasientene. Sykehuset i Vestfold og Sykehuset Telemark er de to minste helseforetakene i regionen og begge

foretakene har flere relativt små fagmiljøer. Disse er sårbare og det kan vise seg krevende over tid å opprettholde kapasitet, kompetanse og tilstrekkelig kvalitet i tjenestetilbudet.

Siden stråleterapien i sykehusområdet skal utføres i Skien, ligger det til rette for et utvidet samarbeid innen kreftbehandlingen, slik at man sikrer enhetlige og gode pasientforløp i hele sykehusområdet. Av andre samarbeidsområder som bør utvikles, mener vi det er nærliggende å utrede muligheter innenfor rehabilitering, sikkerhetspsykiatri og nukleærmedisin.

Risiko for mangel på ressurser og kompetanse utover i planperioden, bør kunne bane vei for samarbeide på flere områder. Det er kort avstand mellom hoved sykehusene i Tønsberg og Skien. Dette bør muliggjøre vaksamarbeid innen noen fagområder, slik at man bruker mindre ressurser til beredskap og mer til direkte pasientbehandling. Også innen stab- og støttefunksjoner bør det kunne utvikles samarbeidsløsninger som bidrar til å frigjøre tid til pasientrettet arbeid.

For å sikre langsiktig bærekraftig utvikling, bør det i planperioden vurderes om det på klinikknivå eller foretaksnivå er fornuftig å etablere felles ledelse. Dette kan bidra til at sykehusområdet beholder eksisterende og tiltrekker seg nye ansvarsområder innen spesialisthelsetjenesten.

Nytt strålesenter i Skien (2024), Sykehuset Telemark



6.5 Identifiserte vesentlige investeringsbehov i planperioden

Det forutsettes at Sykehuset Telemark etablerer en bærekraftig økonomisk drift for å håndtere identifiserte investeringsbehov i planperioden. Sykehuset må også videreføre arbeidet med strukturert og grundig forbedringsarbeid i virksomheten de neste årene.

2022-2026	2027-2035
Bygg	
<p>Utbygging somatikk Skien (Vedtatt) 1 100 mill kr</p> <ul style="list-style-type: none"> Nytt sengebygg, ca 100 senger Nytt strålesenter Utvidet akuttcenter <p>Andre identifiserte behov</p> <ul style="list-style-type: none"> Sikkerhetspsykiatri sengepost, utvidelse eller nybygg Alderspsykiatrisk kapasitet, poliklinikk og sengeareal Vekslingsareal/modulbygg under USS byggeperiode Notodden: Tilrettelegge for 5-døgns post Porsgrunn: Teknisk oppgradering for å sikre videre drift Felles BUP bygg (eie eller leie?) Nødvendige bygg oppgraderinger, bl.a. B57 brannsikring Ny eller utvidet ambulansestasjon i Skien (eie eller leie?) 	<p>Utbygging somatikk Skien - Trinn 2</p> <ul style="list-style-type: none"> Rehabilitering Nordfløy Arealmessig løsning for å flytte den somatiske aktiviteten i Porsgrunn til Skien (inkl. ny dagoperasjonsavdeling) <p>Andre identifiserte behov</p> <ul style="list-style-type: none"> Nødvendige bygg oppgraderinger i hht vedlikeholdsplan Selge Porsgrunn sykehus 
Medisinsk teknisk utstyr	

Sykehuset har investeringsbehov på medisinsk teknisk utstyr innenfor utskiftninger og nyanskaffelser på 425 millioner kroner de kommende årene. Dette omfatter både store enkeltutstyrskiftninger og flåteutskiftninger.

Riksrevisjon har foretatt en undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk teknisk utstyr. Rapport per desember 2021 konkluderer med at helseforetakene har utfordringer knyttet til planlegging og det å løpende prioritere investeringer innenfor disse områdene. Innenfor MTU-området viser Riksrevisjonens rapport at alder på maskinpark ved Sykehuset Telemark er noe høyere enn mediantallet for norske helseforetak.

Framskrivning av spesialisthelsetjenester til utviklingsplanarbeidet i helseforetak/sykehus 2021

Introduksjon

Planlegging av framtidige helsetjenestetilbud skal gjøres med støtte i framskrivinger av befolkningens behov for helsetjenester.¹ Dette innebærer blant annet at områder som utdanning og rekruttering av personell, planlegging av nye bygg, kjøp av helsetjenester, etablering av teknologisk infrastruktur, organisering og innretting av helsetjenesten skal se hen til en framskrivning av befolkningens behov for helsetjenester. Framskrivningene skal gjennomføres med en felles nasjonal modell, samtidig som det er muligheter for lokale tilpasninger der det enkelte regionale helseforetak vurderer dette som relevant og nødvendig.

Det er etablert et nasjonalt fagnettverk for framskrivinger av helsetjenester som utvikler og forvalter modellene og som ledes av Helse Sør-Øst RHF. Det nasjonale fagnettverket består av representanter fra de regionale helseforetakene, Sykehusbygg HF, FHI, Helsedirektoratet og KS. Det er nylig gjort en gjennomgang og revisjon av framskrivingsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). En systematisk gjennomgang av modell for somatiske sykehusfunksjoner planlegges ferdigstilt medio 2022. Arbeidet vil bestå av representanter fra fagmiljøer i helseforetakene, sentrale aktører i det regionale utviklingsplanarbeidet og fagnettverket for framskrivinger. Arbeidet eies av det interregionale administrerende direktørmøte.

Parallelt med gjennomgangen av somatiske sykehusfunksjoner er det behov for framskrivinger til regionalt og lokalt utviklingsplanarbeid. *Veileder for arbeidet med utviklingsplanarbeid* er vedtatt i de fire helseregionene i Norge, og presiserer noen premisser for utviklingsplanarbeidet. Samtidig skisserer veilederen forslag til faktorer som vil kunne påvirke behovet for og hvordan vi gir spesialisthelsetjenester.

Til arbeidet med utviklingsplaner vil fagnettverket legge til rette for beregninger basert på hovedretningen til eksisterende modell for somatiske sykehusfunksjoner. Utgangspunktet i dagens modell er beregning av rårate (ettårig alder og kjønn) per kommune etter diagnosegrupper for siste års tilgjengelige data (2019 benyttes i dette arbeidet) multiplisert med SSB's hovedalternativ for befolkningsvekst. Deretter gjøres det en selektert vekst for enkelte diagnosegrupper og behandlingsformer benevnt sykdomsutvikling. Tabeller nedenfor viser hvilke diagnosegrupper og hvilken årlig effekt som er innarbeidet i dagens modell for sykdomsutvikling.

Tabell 1 Endringsfaktorer epidemiologi og sykdomsutvikling i modell for framskrivinger av somatiske sykehusfunksjoner innleggelses - årlige effekter.

Endringsfaktorer epidemiologi og sykdomsutvikling	Døgnopphold	Liggedøgn
Kategori		
1 'A00-B99 Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer'	0,3 %	0,3 %
4 'D50-D89 Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet'	0,3 %	0,3 %
5 'E00-E90,Z49,N00-N19 Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser, inkl nyresvikt/ nefritter og dialyse'	0,3 %	0,3 %
7 'G00-G99 eksklusive G45.9 Sykdommer i nervesystemet ekskl TIA'	0,3 %	0,3 %
8 'H00-H59 Sykdommer i øyet og øyets omgivelser'	0,3 %	0,3 %
10 'I60-I69 og G459 Hjernekar sykdommer (hjerneslag) inkl TIA'	0,3 %	0,3 %
34 'Dialyse'	0,3 %	0,3 %
12 'Rest I Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hjertesvikt mm'	0,4 %	0,4 %
2 'C00-C99 Ondartede svulster'	0,6 %	0,6 %
32 'Kjemoterapi'	0,6 %	0,6 %
33 'Stråleterapi'	0,6 %	0,6 %

¹ Oppdragsdokument 2019 – tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 114 S (2018-2019)

Tabell 2 Endringsfaktorer for epidemiologi og sykdomsutvikling i modell for framskrivinger av somatiske sykehusfunksjoner dag og poliklinikk - årlige effekter

Endringsfaktor epidemiologi og sykdomsutvikling Kategori	Dag	Poliklinikk
1 A00-B99 Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	0,3 %	0,3 %
2 C00-C99 Ondartede svulster	0,8 %	0,6 %
4 D50-D89 Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet	0,3 %	0,3 %
5 E00-E90,Z49,N00-N19 Endokrine sykdommer, ernæringsykdommer og metabolske forstyrrelser, inkl nyresvikt/nefritter og dialyse	0,3 %	0,0 %
7 G00-G99 eksklusive G45.9 Sykdommer i nervesystemet ekskl TIA	0,3 %	0,3 %
8 H00-H59 Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	0,3 %	0,3 %
10 I60-I69 og G459 Hjernekar sykdommer (hjerneslag) inkl TIA	0,3 %	0,3 %
12 Rest I Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hjertesvikt mm	0,3 %	0,4 %
13 J40-J99 Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma	0,0 %	0,3 %
15 K00-K99 Sykdommer i fordøyelsessystemet	0,0 %	0,6 %
18 M15-M99 Rest sykdommer i muskel- og skjelettsystemet	0,3 %	0,3 %
24 R00-R99 Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	0,3 %	0,3 %
32 Z511,Z512 Kjemoterapi	0,6 %	0,6 %
33 Stråleterapi	0,6 %	0,6 %
34 Dialyse dagbehandling	0,3 %	0,0 %

Utvikling i diagnostikk, utredning og behandling, befolknings sammensetning og teknologiske framskritt medfører at helsetjenestene vil endre seg. De aktuelle beregningene benytter samme hovedretning og effekter av årlige endringsfaktorer som dagens modell for framskrivinger av somatiske sykehusfunksjoner, men presiserer ikke størrelsen på de ulike faktorene. *Veileder for arbeidet med utviklingsplanarbeid* skisserer til dels nye faktorer og til dels nye benevninger av gamle faktorer. Arbeidet med utvikling vil følge noen klare nasjonale retninger, samtidig som de ulike Helseforetak/sykehus vil ha ulike behov og muligheter. Tabell nedenfor viser de anvendte endringsfaktorene i beregningene som gjøres tilgjengelig (for Helse Sør-Øst er det ikke benyttet endringsfaktorer for regionale funksjoner).

Tabell 3 Generelle endringsfaktorer anvendt i framskrivinger av somatiske sykehusfunksjoner - årlig effekter

Årlig endringsfaktorer etter vekst for sykdomsutvikling	
Område	Årlig effekt
Liggedøgn	-1,16 %
Dagbehandling	0,23 %
Poliklinikk	0,56 %

Fra *veileder for arbeidet med utviklingsplanarbeid* hitsettes oversikt over forslag til endringsfaktorer i utviklingsplan.

4. Utviklingstrekk og framskriving

Hvilke faktorer vil påvirke framtidig aktivitet i spesialisthelsetjenesten? Hvordan vil nye arbeidsformer, økt brukerstyring, digitalisering og bruk av teknologi, bedre samarbeid med andre deler av helsetjenesten med mere påvirke kapasitetsbehov?

Datagrunnlaget skal i størst mulig grad være nasjonalt

- Befolkningsutvikling hentes fra Statistisk sentralbyrås prognoser
- Sykdomsutvikling baseres på Folkehelseinstituttets analyser

Aktuelle endringsfaktorer er for eksempel

- Effekt av primær og sekundær forebygging, effekt av nye behandlingsmetoder, nye legemidler, ny teknologi i behandling, nye screeningprogram mm
- Endring i oppgavedeling (internt i helseforetak, mellom helseforetak, mellom offentlige og private sykehus/avtalespesialister og samhandling mellom helseforetak og kommunehelsetjeneste, innspill fra helsefelleskapene)
- Endring i organisering av tjenestetilbudet (f.eks. fra døgnopphold til dagopphold og polikliniske konsultasjoner, bruk av observasjonsenheter, pasienthotell, hjemmesykehus etc.)
- Økt digitalisering, arbeidssparende teknologiske løsninger og endret bruk av kompetanse
- Generell effektivisering, tiltak for å redusere uønsket variasjon, bedre prioritering, reduksjon i interne ventetider (bedre logistikk)
- Pasienten som aktiv deltaker, helsekompetanse og befolkningens etterspørsel etter tjenester
- Krav til beredskap – mangelsituasjoner og mulige trusler/pandemi
- Endringer i bemanningsbehov ut fra sammensetning av ansatte, forventet aktivitetsendring, oppgavedeling, teknologisk utvikling og andre modifierende faktorer

Datagrunnlag som gjøres tilgjengelig i forbindelse med utviklingsplanarbeidet

Data som gjøres tilgjengelig er basert på Norsk pasientregister. Det er klare krav og regler om sammenstilling av datatabeller fra dette materialet, slik at anonymisering er opprettholdt. Dette innebærer at særlig små volumer utelukkes fra framstillinger. Bakveisidentifisering eller forsøk på rekonstruksjon av identitet på utlevert materiale er ikke tillatt.

Første utlevering 03.09.2021 består av flere filer med likt utgangspunkt og resultat, men ulike visninger. Filene er satt opp med mulige innstillingskombinasjoner (e.g. akutt, kirurgi etc), men det er fullt mulig å gjøre de endringer man ønsker selv. Det er forståelse for at helseforetakene/sykehusene har behov for egne sammenstillinger og vi vil langt på vei imøtekomme dette. Vi er derfor avhengig av tilbakemeldinger fra helseforetak/sykehus på særskilte ønsker. Dette vil kunne være sammenstilling av spesielle diagnostiske grupper, prosedyrer, samhandlingsnivå med kommuner eller lokalsykehus. Rapporteringen til NPR på lokalsykehus er ikke komplett, og det er derfor vedlagt en oversikt over tilgjengelige lokasjoner. Helseforetak/sykehus kan i tilbakemelding til oss presisere hvilke behandlingssteder som ønskes å grupperes. I Helse Sør-Øst gjennomføres møte om utviklingsplaner 09.09.2021, og det ses som naturlig å få tilbakemeldinger fra alle helseforetak/sykehus i Norge som måtte ønske dette innen 10.09.2021. Dette vil ikke medføre endringer i resultater, men at framstillinger kan bli tilrettelagt for best mulig grunnlag for utviklingsplanarbeidet. Som eksempel kan det nevnes at det arbeides med sammenstillinger for Akershus universitetssykehus HF på samarbeidskommuner og DRG-informasjon.

Det er benyttet noen grupperinger av data ihht til eksisterende modell som kan presiseres.

- Døgnbehandling: Innleggelser med overnatting.
- Dagbehandling: Kirurgisk DRG og 0 liggedøgn; DRG 3170
- Poliklinikk: Rest

- Friske nyfødte (DRG 391* er ekskludert i framskrivingsmaterialet)

Noen helseforetak vil få særskilte analyser ettersom disse er inne i periode med større omstilling av opptaksområde. Dette gjelder, så langt vi vet, Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF. Vi ønsker tilbakemelding dersom det er andre helseforetak som har tilsvarende behov.

Det utleveres også noen enkeltstående sammenstillinger som kan danne et analysegrunnlag inn i utviklingsplanarbeidet. Dette grunnlaget vil kontinuerlig utvikle seg gjennom høsten, og vi tar også her imot ønsker. Det kan nevnes at de regionale helseforetakene i kommende uker får data fra både spesialisthelsetjeneste og kommunal helse- og omsorgstjeneste, slik at forløp kan analyseres på tvers av forvaltningsnivå. Dette vil kunne være et viktig bidrag inn i å skulle forstå ett mer helhetlig pasientforløp. Distribuerte framskrivinger og analysegrunnlag er råmateriale. Dette siden det var flere helseforetak som i forrige runde ønsket å lage egne varianter og uttrykk. Dersom noen er i behov for bistand (forstå grunnlag eller grafisk produksjon), er dette mulig.

Framskrivinger av befolkningssammensetning i Norge til 2040

I «det handler om Norge» (NOU-2020-15) beskrives situasjonen slik: *Distriktskommuner har i dag en eldre befolkning enn resten av landet. Fram til 2040 vil antallet personer over 80 år i distriktene nesten doble seg. Distriktskommuner får dermed en eldrebølge på toppen av en allerede relativt gammel befolkning.*²

Det innenlandske flyttemønsteret i Norge er sentraliserende.³ Selv om SSBs seneste befolkningsframskrivning anslår en generell befolkningsvekst for landet som helhet, er veksten utenfor de aller største byene lavere enn gjennomsnitt, og folketallet vil synke i de fleste av landets 356 kommuner.⁴ Geografien og bosetningsmønsteret i Norge gjør det krevende for både kommuner og spesialisthelsetjenesten å yte likeverdige helsetjenester. Innbyggertallet varierer fra et par hundre til Oslo med over 650 000 innbyggere, og arealmessig fra Utsira med 6,3 km² til Kautokeino 9707 km². Utviklingen av befolkningssammensetningen har konsekvenser for hvilke muligheter som finnes for oppgavedeling, rekruttering og bærekraft. Den høye alderen i distriktskommunene vil gi kommunene relativt høyere forpliktelser til pleie og omsorg, og et større behov for helsepersonell.

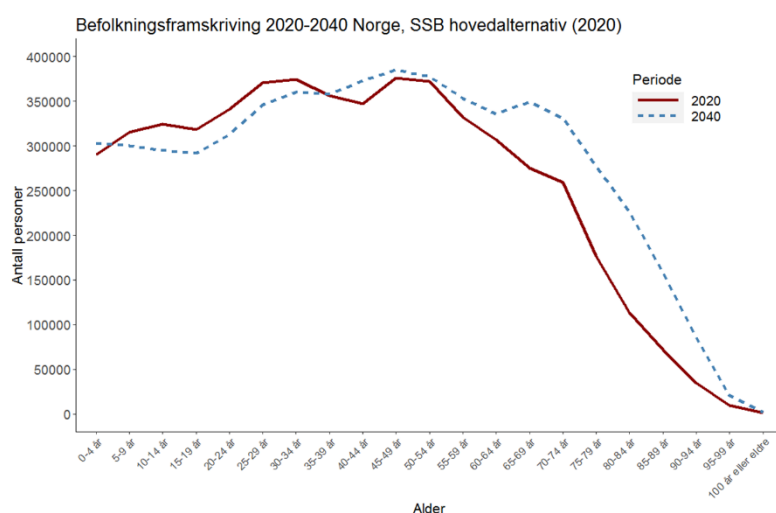
Figur nedenfor viser framskrivningen av befolkningen i Norge til 2040 basert på alder og illustrerer stabiliteten/reduksjonen i barn, unge og voksne, samt en økende aldrende befolkning.

² <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2020-15/id2788079/>

³ <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/okt-flytteaktivitet-i-norge>

⁴ <https://www.ks.no/fagomrader/demokrati-og-styring/kommunereform/noen-fakta-om-nye-kommuner-fra-2020/>

Figur 1 Befolningsframskriving Norge 2020-2040 etter alder, SSB hovedalternativ



Tabell nedenfor viser endringen i antall innbygger i Norge over opptaksområder frem til 2040 basert på SSB framskriving av 2020 hovedalternativ.

Tabell 4 Befolningsframskriving hovedalternativ SSB 2020 til 2050 etter opptaksområder i Norge (opptaksområder = 2020)

Opptaksområde	2020	2040	Endring %
Akershus universitetssykehus HF	579 099	670 672	16 %
Diakonhjemmet Sykehus	142 123	164 183	16 %
Finnmarksykehuset HF	75 472	77 375	3 %
Helgelandssykehuset HF	77 863	75 394	-3 %
Helse Bergen HF	456 500	502 849	10 %
Helse Fonna HF	180 398	183 676	2 %
Helse Førde HF	108 404	106 391	-2 %
Helse Møre og Romsdal HF	271 201	281 342	4 %
Helse Nord Trøndelag HF	149 508	152 256	2 %
Helse Stavanger HF	371 121	412 959	11 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	156 788	170 295	9 %
Nordlandssykehuset HF	138 145	140 255	2 %
Oslo universitetssykehus HF	282 930	319 777	13 %
St. Olavs hospital HF	313 231	349 659	12 %
Sykehuset i Vestfold HF	246 041	269 397	9 %
Sykehuset Innlandet HF	338 965	352 609	4 %
Sykehuset Telemark HF	173 355	178 614	3 %
Sykehuset Østfold HF	317 489	355 323	12 %
Sørlandet Sykehus HF	307 231	333 985	9 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	193 066	197 915	3 %
Vestre Viken HF	488 650	546 690	12 %
Norge	5 367 580	5 841 616	9 %

Den framskrevne endrede befolkningssammensetningen etter aldersgrupper over opptaksområder vises i tabell nedenfor.

Tabell 5 Framskrivning av befolkningssammensetning etter alder over opptaksormåder Norge 2020-2040, SSB hovedalternativ (opptaksområder = 2020)

Opptaksområde	2020			2040			Endring i %		
	0-17 år	18-64 år	65 år og eldre	0-17 år	18-64 år	65 år og eldre	0-17 år	18-64 år	65 år og eldre
Akershus universitetssykehus	127 913	359 440	91 746	131 160	384 898	154 614	3 %	7 %	69 %
Diakonhjemmet Sykehus	26 094	93 251	22 778	26 708	99 603	37 873	2 %	7 %	66 %
Finnmarksykehuset	14 708	46 801	13 963	13 501	42 550	21 324	-8 %	-9 %	53 %
Helgelandssykehuset	15 368	45 804	16 691	13 101	39 072	23 221	-15 %	-15 %	39 %
Helse Bergen	97 183	284 449	74 868	93 854	292 354	116 641	-3 %	3 %	56 %
Helse Fonna	40 226	106 747	33 425	34 145	99 925	49 606	-15 %	-6 %	48 %
Helse Førde	23 259	63 033	22 112	19 808	55 682	30 901	-15 %	-12 %	40 %
Helse Møre og Romsdal	56 736	160 659	53 806	51 238	152 295	77 809	-10 %	-5 %	45 %
Helse Nord Trøndelag	31 438	86 770	31 300	28 057	79 974	44 225	-11 %	-8 %	41 %
Helse Stavanger	87 713	230 547	52 861	82 848	237 797	92 314	-6 %	3 %	75 %
Lovisenberg Diagonale Sykehus	22 154	121 277	13 357	22 730	126 136	21 429	3 %	4 %	60 %
Nordlandssykehuset	27 359	82 956	27 830	24 588	76 206	39 461	-10 %	-8 %	42 %
Oslo universitetssykehus	60 429	186 022	36 479	61 849	198 623	59 305	2 %	7 %	63 %
St. Olavs hospital	63 850	198 209	51 172	63 569	206 650	79 440	0 %	4 %	55 %
Sykehuset i Vestfold	49 855	147 543	48 643	47 679	146 950	74 768	-4 %	0 %	54 %
Sykehuset Innlandet	64 236	200 744	73 985	60 435	188 610	103 564	-6 %	-6 %	40 %
Sykehuset Telemark	33 900	103 172	36 283	31 074	95 762	51 778	-8 %	-7 %	43 %
Sykehuset Østfold	65 139	190 709	61 641	63 617	195 898	95 808	-2 %	3 %	55 %
Sørlandet Sykehus	67 195	185 696	54 340	63 515	186 253	84 217	-5 %	0 %	55 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge	37 747	118 482	36 837	34 870	110 051	52 994	-8 %	-7 %	44 %
Vestre Viken	106 106	294 845	87 699	103 508	303 462	139 720	-2 %	3 %	59 %
Norge	1 118 608	3 307 156	941 816	1 071 854	3 318 750	1 451 012	-4 %	0 %	54 %

Barn og unge er en gruppe som vies særskilt oppmerksomhet i aktuelt utviklingsplanarbeid. Nedenfor vises en sammenstilling av framskrevet befolkningsendring for barn og unge.

Opptaksområde	2020			2040			Endring %		
	0 år	1-9 år	10-17 år	0 år	1-9 år	10-17 år	0 år	1-9 år	10-17 år
Akershus universitetssykehus OO	6 254	62 897	58 763	6 964	65 903	58 294	11 %	5 %	-1 %
Diakonhjemmet Sykehus OO	1 707	13 566	10 821	1 800	13 784	11 123	5 %	2 %	3 %
Finnmarksykehuset OO	733	7 003	6 972	738	6 755	6 008	1 %	-4 %	-14 %
Helgelandssykehuset OO	676	7 321	7 371	671	6 495	5 935	-1 %	-11 %	-19 %
Helse Bergen OO	4 923	48 765	43 495	5 465	48 254	40 135	11 %	-1 %	-8 %
Helse Fonna OO	1 841	19 559	18 826	1 804	17 242	15 099	-2 %	-12 %	-20 %
Helse Førde OO	1 039	10 961	11 259	1 012	9 877	8 919	-3 %	-10 %	-21 %
Helse Møre og Romsdal OO	2 604	27 199	26 933	2 682	25 715	22 841	3 %	-5 %	-15 %
Helse Nord Trøndelag OO	1 386	15 039	15 013	1 440	14 033	12 584	4 %	-7 %	-16 %
Helse Stavanger OO	4 318	44 591	38 804	4 783	42 684	35 381	11 %	-4 %	-9 %
Lovisenberg Diagonale Sykehus OO	1 958	12 796	7 400	2 065	13 063	7 603	5 %	2 %	3 %
Nordlandssykehuset OO	1 251	13 158	12 950	1 287	12 278	11 023	3 %	-7 %	-15 %
Oslo universitetssykehus OO	3 896	31 271	25 262	4 108	31 770	25 971	5 %	2 %	3 %
St. Olavs hospital OO	3 311	32 045	28 494	3 642	32 324	27 603	10 %	1 %	-3 %
Sykehuset i Vestfold OO	2 210	24 004	23 641	2 419	23 813	21 447	9 %	-1 %	-9 %
Sykehuset Innlandet OO	2 816	30 360	31 060	3 112	30 131	27 192	11 %	-1 %	-12 %
Sykehuset Telemark OO	1 481	16 133	16 286	1 594	15 450	14 030	8 %	-4 %	-14 %
Sykehuset Østfold OO	2 906	31 143	31 090	3 264	31 775	28 578	12 %	2 %	-8 %
Sørlandet Sykehus OO	3 022	32 831	31 342	3 401	32 108	28 006	13 %	-2 %	-11 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge OO	1 798	18 175	17 774	1 922	17 575	15 373	7 %	-3 %	-14 %
Vestre Viken OO	4 697	51 714	49 695	5 264	52 240	46 004	12 %	1 %	-7 %
Norge	54 827	550 531	513 250	59 437	543 269	469 148	8 %	-1 %	-9 %
Helse Sør-Øst	30 947	306 715	285 359	33 991	310 037	268 247	10 %	1 %	-6 %
Helse Vest	12 121	123 876	112 384	13 064	118 057	99 534	8 %	-5 %	-11 %
Helse Midt	7 301	74 283	70 440	7 764	72 072	63 028	6 %	-3 %	-11 %
Helse Nord	4 458	45 657	45 067	4 618	43 103	38 339	4 %	-6 %	-15 %

Det bemerkes at usikkerhetsanslagene for 0-åringene (høy: +16% og lavalternativ: -24% SSB) til hovedalternativ er relativt stor.

Kortfattet grunnlag spesialisthelsetjenesten somatiske sykehusfunksjoner

Følgende er ment å skulle gi et kort grunnlag til utviklingsplanarbeidet. Det vil komme ytterligere grunnlag gjennom høsten, særlig med oppdatering av data fra kobling mellom NPR og KPR.

Tabell nedenfor sammenstiller noen sentrale overordnede aktivitetsparametere fra somatiske sykehusfunksjoner. Ratene standardiserte for alder og kjønn per 100 000 med 2017-fordeling som normalbefolkning. I vedlagt fil (standardiserte.xls) kan differanser mellom opptaksområder analyseres.

Tabellen viser for eksempel at det er en gjennomsnittlig standardisert rate over opptaksområder i Norge 38 280 individer per 100 000 innbygger i somatiske sykehusfunksjoner per år (38% av befolkningen). Det vises at det ikke er endring i standardisert rate siste 3 år (like mange individer korrigert for alder og kjønn), lav variasjon over opptaksområder (CV = variasjonskoeffisient = standardavvik/gjennomsnitt (lav % indikerer mindre variasjon i utvalget)) og at variasjonen er fallende siste 3 år. Det bemerkes at CV på store volum vil vise lavere variasjon enn små områder, videre fanger dette målet i mindre grad opp uteliggere (ettersom CV baserer seg på standardavviket). Oversikten viser også at det er større variasjon i dagkirurgi enn antall individer som får utført kirurgi, og kan indikere at det er et differensiert potensial over opptaksområder.

Tabell 6 Gjennomsnittlige standardiserte rater per 100 000 for selekterte overordnede aktivitetsparametere, endring i rater siste 3 år, variasjonskoeffisient (CV) 2019 og endring i CV siste 3 år

Parametere	Gjennomsnittlig standardisert rate per 100 000 2019	Årlig endring siste 3 år	CV 2019	Årlig endring CV siste 3 år
Individer i kontakt med somatiske sykehusfunksjoner	38 280	0 %	7 %	-6 %
Antall kontakter	142 281	1 %	7 %	-2 %
Individer døgninnlagt	10 661	-1 %	6 %	-7 %
Antall døgnopphold	16 751	-1 %	8 %	0 %
Liggedøgn	64 078	-2 %	11 %	2 %
Individer øhjelp total	14 711	0 %	14 %	-2 %
Kontakter øhjelp total	22 705	0 %	15 %	-4 %
Individer døgn øhjelp	7 924	0 %	7 %	-9 %
Liggedøgn øhjelp	44 326	-1 %	12 %	-1 %
Individer kirurgi	6 881	-1 %	10 %	0 %
Antall opphold kirurgi	8 211	-1 %	10 %	-1 %
Individer dagkirurgi	3 764	0 %	14 %	1 %
Antall kontakter dagkirurgi	7 894	0 %	16 %	8 %
Individer øhjelp kirurgi	1 463	-1 %	10 %	-3 %
Antall øhjelp kirurgi	1 563	-1 %	10 %	-2 %
Individer døgn øhjelp	7 924	0 %	7 %	-9 %
Liggedøgn øhjelp kirurgi	9 394	-2 %	19 %	5 %

Multisyke og skrøpelig eldre

I forbindelse med etableringen av Helsefelleskap er det utarbeidet segmentering av pasientpopulasjoner med kompleks multisykdom og skrøpelige eldre. Grunnlaget for slike segmenteringer er primært basert på kronisitet, morbiditet og mortalitet. Det er særlig behovet for helsetjenester på tvers av forvaltningsnivå, sykdomsgrupper hvor tidlig intervensjon spiller en rolle,

og arbeid for å redusere utvikling av sykdommer. Vedlagt er inkludert en fil fra helsedirektoratet som angir et volum av pasienter per helseforetak. Her vil det komme oppdaterte analyser rundt forbruksmønstre på tvers når vi får koblinger mellom NPR og KPR. Det vil distribueres før 01. oktober avhengig av tilgang på data.

Barn og unge

Barn og unge (individer under 18 år) utgjør 16% av den samlede pasientpopulasjonen i somatiske sykehusfunksjoner. Friske nyfødte er fallende over de siste tre år med om lag -1,1% per år. Nyfødte med komplikasjoner viser en brattere reduksjon med -2,5% per år. Rater er beregnet basert på befolkning 0-17 år.

Tabell 7 Friske nyfødt og nyfødte med komplikasjoner 2017-2019

	Friske nyfødte	Nyfødte med komplikasjoner	Friske nyfødte rate	Nyfødte med komplikasjoner rate
2017	43 934	13 783	3 884	1 219
2018	43 261	12 977	3 832	1 149
2019	42 681	12 987	3 802	1 157

Foruten friske nyfødte er det en svak vekst på 0,5% i antall individer med en eller annen form for kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste.

Tabell 8 Antall individer og rate per 100 000 under 18 år i Norge somatiske sykehusfunksjoner (eksl. friske nyfødte).

	Individer	Rate
2017	296 169	26 185
2018	295 958	26 214
2019	299 342	26 667

Om lag 16% av pasientpopulasjonen barn og unge (eksl. nyfødte) har minst 1 innleggelse. Det er færre barn som blir innlagt over siste tre år, med en årlig reduksjon på 1,1%.

Tabell 9 Antall individer og rater per 100 000 under 18 år i Norge innlagt til døgnbehandling somatiske sykehusfunksjoner (eksl. friske nyfødte)

	Individer	Rate
2017	49 814	4 404
2018	49 119	4 351
2019	48 404	4 312

Liggedøgnforbruket (tabell nedenfor) viser en svakere vekst, noe som innebærer liggedøgn per individ har økt i perioden (fra 5,3 til 5,5 liggedøgn per individ (vekst på 4% i perioden)).

Tabell 10 Utvikling liggedøgn for barn og unge (eksl. friske nyfødte) 2017-2019

	Liggedøgn	Rate
2017	263 339	23 283
2018	259 417	22 977
2019	264 024	23 521

Polikliniske konsultasjoner viser en årlig vekst på 1,3%, og er således noe høyere enn hva som er stipulert av vekst i framskrivingsmodellen.

Tabell 11 Antall polikliniske konsultasjoner barn og unge 2017-2019

	Poliklinikk	Rate
2017	682 961	60 383
2018	683 209	60 514
2019	695 854	61 991

Antall episoder med kirurgi viser den største årlige reduksjon for barn og unge, med -2,8% per år.

	Kirurgi	Rate
2017	31 209	2 759
2018	30 050	2 662
2019	29 275	2 608

For barn og unge med behov for døgninnleggelse så er det særlig nyfødte med komplikasjoner og pasienter med 3 eller flere døgnopphold innad i ett år som har store behov for spesialisthelsetjenester.

Tabell 12 Pasientgrupper med innleggelser barn og unge 2019

	Antall individer	Liggedøgn	Liggedøgn per individ
Nyfødte med komplikasjoner	12 538	99 322	7,9
Barn og unge med 1-2 innleggelser	39 927	100 413	2,5
Barn og unge med 3 eller flere innleggelser	3 039	60 204	19,8
Total	55 504	259 939	4,7

For nyfødte med komplikasjoner vil dimensjonering i større grad være sårbare for usikkerhet i fødselsrater. Barn og unge med 3 eller flere innleggelser har i større grad innleggelser med ulik diagnose (i snitt 2,4 per individ). Fordeling av mest frekvente diagnosekategorier vises i tabell nedenfor, hvorav flere er maligne tilstander. Diagnosekategori kontakt med helsetjenesten er primært rehabiliteringsdiagnoser.

Tabell 13 Diagnostisk fordeling for barn og unge med 3 eller flere døgnopphold i 2019 (eksl. nyfødte med komplikasjoner)

Kategori	Diagnostisk fordeling barn og unge med 3 eller flere innleggelser på ett år					
	Individer	Antall opphold	Liggedøgn	Opphold per individ	Liggedøgn per individ	Oppholdstid
Ondartede svulster i lymfoid, hematopoetisk eller beslektet vev	161	1 293	7 678	8,0	47,7	5,9
Episodiske tilstander og anfallsvise forstyrrelser	536	1 386	4 615	2,6	8,6	3,3
Kontakt med helsetjenesten i forbindelse med spesielle tiltak og behandlingsopplegg	208	309	3 111	1,5	15,0	10,1
Medfødte misdannelser i sirkulasjonssystemet	149	359	2 303	2,4	15,5	6,4
Influenza og pneumoni	255	375	2 117	1,5	8,3	5,6
Andre akutte infeksjoner i nedre luftveier	291	465	1 862	1,6	6,4	4,0
Ondartede svulster i øye, hjerne og andre deler av sentralnervesystemet	67	356	1 709	5,3	25,5	4,8
Ondartede svulster i mesotel og bløtvev	27	207	1 278	7,7	47,3	6,2
Generelle symptomer og tegn	387	573	1 273	1,5	3,3	2,2
Komplikasjoner til kirurgisk og medisinsk behandling, ikke klassifisert annet sted	177	277	1 271	1,6	7,2	4,6
Andre tarmsykdommer	164	300	1 033	1,8	6,3	3,4
Kontakt med helsetjenesten ved opplysninger om potensiell helseisriko i familiens og	81	209	1 030	2,6	12,7	4,9
Andre sykdommer og tilstander i nervesystemet	106	254	978	2,4	9,2	3,9
Andre typer hjertesykdommer	70	127	975	1,8	13,9	7,7
Andre sykdommer i åndedrettssystemet	115	196	942	1,7	8,2	4,8
Ondartede svulster i knokler og leddbrusk	19	172	938	9,1	49,4	5,5
Metabolske forstyrrelser	111	237	929	2,1	8,4	3,9
Medfødte misdannelser og deformiteter i muskel-skjelettsystemet	87	165	838	1,9	9,6	5,1
Andre medfødte misdannelser i fordøyelsessystemet	87	220	822	2,5	9,4	3,7
Andre bakteriesykdommer	87	113	782	1,3	9,0	6,9

Flere barneavdelinger legger til rette for systematisk oppfølging av psykiske lidelser gjennom BUP. Av de 3000 pasientene med 3 eller flere innleggelser, så har i underkant av 30% minst en registrert kontakt med BUP i 2018/2019. Det er samtidig betydelig variasjon i dette tilbudet over opptaksområder og illustreres i tabell nedenfor. Dette kan indikere ulik organisering av tilbud, eller at tilbudet er forskjellig.

Tabell 14 Barn og unge med 3 eller flere innleggelser i somatiske sykehus og parallell oppfølging i BUP

Opptaksområde	Individer	Rate	Avvik Norge
Akershus universitetssykehus	118	93	7 %
Helse Stavanger	61	70	-19 %
Sykehuset Innlandet	82	126	46 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	31	137	59 %
Nordlandssykehuset	19	68	-21 %
Oslo universitetssykehus	54	91	5 %
Sykehuset Østfold	76	117	35 %
Sørlandet sykehus	71	105	21 %
St. Olavs Hospital	27	41	-52 %
Sykehuset Telemark	39	114	31 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge	23	60	-31 %
Diakonhjemmet Sykehus	23	89	3 %
Sykehuset i Vestfold	60	120	39 %
Vestre Viken	112	105	22 %
Helgelandssykehuset	18	114	32 %
Helse Bergen	64	66	-24 %
Finmarkssykehuset	16	106	22 %
Helse Fonna	55	135	56 %
Helse Førde	16	67	-22 %
Helse Nord Trøndelag	22	70	-19 %
Helse Møre og Romsdal	39	69	-20 %
Norge	972	87	0 %

For pasientgruppen med mindre enn 3 innleggelser er det diagnostiske bildet noe annerledes, med epilepsi, kroniske og akutte sykdommer i nedre luftveier, diabetes og influensa som de mest frekvente.

Tabell 15 Diagnostisk fordeling for barn og unge med mindre 3 innleggelser på ett år (eksl. nyfødte med komplikasjoner)

Diagnostisk fordeling barn og unge med mindre enn 3 innleggelser på ett år						
Kategori	Individer	Antall opphold	Liggedøgn	Opphold per individ	Liggedøgn per individ	Oppholdstid
Episodiske tilstander og anfallsvise forstyrrelser	1 902	2 229	6 121	1,2	3,2	2,7
Kroniske sykdommer i nedre luftveier	778	826	5 791	1,1	7,4	7,0
Andre akutte infeksjoner i nedre luftveier	1 890	1 976	5 338	1,0	2,8	2,7
Diabetes mellitus	669	764	5 198	1,1	7,8	6,8
Influenza og pneumoni	1 096	1 135	3 384	1,0	3,1	3,0
Generelle symptomer og tegn	1 991	2 086	2 921	1,0	1,5	1,4
Akutte infeksjoner i øvre luftveier	2 249	2 304	2 756	1,0	1,2	1,2
Sykdommer i blindtarmsvedheng (appendix vern)	1 235	1 251	2 749	1,0	2,2	2,2
Hodeskader	2 869	2 929	2 693	1,0	0,9	0,9
Medfødte misdannelser og deformiteter i muskulatur	566	639	2 154	1,1	3,8	3,4
Andre sykdommer i øvre luftveier	1 640	1 705	2 114	1,0	1,3	1,2
Medfødte misdannelser i sirkulasjonssystemet	327	397	1 999	1,2	6,1	5,0
Brannskader og ertseskader	314	363	1 943	1,2	6,2	5,4
Kontakt med helsetjenesten i forbindelse med sykdom	444	475	1 890	1,1	4,3	4,0
Skader i albue og underarm	1 646	1 717	1 878	1,0	1,1	1,1
Symptomer og tegn med tilknytning til fordøyelsessystemet	1 718	1 777	1 816	1,0	1,1	1,0
Tubulointerstitielle nyresykdommer	584	606	1 687	1,0	2,9	2,8
Andre tarmsykdommer	846	922	1 631	1,1	1,9	1,8
Skader i kne og legg	731	764	1 534	1,0	2,1	2,0
Infeksjoner i hud og underhud	535	569	1 420	1,1	2,7	2,5

En annen tilnærming til å undersøke pasienter med særskilte behov for helsetjenester, vil være å se behov for intensivbehandling. Det er per nå ikke mulig å identifisere intensivheter reliabelt i NPR, men prosedyrer som ofte er benyttet ved intensivheter (e.g. tracheostomi, respirator, intubering, non-invasiv ventilasjonsstøtte, ECHLA, VAD, intracerebraltrykk, hemofiltrasjon) vil kunne gi en indikasjon. Tabell nedenfor viser antall pasienter med registrerte prosedyrer i perioden 2017-2019 over opptaksområder. Det største volumet forklares av non-invasiv ventilasjonsstøtte (GXAV10+20 (60%)). Den store differansen mellom opptaksområder i Oslo, hvor behandlende sykehus i all hovedsak er det samme, understreker at faktorer knyttet til bosted kan være viktig for å forstå variasjoner i behov for helsetjenester.

Tabell 16 Antall barn og unge 2017-2019 med prosedyrer ofte benyttet ved intensivheter

Opptaksområde	Antall barn og unge med minst 1 intensivprosedyre	Rate per 100 000 < 18 år	Avvik nasjonal snitt
Akershus universitetssykehus	1 257	1 209	-3 %
Helse Stavanger	952	1 086	-13 %
Sykehuset Innlandet	754	778	-38 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	514	2 307	84 %
Nordlandssykehuset	314	1 123	-10 %
Oslo universitetssykehus	730	1 227	-2 %
Sykehuset Østfold	908	1 604	28 %
Sørlandet sykehus	807	1 190	-5 %
St. Olavs Hospital	752	1 151	-8 %
Sykehuset Telemark	450	1 304	4 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge	450	1 167	-7 %
Diakonhjemmet Sykehus	309	1 203	-4 %
Sykehuset i Vestfold	576	1 150	-8 %
Vestre Viken	1 020	959	-23 %
Helgelandssykehuset	250	1 582	26 %
Helse Bergen	1 179	1 204	-4 %
Finnmarkssykehuset	158	1 033	-17 %
Helse Fonna	353	860	-31 %
Helse Førde	166	693	-45 %
Helse Nord Trøndelag	340	1 089	-13 %
Helse Møre og Romsdal	1 847	3 252	160 %
Norge	14 086	1 252	0 %

Avslutningsvis er døgntilrettelagt behandling for barn og unge i særlig grad knyttet til de store universitetssykehusene i Norge. Tabell nedenfor viser fordelingen av liggedøgn over helseforetak/sykehus. De fire øverste sykehusene har mer enn 50% av kapasiteten.

Tabell 17 Fordeling av døgntilrettelagt behandling av barn og unge i Norge over helseforetak/sykehus 2019

Fordeling av antall individer, døgntilrettelagt opphold og liggedøgn etter helseforetak 2019 (eksl. friske nyfødte)						
Helseforetak/sykehus	Antall individer	Antall opphold	Antall liggedøgn	Andel av individer	Andel av opphold	Andel av liggedøgn
Oslo universitetssykehus HF	10 833	14 532	77 321	19 %	20 %	30 %
Helse Bergen HF	4 855	6 600	21 834	8 %	9 %	8 %
St. Olavs Hospital HF	3 819	5 045	19 405	7 %	7 %	7 %
Akershus universitetssykehus HF	4 266	5 264	17 975	7 %	7 %	7 %
Vestre Viken HF	4 627	5 765	15 677	8 %	8 %	6 %
Helse Stavanger HF	3 268	3 987	14 514	6 %	5 %	6 %
Sørlandet sykehus HF	3 619	4 631	11 909	6 %	6 %	5 %
Sykehuset Østfold HF	2 905	3 532	11 626	5 %	5 %	4 %
Sykehuset Innlandet HF	3 634	4 365	11 099	6 %	6 %	4 %
Helse Møre og Romsdal HF	2 663	3 272	8 969	5 %	4 %	3 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	1 737	2 203	8 439	3 %	3 %	3 %
Sykehuset i Vestfold HF	1 959	2 412	7 649	3 %	3 %	3 %
Nordlandssykehuset HF	1 533	1 867	6 724	3 %	3 %	3 %
Sykehuset Telemark HF	1 607	1 963	6 417	3 %	3 %	2 %
Helse Fonna HF	1 802	2 232	6 080	3 %	3 %	2 %
Helse Nord Trøndelag HF	1 423	1 722	4 576	2 %	2 %	2 %
Helse Førde HF	996	1 162	3 036	2 %	2 %	1 %
Sunnaas sykehus HF	130	166	2 687	0 %	0 %	1 %
Finnmarkssykehuset HF	605	704	1 909	1 %	1 %	1 %
Helgelandssykehuset HF	578	666	1 206	1 %	1 %	0 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	571	631	617	1 %	1 %	0 %
Total	57 622	72 956	259 939	100 %	100 %	100 %

Videreutvikling – døgnet til dag og poliklinikk

I hvilken grad pasienter blir innlagt eller får utført nødvendig utredning og behandling innad i samme dag varierer over Norge. Her ligger det fremdeles utviklingsmuligheter. Det er vedlagt en oversikt over estimert potensial for videreutvikling av døgnet til dagoppfølging. Det bør kun betraktes som et estimat og kan peke på differensierte muligheter mellom helseforetak/sykehus. Beregningen er basert på «Same day emergency care» fra NHS, og er en Norsk tilpasning med definerte Norske måltall. Utgangspunktet er en liste på 30 kategorier vist i tabell nedenfor. I det aktuelle arbeidet er det benyttet alle øhjelpskontakter som er håndtert innen 8 timer (selv om det krysser døgnskille) som teller, og alle øhjelpskontakter som nevner. Tabellen viser at det for dyp venetrombose er anbefalt at mellom 80-90% av kontaktene håndteres innad i samme dag. Nasjonalt snitt er her 90%.

Tabell 18 Andel øyeblikkelig hjelps kontakter under 8 timer med Norske måltall

Kategori	Antall ø-hjelps kontakter	Antall håndtert innen 8 timer	Andel håndtert innen 8 timer	Referanseverdi (DAECA)		
				Min	Maks	
Samfunnservivet lungebetennelse	29 804	2 323	8 %	5 %	10 %	
Kols forverring med og uten infeksjon	15 331	2 073	14 %	10 %	15 %	
Gallesykdom	12 028	1 485	12 %	13 %	17 %	
Akutt gastro	15 948	2 206	14 %	16 %	23 %	
Brudd i over-/underekstremitet som ikke krever umiddelbar	102 679	88 741	86 %	81 %	86 %	
Urinveisinfeksjoner	12 723	3 020	24 %	15 %	25 %	
Supraventrikulær takykardi og andre uspesifiserte takiarrryt	24 800	8 319	34 %	35 %	45 %	
Akutt magesmerter som ikke krever operasjon	39 493	19 905	50 %	50 %	58 %	
Lavrisiko bystmerter	35 620	15 239	43 %	35 %	55 %	
Diabetes	5 296	1 266	24 %	15 %	25 %	
Synkope, ortostatisme og fall	9 906	2 597	26 %	25 %	35 %	
Elektrolyttforstyrrelse	5 186	973	19 %	25 %	50 %	
Akutt urologi	13 509	7 179	53 %	45 %	60 %	
Gastroenteritt	7 740	2 411	31 %	15 %	30 %	
Anemi uten mistanke om blødning	5 381	1 360	25 %	20 %	35 %	
Svimmelhet	9 228	2 872	31 %	7 %	11 %	
Øvre gastrointestinal blødning	4 586	951	21 %	20 %	30 %	
Erysipelas og cellulitt	6 146	3 838	62 %	25 %	40 %	
Inflammatorisk tarmsykdom	2 594	518	20 %	25 %	40 %	
Lungeemboli	4 192	1 040	25 %	20 %	30 %	
Akutt ortopedi	10 022	6 989	70 %	60 %	75 %	
Epileptisk anfall hos pasient med kjent epilepsi	4 915	971	20 %	17 %	28 %	
Transitorisk iskemisk anfall (TIA)	4 661	401	9 %	7 %	12 %	
Abcesser	9 022	6 012	67 %	55 %	68 %	
Nedre luftveisinfeksjoner bortsett fra kols	4 305	1 310	30 %	20 %	35 %	
Akutt hodepine	8 157	3 378	41 %	40 %	50 %	
Lette hodeskader	18 214	11 682	64 %	55 %	65 %	
Dyp venetrombose (DVT)	15 319	13 825	90 %	80 %	90 %	

Utskrivningsklare pasienter

Det er fremdeles et differensiert volum av utskrivningsklare pasienter. Oversikt over liggedøgnet for utskrivningsklare pasienter er vedlagt.

Drøftingsprotokoll

Sak til drøfting	Høringsutkast Utviklingsplan 2035
Møtedato	11.01.2022

Til stede på møtet

Fra de ansattes organisasjoner	Anne Trønnes Borgen (til kl. 1500)	Hovedverneombud
	Christina Stavdal	Delta
	Janne Olimstad Guldbjørnsen	Norsk sykepleierforbund
	Johanne Haugan (til kl. 1500)	Fagforbundet
	Olaug Straume	Norsk sykepleierforbund
	Thor Helge Gundersen	Fagforbundet
	Thor Severinsen	Den norske legeförening
Fra Sykehuset Telemark	Tom Helge Rønning	Administrerende direktør
	Annette Fure	Utviklingsdirektør
	Agnete Dalevoll	Rådgiver
	Tone Pedersen	Spesialrådgiver

Drøftingsmøte høringsutkast Utviklingsplan 2035

Bakgrunn

Utviklingsplanen er Sykehuset Telemarks øverste strategiske dokument. Den understøttes av mer detaljerte planer innen de ulike fagområder, og er plan for hvordan sykehuset vil utvikle sin virksomhet for å møte framtidig behov for spesialisthelsetjenester. Utviklingsplanen peker på ønsket utviklingsretning for STHF og hvilke tiltak som er nødvendige for å møte framtidens utfordringer. Utviklingsplanen må ses i sammenheng med Nasjonal helse- og sykehusplan og Helse Sør-Øst regional utviklingsplan. Planen er utarbeidet med hensikt å understøtte realisering av pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte.

Høringsutkast Utviklingsplan 2035 versjon 0.7 er sendt ut i forkant av møtet. Tillitsvalgte og hovedverneombudet gav tilbakemelding om justeringer av mottatt dokument i møtet.

Det vil avholdes drøftingsmøte etter høringen er avholdt og planen er justert med eventuelle innspill.

Innspill gitt i møtet ble også sendt skriftlig. Disse følger under og er kopiert fra innsendt materiale:

- Planen bygger på den forrige utviklingsplanen fra 2016 og forutsetter nøye kjennskap til denne.
- Det bør klargjøres at noen tall er til 2035 og noen til 2040
- s. 11 Tabell, Bygg nederst bør deles opp i 3 linjer fordi det er forskjellig fremdrift for sikkerhetspost, stråle- og sengebygg samt akuttsenter og oppgradering Notodden

- s. 13 nederst Nåsituasjonen bør beskrives også med antall senger og antall operasjonsstuer
- s. 15 Psyk Bør beskrive antall senger nå
- s. 35 Bør beskrive antall senger nå og i 2035. Bør også beskrive antall operasjonsstuer nå og i 2035
- Grunnlaget og argumentasjonen for framskrivningene er lite beskrevet. Det er dermed ikke mulig å diskutere nivået for kapasitet
- s. 43 Psyk Senger og poliklinikk nå og i 2035 bør beskrives. Det bør orienteres om at sikkerhetspsykiatrien utredes
- s. 50 Pas med flere kroniske lidelser er kun omtale av somatiske lidelser, også i tabellen. Gjelder dette ikke de som også har angst, depresjon, rus og andre psykiske lidelser (kombinert med somatiske lidelser)?
- s. 55 Rekruttering: Legespesialitetene bør angis med riktig navn og de med størst mangler bør angis først. Jordmødre bør nevnes under sykepleiere.
- Sykehuset må rekruttere flere helsefagarbeidere til adekvate oppgaver i pasientbehandlingen
- s. 59 Avsnittet «fram mot 2035...» bør ikke beskrive at vi ikke vil kunne opprettholde oppgaver og funksjoner, men bør heller fokusere på behovet for at vi bør samarbeide godt med Vestfold for å kunne gi et godt desentralisert tilbud til pasientene

Konklusjon av drøfting

Innspillene fra de tillitsvalgte og hovedverneombudet tas med og vurderes i det videre arbeidet. Innspillene diskuteres av direktørens ledergruppen under behandlingen av ledergruppesak 004-2022 Høringsutkast Utviklingsplan 2035 i møte 11. januar 2022.

Styret ved Sykehuset Telemark vil behandle Høringsutkast Utviklingsplan 2035 i møte 19. januar 2022.

Det er anledning til å gi ytterligere innspill til planen. Etter styrets behandling vil dokumentet sendes på ekstern høring med frist for innsendelse av innspill til ca. midten av mars. I planen er det lagt opp til drøftingsmøte med tillitsvalgte og hovedverneombud i april 2022 før dokumentet behandles av ledergruppen og av styret.

Signering

11.01.2022

For Arbeidsgiver



Tom Helge Rønning



Annette Fure

Agnete Dalevoll



Tone Pedersen

For tillitsvalgte og hovedverneombud

Anne Trønnes Borgen




Christina Stavdal

Janne Olimstad Guldbjørnsen

Johanne Haugan



Olaug Straume



Thor Helge Gundersen

Thor Severinsen