

Styremøte i Sykehuset Telemark

ons. 25. mai 2022, 09.30 - 15.00



Møterom Vrangfoss, konferansesenter bygg 54 i Skien

Agenda

09.30 - 09.35 **045-2022 Godkjenning av innkalling og saksliste**

5 min

Beslutning *Anne Biering*

- 045-2022 Godkjenning av innkalling og saksliste.pdf (1 sider)
- _Innkalling til styremøte i Sykehuset Telemark HF 25. mai 2022.pdf (1 sider)
- _Saksliste med kjøreplan til styremøte 25. mai 2022.pdf (2 sider)

09.35 - 09.35 **046-2022 Godkjenning av protokoll fra styremøte 27. april**

0 min

Beslutning *Anne Biering*

- 046-2022 Godkjenning av protokoll.pdf (1 sider)
- 046-2022 Vedlegg_Protokoll styremøte 27. april 2022 Sykehuset Telemark.pdf (9 sider)

09.35 - 09.50 **047-2022 Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark - Fertilitetsavdelingen**

15 min

Orientering *Hans Ivar Hanvik*

- 047-2022 Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark - Fertilitetsavdelingen.pdf (2 sider)

09.50 - 10.05 **048-2022 Forprosjekt Utbygging Somatikk Skien - Skien**

15 min

Orientering *Bjørn Snorre Kaupang*

- 048-2022 Forprosjekt Utbygging Somatikk Skien – Status.pdf (1 sider)
- 048-2022 Vedlegg_Utbygging somatikk Skien_Status_18 05 2022.pdf (1 sider)

10.05 - 10.30 **049-2022 Driftsorienteringer fra administrerende direktør**

25 min

Orientering *Tom Helge Rønning*

- 049-2022 Driftsorienteringer fra administrerende direktør.pdf (3 sider)

10.30 - 10.40 **Pause**

10 min

10.40 - 11.10 **050-2022 Virksomhetsrapport per 1. tertial**

30 min

Orientering *Geir Olav Ryntveit*



- 050-2022 Virksomhetsrapport per 1. tertial.pdf (31 sider)
- 050-2022 Vedlegg 1_Foretaksrapport STHF 2022_04.pdf (26 sider)
- 050-2022 Vedlegg 2_Risikovurdering 1 tertial 2022 STHF.pdf (11 sider)

Confidential, Pedersen, Tone, 05/18/2022 15:02:25

11.10 - 11.40 051-2022 Samdata 2020

30 min




Beslutning *Geir Olav Ryntveit*

-  051-2022 Samdata 2020.pdf (1 sider)
-  051-2022 Vedlegg_Samdata 2020_STHF.pdf (38 sider)

11.40 - 11.50 052-2022 Styreinstruks og instruks for administrerende direktør i Sykehuset Telemark

10 min

Beslutning *Anne Biering*

-  052-2022 Styreinstruks og instruks for administrerende direktør i Sykehuset Telemark HF.pdf (2 sider)
-  052-2022 Vedlegg 1_Styreinstruks 2022-2024_med forslag til justering.pdf (6 sider)
-  052-2022 Vedlegg 2_Instruks for administrerende direktør 2022-2024_med forslag til justering.pdf (6 sider)

11.50 - 12.00 053-2022 Styrende dokumenter for Sykehuset Telemark HF i 2022

10 min

Beslutning *Anne Biering*

-  053-2022 Styrende dokumenter for Sykehuset Telemark HF i 2022.pdf (4 sider)

12.00 - 12.30 Lunsj

30 min

12.30 - 13.00 054-2022 Uønskede pasienthendelser 2021 - statistikk og analyse (NOKUP)

30 min

Orientering *Halfrid Waage*

-  054-2022 Uønskede pasienthendelser 2021 - statistikk og analyse (NOKUP).pdf (12 sider)

13.00 - 13.30 055-2022 Oppfølging av alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser 2021

30 min

Beslutning *Halfrid Waage*

-  055-2022 Oppfølging av alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser 2021.pdf (7 sider)



13.30 - 13.45 Pause

15 min

13.45 - 14.15 056-2022 Resultat ForBedring 2022

30 min

Orientering *Mai Torill Hoel*

-  056-2022 Resultater ForBedring 2022.pdf (3 sider)
-  056-2022 Vedlegg_Samlerapport Sykehuset Telemark 2022.pdf (15 sider)

14.15 - 14.25
10 min

057-2022 Nye retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse for ledende ansatte

Beslutning *Mai Torill Hoel*

- 📄 057-2022 Nye retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse for ledende ansatte.pdf (6 sider)
- 📄 057-2022 Vedlegg 1_Forskrift om lønn til ledende ansatte 11.12.20.pdf (3 sider)
- 📄 057-2022 Vedlegg 2_Ny retningslinjer for lønn til ledende ansatte- Næringsdepartementet 2021_30.04.21.pdf (9 sider)

14.25 - 14.35
10 min

058-2022 Protokoll foretaksmøte 6. mai 2022

Beslutning *Anne Biering*

- 📄 058-2022 Protokoll fra foretaksmøte 6. mai 2022.pdf (2 sider)
- 📄 058-2022 Vedlegg_20220506-1130 Protokoll - Sykehuset Telemark HF.pdf (3 sider)

14.35 - 14.45
10 min

059-2022 Brukerutvalgets leders orientering

Orientering *Rita Andersen*

- 📄 059-2022 Brukerutvalgets leders orientering.pdf (1 sider)

14.45 - 14.50
5 min

060-2022 Styrets årsplan 2022 - oppdatert

Orientering *Anne Biering*

- 📄 060-2022 Styrets årsplan 2022 - oppdatert.pdf (1 sider)
- 📄 060-2022 Vedlegg_Styrets årsplan 2022_oppdatert.pdf (5 sider)

14.50 - 15.00
10 min

Andre orienteringer

- Styreleder orienterer
- Godkjent protokoll ekstraordinært styremøte HSØ 30. mars
- Godkjent protokoll ekstraordinært styremøte HSØ 13. april
- Foreløpig protokoll styremøte HSØ 27. april
- Foreløpig protokoll BU møte 28. april
- Foreløpig protokoll ungdomsrådet 10. mai

- 📄 Andre orienteringer 02_Godkjent protokoll fra ekstraordinært styremøte HSØ 30. mars 2022.pdf (3 sider)
- 📄 Andre orienteringer 03_Godkjent protokoll fra ekstraordinært styremøte HSØ 13. april 2022.pdf (3 sider)
- 📄 Andre orienteringer 04_Foreløpig protokoll fra styremøte HSØ 27. april 2022.pdf (14 sider)
- 📄 Andre orienteringer 05_Foreløpig protokoll brukerutvalgsmøte 28. april 2022.pdf (4 sider)
- 📄 Andre orienteringer 06_Protokoll ungdomsråd 10. mai 2022.pdf (3 sider)

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	25. mai 2022

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

Sak: 045 – 2022

Godkjenning av innkalling og saksliste

Forslag til vedtak

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Skien, 16. mai 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Vedlegg:

- Innkalling til styremøte i Sykehuset Telemark HF 27. april 2022
- Saksliste med tentativ kjøreplan

Styret i Sykehuset Telemark HF
Brukerutvalgets representanter

Vår referanse:

Saksbehandler: Tone Pedersen +47 957 94 426

Dato:

16. mai 2022

Innkalling til styremøte i Sykehuset Telemark HF

Det innkalles til styremøte i Sykehuset Telemark HF

Tid: Onsdag 25. mai 2022 kl. 0930 - 1500

Sted: Vrangfoss møterom, konferansesenteret i bygg 54 i Skien

Vedlagt følger saksliste og saksfremlegg til møtet.

Vararepresentanter møter kun etter særskilt innkalling.

Forfall meldes til styrets sekretær, Tone Pedersen telefon 957 94 426 eller e-post
tone.pedersen@sthf.no

Med vennlig hilsen
Sykehuset Telemark HF

Anne Biering
styreleder

Styremøte i Sykehuset Telemark HF
Dato og kl.: 25. mai 2022, kl. 0930 – 1500

Sted: Vrangfoss møterom i Skien

Møteleder: Styreleder Anne Biering

Saksliste

Tentativ plan	Saksnr.	Sakstittel	Sakstype
0930 – 0935	045 - 2022	Godkjenning av innkalling og saksliste v/Styreleder	Beslutning
	046 - 2022	Godkjenning av protokoll fra styremøte 27. april v/Styreleder	Beslutning
0935 – 0950	047 - 2022	Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark - Fertilitetsavdelingen v/Med.ansvarlig Hans Ivar Hanevik	Orientering
0950 – 1005	048 - 2022	Forprosjekt Utbygging Somatikk Skien - Status v/Prosjektleder	Orientering
1005 – 1030	049 - 2022	Driftsorienteringer fra administrerende direktør v/Administrerende direktør	Orientering
1030 – 1040		<i>Pause</i>	
1040 – 1110	050 - 2022	Virksomhetsrapport per 1. tertial v/Økonomidirektør	Orientering
1110 – 1140	051 - 2022	Samdata 2020 v/Økonomidirektør	Orientering
1140 – 1150	052 - 2022	Styreinstruks og instruks for administrerende direktør i Sykehuset Telemark v/Administrerende direktør	Beslutning
1150 – 1200	053 - 2022	Styrende dokumenter for Sykehuset Telemark HF i 2022 v/Administrerende direktør	Beslutning
1200 – 1230		<i>Lunsj</i>	
1230 – 1300	054 - 2022	Uønskede pasienthendelser 2021 - statistikk og analyse (NOKUP) v/Fagdirektør	Orientering
1300 – 1330	055 - 2022	Oppfølging av alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser 2021 v/Fagdirektør	Beslutning

Tentativ plan	Saksnr.	Sakstittel	Sakstype
1330 – 1345		Pause	
1345 – 1415	056 - 2022	Resultat ForBedring 2022 v/HR-direktør	Orientering
1415 – 1425	057 – 2022	Nye retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse for ledende ansatte v/HR-direktør	Beslutning
1425 – 1435	058 - 2022	Protokoll foretaksmøte 6. mai 2022 v/Styreleder	Beslutning
1435 – 1445	059 - 2022	Brukerutvalgets leders orientering v/Brukerutvalgets leder	Orientering
1445 – 1450	060 - 2022	Styrets årsplan 2022 - oppdatert v/Styreleder	Orientering
1450 – 1500		Andre orienteringer <ul style="list-style-type: none"> • Styreleder orienterer • Godkjent protokoll ekstraordinært styremøte HSØ 30. mars • Godkjent protokoll ekstraordinært styremøte HSØ 13. april • Foreløpig protokoll styremøte HSØ 27. april • Foreløpig protokoll BU møte 28. april • Foreløpig protokoll ungdomsrådet 10. mai 	Orientering

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	25. mai 2022

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

Sak: 046 – 2022

Godkjenning av protokoll

Hensikten med saken

Forslag til protokoll fra styrets foregående møte 27. april 2022 er signert elektronisk. Protokollen legges frem for godkjenning av styret.

Forslag til vedtak

Protokoll fra styrets møte 27. april 2022 godkjennes.

Skien, 16. mai 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Vedlegg

- Protokoll fra styremøte 27. april 2022 i Sykehuset Telemark HF

PROTOKOLL FRA STYREMØTE I SYKEHUSET TELEMAR HF

Dato: 27.april 2022 Tidspunkt: kl. 1700

Sted: Vrangfoss møterom, Sykehuset Telemark

Følgende medlemmer møtte

Anne Biering	Styreleder
Kine Cecilie Jordbakke	Nestleder
Kristian Wiig	
Nils Kristian Bogen	
Per Christian Voss	Frem til kl. 1330
Turid Ellingsen	
Marjan Farahmand	
Trygve Kristoffer Nilssen	
Inger Ann Aasen	
Johanne Haugan	Forfall, vararepresentant Thor Helge Gundersen møtte
Thor Severinsen	

Observatører med tale og forslagsrett:

Rita Andersen (Psoriasis og eksemforbundet i Telemark) leder brukerutvalget
Sondre Otervik (A-larm) regionleder, nestleder brukerutvalget

Fra administrasjonen deltok

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

Presentasjon av saker:

Sak 028, 029, 035, 036 og 044: Anne Biering, styreleder
Sak 032, 040 og 042: Tom Helge Rønning, administrerende direktør
Sak 033, 034 og 041: Geir Olav Ryntveit, økonomidirektør
Sak 030: Henrik Høyvik, klinikkjef
Sak 031: Bjørn Snorre Kaupang, prosjektleder USS
Sak 037: Annette Fure, utviklingsdirektør
Sak 038: Liv Carlsen, HMS-rådgiver
Sak 039: Linda Charlotte Grunnreis, Pasient- og brukerombud
Sak 043: Rita Andersen, brukerutvalgets leder

Styreleder ledet møtet

028-2022	Godkjenning av innkalling og saksliste
-----------------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret godkjenner innkalling og saksliste til styremøte 27. april 2022.

029-2022	Godkjenning av protokoll fra styremøte 25.mars 2022
-----------------	--

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

Styrets enstemmige

VEDTAK

Protokoll fra styremøte 25. mars 2022 godkjennes.

030-2022	Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark – genetikk
-----------------	--

Styret ved Sykehuset Telemark får et innblikk i sykehusets arbeid med kvalitet og forbedringsarbeid. Dagens tema er fra seksjon for medisinsk genetikk. Øystein Holla, overingeniør ga en kort presentasjon av seksjon for medisinsk genetikk. Styret fikk et innblikk i aktiviteter ved sykehuset, som gir et viktig bidrag både lokalt og nasjonalt til bedre og mer innovativ pasientbehandling.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar saken til orientering.

031-2022	Forprosjekt Utbygging Somatikk Skien - Status
-----------------	--

Hensikten med saken er å orientere styret om status for prosjekt Utbygging somatikk Skien. Bjørn Snorre Kaupang, prosjektleder, vil orientere styret om status og fremdrift som fast punkt på hvert styremøte fremover.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar status i prosjektet til orientering.

032-2022	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
-----------------	---

I tillegg til skriftlige orienteringer informerte administrerende direktør om status for helseforetakets plan og tiltak for å sikre avvikling av sommerferien 2022.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar administrerende direktørs driftsorienteringer til orientering.

033-2022	Virksomhetsrapport per mars 2022
-----------------	---

Saken presenterer virksomhetsrapport per mars 2022.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar virksomhetsrapport per mars til orientering og merker seg høyt belegg, som er utfordrende for ansatte. Styret peker på viktigheten av å igangsette planlagte forbedringstiltak som skal gi effekt.

034 -2022	Økonomisk langtidsplan 2023-2026
------------------	---

Sykehuset Telemark har utarbeidet den økonomiske langtidsplanen for perioden 2023-2026 basert på behovet for spesialisthelsetjenester i opptaksområdet, oppdaterte planforutsetninger i den regionale inntektsmodellen, endringer i andre eksterne rammebetingelser og interne utviklingsplaner.

Kommentarer i møtet

Styret peker på at dagens finansieringsmodell ikke understøtter framskrivningene for den demografisk utviklingen i Telemark. Dette vil gi utfordringer for helseforetaket fremover. Styret var enige i om å legge til et punkt i vedtaket hvor styret ber administrasjonen bringe denne utfordringen inn i det pågående regionale arbeidet med revisjon av finansieringsmodellen.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

1. Styret godkjenner økonomisk langtidsplan med budsjettert resultatbane og investeringsprofil som beskrevet i saken.
2. Den demografiske utviklingen i Telemark utfordrer nåværende finansieringsmodell og vil gi store utfordringer for helseforetaket fremover. Styret ber administrasjonen om å ta problemstillingen inn i det pågående regionale arbeidet med revidering av inntektsmodellen.
3. Styret ber administrerende direktør legge ØLP til grunn for neste års budsjettarbeid.

035-2022	Styrets møteplan 2023
-----------------	------------------------------

Styrets enstemmige**VEDTAK**

1. Styret vedtar følgende plan for sine styremøter i 2023:
 - Onsdag 15. februar
 - Onsdag 22. mars
 - Onsdag 24. mai
 - Mandag 19. juni
 - Mandag 11. september
 - Onsdag 25. oktober
 - Mandag 20. november
 - Onsdag 13. desember
 2. Styremøtene holdes ordinært i tidsrommet kl. 0930 – 1600. Det ventes holdt ordinære foretaksmøter medio februar og i juni.
 3. Styret vedtar følgende plan for sine styreseminar i 2023:
 - Tirsdag 21. mars
 - Torsdag 26. oktober
- Styret i Sykehuset i Vestfold og styret i Sykehuset Telemark avholder felles styreseminar
- Onsdag 13. desember (seminar i etterkant av styremøtet)
4. Styret skal ha et årlig felles møte med brukerutvalget i Sykehuset Telemark. Dette møtet legges fortrinnsvis til første del av styremøtet mandag 19. juni 2023.

036-2022	Protokoll fra foretaksmøte 31. mars
-----------------	--

Den 31. mars 2022 ble det avholdt foretaksmøte i Sykehuset Telemark HF. Møtet ble gjennomført digitalt, som felles foretaksmøte for helseforetakene i Helse Sør-Øst. På dagsorden var «Tiltak i forbindelse med ankomst av flyktninger fra Ukraina».

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar protokoll fra foretaksmøte i Sykehuset Telemark HF 31. mars 2022 til etterretning.

037-2022	Sykehuset Telemark – Utviklingsplan 2035
-----------------	---

Styret fikk presentert forslag til utviklingsplan for Sykehuset Telemark 2035. Styret merket seg engasjementet og tilbakemeldingene i høringer gitt til utviklingsplanen. Styret ga anerkjennelse for planens visuelle fremstilling og innhold og hadde innspill knyttet til følgende i planen:

- «Ta tiden tilbake»
- Oppgaveglidning og bruk av helsefagarbeidere
- Bygging av digital kompetanse hos alle medarbeidere
- Mangfoldledelse /samlende, inkludering på arbeidsplassen
- Ambisjoner samarbeid med Sykehuset i Vestfold

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret vedtar det fremlagte forslaget til Utviklingsplan 2035 med de merknader som fremkom i møtet.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å ferdigstille det endelige dokumentet og oversende det til Helse Sør-Øst som innspill til regionens utviklingsplan.

038-2022	Årsrapport HMS 2021
-----------------	----------------------------

Hensikten med saken er å gi styret informasjon om helseforetakets Årsrapport HMS 2021. Rapporten gir en oversikt over status for måloppnåelse på overordnede satsningsområder innen HMS og gir en beskrivelse av utvikling og behov for videre satsning innen de ulike målområdene. Rapporten vil kunne inngå som del av grunnlaget for videre planlegging og kontinuerlig forbedringsarbeid innen HMS.

Kommentarer i møtet

Styret viste til at HMS arbeidet er et sentralt område i helseforetakets forbedringsarbeid. Helseforetaket sitt avvikssystem har vært mangelfullt og det er gledelig at EQS nå er tatt i bruk.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar Årsrapport HMS 2021 til orientering.

039-2022	Årsmelding 2021 Pasient- og brukerombudet Vestfold og Telemark, kontor Skien
-----------------	---

Pasient- og brukerombudet Vestfold og Telemark, kontor Skien, Linda Charlotte Grunnreis, presenterte resultat fra årsmeldingen som vedrører Sykehuset Telemark HF for styret i møte.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar saken til orientering.

040-2022	Arbeidet med å avvikle ordningen fritt behandlingsvalg
-----------------	---

Fritt behandlingsvalg skal etter planen avvikles fra og med 2023. Styret ble orientert om status og hvordan helseforetaket planlegger å arbeide videre med løsninger for fremtidig tjenestetilbud.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar saken til orientering.

041-2022	Fullmakter ved Sykehuset Telemark
-----------------	--

Oppsummering

I henhold til reglement Fullmakter ved Sykehuset Telemark HF (Heliks ID 8174), som er en del av lederavtalene, skal reglementet med vedlegg gjennomgås minst en gang pr år. Revidert fullmaktreglement legges fram for styret.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret slutter seg til de foreslåtte endringene.

042-2022**Styrking av tilbudet innen psykisk helsevern – arealmessige og driftsmessige konsekvenser**

Saken beskriver bakgrunn for og mulige løsninger for å styrke sykehusets tilbud innen psykisk helsevern, konkretisert til følgende områder:

- det polikliniske tilbudet til barn og unge
- det polikliniske tilbudet til voksne med psykiske lidelser og/eller rusutfordringer
- døgntilbudet til sikkerhetspasienter

Overordnede løsningsalternativer beskrives. Disse ble utdypet av administrerende direktør i styremøtet.

Styret støtter vurderingen om at det er behov for å igangsette konkrete tiltak som kan styrke fagmiljø og kapasitet. I det videre arbeidet er det viktige fremskaffe hvilke kostnadskonsekvenser ulike løsningsforslag innebærer.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

1. Styret støtter de skisserte løsningsalternativene og ber administrasjonen arbeide videre med å detaljere planene.
2. Styret ber administrasjonen komme tilbake til styret med et endelig beslutningsunderlag som sikrer nødvendig handlingsrom for å utvikle tjenestetilbudene innen psykisk helsevern og rusbehandling i tråd med overordnede føringer.

043-2022**Brukerutvalgets leders orientering**

Brukerutvalgets leder og nestleder orienterte om hvilke saker/områder brukerutvalget er opptatt av, hva de jobber med, hva som fungerer og kort om forbedringsområder. Utvalget er opptatt av å være et rådgivende organ for å støtte styret ved helseforetaket.

Styret uttrykte tydelig at brukerstemmen er viktig og at brukerutvalgets rolle ved styrets bord er sentral både for å formidle hva som fungerer og ikke fungerer for brukere og pårørende.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar redegjørelsen til orientering.

044-2022**Styrets årsplan 2022 - oppdatert****Oppsummering**

Styret vedtok møteplan for 2022 i møte 21. april, sak 036-2021, som danner utgangspunkt for styrets årsplan.

Styret ber administrasjonen å presentere helseforetakets helhetlige IKT-porteføljestyre i samarbeid med Sykehuspartner i et senere møte.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret slutter seg til oppdatert styrets årsplan 2022.

Andre orienteringer

- Styreleder orienterer

Møtet hevet kl. 16.40

Skien, 27. april 2022

Elektronisk signatur

Anne Biering
styreleder

Elektronisk signatur

Kine Cecilie Jordbakke
nestleder

Elektronisk signatur

Turid Ellingsen

Elektronisk signatur

Nils Kristian Bogen

Elektronisk signatur

Marjan Farahmand

Elektronisk signatur

Per Christian Voss

Elektronisk signatur

Kristian Wiig

Elektronisk signatur

Trygve K. Nilssen

Elektronisk signatur

Johanne Haugan
(sett)

Elektronisk signatur

Inger Ann Aasen

Elektronisk signatur

Thor Severinsen

Elektronisk signatur

Tone Pedersen
styresekretær

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	25.05.2022

Type sak (sett kryss)							
Beslutning		Etterretning		Orientering	X	Tema	

Sak: 047-2022

Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark – Fertilitetsavdelingen Sør

Hensikten med saken

Styret ved Sykehuset Telemark får et innblikk i sykehusets arbeid med kvalitet og forbedringsarbeid. Dagens tema er fra Fertilitetsavdelingen Sør i Porsgrunn.

På 12 minutter vil avdelingsleder Astrid Helene Sydtveit og medisinsk ansvarlig overlege Hans Ivar Hanevik gi en kort presentasjon av Fertilitetsavdelingen Sør. Styret vil særlig få innblikk i avdelingens nyopprettede behandlingstilbud som benytter importert donorsæd.

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Skien, 16. mai 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Fakta grunnlag

Fertilitetsavdelingen Sør ved Sykehuset Telemark utfører utredning og behandling av ufrivillig barnløse pasienter. Endringer i bioteknologiloven vedtatt i mai 2020 har medført at nye pasientgrupper søker seg til avdelingen for behandling.

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	25.05.2022

Type sak (sett kryss)						
Beslutning		Etterretning		Orientering	X	Tema

Sak: 048-2022 Forprosjekt Utbygging Somatikk Skien – Status

Hensikten med saken

Hensikten med saken er å orientere styret om status for prosjekt Utbygging somatikk Skien.

Prosjektleder Bjørn Snorre Kaupang vil delta i møtet og presentere status.

Forslag til vedtak

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

Skien, 16. mai 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Vedlegg:

- Utbygging somatikk Skien – Status styremøte 25.05.2022

Utbygging somatikk Skien

Prosjekteier: Tom Helge Rønning
 Prosjektleder: Snorre Kaupang

Fase: Forprosjekt
 Sist oppdatert: 18.05.2022

Prosjektstatus



Kommentar prosjektstatus

- Forprosjektet er kommet sent i gang grunnet tid for å rekruttere prosjektleder.

Viktige hendelser siste periode

- Prosjekt team fra Sykehusbygg for byggherreorganisasjonen og STHF til forprosjekt er under etablering
- Eksterne rådgivende ingeniører er under kontrahering (Elektro, Bygg, VVS, Brann, osv.). Oppdragstildeling pågår.
- Opsjon på forlengelse av arkitekt Arkitema for forprosjektet er benyttet. Team er på plass. Oppstartsmøte avholdt med Arkitema i Oslo 26.04.2022
- Planlagt oppstartsmøte med STHF medvirkningsorganisasjon og Sykehusbygg 19.05.2022

Kommende leveranser

- Utkast til styringsdokument for forprosjektfasen for prosjektstyrets innspill.
- Anskaffelsesstrategi 2022
- Gjennomføringsstrategi
- Metodikk for kostnadskontroll og endringskontroll

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	25. mai 2022

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

Sak: 049 – 2022

Driftsorienteringer fra administrerende direktør

Forslag til vedtak

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Skien, 16. mai 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Driftsorienteringer fra administrerende direktør:

1. Norovirus utbrudd på medisinsk sengepost

Første uken i mai ble det konstatert et utbrudd med Norovirus på en sengepost ved sykehuset i Skien. Norovirus er den vanligste årsaken til omgangssyke eller mage- og tarminfeksjon. Det er mest vanlig på vinteren, det er svært smittomt og det kommer derfor også av og til inn på sykehus. Mest sannsynlig var i alt 17 pasienter og ansatte smittet og sengeposten måtte noen dager stenges for nye innleggelser. Med den belastningen som for tiden er på de medisinske sengepostene, bidro dette naturligvis til ytterligere utfordringer disse dagene. Når situasjonen oppstod, ble det jobbet godt og man fikk relativt raskt kontroll over utbruddet. Etter grundig smittevernvaske, ble sengeposten igjen åpnet for innleggelser 10. mai

2. Lederskifte ved klinikk for psykisk helsevern og rus

Klinikksjef Lars Ødegård har meddelt at han ønsker å fratrukke seg pensjon fra og med november 2022. Prosessen for å ansatte etterfølger er igangsatt og det vil bli gitt en muntlig oppdatering om status i møtet.

3. Beredskapsøvelse

Fredag 13. mai avholdt beredskapsledelsen ved sykehuset en diskusjonsøvelse. Gjennom pandemien har øvelsesaktiviteter blitt noe redusert og sykehuset ønsker å prioritere øvelsesaktiviteter høyere igjen, som et ledd i å normalisere drift og oppfølging. Deltakere på øvelsen var medlemmer av beredskapsledelse med stedfortredere. Det ble foretatt en gjennomgang av «proaktiv stabsmetodikk», som er den metoden/tilnærmingen til kriseledelse som benyttes. Diskusjonsøvelsen omfattet et scenario med brann ved sykehuset.

4. Eksponering på internett og sosiale medier

Digitale tjenester som eksponeres mot internett vil utgjøre en vesentlig del av sykehusets totale digitale fotavtrykk, og utgjør dermed også en vesentlig del av den totale angrepsflaten. Samtidig skal brukere være trygge når de besøker våre tjenester på internett. Det er på bakgrunn av dette nødvendig å ha godt etablerte rutiner rundt bruk, etablering, forvaltning og sanering av slike tjenester. Ulike sosiale medier knyttes også til Sykehuset Telemark, og administrasjon av hvilke konti og type medier som sykehuset skal ha som offisielle kanaler bør ses i det samme perspektivet.

På bakgrunn av problemstillingene over har vi sett behovet for å tydeliggjøre retningslinjer for bruk av sosiale medier, samt utarbeide en ny retningslinje for håndtering av domener for Sykehuset Telemark.

5. Nye retningslinjer for grafisk profil

Helse- og omsorgsdepartementet reviderte i mars 2022 nasjonalt profilprogram for helseforetakene. I samsvar med HODs nasjonale profilprogram for helseforetakene har vi utarbeidet retningslinjer for grafisk profil for Sykehuset Telemark. I hovedsak er denne basert på det nasjonale profilprogrammet, men tar også med designsystemet for den felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten (FNSP) samt lokale maler ved Sykehuset Telemark.

Øvrig informasjon kan bli gitt muntlig i møtet

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	25.05.2022

Type sak (sett kryss)						
Beslutning		Etterretning		Orientering	X	Tema

Sak: 050-2022 Virksomhetsrapport per 1. tertial 2022

Hensikten med saken

Saken beskriver oppnådde resultater per april 2022.

Forslag til vedtak

Styret tar virksomhetsrapport per 1. tertial til orientering.

Skien, 18. mai 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

0 Sammendrag

Sykehuset Telemark rapporterer et resultat på –37,7 millioner kr. per april. Dette er 57,7 millioner kr. lavere enn periodisert styringsmål. Avviket skyldes i all hovedsak ikke-kompenserte koronaeffekter på 41,8 millioner kr. i tillegg til betydelig høyere kostnader innen Fritt Behandlingsvalg, høye kostnader som følge av svært høyt aktivitetsnivå i prehospitaltjenester og akuttmottak, høyt belegg og krevende driftssituasjon i akuttpsykiatrien, forsinkelser i planlagt forbedringsarbeid og prisvekst utover KPI.

Estimat for året er vurdert til 40 millioner kr., 20 millioner kr svakere enn budsjettet, og i hovedsak grunnet FBV og prisvekst utover KPI.

Resultatet for april er -6,2 millioner kr. Dette er 11,2 millioner kr lavere enn budsjett for perioden. Udekket koronaeffekt utgjør 7,0 millioner i perioden. Høy aktivitet i prehospitaltjenester, driftssituasjon i akuttpsykiatrien, forsinkelser i forbedringsarbeid og prisvekst utgjør de største budsjettavvikene i april.

Gjennom april har driftssituasjonen i stor grad blitt normalisert mht covid-19. Det har fortsatt vært høyere sykefravær enn normalt, men fraværet viser en fallende trend. Elektiv kirurgi som tidligere har blitt redusert for å sikre tilstrekkelig intensivkapasitet og som følge av sykdom hos personell eller pasient øker, men er fortsatt 11% under budsjett. Det har vært høyt antall ø-hjelpsoperasjoner sammenlignet med tidligere år (15% over budsjett). Strykningsprosenten er 5,8 % i april.

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

Koronasituasjonen har påvirket foretakets drift negativt med 7,0 millioner kr. i april. Dette er en halvering siden mars. Effekten er i sin helhet økte kostnader. Dette er primært relatert til flere innleide vikarer og høyt forbruk av overtid som følge av høyt sykefravær. Videre har gevinstrealisering fra planlagt forbedringsarbeid i betydelig grad blitt påvirket av pandemien. Det er ikke inntektsført koronakompensasjon i april. Hittil i år utgjør ikke-kompenserte koronaeffekter 41,8 millioner kr.

Antall pasienter på venteliste er stabilt. Antall elektive henvisninger mottatt i april er tilbake på nivå fra før pandemien. Det er fortsatt stor henvisningsstrøm til barne- og ungdomspsykiatrien, Endo-mamma, Gastro, Plast og Fertilitet. Også barnemedisin har hatt en stor henvisningsøkning de siste månedene. Antall og andel pasienter passert planlagt tid øker sammenlignet med tidligere måneder.

Det er en reduksjon i antall og andel fristbrudd for påstartet pasient, og stabilt antall og andel for ventende pasienter. Det er fortsatt MATA som står for størstedelen av fristbruddene. De fleste fristbruddene ved MATA er registrert på Notodden.

Barne- og ungdomspsykiatrien har over lengre tid hatt stor økning i henvisninger. Økt produktivitet og tilsetting av flere behandlere har så langt håndtert økt behandlingssvolum. Aktiviteten i april er lavere enn budsjettet, men budsjettavviket er mindre enn foregående måneder. Store rekrutteringsvansker i voksenpsykiatrien (VOP/TSB) har over tid ført til nedgang i behandlingssvolum ved poliklinikkene, men aktiviteten innenfor BUP hittil i år ligger høyere enn i fjor.

Andelen telefon/video-konsultasjoner endte på 12,9 % for alle fagområdene hittil i år. Det er noe variasjon mellom fagområdene. I BUP har høy andel telefon/video-konsultasjoner bidratt til høy aktivitet.

Målsetninger for ventetid er oppnådd innenfor VOP og TSB. Den store økningen i henvisninger til BUP kan forklare at kravet ikke er innfridd her.

Innhold

0	Sammendrag	2
1	Risikovurdering per 1. tertial	6
2	Nasjonale og regionale styringsmål beskrevet i OBD	10
2.1	Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	10
	Prioriteringsregelen	10
	Bruk av tvang.....	10
	Pasientforløp psykisk helsevern og TSB	11
2.2	Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	12
2.3	Tilgjengelighet og sammenhengende pasientforløp	12
	Ventetider og ventende.....	13
	Korridorpasienter.....	14
	Belegg.....	14
	Planleggingshorisont og operasjoner.....	14
	Pakkeforløp kreft – andel behandlet innen standard forløpstid og antall nye pasienter i pakkeforløp.....	14
3	Aktivitet	16
3.1	Somatikk	16
3.2	Psykisk helsevern og TSB	17
4	Bemanning - brutto månedsverk, samlet lønnskostnad og innleie	18
5	Økonomi	20
5.1	Klinikkene.....	21
6	Tertialvise forhold.....	24
6.1	Forskning	24
6.2	Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring – I trygge hender 24/7	24
	GTT	24
	Kompetanseportalen og innsatsområder pasientsikkerhet 24/7.....	24
	Prevalensundersøkelser	25
	Innsatsområdet NEWS (tidlig oppdagelse av forverret tilstand) :.....	25
	Innsatsområdet Trygg utskrivning.....	26
	Den første Pasientsikkerhetskonferansen ved Sykehuset Telemark - 2022	26
	Pasientsikkerhetsvisitter	26
	Forbedringsprogrammet	26
	Handlingsplan for legemiddelsikkerhet 2022.....	26
	Eksterne tilsyn og revisjoner	27

Uønskede pasienthendelser og klagesaker	28
Indikator for meldekultur.....	29
Nytt forbedringssystem.....	30
6.3 HMS og arbeidsmiljø.....	30
6.4 Personvern og informasjonssikkerhet.....	31

1 Risikovurdering per 1. tertial

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

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

Koronasituasjonen har preget driften gjennom høyt sykefravær og smitteverntiltak i første kvartal. Situasjonen har imidlertid blitt mer normalisert i april. Sykefraværet er på vei ned, og sykehuset har fjernet de forsterkede smitteverntiltakene per 19. april. Aktiviteten har tatt seg opp, men enkelte kvalitetsindikatorer som ventetid og korridorpasienter viser fremdeles bekymringsfull utvikling. Det er kapasitetsproblemer og rekrutteringsvansker i psykiatrien. Inntektsbortfall og kostnadspådrag i forbindelse med pandemien utgjør en betydelig økonomisk risiko. Kompensasjon for koronarelaterte økonomiske effekter har vært svært begrenset i 2022, hvilket preger sykehusets økonomiske resultater per april.

		Konsekvens				
		1	2	3	4	5
Sannsynlighet	5				2	
	4			5	3, 9	
	3		4	1, 6	8	
	2		7			
	1					

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

1. Tilgjengelighet – Økt sannsynlighet. Ventetidene ligger på et høyere nivå enn samme tid i fjor, og før pandemien. Ventetid ventende og påstartet for somatikk er hhv. 68 og 66 dager, og 55 og 31 dager for psykiatri. Fristbrudd er 3 %, hvorav majoriteten gjelder Mage og tarm-avdelingen og GYN. Aktivitetsnivået har vært sterkt preget av økt sykefravær i første tertial. Det er viktig at driften normaliseres etter hvert som sykefraværet avtar og pandemien har mindre påvirkning på driften.

2. Økonomi – Økt sannsynlighet og konsekvens. Økonomiske resultater er svekket gjennom koronasituasjonen. Sykehuset har overført rest fra koronarelatert kompensasjon 2021 kr 1,3 millioner og har mottatt 12,2 millioner i 2022. Kompensasjonsmidler er bokført per mars, og rest udekket koronaeffekt er 41,8 millioner per april. Sykehuset rapporterer et driftsresultat på -37,8 millioner kr. per april, som er -57,8 millioner kroner lavere enn budsjett. Samlet koronaeffekt utgjør -55,3 millioner kroner per april. Korrigert for koronaeffekt er resultatet 4 millioner kroner per april og -16 millioner mot budsjett. Det er viktig at driftskostnader nedjusteres til et normalt driftsnivå i samsvar med utviklingen i koronasituasjonen. Underliggende utviklingstrekk, demografi i Telemark gjør det krevende å sikre økonomisk bærekraft over tid.

3. Bemanning – Uendret. Sykefraværet og effekten fra pandemien forventes å avta fram mot sommeren, som vil gi en positiv effekt på bemanning. Samtidig er enkelte fagområder presset på ressurser, og rekruttering er krevende. Sommeravvikling kan bli utfordrende på grunn av tilgang på sommervikarer, spesielt på sykepleiersiden i enkelte fagområder. Rekruttering av spesialister til BUP, VOP og TSB er svært krevende. Dette gir lav spesialistdekning og fører til forsinkelser i behandlingsforløp og dårligere pasienttilbud.

4. Prioriteringsregelen – Uendret. I første tertial har det vært svært høyt sykefravær og mange avlyste konsultasjoner på grunn av syk behandler eller syk pasient. Dette har ført til lavere aktivitet.

Prioriteringsregelen målt i ventetid er hittil i år oppfylt innenfor VOP med sine 31 og TSB med 22 dager. BUP ligger på 38 dager, noe som er 3 dager for lenge. Deler av årsaken er den store økningen av henvisninger innenfor barne- og ungdomspsykiatrien.

Prioriteringsregelen måles ved at aktiviteten i 2022 skal være høyere enn i 2021 for hvert av tjenestoområdene. Målsettingen er oppfylt for BUP, mens VOP og TSB har redusert sin aktivitet. Dette skyldes i hovedsak den store nedgangen i antall terapeuter.

5. Informasjonssikkerhet og personvern - Uendret. Risiko for eksterne dataangrep anses økt generelt, blant annet på bakgrunn av situasjonen med Ukraina. Trusselvurderinger tilsier ikke økt risiko alene pga. det. Ansatte informert om risiko for phishing-angrep, og får anbefalinger om hvordan

man skal forholde seg til dette. Sykehuspartner HF har i perioder hatt økt beredskap og overvåkning av situasjonen.

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

Sanering av gamle løsninger fortsetter, blant annet vil legacy STHF-domene etter planen være sanert i Q2.

Helsetilsynets rapport 2-2021 vedr. bortfall av IKT gjennomgått i KPU (Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget) med tanke på å adressere ansvar for oppfølging og tiltak.

IT-løsning for regional protokoll etter Artikkel 30 er levert. Arbeidet med komplettering av protokollen videreføres, og systematikk og ansvarsplassering for ajourføring av protokollen er definert. Avventer rydding i protokollen fra vår databehandler.

6. Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring – Økt sannsynlighet. Det er en stigende trend i korridorpasienter siste tertial, som ligger på 3,4 % per april. Det er særlig Medisinsk klinikk som har stigende trend. Kirurgisk klinikk har effektivisert sine sengeposter, og har mindre kapasitet til å håndtere satellittpasienter fra Medisinsk klinikk. Det arbeides med tiltak i prosjektet Pasientflyt 24/7, med fokus på flere av tiltakspakkene fra «I trygge hender 24/7», blant annet innen tidlig oppdagelse av forverret tilstand (NEWS-2). Relevante kvalitetsindikatorer, herunder 30-dagers overlevelse, tematiseres i Helsefelleskap FSU Kvalitet og tjenesteutvikling. Et slikt felles fokus fra kommuner og sykehus forventes å øke pasientsikkerheten. Det er videre fokus på kreftområdet. Forbedringsarbeid knyttet til pakkeforløp lungekreft har vært gjennomført, og resultater avventes. Fagråd kreft er under etablering i sykehuset. Hensikten er blant annet å øke 5-års overlevelse.

7. Koronaberedskap – Redusert sannsynlighet og konsekvens. Sykehuset skal sikre tilgang på utstyr, ressurser og kompetanse i forbindelse med koronapandemien, samt til enhver tid sikre god balanse mellom beredskap og øvrig drift. Ansatte på sykehuset er i stor grad fullvaksinerte. Forsterkede smitteverntiltak er fjernet fra 19. april. Sykefraværet forventes å avta fram mot sommeren. Klinikken har ansvar for å sikre at tiltak og koronarelaterte kostnader samsvarer med sykehusets beredskapsnivå.

8. Aktivitet – Økt sannsynlighet. Ø-hjelpsaktiviteten i Medisinsk klinikk har tatt seg opp igjen. Kirurgisk klinikk har vært tilbake på et normalt aktivitetsnivå for ø-hjelp, og elektiv aktivitet har tatt seg opp i april etter mange avlyste operasjoner gjennom første kvartal. Det er høy aktivitet på poliklinikk, og det jobbes godt med ventelister, men budsjetterte inntektsforventninger vil ikke bli innfridd. Fokus på normalisering etter en periode med høyt sykefravær og driftsforstyrrelser.

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

Aktiviteten innen BUP er på nivå med 2021 men lavere enn budsjett. Budsjett 2022 er fastsatt med bakgrunn i prioriteringsregelen som tidligere ble målt i forhold til vekst i somatikken. Høyt sykefravær og avlyste timer pga syke behandlere eller syke pasienter bidrog til lavere aktivitet enn planlagt i første kvartal. Med lavere fravær framover forventes aktiviteten å øke. Samtidig er det betydelige utfordringer med å rekruttere leger og psykologspesialister. Det er et stabilt høyt nivå på henvisningene til BUP, og dette utfordrer kapasiteten i en situasjon med vakante behandlerstillinger og få spesialister.

9. Kapasitet innen psykisk helsevern/TSB – Ny.

- Manglende kapasitet i Sikkerhetspsykiatri
Flere dømmes til tvungent psykisk helsevern. Ikke ledige plasser i sikkerhetspsykiatrien. Mangel på plasser til disse pasientene. Fører til at andre sikkerhetspasienter (krevende pasienter uten dom) må plasseres på andre lukkede poster. Dette forskyver krevende behandlingsopplegg til poster som ikke er rigget for dette (lokaler, bemanningsressurser, kompetanse), og medfører dårligere pasienttilbud og økte kostnader.
- Sterk vekst i Henvisningsstrøm BUP
Vedvarende høyt antall henvisninger til BUP. Økning i spiseforstyrrelser og andre ressurskrevende lidelser. Antall henvisninger ser ut til å ha stabilisert seg, men på et vesentlig høyere nivå enn før pandemien. Dette utfordrer kompetanse og kapasitet. BUP har fått tilført ressurser for å øke antall behandlere, men rekrutteringsutfordringer er til hinder for økt kapasitet.
- Driftssituasjon VOP
Flere av poliklinikkene har kritisk få spesialister. Enkelte poliklinikker vil ved manglende spesialistrekruttering måtte stenge til høsten.
Lukkede akuttposter har en krevende driftssituasjon pga. krevende pasienter fra sikkerhetsposten. De allmennpsykiatriske sengepostene får et høyere trykk da akuttpasienter må overføres dit pga. plassmangel i akuttpostene. I noen tilfeller skrives pasientene ut tidligere enn de ville gjort med full kapasitet.
Det er også en opplevelse av at sykdomsbildet har forverret seg og pasientene er mer krevende enn tidligere.
- Generelle rekrutteringsutfordringer
Det er svært vanskelig å rekruttere psykologspesialister eller overleger. Siste månedene har det heller ikke vært mulig å få tak i psykologer. Samtidig er det relativt høy turnover, og antall vakante behandlerstillinger er økende. Dette er en uheldig utvikling siden rekruttering til små fagmiljøer er ekstra vanskelig. BUP, VOP og TSB består av mange små poliklinikker som er svært sårbare ved vakanser og lite konkurransedyktige i rekrutteringssammenheng.

2 Nasjonale og regionale styringsmål beskrevet i OBD

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

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

2.1 Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Prioriteringsregelen

Ventetider

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

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

Hittil i år er ventetiden påstartede på 30,8 dager innenfor VOP og 22,1 dager i TSB, mens BUP har en ventetid påstartet på 37,6 dager.

Prioriteringsregelen målt i ventetid er da oppfylt innenfor VOP og TSB, mens BUP ikke innfrir målet hittil i år. Ventetid ventende var ved månedsskifte april mai på 27 dager samlet innenfor PHV/TSB. Barne- og ungdomspsykiatrien har fortsatt en stor henvisningsmengde som fører til økte ventetider.

Polikliniske konsultasjoner

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

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

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

Bruk av tvang

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

Det er 136 tvangsinnlagte hittil i år, noe som er en økning på 48 % fra samme periode i fjor. Utviklingen fra i fjor høst ser ut til å fortsette inn i 2022. Dette tilsvarer et gjennomsnitt på 0,20 per 1000 innbyggere. Med 736 antall innlagte er andelen tvangsinnlagte oppe på 18,5 % hittil i år. Andelen tvangsinnlagte var 15,3 % i samme periode i fjor.

Prioritere psyk.helsevern og TSB	mål 2022	2019	2020	2021	Hittil 2022
Antall tvangsinnleggelser psyk./1000 innbyggere	lavere enn 2021	0,14	0,16	0,16	0,20
Andel tvangsinleggelser	lavere enn 2021	14,3 %	17,4 %	16,5 %	18,5 %
Antall pasienter i døgntilrettelagt behandling som har minst ett tvangsmiddelvedtak	reduseres	11	11	12	11

Pasientforløp psykisk helsevern og TSB

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

Mål 2022:

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

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

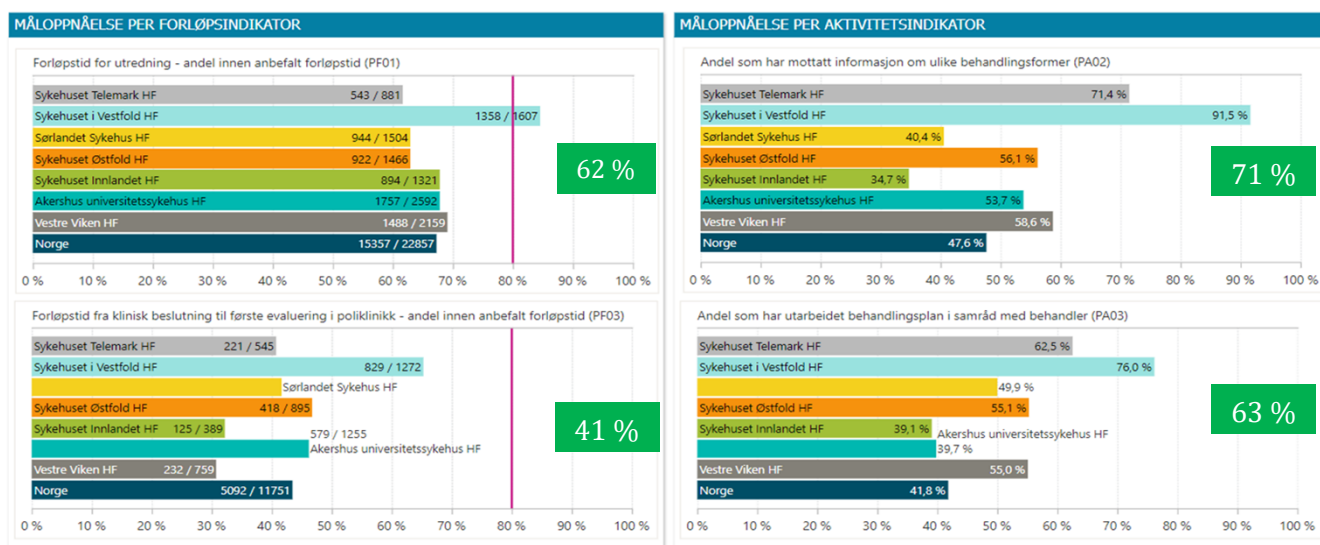
Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene skal sørge for at praksis i spesialisthelsetjenesten blir endret i tråd med anbefalingene i pasientforløpene. Målet er likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor, unngå unødig ventetid for utredning, behandling og oppfølging, økt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

Det er store forskjeller i måloppnåelse innenfor de ulike forløpene. Hittil i år har STHF en måloppnåelse på 62 % på forløpstid for utredning. Dette er 18 % - poeng bak HSØ-målet, og 6 % - poeng bak landsgjennomsnittet. Pasientforløp innenfor BUP er nede på 42 % måloppnåelse, mens psykose (D06), OCD (D07) og pasientforløp psykisk helsevern voksen (D11) leverer som landsgjennomsnittet på 71 % måloppnåelse.

Når vi kommer til parameteren for første evaluering ligger STHF på 41 % måloppnåelse, noe som er langt unna målet. Denne måleparameteren strever de fleste foretakene med, og landsgjennomsnittet viser 46 % måloppnåelse. Evaluering av pasientforløp Spiseforstyrrelser (D08) og generell utredning og behandling barn og unge (D12) ligger 6 % - poeng over landsgjennomsnittet.

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

Figuren under viser det samlede resultatet per april:



April	Målekort STHF	Denne periode			Hittil i år		
		Faktisk	Mål	Avvik	Faktisk	Mål	Avvik
	Pasientforløp VOP - utredning	71	80	-9	72	80	-8
	Pasientforløp TSB - utredning	100	80	20	68	80	-12
	Pasientforløp BUP - utredning	42	80	-38	46	80	-34

2.2 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	mål 2022	Denne periode							apr. 22					
		des.19	des.20	des.21	jan.22	feb.22	mar.22	apr.22	KIR	MED	MSK	ABK	BUK	VOP/TSB
Sykehusinfeksjoner %	<3%													
Korridorpasienter - antall	0 %	121	66	178	196	167	243	248	38	210				
Korridorpasienter %	0,0 %	1,5 %	1,0 %	2,4 %	2,4 %	2,4 %	3,0 %	3,4 %	1,5 %	5,0 %				
Direkte time i %	100 %	84 %	85 %	79 %	77 %	78 %	72 %	78 %	82 %	72 %	99 %	0 %	67 %	89 %
Antall åpne dokumenter > 14 dager	<2800	3 951	3 662	4 205	4 158	3 203	3 280	3 301	572	1 039	18	2	951	719
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode og uten	reduseres	1 068	794	1 589	1 642	1 789	1 550	1 604	396	847	13	50	179	119
Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse	>30%	28 %	28 %	23 %	23 %	24 %	25 %	26 %	26 %					

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

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

2.3 Tilgjengelighet og sammenhengende pasientforløp

Redusere unødvendig ventetid	mål 2022									apr.22				
		des.19	des.20	des.21	jan.22	feb.22	mar.22	apr.22	KIR	MED	MSK	BUK (som)	BUK (psyk)	VOP/TSB
Gjennomsnitt ventetid i dager	50 dager somatikk 30 dager	54	50	55	60	64	63	63	74	53	62	55	41	29/19
Fristbrudd avviklede, antall pr mnd	0	62	21	98	83	69	107	74	38	35	-	-	-	1
Fristbrudd andel avviklede per mnd	0	2,2 %	0,8 %	4,0 %	3,0 %	2,7 %	3,6 %	3,0 %	2,9 %	4,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,8 %
Antall som venter	reduksjon	7 534	6 416	7 349	7 239	7 134	7 199	7 182	4 055	2 052	374	334	96	181
Antall med ventetid over 1 år	0	42	33	71	56	59	57	66	57	4	1	-	-	4
Andel telefon/videokonsultasjoner	som: 10% PHV/TSB: 75%			17,8 %	15,9 %	13,2 %	12,3 %	11,1 %	4 %	13 %	6 %	8 %	23 %	14 %/ 26 %
Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp (OA1)	70 %	80 %	79 %	77 %	76 %	74 %								
Andel innen definert forløpstid	70 %	75 %	77 %	75 %	76 %	85 %								
Antall passert planlagt tid	reduksjon	4 834	4 774	5 529	5 432	5 918	5 815	6 566						
Andel passert planlagt tid %	<5%	8 %	9 %	9 %	9 %	10 %	10 %	11 %						

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

Ventetider og ventende

Kapasitetsutfordringer

Vi ser at kapasitetsutfordringer påvirker ventelistene for flere fagområder, og denne situasjonen ser ut til å vedvare. Kombinasjonen av færre polikliniske konsultasjoner og mange henvisninger inn gir økning i pasienter på venteliste. Det er fortsatt en økning i pasienter passert planlagt tid. Fagområdene som utmerker seg negativt og som ser ut til å ha kapasitetsutfordringer er Plast, Gyn, Barn, Hjerte og Nevro. Disse har til felles en utfordring med å få gjennomført mange nok polikliniske konsultasjoner til å håndtere pasientmengden. Høyt sykefravær og vakanser i legegruppene kombinert med høyt belegg på sengepostene fører til at kapasiteten i poliklinikkene reduseres.

Antall på venteliste og passert planlagt tid

Antall pasienter på total venteliste fortsetter å øke i forhold til tidligere perioder.

Passert planlagt tid har en betydelig økning fra forrige periode (nå 6.566 vs 5.815 forrige periode). Dette utgjør 10,8 % som er langt høyere enn målkravet på 5 %. HSØ totalt for perioden er ca. 11,5 %. ØNH, Plast, Mage-tarm, Hjerte, Endokrin og Barn har høyest antall pasienter med passert planlagt tid, jfr. kommentaren om kapasitetsutfordringer ovenfor.

Utviklingen i offisielle ventelisten har stabilisert seg siste 12 måneder, og det er for denne perioden 7.182 pasienter som venter. Dette er likt med forrige periode.

Primær henvisninger

Elektive: Antall elektive henvisninger hittil i år ligger ca. 11 % høyere enn tilsvarende periode i fjor, og ca. 10 % lavere for perioden april mot samme periode i fjor.

Ø-hjelp (akutt-ankomster): Antall ø-hjelpshenvisninger ligger nå på et tilsvarende nivå som før covid.

Ventetider

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter med påstartet behandling ligger for denne perioden på 63 dager for alle tjenesteområdene samlet, ingen endring fra forrige periode, og en endring på +11 dager i forhold til samme periode i fjor.

Ventetid påstartet: (denne periode/forrige periode) Somatikk 66 (65) dager, VOP 29 (28), BUP 41 (34) og TSB 19 (15).

Gjennomsnittlig ventetid for ventende pasienter for alle tjenesteområder er 68 (64) dager, som er en endring på +4 dager i forhold til forrige periode. Ventetid ventende: Somatikk 69 (65) dager, VOP 25 (22), BUP 31 (29) og TSB 474 (12), tallet for TSB gjelder en pasient med maks ventetid på 7700 dager, denne er en adm. feil som er rettet etter rapporteringsperioden. Korrigert for registreringsfeilen har TSB en ventetid ventende på om lag 22 dager.

Antall ventende pasienter over 1 år er for denne perioden 66 (57), endring +9 pasienter fra forrige periode. Plast har den største andelen med 54 (52) pasienter.

Fristbrudd

Andel fristbrudd påstartet er for perioden på 3,0 % (3,6 % forrige periode), antallet er 74 (107) fristbrudd. Plast har 2 (11) brudd og en andel på 1,1 % (5,0 %), og Mage-tarm har 24 (36) brudd og en andel på 18 % (20,5 %), Gynekologisk har 23 (27) brudd og en andel på 10 % (14 %), Nevro har 3 (9) brudd og en andel på 5,4 % (9,1 %).

Andel fristbrudd ventende for alle tjenesteområder er 2,1 % (2,0 % forrige periode), antallet er 148 (143), som er nedgang på 5 brudd fra forrige periode. Mage-tarm har 102 (86) brudd og en andel på 27,5 % (24,8 % forrige periode), Rehab har 16 (20) brudd og en andel på 2,9 % (3,7%).

Korridorpasienter

I denne perioden har vi 248 (243 forrige periode) korridorpasienter. Andel korridorpasienter for perioden er 3,4 % (2,9 %), medisinske fagområder har 85 % av alle korridorpasienter. Dette samsvarer også med at det er de medisinske sengepostene som har hatt høyest belegg siste periode.

Belegg

Snitt belegg i somatikken denne perioden, barneposten ekskludert, er på 202 pasienter. Dette tilsvarer en beleggsprosent på 101. Det har vært svært høyt belegg på enkelte medisinske sengeposter, som infeksjon-mage-tarm og lunge-geriatri.

Planleggingshorisont og operasjoner

Ventelister til operasjon har lagt på et lavere nivå enn tidligere år, men er i en svakt stigende trend. Smitte og sykefravær både hos personell og pasienter har resultert i forstyrrelser i operasjonsaktiviteten for april. Det har også kommet anbefalinger om at pasienter som har gjennomgått korona bør utsette operasjon i 4 – 12 uker avhengig av vurdering fra anestesilege. Det er avlyst 5 operasjonsteam grunnet sykdom hos personell eller pasient, hvorav 2 team kunne overtas av andre fag. Sene avlysninger har skapt problemer for booking av nye pasienter. Der hvor elektive operasjoner har blitt avlyst på kort tid, har ledige team blitt benyttet til ø-hjelp i den grad det har vært mulig. Elektive operasjoner i april er 11 % under budsjett, mens ø-hjelpsoperasjoner er 15 % over budsjett. Strykningsprosenten er 5,8 % i april.

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

Resultater for pakkeforløp kreft publiseres av Helsedirektoratet. På tidspunkt for utarbeidelse av virksomhetsrapporten var resultater for april ikke publisert.

Fagråd kreft STHF

Som et sentralt ledd i oppfølgingen av kreftområdet, ble Fagråd kreft etablert ved Sykehuset Telemark i mars 2022. Fagråd kreft skal bidra til standardisering og samarbeid innenfor fagområdet kreft, på tvers av klinikker og lokasjoner. Fagrådet ledes av onkolog ved avdeling for kreft og blodsykdommer mens spesialrådgiver fra Kvalitetsavdelingen er sekretær.

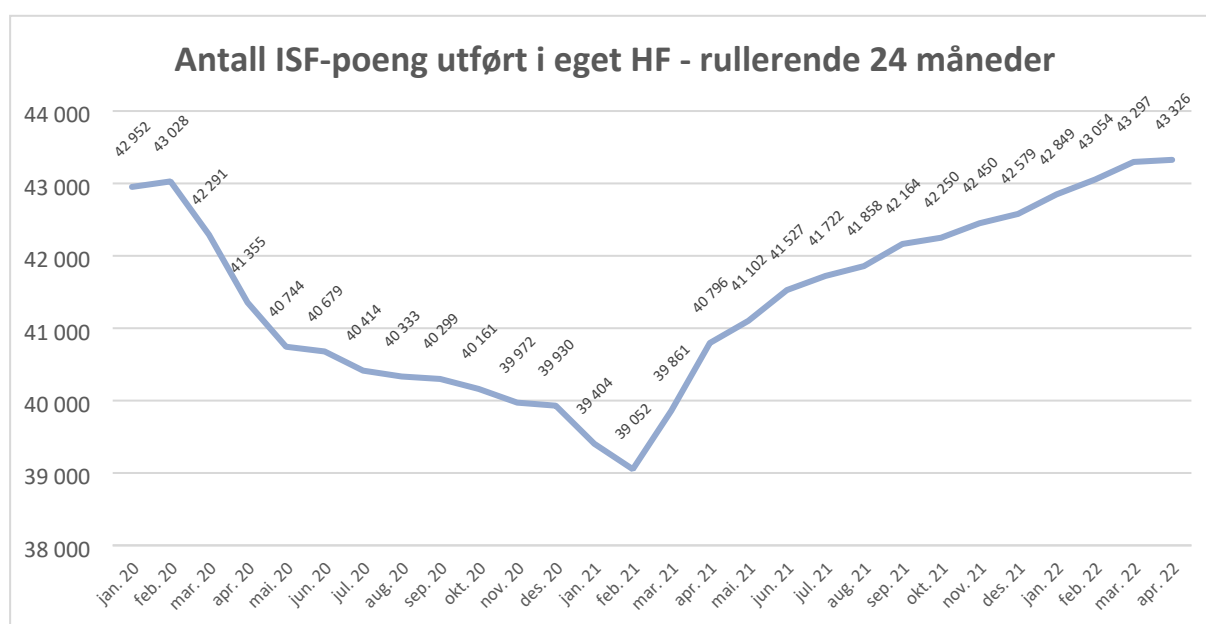
3 Aktivitet

3.1 Somatikk

Koronasituasjonen påvirket foretakets drift i årets 3 første måneder. Nivået på øyeblikkelig hjelp-pasienter var lavere enn budsjettet og lavere enn i 2019. Aktivitetsnivået i april 2022 var imidlertid likt med budsjett og april 2019. For øvrig var antall utskrevne døgnpasienter hele 12 % høyere i april i år sammenlignet med april i fjor, da sykehuset var sterkt påvirket av pandemien.

Samlet budsjettavvik vedrørende ISF poeng utført i eget HF (dag, døgn, poliklinikk) er for april 2022 forholdsvis marginalt; +67 poeng (+2 %). Akkumulert per 1. tertial er budsjettavviket -461 poeng, som tilsvarer -3%.

Grafen under viser hvordan DRG-poeng opptjent har avtatt som følge av lavere aktivitet etter koronautbruddet i mars måned 2020, men er nå tilbake til nivået før pandemien.



ISF-poeng somatikk											
	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2021	Budsjett 2022	ISF budsj.-avvik (1000 kr)
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%			
Kirurgisk klinikk	1 491	1 462	29	2 %	6 561	6 728	-167	-2 %	6 527	19 657	-3 993
Medisinsk klinikk	1 702	1 717	-16	-1 %	7 166	7 293	-127	-2 %	6 411	21 412	-3 040
BUK	222	248	-25	-10 %	923	1 082	-159	-15 %	925	3 040	-3 787
Akutt og beredskap	9	10	-1	-12 %	43	44	-1	-2 %	40	118	-25
MSK	17	36	-19	-52 %	117	140	-23	-16 %	123	400	-542
Ernæringspoliklinikk	-	-	0		-	-	0		9		
Ufordelt	5	-	5		17	-	17		-77		
SUM ISF-poeng utført ved STHF	3 446	3 473	-27	-1 %	14 827	15 288	-460	-3 %	13 958	44 627	-11 388
SUM ISF-poeng utført ved STHF "sørge-for"	3 471	3 492	-21	-1 %	14 910	15 360	-449	-3 %	14 024	44 847	
SUM ISF-poeng (inkl. legemidler, FBV) "sørge-for"	3 606	3 735	-129	-3 %	15 767	16 333	-565	-3 %	15 033	47 767	

Sykehuset Telemark	apr.22				Hittil i år				Endring HiÅ 2022 - 2021		
	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	Avvik i prosent	HiÅ 2021	Endring	%
Somatikk											
Antall utskrivninger døgntilrettelagt	2 130	2 137	- 7	0 %	8 432	9 157	- 725	-8 %	7 762	670	9 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	7 506	7 518	- 12	0 %	30 575	32 219	- 1 644	-5 %	27 477	3 098	11 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	2 099	2 110	- 11	-1 %	9 113	9 329	- 216	-2 %	9 101	12	0 %
Antall inntekstgivende polikliniske opphold	13 954	14 794	- 840	-6 %	61 801	66 208	-4 407	-7 %	61 454	347	1 %

Den polikliniske aktiviteten i april var 10 % lavere sammenlignet med i fjor, og 6 % lavere enn budsjettet. April 2022 hadde 1 arbeidsdag færre enn april i fjor.

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

Andel video- og telefonkonsultasjoner er 8 % i april, noe under STHFs interne målsetting for somatikken som er 10 %. Hittil per 4 måneder er faktisk andel 9 %.

Kirurgisk klinikk ligger 167 ISF-poeng bak budsjett pr. april, som er en forbedring på 29 ISF-poeng siden forrige rapportering. Avviket gjelder endringer i operasjonsprogrammet som følge av koronatiltak, lav legebemannning på GYN og Plast, samt høyt sykefravær, særlig hos ØHN. Ventelister til operasjon har lagt på et lavere nivå enn tidligere år, men er i en svakt stigende trend. Indekser hittil i år er +1,2 % for dag og -3,7 % for døgn. ISF-avviket hittil i år gjelder hovedsakelig lavere antall opphold enn budsjetter. Lave indekser, hovedsakelig på døgn, forklarer 86 % av ISF-avviket.

Aktiviteten i **Medisinsk klinikk**, målt i antall ISF-poeng, har per 4 måneder vært 127 poeng (-2 %) lavere enn budsjettet, men 11 % høyere enn i samme periode i fjor. Avviket skyldes for en stor del den pågående pandemien; nivået på øyeblikkelig hjelp-pasienter var spesielt i januar og februar lavere enn budsjettet. Aktiviteten knyttet til poliklinikk/dagbehandling var per 4 måneder 7 % lavere enn budsjettet og 2 % høyere enn i fjor.

Barne- og ungdomsklinikken har et negativt budsjettavvik på -159 ISF-poeng (-15 %) per april. 133 poeng skyldes færre døgnopphold, og av disse er 44 poeng knyttet til friske nyfødte. Det har de siste månedene vært høyt sykefravær blant legene og dette har medført redusert poliklinisk aktivitet.

3.2 Psykisk helsevern og TSB

Trykket på sengepostene er høyt innenfor voksenpsykiatrien. Målt mot fjoråret er det en vekst på 14,2 % i antall liggedager og 19,8 % i antall sykehusopphold. Målt mot budsjett er det 6,2 % høyere antall

liggedager og 8,3 % høyere antall sykehusopphold. Den store veksten i voksenpsykiatrien skyldes både økt trykk og økt kapasitet på starten av året.

I både den ungdomspsykiatriske sengeposten og på avrusningen viser tallene en nedgang i antall liggedager, men en sterkt vekst i antall sykehusopphold. Veksten i antall sykehusopphold er på hele 52 % i den ungdomspsykiatriske sengeposten og 36 % innenfor avrusningen. Målt mot budsjett er avviket på hhv 23 % og 36 %.

ISF-poeng PHV og TSB utført ved STHF												
	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2021	Budsjett 2022	ISF avvik hittil	
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%				
DPS nedre Telemark	249	337	-88	-26 %	1 103	1 407	-304	-22 %	3 156	3 975	-1 000 600	
DPS øvre Telemark	112	180	-68	-38 %	547	752	-205	-27 %	1 450	2 124	-675 517	
Psykiatriske sykehusavdeling	87	50	37	74 %	303	208	95	46 %	615	588	313 644	
Poliklinisk avdeling TSB og psykose	289	317	-28	-9 %	967	957	10	1 %	2 579	2 703	31 899	
Raskere tilbake PHV og TSB (underlagt Med.kl)	2	7	-5	-73 %	28	34	-5	-16 %	82	92	-17 786	
Klinikk for PHV og TSB + Raskere tilbake	738	891	-152	-17 %	2 949	3 358	-409	-12 %	7 882	9 482	-1 348 359	
Avdeling for barn og unges psykiske helse - ABUP	788	947	-158	-17 %	3 485	4 457	-972	-22 %	11 843	12 089	-3 202 932	
Barne- og ungdomsklinikken	788	947	-158	-17 %	3 485	4 457	-972	-22 %	11 843	12 089	-3 202 932	
SUM ISF psykisk helsevern og TSB på STHF	1 526	1 837	-311	-17 %	6 433	7 815	-1 382	-18 %	19 725	21 571	-4 551 292	

Sykehuset Telemark	apr.22				Hittil i år				Endring HiÅ 2022 - 2021		
	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	Avvik i prosent	HiÅ 2021	Endring	%
VoP - Psykisk helsevern for voksne											
Antall utskrivninger døgntilrettelegging	133	105	28	27 %	521	481	40	8 %	435	86	20 %
Antall liggedøgn døgntilrettelegging	2 726	2 406	320	13 %	11 112	10 465	647	6 %	9 731	1 381	14 %
Antall oppholdsdager dagbehandling											
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	3 169	3 957	- 788	-20 %	14 307	16 531	-2 224	-13 %	15 189	- 882	-6 %
BUP - Psykisk helsevern for barn og unge											
Antall utskrivninger døgntilrettelegging	17	14	3	21 %	64	52	12	23 %	42	22	52 %
Antall liggedøgn døgntilrettelegging	143	179	- 36	-20 %	575	846	- 271	-32 %	874	- 299	-34 %
Antall oppholdsdager dagbehandling											
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	2 920	3 093	- 173	-6 %	13 111	14 564	-1 453	-10 %	12 861	250	2 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling											
Antall utskrivninger døgntilrettelegging	36	22	14	64 %	147	108	39	36 %	108	39	36 %
Antall liggedøgn døgntilrettelegging	271	220	51	23 %	1 021	1 040	- 19	-2 %	1 017	4	0 %
Antall oppholdsdager dagbehandling											
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	570	763	- 193	-25 %	2 482	3 186	- 704	-22 %	2 883	- 401	-14 %

Antall konsultasjoner innenfor PHV og TSB var i april 14,8 % lavere enn budsjettet, og 15,9 % lavere enn i fjor. Hittil i år ligger antall konsultasjoner 12,8 % lavere enn budsjettet, og 3,3 % lavere enn fjoråret. BUP viser en vekst på 1,9 %, mens VOP og TSB viser en nedgang med hhv 5,8 % og 13,9 %.

Antall behandlere tilstede hittil i år viser en vekst på 2,9 % i BUP, mens innenfor VOP og TSB er det hhv 4,1 % og 25,4 % færre terapeuter tilstede hittil i år målt mot fjoråret. Nedgangen skyldes rekrutteringsutfordringer.

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

Som følge av pandemien, har andelen telefon- og videokonsultasjoner økt. Det er i 2022 satt et nasjonalt mål på 15 % samlet for alle tjenestoområdene, og et internt mål om at andelen telefon- og

videokonsultasjoner skal overstige 25 % for PHV/TSB. PHV/TSB per april viser en andel på 19,8 % på telefonkonsultasjoner alene, og har i tillegg en andel videokonsultasjoner på 3,1 %. Den regionale oversikten viser at vi ligger over gjennomsnittet i HSØ.

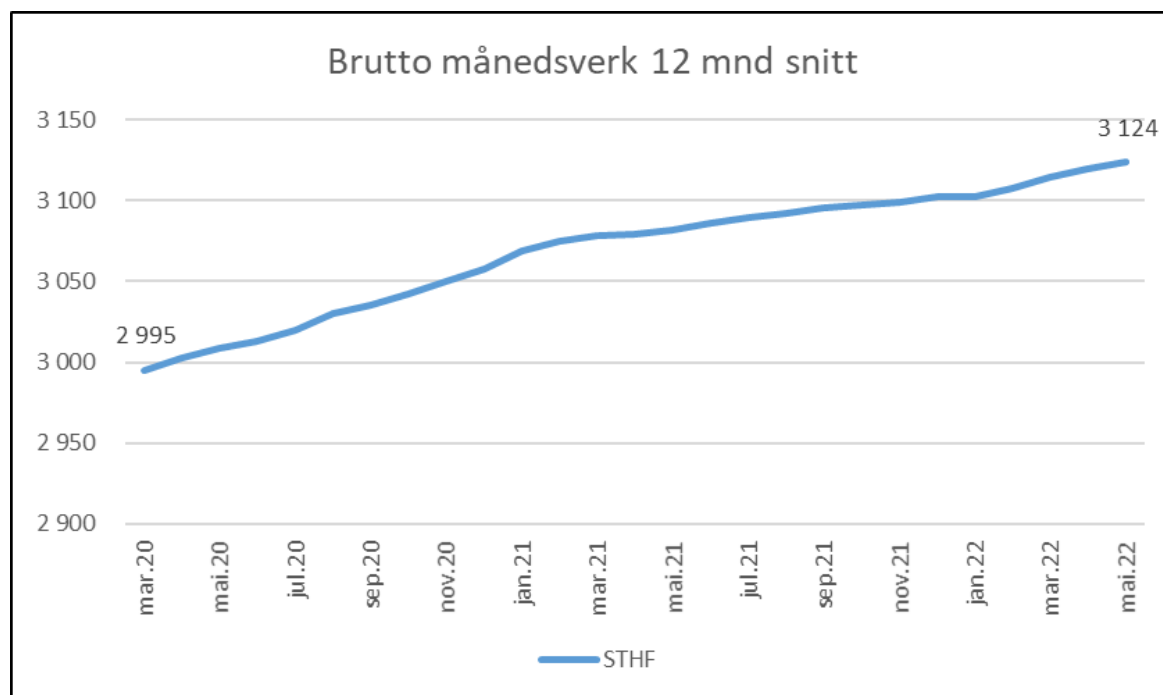
4 Bemanning - brutto månedsverk, samlet lønnskostnad og innleie

Brutto månedsverk som ble utbetalt i april var 3118, noe som er 3,4 % over budsjettet bemanningsforbruk og 64 månedsverk over fjorårsnivået. Det er i april utbetalt 62 månedsverk som er knyttet til det ekstraordinære sykefraværet som følge av pandemien. Dette står for 2,1 % - poeng av budsjettavviket.

Hittil i år er det utbetalt 3101 brutto månedsverk, noe som er 2,9 % over budsjett, og 51 månedsverk over fjorårsnivået. Når vi trekker ut koronarelatert bemanning, er bemanningsforbruket 32 månedsverk høyere enn budsjettet. I dette tallet inngår også årsverk som er eksternt finansiert og ikke budsjettet.

Et sykefravær på 10,9 % i mars gir et høyt forbruk av variabel lønn. Dette resulterer i høyt nivå på brutto månedsverk utbetalt i april. Med nåværende sykefravær er bemanningsbudsjettet vanskelig å holde. Foreløpige tall for sykefraværet i april viser at sykefraværet er på god vei nedover.

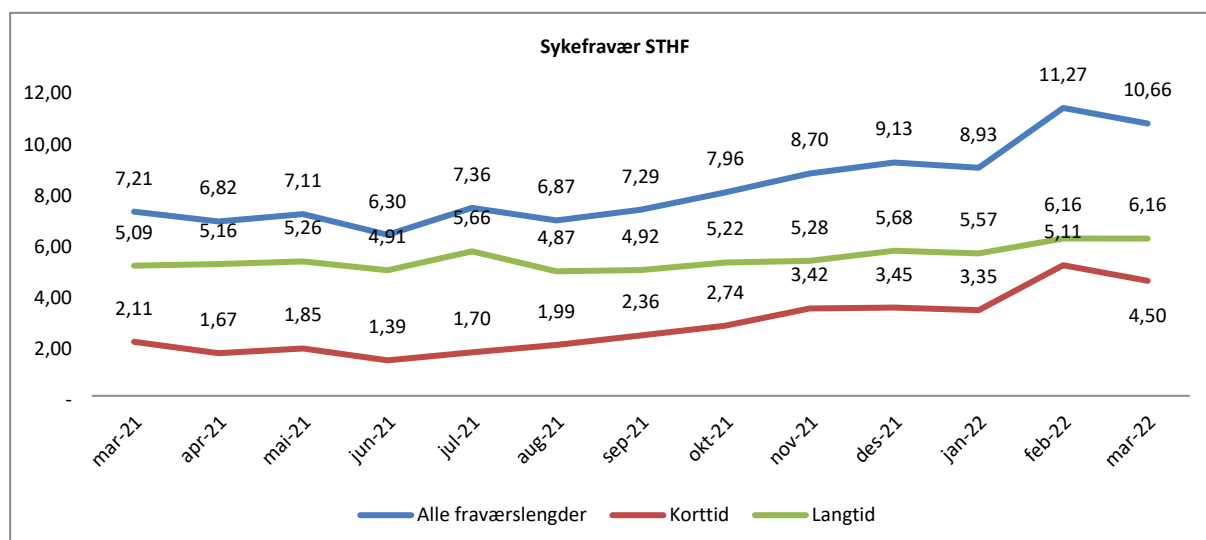
Som vist i grafen under er det vekst i brutto årsverk gjennom hele pandemiperioden fra mars 2020. Denne veksten er høyere enn årsverkene direkte knyttet til pandemien, noe som understreker viktigheten av å holde fremdrift i sykehusets effektiviseringsarbeid også i den perioden vi er inne i.



Samlede lønnskostnader for egne ansatte utgjorde 828,1 millioner kr per april, mot budsjett 814,9 millioner kroner. Dette er 49,7 millioner kr høyere enn i samme periode i 2021. Innleie utgjorde 14,3 millioner kr per april mot budsjett 6,8 millioner kr.

Tall for sykefravær rapporteres med en måneds forsinkelse. Grafen viser at sykefraværet har økt betydelig fra august 2021 og frem til nå. Sykefraværet i februar var historisk høyt, falt litt i mars, men fremdeles høyt.

Det høye sykefraværet hittil i år resulterer i mye innleie og dyr drift. Det rapporteres om reduksjon i sykefraværet i april. Veksten fra august til mars er størst innenfor korttidsfraværet, men langtidsfraværet er også økende. Sykefravær registrert som koronarelatert utgjør per mars 2,4 % - poeng, mens det i mars måned isolert sett viser 2,5 % - poeng.



5 Økonomi

Sykehuset Telemark rapporterer et resultat på -37,7 millioner kr. per april. Dette er 57,7 millioner kr. lavere enn periodisert styringsmål. Avviket skyldes i all hovedsak ikke-kompenserte koronaeffekter på 41,8 millioner kr. i tillegg til betydelig høyere kostnader innen Fritt Behandlingsvalg, høye kostnader som følge av svært høyt aktivitetsnivå i prehospitaltjenester og akuttmottak, høyt belegg og krevende driftssituasjon i akuttpsykiatrien, forsinkelser i planlagt forbedringsarbeid og prisvekst utover KPI.

Estimat for året er vurdert til 40 millioner kr., 20 millioner kr svakere enn budsjettet, og i hovedsak grunnet FBV og prisvekst utover KPI.

Resultatet for april er -6,2 millioner kr. Dette er 11,2 millioner kr lavere enn budsjett for perioden. Udekket koronaeffekt utgjør 7,0 millioner i perioden. Høy aktivitet i prehospitaltjenester, driftssituasjon i akuttpsykiatrien, forsinkelser i forbedringsarbeid og prisvekst utgjør de største budsjettavvikene i april.

Gjennom april har driftssituasjonen i stor grad blitt normalisert mht covid-19. Det har fortsatt vært høyere sykefravær enn normalt, men fraværet viser en fallende trend. Elektiv kirurgi som tidligere har blitt redusert for å sikre tilstrekkelig intensivkapasitet og som følge av sykdom hos personell eller pasient øker, men er fortsatt 11% under budsjett. Det har vært høyt antall ø-hjelpsoperasjoner sammenlignet med tidligere år (15% over budsjett). Strykningsprosenten er 5,8 % i april.

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

Koronasituasjonen har påvirket foretakets drift negativt med 7,0 millioner kr. i april. Dette er en halvering siden mars. Effekten er i sin helhet økte kostnader. Dette er primært relatert til flere innleide vikarer og høyt forbruk av overtid som følge av høyt sykefravær. Videre har gevinstrealisering fra planlagt forbedringsarbeid i betydelig grad blitt påvirket av pandemien. Det er ikke inntektsført koronakompensasjon i april. Hittil i år utgjør ikke-kompenserte koronaeffekter 41,8 millioner kr.

Regnskapsresultat pr. april 2022	regnskap april	budsjett april	avvik april	Budsjett 2022	Prognose 2022	avvik 2022
Basisramme	909 861	909 746	115	2 622 312	2 622 658	346
Kvalitetsbasert finansiering	5 007	5 007	-	15 021	15 021	-
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	286 760	294 369	-7 610	861 196	849 260	-11 936
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	68 593	71 634	-3 041	207 439	202 665	-4 774
ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	21 192	25 784	-4 593	71 054	65 054	-6 000
ISF fritt behandlingsvalg	583	637	-54	1 910	1 910	-
ISF refusjon pasientadministrerte legemiddel (H-resepter)	20 452	23 234	-2 782	69 703	69 703	-
Utskrivningsklare pasienter	10 750	6 781	3 970	20 343	20 343	-
Gjeste pasienter	7 460	7 575	-115	22 325	22 325	-
Konserninterne gjestepasientinntekter	33 694	32 231	1 463	95 970	95 970	-
Polikliniske inntekter	38 337	38 550	-212	113 067	113 067	-
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake	-	-	-	-	-	-
Andre øremerkede tilskudd	23 000	7 073	15 927	22 018	32 018	10 000
Andre driftsinntekter	94 346	102 150	-7 803	313 985	351 348	37 363
SUM DRIFTSINTEKTER	1 520 036	1 524 770	-4 734	4 436 342	4 461 342	25 000
Kjøp av offentlige helsetjenester	15 749	15 354	-395	45 895	45 895	-
Kjøp av private helsetjenester	48 722	42 171	-6 551	127 636	142 636	-15 000
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	193 952	191 718	-2 234	574 304	574 304	-
Innleid arbeidskraft - del av kto 468	14 324	6 822	-7 502	20 162	27 162	-7 000
Konserninterne gjestepasientkostnader	104 610	103 045	-1 565	305 576	305 576	-
Lønn til fast ansatte	703 509	714 783	11 274	2 044 532	2 044 532	-
Overtid og ekstrahjelp	56 639	35 218	-21 422	107 209	120 209	-13 000
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	129 299	125 425	-3 874	358 911	369 995	-11 085
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-48 383	-46 381	2 002	-137 767	-137 767	-
Annen lønn	116 296	111 269	-5 027	312 123	317 123	-5 000
Avskrivninger	34 054	34 681	627	105 907	105 907	-
Nedskrivninger	0	-	-0	-	-	-
Andre driftskostnader	195 297	173 204	-22 094	518 965	523 965	-5 000
SUM DRIFTSKOSTNADER	1 564 069	1 507 310	-56 759	4 383 452	4 439 537	-56 085
DRIFTSRESULTAT	-44 033	17 460	-61 493	52 890	21 805	-31 085
Finansinntekter	4 055	3 691	364	11 073	11 073	-
Finanskostnader	1 644	1 151	-493	3 963	3 963	-
FINANSRESULTAT	2 411	2 540	-129	7 110	7 110	-
(ÅRS)RESULTAT	-41 622	20 000	-61 622	60 000	28 915	-31 085
Pensjonskostnader	3 874	-	3 874	-	11 085	11 085
RESULTAT JUSTERT FOR PENSJONSKOSTNADER	-37 748	20 000	-57 748	60 000	40 000	-20 000

5.1 Klinikkene

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

Resultater pr. klinikk vises i tabellen under:

BUDSJETTAVVIK per april 2022	lønn	andre driftskostnader	driftsinntekter	Sum	akkumulert effekt korona
Kirurgi	-3 899	-5 888	-4 178	-13 965	-8 850
Medisin	-7 119	-584	-1 014	-8 716	-10 250
Barne- og ungdomsklinikken	1 318	-567	-7 043	-6 293	-8 960
Akutt og beredskap	-4 822	-5 019	-68	-9 909	-5 850
Medisinsk serviceklinikk	3 368	-8 842	-931	-6 405	-7 165
Psykatri og rus	-2 679	-6 062	-1 280	-10 021	-4 520
Service og systemledelse	-1 677	-4 095	-337	-6 109	-3 120
SUM klinikker	-15 511	-31 056	-14 850	-61 417	-48 715
Administrasjon	1 258	2 351	-2 552	1 058	-560
Kjøp og salg av helsetjenester		-1 125	-5 576	-6 701	-3 355
- biologiske legemidler og kreftlegemidler		4 965	-5 643	-678	
- gjestepasientoppgjør somatikk (inkl lab, rad)		1 464	-720	744	
- psykiatri og TSB - gjestepasienter og fritt behandlingsvalg		-7 554	787	-6 767	
Felles poster	1 080	-10 012	18 244	9 312	10 835
BUDSJETTAVVIK per april 2022	-13 173	-39 842	-4 734	-57 748	-41 795

Kirurgisk klinikk har et negativt resultat i april på -1,9 millioner kroner, hvorav +1,1 millioner kroner gjelder inntektssiden og -3,0 millioner gjelder kostnadssiden. Koronarelaterte kostnader i perioden er anslått til 1,2 million kroner. Inntektstapet er relatert koronarelaterte driftsendringer i operasjon, utfordringer i legekapasiteten for Gyn og Plast, samt høyt sykefravær særlig i ØNH. Overforbruk på lønnskostnader gjelder hovedsakelig variabel lønn, herav overtid og uforutsette vakter. Klinikken har for øvrig et uløst merverdikrav som utgjør 1,2 millioner kroner hver måned.

Medisinsk klinikk har et negativt avvik på -8,7 millioner kroner per 1. tertial. I all hovedsak relaterer dette seg til lavere ISF-inntekter fra øyeblikkelig hjelp-pasienter (ca. 3,3 millioner kroner) og høyere lønnskostnader som en følge av høyt sykefravær ved de medisinske sengepostene. En stor del av sykefraværet er knyttet til Covid-19. Koronarelaterte kostnader utgjør til sammen 7,3 millioner kroner hittil i år.

Barne- og ungdomsklinikken har et negativt avvik på -7,0 millioner kroner per april. Avviket skyldes lavere ISF-inntekter i somatikken og lavere inntekter enn budsjettet i Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP). ABUP har høye kostnader med innleie av lege- og psykologspesialister, men dette dekkes så langt av lavere lønnskostnader.

Akutt og beredskapsklinikken har et resultat akkumulert per april som viser et budsjettavvik på 9,9 millioner kroner. Avviket er hovedsakelig på lønn, vikarbyrå, medikamenter og medisinske forbruksvarer. Det er identifisert utgifter med 5,9 millioner kroner knyttet til Covid-19 og disse kan knyttes til økt aktivitet og høyt sykefravær på seksjoner med spesialkompetanse og da især akuttmedisinsk avdeling (anestesi/akuttmottak/intensiv). Aktiviteten i ambulanse, akuttmottak og intensiv er mye høyere enn budsjettet og med fast ramme/rammefinansiering gir dette kostnadsavvik. DRG inntekter som genereres av økt aktivitet inntektsføres i medisinsk og kirurgisk klinikk. Driften av klinikken konsentreres om å gi pasientbehandling med høy kvalitet i kombinasjon med aktiv daglig ressursstyring, blant annet med bruk av ressurser på tvers av seksjoner og lokasjoner. Sykefraværet i klinikken i april er 7,95 % og dette er nedgang fra mars.

Medisinsk serviceklinikk har et negativt akkumulert avvik på 6,4 millioner kroner per april. Koronaeffekten er beregnet til 7,2 millioner kroner, og skyldes i hovedsak reagenser til covid-19

analysene, samt inntektstap som følge av noe lavere aktivitet enn budsjettet innen radiologi og laboratoriemedisin. Høye sykepengerefusjoner samt vakanser bidrar til lave lønnskostnader i klinikken. Lavere lønnskostnader enn budsjett kompensere for økte kostnader med innleie av legeressurser til patologi og radiologi. Klinikken har et sykefravær på 9,75 % som viser en nedgang fra mars. Per april er det påløpt utgifter til LMVS-prosjektet med 1 million kroner.

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling leverer et negativt budsjettavvik på 10,0 millioner kroner per april. Prosjektførte koronakostnader utgjør 2,7 millioner av det negative avviket.

Klinikken har et økt og høyt trykk på sengepostene, så aktiviteten overgår både budsjett og fjoråret. På grunn av det høye sykefraværet er det nå en driftssituasjon på de lukkede akuttpostene som fører til høyt forbruk av overtid og variabel lønn. Den polikliniske aktiviteten viser en nedgang fra i fjor. TSB har hittil i år 25 % færre terapeuter tilstede, noe som naturligvis påvirker aktiviteten og inntektene. Klinikken har et samlet negativt avvik på polikliniske inntekter tilsvarende 1,9 millioner per april.

Som følge av mangel på spesialister er det for øyeblikket 6 innleide leger, og klinikken har hittil i år brukt 6,1 millioner på innleie av leger. Vakanser i de nevnte stillingen bidrar til å forbedre resultatet. I tillegg til dette har klinikken en uløst budsjettutfordring på 12 millioner i 2022.

Service- og Systemledelse sitt resultat per april er på -6,1 millioner kroner, hvorav 3,3 millioner er knyttet til den uløste budsjettutfordringen. Koronakostnadene utgjør 3,1 millioner kroner.

De 3 største økonomiske risikomomentene basert på 4 måneders drift er:

- at klinikken ikke leverer uløste innsparingskravene med konkrete tiltak.
- at noen av Covid-19 relaterte oppgaver ikke reverseres men etableres som et varig tilbud.
- at pasientreiser får, sammen med en mulig aktivitetsøkning, en betydelig netto merkostnad pga kpi justeringen taxi- (+5%) og Helseekspress (+8%).

Klinikken bruker 312 årsverk hittil i år, derav 11 årsverk knyttet til Covid-19. Justert for Covid-19 relaterte årsverk bruker klinikken 6 årsverk mindre enn samme periode i fjor.

Administrasjonen har et resultat 1,1 millioner kroner bedre enn budsjettet per april. Hovedårsak er vakanser, høye sykepengerefusjoner og utleie av personell fra Teknologi og e-helse.

Felles: Fellesposter har et resultat 9,3 millioner kroner bedre enn budsjett per april. Det er inntektsført 13,5 millioner kroner i koronakompensasjon i år. Høyere inntekter for utskrivningsklare pasienter dekker dessuten opp for økte energikostnader og uløst utfordring.

6 Tertiørlvise forhold

6.1 Forskning

I 2022 ble STHF kreditert for 48 vitenskapelige artikler, 23 kliniske behandlingsstudier og 2 gjennomførte doktorgrader. Dette er en liten nedgang i forskningspoeng fra foregående år, men en økning på 15 % i antall kliniske behandlingsstudier. Rekruttering av pasienter til kliniske behandlingsstudier (KBS) er en ny komponent i inntektsmodellen for forskning. Sykehusets økte fokus og satsning på kliniske behandlingsstudier har resultert i måloppnåelse i henhold til oppdrag- og bestilling for forskning ved Sykehuset Telemark i 2021.

En stor økning i tilføring av eksterne forskningsmidler i 2021 gjorde det mulig å starte flere nye forskningsprosjekter hvorav flere inkluderer KBS og multisenter-studier. Vi forventer derfor også en økning i publikasjonsvolum og forskningspoeng i årene som kommer. Så langt i år har vi publisert flere artikler enn på samme tid i fjr. Flere av de nye studiene har også fått positiv omtale i media nasjonalt.

Forskningen har fått et tydeligere fokus i ledelsen og vi er i ferd med å etablere forskningsgrupper ved sykehuset. Forskningsutvalget har mottatt søknader om etablering av seks forskningsgrupper og det forventes at alle forskere ved sykehuset vil være tilknyttet en forskningsgruppe i løpet av 2022. Forskningsgruppene vil skape mer robuste og konkurransedyktige forskningsmiljøer ved sykehuset.

Den største utfordringen vi står ovenfor er rekruttering av nye forskere til sykehuset slik at nye ideer kan utvikles, prosjekter kan gjennomføres, innovasjonspotensialet kan utnyttes og nye og forbedrede tjenester og behandlinger kan tilbys vre pasienter.

I tillegg jobber vi kontinuerlig med utrulling av nye IKT-løsninger for forskning og oppbygging av infrastruktur som skal gjøre det lettere for klinikere og pasienter å delta i forskningsprosjekter og kliniske behandlingsstudier.

6.2 Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring – I trygge hender 24/7

GTT

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

Tabellen viser utviklingen i GTT-målinger ved Sykehuset Telemark

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

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

Sykehuset Telemark deltar i et nasjonalt prosjekt i regi av Helsedirektoratet som skal videreutvikle GTT-metoden. Prosjektet skal bidra til økt legitimitet og økt bruk av GTT-resultatene i sykehusenes

Side 23 av 31

pasientsikkerhetsarbeid. Prosjektets hovedmål er å etablere en nasjonal kvalitetsindikator for pasientskade.

Kompetanseportalen og innsatsområder pasientsikkerhet 24/7

Den nye Kompetanseportalen er et viktig redskap for å sikre oppdatert kompetanse på innsatsområdene for pasientsikkerhet fra det tidligere Pasientsikkerhetsprogrammet. Den nye delplanen omfatter både opplæring og re-opplæring innen pasientsikkerhet og gjelder for alt helsepersonell i pasientrettet arbeid. Planen tilpasses fag/funksjon, kompetansenivå og arbeidssted.

Prevalensundersøkelser

For å følge utviklingen i pasientsikkerhetsarbeidet tett, blir det gjennomført prevalensundersøkelser 4 ganger pr. år. Tabellen under viser deltakelsen i undersøkelsen. Antall enheter endres som følge av organisasjonsendringer.

Prevalensundersøkelser pasientsikkerhet	
Dato for gjennomføring	Antall enheter som har svart/antall enheter som er inkludert
04.10.2020	27/33
03.02.2021	20/33
19.05.2021	21/31
01.09.2021	20/31
03.11.2021	20/30
02.02.2022	Ikke gjennomført pga pandemi/høyt sykefravær

Prevalensresultatene presenteres for administrerende direktørs ledergruppe så snart de foreligger. Prevalensundersøkelsen ble ikke gjennomført i februar 2022 på grunn av pandemisituasjonen. Neste undersøkelse er 11.mai 2022.

Hver undersøkelse følges opp med felles «prevalensmøter» på tvers av seksjonene. Dette er en møteplass for forbedring og læring. Det er god oppslutning om møtene og de foregår elektronisk. I hvert møte har ett av innsatsområdene for pasientsikkerhet særskilt fokus, med presentasjon av kunnskapsgrunnlaget for *hvorfor* oppfølgingen av tiltakene er viktig i pasientbehandlingen.

Innsatsområdet NEWS (tidlig oppdagelse av forverret tilstand) :

Fra 2022 inngår NEWS grunnkurs i alle sykepleieres kompetanseplan. Nyansatte skal gjennomføre praktisk 3- timers NEWS grunnkurs innen 14 dager etter ansettelse. Grunnkurs i regi av NEWS-koordinator og SIM-senteret er satt opp fast annenhver uke og er et tilbud til alle avdelinger som ikke kan gjennomføre kurset selv. Helsepersonell som trenger oppfriskning kan også melde seg på disse kursene. Tabellen under viser utviklingen i opplæringsaktiviteten for NEWS instruktør.

Opplæring NEWS 2022 i regi av NEWS koordinator	Antall gjennomførte NEWS kurs for instruktører	Antall gjennomførte kurs nye instruktører / antall målsatte kurs	Antall nye NEWS instruktører	Antall gjennomførte kurs re-opplæring / antall målsatte kurs	Antall reopplærte NEWS instruktører	Antall nettverksmøter for instruktører ved STHF	Antall gjennomførte kurs NEWS – teori og praktisk bruk -
2021	12	8/8	21	4/5	10	3	199
1. tertial 2022	0	1/1	2	2/2	0	1	80

Det er særskilt fokus på oppfølgingstiltak etter høy NEWS score og bruk av Medisinsk Akutt Team (MAT). Det gjennomføres regelmessig NEWS-øvelser med Medisinsk Akutt Team på sengepost og i akuttmottak. Informasjonspakke i alle legegrupper i klinikkene er gjennomført eller planlagt.

Innsatsområdet Trygg utskrivning

I samarbeid med Skien kommune er det gjennomført et forbedringsprosjekt for trygg utskrivning. Bakgrunn for prosjektet var både et særlig høyt antall uønskede hendelser rundt utskrivningsprosessen fra Sykehuset Telemark til Skien kommune og satsningsområdet «Den ferdigbehandlede pasienten / overliggere» i forbindelse med Pasientflyt 24/7. Prosjektet har gjennomført en rekke forbedringstiltak ved å samkjøre og beskrive felles overordnet prosedyre/arbeidsprosess for trygg utskrivning. Flere opplæringsaktiviteter er i gang både i sykehus og kommune for å implementere tiltakene som skal sikre en trygg og god utskrivningsprosess, herunder eget e-læringsprogram. Ytterligere kommuner koples på og det arbeides videre med flere forbedringsområder der det er behov for felles samstemte løsninger.

Den første Pasientsikkerhetskonferansen ved Sykehuset Telemark - 2022

9. november/uke 45 vil Sykehuset Telemark arrangere den første i rekken av årlige pasientsikkerhets- og kvalitetsforbedringskonferanser. Den røde tråden for årets konferanse er satsningsområdet legemiddelsikkerhet. Arrangementskomiteen med deltakere fra alle klinikker og stabsavdelinger, leder av brukerutvalget og hovedverneombudet er godt i gang med forberedelsene – og har mye spennende på gang. Arbeidet ledes av kvalitetsavdelingen. Oppdragsgiver er adm. direktørs ledergruppe.

Pasientsikkerhetsvisitter

Pasientsikkerhetsvisittene skal fremme pasientsikkerhet gjennom å styrke kommunikasjonslinjen mellom ansatte, lokal ledelse og sykehusledelsen ved administrerende direktør og fagdirektør.

I 1. tertial er det gjennomført to pasientsikkerhetsvisitter, henholdsvis i medisinsk klinikk og medisinsk serviceklinikk.

Forbedringsprogrammet

For å styrke den kliniske forbedringskompetansen gjennomfører Sykehuset Telemark i samarbeid med Sykehuset i Vestfold og Sykehuset i Østfold, en pilot for opplæring i forbedringsmetodikk. De 7 lokale deltakerne som både er overleger, psykologspesialister og sykepleiere, gjennomfører et

forbedringsarbeid i egen enhet som del av opplæringen. 6 klinikker og flere lokasjoner i Telemark er representert.

Handlingsplan for legemiddelsikkerhet 2022

Spesielt om kompetansehevende tiltak:

Legemiddel opplæring	Antall kurs basis legemiddelhåndtering for sykepleiere og vernepleiere/antall kursdeltakere	Antall seksjonsvise kurs re-opplæring legemiddelhåndtering for sykepleiere og vernepleiere /antall kursdeltakere	Antall kurs ledelse og legemiddelhåndtering/ antall fullførte kurs	Kurs medisinrom-ansvarlige
1.tertial 2022	1/21	4/52	1/0	1/2

Det er en heller moderat oppslutning om basiskurs i legemiddelhåndtering.

To sengeposter i MED har gjennomført 4 «skreddersydde» re-opplæringskurs med god oppslutning på sine fagdager. Både MED og ABK planlegger tilsvarende kurs til høsten.

Ledelse og legemiddelhåndtering hadde ingen deltakere 1. tertial. Kurset har imidlertid fått svært gode tilbakemeldinger. Sikkerhetsledelse må prioriteres i tråd med Handlingsplan for legemiddelsikkerhet.

Kurs for medisinromansvarlige er det mest populære kurset og de fleste seksjonene i målgruppa har deltatt med sine ansvarlige. Det vurderes egne oppfølgingskurs til høsten..

Sviktende deltakelse har hatt sammenheng med pandemien. Kompetansehevende tiltak for både ledere og medarbeidere innen legemiddelhåndtering må imidlertid prioriteres når situasjonen normaliserer seg.

Opplæringen er forankret i Handlingsplan for legemiddelsikkerhet 2022. Planen er oppdatert med forbedringstiltak i tråd med anbefalingene fra Konsernrevisjonens legemiddelrevisjon ved Sykehuset Telemark i 2021. Handlingsplanen rulleres årlig.

Eksterne tilsyn og revisjoner

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

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

Under pandemien har tilsyns- og revisjonsaktiviteten vært på et minimum. Den er nå i ferd med å ta seg opp igjen.

Tabellen under gir en kortfattet oversikt med status for pågående tilsyn og revisjoner i 2022:

Tid	Tilsynsorgan	Enhet	Tema	Funn	Status
April 2022-	Lokalt el-tilsyn	STHF	Utførelse av el installasjoner i henhold til Forskrift om el lavspenningsanlegg		Pågår
Mars 2022-	Konsern-revisjonen	KIR (ort) /MED/ FAG - STHF	Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester		Pågår
Mars 2022-	Konsern-revisjonen	KPR	Rådgivningsrevisjon Bruk av tvangsmidler		Pågår
April 2022-	Arkivverket	DOK/SSL/STHF	Arkivhold		Pågår
April 2022-	Arbeids-tilsynet	KPR: <ul style="list-style-type: none"> •DPS nedre Telemark avd. Porsgrunn •DPS øvre Telemark avd. Seljord 	Forebygging arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager og psykiske plager		Pågår

Uønskede pasienthendelser og klagesaker

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

Sykehuset arbeider kontinuerlig for å sikre en god meldekultur.

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

Tabellen under viser utvikling og status for uønskede pasienthendelser:

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

Kilde: Avvikssystemet TQM, Public 360 og manuelt førte oversikter. * Merknad: Korrigerte tall som følge av kodefeil og feilregistreringer i TQM.

Antall registrerte uønskede pasienthendelser har hatt en markant økning fra 2020 til 2021. Fra 4. mars 2022 er alle nye uønskede hendelser registrert i det nye avviks- og forbedringssystemet EQS. Antallet registrerte pasienthendelser i 1. tertial tyder på at økningen fortsetter. Økningen er spesielt tydelig i ABK og KIR. Samtidig kommer det fram at et økende antall – de aller fleste hendelsene ikke har hatt konsekvens for pasientens helse. Det er en positiv utvikling som kan tyde på en mer proaktiv meldekultur. Samtidig øker antall alvorlige pasienthendelser som er varslet til Helsetilsynet. Utviklingen følges tett.

Økningen kan settes i sammenheng med smitteutbrudd covid 19, opplæring, screening og at tiltak for å sikre oppfølging av varselordningen – at den er kjent og blir etterlevd – har blitt prioritert etter at det har blitt påvist svikt i varslingen i flere tilsynssaker. Et stort mediefokus på sykehus og svikt i varslingsplikten kan også ha bidratt med økt oppmerksomhet. Den elektroniske meldeordningen www.melde.no har i tillegg gjort det mye enklere å melde.

Som hovedregel skal alvorlige pasienthendelser følges opp med en hendelsesanalyse. Formålet er å sikre en grundig gjennomgang av hendelsesforløpet som skal bidra til læring og forbedring på systemnivå.

Det er gjennomført 7 hendelsesanalyser i 1. tertial. Den ene gjaldt et smitteutbrudd der flere pasienter og ansatte var involvert.

Hendelsesanalysene med tiltaksplaner legges fram i sykehusets kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg (KPU-STHF og KPU-klinikk). Status på tiltakene følges systematisk opp i administrerende direktørs oppfølgingsmøter med klinikksjefene hvert kvartal..

Tabellen under viser utvikling og status for pasientklager, hendelsesbaserte tilsynssaker og NPE-saker

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

Kilde: Avvikssystemet TQM, Public 360 og manuelt førte oversikter.

I første tertial 2022 var det en stor økning i antall klagesaker. Statistikken viser at det er KPR og KIR, fulgt av MED som står for det meste av økningen. I tillegg til pandemirelaterte forhold, pekes det på den nettbaserte og brukervennlige [klageportalen på Helse Norge](http://klageportalen.pasientklage.no) som ble lansert i 2021. Dette kan vise seg å være en hovedfaktor. Det vil gjøres en grundig gjennomgang og vi vil komme tilbake med mer informasjon.

Antall pasientklager, tilsynssaker og NPE –saker økte i 2021, etter å ha hatt en reduksjon i 2020. Dette ble vurdert til å ha sammenheng med utviklingen i pandemien.

I første tertial 2022 viser trenden en stor økning i antall klagesaker. Statistikken viser at det er KPR og KIR, fulgt av MED som står for det meste av økningen. I tillegg til pandemirelaterte forhold, pekes det på den nettbaserte og brukervennlige klageportalen som ble lansert av Helse Norge i 2021. Dette kan vise seg å være en hovedfaktor. Det vil gjøres en grundig gjennomgang av klagen og vi vil komme tilbake med mer informasjon.

Indikator for meldekultur

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

Indikator for meldekultur:

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

Merk: Målingene tar utgangspunkt i saker med hendelsesdato etter 01.01.20

Det er kun en medholdsak fra NPE i første tertial. Dette er en sak med hendelsesdato eldre enn 01.01.2020. Tallene er fremdeles små.

Nytt forbedringssystem

Nytt forbedringssystem EQS er satt i drift fra 4. april 2022 som erstatning for TQM. Det er gjennomført opplæring av alle ansatte og ledere og det jobbes med å etablere forvaltning der klinikkens erfaring og behov skal bidra til implementering og tilpasning av systemet. EQS vil gi forbedret støtte til sykehusets forbedringsarbeid innen kvalitet, pasientsikkerhet og HMS/arbeidsmiljø. Dette vil blant annet omfatte støtte til klassifisering av de uønskede hendelsene i tråd med Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser (NOKUP), statistikk, analyse og rapportering. Det vil etableres en gevinstrealiseringsplan for systemet som skal følges opp jevnlig i KPU STHF.

6.3 HMS og arbeidsmiljø

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

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

Det har også i første tertial vært mange pasienter og ansatte med Covid-19 smitte som har fortsatt å gi utfordringer for drift og arbeidsmiljø ved sykehuset. Vedvarende smittesituasjon med økt sykefravær og behov for endring og tilpasning, har gitt økt arbeidsbelastning over tid og deler av organisasjonen er fortsatt preget av økt slitenhet etter pandemien.

Pandemien har synliggjort behovet for psykososial støtte til våre ansatte. STAMI (Statens arbeidsmiljøinstitutt) har samtidig identifisert emosjonelle krav og belastninger som en risiko for helsesektoren generelt og sykehus spesielt. I 2021 ble det opprettet et prosjekt for psykososial støtte til ansatte ved STHF. I første fase ble det gitt støttesamtaler til ansatte som hadde vært utsatt for høye emosjonelle krav og belastninger som følge av pandemien. Prosjektets andre fase har vært å se på hvordan arbeidet med psykososial støtte skal organiseres for fremtiden, og hva det skal innebære for STHF. Det fortløpende arbeidet i prosjektet har vært presentert for KPU, AMU, tillitsvalgte og vernetjenesten. Prosjektet presenterer sitt forslag til beslutning for ledergruppen i juni 2022.

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

HMS indikatorer 1. tertial 2022

HMS/Arbeidsmiljøindikatorer	2. tertial 2021	3. tertial 2021	1. tertial 2022
Fraværsskader	13	22	19
Antall registrerte HMS hendelser	130	134	174
Antall lukkede HMS hendelser	66	94	87
Antall registrerte vold og trusselhendelser (somatikk)	16	9	6
Antall registrerte vold og trusselhendelser (psykiatri)	60	52	48
Totalt antall vold og trussel hendelser registrert	76	61	54

Det er også for 1. tertial en del Covid-19 relatert fravær som gir et høyt antall fraværsskader.

Det er en økning i antall registrerte HMS hendelser som delvis kan skyldes overgang til nytt forbedringssystem EQS da flere meldte hendelser fanges opp som HMS hendelser. Utviklingen vil følges opp videre.

6.4 Personvern og informasjonssikkerhet

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

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

Det er ikke meldt avvik til Datatilsynet i 1. tertial 2022. Ved innføring av nytt forbedringssystem EQS fra 01.04.2022 vil personvernombud og informasjonssikkerhetsleder automatisk få kopi av hendelser innen informasjonssikkerhet og personvern. Det forventes at det vil gi bedre oversikt over avvik på området og at det også vil identifiseres flere hendelser som kan være meldepliktig til Datatilsynet.

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

Sanering av gamle løsninger fortsetter, blant annet vil legacy STHF-domene etter planen være sanert i Q2.

Helsetilsynets rapport 2-2021 vedr. bortfall av IKT er gjennomgått i KPU (Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget) med tanke på å adressere ansvar for oppfølging og tiltak.

IT-løsning for regional protokoll etter Artikkel 30 er levert. Arbeidet med komplettering av protokollen videreføres, og systematikk og ansvars plassering for ajourføring av protokollen er definert. Avventer rydding i protokollen fra vår databehandler.

Vedlegg:

- Foretaksrapport STHF 2022_04
- Risikovurdering per 1. tertial 2022

Foretaksrapport
Sykehuset Telemark HF
april 2022

Innhold

1. Oversikt og statusbilde

2. Kvalitet

3. Aktivitet

4. Prioritering av psykisk helsevern og rus

5. Bemanning

6. Økonomi/ finans

Oversikt

202204	Faktisk Hiå	Budsjett Hiå	Avvik Hiå	Avvik %	Årsbudsjett	Årsestimat
Økonomi (hele tusen)						
Driftsinntekter	1 520 036	1 524 770	-4 734	-0,3 %	4 436 342	4 461 342
Driftskostnader	1 564 069	1 507 310	56 759	3,8 %	4 383 452	4 439 537
Driftsresultat	-44 033	17 460	-61 493	-352,2 %	52 890	21 805
Finansresultat	2 411	2 540	-129	-5,1 %	7 110	7 110
Årsresultat	-37 748	20 000	-57 748	-288,7 %	60 000	40 000
Aktivitet						
Polikliniske konsultasjoner						
Somatikk	61 801	66 208	-4 407	-6,7 %	192 600	187 500
VOP	14 307	16 531	-2 224	-13,5 %	46 700	43 600
BUP	13 111	14 564	-1 453	-10,0 %	39 500	37 000
TSB	2 482	3 186	-704	-22,1 %	9 000	8 400
Bemanning						
Brutto månedsverk	3 101	3 013	-88	-2,9 %	3 050	3 075
Somatikk	2 164	2 105	-60	-2,8 %	2 131	2 150
VOP	535	527	-8	-1,5 %	534	534
BUP	160	159	-2	-1,0 %	161	160
TSB	58	57	-0	-0,5 %	58	58
Prehospitale tjenester	166	146	-19	-13,2 %	148	155
Annet	17	18	0	2,3 %	18	18

Målekort

202204	Målekort STHF	Denne periode			Hittil i år		
		Faktisk	Mål	Avvik	Faktisk	Mål	Avvik
Kvalitet							
Ventetid påstartet		63			63		
	Somatikk	66	50	-16	65	50	-15
	VOP	29	30	1	31	30	-1
	BUP	41	30	-11	38	30	-8
	TSB	19	30	11	22	30	8
Ventetid venter		68					
	Somatikk	69	50	-19			
	VOP	25	30	5			
	BUP	31	30	-1			
	TSB	474	30	-444			
Andel kontakter passert planlagt tid		11 %	5 %	6 %	NA	NA	NA
Pakkeforløp kreft - andel behandlet innen standard forløpstid alle fag		88 %	70 %	18 %	86 %	70 %	16 %
	Pakkeforløp VOP utredning	71 %	80 %	-9 %	72 %	80 %	-8 %
	Pakkeforløp TSB utredning	100 %	80 %	20 %	68 %	80 %	-12 %
	Pakkeforløp BUP utredning	42 %	80 %	-38 %	46 %	80 %	-34 %
Korridorpasienter somatikk		3,4 %	0,0 %	-3,4 %			

Pakkeforløp kreft er mars tall.

Kommentarer:

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter med påstartet behandling ligger for denne perioden på 63 dager for alle tjenesteområdene samlet. Dette er på nivå med forrige periode, men en økning på 11 dager i forhold til samme periode i fjor.

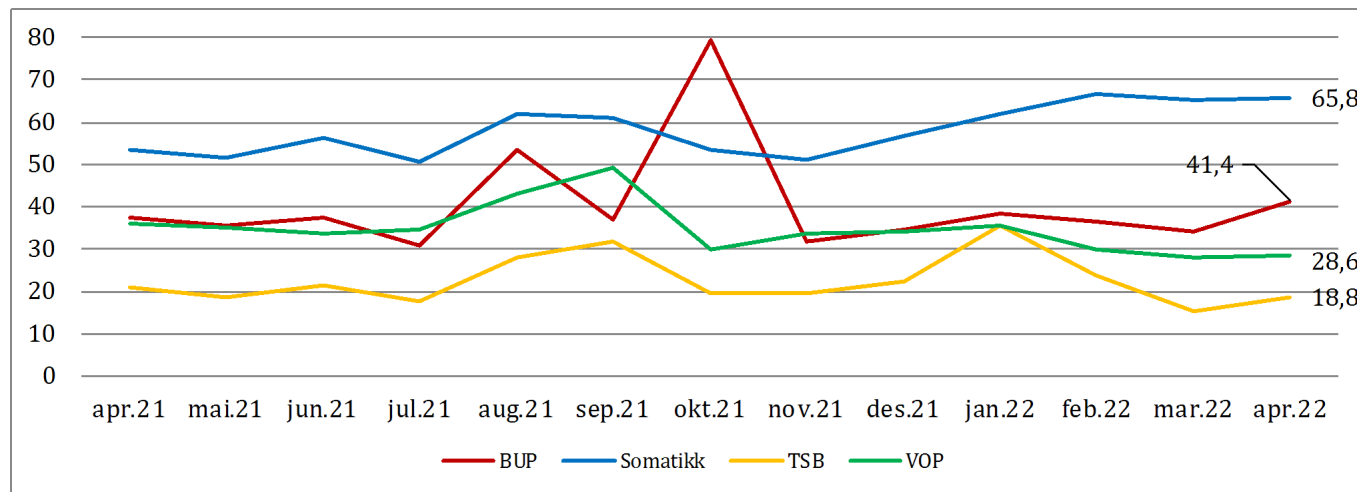
Gjennomsnittlig ventetider (påstartet og ventende) innenfor somatikken er noe høyere enn i april i fjor. VOP og TSB har noe lavere ventetid per april enn samme periode i fjor, mens BUP har høyere ventetider.

Sykehuset har egne, mer ambisiøse, mål for ventetider enn gitt gjennom OBD. Prioriteringsregelen måles mot kravet i OBD og er oppfylt innenfor VOP og TSB

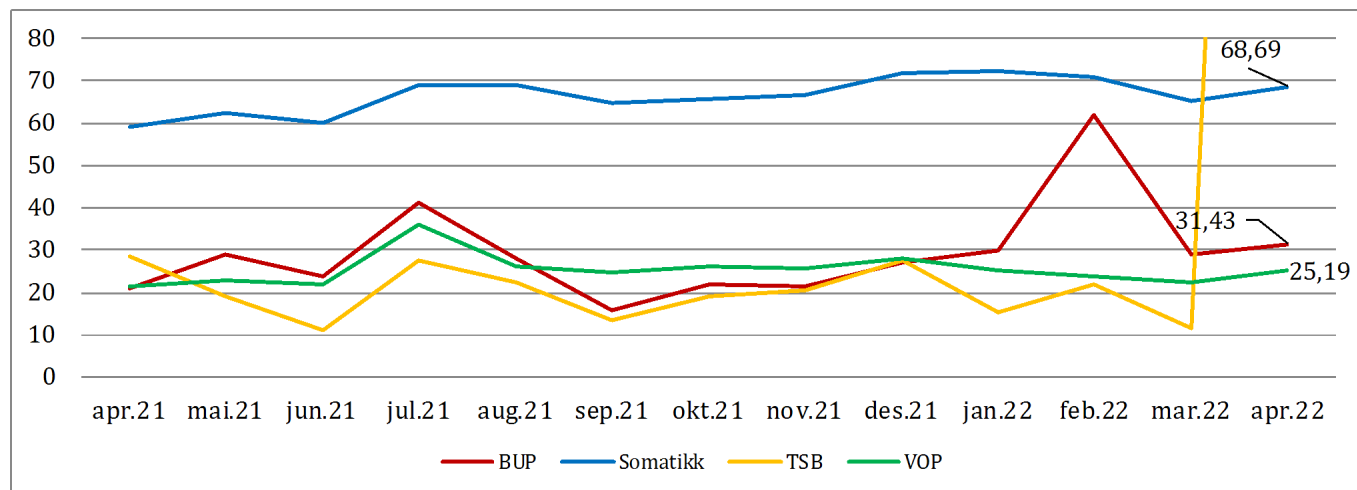
Antall polikliniske konsultasjoner har økt innenfor BUP, mens VOP og TSB viser en nedgang. Prioriteringsregelen for aktivitet er dermed ikke oppfylt per april. Kravet måles ved at aktiviteten i 2022 skal være høyere enn i 2021.

Ventetid

Påstartet



Ventende



Kommentarer:

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter med **påstartet** behandling ligger for denne perioden på 63 dager for alle tjenesteområdene samlet. Dette er uendret fra forrige periode, men en økning på 11 dager i forhold til samme periode i fjor.

Ventetid påstartet:

Somatikk har 66 dager som er en økning på 1 dag fra mars, og 12 dager mer enn til samme tid i fjor

Psykisk helsevern for voksne (VOP) har 29 dager som er en økning på 1 dag, men 7 dager lavere enn til samme tid i fjor

Tverrfaglig spesialist rusbehandling (TSB) har 19 dager som er en økning på 4 dager, og 2 dager mindre enn på samme tid i fjor

Barne- og ungdomspsykiatrisk (BUP) har 41 dager som er en økning på 7 dager, og 4 dager mer enn til samme tid i fjor

Ventetid ventende:

Gjennomsnittlig ventetid for **ventende** pasienter for alle tjenesteområder er 68 dager, som er en økning på 4 dager i forhold til forrige periode.

Somatikk har 69 dager som er en økning på 3 dager fra mars, og 10 dager mer enn til samme tid i fjor

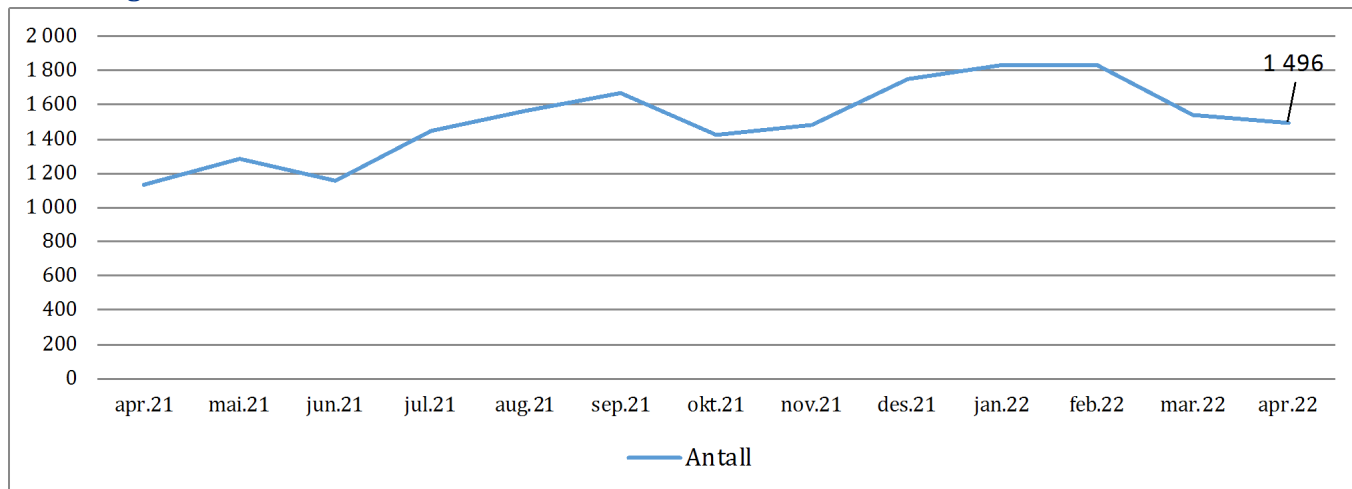
Psykisk helsevern for voksne (VOP) har 25 dager som er en økning på 3 dager, og 4 dager mer enn til samme tid i fjor

Tverrfaglig spesialist rusbehandling (TSB) har 474 dager. Inkludert i tallet for TSB er en pasient med ventetid på 7700 dager, dette skyldes er en adm. feil som er rettet etter rapporteringsperioden.

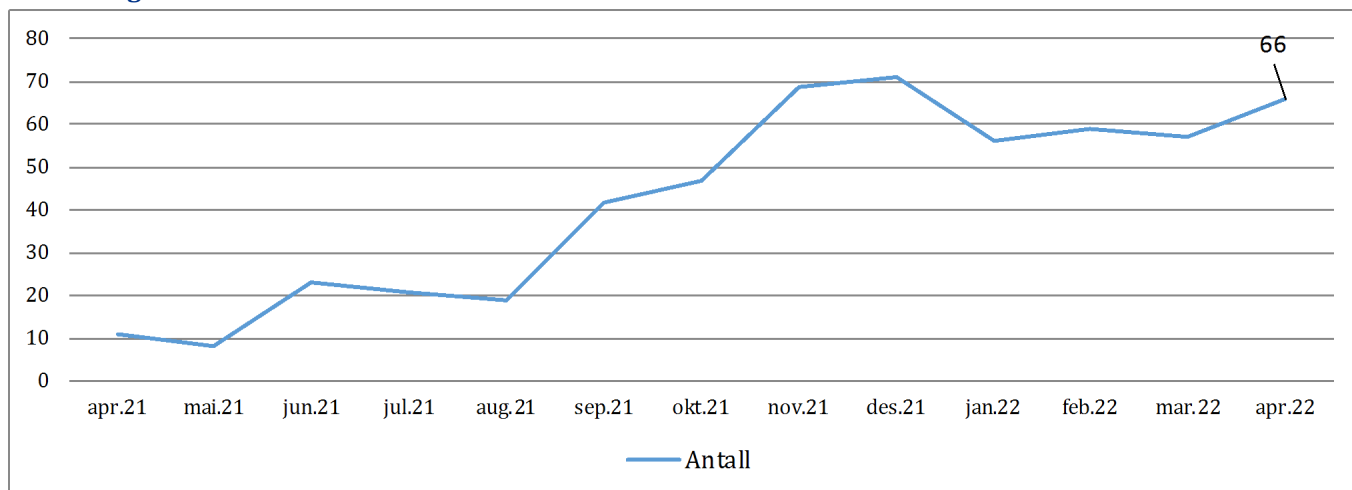
Barne- og ungdomspsykiatrisk (BUP) har 31 dager, som er 2 dager mer enn i mars og 11 dager mer enn for april i fjor.

Pasienter som venter

Venter og ventet mer enn 3 måneder.



Venter og ventet mer enn et år.



Kommentarer:

Utviklingen i offisielle ventelisten har stabilisert seg siste 12 måneder, og det er for denne perioden 7.182 pasienter som venter.

Ventet mer enn tre mnd (90 dg)

Antall som venter over 90 dager er redusert med 47 pasienter fra forrige periode. Sammenlignet med samme periode i fjor har vi 363 flere pasienter som har ventet mer enn 3 mnd.

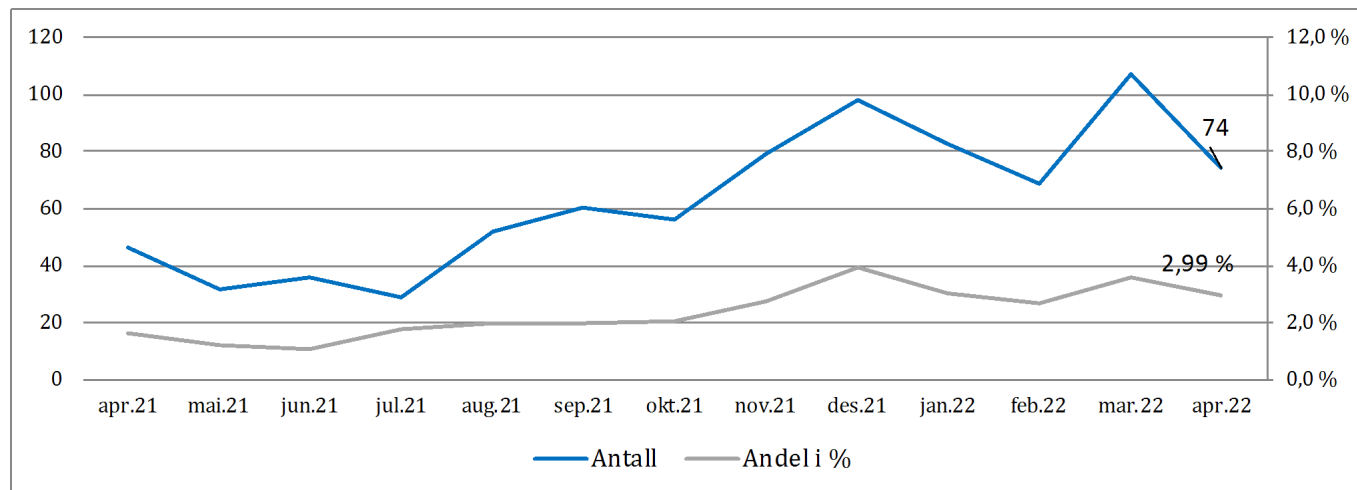
5 fagområder som har størst antall pasienter som venter over 90 dager: Plast 733, ØNH 316, Fert 75, GYN 65, Mage-tarm 62.

Ventet mer enn ett år (>365dg)

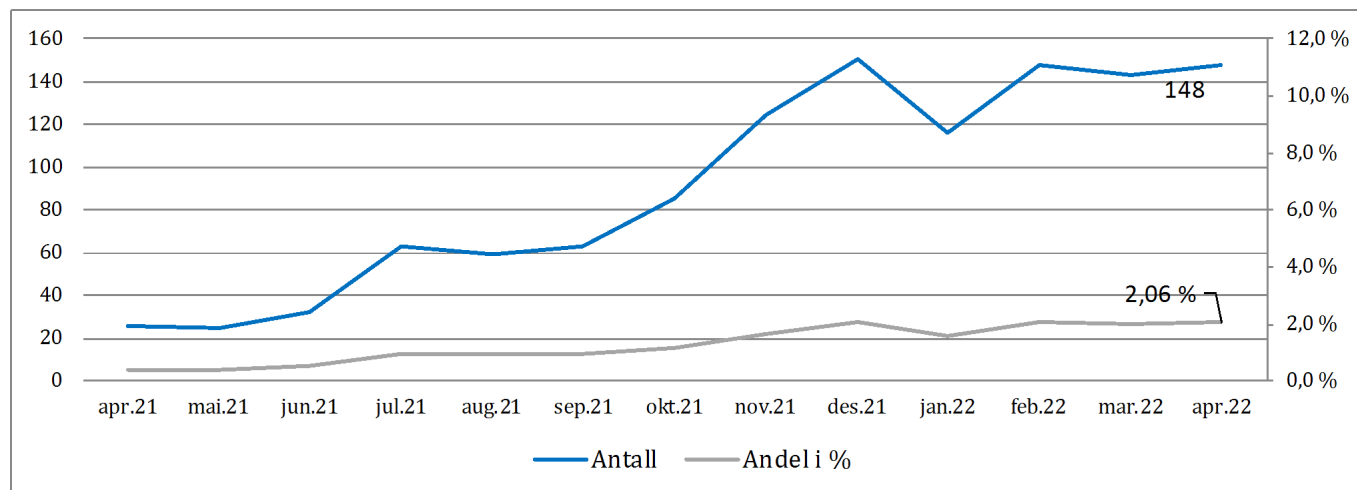
Antall ventende pasienter med ventetid over 1 år er for denne perioden 66, en økning på 9 pasienter fra forrige periode. Herav har Plast 54

Fristbrudd

Påstartet



Ventende



Kommentarer:

Andel fristbrudd påstartet er for perioden på 3,0 %, antallet er 74 fristbrudd. Både antall og andel fristbrudd for påstartet pasient er redusert siden mars.

Fagområdene med flest fristbrudd i april er Mage-tarm med 24 brudd og en andel på 18 % og Gyn med 23 brudd og en andel på 10 %

Andel fristbrudd ventende for alle tjenesteområder er 2,1 %, antallet er 148, Både andel og antall er uendret siden mars.

Mage-tarm og Rehab har flest brudd med hhv 102 brudd og en andel på 27,5 % og 16 brudd og en andel på 2,9 %

Forklaring:

Fristbrudd:

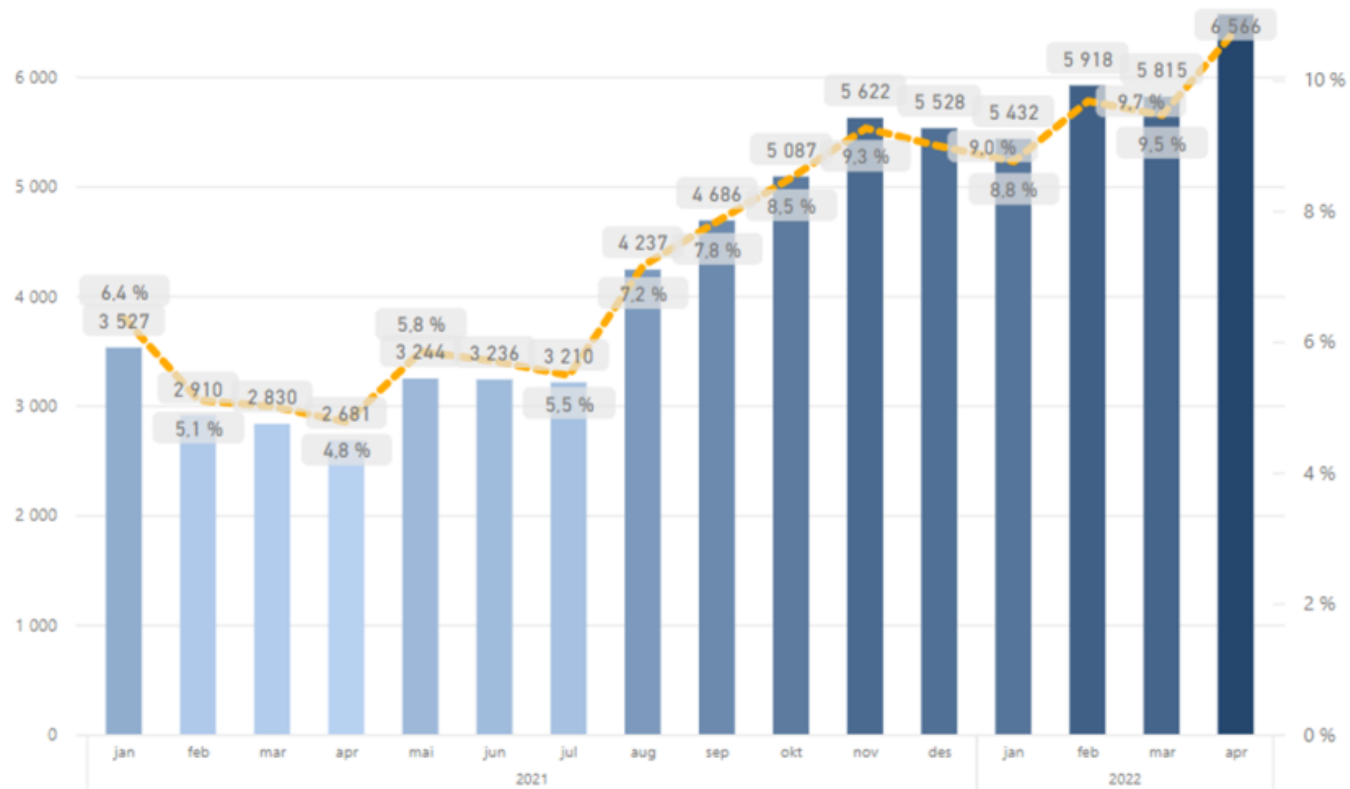
Frist for start helsehjelp:

Dato settes av lege som vurderer henvisningen. Denne settes i henhold til prioriteringsveiledere, men med en individuell vurdering av hver pasient.

Dato er siste frist for å starte helsehjelpen som pasienten er gitt rett til (utredning eller behandling)

Passert planlagt tid

● Antall kontakter passert ● Andel kontakter passert



Kommentarer:

Antall pasienter på total venteliste fortsetter å øke noe i forhold til tidligere perioder.

Antall pasienter passert planlagt tid har en betydelig økning fra forrige Andelen utgjør nå 10,8 %. Målkravet på 5 %.

HSØ totalt for perioden er ca. 11,5 %.

ØNH, Plast, Mage-tarm, Hjerte, Endokrin og Barn har høyest antall pasienter med passert planlagt tid.

Forklaring:

Passert planlagt tid beskriver antall og andel pasientavtaler som er forsinket i forhold til tidspunkt for planlagt kontakt.

Alle planlagte pasientkontakter skal være registrert med dato/klokkeslett for neste pasientavtale, eller en tentativ uke/måned. Tidspunkt settes ut fra en medisinsk vurdering.

Indikatoren kan brukes til å justere uønsket variasjon i ventetid og forløpstid.

Pasientsikkerhet*

Sykehuset Telemark HF	Snitt 2021	feb.22	mar.22	apr.22
Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning til vurdering av henvisning er fullført.				
Gjennomsnitt vurderingstid (dager)	1,75	2,06	2,40	2,35
Antall henvisninger vurdert	5 847	5 546	6 534	4 551
Andel vurdert innen 10 virkedager	97,9 %	97 %	97 %	95 %
Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle				
Totalt antall som er mer enn 14 dager gamle	3 135	3 203	3 280	3 301
Herav antall legedokumenter	1 456	1 259	1 454	1 481
Herav antall sykepleierdokumenter	618	771	793	759
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	1 130	1 789	1 550	1 604
Andel direkte time (Rapporteres en måned på etterskudd)	82,1 %	71,8 %	78,1 %	

*Glemt av sykehuset.

Antall dokumenter i det pasient administrative system som er åpne (ikke markert som lest) etter 14 dager.

Antall pasienter der henvisningsperioden fortsatt er åpen uten at avtale om ny kontakt er registrert.

Kommentarer:

Gjennomsnitt vurderingstid av henvisninger er for perioden på 2,35 dager.

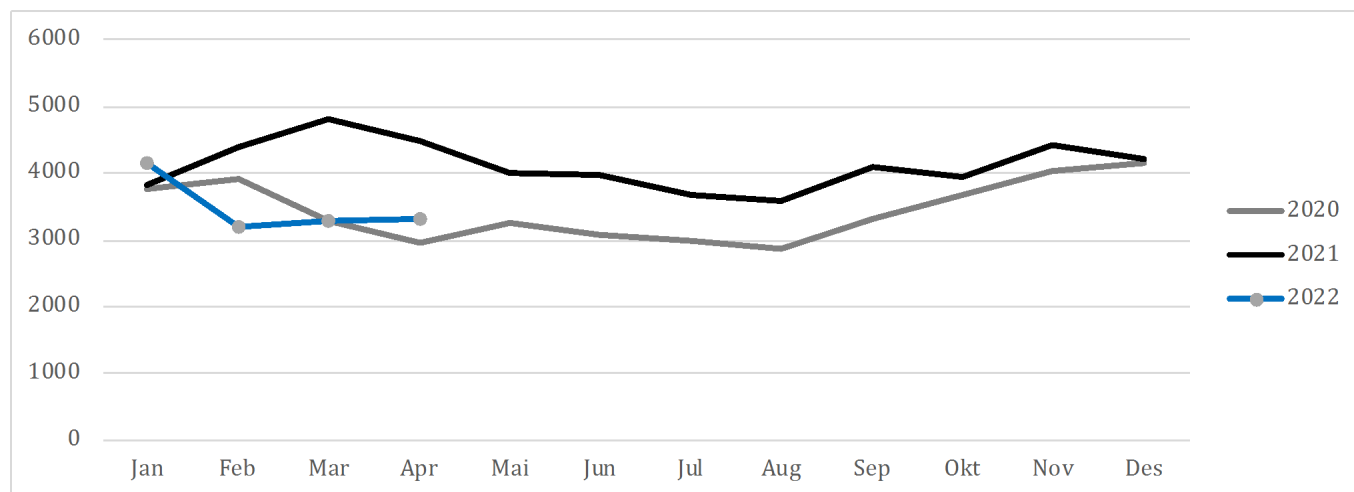
Andel vurdert innen 10 dager av henvisninger er tilbake på et normalt nivå, og i snitt ligger vi på ca. 95 %.

Åpne dokumenter som ikke er godkjent har en liten økning fra forrige periode.

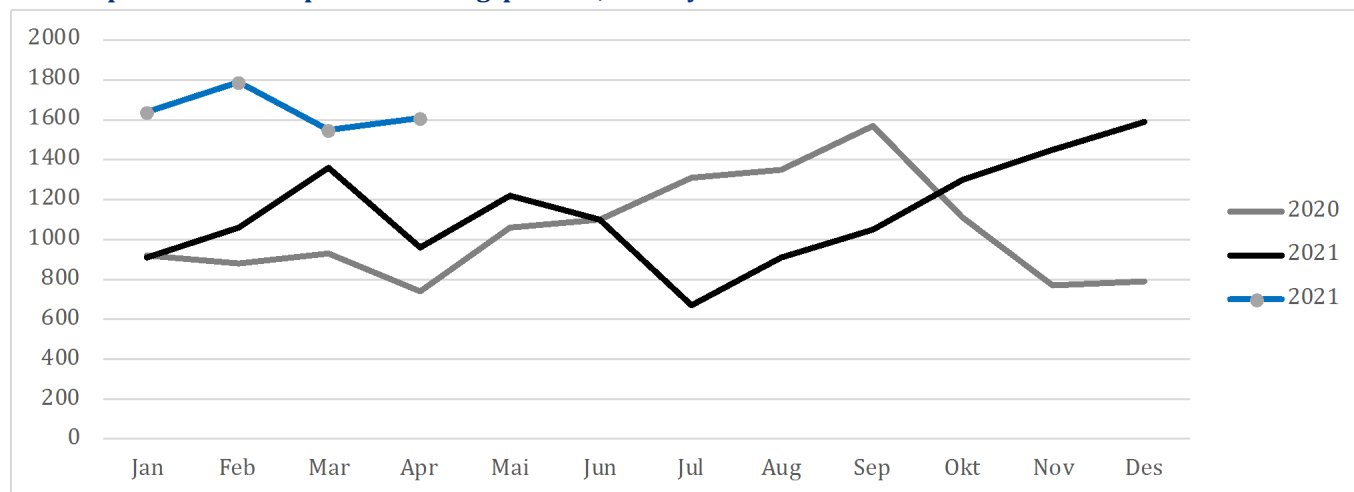
MERK: Definisjonen på denne indikatoren er endret pr. februar 2022 i forhold til hvilke dokumenttype som har betydning for pasientsikkerhet. Følgende dokumenttyper er nå ikke med i indikatoren: Blankett og PLO

Pasientsikkerhet*

Totalt antall åpne dokumenter som er mer enn 14 dager gamle.



Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt.



Kommentarer:

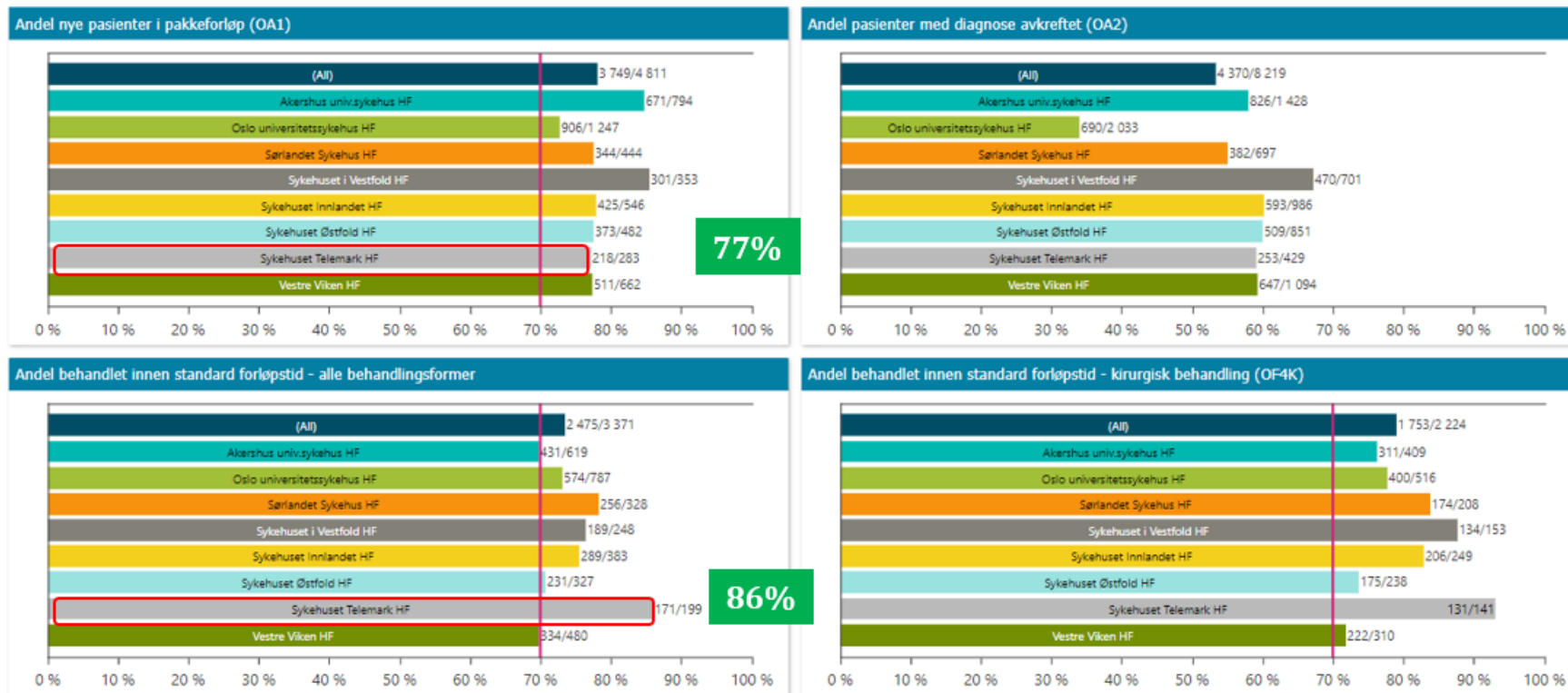
Forklaring

«Åpne dokumenter» vil si dokumenter som ikke er godkjente.

MERK: Definisjonen på denne indikatoren er endret pr februar 2022 i forhold til hvilke dokumenttype som har betydning for pasientsikkerhet. Følgende dokumenttyper er nå ikke med i indikatoren: Blankett og PLO

«Åpen henvisning uten planlagt kontakt» vil si at en pasient har vært på sykehuset til en time, men pasienten har ikke fått en ny time eller er satt tilbake på venteliste (ref. foregående foil)

Pakkeforløp Kreft



Kommentarer: Mars tall.

Pakkeforløp Kreft

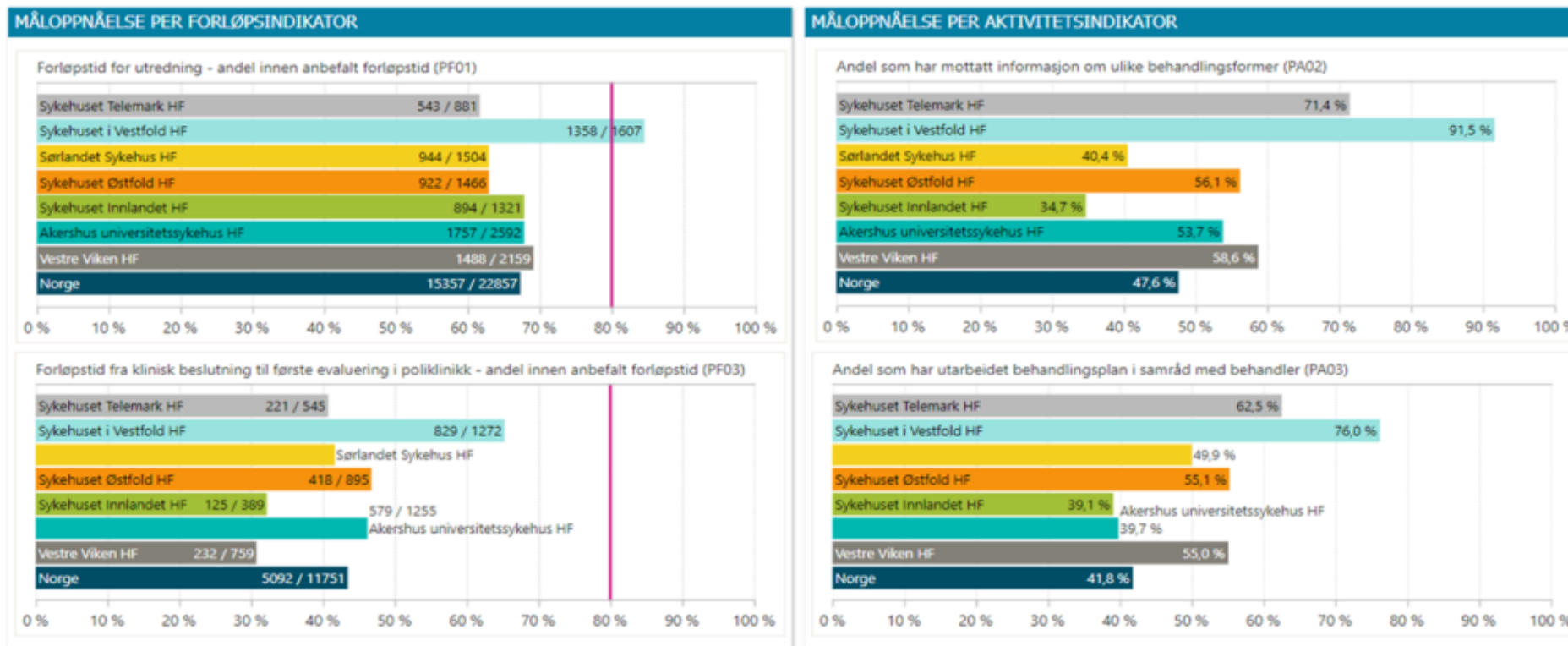
Pakkeforløp	2022-03			Hittil i år		
	Antall	Herav innen std forløpstid	% Innen std forløpstid	Antall	Herav innen std forløpstid	% Innen std forløpstid
Akutt leukemi og høyrisiko myelodysplasi	-	-	0 %	-	-	0 %
Blærekreft	5	5	100 %	16	14	88 %
Brystkreft	14	14	100 %	35	33	94 %
Bukspyttkjertelkreft	3	2	67 %	4	3	75 %
Eggstokkreft (ovarial)	-	-	0 %	-	-	0 %
Galleveiskreft	-	-	0 %	1	-	0 %
Kreft hos barn	1	1	100 %	1	1	100 %
Kreft i spiserør og magesekk	-	-	0 %	-	-	0 %
Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)	-	-	0 %	-	-	0 %
Livmorhalskreft (cervix)	-	-	0 %	2	1	50 %
Livmorkreft (endometrie)	2	1	50 %	9	7	78 %
Lungekreft	7	4	57 %	27	21	78 %
Lymfomer	-	-	0 %	3	3	100 %
Malignt melanom	12	12	100 %	39	38	97 %
Myelomatose	-	-	0 %	-	-	0 %
Nevroendokrine svulster	-	-	0 %	1	1	100 %
Nyrekreft	1	1	100 %	7	5	71 %
Peniskreft	-	-	0 %	-	-	0 %
Primær leverkreft (HCC)	-	-	0 %	-	-	0 %
Prostatakreft	7	6	86 %	29	24	83 %
Sarkom	-	-	0 %	-	-	0 %
Skjoldbruskkjertelkreft	-	-	0 %	-	-	0 %
Testikkelkreft	-	-	0 %	2	2	100 %
Tykk og endetarmskreft	6	5	83 %	23	18	78 %
Total	58	51	88 %	199	171	86 %

Kommentarer: Mars tall

Confidential, Pedersen, Tone, 05/18/2022 15:02:25

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

Pakkeforløp PHV/TSB



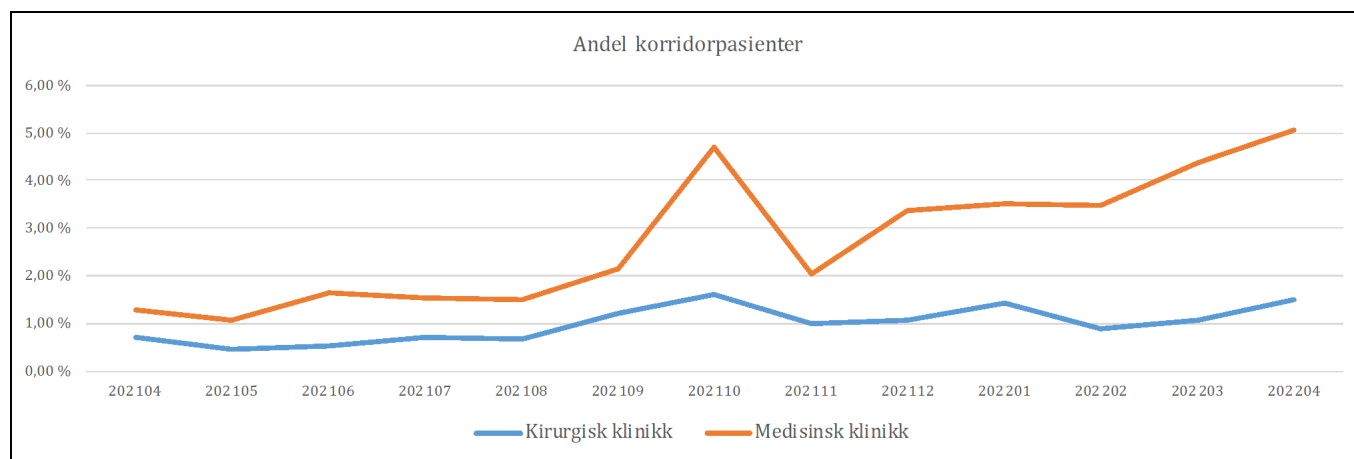
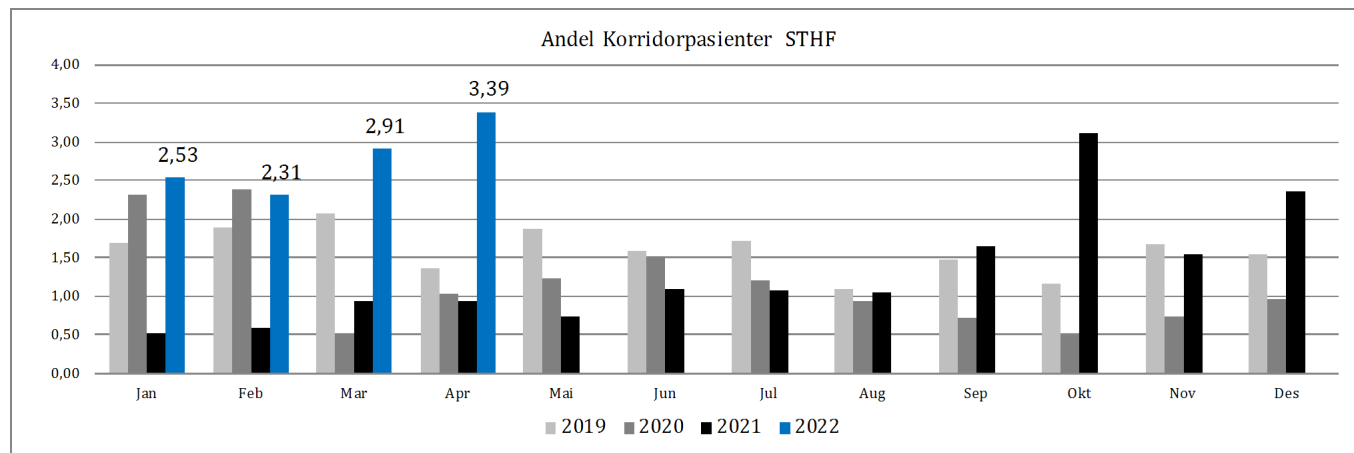
Kommentarer:

Det er store forskjeller i måloppnåelse innenfor de ulike forløpene. Hittil i år har STHF en måloppnåelse på 62 % på forløpstid for utredning. Pasientforløp innenfor VOP leverer på 72 % og ligger på landsgjennomsnittet. BUP ligger på 46 %, noe som er 8 % bak landsgjennomsnittet. Innenfor evaluering er måloppnåelsen 41 %, landsgjennomsnittet er 43 %. Her ligger BUP over landsgjennomsnittet, mens VOP ligger bak.

STHF ligger langt over landsgjennomsnittet og de fleste foretakene i HSO når vi kommer til informasjon om ulike behandlingsformer og utarbeidelse av behandlingsplan i samråd med behandler.

Confidential, Pedersen, Tone, 05/18/2022 15:02:25

Korridorpasienter



Kommentarer:

I denne perioden har vi 248 korridorpasienter, på nivå med mars. Andel korridorpasienter for perioden er 3,4 %. Medisinske fagområder har 85 % av alle korridorpasienter.

5 poster har et høyt antall korridorpasienter: Blod og kreft 35, Lunge Skien 57 Hjerne, nyre og hormon 47, Nevro 31, Kirurgisk post 3 har 31, Mage-tarm 38

Definisjon av indikatoren

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

Pasient som er plassert i seng på korridor, bad, skyllerom, dagligstue m.m.

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

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

ISF-berettigede konsultasjoner

202204	Denne periode				Hittil i år				Årsestimat mot årsbudsjett				Endring HiÅ 2022 - 2021		
	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	Avvik i prosent	Estimat	Budsjett	Avvik	Avvik i prosent	HiÅ 2021	Endring	%
Somatikk	13 954	14 794	- 840	-5,7 %	61 801	66 208	-4 407	-6,7 %	192 603	192 603	0	0,0 %	61 454	347	0,6 %
Psykisk helsevern	6 089	7 050	- 961	-13,6 %	27 418	31 095	-3 677	-11,8 %	80 600	86 200	-5 600	-6,5 %	28 050	- 632	-2,3 %
VOP	3 169	3 957	- 788	-19,9 %	14 307	16 531	-2 224	-13,5 %	43 600	46 700	-3 100	-6,6 %	15 189	- 882	-5,8 %
BUP	2 920	3 093	- 173	-5,6 %	13 111	14 564	-1 453	-10,0 %	37 000	39 500	-2 500	-6,3 %	12 861	250	1,9 %
TSB	570	763	- 193	-25,3 %	2 482	3 186	- 704	-22,1 %	8 400	9 000	- 600	-6,7 %	2 883	- 401	-13,9 %

Kommentarer:

Aktiviteten innenfor somatikken er tilnærmet like høy som i fjor, men er 6 % lavere enn budsjettet per 4 måneder. Enkelte gruppebehandlinger innen fysioterapi/rehabilitering har måttet utsettes på grunn av pandemien.

Antall konsultasjoner innenfor PHV og TSB var per april 12,8 % lavere enn budsjettet og 3,3 % lavere enn i fjor. BUP viser en vekst på 1,9 % fra i fjor, mens VOP og TSB viser en nedgang på hhv 5,8 % og 13,9 %.

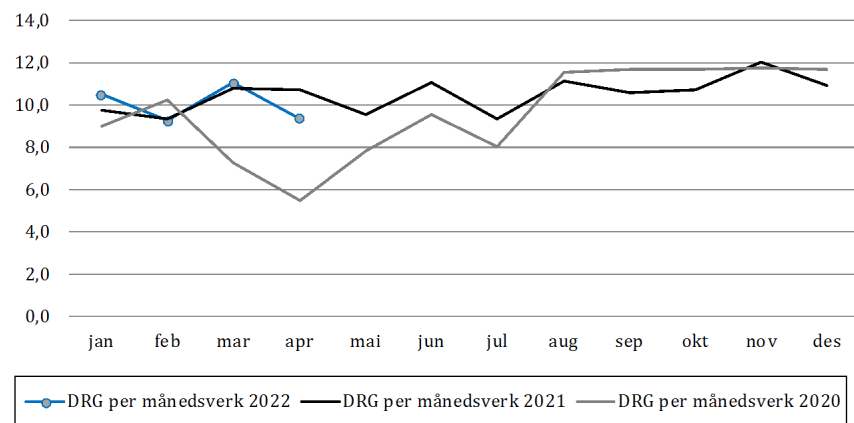
Antall behandlere tilstede i hittil i år er økt med 2,9 % innenfor BUP, mens det er redusert med hele 25,4 % innenfor TSB målt mot fjoråret, grunnet sykefravær, vakanser og rekrutteringsutfordringer. VOP ligger 4,1 % lavere enn i samme periode i fjor.



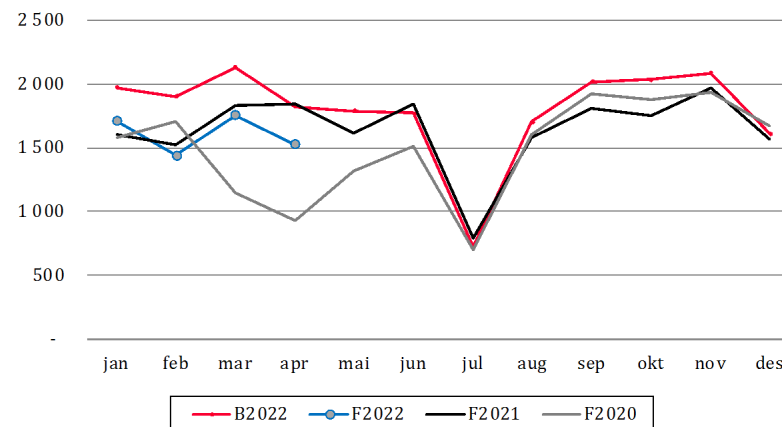
ISF-poeng PHV og TSB utført ved STHF

202204	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2021	Budsjett 2022	ISF avvik (1000 kr)
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%			
DPS nedre Telemark	249	337	-88	-26 %	1 103	1 407	-304	-22 %	3 156	3 975	-1 001
DPS øvre Telemark	112	180	-68	-38 %	547	752	-205	-27 %	1 450	2 124	-676
Psykiatrisk sykehusavdeling	87	50	37	74 %	303	208	95	46 %	615	588	314
Poliklinisk avdeling TSB og psykose	289	317	-28	-9 %	967	957	10	1 %	2 579	2 703	32
Raskere tilbake PHV og TSB (underlagt Medisinsk klinikk)	2	7	-5	-73 %	28	34	-5	-16 %	82	92	-18
Klinikk for PHV og TSB + Raskere tilbake	738	891	-152	-17 %	2 949	3 358	-409	-12 %	7 882	9 482	-1 348
Avdeling for barn og unges psykiske helse - ABUP	788	947	-158	-17 %	3 485	4 457	-972	-22 %	11 843	12 089	-3 203
Barne- og ungdomsklinikken	788	947	-158	-17 %	3 485	4 457	-972	-22 %	11 843	12 089	-3 203
SUM ISF psykisk helsevern og TSB på STHF	1 526	1 837	-311	-17 %	6 433	7 815	-1 382	-18 %	19 725	21 571	-4 551

ISF-poeng per måned per terapeut PHV og TSB ved STHF



ISF-poeng PHV og TSB ved STHF



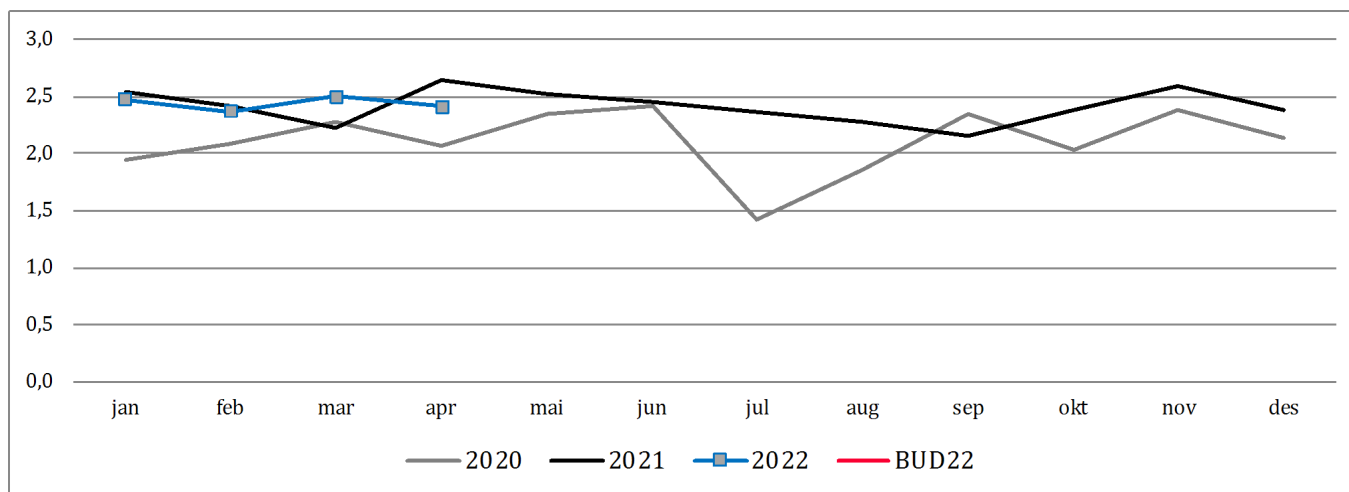
Kommentarer:

ISF-resultatene viser et samlet negativt budsjettavvik på 18 % hittil i år. ISF-inntektene er lavere innenfor alle tjenesteområdene i psykiatrien. April isolert viser et negativt budsjettavvik på 17 %.

For 2022 er det gjort endringer i DRG-vektene mellom VOP/TSB og BUP. Konsekvensene av dette er ikke innarbeidet i budsjettet. Samlet budsjetteffekt skal være nøytral, men endringen vanskeliggjør sammenlikning av opptjente ISF-poeng mot i fjor og budsjett for de enkelte fagområdene.

ISF-berettigede konsultasjoner per behandler.

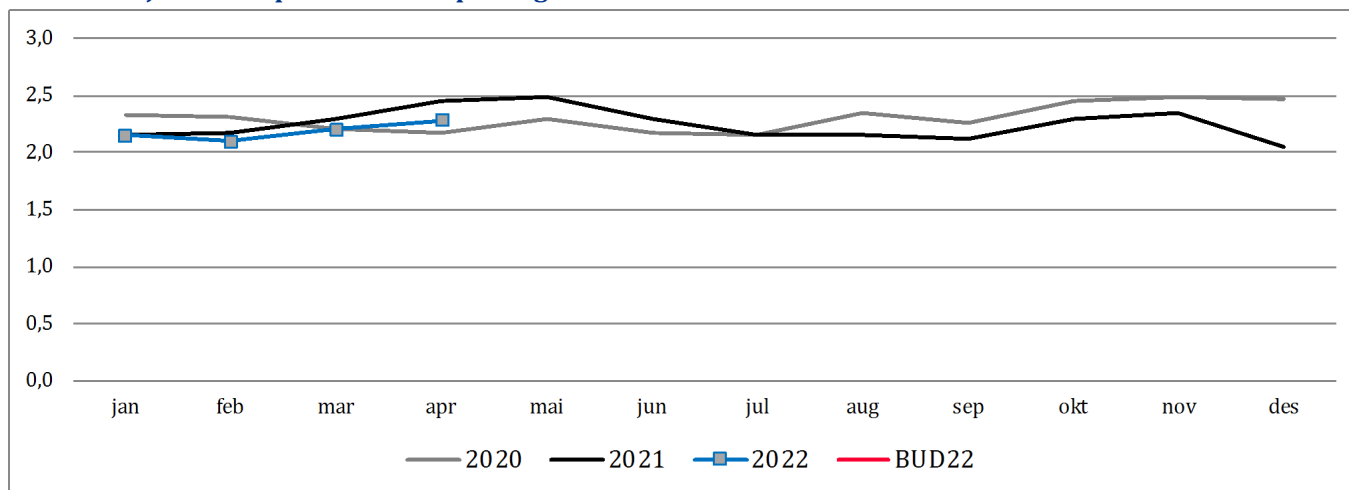
Konsultasjoner BUP per behandler per dag.



Kommentarer:

BUP ligger stabilt rundt 2,5 per dag, og ligger i april måned litt lavere enn i fjor år.

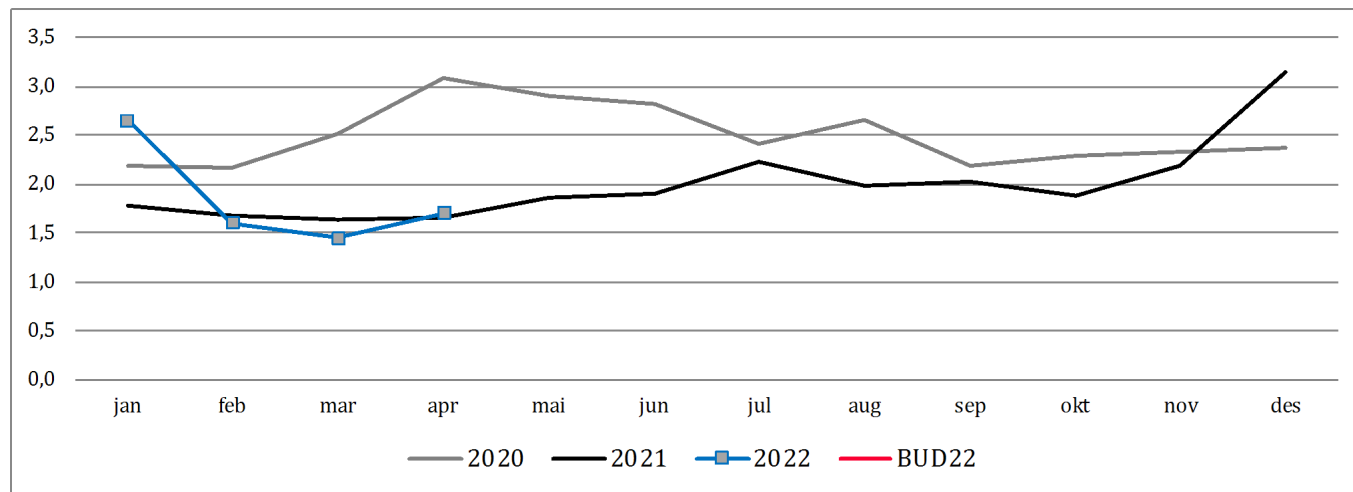
Konsultasjoner VOP per behandler per dag.



VOP viser en økning fra de tre foregående månedene, men ligger lavere enn i fjor.

ISF-berettigede konsultasjoner per behandler.

Konsultasjoner TSB per behandler per dag.



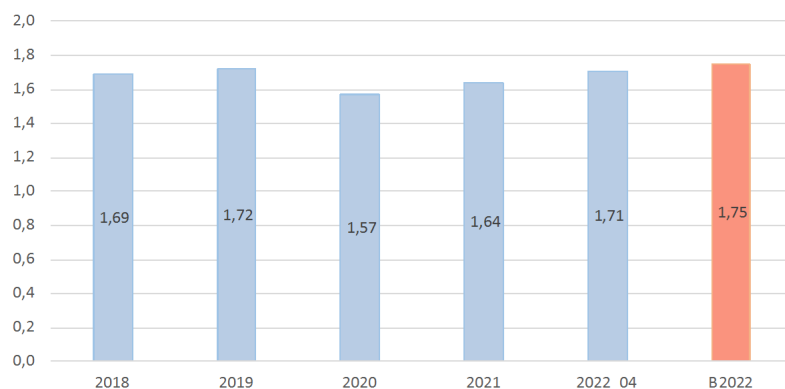
Kommentarer:

TSB hadde en bra avslutning på fjoråret og startet bra i januar måned. Falt sterkt de to neste, men ligger i april måned over fjoråret.

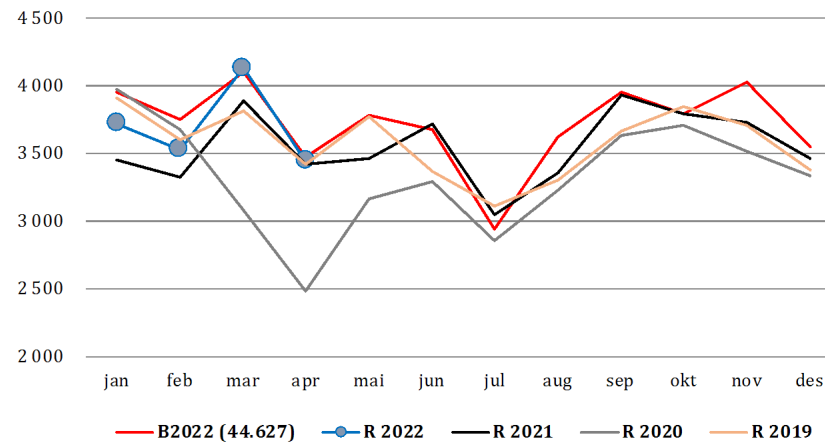
ISF-poeng somatikk.

202204	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2021	Budsjett 2022	ISF budsj.-avvik (1000 kr)
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%			
Kirurgisk klinikk	1 491	1 462	29	2 %	6 561	6 728	-167	-2 %	6 527	19 657	-3 993
Medisinsk klinikk	1 702	1 717	-16	-1 %	7 166	7 293	-127	-2 %	6 411	21 412	-3 040
BUK	222	248	-25	-10 %	923	1 082	-159	-15 %	925	3 040	-3 787
Akutt og beredskap	9	10	-1	-12 %	43	44	-1	-2 %	40	118	-25
MSK	17	36	-19	-52 %	117	140	-23	-16 %	123	400	-542
Ernæringspoliklinikk	-	-	0	0 %	-	-	0	0 %	9	0	0
Ufordelt/kvalitetssikring	5	-	5	0 %	17	-	17	0 %	-77	0	0
SUM DRG utført ved STHF	3 446	3 473	-27	-1 %	14 827	15 288	-460	-3 %	13 958	44 627	-11 388
SUM ISF-poeng (inkl. legemidler, FBV) "sørge-for"	3 606	3 735	-129	-3 %	15 767	16 333	-565	-3 %	15 033	47 767	

ISF produktivitet somatikk 2018 - 2022



STHF - ISF-poeng utført ved STHF



Kommentarer:

Koronasituasjonen påvirket foretakets drift og aktivitet i årets 3 første måneder. Det har vært nedtak av elektive operasjoner, økt omfang av strykninger (syke pasienter) og redusert inntak på sengeposter. Nivået på øyeblikkelig hjelp-pasienter var lavere enn budsjettet og per 3 måneder 2019 (før pandemien). Aktivitetsnivået i april 2022 var imidlertid likt med budsjett og april måned i 2019.

Antall døgnpasienter har per 4 måneder vært 8 % færre enn budsjettet, og 9 % færre enn per 4 måneder 2019 (før pandemien). Dette gir seg utslag i form av betydelig lavere ISF-inntekter enn budsjettet.

Samlet negativt budsjettavvik knyttet til ISF poeng utført i eget HF (dag, døgn, poliklinikk) er hittil i år 460 poeng (-3 %).

Forklaring:

ISF-produktivitet beregnes slik: ISF-poeng dividert på brutto årsverk knyttet til somatisk pasientbehandling.

Aktivitet – dag, døgn og poliklinikk

Alle tjenesteområder

april 2022	Denne periode				Hittil i år				Endring HiÅ 2022 - 2021		
	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	Avvik i prosent	HiÅ 2021	Endring	%
Somatikk											
Antall utskrivinger døgnbehandling	2 130	2 137	- 7	-0,3 %	8 432	9 157	- 725	-7,9 %	7 762	670	8,6 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	7 506	7 518	- 12	-0,2 %	30 575	32 219	-1 644	-5,1 %	27 477	3 098	11,3 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	2 099	2 110	- 11	-0,5 %	9 113	9 329	- 216	-2,3 %	9 101	12	0,1 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	13 954	14 794	- 840	-5,7 %	61 801	66 208	-4 407	-6,7 %	61 454	347	0,6 %
VoP - Psykisk helsevern for voksne											
Antall utskrivinger døgnbehandling	133	105	28	26,7 %	521	481	40	8,3 %	435	86	19,8 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	2 726	2 406	320	13,3 %	11 112	10 465	647	6,2 %	9 731	1 381	14,2 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	3 169	3 957	- 788	-19,9 %	14 307	16 531	-2 224	-13,5 %	15 189	- 882	-5,8 %
BUP - Psykisk helsevern for barn og unge											
Antall utskrivinger døgnbehandling	17	14	3	21,4 %	64	52	12	23,1 %	42	22	52,4 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	143	179	- 36	-20,1 %	575	846	- 271	-32,0 %	874	- 299	-34,2 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	2 920	3 093	- 173	-5,6 %	13 111	14 564	-1 453	-10,0 %	12 861	250	1,9 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling											
Antall utskrivinger døgnbehandling	36	22	14	63,6 %	147	108	39	36,1 %	108	39	36,1 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	271	220	51	23,2 %	1 021	1 040	- 19	-1,8 %	1 017	4	0,4 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	570	763	- 193	-25,3 %	2 482	3 186	- 704	-22,1 %	2 883	- 401	-13,9 %

Kommentarer:
Somatikk

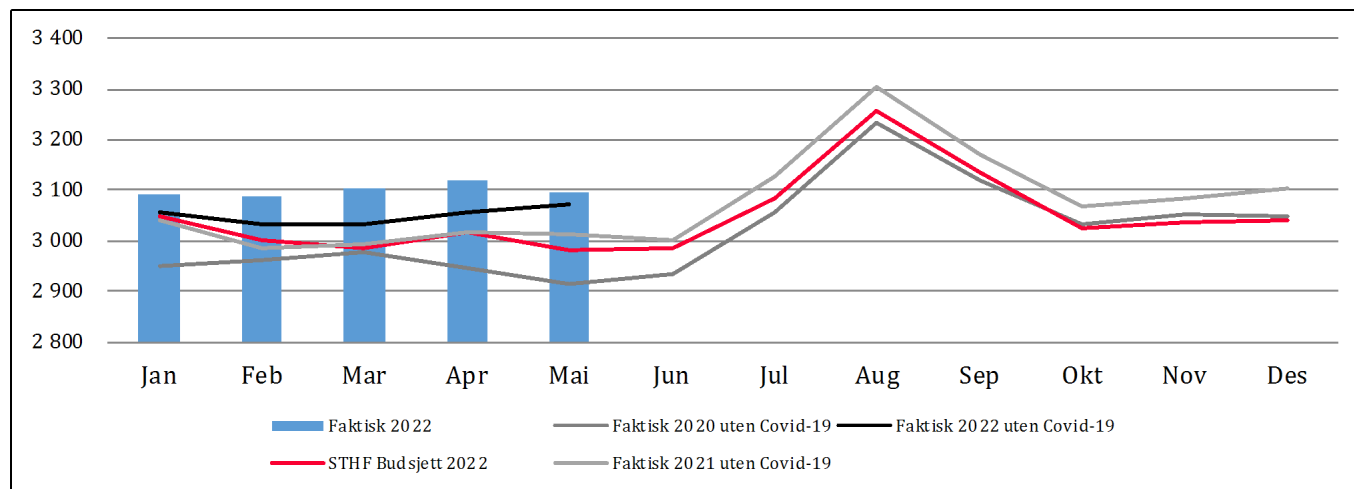
Aktiviteten knyttet til døgnbehandling er per 4 måneder 8 % lavere enn budsjettet. Avviket refererer seg hovedsakelig til den lave øyeblikkelig hjelp-aktiviteten ved Medisinsk klinikk i årets første måneder og til dels den planlagte aktiviteten ved Kirurgisk klinikk. Dag-aktiviteten er 2 % lavere enn budsjettet hittil i år, mens den polikliniske aktiviteten er 7 % lavere enn budsjettet.

PHV og TSB:

Høyt trykk på sengepostene fortsetter inn i det nye året, og målt mot fjoråret er samlet antall liggedøgn 9 % høyere enn i fjor. Det ble budsjettet med vekst, og budsjettet viser et positivt avvik på 3 %. Antall utskrevne pasienter ligger også høyt, og har en økning på 25 % fra i fjor. Dette er 14 % høyere enn budsjettet.

Den store veksten skyldes både økte henvisninger og økt kapasitet målt mot i fjor. Kapasiteten var redusert i starten av fjoråret som følge av spesialistmangel innenfor voksenpsykiatrien

Brutto månedsverk



Kommentarer:

Brutto månedsverk som ble utbetalt i april var 3118, noe som er 3,4 % over budsjettet bemanningsforbruk og 64 månedsverk over fjorårsnivået. Det er i april utbetalt 62 månedsverk direkte knyttet til den økte beredskapen som følge av pandemien, noe som står for 2,1 % - poeng av budsjettavviket.

Hittil i år er det utbetalt 3101 brutto månedsverk, noe som er 2,9 % over budsjett, og 51 månedsverk over fjorårsnivået. Når vi trekker ut koronarelatert bemanning, er bemanningsforbruket 32 månedsverk høyere enn budsjettet. I dette tallet inngår også årsverk som er ekstern-finansiert og ikke budsjettet.

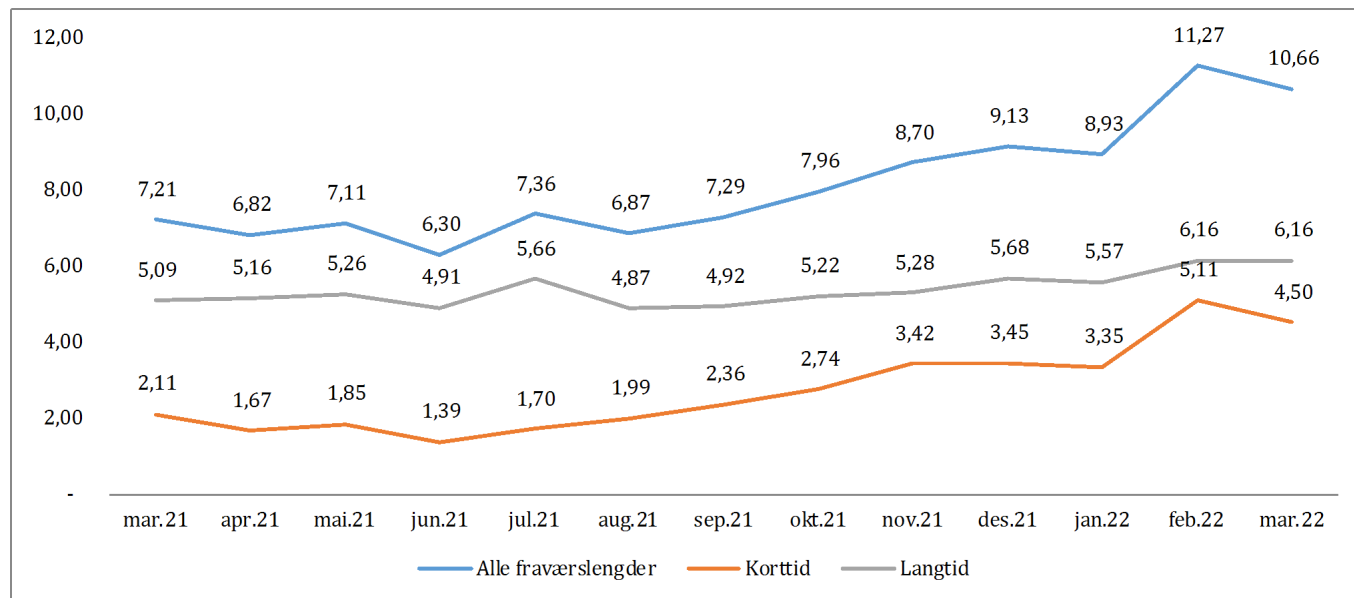
Med et sykefravær på 10,9 % i mars gir dette et høyt forbruk av variabel lønn. Dette resulterer i høyt forbruk av brutto månedsverk utbetalt i april. Med nåværende sykefravær er bemanningsbudsjettet vanskelig å holde. Foreløpige tall for sykefraværet i april viser at sykefraværet er på god vei nedover.

2022/04	Denne periode				Hittil i år (gjennomsnitt)				Endring HiÅ 2021 - 2020		
	Faktisk	Budsjett	Budsjett avvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjett avvik	Avvik i prosent	HiÅ 2020	Endring	%
Somatikk	2 174	2 107	- 67	-3,2 %	2 164	2 105	- 60	-2,8 %	2 135	29	1,4 %
VoP	541	528	- 13	-2,4 %	535	527	- 8	-1,5 %	520	15	3,0 %
BUP	160	159	0	-0,3 %	160	159	- 2	-1,0 %	160	1	0,6 %
Psykisk helsevern	700	687	- 13	-1,9 %	696	686	- 9	-1,4 %	679	16	2,4 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	99	98	- 2	-2,6 %	58	57	0	-0,5 %	60	- 2	-3,0 %
Prehospitale tjenester	168	147	- 21	-14,5 %	166	146	- 19	-13,2 %	160	6	3,8 %
Annet	17	18	1	4,2 %	17	18	0	2,3 %	17	0	2,6 %
Tota	3 119	3 016	- 103	-3,4 %	3 101	3 013	- 88	-2,9 %	3 051	50	1,7 %

Månedsverk. Negativt budsjettavvik er her et merforbruk ift budsjett. Innleie inngår ikke i månedsverk.

Sykefravær

Sykefravær (HSØ)



Kommentarer:

Tall for sykefravær rapporteres med en måneds forsinkelse. Grafen viser at sykefraværet har økt betydelig fra august 2021 og frem til nå. Sykefraværet i februar var historisk høyt, falt litt i mars, men fremdeles høyt.

Det høye sykefraværet hittil i år resulterer i mye innleie og dyr drift. Det rapporteres om reduksjon i sykefraværet i april. Veksten fra august til mars er størst innenfor korttidsfraværet, men langtidsfraværet er også økende.

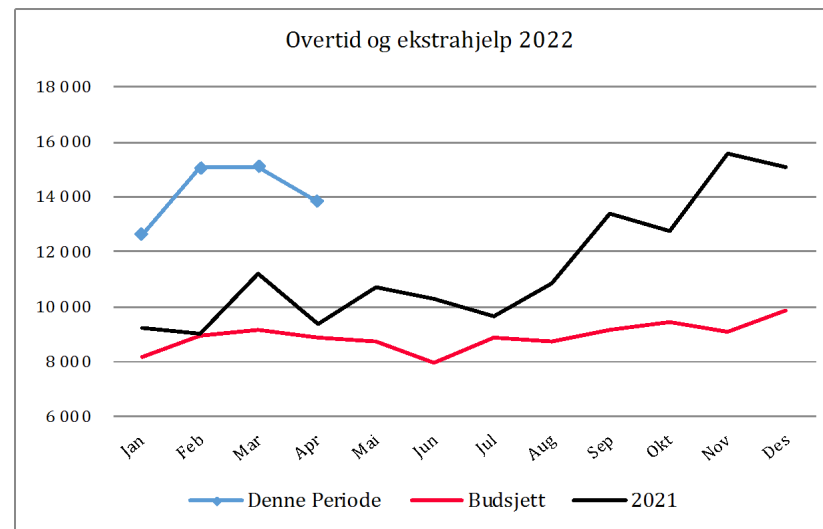
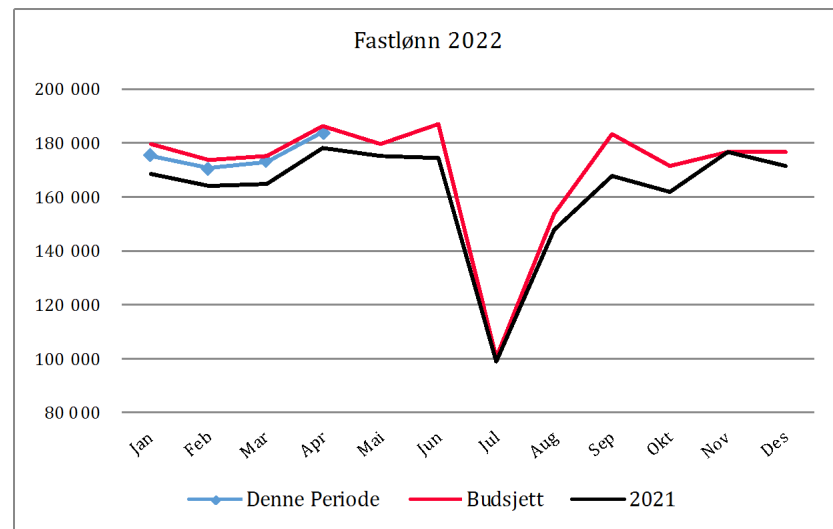
Sykefravær registrert som koronarelatert utgjør per mars 2,4 % - poeng, mens det i mars måned isolert viser 2,5 % - poeng.

Bemanning

Lønnskostnader/innleie helsepersonell

202204 Tall i hele tusen	Denne periode				Hittil i år				Endring HiÅ 2022 - 2021		
	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	Avvik i prosent	HiÅ 2021	Endring	%
Lønn til fast ansatte	183 955	186 232	2 277	1,2 %	703 509	714 783	11 274	1,6 %	676 510	26 999	4,0 %
Overtid og ekstrahjelp	13 823	8 896	-4 928	-55,4 %	56 639	35 218	-21 422	-60,8 %	38 836	17 803	45,8 %
Total lønn	255 037	246 859	-8 178	-3,3 %	971 685	947 136	-24 549	-2,6 %	914 789	56 895	6,2 %
Innleid arbeidskraft - del av kto 468	4 138	1 602	-2 537	-158,4 %	14 324	6 822	-7 502	-110,0 %	7 660	6 664	87,0 %

Total bemanningskostnad. Negativt budsjettavvik er her et merforbruk ift budsjett.

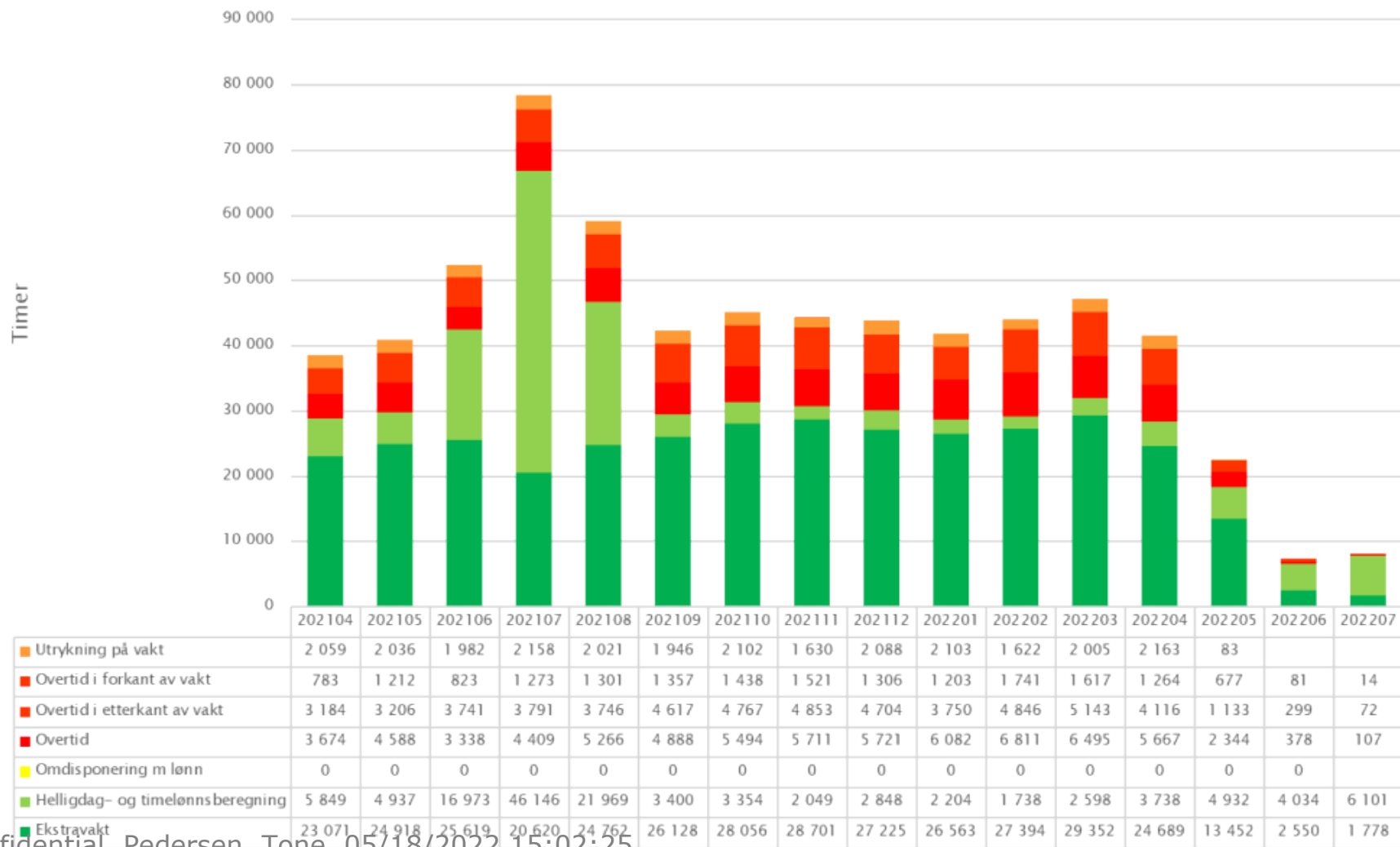


Kommentarer:

Samlede lønnskostnader for egne ansatte utgjorde 828,1 millioner kr per april, mot budsjett 814,9 millioner kroner. Dette er 49,7 millioner kr høyere enn i samme periode i 2021. Innleie utgjorde 14,3 millioner kr per april mot budsjett 6,8 millioner kr.

Merforbruket på overtid og ekstrahjelp er fortsatt høyt. Dette har sammenheng med høyt belegg og svært høyt sykefravær i første kvartal.

*«Total lønn» inkluderer innleie fra bemanningsbyrå, fast lønn, EFO, pensjonskostnader og sykepengerefusjoner.

EFO

Kommentarer:

Med økende sykefravær og en vanskelig driftssituasjon ligger EFO-timeforbruket stabilt høyt, og høyere enn for et år siden.

Ekstravakt
Forskjøvet arbeidstid
Overtid

Resultat

202204	Denne Periode			Hittil			Hel år	
	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Faktisk	Budsjett	Avvik Budsjett	Årsbudsjett	Estimat
STHF intern								
Basisramme inkl. KBF	244 057	244 028	29	914 868	914 753	115	2 637 333	2 637 679
ISF egne pasienter	69 231	67 376	1 855	287 342	295 006	-7 664	863 106	851 170
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	15 866	15 991	-125	68 593	71 634	-3 041	207 439	202 665
ISF - refusjon poliklinisk PHV/TSB	5 028	6 007	-979	21 192	25 784	-4 593	71 054	65 054
ISF - refusjon pasientadministrative legemidler (H-resepter)	3 218	5 809	-2 591	20 452	23 234	-2 782	69 703	69 703
Poliklinikk inntekter	8 933	8 838	96	38 337	38 550	-212	113 067	113 067
Egenandel Poliklinikk inkl HELFO	7 879	8 612	-733	33 570	35 745	-2 174	106 743	106 743
Egenandel HELFO pasientreiser	2 885	2 431	453	8 836	7 701	1 135	34 346	34 346
Annen inntekt	29 057	28 766	290	126 845	112 363	14 481	333 551	380 914
SUM DRIFTSINNTEKTER	386 154	387 859	-1 705	1 520 036	1 524 770	-4 734	4 436 342	4 461 342
Varekostnad	85 926	86 983	-1 057	377 357	359 111	18 246	1 073 572	1 095 572
Lønn eks. pensjon	217 222	212 590	4 633	828 061	814 889	13 173	2 326 097	2 344 097
Pensjonskostnader	33 677	32 668	1 009	129 299	125 425	3 874	358 911	369 995
Andre driftskostnader	57 417	51 254	6 163	229 351	207 885	21 467	624 872	629 872
SUM DRIFTSKOSTNADER	394 241	383 494	10 747	1 564 069	1 507 310	56 759	4 383 452	4 439 537
DRIFTSRESULTAT	-8 087	4 365	-12 452	-44 033	17 460	-61 493	52 890	21 805
Finansresultat	831	635	196	2 411	2 540	-129	7 110	7 110
ÅRSRESULTAT	-7 256	5 000	-12 256	-41 622	20 000	-61 622	60 000	28 915
Pensjonskostnader	1 009	-	1 009	3 874	-	3 874	-	11 085
ÅRSRESULTAT JUSTERT FOR PENSJONSKOSTNADER	-6 247	5 000	-11 247	-37 748	20 000	-57 748	60 000	40 000

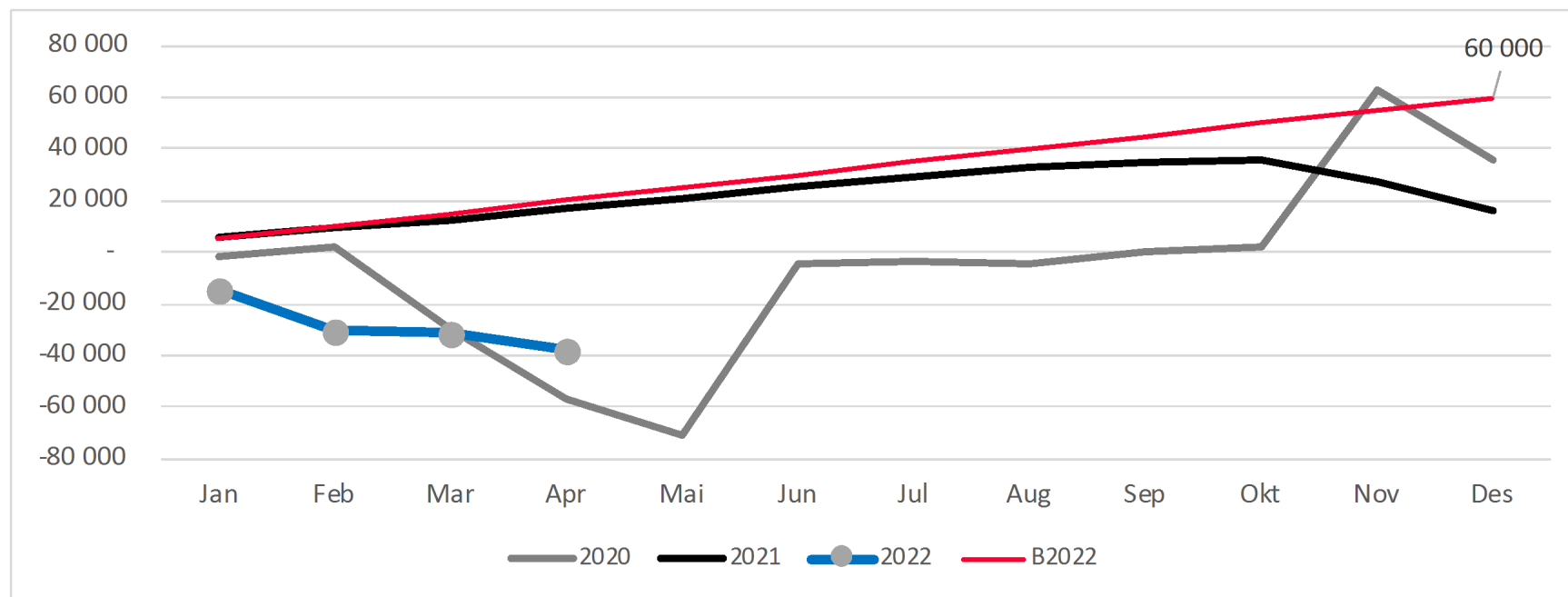
Kommentarer:

Resultatet for april er -6,2 millioner kr. Dette er 11,2 millioner kr lavere enn budsjett for perioden. Udekket koronaeffekt utgjør 7,0 millioner i perioden. Høy aktivitet i prehospitaltjenester, driftssituasjon i akuttpsykiatrien, forsinkelser i forbedringsarbeid og prisvekst utgjør de største budsjettavvikene i april.

Koronasituasjonen har påvirket foretakets drift negativt med 7,0 millioner kr. i april. Dette er en halvering siden mars. Effekten er i sin helhet økte kostnader. Dette er primært relatert til flere innleide vikarer og høyt forbruk av overtid som følge av høyt sykefravær. Videre har gevinstrealisering fra planlagt forbedringsarbeid i betydelig grad blitt påvirket av pandemien. Det er ikke inntektsført koronakompensasjon i april. Hittil i år utgjør ikke kompenserte koronaeffekter 41,8 millioner kr.

Resultat

Akkumulert resultat justert for endrede pensjonskostnader (HSØ) (Hele tusen)



Sykehuset Telemark HF	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Akkumulert resultat justert for pensjonskostnader	-14 085	-30 539	-31 501	-37 748	-	-	-	-	-	-	-	-
Akkumulert budsjettavvik	-19 085	-40 539	-46 501	-57 748	-	-	-	-	-	-	-	-

Kommentarer:

Sykehuset Telemark rapporterer et resultat på -37,7 millioner kr. per april. Dette er 57,7 millioner kr. lavere enn periodisert styringsmål.

Avviket skyldes i all hovedsak ikke-kompenserte koronaeffekter på 41,8 millioner kr. i tillegg til betydelig høyere kostnader innen Fritt Behandlingsvalg, høye kostnader som følge av svært høyt aktivitetsnivå i prehospitaltjenester og akuttmottak, høyt belegg og krevende driftssituasjon i akuttpsykiatrien, forsinkelser i planlagt forbedringsarbeid og prisvekst utover KPI.

Gjennom april har driftssituasjonen i stor grad blitt normalisert mht covid-19. Det har fortsatt vært høyere sykefravær enn normalt, men fraværet viser en fallende trend.

Estimat for året er vurdert til 40 millioner kr., 20 millioner kr. svakere enn budsjettet, og i hovedsak grunnet FBV og prisvekst utover KPI.

Risikovurdering per 1. tertial 2022

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

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

Koronasituasjonen har preget driften gjennom høyt sykefravær og smitteverntiltak i første kvartal. Situasjonen har imidlertid blitt mer normalisert i april. Sykefraværet er på vei ned, og sykehuset har fjernet de forsterkede smitteverntiltakene per 19. april. Aktiviteten har tatt seg opp, men enkelte kvalitetsindikatorer som ventetid og korridorpasienter viser fremdeles bekymringsfull utvikling. Det er kapasitetsproblemer og rekrutteringsvansker i psykiatrien. Inntektsbortfall og kostnadspådrag i forbindelse med pandemien utgjør en betydelig økonomisk risiko. Kompensasjon for koronarelaterte økonomiske effekter har vært svært begrenset i 2022, hvilket preger sykehusets økonomiske resultater per april.

Risikomatrikse 1. tertial 2022 STHF						
		Konsekvens				
		1	2	3	4	5
Sannsynlighet	5				2	
	4			5	3, 9	
	3		4	1, 6	8	
	2		7			
	1					

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

1. Tilgjengelighet – Økt sannsynlighet. Ventetidene ligger på et høyere nivå enn samme tid i fjor, og før pandemien. Ventetid ventende og påstartet for somatikk er hhv. 68 og 66 dager, og 55 og 31 dager for psykiatri. Fristbrudd er 3 %, hvorav majoriteten gjelder Mage og tarmavdelingen og GYN. Aktivitetsnivået har vært sterkt preget av økt sykefravær i første tertial. Det er viktig at driften normaliseres etter hvert som sykefraværet avtar og pandemien har mindre påvirkning på driften.

2. Økonomi – Økt sannsynlighet og konsekvens. Økonomiske resultater er svekket gjennom koronasituasjonen. Sykehuset har overført rest fra koronarelatert kompensasjon 2021 kr 1,3 millioner og har mottatt 12,2 millioner i 2022. Kompensasjonsmidler er bokført per mars, og rest udekket koronaeffekt er 41,8 millioner per april. Sykehuset rapporterer et driftsresultat på -37,8 millioner kr. per april, som er -57,8 millioner kroner lavere enn budsjett. Samlet koronaeffekt utgjør -55,3 millioner kroner per april. Korrigert for koronaeffekt er resultatet 4 millioner kroner per april og -16 millioner mot budsjett. Det er viktig at driftskostnader nedjusteres til et normalt driftsnivå i samsvar med utviklingen i koronasituasjonen. Underliggende utviklingstrekk, demografi i Telemark gjør det krevende å sikre økonomisk bærekraft over tid.

3. Bemanning – Uendret. Sykefraværet og effekten fra pandemien forventes å avta fram mot sommeren, som vil gi en positiv effekt på bemanning. Samtidig er enkelte fagområder presset på ressurser, og rekruttering er krevende. Sommeravvikling kan bli utfordrende på grunn av tilgang på sommervikarer, spesielt på sykepleiersiden i enkelte fagområder. Rekruttering av spesialister til BUP, VOP og TSB er svært krevende. Dette gir lav spesialistdekning og fører til forsinkelser i behandlingsforløp og dårligere pasienttilbud.

4. Prioriteringsregelen – Uendret. I første tertial har det vært svært høyt sykefravær og mange avlyste konsultasjoner på grunn av syk behandler eller syk pasient. Dette har ført til lavere aktivitet.

Prioriteringsregelen målt i ventetid er hittil i år oppfylt innenfor VOP med sine 31 og TSB med 22 dager. BUP ligger på 38 dager, noe som er 3 dager for lenge. Deler av årsaken er den store økningen av henvisninger innenfor barne- og ungdomspsykiatrien.

Prioriteringsregelen måles ved at aktiviteten i 2022 skal være høyere enn i 2021 for hvert av tjenesteområdene. Målsettingen er oppfylt for BUP, mens VOP og TSB har redusert sin aktivitet. Dette skyldes i hovedsak den store nedgangen i antall terapeuter.

5. Informasjonssikkerhet og personvern - Uendret. Risiko for eksterne dataangrep anses økt generelt, blant annet på bakgrunn av situasjonen med Ukraina. Trusselvurderinger tilsier ikke økt risiko alene pga. det. Ansatte informert om risiko for phishing-angrep, og får anbefalinger om hvordan man skal forholde seg til dette. Sykehuspartner HF har i perioder hatt økt beredskap og overvåkning av situasjonen.

Vi må ha fortsatt fokus på å etterleve sikkerhetskrav i nyanskaffelser. Sanering av gamle løsninger fortsetter, blant annet vil legacy STHF-domene etter planen være sanert i Q2.

Helsetilsynets rapport 2-2021 vedr. bortfall av IKT gjennomgått i KPU (Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget) med tanke på å adressere ansvar for oppfølging og tiltak.

IT-løsning for regional protokoll etter Artikkel 30 er levert. Arbeidet med komplettering av protokollen videreføres, og systematikk og ansvars plassering for ajourføring av protokollen er definert. Avventer rydding i protokollen fra vår databehandler.

6. Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring – Økt sannsynlighet. Det er en stigende trend i korridorpatienter siste tertial, som ligger på 3,4 % per april. Det er særlig Medisinsk klinikk som har stigende trend. Kirurgisk klinikk har effektivisert sine sengeposter, og har mindre kapasitet til å håndtere satellittpatienter fra Medisinsk klinikk. Det arbeides med tiltak i prosjektet Pasientflyt 24/7, med fokus på flere av tiltakspakkene fra «I trygge hender 24/7», blant annet innen tidlig oppdagelse av forverret tilstand (NEWS-2). Relevante kvalitetsindikatorer, herunder 30-dagers overlevelse, tematiseres i Helsefelleskap FSU Kvalitet og tjenesteutvikling. Et slikt felles fokus fra kommuner og sykehus forventes å øke pasientsikkerheten. Det er videre fokus på kreftområdet. Forbedringsarbeid knyttet til pakkeforløp lungekreft har vært gjennomført, og resultater avventes. Fagråd kreft er under etablering i sykehuset. Hensikten er blant annet å øke 5-års overlevelse.

7. Koronaberedskap – Redusert sannsynlighet og konsekvens. Sykehuset skal sikre tilgang på utstyr, ressurser og kompetanse i forbindelse med koronapandemien, samt til enhver tid sikre god balanse mellom beredskap og øvrig drift. Ansatte på sykehuset er i stor grad fullvaksinerte. Forsterkede smitteverntiltak er fjernet fra 19. april. Sykefraværet forventes å avta fram mot sommeren. Klinikkene har ansvar for å sikre at tiltak og koronarelaterte kostnader samsvarer med sykehusets beredskapsnivå.

8. Aktivitet – Økt sannsynlighet. Ø-hjelpsaktiviteten i Medisinsk klinikk har tatt seg opp igjen. Kirurgisk klinikk har vært tilbake på et normalt aktivitetsnivå for ø-hjelp, og elektiv aktivitet har tatt seg opp i april etter mange avlyste operasjoner gjennom første kvartal. Det er høy aktivitet på poliklinikk, og det jobbes godt med ventelister, men budsjetterte inntektsforventninger vil ikke bli innfridd. Fokus på normalisering etter en periode med høyt sykefravær og driftsforstyrrelser.

Lav aktivitet på Voksenpsykiatri og TSB målt mot tidligere år. Deler av aktivitetsnedgangen skyldes rekrutteringsutfordringer og vesentlig færre terapeuter enn i fjor, spesielt innenfor TSB. Det har i det siste vært en stor turnover, noe som medfører en noe lavere aktivitet og produktivitet enn ved erfarne behandlere. Mangel på spesialister fører til store

kapasitetsutfordringer. Dette gir også endringer i hvordan henvisninger blir vurdert. STHF har gått fra administrativt besluttet inntaksprosent på maks 15% til å forholde seg til nasjonal faglig prioriteringsveileder. Grunnen til dette igjen er en enorm kapasitetsutfordring grunnet tidligere inntakspraksis på 85% inn, og mange vakanser i flere yrkesgrupper i poliklinikkene. Neste tiltak er å øke ventetiden for å kunne ferdigbehandle pågående pasientforløp – hvis dette ikke er tilstrekkelig tiltak.

Aktiviteten innen BUP er på nivå med 2021 men lavere enn budsjett. Budsjett 2022 er fastsatt med bakgrunn i prioriteringsregelen som tidligere ble målt i forhold til vekst i somatikken. Høyt sykefravær og avlyste timer pga syke behandlere eller syke pasienter bidrog til lavere aktivitet enn planlagt i første kvartal. Med lavere fravær framover forventes aktiviteten å øke. Samtidig er det betydelige utfordringer med å rekruttere leger og psykologspesialister. Det er et stabilt høyt nivå på henvisningene til BUP, og dette utfordrer kapasiteten i en situasjon med vakante behandlerstillinger og få spesialister.

9. Kapasitet innen psykisk helsevern/TSB – Ny.

- Manglende kapasitet i Sikkerhetspsykiatri. Flere dømmes til tvungent psykisk helsevern. Ikke ledige plasser i sikkerhetspsykiatrien. Mangel på plasser til disse pasientene. Fører til at andre sikkerhetspasienter (krevende pasienter uten dom) må plasseres på andre lukkede poster. Dette forskyver krevende behandlingsopplegg til poster som ikke er rigget for dette (lokaler, bemanningsressurser, kompetanse), og medfører dårligere pasienttilbud og økte kostnader.
- Sterk vekst i Henvisningsstrøm BUP
Vedvarende høyt antall henvisninger til BUP. Økning i spiseforstyrrelser og andre ressurskrevende lidelser. Antall henvisninger ser ut til å ha stabilisert seg, men på et vesentlig høyere nivå enn før pandemien. Dette utfordrer kompetanse og kapasitet. BUP har fått tilført ressurser for å øke antall behandlere, men rekrutteringsutfordringer er til hinder for økt kapasitet.
- Driftssituasjon VOP
Flere av poliklinikkene har kritisk få spesialister. Enkelte poliklinikker vil ved manglende spesialistrekruttering måtte stenge til høsten.
Lukkede akuttposter har en krevende driftssituasjon pga. krevende pasienter fra sikkerhetsposten. De allmennpsykiatriske sengepostene får et høyere trykk da akuttpasienter må overføres dit pga. plassmangel i akuttpostene. I noen tilfeller skrives pasientene ut tidligere enn de ville gjort med full kapasitet.
Det er også en opplevelse av at sykdomsbildet har forverret seg og pasientene er mer krevende enn tidligere.
- Generelle rekrutteringsutfordringer
Det er svært vanskelig å rekruttere psykologspesialister eller overleger. Siste månedene har det heller ikke vært mulig å få tak i psykologer. Samtidig er det relativt høy turnover, og antall vakante behandlerstillinger er økende. Dette er en uheldig utvikling siden rekruttering til små fagmiljøer er ekstra vanskelig. BUP, VOP og TSB består av mange små poliklinikker som er svært sårbare ved vakanser og lite konkurransedyktige i rekrutteringssammenheng.

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

	K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
1 Tilgjengelighet								
	K	3	→	Økte ventetider reduserer sykehusets attraktivitet, og kan være et tegn på lav lønnsomhet. STHF er i gul beredskap fra medio desember, og ventetidene forventes å øke noe fremover.	<ul style="list-style-type: none"> • Økt bruk av telefonkonsultasjoner for å opprettholde elektiv aktivitet der det er mulig 	Redusere unødig ventetid og administrative feil. Bidrar til økt kompetanse og felles praksis.	Klinikksjefer og ledere	Løpende
	S	4	↑					
	K	4	→	Pasienter får ikke oppfylt sin rett til nødvendig helsehjelp. Spesialisthelsetjenesten overholder ikke juridisk bindende forpliktelse til å oppfylle pasientens rettighet, og pasientens rettslig krav på behandling innen den fristen som er fastsatt. Kraftig økning på Plast pga kapasitetsutfordringer.	<ul style="list-style-type: none"> • Fokus på lengre planleggingshorisont. Sekretærstyrt timebok. • Kontinuerlig rydding i ventelister for å unngå fristbrudd, langventere, unødig ventetid og løftebrudd. • Det er pågått økt poliklinisk aktivitet og dagbehandling med sikte på å redusere ventelister og unngå fristbrudd. 	Pasientene skal ikke oppleve fristbrudd	Klinikksjefer og ledere	Løpende
	S	2	→					
2 Økonomi								
	K	4	↑	<ul style="list-style-type: none"> • STHF må skape økonomisk handlingsrom for å sikre nødvendige investeringer. • Styring og kontroll med ressursbruken er viktig for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen • Akkumulert resultatet pr april er -37,7 millioner, som er 57,7 millioner under budsjett. • Underliggende utviklingstrekk, demografi i Telemark gjør det krevende å sikre økonomisk bærekraft over tid. 	<ul style="list-style-type: none"> • Det jobbes kontinuerlig med gjennomgang av egen drift og identifisering av tiltak både på inntekt- og kostnadssiden. • Arbeid med sykehusovergripende tiltak pågår. Pågående oppfølging av omorganiserte kirurgiske sengeposter for å sikre økonomisk effekt. • Klinikkene følger opp sine respektive tiltaksplaner jevnlig, og det er et kontinuerlig fokus på kostnadseffektivisering. 	Sikre økonomisk økonomisk bærekraft nødvendig for å opprettholde investeringer og vedlikehold og sikre bærekraft også etter USS	Klinikksjefer og stab	Løpende
	S	5	↑					
	K	4	↑	Redusert aktivitet og høye kostnader ifm Koronavirus har en sterk negativ effekt på sykehusets økonomi. STHF har ingen gjenstående komenserende midler per mars, og udekt koronaeffekt utgjør 41,8 millioner kroner. Det er viktig at driftskostnader reduseres til normalnivå i samsvar med utvikling i koronasituasjonen.	<ul style="list-style-type: none"> • God kostnadskontroll og ressursplanlegging i klinikkene • Det holdes løpende oversikt over kostnadseffekten av koronatiltakene • Følge opp at overgang til normaldrift fører til reduserte koronakostnader og årsverk • Tettere oppfølging av koronakostnader i klinikkene • Regjeringen har besluttet at det vil også gis 	Opprettholde aktivitet i så stor grad som mulig gjennom pandemien. Jobbe ned oppsamlinger i ventelistene.	Klinikksjefer og stab	Løpende
	S	5	↑					

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

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

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

	K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
	S	3 →	Ressursplanlegging	Mangelfull ressursplanlegging kan føre til dårlig ressursutnyttelse, manglende kompetanse, høyere variable lønnskostnader og lavere aktivitet. Pasienten vil kunne oppleve lengre ventetider og flere fristbrudd. Særlig viktig i forbindelse med beredskap for Koronavirus og gradvis normalisering av drift	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivitetsstyrt bemanning pågår • Riktig effektivitetsnivå ved tverrfaglig arbeid, for eksempel tidsbruk på møter, antall deltagere etc. • Riktig bruk av bemanningssenteret • Operasjonskoordinator ansatt for bedre flyt og videreføring av prosesser fra Operasjon 2020-prosjektet • Prosjekt "ressursstyring i et økonomisk perspektiv" • Prosjekt "Pasientflyt 24/7" 	Mer kostnadseffektiv drift, økt planleggingshorisont	HR-enhet / analyse / klinikker	
4 Prioriteringsregelen								
	K	2 →	Aktivitet og ventetider	<ul style="list-style-type: none"> • Antall polikliniske konsultasjoner har økt innenfor BUP, mens VOP og TSB har redusert sin aktivitet. Dette skyldes i hovedsak den store nedgangen i antall terapeuter. STHF innfrir ikke prioriteringsregelen samlet sett. • Prioriteringsregelen målt i ventetid er oppfylt innenfor VOP med sine 30,8 dager. TSB har stabilt lave ventetider, og har hittil i år en gjennomsnittlig ventetid på 22 dager. BUP har fremdeles et høyt antall henvisninger, og ventetiden er hittil i år 37,6 dager. Ventetiden for PHV/TSB samlet er 32 dager hittil i år. 	<ul style="list-style-type: none"> Økt aktivitet og reduserte ventetider innen PHV/TSB krever økt produktivitet og alle behandlerstillinger besatt: • Rekruttere og beholde medarbeidere • Oppfølging medarbeidere • Planlegging – logistikk • Effektivisere teamsamarbeid – flerfaglig arbeidsform • Økt bruk av telefon- og videokonsultasjoner når mulig • Samarbeid med 1. linje og avtalespesialister <ul style="list-style-type: none"> o Riktige/riktigere henvisninger o Spesialist ut til fastlegekontor o Samarbeid med avtalespesialister 	Større vekst i aktivitet og reduserte ventetider: Flere pasienter får behandling. Mer intensive behandlingsforløp og pasientene unngår unødig venting. Reduserte ventetider	Klinikksjefer og ledere	Løpende
	S	2 →						
	K	3 →	Kostnader per tjenesteområde	Prioriteringsregelen er oppfylt som følge av høyere kostnadsvekst innenfor BUP, VOP og TSB enn veksten i somatikken. Somatikken har en kostnadsvekst på 4,0 %. BUP, VOP og TSB har en vest på hhv 9,2 %, 8,2 % og 36,4 %. Høy kostnadsvekst innenfor TSB skyldes høye kostnader innenfor Fritt behandlingsvalg.				
	S	3 ↓						
5 Personvern og informasjonssikkerhet								
	K	3 →	Fortsatt forsinkelser i ordinære prosjekter og STIM	Gamle løsninger blir ikke oppgradert eller skiftet ut	Strengere endringskontroll i Sykehuspartner		Systemeiere	Løpende
	S	5 →						

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

	K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
					Strengt fokus på etterlevelse av sikkerhetskrav. Streng prioritering av prosjekter			
	K	4 →	Datainnbrudd	Risiko for pasientsikkerhet og personvern. Det er et kontinuerlig risikoområde.	Behov for å kartlegge ytterlige oversikt over hvilken risiko som foreligger. Etablering av prosjekt. Nedbetaling av teknisk gjeld, eks.;		Utviklingsavdelingen	
	S	2 →			i. Sanere legacy STHF-domene ii. Migrere WinXP/Win7 over på Win10 iii. Sanere gamle løsninger og standardisere/regionalisere Trusselvurderinger tilsier ikke at vi skal være et mål pga. Ukraina-konflikten. Sikre nyanskaffelser iht krav Sikkerhetskultur			
	K	2 →	Ikke tilstrekkelig oversikt over all behandling av personopplysninger	Sykehuset kan ikke fremlegge fullstendig oversikt over behandlinger til registrerte pasienter og ansatte, eller ved eventuelle tilsyn. Dette kan medføre høye overtredelsesgebyr.	Arbeidet med komplettering av protokollen videreføres, og systematikk og ansvarsplassering for ajourføring av protokollen er definert.		Utviklingsdirektør	
	S	3 →						
6 Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring								
	K	3 →		Pasientskader er et stort samfunnsproblem og medfører store konsekvenser for pasienter, pårørende og involvert helsepersonell- Det kan i verste tilfelle føre til varige skader eller tap av liv. Samtidig er pasientskader samfunnsøkonomisk kostbart.	Gjennomføre tiltak innen innsatsområder pasientsikkerhet i alle relevante enheter. Redusere antall pasientskader målt med metoden GTT - Global Trgger Tool	Færre pasientskader	Kliniksjefer, koordinator: Kvalitetsavdelingen	2020
	S	2 →	Pasientskader					
	K	2 →		God meldekultur er en forutsetning for at avvik blir registrert og bidrar til forbedring.		God meldekultur sikrer at avvik blir registrert og bidrar til forbedring		
	S	2 →	Pasientsikkerhetskultur	God pasientsikkerhetskultur er en forutsetning for åpenhet og læring etter uønskede hendelser	Opplæring i avvik og meldekultur Registrere grad av samsvar mellom meldte avvik og NPE-saker der pasienten har fått medhold.	God pasientsikkerhetskultur sikrer åpenhet og læring etter uønskede hendelser	Kliniksjefer, koordinator: Kvalitetsavdelingen	2020
	K	3 →						2020

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

	K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist	
	S	2	→	System og struktur for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring	Utrangerte systemer hemmer registrering av data og tilgang til styringsinformasjon om pasientskader og forbedringsarbeid	Anskaffelse og implementering av nytt avvikssystem	Informasjon om avvik og data i sanntid er tilgjengelig og brukes aktivt i foretakets forbedringsarbeid.	Prosjektleder / fagdirektør	
	K	3	→	Infeksjoner	Helsetjenesterelaterte infeksjoner er blant de hyppigste pasientskadene målt med GTT.	Prevalensmålinger og insidensmålinger med tilbakemeldinger Smittevernvisitter Antibiotikastyringsprogram	Redusert antall infeksjoner	Klinikksjefer: Koordinator: Smittevern/fagdirektør 2020	
	S	2	→						
	K	4	↑	Korridorpasienter	Høy andel korridorpasienter gir dårligere kvalitet i pasientbehandling og kan øke risiko for infeksjoner. Utviklingen har vist en økning i Medisinsk klinikk i 2019. Stigende trend mot slutten av 2021, både for KIR og MED.	En del medisinske pasienter har hatt ønske om å slippe å ligge på 4-mannsrom. Avdelingslederne forsøker å motivere de ansatte om at pasienter i minst mulig grad bør ligge på korridor. Klinikken intensiverer arbeidet med å praktisere sammendagsinnleggelse for pasienter som skal ha pacemaker. Klinikken har uttalt god nytte av en velfungerende og aktiv AK 2 og ser at høy bruk av den gir betydelig færre korridorpasienter. Dette innlemmes i prosjekt "Pasientflyt 24/7".	Ingen korridorpasienter	Klinikksjefer og ledere Løpende	
	S	2	→						
7 Koronaberedskap									
	K	3	→	Intensivkapasitet	Kan havne i en situasjon med mangel på pleiepersonell og intensivpersonell med nøkkelkompetanse.	- Nasjonalt opplæringsprogram (sengepost) - Opplæring av reservestyrke (intensiv)			
	S	1	→						
	K	1	↓	Covid-19 smitterisiko	Det er fare for at pasienter og ansatte kan bringe med seg smitte av koronavirus på sykehuset. Smitte kan få helsemessige konsekvenser for den smittede, og vil være en belastning for sykehuspersonellet. Særlig risiko for spesielt utsatte pasientgrupper.	<ul style="list-style-type: none"> • God tilgang på smittevernutstyr og håndsprit • Ansatte får god opplæring i smittevernprosedyrer • Målrettede smitteverntiltak knyttet til særlig utsatte pasientgrupper 	Redusere sannsynlighet for spredning av viruset. Redusere kostnader for sykehuset. Opprettholde sykehusets behandlingsskapasitet.	Klinikksjefer Løpende	
	S	2	↓						
	K	2	↓	Koronakostnader	Viktig å reversere koronakostnader og komme tilbake på et driftsnivå som i større grad sammenfaller med beredskapsnivået.	<ul style="list-style-type: none"> • Klinikker sørger for at ekstraordinære koronarelaterte kostnader avsluttes. 		Klinikksjefer Løpende	
	S	2	↓						

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

	K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist	
8 Aktivitet									
	K	3	→	Svingninger i pasientgrunnlag ØH					
	S	2	→		ØH-tilbudet må opprettholdes, men er kostnadskreven.	<ul style="list-style-type: none"> • Bedre utnyttelse av tilgjengelig arbeidstid i operasjonsplanlegging (operasjon 2020) • Kartlegge muligheter for mer dynamisk styring • Pågående tiltak for poliklinikk 	Mer effektiv pasientbehandling. Kliniksjeff/ledere KIR/ABK		
	K	3	→	Voksenpsykiatri og TSB	Lav aktivitet målt mot tidligere år. Aktiviteten og produktiviteten har falt betraktelig innenfor Rus-feltet fra nyttår. Det er stor nedgang i antall terapeuter sammenlignet med tidligere år, og rekrutteringsvansker over tid gjør det vanskelig å øke aktiviteten. Ventetidene er fremdeles veldig lave, avvisningsratene er historisk lave, så ingenting tyder på at det er pasienter som ikke får et tilbud.	Har fra 1. mai gjort endringer i DIPS slik at telefonkontakten som ikke er fullverdig konsultasjon kun blir notert i journal uten å opprette egen konsultasjon. Årsak til dette, er at det ble gjort en nasjonal føring på hvordan fullverdige telefonkonsultasjoner skulle kodes etter 1. januar. Denne endringen kan ha ført til at kodingen ikke tilfredstiller kodekravene, noe som igjen gir lav aktivitet/produktivitet og lave inntekter. Det jobbes kontinuerlig med opplæring og forbedring, og etter sommeren har både aktivitet og produktivitet bedret seg.	Ønsket effekt er korrekt koding, flere tellende konsultasjoner, vise bedre produktivitet og samtidig øke inntektene	Kliniksjeff / ledere Kliniksjeff	Løpende
9 Kapasitet innen PHV									
	K	5	→	Manglende kapasitet i Sikkerhetspsykiatri	Sikkerhetspasienter må legges på andre sengeposter, som ikke har lokaler, bemanning eller kompetanse til å behandle denne pasientgruppen.				
	S	5	→		Økt press på akuttpostene. Dårligere pasienttilbud	Ombygging av eksisterende bygg vil gi ca 6-8 nye plasser	Tilstrekkelig kapasitet til å dekke dagens behov for plasser. Dette vil bedre situasjonen på de postene som i dag må ha sikkerhetspasienter		
	K	3	→	Sterk vekst i Henvisningsstrøm BUP	Vedvarende høyt antall henvisninger, om lag 30 % høyere enn før pandemien.	Rekruttering av flere behandlere.	Tilstrekkelig kapasitet til å håndtere henvisningsmengde.		
	S	3	→		Utfordrer kapasiteten. Lengre ventetider Stort press og slitasje på ansatte	Samlokalisere og styrke fagmiljø og øke rekrutteringskraft	NÅ målsetting om 30 dager ventetid		
	K	4	→	Driftssituasjon VOP	Akutt behov for spesialister, i verste konsekvens må enkelte poliklinikker stenges til høsten.	Rekruttere spesialister	Styrke fagmiljø og bedre pasienttilbudet		

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

	K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
	S	4	→					
	K	4	→	Generelle rekrutteringsutfordringer	Akutt behov for spesialister. Rekruttering til små fagmiljøer er ekstra vanskelig. BUP, VOP og TSB består av mange små poliklinikker som er svært sårbare ved vakanser og lite konkurransedyktige i rekrutteringssammenheng	Styrke rekrutteringskraft gjennom samling av fagmiljøer	Styrke fagmiljø og bedre pasienttilbudet	
	S	4	→					

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	25.05.2022

Type sak (sett kryss)							
Beslutning		Etterretning		Orientering	X	Tema	

Sak: Samdata 2020

Hensikt med saken

SAMDATA Spesialisthelsetjenesten er en årlig nasjonal rapport som gir informasjon om ressursinnsatsen, bruken av tjenestene, utnyttningen av ressursene og hvordan midlene blir fordelt mellom ulike sektorer og regioner. Rapporten utarbeides av Helsedirektoratet med basis i data fra alle sykehus i Norge og gir en oversikt over generelle utviklingstrekk i spesialisthelsetjenesten. Den gir også mulighet til å sammenligne og vurdere utviklingen i egen region eller eget foretak med andre tilsvarende enheter.

Data skal være vasket og transformert for sammenligning. Ved hjelp av datagrunnlaget kan vi sammenligne forbruk av spesialisthelsetjenester i vår befolkning mot andre HF i landet. I en del av oversiktene er det også korrigert for forskjeller i demografi – spesielt alders- og kjønns sammensetning, og for forskjellige strukturelle behov.

Helsedirektoratet har publisert både en nasjonal rapport og et dashboard med resultater av sine sammenligninger av helseforetak ([SAMDATA spesialisthelsetjeneste 2020](#)). Basert på disse kildene er det laget en fremstilling av de viktigste funnene med relevans for STHF. Fullversjonen av denne deles i forkant av Styremøtet, mens det i møtet fokuseres på de mest relevante og interessante hovedresultatene fra Samdata 2020.

Forslag til vedtak:

Styret tar presentasjonen til orientering

Skien, 18. mai 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Vedlegg:

STHFs fullversjon til gjennomlesing.

SAMDATA 2020

Materiale til utsendelse før Styremøte
25. mai 2022

Hva er SAMDATA?



- En årlig oppdatering av utviklingen i spesialisthelsetjenesten
- Oppdateres av HelseDirektoratet med basis i data fra alle sykehus i Norge
- Fordelt på de ulike sektorene av tjenesten
- Et viktig redskap for benchmark av spesialisthelsetjenesten i Norge

Dette dokumentet presenterer funn fra SAMDATA for Somatikk og Psykisk Helsevern og Rusbehandling (PHR) hver for seg

Somatikk

- Kostnad per DRG-poeng nasjonalt
- Utvikling kostnad per DRG-poeng 2019-2020
- Kostnad per DRG-poeng ift. «Best-i-klassen»
- Benchmark produktivitet (kost per DRG-poeng)
- 5 års utvikling i kostnad per DRG-poeng
- Kostnad per DRG-poeng korrigert for inntektsbortfall 2020
- Geografiske forskjeller i aktivitet innen Somatikk
 - Antall opphold/pasienter per 1000 innb. pol.kl.
 - Antall opphold/pasienter per 1000 innb. døgn

Psykisk Helsevern og Rusbehandling (PHR)

- Kostnad per pasient nasjonalt
- Utvikling kostnad per pasient 2019-2020
- Kostnad per pasient ift. «Best-i-klassen»
- Benchmark produktivitet (kost per pasient)
- 3 års utvikling i kostnad per pasient
- Geografiske forskjeller i aktivitet innen PHR
 - Antall pasienter innen PHV-V per 1000 innb. (pol/døgn)
 - Antall pasienter innen PHV-BU per 1000 innb. (pol/døgn)
 - Antall pasienter innen TSB per 1000 innb. (pol/døgn)

SYKEHUSET TELEMARK

For somatikken økte kostnad per DRG-poeng med 13,1 % fra 2019 til 2020 på nasjonalt plan, noe som tilsvarer et fall i aktiviteten på ca. 189.000 DRG-poeng



- Økningen på 13,1 % siste år skyldtes en vekst i kostnadene på 5 %, samtidig som DRG-poengene gikk ned med 7,1 %. Aktivitetsnedgangen skyldtes pandemien
- Alle helseregionene hadde økning i kostnad per DRG-poeng siste år, men det var regionale variasjoner.
 - Helse Nord og Helse Sør-Øst hadde størst økning i kostnad per DRG-poeng, det vil si størst nedgang i produktiviteten.
 - Aktiviteten i Helse Sør-Øst gikk også mer ned enn i de andre regionene

Confidential, Pedersen, Tone, 05/18/2022 15:02:25

Sykehuset Telemark har nest lavest kostnad per DRG-poeng for 2020. Kostnad per DRG-poeng økte med 5.251 kr (11,9 %) fra 2019-2020

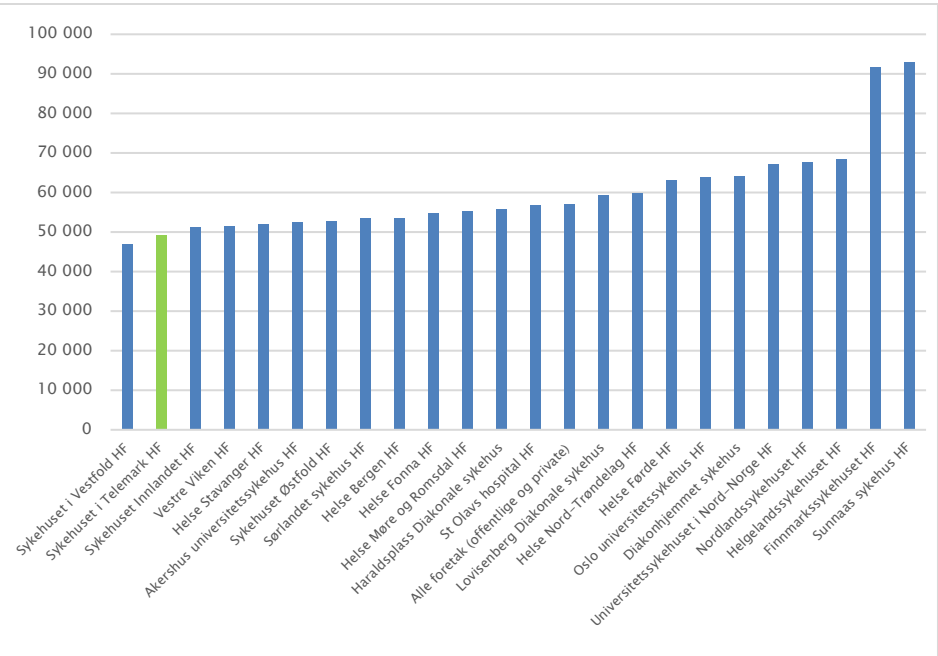
Helseforetak	Kostnad pr DRG-poeng		Kostnadsøkning 2019-2020	
	2019	2020	Absolutt	Relativ
Sykehuset i Vestfold HF	42 463	46 958	4 495	10,6 %
Sykehuset i Telemark HF	44 028	49 278	5 251	11,9 %
Sykehuset Innlandet HF	45 214	51 133	5 919	13,1 %
Vestre Viken HF	43 856	51 350	7 494	17,1 %
Helse Stavanger HF	46 040	51 965	5 926	12,9 %
Akershus universitetssykehus HF	46 531	52 551	6 020	12,9 %
Sykehuset Østfold HF	47 571	52 657	5 087	10,7 %
Sørlandet sykehus HF	48 243	53 450	5 207	10,8 %
Helse Bergen HF	48 657	53 502	4 845	10,0 %
Helse Fonna HF	48 299	54 796	6 497	13,5 %
Helse Møre og Romsdal HF	50 896	55 295	4 399	8,6 %
Haraldsplass Diagonale sykehus	49 618	55 634	6 015	12,1 %
St. Olavs hospital HF	52 360	56 868	4 508	8,6 %
Nasjonalt Alle foretak (offentlige og private)	50 315	56 908	6 594	13,1 %
Lovisenberg Diagonale sykehus	46 869	59 398	12 529	26,7 %
Helse Nord-Trøndelag HF	52 403	59 885	7 482	14,3 %
Helse Førde HF	56 515	63 064	6 549	11,6 %
Oslo universitetssykehus HF	56 109	63 809	7 699	13,7 %
Diakonhjemmet sykehus	49 102	64 183	15 081	30,7 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	58 362	67 097	8 735	15,0 %
Nordlandssykehuset HF	58 591	67 707	9 116	15,6 %
Helgelands sykehuset HF	57 571	68 416	10 845	18,8 %
Finnmarkssykehuset HF	74 765	91 694	16 929	22,6 %
Sunnås sykehus HF	75 547	92 953	17 405	23,0 %

- En vekst i kostnad per DRG-poeng forstås som en produktivitetsnedgang. På samme måte vil et høyere nivå på kostnad per DRG forstås som lavere produktivitetsnivå når helseforetakene sammenlignes
- Sykehuset Telemark har nest lavest kostnad per DRG-poeng med sine 49.278 kr, og opplevde en økning på 5.251 kr (11,9 %) fra 2019-2020
- Den relative produktivitetsnedgangen på 11,9 % er lavere enn nasjonalt gjennomsnitt (alle foretak: 13,1 %), men høyere enn for noen av foretakene som STHF ofte sammenligner seg med:
 - Sykehuset i Vestfold (10,6 %),
 - Sykehuset Østfold (10,7 %),
 - Sørlandet Sykehus (10,8 %)

Confidential, Pedersen, Tone, 05/18/2022 15:02:25

Sammenlignet med andre foretak ligger STHF på en god andreplass med 2.320 kr mer i kostnad per DRG-poeng enn SiV (best i 2020)

Helseforetak	Kostnad pr DRG-poeng 2020	Differanse fra "Best-i-klassen" 2020
Sykehuset i Vestfold HF	46 958	-
Sykehuset i Telemark HF	49 278	2 320
Sykehuset Innlandet HF	51 133	4 174
Vestre Viken HF	51 350	4 392
Helse Stavanger HF	51 965	5 007
Akershus universitetssykehus HF	52 551	5 593
Sykehuset Østfold HF	52 657	5 699
Sørlandet sykehus HF	53 450	6 491
Helse Bergen HF	53 502	6 544
Helse Fonna HF	54 796	7 837
Helse Møre og Romsdal HF	55 295	8 337
Haraldsplass Diagonale sykehus	55 634	8 675
St Olavs hospital HF	56 868	9 909
Nasjonalt Alle foretak (offentlige og private)	56 908	9 950
Lovisenberg Diagonale sykehus	59 398	12 439
Helse Nord-Trøndelag HF	59 885	12 926
Helse Førde HF	63 064	16 106
Oslo universitetssykehus HF	63 809	16 850
Diakonhjemmet sykehus	64 183	17 225
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	67 097	20 139
Nordlands sykehuset HF	67 707	20 749
Helgelandssykehuset HF	68 416	21 458
Finnmarkssykehuset HF	91 694	44 735
Sunnås sykehus HF	92 953	45 995



Confidential, Pedersen, Tone, 05/18/2022 15:02:25


SYKEHUSET TELEMAR

Ettersom helseforetakene i 2020 mottok kompensasjon for inntektsbortfall ifm. pandemien, har Helsedirektoratet beregnet korrigerede DRG-poeng der kompensasjonen omregnes til DRG-poeng

HF	Totalt kostnad 2020	DRG-poeng 2020 (offisiell)	Kostnad pr DRG-poeng (offisiell)	Korrigerede DRG-poeng 2020	Korrigert kostnad pr DRG-poeng
Sykehuset i Vestfold HF	2 597 778 000	55 321	46 958	58 945	44 071
Sykehuset i Telemark HF	1 970 000 000	39 977	49 278	42 771	46 059
Vestre Viken HF	5 419 576 000	105 541	51 350	114 797	47 210
Sykehuset Innlandet HF	4 273 791 000	83 582	51 133	89 913	47 533
Helse Stavanger HF	4 060 116 000	78 131	51 965	83 545	48 598
Akershus universitetssykehus HF	5 477 358 000	104 229	52 551	111 433	49 154
Sørlandet sykehus HF	3 738 314 465	69 941	53 450	74 831	49 957
Sykehuset Østfold HF	3 794 940 000	72 068	52 657	75 867	50 021
Helse Bergen HF	7 151 428 420	133 666	53 502	142 005	50 360
Helse Fonna HF	1 973 314 000	36 012	54 796	38 588	51 138
Helse Møre og Romsdal HF	3 564 068 000	64 455	55 295	69 127	51 558
Lovisenberg Diagonale sykehus	1 003 308 000	16 891	59 398	19 424	51 653
Haraldsplass Diagonale Sykehus	866 690 000	15 579	55 634	16 303	53 161
St Olavs hospital HF	6 204 233 000	109 099	56 868	116 129	53 425
Helse Nord-Trøndelag HF	1 979 522 676	33 056	59 885	35 719	55 419
Diakonhjemmet sykehus	1 253 049 000	19 523	64 183	21 881	57 267
Helse Førde HF	1 554 794 000	24 654	63 064	26 750	58 123
Oslo universitetssykehus HF	14 689 090 000	230 205	63 809	244 351	60 115
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	4 493 932 000	66 977	67 097	72 443	62 034
Nordlandssykehuset HF	2 524 043 000	37 279	67 707	40 514	62 301
Helgelandssykehuset HF	1 137 164 000	16 621	68 416	17 975	63 264
Sunnaas sykehus HF	497 009 000	5 347	92 953	6 133	81 038
Finnmarksykehuset HF	1 228 380 000	13 397	91 694	14 593	84 176

- Helsedirektoratet har omregnet kompensasjonen for bortfall av aktivitetsbasert inntekt for 2020 til DRG-poeng*.
- Dette er ikke et offisielt måltall, men en teoretisk øvelse for å estimere hva totale DRG-poeng ville vært i et mer normalår
- Korrigert kostnad pr DRG-poeng 2020 var 46.059 for STHF. Til sammenligning var kostnad pr DRG-poeng i 2019 44.028 kr (ikke-korrigert verdi)
- Med korrigerede DRG-poeng ligger STHF fortsatt på andreplass for kostnad per DRG-poeng. Videre er differansen til SiV, som fortsatt er best i klassen, redusert til ca. 2.000 kr

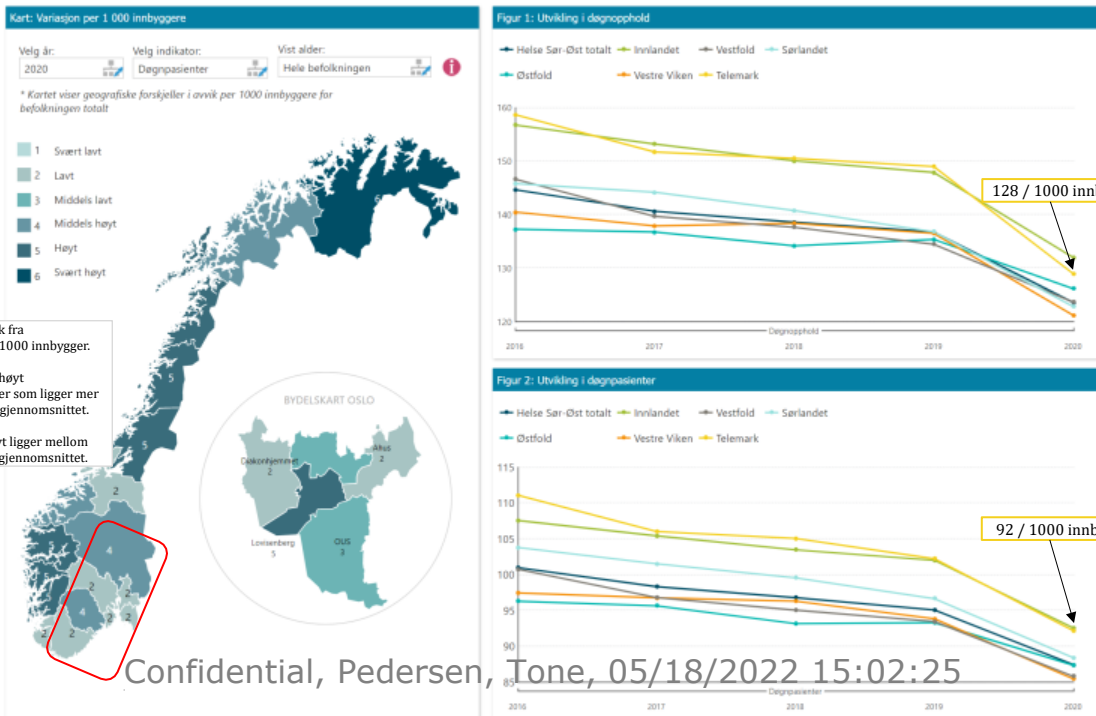
***Detaljer omregning av kompensasjon til DRG-poeng**

- Helsedirektoratet har definert en enhetspris for 2020 på 45.808 kr, og en refusjonsandel på 50 %
- STHF mottok 64 mill. kr i kompensasjon for 2020
- Beregning kompensasjon til DRG-poeng:
 $(64 \text{ MNOK} / 45.808 \text{ kr}) \times 2 = 2.794 \text{ poeng}$

Confidential, Pedersen, Tone, 05/18/2022 15:02:25

SYKEHUSET TELEMAR

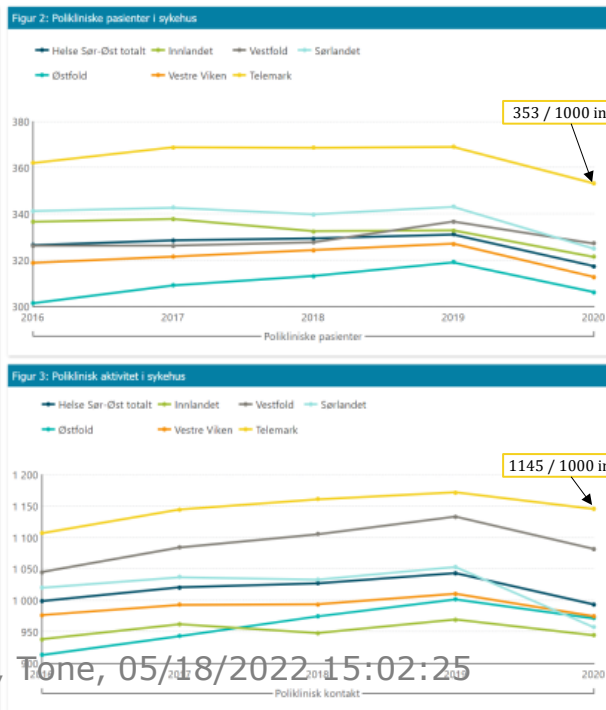
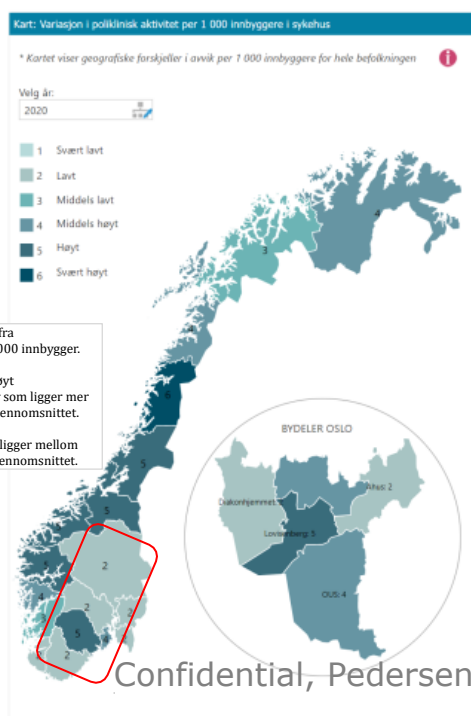
Befolkningen i Telemark og Innlandet forbruker mer **døgnopphold** enn våre naboer, men ser en generell reduksjon i forbruk av døgnopphold og antall døgnpasienter



- Grafene viser fremstilling i rater, dvs. antall pasienter per 1000 innbygger fordelt på regioner i Norge
- Data er fra Norsk pasientregister (NPR). Privatfinansiert aktivitet er ekskludert i datagrunnlaget
- *Døgnopphold* defineres som avsluttede sykehusopphold (utskrivninger) hvor pasienten er på sykehuset over døgnskillet. Dersom en pasient har flere opphold samme dag, er oppholdene aggregert til ett opphold
- *Døgnpasienter* er unike pasienter som er innlagt med minst ett døgnopphold ila året

SYKEHUSET TELEMARK

Befolkningen i Telemark har mer **poliklinisk aktivitet** enn våre naboer. Man ser dog en nedgang i Polikliniske pasienter og poliklinisk aktivitet fra 2019-2020



- Grafene viser fremstilling i rater, dvs. antall pasienter/episoder per 1000 innbygger fordelt på regioner i Norge
- Data er fra Norsk pasientregister (NPR). Privatfinansiert aktivitet er ekskludert i datagrunnlaget
- *Poliklinisk aktivitet* er episoder, samt aktivitet ved private sykehus, som ikke er gruppert i kirurgiske DRG. Rehabilitering, kjemoterapi, stråleterapi og dialyse er ekskludert.
- *Polikliniske pasienter* er unike pasienter som har hatt minst én poliklinisk episode, som definert over

På nasjonalt plan økte kostnaden per pasient i Psykisk helsevern og rusbehandling (PHR) med 1,6 % fra 2019

- Faktorer som påvirket den overordnede økningen i kostnad per pasient på 1,6 % siste år var en økning i kostnadene på 0,5 % og at tallet på pasienter gikk ned med 1,1 %
- For *døgnavdelingene* økte kostnaden per oppholdsdøgn med 5 % fra 2019.
 - Dette kan dekomponeres i en nedgang i kostnader til døgnbehandling på 4 % og en nedgang i antall oppholdsdøgn på 9%
- I *poliklinikkene* økte kostnaden per ISF-opphold med 10 % fra 2019.
 - Økningen kan dekomponeres i en kostnadsvekst på 9 % kombinert med en nedgang på 1 % i antall ISF-opphold
- *Antall pasienter* i PHR gikk samlet ned med 1 % fra 2019 til 2020.
 - Antall pasienter i døgnbehandling gikk ned med 4 % og polikliniske pasienter gikk ned med 1 %.
 - Pasientbehandlingen skjer derfor hovedsakelig poliklinisk. En overgang til større grad av poliklinisk behandling kan være mer ressurskrevende pasienter i både døgn- og poliklinisk behandling

Confidential, Pedersen, Tone, 05/18/2022 15:02:25

Kostnad per pasient innen Psykisk helsevern og rusbehandling (PHR) økte med 2.276 kr (2,6 %) for STHF fra 2019-2020

Helseforetak*	Kostnad pr pasient (PHR)		Kostnadsøkning 2019-2020	
	2019	2020	Absolutt	Relativ
Helgelandssykehuset HF	66 341	68 011	1 670	2,5 %
St Olavs hospital HF	89 846	83 089	- 6 758	-7,5 %
Finnmarkssykehuset HF	86 863	84 063	- 2 800	-3,2 %
Sykehuset i Vestfold HF	85 824	87 698	1 874	2,2 %
Helse Nord-Trøndelag HF	85 357	90 100	4 743	5,6 %
Sykehuset i Telemark HF	87 825	90 100	2 276	2,6 %
Akershus universitetssykehus HF	90 303	92 450	2 147	2,4 %
Vestre Viken HF	93 385	94 291	905	1,0 %
Sørlandet sykehus HF	99 300	98 776	- 524	-0,5 %
Sykehuset Østfold HF	100 655	99 185	- 1 469	-1,5 %
Helse Stavanger HF	99 614	99 970	356	0,4 %
Helse Førde HF	95 129	101 504	6 375	6,7 %
Nasjonalt ¹⁾ Alle foretak (offentlige og private)	101 002	102 790	1 787	1,8 %
Helse Møre og Romsdal HF	104 973	107 434	2 461	2,3 %
Helse Fonna HF	106 817	111 484	4 667	4,4 %
Sykehuset Innlandet HF	112 121	113 084	963	0,9 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	111 373	115 607	4 234	3,8 %
Helse Bergen HF	110 447	115 959	5 512	5,0 %
Nordlandssykehuset HF	134 249	134 238	- 10	0,0 %
Oslo universitetssykehus HF	166 069	170 560	4 490	2,7 %

* Diakonhjemmet og Lovisenberg Diagonale Sykehus er tatt ut av analysen for PHR, da de ikke har registrerte verdier for oppholdsdøgn for PHV-B og TSB. Dette gjør at sammenligningsgrunnlaget med øvrige foretak ikke blir korrekt, og derfor er disse utelatt fra denne analysen.

- STHF ligger i 2020 på en sjetteplass på nasjonalt plan innen PHR med en kostnad per pasient på 90.100 kr
- Fra 2019-2020 hadde STHF en vekst i kostnad per pasient på 2.276 kr (2,6 %). 13 foretak hadde en lavere vekst (bedre produktivitetstilvikling) enn STHF fra 2019-2020
- c

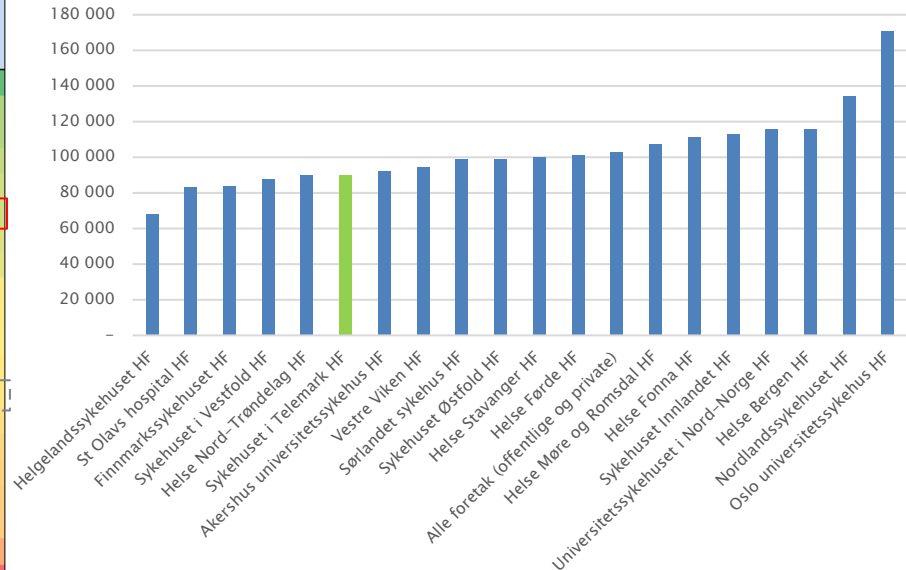
Confidential, Pedersen, Tone, 05/18/2022 15:02:25

1) Avvik mellom Helsedirektoratets rapport (Kortnotat hovedresultater produktivitet psyk og rus) og Helsedirektoratets dashboard (som er vist i tabellen).

Kilder: [Om SAMDATA spesialisthelsetjenesten – Helsedirektoratet](#); Produktivitet innen Psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (PHR) – Kostnadsindikatorer SAMDATA spesialisthelsetjenesten: [Kortnotat hovedresultater produktivitet psyk og rus.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

Sammenlignet med øvrige foretak ligger STHF på en sjetteplass med 22.089 kr mer i kostnad per pasient enn Helgelandssykehuset HF

Helseforetak	Kostnad pr pasient PHR totalt 2020	Differanse fra "Best-i klassen" 2020
Helgelandssykehuset HF	68 011	-
St Olavs hospital HF	83 089	15 078
Finnmarkssykehuset HF	84 063	16 052
Sykehuset i Vestfold HF	87 698	19 687
Helse Nord-Trøndelag HF	90 100	22 089
Sykehuset i Telemark HF	90 100	22 089
Akershus universitetssykehus HF	92 450	24 439
Vestre Viken HF	94 291	26 280
Sørlandet sykehus HF	98 776	30 765
Sykehuset Østfold HF	99 185	31 174
Helse Stavanger HF	99 970	31 959
Helse Førde HF	101 504	33 493
Nasjonalt Alle foretak (offentlige og private)	102 790	34 779
Helse Møre og Romsdal HF	107 434	39 423
Helse Fonna HF	111 484	43 474
Sykehuset Innlandet HF	113 084	45 073
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	115 607	47 596
Helse Bergen HF	115 959	47 948
Nordlandssykehuset HF	134 238	66 227
Oslo universitetssykehus HF	170 560	102 549



Kommentar til Helgelandssykehuset og sammenligning med STHF:

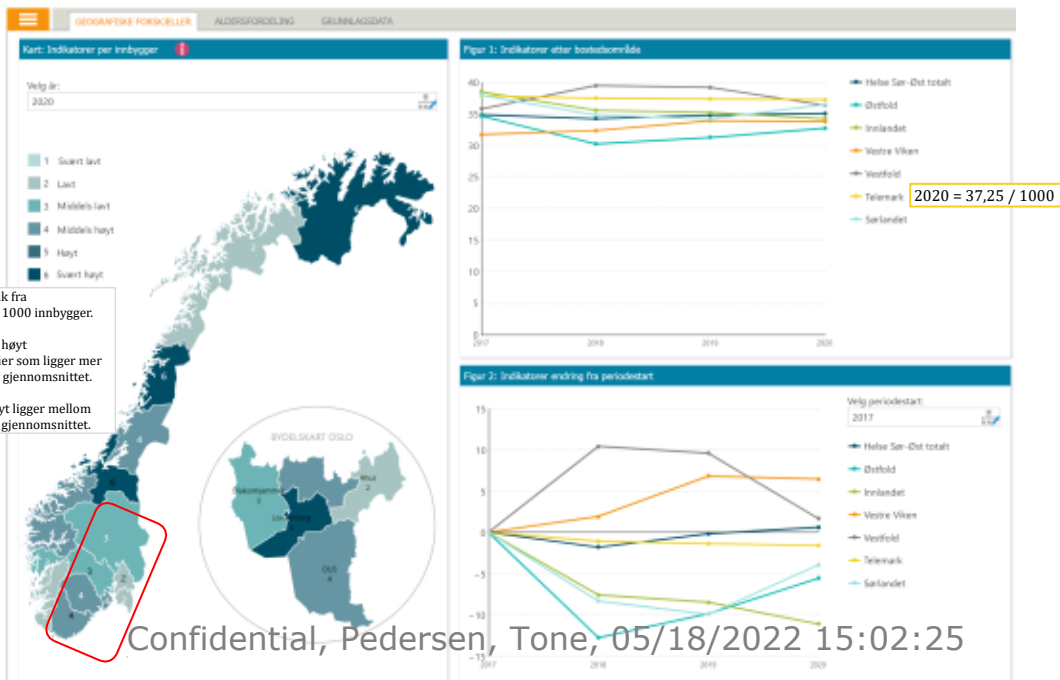
Helgelandssykehuset HF skiller seg klart ut i rangeringen.

- Antall pasienter: I 2020 hadde dette foretaket 3.834 pasienter innen PHV. STHF hadde 3.772 pasienter.
- Kostnader til pasientbehandling: Kostnader knyttet til pasientbehandling innen PHV ved Helgelandssykehuset var ca. 261.000 kr, mens for STHF var kostnadene ca. 700.000.
- Oppsummert: Helgelandssykehuset hadde ca. 50 % av STHFs antall pasienter, og kun ca. 37 % av STHFs kostnader knyttet til PHV. Dette gjør at de får en veldig lav verdi.

SYKEHUSET TELEMAR

Befolkningen i Telemark ligger høyest ift. våre naboer med hensyn til antall **pasienter i poliklinikk (HF/Foretak)** per 1000 innbygger for **PHV Voksne (18 år og eldre) i 2020**

Helsedirektoratet | BRUK AV TJENESTER INNEN PSYKISK HELSEVERN (PHV)

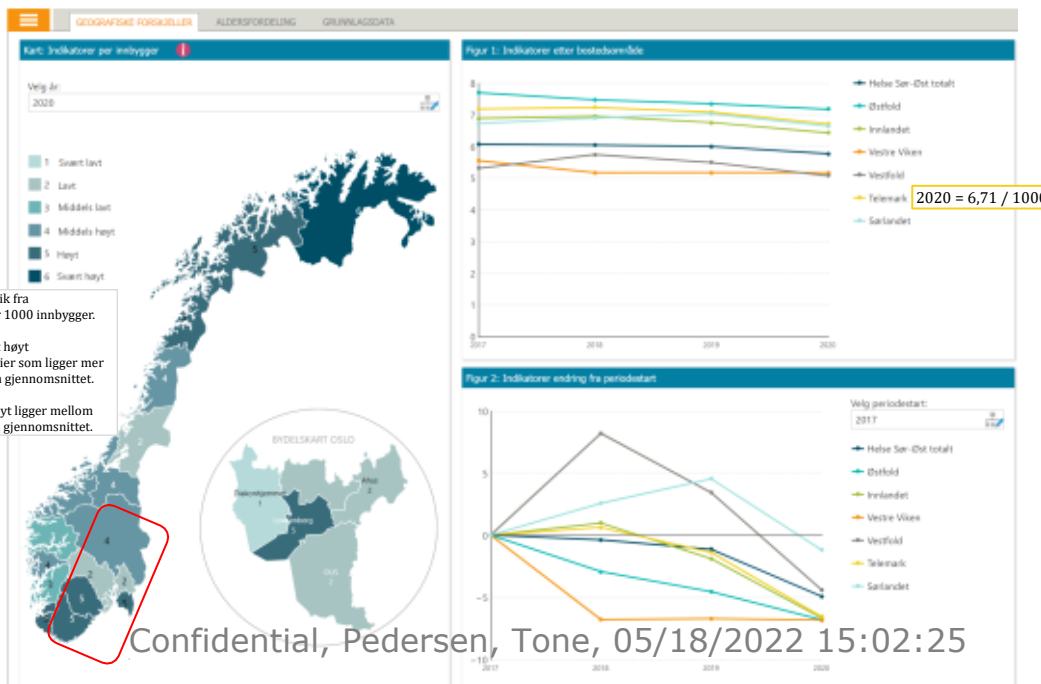


- Pasienter i poliklinikk er pasienter som har vært i poliklinisk eller dagbasert kontakt med helseforetakene eller de private foretakene innen PHV ilt det aktuelle året
- Datagrunnlaget for aktivitetsstatistikken innen PHV er basert på innrapportert pasientdata til Norsk pasientregister (NPR)
- Telemark har hatt en liten synkende utvikling i antall pasienter over 18 år i poliklinikk fra 2017-2020 (-2 % over hele perioden)

SYKEHUSET TELEMAR

Befolkningen i Telemark, Sørlandet og Østfold ligger høyt med hensyn til antall pasienter i **døgnbehandling** (HF/Foretak) per 1000 innbygger for **PHV Voksne** (18 år og eldre)

HelseDirektoratet | BRUK AV TJENESTER INNEN PSYKISK HELSEVERN (PHV)

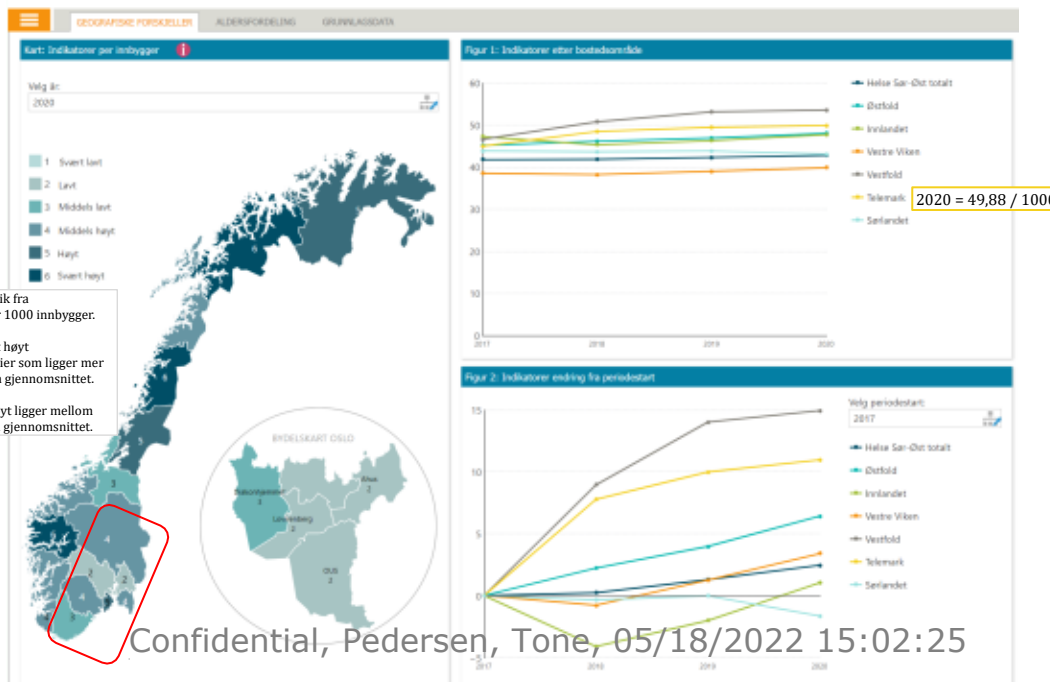


- Pasienter i døgnbehandling er pasienter som har vært innlagt ved døgnavdeling innen psykisk helsevern ila. det aktuelle året
- Datagrunnlaget for aktivitetsstatistikken innen PHV er basert på innrapportert pasientdata til Norsk pasientregister (NPR)
- Telemark har hatt en fallende utvikling i antall pasienter over 18 år i døgnbehandling fra 2017-2020 (-7 % over hele perioden)

SYKEHUSET TELEMAR

Befolkningen i Telemark ligger som nummer 2 med hensyn til antall pasienter i **poliklinikk (HF/Foretak)** per 1000 innbygger for **PHV Barn og Unge (0-17 år)**. Vestfold skiller seg ut med et stort forbruk

HelseDirektoratet | BRUK AV TJENESTER INNEN PSYKISK HELSEVERN (PHV)

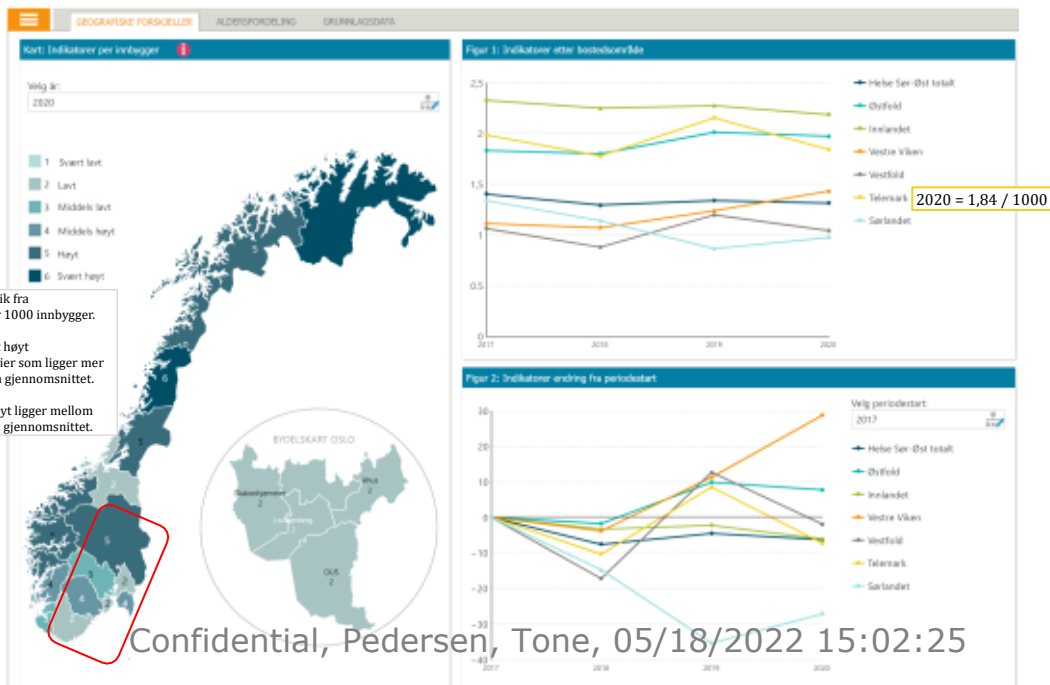


- Pasienter i poliklinikk er pasienter som har vært i poliklinisk eller dagbasert kontakt med helseforetakene eller de private foretakene innen PHV ila. det aktuelle året
- Datagrunnlaget for aktivitetsstatistikken innen PHV er basert på innrapportert pasientdata til Norsk pasientregister (NPR)
- Vestfold og Telemark har begge hatt en sterk vekst i antall pasienter under 18 år i poliklinikk i løpet av perioden 2017-2020, med vekst på hhv. 15 % og 11 % over hele perioden

SYKEHUSET TELEMAR

Befolkningen i Telemark har gjennom hele perioden ligget blant topp 3 forbrukere av **døgnbehandling** (HF/Foretak) per 1000 innbygger for **PHV Barn og Unge (0-17 år)**

HelseDirektoratet | BRUK AV TJENESTER INNEN PSYKISK HELSEVERN (PHV)

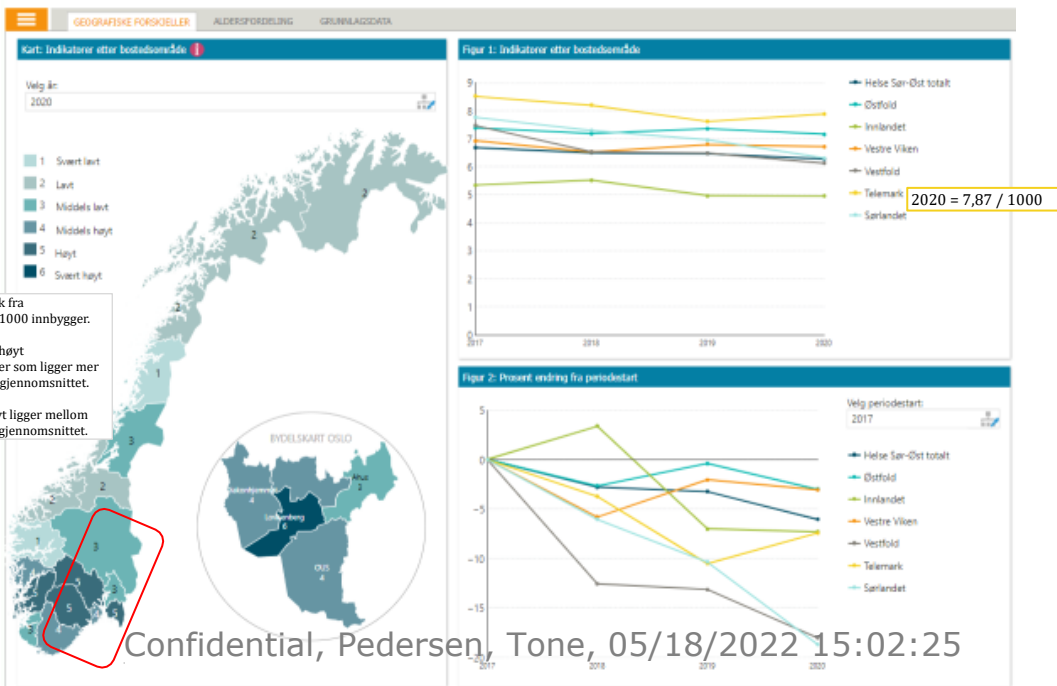


- Pasienter i døgnbehandling er pasienter som har vært innlagt ved døgnavdeling innen psykisk helsevern i.a. det aktuelle året
- Datagrunnlaget for aktivitetsstatistikken innen PHV er basert på innrapportert pasientdata til Norsk pasientregister (NPR)
- Telemark hatt en varierende utvikling for antall unge pasienter i døgnbehandling i perioden 2017-2020, opplever en nedgang på 14 % fra 2019-2020
- Telemark og Østfold har ganske tilsvarende tall, mens Innlandet skiller seg ut med et stort antall pasienter i døgnbehandling per 1000 innbygger

SYKEHUSET TELEMAR

Telemark ligger høyest av regionene med hensyn til antall pasienter i poliklinikk (HF/Foretak) per 1000 innbygger for **TSB** (18 år og eldre). Telemark er eneste region med vekst fra 2019 til 2020

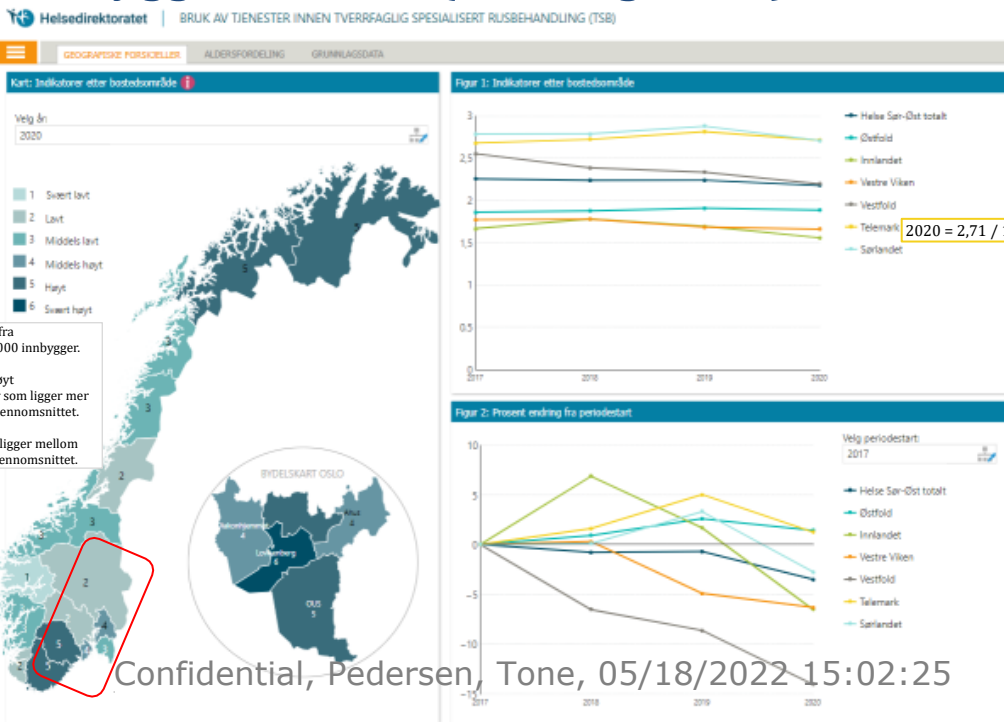
Helsedirektoratet | BRUK AV TJENESTER INNEN TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING (TSB)



- Pasienter i poliklinikk er pasienter som kun har vært i poliklinisk eller dagbasert kontakt med spesialisthelsetjenester innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ila. det aktuelle året. I Samdatas rapportering brukes begrepet «uten døgntilrettelagt behandling» for denne pasientgruppen
- Datagrunnlaget for aktivitetsstatistikken innen TSB er basert på innrapportert pasientdata til Norsk pasientregister (NPR)
- Telemark har ligget høyest av våre naboer i hele perioden, men med en fallende trend fra 2017-2019. I 2020 er Telemark eneste bostedsområde av våre naboer som opplever en vekst i antall pasienter i poliklinikk per 1000 innbygger

SYKEHUSET TELEMAR

Telemark ligger sammen med Sørlandet høyt over øvrige naboer med tanke på antall pasienter i **døgnbehandling** (HF/Foretak) per 1000 innbygger for **TSB** (18 år og eldre)



- Pasienter i døgnbehandling er pasienter som har vært innlagt ved døgnavdeling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i det aktuelle året
- Datagrunnlaget for aktivitetsstatistikken innen TSB er basert på innrapportert pasientdata til Norsk pasientregister (NPR)
- Telemark og Sørlandet har ligget stabilt høyt og med en moderat vekst i 2017-2019, mens naboer har hatt færre pasienter i døgnbehandling innen TSB. Alle bostedsområdene vi sammenligner har en nedgang fra 2019 til 2020

Vedlegg 1

Slides som ikke ble presentert i Ledermøtet 22. feb

Confidential, Pedersen, Tone, 05/18/2022 15:02:25

SYKEHUSET TELEMAR

Dersom STHF hadde samme produktivitet som SiV ville dette teoretisk sett kunne ført til en produktivitetsforbedring på 92,8 millioner kroner

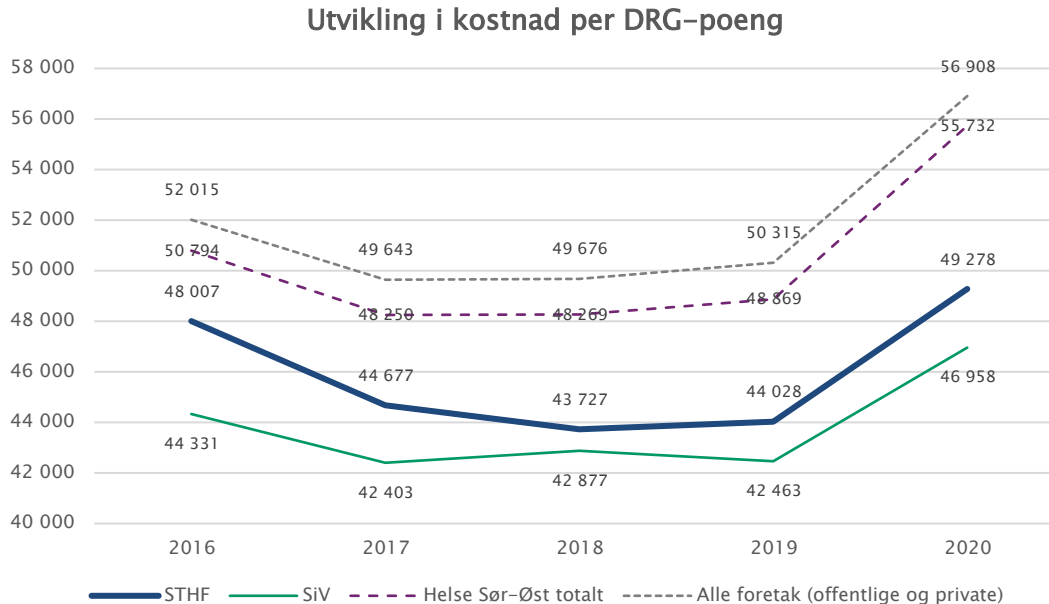
STHF med STHF 2020 DRG-poeng og tilhørende kostnader	DRG-poeng (STHF)	Kostnad pr DRG- poeng (STHF)	Totalkostnad
	39.977	49.278 kr	1.970.000.000 kr

STHF med STHF 2020 DRG-poeng og SiV kostnad per DRG- poeng	DRG-poeng (STHF)	Kostnad pr DRG- poeng (SiV)	«Totalkostnad»
	39.977	46.958 kr	1.877.248.267 kr

Differanse
$ \begin{array}{r} \blacktriangleright 1.970 \text{ MNOK} \\ \blacktriangleleft - 1.877 \text{ MNOK} \\ \hline = 92,8 \text{ MNOK} \end{array} $

Tar man utgangspunkt i Sykehuset Telemarks DRG-poeng og multipliserer dette med Sykehuset i Vestfolds produktivitet, gir dette en teoretisk besparelse på 92,8 millioner kroner for STHF

Utviklingen ved STHF viser en generell produktivitetsforbedring i årene 2016-2019, men et tydelig hopp i kostnad per DRG i 2020



- STHF har gjennom de siste fem årene fulgt utviklingen til både HSØ totalt og alle foretak totalt sett
- SiV og STHF har hatt en ganske tilsvarende utvikling. I perioden frem til 2018 hadde STHF best trend, mens de to siste årene har SiV hatt en bedre utvikling
- Fra 2016 til 2020 har STHF opplevd en økning i kostnad per DRG-poeng på 2,6 %, mens det i perioden 2016-2019 var en nedgang på 8,3 %

Confidential, Pedersen, Tone, 05/18/2022 15:02:25

Kostnad per pasient i PHR: STHF er best innen TSB, gjør det relativt godt innen PHV Voksne, men kommer svakt ut i PHV barn og ungdom

HF	Kostnad pr pasient PHV-V 2020
Helgelandssykehuset HF	59 518
St Olavs hospital HF	85 869
Finnmarkssykehuset HF	88 059
Sykehuset i Vestfold HF	89 182
Akershus universitets sykehus HF	99 004
Sykehuset i Telemark HF	99 207
Helse Nord-Trøndelag HF	103 363
Vestre Viken HF	104 379
Helse Førde HF	106 987
Sørlandet sykehus HF	111 271
Nasjonalt Alle foretak (offentlige og private)	111 933
Helse Møre og Romsdal HF	113 584
Sykehuset Østfold HF	117 848
Helse Stavanger HF	123 115
Helse Bergen HF	124 737
Sykehuset Innlandet HF	131 128
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	131 929
Helse Fonna HF	133 559
Nordlandssykehuset HF	153 349
Oslo universitetssykehus HF	203 364

HF	Kostnad pr pasient PHV-BU 2020
Helse Stavanger HF	58 960
Helse Førde HF	59 241
Sørlandet sykehus HF	64 801
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	66 622
Helse Nord-Trøndelag HF	69 105
Helse Møre og Romsdal HF	69 597
Helse Fonna HF	70 689
St Olavs hospital HF	71 734
Sykehuset i Vestfold HF	74 771
Sykehuset Østfold HF	75 634
Nasjonalt Alle foretak (offentlige og private)	76 079
Helse Bergen HF	76 118
Akershus universitets sykehus HF	78 059
Helgelandssykehuset HF	78 126
Finnmarkssykehuset HF	78 303
Sykehuset Innlandet HF	78 669
Vestre Viken HF	84 578
Sykehuset i Telemark HF	84 705
Nordlandssykehuset HF	102 253
Oslo universitetssykehus HF	118 871

HF	Kostnad pr pasient TSB 2020
Sykehuset i Telemark HF	54 922
Finnmarkssykehuset HF	59 775
Sykehuset Østfold HF	66 433
Helse Nord-Trøndelag HF	68 043
Vestre Viken HF	69 175
St Olavs hospital HF	84 106
Sykehuset Innlandet HF	84 933
Akershus universitets sykehus HF	87 185
Helse Fonna HF	94 128
Nordlandssykehuset HF	94 980
Sørlandet sykehus HF	100 482
Helse Stavanger HF	102 454
Sykehuset i Vestfold HF	104 177
Nasjonalt Alle foretak (offentlige og private)	106 594
Oslo universitetssykehus HF	142 634
Helse Bergen HF	148 792
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	150 431
Helgelandssykehuset HF	150 628
Helse Møre og Romsdal HF	175 760
Helse Førde HF	582 579

Se vedlegg 4 for mer detaljerte fremstillinger av kostnad per pasient.

Her brytes fagområdene ned på kostnad per polikliniske pasient og kostnad per oppholdsdøgn innen hvert fagområde.

SYKEHUSET TELEMARK

Dersom STHF hadde samme produktivitet som SiV innen PHR ville dette teoretisk sett kunne ført til en produktivitetsforbedring 18,7 millioner kroner

STHF med STHF 2020 antall pasienter og tilhørende kostnader	Antall pasienter (STHF)	Kostnad pr pasient (STHF)	Totalkostnad
		7.772	90.100 kr

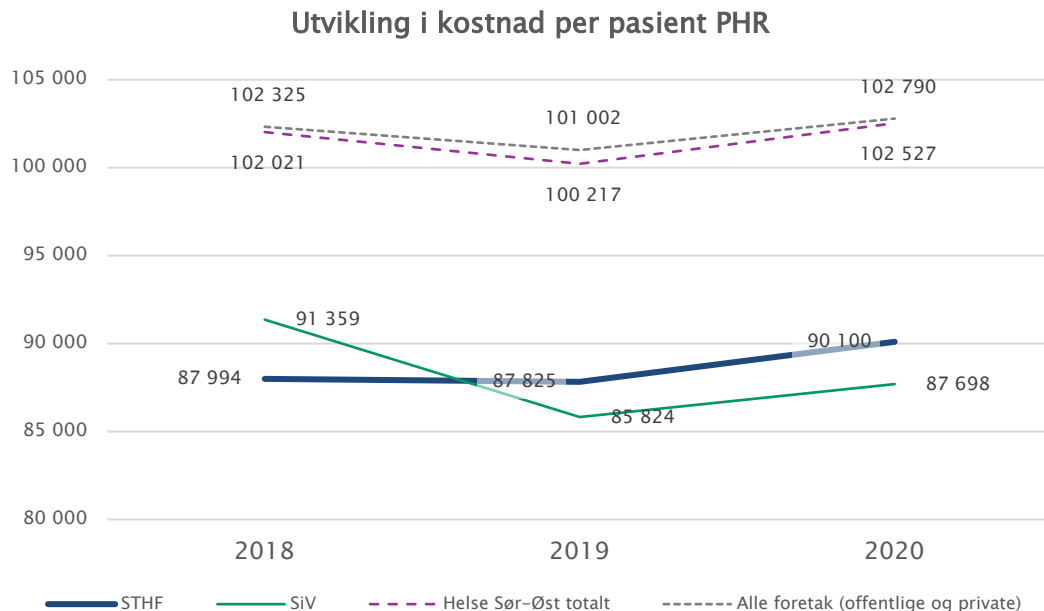
STHF med STHF 2020 antall pasienter og SiV 2020 kostnad per pasient	Antall pasienter (STHF)	Kostnad pr pasient (SiV)	«Totalkostnad»
		7.772	87.698 kr

Differanse
700,3 MNOK
- 681,6 MNOK
= 18,7 MNOK

Tar man utgangspunkt i Sykehuset Telemarks antall pasienter og multipliserer dette med Sykehuset i Vestfolds produktivitet, gir dette en teoretisk besparelse på 18,7 millioner kroner for STHF

SYKEHUSET TELEMARK

STHF hadde et relativt likt kostnadsnivå per pasient i 2018-19, men økningen i 2020 gjør at kostnad per pasient fra 2018-2020 vokste med 2,4 %



Confidential, Pedersen, Tone, 05/18/2022 15:02:25

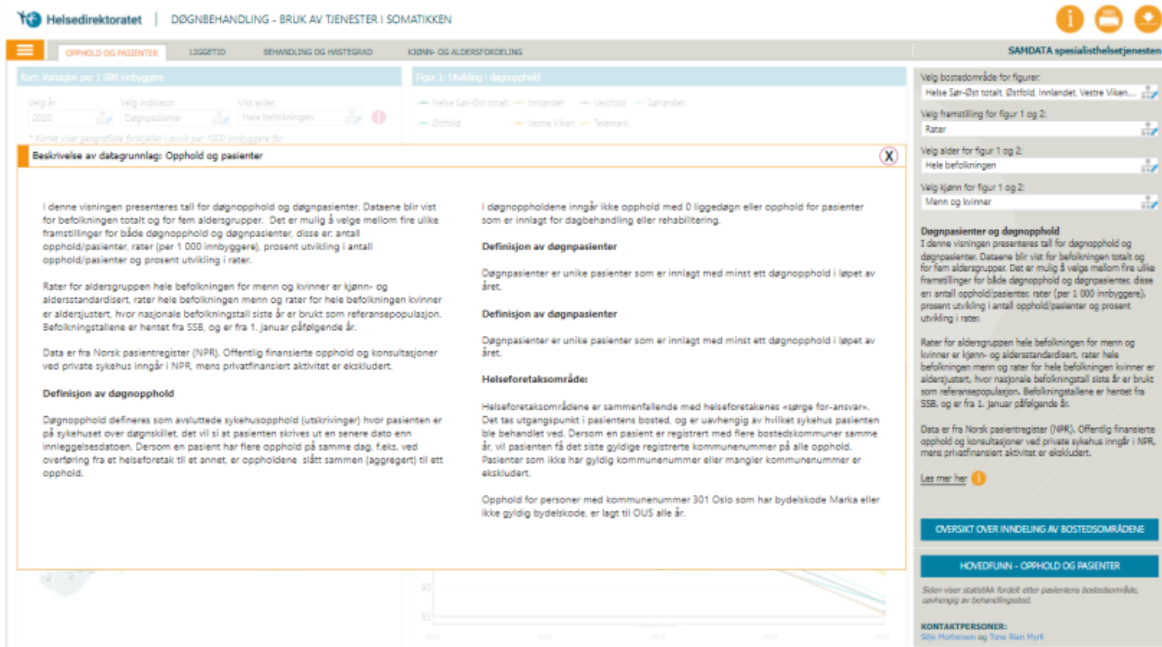
- Foretakene og gjennomsnittene for HSØ og nasjonalt opplevde en produktivetsforbedring i 2019, men forbedringen var minst hos STHF med kun 0,2 % kostnadsreduksjon
- Sykehuset Vestfold har i perioden 2018-2020 opplevd en produktivetsforbedring på 4 %, mens STHF har hatt nedgang i produktiviteten på 2,4 %

Vedlegg 2

Definisjoner og detaljering av aktivitetsdata somatikk

Confidential, Pedersen, Tone, 05/18/2022 15:02:25

Beskrivelse av datagrunnlaget for Opphold og pasienter innen Somatikken (Døgnopphold)



Beskrivelse av datagrunnlag: Opphold og pasienter

I denne visningen presenteres tall for døgnopphold og døgnpasienter. Dataene blir vist for befolkningen totalt og for fem aldersgrupper. Det er mulig å velge mellom fire ulike framstillinger for både døgnopphold og døgnpasienter, disse er: antall opphold/pasienter, rater (per 1 000 innbyggere), prosent utvikling i antall opphold/pasienter og prosent utvikling i rater.

Rater for aldersgruppen hele befolkningen for menn og kvinner er kjønn- og aldersstandardisert, rater hele befolkningen menn og rater for hele befolkningen kvinner er aldersjustert, hvor nasjonale befolkningstall siste år er brukt som referansepopulasjon. Befolkningstallene er hentet fra SSB, og er fra 1. januar påfølgende år.

Data er fra Norsk pasientregister (NPR). Offentlig finansiert opphold og konsultasjoner ved private sykehus inngår i NPR, mens privatfinansiert aktivitet er ekskludert.

Definisjon av døgnopphold

Døgnopphold defineres som avsluttede sykehusopphold (utskrivinger) hvor pasienten er på sykehus over døgnskillet, det vil si at pasienten skrives ut en senere dato enn innleggelsesdatoen. Dersom en pasient har flere opphold på samme dag, f.eks. ved overføring fra et helseforetak til et annet, er oppholdene slått sammen (aggregert) til ett opphold.

I døgnoppholdene inngår ikke opphold med 0 liggedøgn eller opphold for pasienter som er innlagt for dagbehandling eller rehabilitering.

Definisjon av døgnpasienter

Døgnpasienter er unike pasienter som er innlagt med minst ett døgnopphold i løpet av året.

Definisjon av døgnpasienter

Døgnpasienter er unike pasienter som er innlagt med minst ett døgnopphold i løpet av året.

Helseforetaksområder:

Helseforetaksområdene er sammenfallende med helseforetakenes virgje for-ansvar. Det tas utgangspunkt i pasientens bosted, og er uavhengig av hvilket sykehus pasienten ble behandlet ved. Dersom en pasient er registrert med flere bostedskommuner samme år, vil pasienten få det siste gyldige registrerte kommunenummer på alle opphold. Pasienter som ikke har gyldig kommunenummer eller mangler kommunenummer er ekskludert.

Opphold for personer med kommunenummer 301 Oslo som har bydelkode Marka eller ikke gyldig bydelkode, er lagt til OUS alle år.

- Valgte bostedsområder/ helseforetaksområder:

- Helse Sør-Øst Totalt
- Innlandet
- Vestfold
- Sørlandet
- Østfold
- Vestre Viken
- Telemark

Confidential, Pedersen, Tone, 05/18/2022 15:02:25

Beskrivelse av datagrunnlaget for Poliklinisk aktivitet og polikliniske pasienter innen Somatikken

HelseDirektoratet | POLIKLINISK AKTIVITET – BRUK AV TJENESTER I SOMATIKKEN

AKTIVITET OG PASIENTER | INNL. AVTALESPEKIALISTER | KJØNN- OG ALDERSFORDELING | SAMDATA spesialisthelsetjenesten

Beskrivelse av datagrunnlag: poliklinisk aktivitet og polikliniske pasienter i sykehus

I denne visningen presenteres tall for poliklinisk aktivitet og polikliniske pasienter i sykehus. Dataene blir vist for befolkningen totalt, etter kjønn og for fem aldersgrupper. Det er mulig å velge mellom fire ulike framstillinger for både pasienter og aktivitet, disse er: antall episoder/pasienter og rater (per 1 000 innbyggere), prosent endring i antall fra 2016 og prosentendring i rater fra 2016.

Rater for aldersgruppen hele befolkningen for menn og kvinner er kjønn- og aldersstandardisert, rater hele befolkningen menn og rater for hele befolkningen kvinner er aldersjustert, hvor nasjonale befolkningstall per 31.12.2019 er brukt som referansepopulasjon. Befolkningstallene er hentet fra SSB, og er fra 1. januar påfølgende år.

Data er fra Norsk pasientregister (NPR). Offentlig finansiert opphold og konsultasjoner ved private sykehus inngår i NPR, mens privatfinansiert aktivitet er ekskludert.

Definisjon av poliklinisk aktivitet

Episoder, samt aktivitet ved private sykehus, som ikke er gruppert i kirurgisk DRG, og som ikke er definert som rehabilitering, kjemoterapi, stråleterapi eller dialyse. Alle episodene er inkludert uavhengig av hvilket helsepersonell som har utført aktiviteten

Definisjon av polikliniske pasienter

Dette er unike pasienter som har hatt minst én polikliniske episode som definert over.

Helseforetaksområde:

Helseforetaksområdene er sammenfallende med helseforetakenes «sørge ansvar». Det tas utgangspunkt i pasientens bosted, og er uavhengig av hvilket sykehus pasienten ble behandlet ved. Dersom en pasient er registrert med flere bostedskommuner samme år, vil pasienten få det siste gyldige registrerte kommunenummer på alle opphold. Pasienter som ikke har gyldig kommunenummer eller mangler kommunenummer er ekskludert.

Opphold for personer med kommunenummer 301 Oslo som har bydelkode Marka eller ikke gyldig bydelkode, er lagt til OUS alle år.

Velg bosted for figur:
 Helse Sør-Øst totalt, Helse Vest totalt, Helse Midt-N.,
 Velg analyseenheter for figur 2 og 3:
 Rater
 Velg kjønn for figur 2 og 3:
 Mann og kvinner
 Velg alder for figur 2 og 3:
 Hele befolkningen

I denne visningen presenteres tall for poliklinisk aktivitet og polikliniske pasienter i sykehus. Dataene blir vist for befolkningen totalt, etter kjønn og for fem aldersgrupper. Det er mulig å velge mellom fire ulike framstillinger for både pasienter og aktivitet, disse er: antall episoder/pasienter og rater (per 1 000 innbyggere), prosent endring i antall fra 2016 og prosentendring i rater fra 2016.

Rater for hele befolkningen er kjønn- og aldersstandardisert, hvor nasjonale befolkningstall siste år er brukt som referansepopulasjon. Befolkningstallene er hentet fra SSB, og er fra 1. januar påfølgende år.

Data er fra Norsk pasientregister (NPR). Offentlig finansiert opphold og konsultasjoner ved private sykehus inngår i NPR, mens privatfinansiert aktivitet er ekskludert.

Les mer her

BOSTEDSOMRÅDER SOMATIKK

KONTAKTPERSONER

Adnen viser statistiske feil eller pasientens bostedskode, uavhengig av behandlingssted

KONTAKTPERSONER:
 Stig Hornemann og Tone Kvan Høyk

- Valgte bostedsområder/ helseforetaksområder:

- Helse Sør-Øst Totalt
- Innlandet
- Vestfold
- Sørlandet
- Østfold
- Vestre Viken
- Telemark

Confidential, Pedersen, Tone, 05/18/2022 15:02:25

Fullstendig visning og filtrering Gjennomsnittlig liggetid fra SAMDATA



- Valgte bostedsområder/ helseforetaksområder:

- Helse Sør-Øst Totalt
- Innlandet
- Vestfold
- Sørlandet
- Østfold
- Vestre Viken
- Telemark

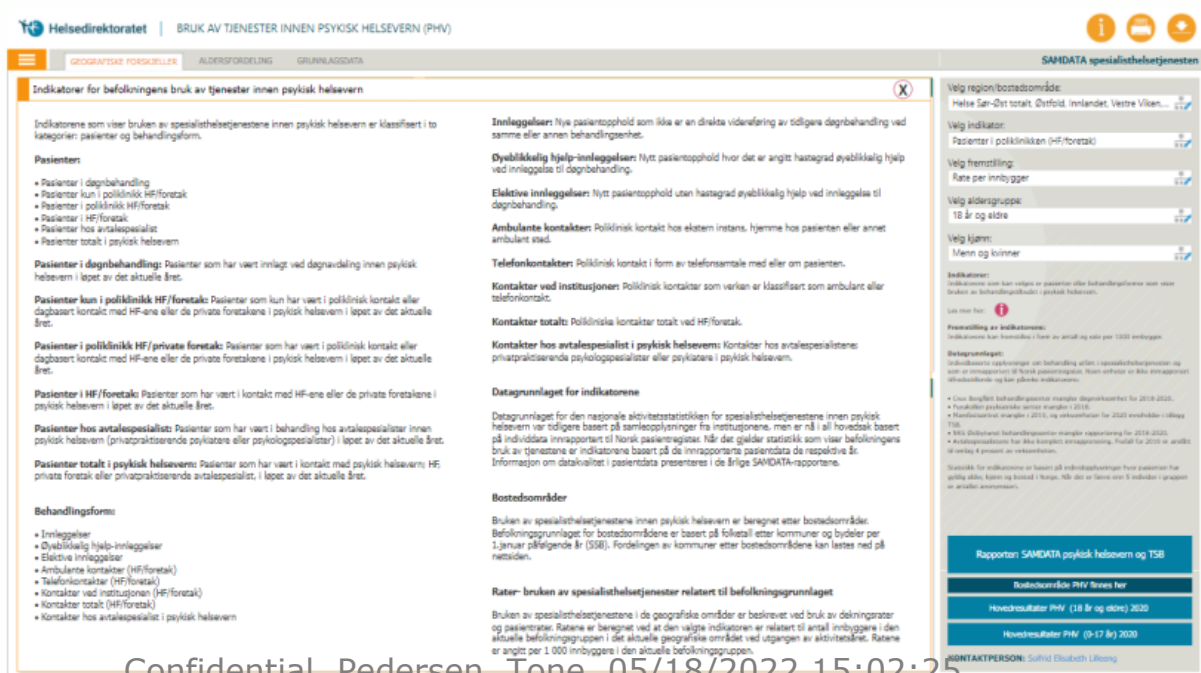
Confidential, Pedersen, Tone, 05/18/2022 15:02:25

Vedlegg 3

Definisjoner og detaljering av aktivitetsdata PHR

Confidential, Pedersen, Tone, 05/18/2022 15:02:25

Beskrivelse av datagrunnlaget og filtrering for Antall pasienter i poliklinikken (HF/foretak) per 1000 innbygger for PHV-V (18 år og eldre)



Indikatorer for befolkningens bruk av tjenester innen psykisk helsevern

Indikatorne som viser bruken av spesialisthelsetjenestene innen psykisk helsevern er klassifisert i to kategorier: pasienter og behandlingstyper.

Pasienter

- Pasienter i døgnerbehandling
- Pasienter i poliklinikk HF/foretak
- Pasienter i poliklinikk HF/foretak
- Pasienter i HF/foretak
- Pasienter hos avtalsespesialist
- Pasienter totalt i psykisk helsevern

Pasienter i døgnerbehandling: Pasienter som har vært innlagt ved døgneravdeling innen psykisk helsevern i løpet av det aktuelle året.

Pasienter i poliklinikk HF/foretak: Pasienter som har vært i poliklinikk kontakt eller dagbasert kontakt med HF-ene eller de private foretakene i psykisk helsevern i løpet av det aktuelle året.

Pasienter i poliklinikk HF/private foretak: Pasienter som har vært i poliklinikk kontakt eller dagbasert kontakt med HF-ene eller de private foretakene i psykisk helsevern i løpet av det aktuelle året.

Pasienter i HF/foretak: Pasienter som har vært i kontakt med HF-ene eller de private foretakene i psykisk helsevern i løpet av det aktuelle året.

Pasienter hos avtalsespesialist: Pasienter som har vært i behandling hos avtalsespesialist innen psykisk helsevern (privatpraktiserende psykologer eller psykologspesialister) i løpet av det aktuelle året.

Pasienter totalt i psykisk helsevern: Pasienter som har vært i kontakt med psykisk helsevern, HF, private foretak eller privatpraktiserende avtalsespesialist, i løpet av det aktuelle året.

Behandlingsform

- Innleggelses
- Dyblibetlig hjelp-innleggelse
- Elektive innleggelses
- Ambulante kontakter (HF/foretak)
- Telefonkontakter (HF/foretak)
- Kontakter ved institusjoner (HF/foretak)
- Kontakter totalt (HF/foretak)
- Kontakter hos avtalsespesialist i psykisk helsevern

Innleggelse: Nye pasientopphold som ikke er en direkte videreføring av tidligere døgnerbehandling ved samme eller annen behandlingstyper.

Dyblibetlig hjelp-innleggelse: Nytt pasientopphold hvor det er angitt hastegrad åyeblikkelig hjelp ved innleggelse til døgnerbehandling.

Elektive innleggelse: Nytt pasientopphold uten hastegrad åyeblikkelig hjelp ved innleggelse til døgnerbehandling.

Ambulante kontakter: Poliklinikk kontakt hos ekstern instans, hjemme hos pasienten eller annet ambulant sted.

Telefonkontakter: Poliklinikk kontakt i form av telefonintervju med eller om pasienten.

Kontakter ved institusjoner: Poliklinikk kontakter som verken er klassifisert som ambulant eller telefonkontakt.

Kontakter totalt: Poliklinikk kontakter totalt ved HF/foretak.

Kontakter hos avtalsespesialist i psykisk helsevern: Kontakter hos avtalsespesialistene: privatpraktiserende psykologspesialister eller psykologer i psykisk helsevern.

Datagrunnlaget for indikatorene

Datagrunnlaget for den regionale aktivitetstatistikken for spesialisthelsetjenestene innen psykisk helsevern var tidligere basert på samlesopplysninger fra institusjonene, men er nå i all hovedsak basert på individuata innrapportert til Norsk pasientregister. Når det gjelder statistikk som viser befolkningens bruk av tjenestene er indikatorene basert på de innrapporterte pasientene de respektive år. Informasjon om dato/aktør i pasientdata presenteres i de årlige SAMDATA-rapportene.

Bostedsområder

Bruken av spesialisthelsetjenestene innen psykisk helsevern er beregnet etter bostedsområder. Befolkningsgrunnlaget for bostedsområdene er basert på folketall etter kommuner og bydeler per 1 januar påfølgende år (SSB). Fordelingen av kommuner etter bostedsområdene kan leses ned på nettstedet.

Rater- bruken av spesialisthelsetjenester relatert til befolkningsgrunnlaget

Bruken av spesialisthelsetjenestene i de geografiske områder er beskrevet ved bruk av delningstater og pasientrater. Raterne er beregnet ved at den valgte indikatoren er relatert til antall innbyggere i den aktuelle befolkningsgruppen i det aktuelle geografiske området ved utgangen av aktivitetåret. Raterne er angitt per 1 000 innbyggere i den aktuelle befolkningsgruppen.

Valgte region/bostedsområde:
Helse Sør-Øst totalt, Østfold, Innlandet, Vestre Viken...

Valg indikator:
Pasienter i poliklinikk (HF/foretak)

Valg fremstilling:
Rate per innbygger

Valg aldersgruppe:
18 år og eldre

Valg kjønn:
Menn og kvinner

Indikatorer:
Indikatorne som kan velges er pasienter eller behandlingstyper som viser bruken av spesialisthelsetjenester i psykisk helsevern.

Freestilling av indikatorer:
Indikatorer som kan velges i henhold til antall og rate per 1000 innbyggere.

Datagrunnlaget:
Indikatorer som er basert på behandlingstyper i spesialisthelsetjenestene er basert på innrapporterte til Norsk pasientregister. Når det gjelder statistikk som viser befolkningens bruk av tjenestene er indikatorene basert på de innrapporterte pasientene de respektive år. Informasjon om dato/aktør i pasientdata presenteres i de årlige SAMDATA-rapportene.

Statistikk for indikatorene er basert på innbyggere i den aktuelle befolkningsgruppen ved utgangen av aktivitetåret. Raterne er beregnet ved at den valgte indikatoren er relatert til antall innbyggere i den aktuelle befolkningsgruppen i det aktuelle geografiske området ved utgangen av aktivitetåret. Raterne er angitt per 1 000 innbyggere i den aktuelle befolkningsgruppen.

Rapporter SAMDATA psykisk helsevern og TSB

Bostedsområde PHV fines her

Hovedresultater PHV (18 år og eldre) 2020

Hovedresultater PHV (0-17 år) 2020

KONTAKTPERSON: Soffia Elisabeth Lilleng

Confidential, Pedersen, Tone, 05/18/2022 15:02:25

- Valgte bostedsområder/helseforetaksområder:
 - Helse Sør-Øst Totalt
 - Innlandet
 - Vestfold
 - Sørlandet
 - Østfold
 - Vestre Viken
 - Telemark



SYKEHUSET TELEMARK

Beskrivelse av datagrunnlaget og filtrering for Antall pasienter i døgnbehandling (HF/foretak) per 1000 innbygger for PHV-V (18 år og eldre)

Helseidrettoratet | BRUK AV TJENESTER INNEN PSYKISK HELSEVERN (PHV)

GEOGRAFISKE FORSKJELLER | ALDERSFORDELING | GRUNNLAGEDATA

Indikatorer for befolkningens bruk av tjenester innen psykisk helsevern

Indikatorerne som viser bruken av spesialisthelsetjenestene innen psykisk helsevern er klassifisert i to kategorier: pasienter og behandlingsform.

Pasienter:

- Pasienter i døgnbehandling
- Pasienter kun i poliklinisk HF/foretak
- Pasienter i poliklinisk HF/foretak
- Pasienter i HF/foretak
- Pasienter hos avtalespesialist
- Pasienter totalt i psykisk helsevern

• Pasienter i døgnbehandling: Pasienter som har vært innlagt ved døgnavdeling innen psykisk helsevern i løpet av det aktuelle året.

• Pasienter kun i poliklinisk HF/foretak: Pasienter som kun har vært i poliklinisk kontakt eller dagbasert kontakt med HF-ene eller de private foretakene i psykisk helsevern i løpet av det aktuelle året.

• Pasienter i poliklinisk HF/private foretak: Pasienter som har vært i poliklinisk kontakt eller dagbasert kontakt med HF-ene eller de private foretakene i psykisk helsevern i løpet av det aktuelle året.

• Pasienter i HF/foretak: Pasienter som har vært i kontakt med HF-ene eller de private foretakene i psykisk helsevern i løpet av det aktuelle året.

• Pasienter hos avtalespesialist: Pasienter som har vært i behandling hos avtalespesialist innen psykisk helsevern (privatpraktiserende psykiskterapeuter eller psykologspesialister) i løpet av det aktuelle året.

• Pasienter totalt i psykisk helsevern: Pasienter som har vært i kontakt med psykisk helsevern HF, private foretak eller privatpraktiserende avtalespesialist, i løpet av det aktuelle året.

Behandlingsform:

- Innleggelsler
- Dyeblikkelig hjelp-innleggelsler
- Elektive innleggelsler
- Ambulante kontakter (HF/foretak)
- Telefonkontakter (HF/foretak)
- Kontakter ved institusjonen (HF/foretak)
- Kontakter totalt (HF/foretak)
- Kontakter hos avtalespesialist i psykisk helsevern

Innleggelsler: Nye pasientopphold som ikke er en direkte videreføring av tidligere døgnbehandling ved samme eller annen behandlingsenhet.

Dyeblikkelig hjelp-innleggelsler: Nytt pasientopphold hvor det er angitt hastegrad dyeblikkelig hjelp ved innleggelse til døgnbehandling.

Elektive innleggelsler: Nye pasientopphold uten hastegrad dyeblikkelig hjelp ved innleggelse til døgnbehandling.

Ambulante kontakter: Poliklinisk kontakt hos ekstern instans, hjemme hos pasienten eller annet ambulant sted.

Telefonkontakter: Poliklinisk kontakt i form av telefonsamtale med eller om pasienten.

Kontakter ved institusjoner: Poliklinisk kontakter som verken er klassifisert som ambulant eller telefonkontakt.

Kontakter totalt: Polikliniske kontakter totalt ved HF/foretak.

Kontakter hos avtalespesialist i psykisk helsevern: Kontakter hos avtalespesialistene; privatpraktiserende psykologspesialister eller psykiatere i psykisk helsevern.

Datagrunnlaget for indikatorene

Datagrunnlaget for den nasjonale aktivitetstatistikken for spesialisthelsetjenestene innen psykisk helsevern var tidligere basert på samleskjemaer fra institusjonene, men er nå i all hovedsak basert på individdata innrapportert til Norsk pasientregister. Når det gjelder statistikk som viser befolkningens bruk av tjenestene er indikatorene basert på de innrapporterte pasientdata de respektive år. Informasjon om datakvalitet i pasientdata presenteres i de årlige SAMDATA-rapportene.

Bostedsområder

Bruken av spesialisthelsetjenestene innen psykisk helsevern er beregnet etter bostedsområder. Befolingsgrunnlaget for bostedsområdene er basert på folketall etter kommuner og bydeler per 1. januar påfølgende år (SSB). Fordelingen av kommuner etter bostedsområdene kan leses ned på nettsiden.

Rater- bruken av spesialisthelsetjenester relatert til befolingsgrunnlaget

Bruken av spesialisthelsetjenestene i de geografiske områder er beskrevet ved bruk av dekningsrater og pasientrater. Raterne er beregnet ved at den valgte indikatoren er relatert til antall innbyggere i den aktuelle befolingsgruppen i det aktuelle geografiske området ved utgangen av aktivitetåret. Raterne er angitt per 1 000 innbyggere i den aktuelle befolingsgruppen.

SAMDATA spesialisthelsetjenesten

Vlg region/bostedsområde: Helse Sør-Øst totalt, Østfold, Innlandet, Vestre Viken...

Vlg indikator: Pasienter i døgnbehandling (HF/foretak)

Vlg fremstilling: Rata per innbygger

Vlg aldersgruppe: 18 år og eldre

Vlg kjønn: Mann og kvinner

Indikatorer: Indikatoren som har valgt en pasient eller behandlingsform som skal brukes er behandlingsform i psykisk helsevern.

Les mer her:

Fremstilling av indikatoren: Indikatoren kan formidles i form av antall og rate per 1000 innbyggere.

Datagrunnlaget: Indikatoren oppdateres etter behandlingsform i pasientregisteret og rate er innrapportert til Norsk pasientregister. Raten er basert på alle innrapporterte HF-tilfeller og kan påvirkes av endringer.

- Over 80% av behandlingsformene er angitt i pasientregisteret for 2019-2020.
- Pasienter registrerte senere enn 2019.
- Pasientregisteret er angitt i 2019, og innkretsen for 2020 er ikke i tillegg.
- IKS (Innlandet) behandlingsform er angitt i pasientregisteret for 2019-2020.
- Avslutningsdato for alle innrapporterte innrapportering, utført for 2019 er angitt til omkring 4 prosent av innkretsen.

Statistikk for indikatoren er basert på innrapporterte pasienter fra pasienter fra sykkle, skare og bosted i Norge. NB: det er færre enn 5 indbyggere i gruppen av enkelte bostedsområder.

Rapporter: SAMDATA psykisk helsevern og TSB

Bostedsområde: HFV Vestre Viken

Hovedresultater PHV (18 år og eldre) 2020

Hovedresultater PHV (0-17 år) 2020

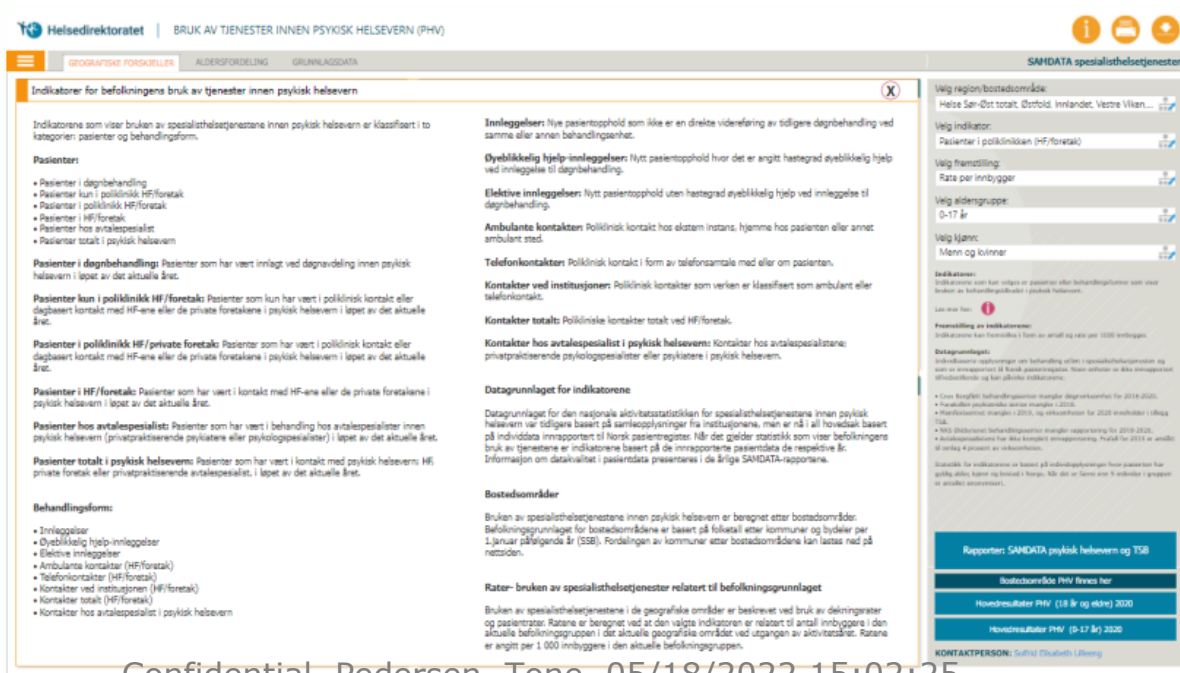
KONTAKTPERSON: Sulfid Eidebeth Liberg

• Valgte bostedsområder/ helseforetaksområder:

- Helse Sør-Øst Totalt
- Innlandet
- Vestfold
- Sørlandet
- Østfold
- Vestre Viken
- Telemark

Confidential, Pedersen, Tone, 05/18/2022 15:02:25

Beskrivelse av datagrunnlaget og filtrering for Antall pasienter i poliklinikken (HF/foretak) per 1000 innbygger for PHV-BU (0-17 år)



Indikatorer for befolkningens bruk av tjenester innen psykisk helsevern

Indikatorne som viser bruken av spesialhelsetjenestene innen psykisk helsevern er klassifisert i to kategorier: pasienter og behandlingsform.

Pasienter

- Pasienter i dagbehandling
- Pasienter kun i poliklinikk HF/foretak
- Pasienter i poliklinikk HF/foretak
- Pasienter i HF/foretak
- Pasienter hos avtalsespesialist
- Pasienter totalt i psykisk helsevern

Pasienter i dagbehandling: Pasienter som har vært innlagt ved døgnavdeling innen psykisk helsevern i løpet av det aktuelle året.

Pasienter kun i poliklinikk HF/foretak: Pasienter som kun har vært i poliklinikk kontakt eller dagbeholdt kontakt med HF-ene eller de private foretakene i psykisk helsevern i løpet av det aktuelle året.

Pasienter i poliklinikk HF/private foretak: Pasienter som har vært i poliklinikk kontakt eller dagbeholdt kontakt med HF-ene eller de private foretakene i psykisk helsevern i løpet av det aktuelle året.

Pasienter i HF/foretak: Pasienter som har vært i kontakt med HF-ene eller de private foretakene i psykisk helsevern i løpet av det aktuelle året.

Pasienter hos avtalsespesialist: Pasienter som har vært i behandling hos avtalsespesialist innen psykisk helsevern (privatpraktiserende psykiatere eller psykologspesialister) i løpet av det aktuelle året.

Pasienter totalt i psykisk helsevern: Pasienter som har vært i kontakt med psykisk helsevern: HF, private foretak eller privatpraktiserende avtalsespesialist, i løpet av det aktuelle året.

Behandlingsform:

- Innleggelse
- Dybdeklippelig hjelp-innleggelse
- Elektive innleggelse
- Ambulante kontakter (HF/foretak)
- Telefonkontakter (HF/foretak)
- Kontakter ved institusjonen (HF/foretak)
- Kontakter totalt (HF/foretak)
- Kontakter hos avtalsespesialist i psykisk helsevern

Innleggelse: Nye pasientopphold som ikke er en direkte videreføring av tidligere dagbehandling ved samme eller annen behandlingsenhet.

Dybdeklippelig hjelp-innleggelse: Nye pasientopphold hvor det er angitt hestegrad dybdeklippelig hjelp ved innleggelse til dagbehandling.

Elektive innleggelse: Nye pasientopphold uten hestegrad dybdeklippelig hjelp ved innleggelse til dagbehandling.

Ambulante kontakter: Poliklinikk kontakt hos etaten instans, hjemme hos pasienten eller annet ambulant sted.

Telefonkontakter: Poliklinikk kontakt i form av telefonsamtale med eller om pasienten.

Kontakter ved institusjonen: Poliklinikk kontakter som verken er klassifisert som ambulant eller telefonkontakt.

Kontakter totalt: Poliklinikk kontakter totalt ved HF/foretak.

Kontakter hos avtalsespesialist i psykisk helsevern: Kontakter hos avtalsespesialistene; privatpraktiserende psykologspesialister eller psykiatere i psykisk helsevern.

Datagrunnlaget for indikatorene

Datagrunnlaget for den nasjonale aktivitetstatistikken for spesialhelsetjenestene innen psykisk helsevern var tidligere basert på samlespøringsrør fra institusjonene, men er nå på hovedsak basert på individdata innrapportert til Norsk pasientregister. Når det gjelder statistikk som viser befolkningens bruk av tjenestene er indikatorene basert på de innrapporterte pasientdata de respektive år. Informasjon om datakvalitet i pasientdata presenteres i de årlige SAMDATA-rapportene.

Bostedsområder

Bruken av spesialhelsetjenestene innen psykisk helsevern er beregnet etter bostedsområder. Befolkningsgrunnlag for bostedsområdene er basert på folketall etter kommuner og bydelar per 1.januar påfølgende år (SSB). Fordelingen av kommuner etter bostedsområdene kan lastes ned på nettsiden.

Rater- bruken av spesialhelsetjenester relatert til befolkningsgrunnlaget

Bruken av spesialhelsetjenestene i de geografiske områder er beskrevet ved bruk av delingsrater og pasientrater. Raterne er beregnet ved at de valgte indikatorene er relatert til antall innbyggere i den aktuelle befolkningsgruppen i det aktuelle geografiske området ved utgangen av aktivitetsåret. Raterne er angitt per 1 000 innbyggere i den aktuelle befolkningsgruppen.

Valgte region/bostedsområde: Helse Sør-Øst totalt (Østfold, Innlandet, Vestre Viken...)

Valgte indikator: Pasienter i poliklinikk (HF/foretak)

Valgte framstilling: Rate per innbygger

Valgte aldersgruppe: 0-17 år

Valgte kjønn: Mann og kvinner

Delingsrater: Indikatoren som kan sammenlignes med pasienter eller behandlingsformene som står fremst er delingsrater for poliklinikk helsevern.

Forstilling av indikatoren: Indikatoren kan framstilles i form av antall og rate per 1000 innbyggere.

Datagrunnlaget: Indikatoren oppdateres etter behandling eller spesialhelsetjenester og som er innrapportert til Norsk pasientregister. Data er fra de aktuelle årene og er basert på de innrapporterte pasientdata de respektive år.

Statistikk for indikatoren er basert på innbyggere som pasienter har tatt del i, og som er registrert i Norge. NB! Det er ikke alle 9 indikatorer i gruppen av aktuelle pasienter.

Reportert SAMDATA psykisk helsevern og TSB

Bostedsområde PHV Sørvest

Hovedrater PHV (18 år og eldre) 2020

Hovedrater PHV (0-17 år) 2020

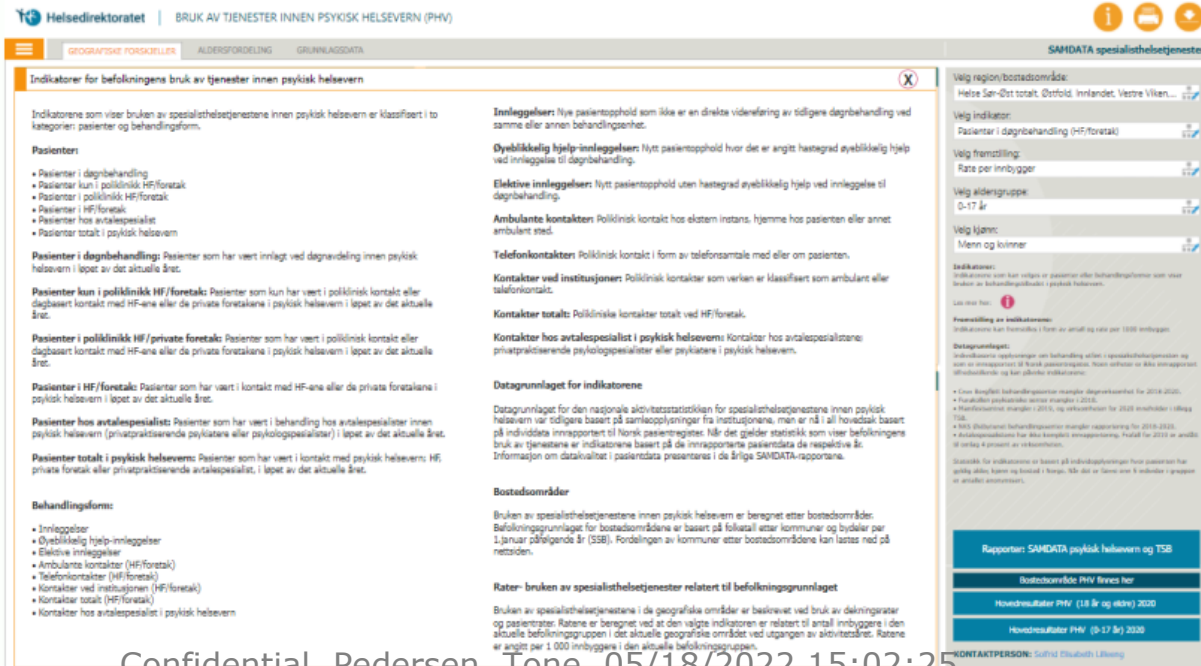
KONTAKTPERSON: Sufid Elisabeth Ljåberg

• Valgte bostedsområder/ helseforetaksområder:

- Helse Sør-Øst Totalt
- Innlandet
- Vestfold
- Sørlandet
- Østfold
- Vestre Viken
- Telemark

Confidential, Pedersen, Tone, 05/18/2022 15:02:25

Beskrivelse av datagrunnlaget og filtrering for Antall pasienter i døgntilrettelagt (HF/foretak) per 1000 innbygger for PHV-BU (0-17 år)



Indikatorer for befolkningens bruk av tjenester innen psykisk helsevern

Indikatorerne som viser bruken av spesialisthelsetjenestene innen psykisk helsevern er klassifisert i to kategorier: pasienter og behandlingsform.

Pasienter

- Pasienter i døgntilrettelagt
- Pasienter kun i poliklinisk HF/foretak
- Pasienter i poliklinisk HF/foretak
- Pasienter i HF/foretak
- Pasienter hos avtalespesialist
- Pasienter totalt i psykisk helsevern

Pasienter i døgntilrettelagt Pasienter som har vært innlagt ved døgntilrettelagt innen psykisk helsevern i løpet av det aktuelle året.

Pasienter kun i poliklinisk HF/foretak Pasienter som kun har vært i poliklinisk kontakt eller døgntilrettelagt kontakt med HF-ene eller de private foretakene i psykisk helsevern i løpet av det aktuelle året.

Pasienter i poliklinisk HF/private foretak Pasienter som har vært i poliklinisk kontakt eller døgntilrettelagt kontakt med HF-ene eller de private foretakene i psykisk helsevern i løpet av det aktuelle året.

Pasienter i HF/foretak Pasienter som har vært i kontakt med HF-ene eller de private foretakene i psykisk helsevern i løpet av det aktuelle året.

Pasienter hos avtalespesialist Pasienter som har vært i behandling hos avtalespesialist innen psykisk helsevern (privatpraktiserende psykiatere eller psykologspesialister) i løpet av det aktuelle året.

Pasienter totalt i psykisk helsevern Pasienter som har vært i kontakt med psykisk helsevern; HF, private foretak eller privatpraktiserende avtalespesialist, i løpet av det aktuelle året.

Behandlingsform

- Innleggelse
- Øyeblikkelig hjelp-innleggelse
- Elektive innleggelse
- Ambulante kontakter (HF/foretak)
- Telefonkontakter (HF/foretak)
- Kontakter ved institusjoner (HF/foretak)
- Kontakter totalt (HF/foretak)
- Kontakter hos avtalespesialist i psykisk helsevern

Innleggelse: Nytt pasientopphold som ikke er en direkte videreføring av tidligere døgntilrettelagt ved samme eller annen behandlingssenter.

Øyeblikkelig hjelp-innleggelse: Nytt pasientopphold hvor det er angitt hestegrad øyeblikkelig hjelp ved innleggelse til døgntilrettelagt.

Elektive innleggelse: Nytt pasientopphold uten hestegrad øyeblikkelig hjelp ved innleggelse til døgntilrettelagt.

Ambulante kontakter: Poliklinisk kontakt hos eksternt instans, hjemme hos pasienten eller annet ambulert sted.

Telefonkontakter: Poliklinisk kontakt i form av telefonsamtale med eller om pasienten.

Kontakter ved institusjoner: Poliklinisk kontakter som verken er klassifisert som ambulante eller telefonkontakter.

Kontakter totalt: Poliklinisk kontakter totalt ved HF/foretak.

Kontakter hos avtalespesialist i psykisk helsevern: Kontakter hos avtalespesialistene; privatpraktiserende psykologspesialister eller psykiatere i psykisk helsevern.

Datagrunnlaget for indikatorene

Datagrunnlaget for den nasjonale aktivitetstatistikken for spesialisthelsetjenestene innen psykisk helsevern var tidligere basert på samletillegninger fra institusjonene, men er nå i all hovedsak basert på individdata innrapportert til helsepersonellregisteret. Når det gjelder statistikk som viser befolkningens bruk av tjenestene er indikatorene basert på de innrapporterte pasientdata de respektive år. Informasjon om datakvalitet i pasientdata presenteres i de årlige SAMDATA-rapportene.

Bostedsområder

Bruken av spesialisthelsetjenestene innen psykisk helsevern er beregnet etter bostedsområder. Befolkningsgrunnlaget for bostedsområdene er basert på folketall etter kommuner og bydelier per 1. januar påfølgende år (SISB). Fordelingen av kommuner etter bostedsområdene kan lastes ned på nettsiden.

Rater- bruken av spesialisthelsetjenester relatert til befolkningsgrunnlaget

Bruken av spesialisthelsetjenestene i de geografiske områder er beregnet ved bruk av dekningsrater og pasientrater. Raten er beregnet ved å ta den valgte indikatoren og relatert til antall innbyggerne i den aktuelle befolkningsgruppen i det aktuelle geografiske området ved utgangen av aktivitetåret. Raten er angitt per 1 000 innbygger i den aktuelle befolkningsgruppen.

SAMDATA spesialisthelsetjenesten

Velg region/bostedsområde: Helse Sør-Øst totalt, Østfold, Innlandet, Vestre Viken...

Velg indikator: Pasienter i døgntilrettelagt (HF/foretak)

Velg fremstilling: Rate per innbygger

Velg aldersgruppe: 0-17 år

Velg kjønn: Mann og kvinner

Statistikker: Indikatortekst som kan velges av pasienter eller behandlingsformene som viser bruken av behandlingsformene i psykisk helsevern.

Les mer fra: [i]

Årsopprettelse av indikatortekst: Indikatortekst kan tilrettelegges i form av et sett med rater per 1000 innbygger.

Datagrunnlaget: Indikatortekstene opprettes som behandling eller i spesialisthelsetjenesten og er et innpassert til helsepersonellregisteret. Bruk av rater er ikke innpassert til helsepersonellregisteret og kan påvirke indikatortekstene.

• Enne årlige behandlingsrater er angitt dekningsrater for 2018-2020.
 • For årlige pasientrater er angitt 2018.
 • For bostedsområder er angitt 2018 og 2019 for kommuner for 2020 er angitt i tillegg til 2018.
 • SAM Data for helsepersonellregisteret er angitt rapportering for 2018-2020.
 • Avtalespesialistene for alle kommuner er angitt rapportering. For 2017 er angitt et antall år angitt av innbyggerne.

Statistikken for indikatortekstene er basert på individdata fra pasienter som har blitt angitt kjønn og bosted i helsepersonellregisteret. Når det er flere enn 9 indbygger i gruppen er antallet anonymisert.

Reportert: SAMDATA psykisk helsevern og TSB

Bostedsområde PHV lines her

Helseindikator PHV (18 år og eldre) 2020

Helseindikator PHV (0-17 år) 2020

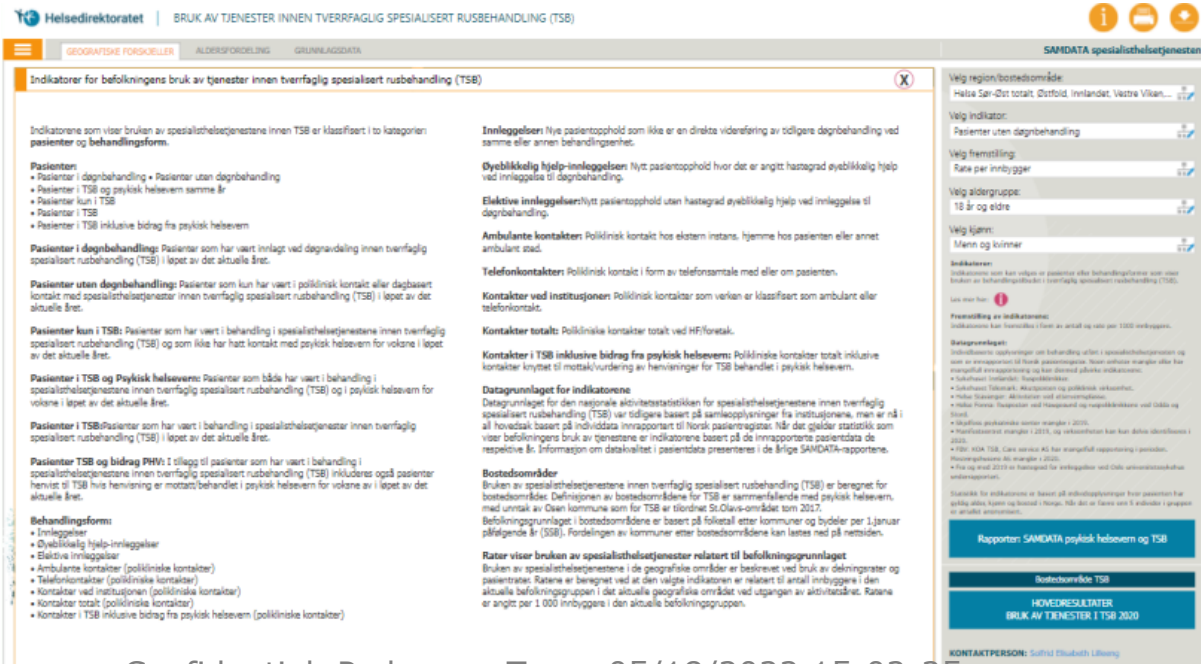
KONTAKTPERSON: Soffia Elisabeth Ljøving

• Valgte bostedsområder/ helseforetaksområder:

- Helse Sør-Øst Totalt
- Innlandet
- Vestfold
- Sørlandet
- Østfold
- Vestre Viken
- Telemark

Confidential, Pedersen, Tone, 05/18/2022 15:02:25

Beskrivelse av datagrunnlaget og filtrering for Antall pasienter uten døgnerbehandling (HF/Foretak) per 1000 innbygger for TSB (18 år og eldre)



Indikatorer for befolkningens bruk av tjenester innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Indikatorne som viser bruken av spesialisthelsetjenestene innen TSB er klassifisert i to kategorier: **pasienter og behandlingsform**.

Pasienter

- Pasienter i døgnerbehandling + Pasienter uten døgnerbehandling
- Pasienter i TSB og psykisk helsevern samme år
- Pasienter kun i TSB
- Pasienter i TSB
- Pasienter i TSB inklusive bidrag fra psykisk helsevern

Pasienter i døgnerbehandling: Pasienter som har vært innlagt ved degravdning innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i løpet av det aktuelle året.

Pasienter uten døgnerbehandling: Pasienter som kun har vært i poliklinisk kontakt eller dagbasert kontakt med spesialisthelsetjenester innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i løpet av det aktuelle året.

Pasienter kun i TSB: Pasienter som har vært i behandling i spesialisthelsetjenestene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og som ikke har hatt kontakt med psykisk helsevern for voksne i løpet av det aktuelle året.

Pasienter i TSB og Psykisk helsevern: Pasienter som både har vært i behandling i spesialisthelsetjenestene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og i psykisk helsevern for voksne i løpet av det aktuelle året.

Pasienter i TSB/Pasienter som har vært i behandling i spesialisthelsetjenester innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i løpet av det aktuelle året.

Pasienter TSB og bidrag PHV: I tillegg til pasienter som har vært i behandling i spesialisthelsetjenestene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) inkluderer også pasienter henviset til TSB hvis henvisning er motstrid behandlet i psykisk helsevern for voksne av det aktuelle året.

Behandlingsform:

- Innleggelse
- Dyeblikkelig hjelp-innleggelse
- Elektriske innleggelse
- Ambulante kontakter (polikliniske kontakter)
- Telefonkontakter (polikliniske kontakter)
- Kontakter ved institusjonen (polikliniske kontakter)
- Kontakter totalt (polikliniske kontakter)
- Kontakter i TSB inklusive bidrag fra psykisk helsevern (polikliniske kontakter)

Innleggelse: Nye pasientopphold som ikke er en direkte videreføring av tidligere døgnerbehandling ved samme eller annen behandlingseinhet.

Dyeblikkelig hjelp-innleggelse: Nytt pasientopphold hvor det er angitt hastegrad dyeblikkelig hjelp ved innleggelse til døgnerbehandling.

Elektriske innleggelse: Nytt pasientopphold uten hastegrad dyeblikkelig hjelp ved innleggelse til døgnerbehandling.

Ambulante kontakter: Poliklinisk kontakt hos ekstern instans, hjemme hos pasienten eller annet ambulanset sted.

Telefonkontakter: Poliklinisk kontakt i form av telefonsamtale med eller om pasienten.

Kontakter ved institusjonen: Poliklinisk kontakter som verken er klassifisert som ambulanset eller telefonkontakt.

Kontakter totalt: Polikliniske kontakter totalt ved HF/foretak.

Kontakter i TSB inklusive bidrag fra psykisk helsevern: Polikliniske kontakter totalt inklusive kontakt knyttet til mottak/vurdering av henvisninger for TSB behandlet i psykisk helsevern.

Datagrunnlaget for indikatoren

Datagrunnlaget for den nasjonale aktivitetstatistikken for spesialisthelsetjenestene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) var tidligere basert på samlesoppløsninger fra institusjonene, men er nå i all hovedsak basert på individdata innrapportert til helseinformasjonssystemet. Når det gjelder statistikk som viser befolkningens bruk av tjenestene er indikatoren basert på de innrapporterte pasientdata de respektive år. Informasjon om datakvalitet i pasientdata presenteres i de årlige SAMDATA-rapportene.

Bostedsområder

Bruken av spesialisthelsetjenestene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er beregnet for bostedsområder. Definisjonen av bostedsområdene for TSB er sammenfallende med psykisk helsevern, med unntak av Osan kommune som for TSB er tilordnet St.Olavs-området som 2017.

Befolkningsgrunnlaget i bostedsområdene er basert på folketall etter kommuner og bydelier per 1.januar påfølgende år (TSB). Fordelingen av kommuner etter bostedsområdene kan leses med på nettsiden.

Rater viser bruken av spesialisthelsetjenester relatert til befolkningsgrunnlaget

Bruken av spesialisthelsetjenestene i de geografiske områder er beregnet ved bruk av delingsrater og pasientrater. Rataene er beregnet ved at den valgte indikatoren er relatert til antall innbygger i den aktuelle befolkningsgruppen i det aktuelle geografiske området ved utgangen av aktivitetsåret. Rataene er angitt per 1 000 innbygger i den aktuelle befolkningsgruppen.

SAMDATA spesialisthelsetjenesten

Velg region/bostedsområde: Helse Sør-Øst totalt, Østfold, Innlandet, Vestre Viken...

Velg indikator: Pasienter uten døgnerbehandling

Velg fremstilling: Rate per innbygger

Velg aldersgruppe: 18 år og eldre

Velg kjønn: Mann og kvinner

Beskrivelse av indikatoren: Indikatoren kan forstås slik: av antall og rate per 1000 innbygger.

Beregningssatt: Indikatoren opprettes ved behandling av TSB i spesialisthelsetjenesten og som et resultat av TSB pasientregister. Her vil det være en del av innleggelse og kontakt med poliklinisk helsevern.

- Tidspunkt: Indikatoren er beregnet på 1.januar
- Data: Data TSB, Care service AS for utvalg av rapportering perioder.
- Rapportering: Rapportering av TSB i 2020.
- Data: Data TSB, Care service AS for utvalg av rapportering perioder.

Statistikken er beregnet på individoppløsninger for pasienter fra ulike deler, bydel og kommuner. NB! Det er bare ved 5 indiktorer i gruppen er enkelte kommuner.

Rapport: SAMDATA psykisk helsevern og TSB

Bostedsområde TSB

HOVESRESULTATER
BRUK AV TJENESTER I TSB 2020

KONTAKTPERSON: Soffrid Elisabeth Lilleng

- Valgte bostedsområder/ helseforetaksområder:
 - Helse Sør-Øst Totalt
 - Innlandet
 - Vestfold
 - Sørlandet
 - Østfold
 - Vestre Viken
 - Telemark

Confidential, Pedersen, Tone, 05/18/2022 15:02:25

Beskrivelse av datagrunnlaget og filtrering for Antall pasienter i døgntilrettelagt (HF/Foretak) per 1000 innbygger for TSB (18 år og eldre)

Helsedirektoratet | BRUK AV TJENESTER INNEN TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING (TSB)

GEOGRAFISKE FORSKJELLER | ALDERSFORDELING | GRUNNLAGEDATA | SAMDATA spesialisthelsetjenesten

Indikatorer for befolkningens bruk av tjenester innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Indikatorne som viser bruken av spesialisthelsetjenestene innen TSB er klassifisert i to kategorier: pasienter og behandlingsform.

Pasienter:

- Pasienter i døgntilrettelagt
- Pasienter uten døgntilrettelagt
- Pasienter i TSB og psykisk helsevern samme år
- Pasienter kun i TSB
- Pasienter i TSB
- Pasienter i TSB inklusive bidrag fra psykisk helsevern

Pasienter i døgntilrettelagt: Pasienter som har vært innlagt ved døgnavdeling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i løpet av det aktuelle året.

Pasienter uten døgntilrettelagt: Pasienter som kun har vært i poliklinisk kontakt eller dagbasert kontakt med spesialisthelsetjenester innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i løpet av det aktuelle året.

Pasienter kun i TSB: Pasienter som har vært i behandling i spesialisthelsetjenestene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og som ikke har hatt kontakt med psykisk helsevern for voksne i løpet av det aktuelle året.

Pasienter i TSB og Psykisk helsevern: Pasienter som både har vært i behandling i spesialisthelsetjenestene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og i psykisk helsevern for voksne i løpet av det aktuelle året.

Pasienter i TSB: Pasienter som har vært i behandling i spesialisthelsetjenestene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i løpet av det aktuelle året.

Pasienter TSB og bidrag PHV: I tillegg til pasienter som har vært i behandling i spesialisthelsetjenestene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) inkluderer også pasienter henviset til TSB hvis henvisning er motatt/behandlet i psykisk helsevern for voksne av i løpet av det aktuelle året.

Behandlingsform:

- Innleggelse
- Dyblikkelig hjelp-innleggelse
- Elektive innleggelse
- Ambulante kontakter (polikliniske kontakter)
- Telefonkontakter (polikliniske kontakter)
- Kontakter ved institusjoner (polikliniske kontakter)
- Kontakter totalt (polikliniske kontakter)
- Kontakter i TSB inklusive bidrag fra psykisk helsevern (polikliniske kontakter)

Innleggelse: Nye pasientopphold som ikke er en direkte videreføring av tidligere døgntilrettelagt ved samme eller annen behandlingsenhet.

Dyblikkelig hjelp-innleggelse: Nytt pasientopphold hvor det er angitt hastegrad dyblikkelig hjelp ved innleggelse til døgntilrettelagt.

Elektive innleggelse: Nytt pasientopphold uten hastegrad dyblikkelig hjelp ved innleggelse til døgntilrettelagt.

Ambulante kontakter: Poliklinisk kontakt hos ekstern instans, hjemme hos pasienten eller annet ambulant sted.

Telefonkontakter: Poliklinisk kontakt i form av telefonsamtale med eller om pasienten.

Kontakter ved institusjoner: Poliklinisk kontakter som verken er klassifisert som ambulant eller telefonkontakt.

Kontakter totalt: Polikliniske kontakter totalt ved HF/foretak.

Kontakter i TSB inklusive bidrag fra psykisk helsevern: Polikliniske kontakter totalt inklusive kontakter knyttet til mottak/vurdering av henvisninger for TSB behandlet i psykisk helsevern.

Datagrunnlaget for indikatorene

Datagrunnlaget for den nasjonale aktivitetstatistikken for spesialisthelsetjenestene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er tidligere basert på samleskjemaer fra institusjonene, men er nå i all hovedsak basert på individdata innrapportert til Norsk pasientregister. Når det gjelder statistikk som viser befolkningens bruk av tjenestene er indikatorene basert på de innrapporterte pasientdata de respektive år. Informasjon om datakvalitet i pasientdata presenteres i de årlige SAMDATA-rapportene.

Bostedsområder

Bruken av spesialisthelsetjenestene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er beregnet for bostedsområder. Definisjonen av bostedsområdene for TSB er sammenfallende med psykisk helsevern, med unntak av Oslo kommune som for TSB er klassifisert til Oslo-området som 202.7. Befolingsgrunnlaget i bostedsområdene er basert på folketall etter kommuner og bydelar per 1.januar påfølgende år (SSB). Fordelingen av kommuner etter bostedsområdene kan lastes ned på nettsiden.

Rater viser bruken av spesialisthelsetjenester relatert til befolkningsgrunnlaget

Bruken av spesialisthelsetjenestene i de geografiske områder er beskrevet ved bruk av dekningsrater og pasientrater. Rataene er beregnet ved at den valgte indikatoren er relatert til antall innbyggere i den aktuelle befolkningsgruppen i det aktuelle geografiske området ved utgangen av aktivitetåret. Rataene er angitt per 1 000 innbyggere i den aktuelle befolkningsgruppen.

Velg region/bostedsområde: Helse Sør-Øst totalt, Østfold, Innlandet, Vestre Viken...

Velg indikator: Pasienter i døgntilrettelagt

Velg fremstilling: Rate per innbygger

Velg aldersgruppe: 18 år og eldre

Velg kjønn: Mann og kvinner

Indikatorer: Indikatorne som kan velges er pasienter eller behandlingsform som viser bruken av behandlingsenhet i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Les mer her

Formatering av indikatorene: Indikatorne kan formateres i form av antall og rate per 1000 innbyggere.

Datagrunnlaget: Indikatorne er basert på behandlingsform i spesialisthelsetjenestene som er rapportert til Norsk pasientregister. Rater er beregnet etter år for mangelfull rapportering og kan dermed påvirke indikatorene.

- Helse Sør-Øst: Helse Sør-Øst
- Helse Vest: Helse Vest
- Helse Øst: Helse Øst
- Helse Midt-Norge: Helse Midt-Norge
- Helse Nord: Helse Nord
- Helse Nord-Norge: Helse Nord-Norge
- Helse Sør-Øst: Helse Sør-Øst
- Helse Vest: Helse Vest
- Helse Øst: Helse Øst
- Helse Midt-Norge: Helse Midt-Norge
- Helse Nord: Helse Nord
- Helse Nord-Norge: Helse Nord-Norge

Statistikk for indikatorene er basert på individdata som er rapportert til TSB. Rataene er beregnet ved at den valgte indikatoren er relatert til antall innbyggere i den aktuelle befolkningsgruppen i det aktuelle geografiske området ved utgangen av aktivitetåret. Rataene er angitt per 1 000 innbyggere i den aktuelle befolkningsgruppen.

Rapport: SAMDATA psykisk helsevern og TSB

Bostedsområde TSB

HVORFORSLATER
BRUK AV TJENESTER I TSB 2020

KONTAKTPERSON: Sulfid Østervik i Bergen

• Valgte bostedsområder/ helseforetaksområder:

- Helse Sør-Øst Totalt
- Innlandet
- Vestfold
- Sørlandet
- Østfold
- Vestre Viken
- Telemark

Confidential, Pedersen, Tone, 05/18/2022 15:02:25

Vedlegg 4

**Nedbrytning av kostnad per pasient og per
oppholdsdøgn innen PHR,
fordelt på PHV-V, PHV-BU, TSB**

SYKEHUSET TELEMAR

Kostnad per polikliniske pasient i PHR: STHF gjør det relativt godt innen PHV Voksne og TSB, men har lav produktivitet for poliklinikk PHV Barn og Ungdom

HF	Kostnad pr polikliniske pasient PHV-V 2020
Finnmarkssykehuset HF	19 543
Helse Nord-Trøndelag HF	20 728
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	22 685
Sykehuset i Telemark HF	27 239
Helse Stavanger HF	29 665
Helgelandssykehuset HF	30 881
Lovisenberg Diakonale sykehus	31 828
Helse Førde HF	33 013
Diakonhjemmet sykehus	33 350
Vestre Viken HF	34 098
Akershus universitetssykehus HF	34 549
St.Olavs hospital HF	34 838
Alle foretak (offentlige og private)	35 938
Helse Bergen HF	36 491
Sykehuset Østfold HF	36 902
Sykehuset i Vestfold HF	37 133
Sykehuset Innlandet HF	38 103
Sørlandet sykehus HF	43 274
Helse Fonna HF	46 998
Oslo universitetssykehus HF	47 122
Helse Møre og Romsdal HF	48 220
Nordlandssykehuset HF	48 654

Nasjonalt

HF	Kostnad pr polikliniske pasient PHV-BU 2020
Finnmarkssykehuset HF	16 309
Helse Fonna HF	22 973
Helgelandssykehuset HF	31 017
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	31 287
Helse Førde HF	39 783
Helse Stavanger HF	41 420
Oslo universitetssykehus HF	44 192
Alle foretak (offentlige og private)	50 674
St.Olavs hospital HF	53 046
Helse Bergen HF	53 243
Akershus universitetssykehus HF	53 860
Helse Nord-Trøndelag HF	55 050
Sykehuset Østfold HF	55 520
Helse Møre og Romsdal HF	56 057
Sørlandet sykehus HF	56 827
Diakonhjemmet sykehus	56 979
Lovisenberg Diakonale sykehus	58 127
Sykehuset i Vestfold HF	58 867
Sykehuset Innlandet HF	59 286
Sykehuset i Telemark HF	60 022
Nordlandssykehuset HF	60 738
Vestre Viken HF	62 702

Nasjonalt

HF	Kostnad pr polikliniske pasient TSB 2020
Finnmarkssykehuset HF	8 039
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	9 601
Helse Nord-Trøndelag HF	17 900
Vestre Viken HF	26 837
Sykehuset i Telemark HF	28 765
Akershus universitetssykehus HF	29 936
Sørlandet sykehus HF	30 492
St.Olavs hospital HF	30 789
Sykehuset Østfold HF	32 164
Sykehuset Innlandet HF	32 413
Diakonhjemmet sykehus	32 515
Helgelandssykehuset HF	36 118
Alle foretak (offentlige og private)	36 621
Helse Fonna HF	36 887
Nordlandssykehuset HF	42 715
Helse Stavanger HF	43 602
Lovisenberg Diakonale sykehus	44 625
Sykehuset i Vestfold HF	45 387
Helse Møre og Romsdal HF	48 036
Oslo universitetssykehus HF	55 802
Helse Bergen HF	59 439
Helse Førde HF	N/A

Confidential, Pedersen, Tone, 05/18/2022 15:02:25

SYKEHUSET TELEMAR

Kostnad per oppholdsdøgn i PHR: STHF har en relativt god produktivitet på oppholdsdøgn innen PHV Voksne, men kommer dårligere ut for PHV Barn og Ungdom og TSB

HF	Kostnad pr oppholdsdøgn PHV-V 2020	HF	Kostnad pr oppholdsdøgn PHV-BU 2020	HF	Kostnad pr oppholdsdøgn TSB 2020
Sørlandet sykehus HF	10 737	Helse Møre og Romsdal HF	13 556	Finnmarkssykehuset HF	3 488
Helse Stavanger HF	11 241	Sykehuset Innlandet HF	13 926	Helse Møre og Romsdal HF	7 045
St Olavs hospital HF	11 905	Akershus universitetssykehus HF	16 044	Nordlandssykehuset HF	7 891
Sykehuset i Telemark HF	12 206	Sykehuset Østfold HF	18 037	St Olavs hospital HF	8 331
Sykehuset i Vestfold HF	12 750	Helse Bergen HF	19 730	Sykehuset i Vestfold HF	8 453
Sykehuset Østfold HF	13 033	Helse Nord-Trøndelag HF	21 646	Sørlandet sykehus HF	8 537
Helse Bergen HF	13 039	Alle foretak (offentlige og private)	23 210	Helse Bergen HF	8 644
Helse Fonna HF	13 433	St Olavs hospital HF	23 370	Helse Stavanger HF	8 753
Nordlandssykehuset HF	13 724	Helse Førde HF	23 666	Sykehuset Østfold HF	8 950
Akershus universitetssykehus HF	14 039	Nordlandssykehuset HF	23 675	Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	8 968
Helse Førde HF	14 085	Vestre Viken HF	24 457	Alle foretak (offentlige og private)	9 107
Nasjonalt Alle foretak (offentlige og private)	14 130	Sørlandet sykehus HF	25 157	Helse Førde HF	9 982
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	14 244	Sykehuset i Telemark HF	25 278	Vestre Viken HF	10 475
Helse Møre og Romsdal HF	14 874	Helse Stavanger HF	25 976	Akershus universitetssykehus HF	10 619
Vestre Viken HF	14 967	Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	26 671	Sykehuset Innlandet HF	11 031
Lovisenberg Diakonale sykehus	15 481	Finnmarkssykehuset HF	27 079	Helgelandsykehuset HF	11 517
Diakonhjemmet sykehus	15 533	Sykehuset i Vestfold HF	28 063	Sykehuset i Telemark HF	11 684
Sykehuset Innlandet HF	16 097	Helgelandsykehuset HF	29 063	Oslo universitetssykehus HF	12 791
Helse Nord-Trøndelag HF	16 363	Oslo universitetssykehus HF	30 114	Helse Nord-Trøndelag HF	13 170
Helgelandsykehuset HF	17 139	Helse Fonna HF	43 861	Helse Fonna HF	17 222
Oslo universitetssykehus HF	21 445	Diakonhjemmet sykehus	N/A	Diakonhjemmet sykehus	N/A
Finnmarkssykehuset HF	22 928	Lovisenberg Diakonale sykehus	N/A	Lovisenberg Diakonale sykehus	N/A

Confidential, Pedersen, Tone, 05/18/2022 15:02:25

Diakonhjemmet og Lovisenberg er ikke tatt med i analysen, pga. manglende dataregistrering innenfor områdene PHV-BU og TSB. Siden det ikke er data i disse kategoriene påvirker dette statistikken for PHR samlet sett for disse sykehusene, og en sammenligning med øvrige helseforetak av PHV samlet sett vil gi et skjevt bilde av virkeligheten.

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	25. mai 2022

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

Sak: 052 – 2022

Styreinstruks og instruks for administrerende direktør i Sykehuset Telemark HF

Hensikten med saken

Hensikten med saken er å gi styret en anledning til å gjennomgå styreinstruks og instruks for administrerende direktør, for både å utvikle en felles forståelse av ansvar, rammer og muligheter, og for å vurdere behov for eventuelle endringer.

Administrerende direktør fremlegger forslag til mindre endringer i gjeldende instruks. Dette for å harmonisere disse med styreinstruks og administrerende direktørs instruks i Helse Sør-Øst RHF.

Forslag til vedtak

Styreinstruksen og instruks for administrerende direktør i Sykehuset Telemark HF, begge sist behandlet av styret i møte 17. juni 2020, endres i henhold til innspill gitt i møtet.

Skien, 16. mai 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

Vedtektene for Sykehuset Telemark HF er det konstituerende styringsdokumentet for helseforetaket. Vedtektenes §§ 7 og 8 angir henholdsvis at helseforetaket ledes av et styre, og at helseforetaket skal ha en daglig leder som ansettes av styret. Vedtektene ble sist endret av foretaksmøtet 16. februar 2022 ([lenke](#)).

I protokoll fra foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 31. januar 2011 er det presisert at styret for Helse Sør-Øst RHF og styrene for helseforetakene skal fastsette instruks for styret og instruks for administrerende direktør.

I Sykehuset Telemark HF ble styreinstruks og instruks for administrerende direktør sist fastsatt av styret i styremøte 17. juni 2020 (styresak 046-2020).

Instruksen for styret angir nærmere regler om styrets arbeid og saksbehandling, herunder bestemmelser om krav til dokumentasjon og styremedlemmenes plikter og rettigheter.

Instruksen for administrerende direktør fastsetter regler for dennes oppgaver, plikter og rettigheter. Instruksen for administrerende direktør gir også en overordnet rolleavklaring mellom styret og daglig leder.

Helse Sør-Øst RHF har utarbeidet en veileder for styrearbeid i helseforetak ([lenke](#)).

Veilederen gir en kort orientering om styrearbeid i helseforetak, og er ment som et bidrag til styrenes rolleforståelse og rolleutøvelse. Veilederen sammenfatter gjeldende rettsregler og gitte styringskrav. I tillegg inneholder veilederen en omtale av styrearbeid som er av en mer veiledende karakter.

Et viktig dokument som grunnlag for styrets vurdering er regjeringens eierpolitikk. Omtalen av regjeringens eierpolitikk finnes i Stortingsmelding nr. 8 (2019-2020) *Statens direkte eierskap i selskaper – Bærekraftig verdiskapning* ([lenke](#)).

For å harmonisere instruksene med gjeldende styreinstruks og instruks for administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF foreslås det endringer. Forslagene er markert som **merknader** i gjeldende instruks (jf. vedlegg). Det er foretatt enkelte endringer av ord direkte i teksten, uten at innholdet endres. Disse er ikke markert med merknad.

2. Administrerende direktørs anbefaling

Administrerende direktør vurderer at det er behov for å foreta endringer i instruksene.

Styret bør gjennomgå instruksene og vurdere om forslag til justeringer er tilfredsstillende, eventuelt om det er ønskelig å foreta ytterligere endringer eller tillegg.

Vedlegg:

1. Gjeldende instruks for *styret* i Sykehuset Telemark HF med forslag til justering
2. Gjeldende instruks for *administrerende direktør* i Sykehuset Telemark med forslag til justering

Instruks for styret

SYKEHUSET TELEMAR HF

2022 - 2024

Sist revidert av styret i Sykehuset Telemark HF 17. juni 2020, jf. Styresak 046-2020

Side 1 av 6

1. Innledning

Instruksen for styret i Sykehuset Telemark HF er utarbeidet i samsvar med de prinsippene som gjelder for styrearbeid i selskaper, herunder i helseforetak. Formålet med styreinstruksen er å gi retningslinjer for styrets arbeidsform, innhold og gjennomføring. Instruksen er en rettesnor for styremedlemmenes og administrerende direktørs roller, plikter og ansvar.

I tillegg til styreinstruksen er styret bundet av de reglene som følger av lov, vedtekter eller instruks i vedtak fra foretaksmøte. Det vises spesielt til helseforetaksloven.

Sykehuset Telemark HF eies av Helse Sør-Øst RHF, som utøver den øverste myndighet i helseforetaket i foretaksmøter. Vedtekter for Sykehuset Telemark HF er gitt i foretaksmøte med Helse Sør-Øst RHF.

Administrerende direktør forestår den daglige ledelsen av foretaket og skal følge de retningslinjene og påleggene som styret har gitt. Styret har utarbeidet egen instruks for administrerende direktør.

2. Hovedmålsetting for styrearbeidet

Styret i Sykehuset Telemark HF er det øverste utøvende organ, med ansvar for forvaltningen av helseforetaket. Styret og dets medlemmer skal ivareta de interesser som tjener helseforetaket best. Styret er et kollegium og utfører sine oppgaver som et kollegium. Styremedlemmene representerer ikke noen interessegruppe.

Commented [TP1]: Overskriften foreslås endret til *Overordnede rammer for styrearbeidet*

Commented [TP2]: Setningen foreslås endret til *De overordnede rammene for styrets oppgaver og plikter fremgår av helseforetaksloven og det regionale helseforetakets vedtekter*

3. Styremedlemmenes rettigheter og plikter

Styrets medlemmer har ansvar for alle saker.

Styremedlemmer som er valgt av de ansatte deltar ikke i behandlingen av saker som gjelder arbeidsgivers forberedelse til forhandlinger med arbeidstaker, arbeidskonflikter, rettsvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler (jf. vedtektenes § 7).

Bortsett fra det som er særskilt angitt for styrets leder, styrets nestleder (og om ingen av dem skulle være til stede i et styremøte - møteleder) har alle styremedlemmer de samme rettighetene og pliktene.

Hvert enkelt styremedlem og administrerende direktør har plikt til å legge frem all informasjon som er av betydning for styrets behandling av en sak, herunder ens egen vurdering.

Styrets leder uttaler seg på vegne av styret om ikke annet er særlig avtalt.

Styrets medlemmer plikter å ta del på styremøter. Et styremedlem som ikke kan møte i styremøte, skal varsle om dette så tidlig som mulig.

Habilitet

Har et styremedlem, enten selv eller via en av dennes nærstående, en fremtredende personlig eller økonomisk særinteresse i en sak, har vedkommende plikt til å erklære seg inhabil. Et styremedlem kan ikke delta i behandlingen av, eller avgjørelse i, saker hvor vedkommende er inhabil, jf. også forvaltningsloven kap. II.

Styret avgjør om et styremedlem er inhabil. Vedkommende skal ikke selv delta i drøftelsene om dette ut over å gi de nødvendige forklaringer som styret måtte finne behov for. Har et styremedlem erklært seg inhabil skal styret som hovedregel godta en slik erklæring.

Styremedlemmer må ikke ha eierskap eller styreverv i virksomhet, eller utføre oppgaver og aktiviteter for virksomhet, som har funksjon eller forretningsmessig interesse der det kan reises tvil om styremedlemmets lojalitet eller habilitet.

Taushetsplikt

Forvaltningslovens bestemmelser om taushetsplikt gjelder for styrets arbeid.

Styrets arbeid omfattes også av bestemmelsene i offentlighetsloven. Dersom det anses svært viktig at kunnskap om saker ikke tilflyter andre enn de som har krav på informasjon, skal disse behandles konfidensielt. Dette skal i så fall fremgå av sakspapirene.

Styreansvarsforsikring

Styrevervet er personlig og det enkelte styremedlem kan bli ansvarliggjort. På bakgrunn av dette har styret i Helse Sør-Øst RHF i sak 037-2011 *Styreansvarsforsikring* vedtatt at det tegnes styreansvarsforsikring for hele helseforetaksgruppen.

4. Hvilke saker skal styret behandle

Hovedoppgaver

Styrets oppgaver og kompetanse, herunder begrensninger i styrets kompetanse og myndighet, reguleres i helseforetaksloven kapittel 7 og i foretakets vedtekter.

Styrets hovedoppgaver er knyttet til:

1. **Helsefaglig kvalitet og tjenesteinnhold**
Styret skal med basis i helseforetaksloven, tilrettelegge for et best mulig helsetilbud ved bruk av tildelte ressurser.
2. Strategi og mål
Styret har ansvar for Sykehuset Telemark HF's strategiske utvikling
3. Organisasjon og ledelse
Styret har ansvar for en tilfredsstillende organisering og ledelse av foretakets samlede virksomhet.

Commented [TP3]: Legge inn Medisinsk og helsefaglig.
Tittelen blir da: Medisinsk og helsefaglig kvalitet og tjenesteinnhold

4. Tilsyn med foretakets virksomhet og drift

Styret skal føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med målene som er nedfelt i helseforetaksloven § 1, foretakets vedtekter, vedtak truffet av foretaksmøtet og vedtatte planer og budsjetter, jf. helseforetaksloven § 28, 3. ledd. Som ledd i dette skal styret føre tilsyn med administrerende direktørs ledelse av virksomheten, herunder:

- holde seg orientert om foretakets økonomiske utvikling og plikter og påse at virksomheten, regnskap og formuesforvaltning er godt kontrollert.
- påse at foretaket har en egenkapital som står i forsvarlig forhold til foretakets virksomhet.

Virksomhetsstyring

Styret skal påse at foretaket etablerer og gjennomfører systematisk styring og kontroll av virksomhetens aktiviteter for å forebygge, forhindre og avdekke svikt. Dette omfatter etablering og oppfølging av internkontroll som ledelsesverktøy for å sammenfatte systemer, prosesser og rutiner som gjennomføres for å sikre:

- målrettet og effektiv drift (herunder medisinsk forsvarlig beredskap og behandling)
- pålitelig styringsinformasjon (herunder korrekt rapportering av økonomisk og annen informasjon)
- overholdelse av lover, regler, styringskrav og selvpålagte krav (herunder spesielt etiske retningslinjer samt Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten)

Intern styring og kontroll må tilpasses virksomhetens risiko og egenart. Risiko må derfor identifiseres, analyseres og kontrolleres (risikostyring). Styret har ansvar for at internkontrollen blir fulgt opp i et tilstrekkelig omfang og på en systematisk måte. Styret skal videre påse at det blir truffet tiltak for å korrigere svikt, herunder å følge opp rapporter fra ulike tilsyn.

5. Struktur for styrearbeidet

Det skal settes opp en årsplan for styrearbeidet. Planen angir en oversikt over hovedoppgaver og møtetidspunkter. I tillegg skal planen vise tema som skal presenteres for styret.

Det skal årlig foretas en egevaluering av styrets arbeid og arbeidsform.

Styret gjennomfører normalt 7-8 styremøter per år. Ut over dette møtes styret når styreleder, administrerende direktør eller et flertall av styrets medlemmer krever det.

Styrets leder er ansvarlig for at styret kalles inn til møte og setter opp sakliste i samråd med administrerende direktør.

Til innkallingen skal det følge en dagsorden, og det skal følge med dokumentasjon som gir et tilfredsstillende behandlingsgrunnlag for den enkelte saken i dagsorden, herunder administrerende direktørs forslag til vedtak. Saker skal være påført nummer og årstall.

Commented [TP4]: Foreslås at teksten harmoniseres med tekst i styreinstruks HSØ til:

Styret skal følge med på at helseforetaket har et forsvarlig styringssystem, holde seg informert om at tjenestene drives forsvarlig og at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring.

Styringssystemet defineres som den del av helseforetakets styring som omfatter hvordan aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav i helse- og omsorgslovgivningen, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Dette omfatter internkontroll som ledelsesverktøy for å sammenfatte systemer, prosesser og rutiner som gjennomføres. Internkontrollen skal gi:

- målrettet og effektiv drift, herunder medisinsk forsvarlig beredskap, utredning og behandling •

- pålitelig styringsinformasjon, herunder korrekt rapportering av kvalitet og pasientsikkerhet, aktivitet, bemanning, økonomi og annen informasjon

- overholdelse av lover, regler, styringskrav og selvpålagte krav, herunder spesielt etiske retningslinjer

Styringssystemet må tilpasses virksomhetens risiko og egenart. Risiko må derfor identifiseres, analyseres og kontrolleres (risikostyring). Styret har ansvar for at internkontrollen blir fulgt opp i et tilstrekkelig omfang og på en systematisk måte. Styret skal videre påse at det blir truffet tiltak for å korrigere svikt, herunder å følge opp rapporter fra ulike tilsyn.

Commented [TP5]: Endres til 7-10 (HSØ har 7 – 10)

Commented [TP6]: Endres til sakliste

Commented [TP7]: Endres til saklisten

Administrerende direktør har rett og plikt til å delta i styrebehandlingen og til å uttale seg, med mindre noe annet bestemmes av styret i den enkelte sak. Administrerende direktør skal ha mulighet til å uttale seg om saker som skal behandles.

Styrebehandling gjennomføres ordinært i møte. Dersom styreleder finner det forsvarlig, kan saker behandles uten å holde møte ved at saken(e) forelegges styremedlemmene skriftlig eller behandles på annen betryggende måte. Dersom et styremedlem eller administrerende direktør krever det, skal behandlingen skje i møte. Styrets leder skal så langt som mulig sørge for at samtlige styremedlemmer gis mulighet til å delta i en samlet behandling av saker som behandles utenfor møte.

Commented [TP8]: Setningen foreslås erstattet med *Dersom styreleder finner det forsvarlig, kan møtet holdes som video- eller telefonmøte.*

Selskapets årsberetning, årsregnskap, strategisk plan og budsjett skal alltid behandles i møte.

Commented [TP9]: Markert tekst foreslås fjernet i sin helhet.

Saker som ikke er ført opp på sakslisten kan styrebehandles, med mindre møteleder eller en tredjedel av de tilstedeværende styremedlemmer motsetter seg behandling.

Dersom styret har besluttet å lukke styremøtet, avgjør styrets flertall også om og eventuelt hvilke andre deltakere enn styrets medlemmer som skal gis adgang til møtet.

Brukerutvalget i foretaket møter i styret som observatør med to representanter. Styrets flertall avgjør i hvert enkelt tilfelle hvilke observatører eller andre som skal gis talerett. Observatører eller andre som gis talerett har ikke stemmerett.

Commented [TP10]: Setningen anbefales fjernet.

6. Innkalling til styremøte

Innkallingen til ordinære styremøter sendes ut av administrerende direktør senest fem virkedager før styrebehandlingen skal finne sted. For andre styremøter skal, så vidt mulig, innkallingen sendes senest to virkedager før behandlingen finner sted.

Commented [TP11]: Setningen foreslås endret til: *Innkallingen sendes ut av styrets leder i samråd med administrerende direktør. For ordinære styremøter skal den være styremedlemmene i hende senest fem virkedager før styrebehandlingen skal finne sted.*

7. Styremøter

Styret er vedtaksdyktig når mer enn halvparten av medlemmene er til stede eller deltar i behandlingen. Styrets beslutninger fattes med alminnelig flertall av de tilstedeværende stemmeberettigede styremedlemmene. Minst en tredjedel av styrets medlemmer må stemme for et forslag for at det skal anses vedtatt. I tilfelle stemmelikhet har møteleder dobbeltstemme.

Commented [TP12]: Ta bort: *eller deltar i behandlingen*

Styrets medlemmer har plikt til å avgi stemme i alle saker som behandles av styret.

Styrets møter skjer som hovedregel for åpne dører, men kan lukkes når styret finner at det foreligger et reelt og saklig behov, og lukking er forenlig med offentlighetslovens prinsipper. Styrets møter skal alltid lukkes ved behandling av saker som er undergitt taushetsplikt.

Styrets medlemmer og andre som deltar i styrets behandling har taushetsplikt om de forhold som etter forvaltningslovens bestemmelser er taushetsbelagte.

Commented [TP13]: Ny setning foreslås tatt inn

8. Protokoller

Det skal alltid utarbeides protokoller fra styrebehandlingen. Foreløpig protokoll skal utarbeides så snart som mulig etter styrebehandlingen og publiseres på internett samme dag. Protokollen skal angi tid og sted for styrebehandlingen, herunder om sakene er behandlet i møte eller på annen måte, deltakere, styrets kommentarer og styrets beslutninger. Protokollen blir endelig ved godkjenning i påfølgende møte.

Commented [TP14]: Ta bort: *samme dag*

Dersom en beslutning ikke er enstemmig skal det angis hvem som har stemt for og imot. Styremedlem og administrerende direktør som ikke er enig i en beslutning kan kreve sin oppfatning innført i protokollen.

Protokollen skal signeres av de medlemmene som har deltatt i behandlingen. Styremedlemmer som ikke har deltatt på styremøtet, skal ved påtegning på styreprotokollen bekrefte at de har gjort seg kjent med protokollens innhold.

9. Informasjon fra styremøtene

Virksomheten i Sykehuset Telemark HF er omfattet av bestemmelsene i offentlighetsloven. Informasjon som gis i styremøter eller i styredokumenter kan kun benyttes på en måte som ikke skader styrets arbeid og dermed Sykehuset Telemarks interesser.

Dersom det anses svært viktig at kunnskap om saker ikke tilflyter andre enn de som har krav på informasjon, skal disse behandles konfidensielt. Dette skal i så fall påføres sakspapirene og betyr at styremedlemmene har taushetsplikt om disse sakene.

Commented [TP15]: Endres til:
*Dette skal i så fall påføres sakspapirene.
Styremedlemmene har taushetsplikt om disse sakene.*

Informasjonsoppgavene knyttet til styresaker ligger hos administrerende direktør. Styret kan også vedta en særskilt informasjonsprosedyre i enkeltsaker.

Styrets leder uttaler seg på vegne av styret og er, sammen med administrerende direktør, offisiell talsperson for Sykehuset Telemark HF.

Commented [TP16]: Ta bort:
offisiell

10. Endring i styreinstruksen

Styreinstruksen kan endres av styret ved vanlig flertallsbeslutning.

Instruks for administrerende direktør

SYKEHUSET TELEMAR HF

2022 - 2024

Sist revidert av styret i Sykehuset Telemark HF 17. juni 2020, jf. Styresak 046-2020

Side 1 av 6

1. Formål med instruks

Denne instruks omhandler administrerende direktørs ansvar, oppgaver, plikter og rettigheter. Den er basert på helseforetaksloven, eiers styringsdokumenter, vedtekter for Sykehuset Telemark HF, samt fullmakter i Sykehuset Telemark HF.

2. Overordnet rolleavklaring

Styret er foretakets øverste ledelse og har det overordnede ansvaret for forvaltningen av foretakets virksomhet.

Administrerende direktør forestår den daglige ledelsen av foretaket og har gjennomføringsansvar i virksomheten. Administrerende direktør har ansvar for at virksomheten drives i samsvar med foretakets formål, vedtekter, årsbudsjett, foretaksmøtets avgjørelser, instruks og andre retningslinjer og aktuelle lover og forskrifter.

Administrerende direktør tilsettes av styret som også fastsetter administrerende direktørs lønn og andre ansettelsesvilkår. Styret gir instruks og fører tilsyn med administrerende direktørs arbeid. Styret treffer vedtak om å si opp eller avskjedige administrerende direktør, jf. Helseforetaksloven § 36.

Administrerende direktør møter i styret, eventuelt ved stedfortreder, med tale- og forslagsrett, jf. helseforetaksloven § 26.

3. Administrerende direktørs myndighet

Administrerende direktør forestår den daglige ledelsen av Sykehuset Telemark HF og skal følge de retningslinjer og pålegg som styret har gitt.

Saker av spesielt uvanlig art skal avklares med styrets leder, eventuelt med styret. Administrerende direktør plikter å forelegge for styret alle saker som etter lov eller vedtekter er lagt til styret, samt saker som går ut over administrerende direktørs fullmakter. Administrerende direktør kan i helt spesielle hastesituasjoner fatte vedtak i slik sak. I slikt tilfelle skal styrets leder umiddelbart informeres.

Det vises for øvrig til bestemmelser i vedtektene og fullmakter i helseforetaket.

4. Administrerende direktørs hovedoppgaver

Administrerende direktør skal arbeide for at Sykehuset Telemark HF utfører sine hovedoppgaver slik de står i foretakets vedtekter og andre styrende dokumenter, samt innenfor de vedtatte budsjetter.

Administrerende direktør skal aktivt bidra til å sikre videreutvikling av helsefaglig innhold, kvalitet og pasientsikkerhet i Sykehuset Telemark HF.

Administrerende direktør skal ha ansvaret for foretakets daglige drift og virksomhet og utføre de oppgaver som kreves i den forbindelse, herunder følge opp styrets beslutninger.

Commented [TP1]: Setningen *Styret treffer vedtak om å si opp eller avskjedige administrerende direktør, jf. Helseforetaksloven § 36.* foreslås lagt inn for å harmonisere instruks med AD instruks i HSØ

Commented [TP2]: Setningen foreslås omformulert for å harmonisere med AD instruks i HSØ til *Den daglige ledelsen omfatter ikke saker som etter foretakets forhold er av uvanlig art eller av stor betydning.*

Nærmere beskrivelse av enkelte oppgaver som inngår i ansvaret til administrerende direktør

Kontroll og regnskap

Administrerende direktør skal sørge for at foretakets registrering og dokumentasjon av regnskapsopplysninger er i samsvar med lov og forskrifter og at formuesforvaltningen er ordnet på betryggende måte, jf. helseforetakslovens § 37, siste ledd. Administrerende direktør skal innrette virksomheten slik at foretaket har forsvarlig egenkapital og likviditetssituasjon. I dette ligger at administrerende direktør må etablere økonomirutiner og systemprosedyrer som gjenspeiler disse målene og er gjenstand for løpende evaluering. Det legges vekt på at risikostyring er integrert i all mål- og resultatstyring.

Virksomhetsstyring

Administrerende direktør skal sørge for at foretaket etablerer og gjennomfører intern styring og kontroll av virksomhetens aktiviteter og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette. Administrerende direktørs ansvar omfatter etablering og oppfølging av internkontroll som ledelsesverktøy for å sammenfatte systemer, prosesser og rutiner som gjennomføres for å sikre:

- målrettet og effektiv drift, herunder medisinsk forsvarlig beredskap og behandling
- pålitelig styringsinformasjon, herunder korrekt rapportering av økonomisk og annen informasjon
- overholdelse av lover, regler, styringskrav og selvpålagte krav, herunder spesielt etiske retningslinjer samt forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten)

Intern styring og kontroll må tilpasses virksomhetens risiko og egenart. Risiko må derfor identifiseres, analyseres og kontrolleres (risikostyring). Administrerende direktør har ansvar for å etablere et forsvarlig internkontrollsystem og å holde styret tilstrekkelig orientert.

Informasjon til styret

Administrerende direktør har plikt til å informere styret om foretakets virksomhet, stilling og resultatutvikling. I alle ordinære styremøter skal administrerende direktør gi styret skriftlig rapport om situasjonen i Sykehuset Telemark HF. Rapporten skal inneholde både økonomiske og ikke-økonomiske forhold med vekt på helsefaglig kvalitet, innhold og effektivitet, inkludert helse, miljø og sikkerhet.

Administrerende direktør skal for hvert tertial forelegge styret en utvidet rapportering fra virksomheten. Rapporten skal inneholde risikovurderinger vedrørende måloppnåelse, status for tilsynssaker og redegjøre for kvalitet pasientsikkerhet, samt helse, miljø, sikkerhet.

Commented [TP3]: Avsnittet *Kontroll og regnskap* foreslås flyttet i sin helhet og legges etter avsnittet Informasjon til styret. Det første avsnittet under temaet blir dermed Virksomhetsstyring

Commented [TP4]: For å harmonisere teksten og knytte den nærmere tekst i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten foreslås teksten justert til:

Administrerende direktør har ansvar for at styringssystemet i helseforetaket er etablert og følges opp. Styringssystemet defineres som den del av helseforetakets styring som omfatter hvordan aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav i helse- og omsorgslovgivningen, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Administrerende direktørs ansvar omfatter etablering og oppfølging av internkontroll som ledelsesverktøy for å sammenfatte systemer, prosesser og rutiner som gjennomføres for å sørge for:

- *målrettet og effektiv drift, herunder medisinsk forsvarlig beredskap, utredning og behandling*
- *pålitelig styringsinformasjon, herunder korrekt rapportering av kvalitet og pasientsikkerhet, aktivitet, bemanning, økonomi og annen informasjon*
- *overholdelse av lover, regler, styringskrav og selvpålagte krav, herunder spesielt etiske retningslinjer*

Styringssystemet må tilpasses virksomhetens risiko og egenart. Risiko må derfor identifiseres, analyseres og kontrolleres (risikostyring). Administrerende direktør har ansvar for å etablere et forsvarlig internkontrollsystem og å holde styret tilstrekkelig orientert. Administrerende direktør skal minst én gang årlig sørge for en samlet gjennomgang av styringssystemet for å påse at det fungerer i tråd med hensikten og bidrar til forbedring.

Commented [TP5]: Vurdere å endre for å harmonisere med ADs instruks i HSØ til følgende tekst; *herunder ha et spesielt fokus på kvalitet og pasientsikkerhet, aktivitet, innhold og effektivitet*

Administrerende direktør skal én gang per år gi styret et referat fra ledelsens gjennomgang (LGG) av styringssystemet jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 8 f.

Styret kan til enhver tid kreve at administrerende direktør gir styret redegjørelse både av generell art og i saker av særskilt interesse.

Administrerende direktør har ansvaret for å holde styret informert om vesentlige forhold internt og eksternt.

Rapportering

Årlig melding

Administrerende direktør skal utarbeide forslag til den årlige meldingen styret plikter å levere til Helse Sør-Øst RHF i henhold til helseforetakets vedtekter.

Årsberetning og årsregnskap

Administrerende direktør skal utarbeide forslag til årsberetning og årsregnskap til styret.

Administrerende direktør har ansvar for at godkjent årsberetning og årsregnskap innsendes til foretaksregisteret.

Saksforberedelse - styremøter

Styrets leder har det formelle ansvaret for styrebehandling av saker. Saksliste settes opp av styrets leder i samråd med administrerende direktør. Administrerende direktør forestår saksforberedelser til styremøtene i samråd med styrets leder og innstiller til vedtak i sakene. Alle saker skal forberedes og fremlegges på en slik måte at styret har tilfredsstillende behandlingsgrunnlag. Administrerende direktør vil i samråd med styrets leder foreta innkalling til styremøte.

Administrerende direktør skal sørge for å holde styret informert om viktige beslutninger som gjøres av ledelsen innenfor den daglige ledelse. Administrerende direktør skal rapportere fremdrift i planer og informere om eventuelle avvik til styret. Administrerende direktør skal sørge for at alle styremedlemmer får den samme informasjon til samme tid.

Administrerende direktør utarbeider forslag til årsplan for styret.

Administrerende direktør kan kreve at styret sammenkalles.

Foretaksmøtet

Administrerende direktør, eventuelt stedfortreder, plikter å være til stede og har rett til å uttale seg i foretaksmøtet, jf. helseforetaksloven § 17.

Representasjon

Administrerende direktør representerer foretaket utad i saker som inngår i den daglige ledelsen, jf. helseforetakslovens § 39.

Administrerende direktør, eventuelt stedfortreder, deltar i aktuelle fora og styrende organer i foretaksgruppen.

Samarbeid med andre

Administrerende direktør skal aktivt tilrettelegge for samarbeid med andre, når dette er egnet til å fremme de oppgaver og målsettinger foretaket skal ivareta.

Administrerende direktør skal aktivt tilrettelegge for samarbeid i foretaksgruppen og med andre helseforetak.

Administrerende direktør skal bidra til at det etableres nødvendig samarbeid med og veiledning overfor kommunene, både administrativt og klinisk, slik at pasientene sikres et helhetlig tilbud. Det samme gjelder i forhold til fylkeskommunale og statlige samarbeidspartnere. Administrerende direktør skal også tilrettelegge for samarbeid med private aktører, når dette bidrar til å fremme helseforetakets formål.

Administrerende direktør skal bidra til at det etableres nødvendig samarbeid med universiteter og høyskoler, slik at Sykehuset Telemark HF kan ivareta de til enhver tid eksisterende forpliktelser med hensyn til utdanning av helsepersonell.

Administrerende direktør skal gjennom samarbeid og dialog med pasient- og brukerorganisasjoner tilrettelegge for at Sykehuset Telemark HF ivaretar den medvirkning som er beskrevet i helseforetaksloven § 35 og i vedtektene.

Administrerende direktør skal gjennom samarbeid og dialog med de tillitsvalgte og verneombud legge til rette for at Sykehuset Telemark HF ivaretar den medvirkning som er beskrevet i lov- og avtaleverk.

Informasjon og samfunnskontakt

Administrerende direktør har ansvar for at det utvikles gode holdninger til, rutiner og systemer for kontakt med eksterne aktører slik at offentligheten sikres innsyn i de aktiviteter Sykehuset Telemark HF har ansvar for. Det skal praktiseres meroffentlighet.

Styret og Helse Sør-Øst RHF skal uten opphold informeres om saker som kan bli gjenstand for stor politisk og/eller mediemessig omtale.

Commented [TP6]: Vurdere å fjerne teksten *med hensyn til utdanning av helsepersonell* ADs instruks i HSØ inneholder ikke siste del av setningen

Helse, miljø og sikkerhet

Administrerende direktør har ansvar for at det utvikles systemer, rutiner og gode holdninger som ivaretar helse, miljø og sikkerhet i virksomheten, inkludert pasientbehandlingen.

Organisering og lederkompetanse

Administrerende direktør har ansvar for at Sykehuset Telemark HF er riktig organisert og har kompetanse som gjør at de samlede oppgavene kan ivaretas på en god måte.

Administrerende direktør har et overordnet ansvar for at det drives gode lederutviklingsprosesser innenfor foretaket.

Fullmakter

Administrerende direktør kan, innenfor sin fullmakt, delegere oppgaver og avgjørelsesmyndighet til ansatte i foretaket. Administrerende direktør har ansvar for utførelsen av delegert ansvar og myndighet.

5. Resultatkrav og evaluering av administrerende direktør

Styret skal årlig evaluere administrerende direktørs arbeid og resultater.

Styrets leder skal årlig ha en medarbeidersamtale med administrerende direktør.

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	25. mai 2022

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

Sak: 053 – 2022

Styrende dokumenter for Sykehuset Telemark HF i 2022

Hensikten med saken

Saken gir en samlet oversikt over de sentrale styrende dokumenter som legger føringer for Sykehuset Telemarks HF sin virksomhet.

Forslag til vedtak

Styret er kjent med og tar til etterretning oversikten over styrende dokumenter.

Skien, 16. mai 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

Sykehuset Telemark HF skal sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i regionen. Oppgavene skal løses innenfor et sett av lover, regler og forventninger til måloppnåelse, herunder spesialisthelsetjenesteloven (sykehusenes plikter), pasientrettighetsloven (om pasientenes rett til helsehjelp, fritt sykehusvalg etc.) og helseforetaksloven (om organiseringen av sykehus). I tillegg til helselovgivningen vil også lover for forholdet mellom virksomhet og ansatte (eksempelvis arbeidsmiljøloven) og miljølovgivning (eksempelvis forurensningsloven) gi føringer for hvordan Sykehuset Telemark HF planlegger og etterlever krav til driften av sykehuset.

Denne oversikten gir en oversikt over de sentrale styrende dokumenter som legger føringer for Sykehuset Telemarks HF sin virksomhet.

2. Hovedpunkter

Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet en veileder for styrearbeid i regionale helseforetak. Veilederen sammenfatter gjeldende rettsregler, belyser praktiseringen av disse og en omtale av styrearbeid som er av veiledende karakter. Veilederen er ment som et bidrag til styrenes rolleforståelse og kan benyttes i opplæringen av nye styremedlemmer ([lenke](#)).

Helse Sør-Øst RHF har med utgangspunkt i Helse- og omsorgsdepartementets veileder utarbeidet en regional veileder for styrearbeid i helseforetak ([lenke](#)).

Helseforetaksloven og spesialisthelsetjenesteloven utgjør det overordnede rammeverket for spesialisthelsetjenesten:

- LOV-2001-06-15-93: Lov om helseforetak m.m. ([lenke](#))
- LOV-1999-07-02-61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. ([lenke](#))

Staten eier de regionale helseforetakene. Prinsippene for eierpolitikken er fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet:

- Meld. St. 8 (2019–2020) Statens direkte eierskap i selskaper – Bærekraftig verdiskaping ([lenke](#))

Nærings- og fiskeridepartementet har også fastsatt retningslinjer for lønn til ledende ansatte:

- Statens retningslinjer for lederlønn i selskaper med statlig eierandel ([lenke](#))

Nærings- og fiskeridepartementets samlede oversikt over publikasjoner om statlig eierskap (statens eierberetninger, stortingsmeldinger, proposisjoner og andre relevante dokumenter) finnes på regjeringen.no ([lenke](#)).

I foretaksmøte fastsetter Helse Sør-Øst RHF vedtekter for Sykehuset Telemark HF:

- Vedtekter for Sykehuset Telemark, sist endret 16. februar 2022 ([lenke](#))

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Forskriften tydeliggjør krav til at det etableres og gjennomføres systematisk styring (internkontroll) av virksomhetens aktiviteter ([lenke](#)).

Helse Sør-Øst RHF utarbeider årlig krav til Sykehuset Telemark HF om virksomheten det enkelte år:

- Oppdragsdokument 2022 ([lenke](#))
- Protokoll fra foretaksmøte 16. februar 2022 ([lenke](#))

Det vil også komme ytterligere styringsbudskap i løpet av året i tilleggskdokument til oppdragsdokumentet og protokoller fra foretaksmøter. Helse- og omsorgsdepartementets samlede oversikt over styringsdokumenter (lover, forskrifter og rundskriv som regulerer spesialisthelsetjenesten, vedtekter og oppdragsdokumenter, foretaksmøteprotokoller og årlig melding fra helseforetakene) finnes på regjeringen.no ([lenke](#)).

Styret i Sykehuset Telemark HF har utarbeidet instruks for sin egen virksomhet og for administrerende direktør i helseforetaket. Disse instruksene revideres annet hvert år etter oppnevning av nye styrever (eieroppnevnte styremedlemmer):

- Instruks for styret i Sykehuset Telemark HF 2020 – 2022 (styresak 046-2020)
- Instruks for administrerende direktør i Sykehuset Telemark HF 2020 – 2022 (styresak 046-2020)

Instrukser for styret i Sykehuset Telemark HF og administrerende direktør for perioden 2022-2024 behandles i styremøtet 25. mai 2022, jf styresak 053-2022.

Styret i Helse Sør-Øst RHF sitt revisjonsutvalg er underlagt styret, og har som formål å bidra til å ivareta styrets tilsyns- og kontrolloppgaver. Instruks for revisjonsutvalget revideres annet hvert år.

- Instruks for styrets revisjonsutvalg 2020-2022 (styresak 100-2020 i Helse Sør-Øst RHF)

Det er også utarbeidet etiske retningslinjer som gjelder for helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst:

- Etiske retningslinjer for Helse Sør-Øst RHF ([lenke](#))

Ovennevnte samlede oversikt er harmonisert med tilsvarende sak behandlet av styret i Helse Sør-Øst RHF i styremøte 10. mars 2022 ([lenke](#))

3. Administrerende direktørs anbefaling

Det forutsettes at styret er kjent med de vedlagte dokumentene gjennom gjennomgang i styreseminar og egne styresaker. En samlet oversikt er ment å gjøre dokumentene tilgjengelig på en enkel måte for det enkelte styremedlem.

Administrerende direktør anbefaler at styret tar oversikten over styrende dokumenter til etterretning.

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	25. mai 2022

Type sak (sett kryss)							
Beslutning		Etterretning		Orientering	X	Tema	

Sak: 054-2022

Uønskede pasienthendelser 2021 – statistikk og analyse (NOKUP)

Hensikten med saken

Sykehusenes pasienthendelser klassifiseres med Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser (NOKUP). Klassifiseringen danner grunnlaget for en analyse som gir oversikt over risikoområder. Saken redegjør for resultater for 2021 på sykehus- og klinikknivå, og trekker fram særskilte trekk ved utviklingen fra 2020 til 2021. Resultatene settes i sammenheng med utviklingen i sikkerhetsklime og meldekultur i medarbeiderundersøkelsen ForBedring fra 2020 til 2021, og skal videre være grunnlag for forbedringsarbeid i klinikkene.

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Skien, 16. mai 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

Bakgrunn for saken

Sykehusets styre har fulgt utviklingen i uønskede pasienthendelser i årlige styresaker over tid. Det er avgjørende for pasientsikkerheten at uønskede pasienthendelser og nestenuhell rapporteres i avvikssystemet, slik at de kan gi grunnlag for å identifisere risikoområder både i sykehuset og den enkelte klinikk.

I Oppdrag og bestilling 2017 ble alle helseforetak bedt om å iverksette tiltak for økt bruk av avvikssystemet i analyse av enkelthendelser, statistikk og risikoanalyser. Et av tiltakene var å ta i bruk det nye nasjonale kodeverket for uønskede pasienthendelser, NOKUP.

Sykehuset Telemark har fulgt opp dette oppdraget. Da det ikke var mulig å innarbeide NOKUP i avvikssystem (TQM), har klassifiseringen blitt gjennomført manuelt med klinikkens saksbehandling i TQM som kilde. Av samme grunn har deler av kodeverket ikke vært tatt i bruk.

Utviklingen i meldekulturen ved sykehuset, belyses i den årlige medarbeiderundersøkelsen ForBedring. Utviklingen i NOKUP-resultatene og meldekulturen må sees i sammenheng.

Faktaboks: Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser - NOKUP

Hva: NOKUP er utarbeidet av Helsedirektoratet i samarbeid med de regionale foretakene. Kodeverket er en forenkling av WHO's kodeverk for uønskede pasienthendelser.

Hvorfor: Kodeverkets kategorier skal gi muligheter for å identifisere alvorlig systemsvikt og områder for læring og forbedring. Oversikt over problem- og risikoområder, gir mulighet til å iverksette målrettede forbedringstiltak som kan hindre at tilsvarende skjer igjen.

Hvordan: Klassifikasjonssystemet består av sju hovedkategorier (nivå 1):

1. Sted for hendelsen
2. Hendelsestype
3. Medvirkende faktorer/årsaker
4. Forebyggbarhet
5. Faktisk konsekvens for pasient
6. Hyppighet for uønsket hendelse
7. Mulig konsekvens ved gjentakelse

Under hver av hovedkategoriene finnes det flere underkategorier (nivåer).

Klassifikasjonen utføres ved å velge den kategorien som hendelsen synes å falle best inn under. Det er envalg i alle hovedkategorier med unntak «Medvirkende faktorer/årsaker», der det er flervalg.

Kodeverket er i stadig utvikling og behov for nye koder kan meldes inn.

Kilde: [Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

06.05.2022

Oppfølgingen av svært alvorlige hendelser og dødsfall som er varslingspliktige i henhold til Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a, følges opp med egne årlige ledergruppe- og styresaker. Det samme gjelder samhandlingsavvik mellom sykehuset og eksterne samarbeidspartnere.

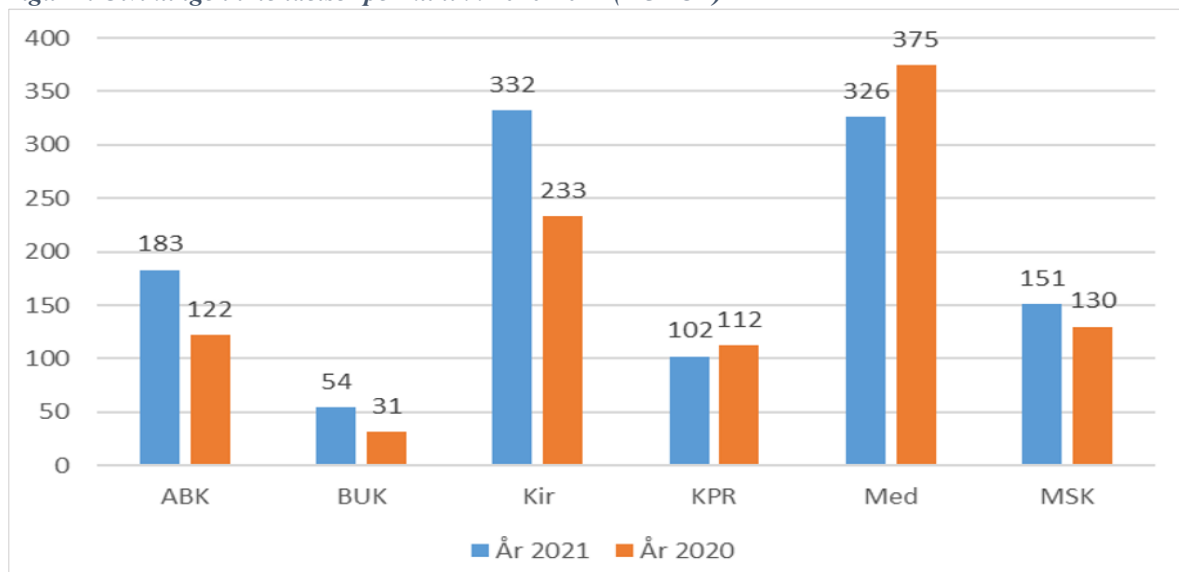
Saksfremstilling

Antall klassifiserte hendelser

I 2021 ble det registrert 1260 pasienthendelser, av disse er 1148 klassifisert med NOKUP. I 2020 ble det totalt registrert 1036 pasienthendelser og 814 ble klassifisert med NOKUP. Dette utgjør en markant økning i antall hendelser fra 2020 til 2021.

De resterende hendelsene var fremdeles under saksbehandling, da NOKUP- klassifiseringen ble avsluttet.

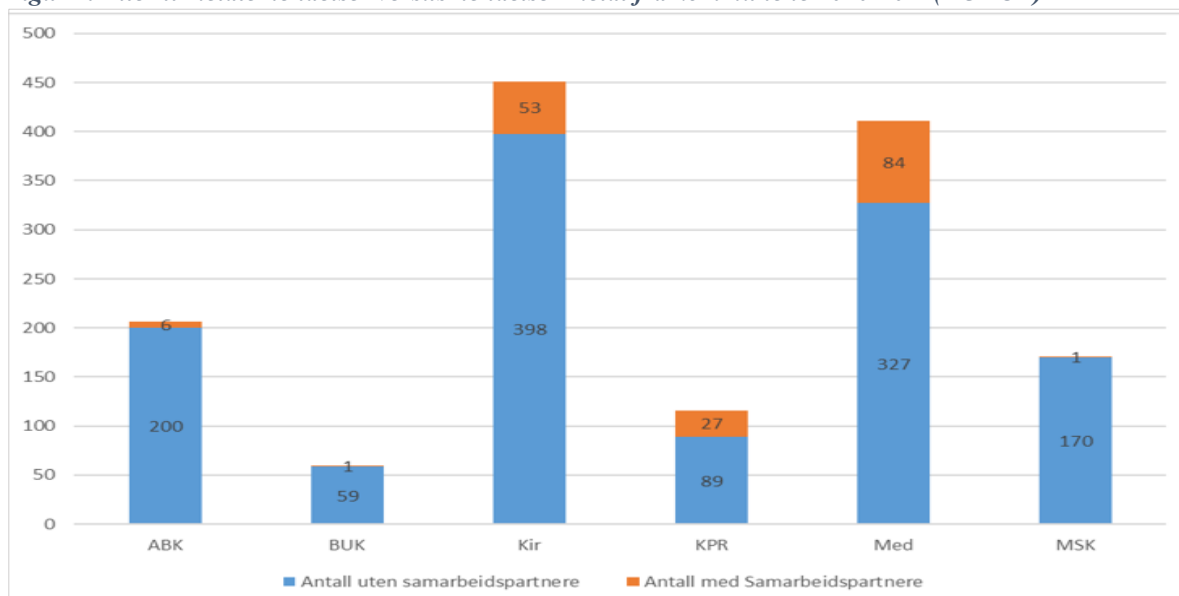
Figur 1. Utviklingen i hendelser per klinikk 2020-2021 (NOKUP)



Figur 1 viser at det er en markant økning i klassifiserte pasienthendelser i 2021 sammenlignet med 2020. Spesielt gjelder dette KIR, ABK og BUK. MSK har hatt en mindre økning. I KPR og MED er det en mindre nedgang i klassifiserte hendelser i 2021, sammenlignet med 2020.

Pasienthendelsene som er klassifisert omfatter også hendelser meldt fra eksterne samarbeidspartnere, i hovedsak kommunene i Telemark. Disse legges fram i egen sak.

Figur 2. Internt meldte hendelser versus hendelser meldt fra kommunene 2020-2021(NOKUP)



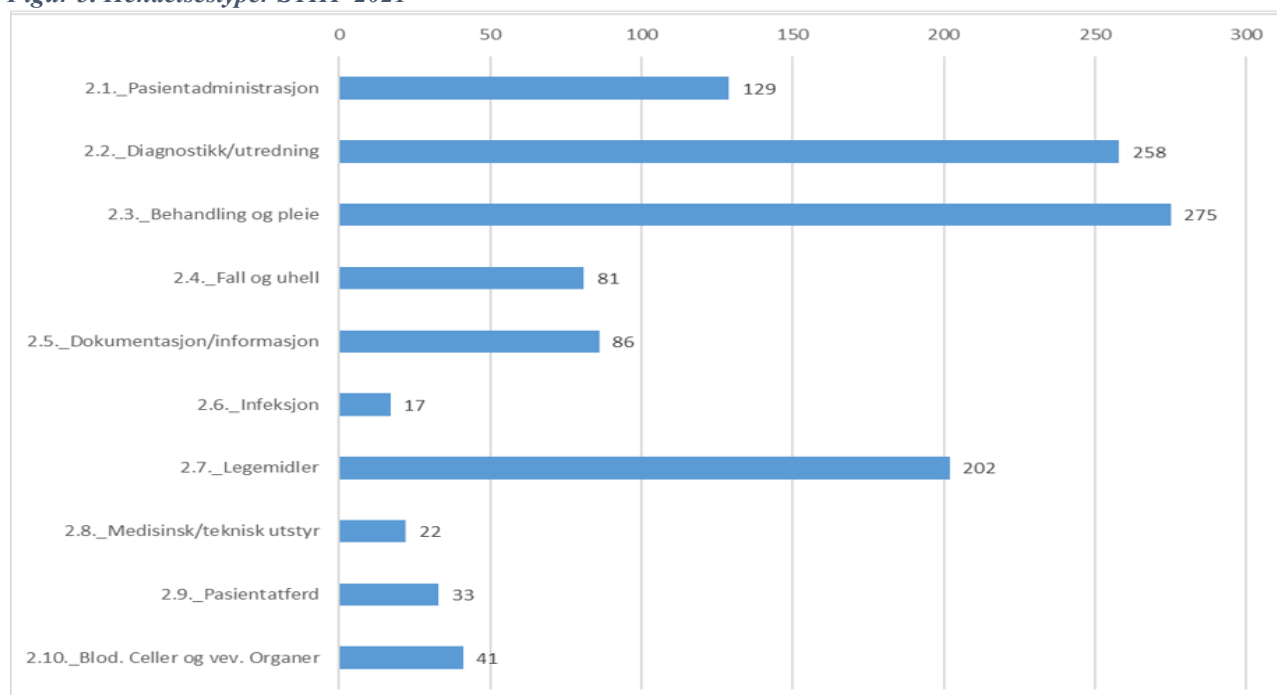
Figur 2 viser forholdet mellom internt meldte saker og saker meldt fra samarbeidspartnere fordelt per klinikk. Fordelingen mellom internt- og eksternt meldte hendelser er relativt stabil. Antallet saker meldt fra samarbeidspartnere har økt i KIR 53 (28) og MED 84 (61).

Hendelsestyper

Hva var den uønskede hendelsen? Hva var det som skjedde/gikk galt med pasienten? Her velges den kategorien som beskriver hendelsen mest spesifikt.

«Legemidler» er blitt skilt ut som egen hendelsestype i 2021. Blod er overført til den nye hendelsestypen «Blod. Celler og vev. Organer».

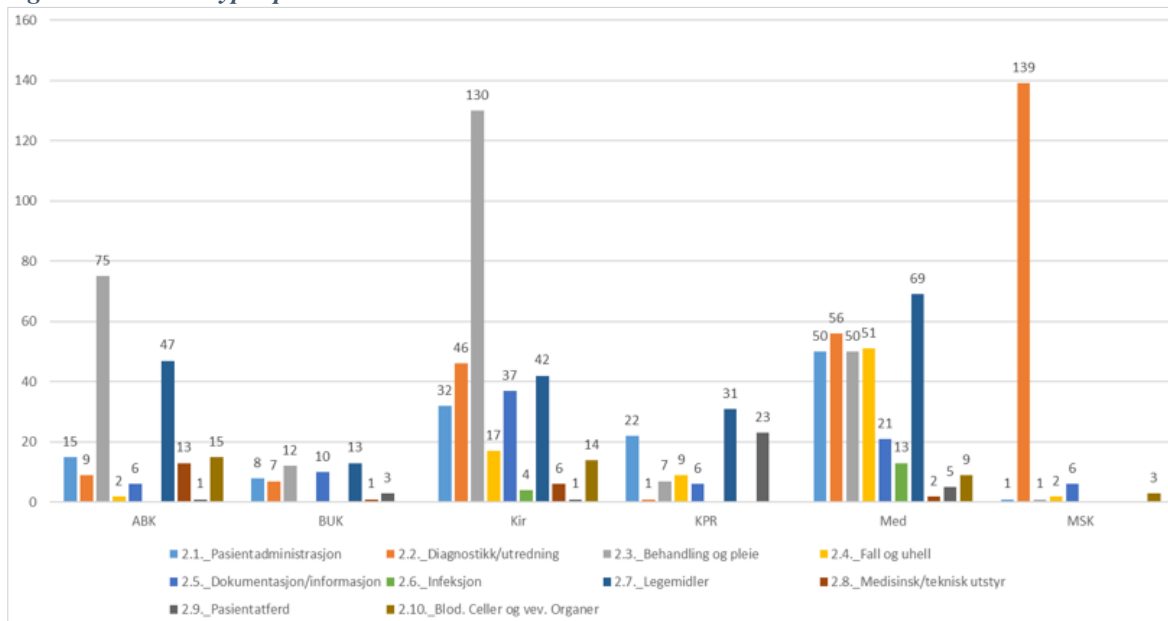
Figur 3. Hendelsestyper STHF 2021



Figur 3 viser at det er flest hendelser i hendelsestypen «Behandling og pleie» 275 (195), «Diagnostikk og utredning» 258 (112). Begge viser en markant økning, spesielt «Diagnostikk og utredning». Antall hendelser «Legemidler» 202 (201) har økt, da antallet er stabilt til tross for at hendelsestypen blod er skilt ut til ny kategori «Blod. Celler og vev. Organer» 41.

Hendelsestypen «Pasientadministrasjon» 129 (97) har økt og det samme gjelder «Infeksjoner» 17 (3), selv om tallene er små.

Figur 4. Hendelsestyper per klinikk 2021

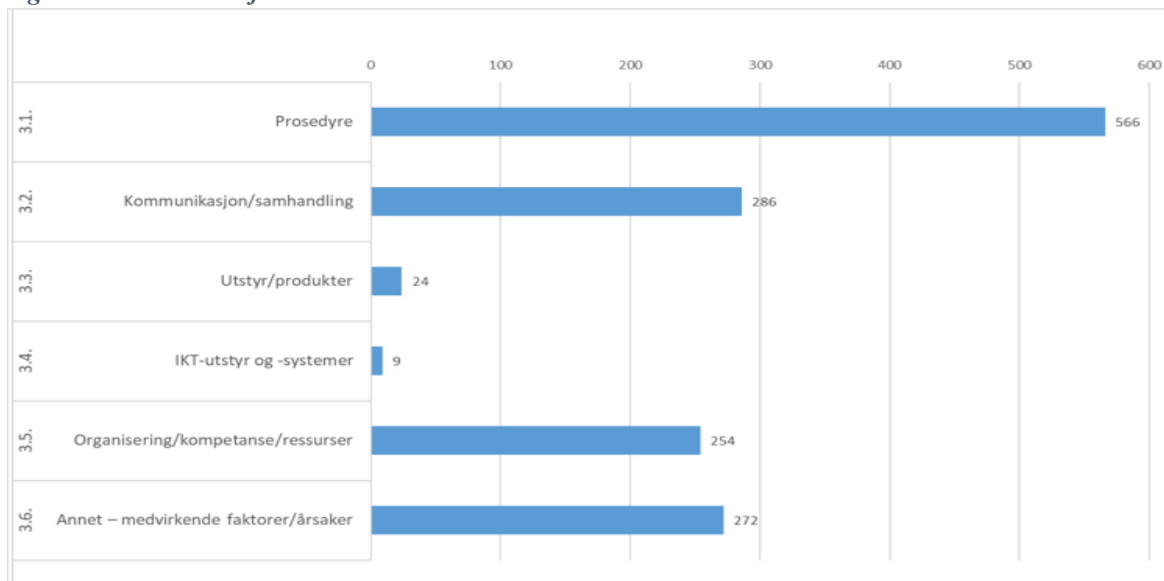


Figur 4 viser hendelsestyper per klinikk 2021. Registreringsbildet viser at noen klinikker har en økning i enkelte hendelsestyper som kan utpeke seg. ABK: «Behandling og pleie» 75 (41) og «Legemidler» 47(28). KIR: «Diagnostikk/utredning» 46 (15), «Behandling og pleie» 130 (72) og «Dokumentasjon/informasjon» 37 (9). MSK: «Diagnostikk/utredning» 139 (62) I MSK er økningen markant og det har skjedd en dreining i registreringsbildet. I de øvrige klinikkene er økning og reduksjon gjort mindre utslag på registreringsbildet.

Medvirkende faktorer/årsaker

Medvirkende faktorer/årsaker er omstendigheter, påvirkning eller handlinger som har spilt en rolle i opphavet til/utvikling av en hendelse eller har gitt større risiko for at en hendelse skulle inntreffe.

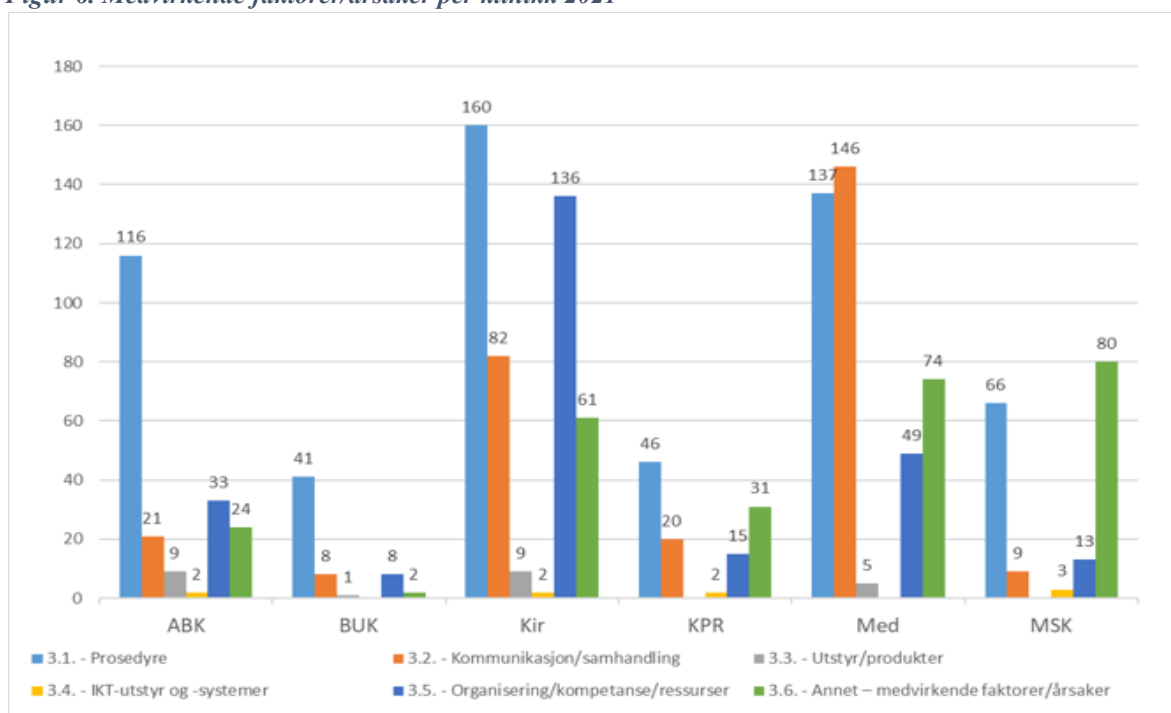
Figur 5. Medvirkende faktorer/årsaker STHF 2021



Figur 5 viser medvirkende faktorer/årsaker for STHF i 2021. Sammenlignet med 2020 er det få endringer i profilen på hvordan medvirkende faktorer/årsaker fordeles seg. «Prosedyre» 566 (431) og

«Kommunikasjon/samhandling» 286 (218) har begge økt. Det er også en tydelig økning i «Organisering/kompetanse/ressurser» 254 (169).

Figur 6. Medvirkende faktorer/årsaker per klinikk 2021

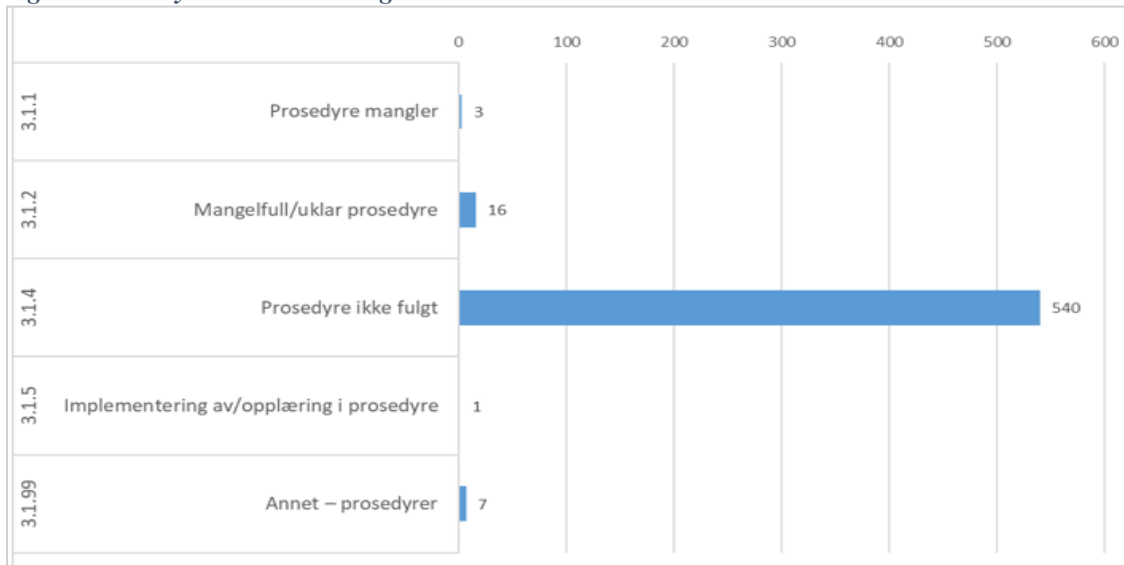


Figur 6 viser medvirkende faktorer/årsaker per klinikk i 2021. Fra 2020 til 2021 har profilbildet få endringer, men følgende områder fremheves: En markant økning med «Annet- medvirkende faktorer/årsaker» i KIR 61 (26) og MSK 80 (28) og en liten nedgang i MED (55). «Kommunikasjon/samhandling» øker markant hos KIR 82 (42) og MED 146 (110). «Prosedyre» har en markant økning i ABK 116 (57), BUK 41 (23) og KIR 160 (99)

Medvirkende faktorer/årsaker – med detaljerte underkategorier

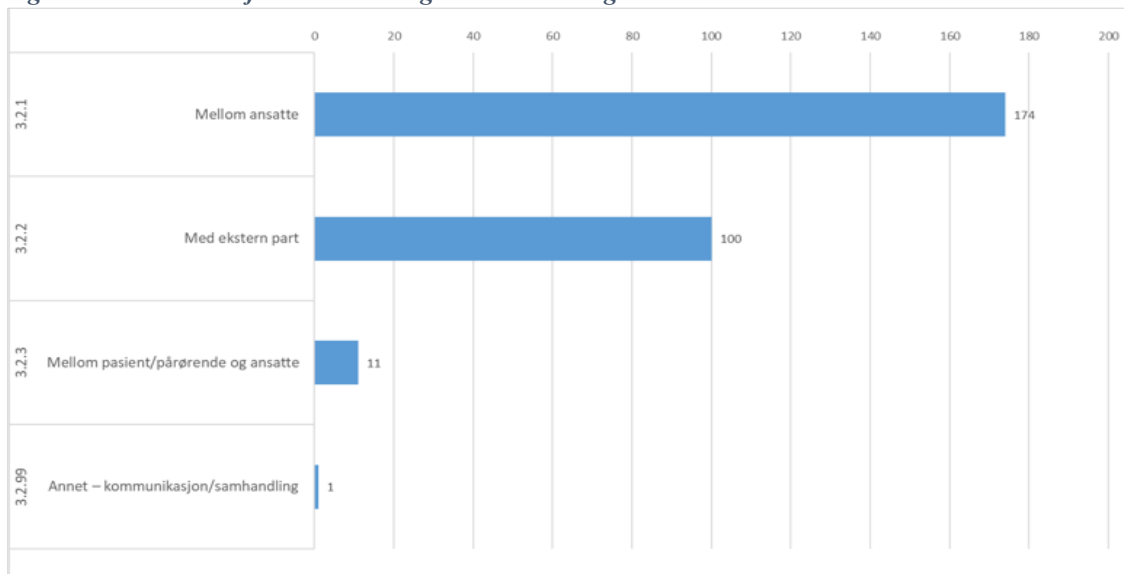
Underkategoriene gir et mer nyansert bilde av hvilke faktorer som har medvirket til eller som er utløsende årsaker til hendelsene.

Figur 7. Prosedyre med underkategorier 2021



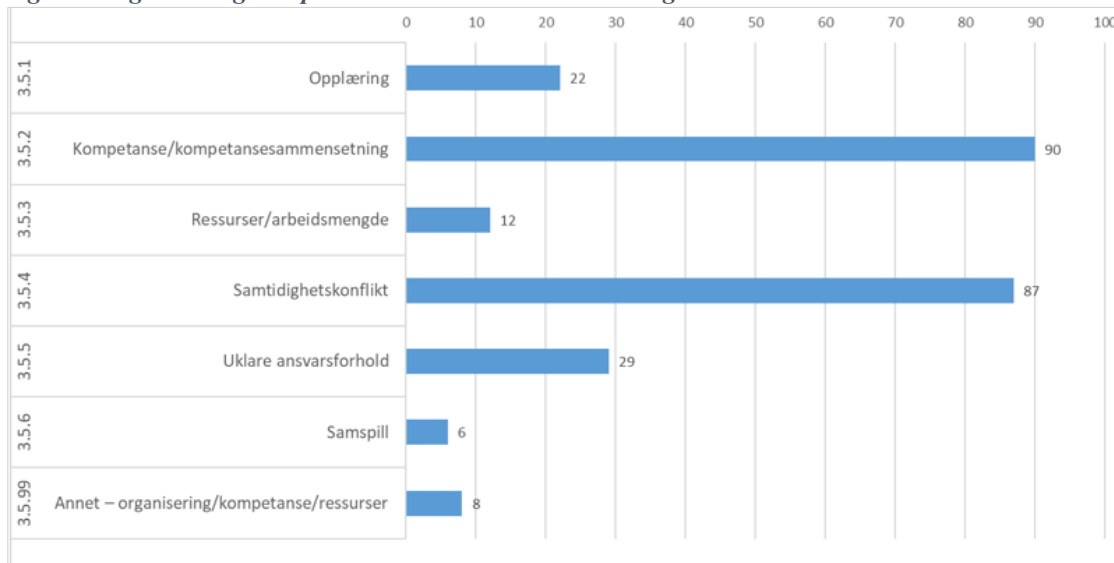
Figur 7 viser at «Prosedyre ikke fulgt» 540 (415) som i fjor er den hyppigste medvirkende faktorer/årsaker. I tillegg har det vært en økning.

Figur 8. Kommunikasjon/samhandling med underkategorier 2021



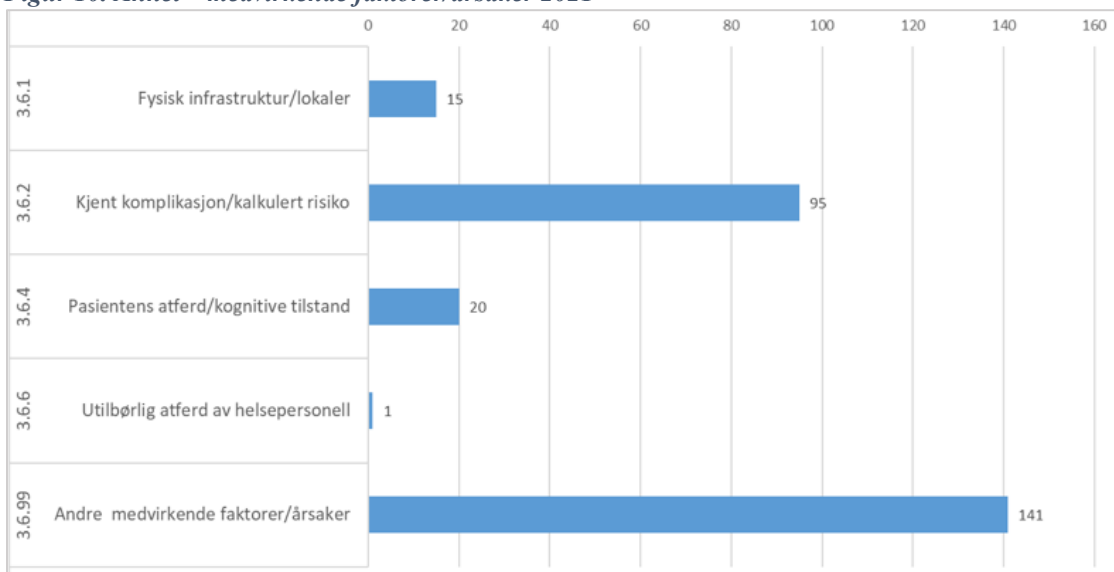
Figur 8 viser at medvirkende faktorer/årsaker knyttet til svikt i kommunikasjon/samhandling «Mellom ansatte» 174 (93) har hatt en markant økning. «Med pasient/pårørende og ansatte» 11 (24) er redusert. «Med ekstern part» er nesten utelukkende saker meldt fra kommunene i Telemark,

Figur 9. Organisering/kompetanse/ressurser med underkategorier 2021



Figur 9 viser medvirkende faktorer/årsaker knyttet til «Organisering/kompetanse/ressurser». Følgende har økt: «Kompetanse/kompetansesammensetning» 90 (60), «Samtidighetskonflikt» 87 (57) og «Uklare ansvarsforhold» 29 (11).

Figur 10. Annet – medvirkende faktorer/årsaker 2021

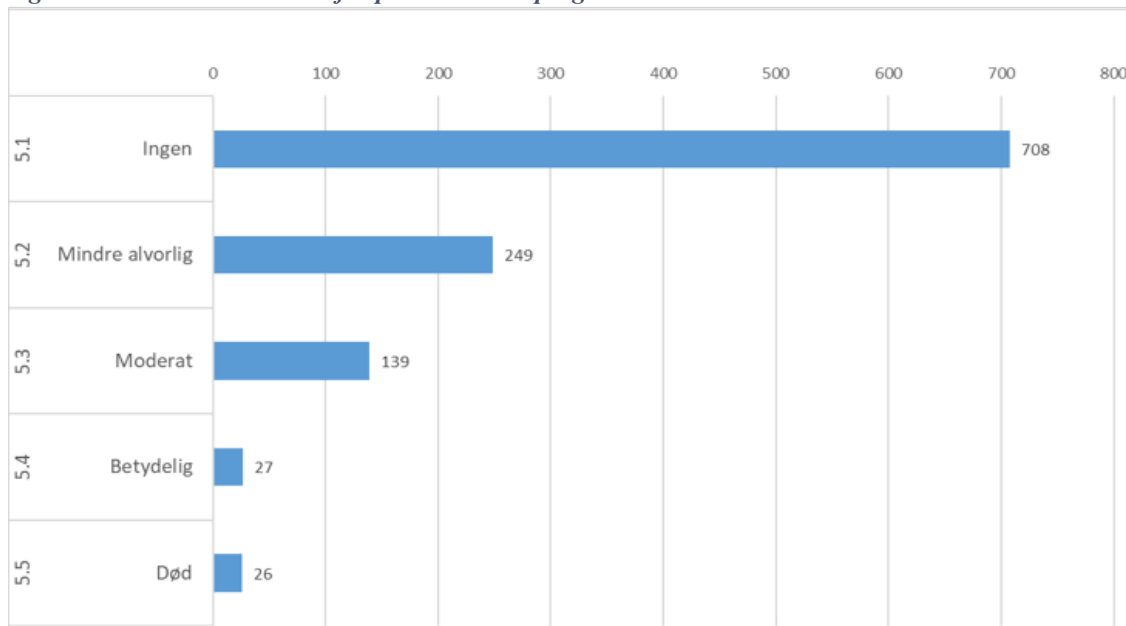


Figur 10 viser kategorien «Annet- medvirkende faktorer/årsaker». Det er en økning i «Fysisk infrastruktur/lokaler» 15 (4) og «Kjent komplikasjon/kalkulert risiko» 95 (67). Økningen i «Annet-medvirkende faktorer/årsaker» 272 (158) har sin forklaring i registreringer i TQM som mangler informasjon om medvirkende faktorer/årsaker. «Pasientens atferd/kognitive tilstand» 20 (55) er betydelig redusert. «Alvorlig sykdom» 0 (24) er ikke benyttet i 2021.

Faktisk konsekvens for pasientens helse/prognose

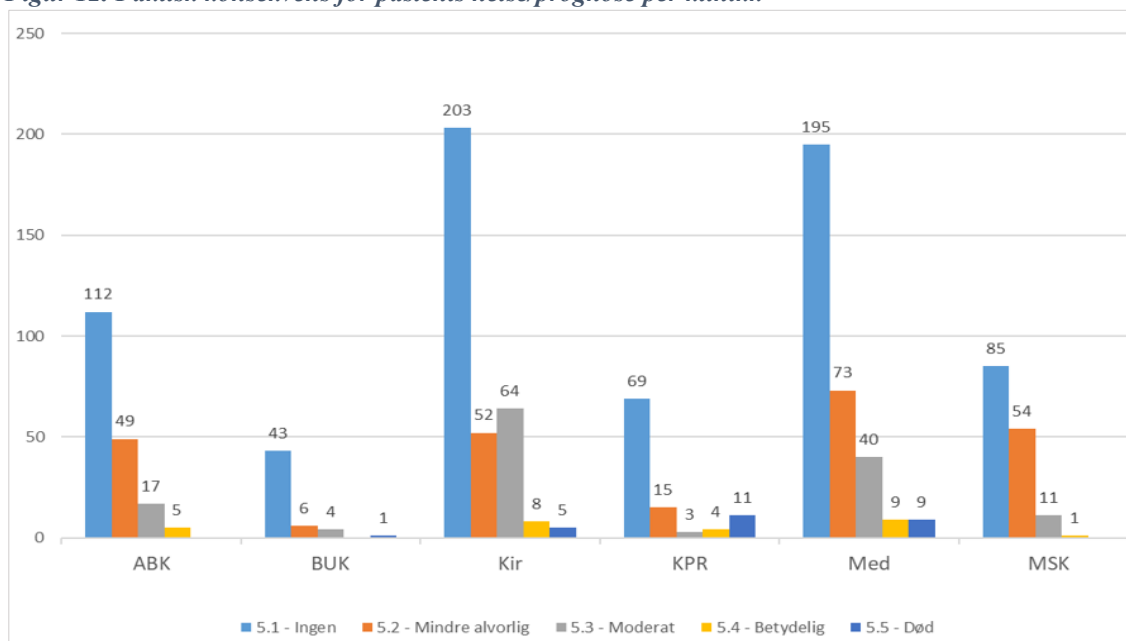
Dette er en skjønsmessig vurdering av omfang, varighet og behandlingssimplikasjoner som skyldes en uønsket hendelse, ikke nødvendigvis det endelige utfallet for pasienten, men konsekvensen denne hendelsen isolert sett hadde for pasientens helse/prognose. Basert på tilgjengelig kunnskap/kjennskap, hvilken konsekvens fikk hendelsen for pasienten?

Figur 11. Faktisk konsekvens for pasients helse/prognose STHF



Figur 11 viser at «Ingen faktisk konsekvens» 708 (436) har en markant og stor økning. «Mindre alvorlig» konsekvens 249 (236) har en mindre økning. «Moderat» konsekvens 139 (99) viser en større økning. «Betydelig» konsekvens 27 (26) er stabil. Død 26 (16) viser en større økning.

Figur 12. Faktisk konsekvens for pasients helse/prognose per klinikk

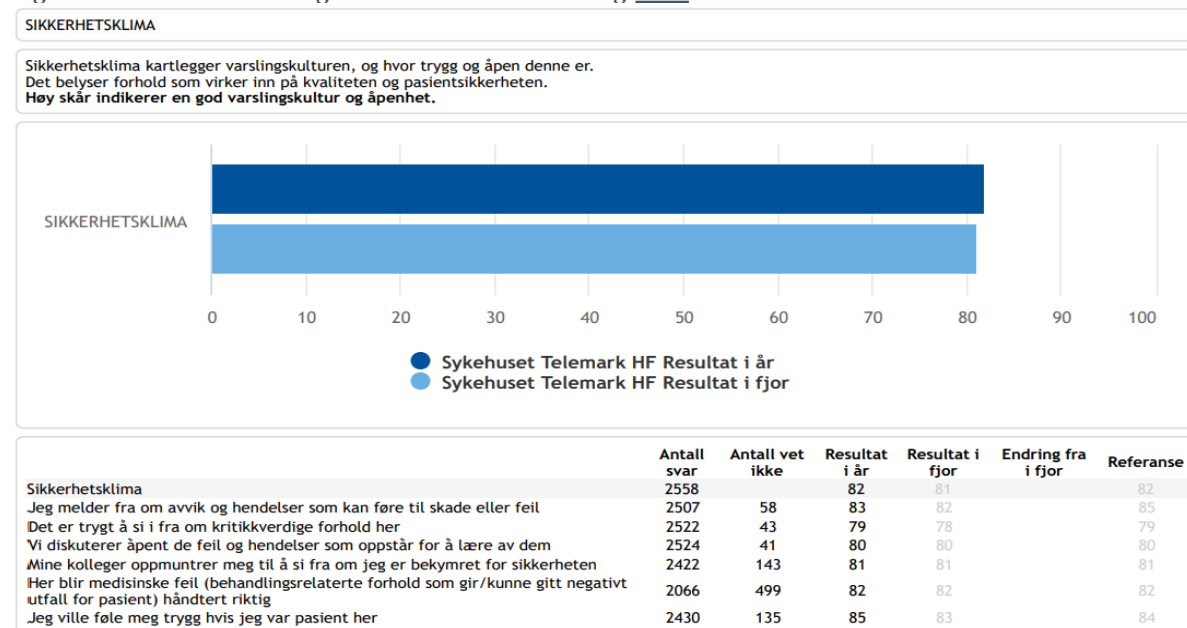


Figur 12 viser en at Ingen konsekvens har økt fra 2020 til 2021, spesielt for ABK 112 (50), BUK 43 (17), MED 203 (167) og KIR (167). Den største økningen på Moderat konsekvens er ved KIR 64 (28). Det er registrert dødsfall ved KPR 11(5), MED 9 (10), KIR 5 (0) og BUK 1 (0).

Medarbeiderundersøkelsen ForBedring og Meldekultur

I den årlige medarbeiderundersøkelsen ForBedring har temaet sikkerhetsklima spørsmål som kan belyse meldekulturen.

Figur 13. Sikkerhetsklima og meldekultur – ForBedring 2021



Figur 13 viser sikkerhetsklimaet med «Jeg melder fra om avvik og hendelser som kan føre til skade eller feil» 83(82) som utgjør en marginal økning fra 2020 til 2021.

2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

Spesielle forhold styret bør være kjent med

Datagrunnlaget for saken er hentet fra TQM og manuelt registrert og klassifisert hendelser. Til tross for omfattende kvalitetssikring i Kvalitetsavdelingen med god bistand fra Økonomiavdelingen, må det tas høyde for at mindre unøyaktigheter kan forekomme.

Prosess

NOKUP-resultatene følges opp i den enkelte klinikk. Kvalitetsavdelingen tilbyr klinikkvisse gjennomganger.

Vurdering

Økende antall meldinger og meldekultur

Det er avgjørende for pasientsikkerheten at uønskede pasienthendelser registreres i avvikssystemet, slik at de kan bidra til oversikt over risikoområder, både for sykehuset som helhet og i den enkelte klinikk.

Økningen i antall uønskede hendelser viser en positiv trend og kan tyde på at meldekulturen ved sykehuset er i fremgang. Dette bør sees i sammenheng med resultatene i ForBedring som imidlertid kun viser en marginal økning i opplevd meldekultur fra 2020 til 2021.

Meldekulturen og nivået på antall uønskede pasienthendelser bør stå i forhold til hverandre; Overvurdering av egen sikkerhetskultur kan utgjøre en pasientsikkerhetsrisiko. Klinikken bør derfor kartlegge og følge med på om egen vurdering av meldekulturen gjenspeiler seg i antall meldinger. Det er leders ansvar å bidra til en kultur preget av åpenhet om feil og mangler. Det skal være trygt å melde fra. Dette er også en forutsetning for læring og forbedring på tvers i organisasjonen.

En markant økning i antall hendelser uten konsekvens for pasient (nestenuhell), kan være et tegn på en positiv utvikling i meldekulturen.

Hendelsestyper- STHF og klinikkene

Det har vært en økning inne flere områder. Spesielt fremheves hendelsestypene «Behandling og pleie» 275 (195) og «Diagnostikk og utredning» 258 (112). I klinikkene der dette har gjort seg utslag, krever det særskilt oppfølging.

Antall hendelser «Legemidler» 202 (201) må også forventes å ha økt, da antallet er stabilt til tross for at hendelser knyttet til blod er skilt ut. Legemiddelsikkerhet er et prioritert satsningsområde som følges opp gjennom Handlingsplan for legemiddelsikkerhet 2022. Handlingsplanen rulleres årlig, og det rapporteres tertialvis på resultatene i virksomhetsrapporten.

Økningen i «Pasientadministrasjon» 129 (97) sees i sammenheng med endringene i aktivitet knyttet til koronapandemien. Økning i «Infeksjoner» 17 (3) relateres primært til koronapandemien.

Nedganger i registreringer kan knyttes til forbedringer - eller manglende registrering av hendelser. De bør derfor følges opp for å avklare årsakene.

Medvirkende årsaker/faktorer:

Det er få endringer i hvordan medvirkende faktorer/årsaker fordeler seg i registreringsprofilen for 2021 sammenlignet med 2022, utover at det har skjedd en økning. Spesielt nevnes:

- Prosedyre ikke fulgt
- Kommunikasjon mellom ansatte
- Kompetanse og kompetansesammensetning
- Samtidigskonflikt
- Uklare ansvarsforhold
- Kjent komplikasjon/kalkulert risiko

Klinikkene bør gjennomgå sin profil og se etter årsakssammenhenger: Hvorfor følges ikke prosedyrer? Hva er utfordringene knyttet til? Er det pandemien, omorganiseringer, endringer i bemanningssituasjonen eller pasientbehandlingen? Hvilke forhold innvirker på kommunikasjon og samhandling? Spørsmålene som bør stilles er mange – og de fleste svarene finnes i klinikkene.

Kunnskap om hvorfor pasientsikkerhetsrisikoen er forhøyet, gir grunnlag for å iverksette målrettede forbedringstiltak i klinikkene og for samarbeid på tvers for å løse felles utfordringer.

Faktisk konsekvens for pasient

Økningen i antall dødsfall 26 (16) sees primært i sammenheng med pandemien i somatikken. Det er også klassifisert flere selvmord i 2021 enn i 2020. Alle selvmord som kan ha sammenheng med mangelfull behandling eller oppfølging, også etter utskrivning, er registrert og klassifisert i 2021. Oppfølgingen av svært alvorlige hendelser og dødsfall som er varslingspliktige i henhold til Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a, legges fram i styresak 055-2022 Oppfølging av alvorlige hendelser og hendelsesanalyser 2021

Økningen i «Moderat konsekvens» 139 (99) som gjelder skade som krever behandling eller oppfølging bør følges tett i aktuelle klinikker.

Det er svært positivt at «Ingen konsekvens» har en større økning fra 2020 til 2021. Det er flere klinikker som utmerker seg. Dette viser at nesten uhell blir registrert slik at de kan brukes for å hindre pasientskader i framtiden.

NOKUP og hendelsesanalyser

NOKUP er et godt verktøy til å monitorere og analysere de uønskede hendelsene. NOKUP gir grunnlag for risikobasert forbedringsarbeid på systemnivå. Oppfølging av hendelsene i klinikkene når de er «ferskvare» med blant annet med hendelsesanalyser, er imidlertid en forutsetning for et effektivt kvalitetsforbedringsarbeid.

NOKUP og EQS – veien videre

I april 2022 ble klassifiseringen med NOKUP en integrert del av saksbehandlingen i EQS. I EQS vil det i sanntid kunne tas ut tilpassede NOKUP-rapporter for ønsket tidsrom, både for STHF, klinikk, avdeling og seksjon. Med EQS vil også alle NOKUP-kategoriene tas i bruk og dermed kunne gi et enda mer nyansert risikobilde. Dette legger til rette for et stort løft i klinikkens forbedringsarbeid. Ledernes oppslutning om lederopplæringen med EQS og NOKUP, for å sikre kvaliteten på oppfølgingen av uønskede hendelser med klassifisering, statistikk og analyse, vil være en suksessfaktor.

3. Administrerende direktørs anbefaling

Administrerende direktør anbefaler at styret tar saken til orientering. Det fokuseres på forbedringstiltak der det er identifisert økt pasientsikkerhetsrisiko. Arbeidet med legemiddelsikkerhet gis prioritet, jf. STHFs Handlingsplan for legemiddelsikkerhet 2022. Forbedring av meldekultur og sikkerhetsklima, må sees i sammenheng med implementeringen av nytt avviks- og forbedringssystem.

Vedlegg:

[Sak 023-2021 Uønskede pasienthendelser 2020 med NOKUP](#)

[Delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i Helse Sør-Øst RHF](#)

[Sykehuset Telemark Strategi 2020-2022](#)

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	25.05.2022

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

Sak: 055-2022

Oppfølging av alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser 2021

Hensikten med saken

Saken redegjør for varslingspliktige pasienthendelser (Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a) og hendelsesanalyser ved Sykehuset Telemark i 2021. Videre hvordan systematisk oppfølgingen av sakene foregår, for å oppnå varige forbedringer og redusert risiko for alvorlige pasientskader og dødsfall.

Forslag til vedtak

Styret tar redegjørelsen for oppfølging av alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser i 2021 til etterretning.

Skien, 16. mai 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

Sykehusets styre orienteres årlig om utviklingen i alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser. Sykehusets ledelse skal sikre at alvorlige pasienthendelser følges opp med forbedringstiltak for å hindre at de skjer igjen.

Alvorlige pasienthendelser 2021

Formålet med varselordningen av alvorlige pasienthendelser til Helsetilsynet og Statens undersøkelseskommissjonen for helse- og omsorgstjenesten (Ukom), er å identifisere alvorlige pasienthendelser raskt, slik at de kan rettes opp og bidra til god pasientsikkerhet.

Faktaboks: Varsel om alvorlige hendelser (§ 3-3a)

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a:

En virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal straks varsle Statens helsetilsyn og Ukom om dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient eller bruker som følge av tjenesteytelsen eller ved at en pasient eller bruker skader en annen. Varslingsplikten gjelder dersom utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko.

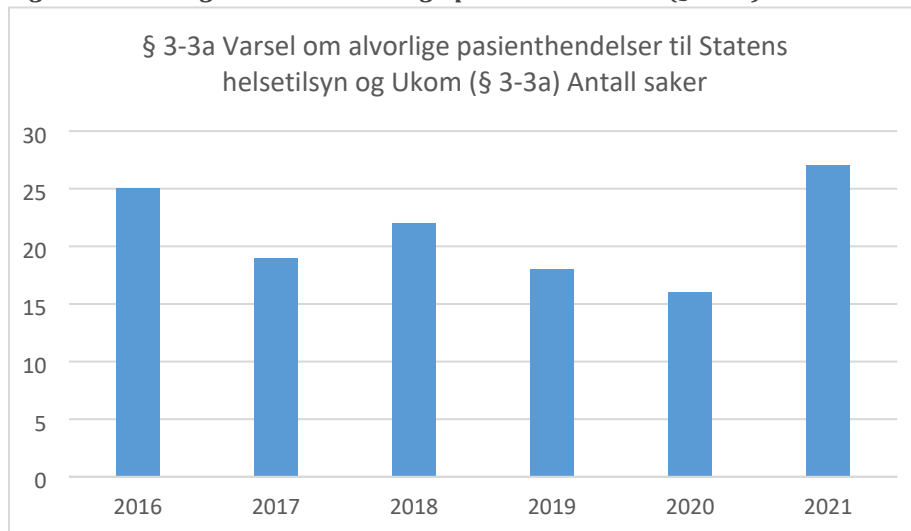
Det er ikke varslingsplikt for hendelser som kunne ha medført dødsfall eller svært alvorlig skade

Varslet skal registreres elektronisk via meldeportalen www.melde.no. Veiledning for pålogging (bankID / elektronisk ID) og utfylling av varsler er tilgjengelig i portalen.

Fra 1. juli 2019 ble varslingsplikten også gjeldende for gjelder for [kommunale tjenester](#), [tannhelsetjeneste](#) og [private tjenester](#) (helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 a). [Pasienter, brukere og pårørende](#) fikk samtidig rett til å varsle Helsetilsynet om alvorlige forhold. (Pasient- og brukerrettighetsloven § 7-6) 06.05.2022

Pasientsikkerhet og HMS påvirker hverandre og må sees i sammenheng. Ivaretagelse av medarbeidere etter alvorlige hendelser har høy prioritet.

Figur 1. Utviklingen i antall alvorlige pasienthendelser (§ 3-3a) 2016-2021

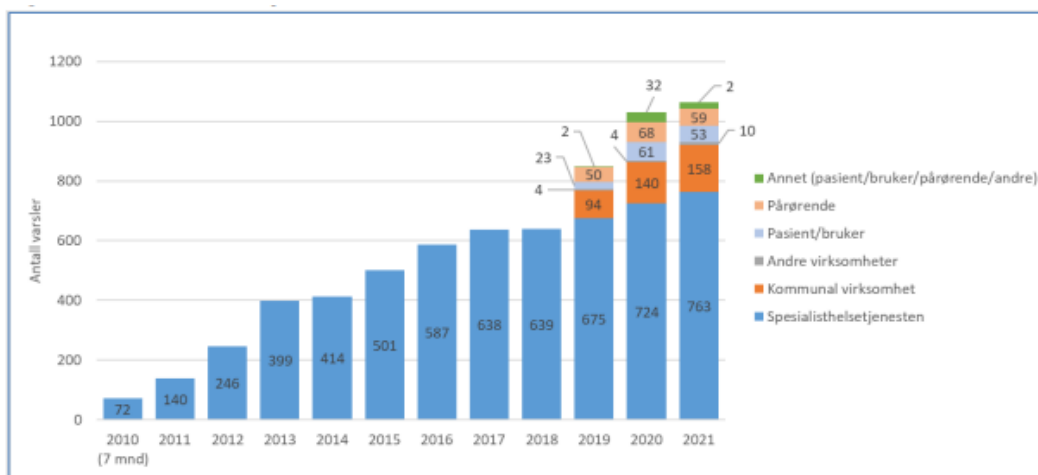


Figur 1 viser utviklingen i antall alvorlige pasienthendelser ved Sykehuset Telemark som er varslet i henhold til Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a i tidsrommet 2016-2021

Det er en markant økning i antall saker fra 2020 til 2021. Tilbake i 2016 var også antallet saker på samme nivå. Da inngikk imidlertid flere saker fra året før i beregningsgrunnlaget.

Det er også en økning i antall saker nasjonalt.

Figur 2. Antall varsler per år 2010-2021



Figur 2 viser utviklingen i antall varsler fra utprøvingen av varselordningen i 2010 fram til 2021. Kilde: [Statens helsetilsyn årsrapport 2021](#)

Hendelsesanalyser

Som hovedregel skal alvorlige pasienthendelser (§ 3-3a saker) følges opp med hendelsesanalyser.

Sykehusets analysepool gjennomfører hendelsesanalyser i de komplekse sakene, der gjerne flere klinikker er involvert. KPR har opparbeidet spesialkompetanse til å gjennomfører hendelsesanalyser i saker som gjelder suicid eller suicidforsøk.

Hendelsesanalysene utføres på oppdrag fra en eller flere klinikksjefer eller direktører.

Faktaboks: Analysepoolen ved Sykehuset Telemark – spisskompetanse på hendelsesanalyser

Analysepoolen består av 19 ledere og medarbeidere innen en rekke fagspesialiteter:

- Leger: 9
- Sykepleiere: 7
- Helsejurist: 1
- Bioingeniør: 1
- Psykologspesialist: 1

De stilles krav til å gjennomføre teoretisk og praktisk kurs om hendelsesanalyser i regi av Helsedirektoratet. Analysepoolen koordineres av kvalitetssjef som mottar analyseoppdragene og setter sammen teamet for hver enkelt hendelsesanalyse.

Analyseteamet knytter til seg ytterligere kompetanse etter behov.

06.05.2022

I tillegg til § 3-3a saker, skal det gjennomføres hendelsesanalyser etter alvorlige HMS-hendelser med personskade og alvorlige personvernbrudd.

Ivaretagelsen av medarbeiderne gjennom prosessen er en prioritert lederoppgave.

En hendelsesanalyse har som mål å besvare:

- Hva har skjedd?
- Hvorfor har det skjedd?
- Hvordan forhindre at det skjer igjen?

For å belyse hendelsesforløpet gjennomføres analysen med involverte ansatte, pasienter og pårørende (analyse møter, intervjuer etc.). Eksterne samarbeidspartnere inviteres til å delta i saker der de er involvert som en sentral aktør.

Hendelsesanalysen skal fokusere på systemforbedringer

Når hendelsesanalysen er gjennomført, overleveres analysen med tiltaksplan til oppdragsgiver. Videre behandles hendelsesanalysene både i sykehusets felles og klinikkvise kvalitets og pasientsikkerhetsutvalg (KPU). Høsten 2021 ble det innført at tiltaksplaner fra hendelsesanalysene, skal følges opp i adm. direktørs oppfølgingsmøter med klinikkjefene. Målet med en mer systematisk og lederforankret oppfølging, er å sikre at tiltakene følges opp og har effekt over tid.

Figur 3. § 3-3a saker og hendelsesanalyser 2021

Nr.	Klinikker	§ 3-3a	Tilsynssak	Tilsynsmyndighet	Lovbrudd	Hendelsesanalyse	Kommentar
1	KPR KIR	J	N	SFV	N	J	
2	MED	J	N	SFV	N	J	
3	ABK MED KIR BUK KPR	N	J	SFV	J	J	Pasientklage. Svikt varsel HTIL
4	ABK MED KIR	J	N	SFV	N	J	
5	ABK MED KIR	J	N	SFV	N	J	
6	ABK MED KIR	J	N	SFV	N	J	
7	KIR	J	J	HTIL	?	J	Avventer avgjørelse
8	MED	J	J	SFV	?	J	Avventer avgjørelse
9	KPR MED ABK	J	J	Ukom	?	J	Avventer oppfølging/rapport
10	KPR	j	J	SFV	J	N	
11	KPR	j	N	SFV	N	J	
12	KPR	J	N	SFV	N	N	
13	KPR	J	N	HTIL	N	J	
14	KPR	J	J	SFV	J	N	
15	KPR	J	N	SFV	N	N	
16	KPR	J	J	SFV	J	J	
17	KPR	J	N	SFV	N	J	
18	KPR	J	N	SFV	N	J	
19	KPR	J	N	SFV	N	N	
20	KPR	J	N	SFV	N	J	
21	BUK	J	N	SFV	N	J	
22	KIR	N	J	SFV	J	N	Pasientklage Svikt varsel HTIL

Nr.	Klinikker	§ 3-3a	Tilsynssak	Tilsynsmyndighet	Lovbrudd	Hendelsesanalyse	Kommentar
23	MED	J	N	SFV	N	N	
24	MED	J	N	SFV	N	J	
25	MED	J	N	SFV	N	J	
26	KIR	J	J	SFV	?	N	Pågår
27	MED	J	J	SFV	?	N	Pågår
28	KIR	J	N	HTIL	N	N	

I mange av sakene er flere klinikker involvert. Tabellen gir ikke fullstendig oversikt.

Tilsynssaker

To av sakene som er varslet gjelder alvorlige hendelser med betydelig pasientskade. De øvrige 26 er saker der pasienten er død.

I 18 av de 28 sakene har tilsynsmyndighetene konkludert at det ikke er lovbrudd. Det er åpnet tilsyn i de resterende 10 av 28 varslede saker. I fem av de 10 sakene har tilsynsmyndighetene konkluderer med lovbrudd. De siste fem sakene er fremdeles under behandling. Tre av sakene behandles av Statsforvalteren, mens Helsetilsynet og Ukom behandler en sak hver. Dette er første gang Ukom følger opp en sak ved Sykehuset Telemark.

Hendelsesanalyser

I to av sakene varslet ikke sykehuset Helsetilsynet om den alvorlige hendelsen, men Statsforvalteren åpnet tilsyn på grunnlag av klage fra pårørende. I den ene saken viste det seg å være uklart hvilken virksomhet som skulle utføre varslingsplikten, kommune, fastlege eller sykehus. I begge sakene ble det påpekt lovbrudd, herunder brudd på varslingsplikten til Helsetilsynet.

En av de alvorlige sakene ble varslet til Helsetilsynet, men ikke registrert i eget avvikssystem, TQM.

I flere av sakene der det ikke er åpnet tilsyn, fremhever statsforvalteren sykehusets eget forbedringsarbeid med hendelsesanalyser og tiltaksplaner i avgjørelsen.

Det er gjennomført hendelsesanalyser i 18 av 28 varslingspliktige saker i 2021. I tillegg er det gjort flere hendelsesanalyser i saker som ikke er varslingssaker.

Hendelsestyper og forbedringsområder

I de somatiske klinikkene var de fleste sakene knyttet til diagnostikk og utredning samt pasientbehandling. Flere av sakene er også relatert til covid-19.

I KPR var de fleste sakene knyttet til suicid eller suicidforsøk.

Eksempler på forbedringsområder fra hendelsesanalysene i 2021:

- Behov for tettere samarbeid mellom forvakt (LIS) og bakvakt (overlege)
- Behov for økt kunnskap om varslingsordningen etter § 3-3a
- Bedre samarbeid på tvers mellom avdelinger og klinikker i diagnostisering og utredning av pasienten
- Forsinket diagnostisering
- Pasientlogistikk mellom lokasjoner

2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

Spesielle forhold styret bør være kjent med

Datagrunnlaget i denne saken er hentet fra avvikssystemet TQM, saks- og arkivsystemet Public 360 og manuelt førte oversikter. Selv om det er gjennomført omfattende kvalitetssikring, må det tas høyde for at unøyaktigheter kan forekomme.

Det nye avviks- og forbedringssystemet EQS, vil kunne heve kvaliteten på systemstøtten både til registrering, oppfølging og rapportering på varslingssaker og hendelsesanalyser.

Prosess

Saken følges opp i klinikkene for å sikre læring og forbedring også på tvers i organisasjonen. Målet er kvalitetsforbedring og økt pasientsikkerhet.

Vurdering

Økningen i antall § 3-3a saker i 2021 må sees i sammenheng med koronapandemien. Samtidig blir alle selvmord som kan ha sammenheng med svikt i behandling eller oppfølging, varslet som § 3-3a saker, også i måneden etter at pasienten er skrevet ut.

I de fleste sakene (18/28), ble det ikke åpnet tilsyn eller påvist lovbrudd.

I de resterende 10 ble det åpnet tilsyn, det ble påvist lovbrudd i fem saker, mens fem fremdeles er under behandling. Det kan tyde på en positiv trend i varslingsskultur, men lav terskel for å varsle.

Økt fokus på varslingsplikten kan være en medvirkende faktor til at flere saker blir varslet. Det vises til ulike opplæringstiltak og at det gjennomføres systematisk screening av alle uønskede pasienthendelser for å sikre at alvorlige saker følges opp.

I tillegg har media satt søkelyset på sykehusenes manglende oppfølging av varslingsplikten i 2021, både i forhold til dødsfall relatert til covid-19 og andre alvorlige saker.

Det må også trekkes fram at det er blitt enklere å melde digitalt på www.melde.no.

Systematikken rundt oppfølgingen av hendelsesanalysene er blitt styrket i 2021 og analysepoolen bidrar til løpende forbedringer på grunnlag av erfaringer i analysearbeidet.

Hendelsesanalyser er blitt et innarbeidet verktøy i sykehusets forbedringsarbeid. Et verktøy som belyser hendelsesforløpet og systemsvikt og bidrar til målrettede forbedringstiltak. Spesielt gjelder dette de mest kompliserte sakene der både flere klinikker og lokasjoner er involvert. I disse sakene kan systematikken, involveringen og den åpne dialogen i analysearbeidet, bidra til økt oppslutning og tiltro til sykehusets forbedringsarbeid.

I 2021 gjennomførte sykehuset for første gang en hendelsesanalyse (covid-19) med systematisk involvering av et større antall pasienter og pårørende. Informasjonen som pasienter og pårørende delte i intervjuene, viste seg å bli uvurderlig for forbedringsarbeidet. På grunnlag av denne erfaringen, skal det tilstrebes at pasienter og pårørende får tilbud om å delta i analysearbeidet. Pasienter og pårørende fremhever ofte at det er viktig for dem å få bidra for å forhindre at det samme skjer igjen.

I forbindelse med en hendelsesanalyse, ble det avdekket uklare ansvarsforhold rundt varslingsplikten mellom sykehus, fastlege og kommune. Sykehuset vil bidra til at dette blir avklart og satt i system.

Erfaringer fra involveringen av eksterne samarbeidspartnere i hendelsesanalyser, tyder på at det er behov for felles retningslinjer for hendelsesanalyser mellom sykehus, kommuner og fastleger. Sykehuset vil ta initiativ til å avklare videre behov overfor samarbeidspartnerne i Helsefellesskapet.

Hendelsesanalyser er blitt fast agenda i sykehuset kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg (KPU-STHF) – og det legges opp til videre oppfølging i klinikkenes KPU. Dette er en forutsetning for læring på tvers i organisasjonen.

Oppfølgingen av hendelsesanalyser i adm. direktørs oppfølgingsmøter med klinikksefene, er en lederforankret og mer systematisk oppfølging av alvorlige pasienthendelser. Oppfølgingen skal bidra til at forbedringstiltakene blir gjennomført som planlagt og har effekt over tid. I tillegg legger denne systematikken til rette for at forbedringsarbeidet i kompliserte saker, der flere klinikker, stabsavdelinger og eksterne samarbeidspartnere er involvert, gis nødvendig fokus over tid. Prosess og måloppnåelse for oppfølgingsmøtene skal evalueres og resultatet legges fram for styret ved årsskiftet.

Arbeidet med en egen analysebank som skal gjøre hendelsesanalysene tilgjengelig for læring i hele virksomheten, startet i 2021 og følges opp videre i 2022. Det videre arbeidet sees i sammenheng med utviklingen av nytt forbedringssystem EQS.

3. Administrerende direktørs anbefaling

Arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring er en integrert del av sykehusets virksomhetsstyring. Arbeides med å systematisk forbedre sykehusets arbeidsprosesser og systemer for varsling og oppfølgingen av alvorlige pasienthendelser, må sees i sammenheng med implementeringen av nytt avviks- og forbedringssystem.

Administrerende direktør anbefaler at styret tar saken til orientering.

Vedlegg:

[Sak 043-2021 Oppfølging av alvorlige hendelser og hendelsesanalyser 2020](#)

[Risikoanalyse. Hendelsesanalyse: Håndbok for helsetjenesten. Helsedirektoratet IS-0583](#)

Saksfremlegg til styret

Saksfremlegg

Saksgang:

Styresak	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark	25.mai 2022

Type sak (sett kryss)							
Beslutning		Etterretning		Orientering	x	Tema	

Sak: Resultater ForBedring 2022

Trykte vedlegg:

Samlerapport Sykehuset Telemark 2022.

Hensikten med saken

Orientere styret om resultatene fra ForBedring 2022.

Forslag til vedtak

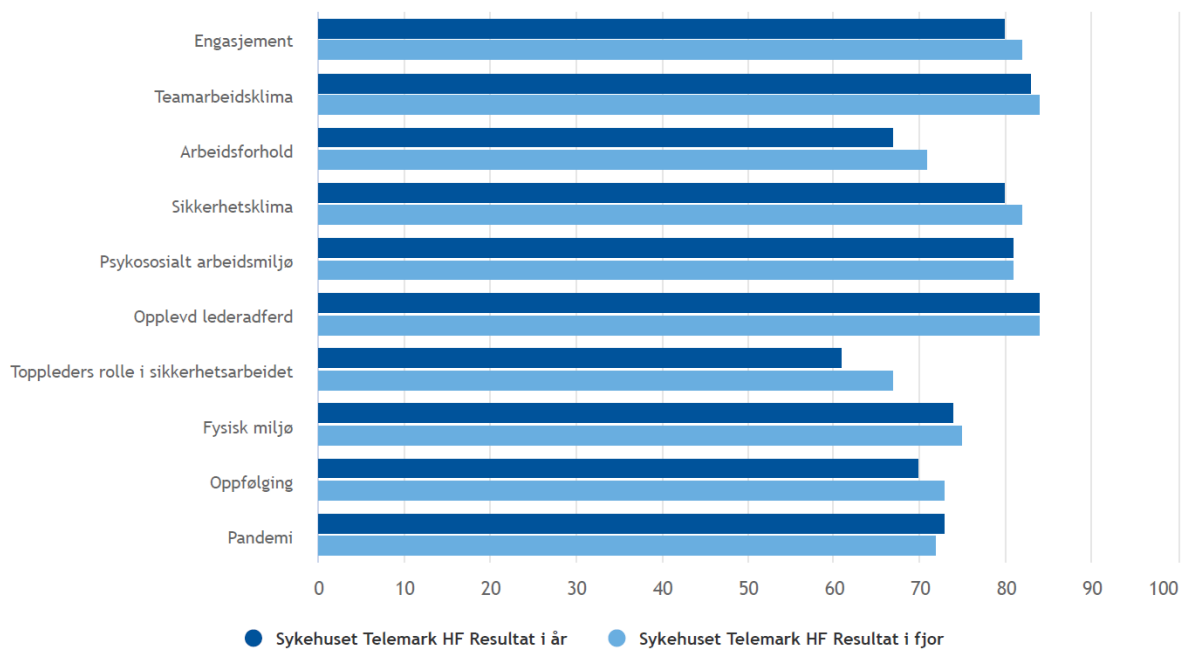
Styret tar resultatene til orientering.

Bakgrunn for saken

Medarbeiderundersøkelsen ForBedring ble gjennomført i perioden 1. – 29.mars 2022. Det ble sendt ut 3156 invitasjoner og vi fikk 2581 svar, og endte på 82 %. Dette var litt under målsetningen på 90 %, og helt likt med fjoråret.

Saksfremstilling

Når vi ser på oppsummeringen av årets resultater, ser vi at sykehuset har gått litt tilbake på flere områder sammenlignet med 2021. Psykososialt arbeidsmiljø og opplevd lederatferd er helt likt med fjoråret, og spørsmål knyttet til pandemi har fått et forbedret resultat.



Spesielle forhold styret bør være kjent med

I forkant av gjennomføringen, ble det fremmet et forslag om å utsette ForBedring til høsten 2022. Bakgrunnen for forslaget var at helseforetaket hadde lagt et krevende år bak seg, og at det ikke hadde vært tid til å jobbe tilstrekkelig med resultatene fra ForBedring 2021. Det ble allikevel besluttet at gjennomføringen skulle gå som planlagt.

Prosess

Resultatene fra undersøkelsen ble distribuert til lederne 26.april 2022. Det er linjeledelsen som har ansvaret for oppfølging av undersøkelsen.

Resultatene ble presentert i administrerende direktørs ledergruppe og i utvidet ledermøte tirsdag 11.mai. Resultatene vil bli presentert i AMU 14.juni.

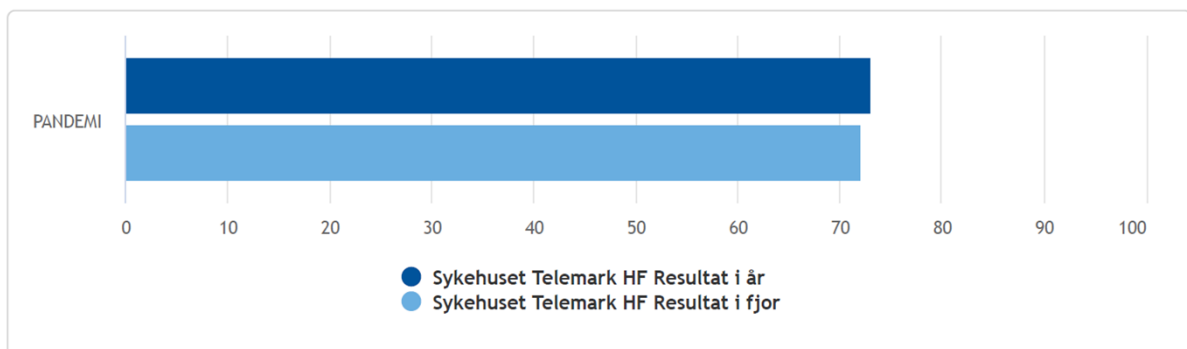
I perioden fremover skal lederne sammen med arbeidstakerne og verneombud jobbe med resultatene fra rapporten. I fellesskap skal man finne frem til hvilke temaer det skal fokuseres på i året som kommer. Dette skal resultere i et bevaringstiltak og to forbedringstiltak som skal registreres i HMS-handlingsplanen.

Vurdering

De siste årene har det vært økt fokus på oppfølging av resultatene. Det å fortsette å ha fokus på ForBedring vil være med på å belyse og redusere risikoer i helseforetaket. Vi vet at pasientsikkerhet, HMS og arbeidsmiljø henger sammen.

Sykehuset har lagt bak seg to krevende år med pandemi. Det har ført til at oppfølgingsarbeidet etter ForBedring har fått mindre fokus. Det har vært mer krevende å samle seksjoner og avdelinger, og få gode dialoger med medarbeidergrupper. Dette kan være med å forklare at vi har litt svakere resultat i år.

Det ble lagt til syv spørsmål knyttet til pandemien i 2021 for å belyse hvordan pandemien har preget arbeidsmiljøet. Disse spørsmålene ble videreført til årets undersøkelse, og vi sammenligner resultatet med fjoråret.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Pandemi	2566		73	72		73
Mitt arbeid har blitt endret under pandemien (nye oppgaver, jobbe ved andre avdelinger, arbeid hjemmefra ol.)	2415	166	60	59		61
Her har ledere og medarbeidere støttet hverandre under pandemien.	2521	60	86	86		85
Jeg har blitt involvert i endringsprosessene under pandemien.	2350	231	67	68		67
Her fikk vi raskt på plass gode rutiner for smittevern.	2442	139	81	75	↑	79
Jeg har fått god opplæring i smittevern her (inkl. bruk av personlig verneutstyr der det har vært påkrevet).	2451	130	83	81		80
Jeg har fått utvikle meg faglig til tross for smitteverntiltakene (deltatt på fagdager, faglige lunsjer, veiledning, digital kurs/konferanser, digitale fagsamlinger, ol.)	2438	143	55	56		57
Jeg har følt meg trygg på jobb under pandemien.	2546	35	81	76		78

Medarbeidertilfredshetsmålinger er med på å gi mulighet til å jobbe systematisk med forbedring og arbeidsmiljøet. Sykehuset vil fortsette arbeidet med gode handlingsplaner.

Vedlegg

Samlerapport Sykehuset Telemark

FORSIDE

ForBedring 2022 Standardrapport for Sykehuset Telemark HF

Norsk helsetjeneste skal være pasientens helsetjeneste. Helsesektoren er en virksomhet med høy risiko, og det hender at pasienter og brukere blir unødig skadet i møte med helsetjenesten.

Denne undersøkelsen er en samordning av medarbeiderundersøkelsen, helse-, miljø- og sikkerhets - kartlegging (HMS) samt pasientsikkerhetskulturundersøkelsen. Resultatene fra denne spørreundersøkelsen skal brukes til lokalt forbedringsarbeid av pasientsikkerhetskultur, arbeidsmiljø og HMS. Undersøkelsen gir ledere og medarbeidere informasjon om hvordan arbeidsforholdene oppleves, og gir innspill til risikovurdering av pasientsikkerheten, arbeidsmiljøet og HMS i enheten. Denne rapporten er en av flere datakilder til det systematiske arbeidet med å redusere risiko for uønskede hendelser i pasientbehandling og arbeidsmiljøet.

God pasientsikkerhet og godt arbeidsmiljø påvirker hverandre, og bør sees i en sammenheng ved kartlegging og forbedring.



OPPSUMMERING AV UNDERSØKELSEN

DELTAKELSE I UNDERSØKELSEN

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

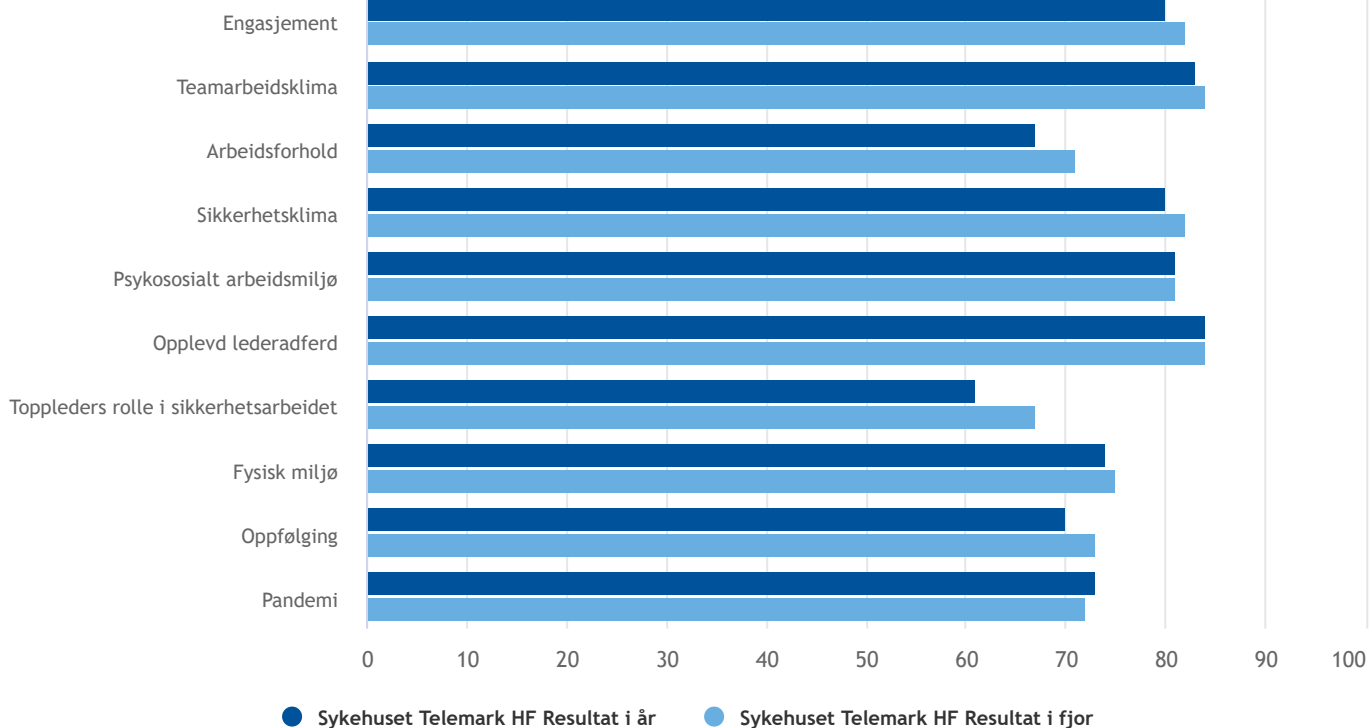
invitasjoner	Svar	svarprosent
3156	2581	82%

Invitasjoner Totalt antall utsendte spørreskjemaer per rapport
 Svar Antall svar er antall spørreskjema som er fullført
 Svarprosent Andel fullførte spørreskjema av totalt utsendte skjema

HOVEDRESULTAT PER TEMA

Under oppsummeres hovedresultatene på de ulike temaområdene i undersøkelsen. Detaljene for hvert temaområde fremkommer utover i rapporten. På side fire vises veiledningen til hvordan tabellene skal leses. Skår >=75 vises kun på denne siden og indikerer hvor mange prosent av de ansatte som har svart «Litt enig» eller «Helt enig».

	Antall svar	Resultat i år	Skår >=75 i år%	Resultat i fjor	Skår >=75 i fjor%	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
ENGASJEMENT	2577	80	81%	82	83%		82
TEAMARBEIDSKLIMA	2575	83	84%	84	86%		84
ARBEIDSFORHOLD	2575	67	66%	71	70%		71
SIKKERHETSKLIMA	2575	80	79%	82	80%		82
PSYKOSOSIALT ARBEIDSMILJØ	2548	81	77%	81	77%		80
OPPLEVD LEDERADFERD	2564	84	84%	84	83%		84
TOPPLEDERS ROLLE I SIKKERHETSARBEIDET	1718	61	45%	67	52%	↓	68
FYSISK MILJØ	2575	74	69%	75	71%		73
OPPFØLGING	2525	70	66%	73	69%		70
PANDEMI	2566	73	72%	72	70%		73



Om rapporten

ForBedring kartlegger ulike forhold som virker inn på pasientsikkerheten og ansattes trivsel, motivasjon, og arbeidshelse. Rapporten gir en oppsummering av svarene, og er et redskap til å iverksette et forbedringsarbeid.

Bruk rapporten til å:

1. Utforske resultatene i samarbeid med medarbeidere og lokalt verneombud.
2. Velge ut bevarings- og forbedringsområder.
3. Utarbeide tiltak som legges inn i handlingsplanen for egen enhet.

Oppfølging

Forbedringsbehov som går på tvers av enheter eller som ikke kan løses av enheten, løftes til det nivået som kan håndtere problemstillingen.

Det er nødvendig å ha en samtale i medarbeidergruppen for å finne ut hva resultatene i rapporten faktisk betyr, og hvilke områder som oppleves som viktigst å prioritere som bevarings- og forbedringsområder.

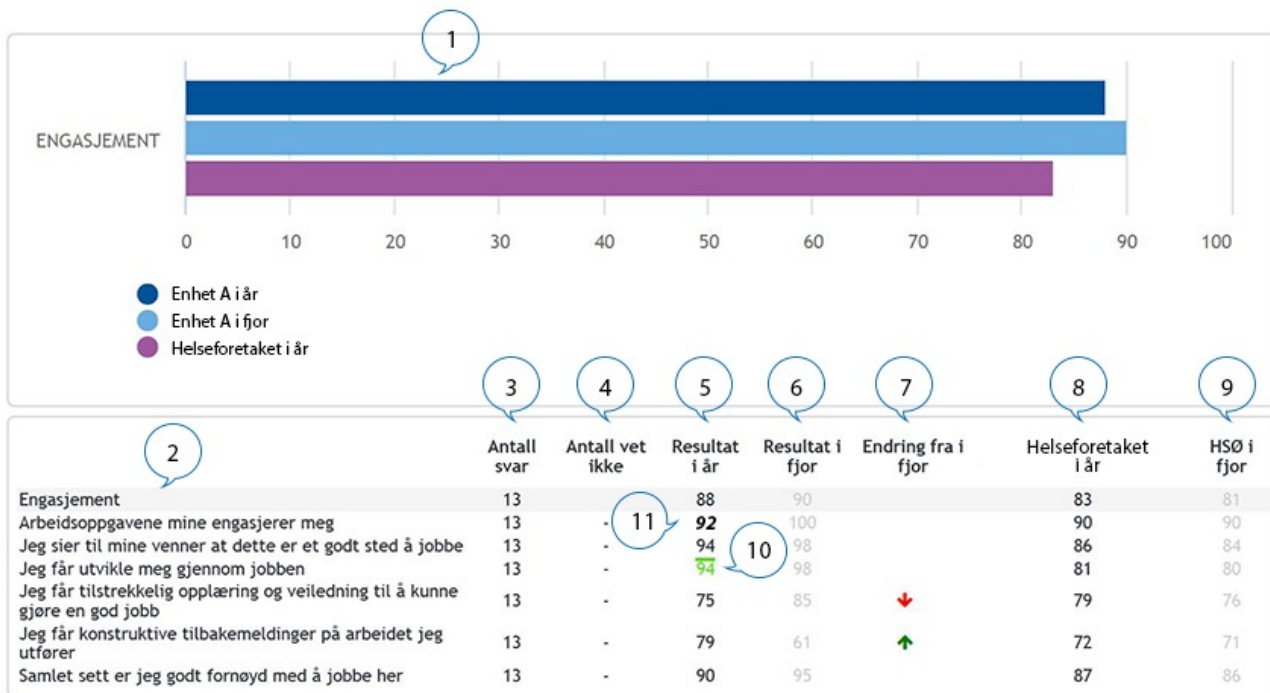
Spørreskjemaet er laget for å få frem ulike oppfatninger. Variasjon i svarene er derfor naturlig og ønskelig. Variasjonen gjenspeiler ulike måter å forstå og fortolke de forhold det spørres om. Viktige nyanser og fortolkninger kommer best frem i samtaler med de som kjenner forholdene i den enheten det rapporteres for. Selv et resultat hvor enheten skårer blant de med 15 % høyest skår kan vise seg å være et forbedringsområde. Et resultat blant de med 15 % lavest skår, kan i noen tilfeller være et naturlig resultat, og noe som enheten ikke oppfatter som ett forbedringsområde.

Enheter som har gjennomgående høye skår, bør vurdere om annen informasjon kan være relevant for å utarbeide bevarings- og forbedringstiltak. Dette kan for eksempel være interne kartlegginger, revisjoner, brukerundersøkelser etc.

OM RAPPORTEN

Lesing av resultatene

Hvert resultatområde har en innledning, og resultatet er presentert med en graf og en tabell. Grupper av spørsmål som hører naturlig sammen oppsummeres i et tema.



1. Grafisk presentasjon av temaene. **Mørk blå farge er enhetens resultat i år**, **lys blå farge er enhetens resultat i fjor** og **lilla farge er helseforetakets resultat i år**
2. Tema vises i den øverste raden og inneholder grupper av spørsmål som naturlig hører sammen. Tallene som vises på samme linje som Tema, gjelder samlet for de underliggende spørsmålene
3. Kolonne «Antall svar» viser antall personer som har besvart spørsmålet
4. Kolonne «Antall vet ikke» viser antall personer som har valgt «Vet ikke/ikke relevant»
5. Kolonne «Resultat i år» viser enhetens resultat på en skala fra 0-100. 0 regnes som minst ønskelig/mest belastende og 100 regnes som minst belastende/mest ønskelig
6. Kolonne «Resultat i fjor», viser enhetens resultat i fjor
7. Kolonne «Endring fra i fjor», viser om det har vært en signifikant endring siden i fjor
8. Kolonnen viser helseforetakets samlede resultat i år
9. Kolonnen viser helseregionens samlede resultat i fjor
10. **Blå skrift og understrek** understrek indikerer at enheten er blant de med 15% med lavest skår. **Grønn skrift og overstrek** indikerer at enheten er blant de med 15% høyest skår
11. Tall som er **uthevet i fet og kursiv** indikerer høy spredning. Det er kun der variasjon på et spørsmål eller tema er betydelig større enn normalt at resultatet presenteres i **fet og kursiv**

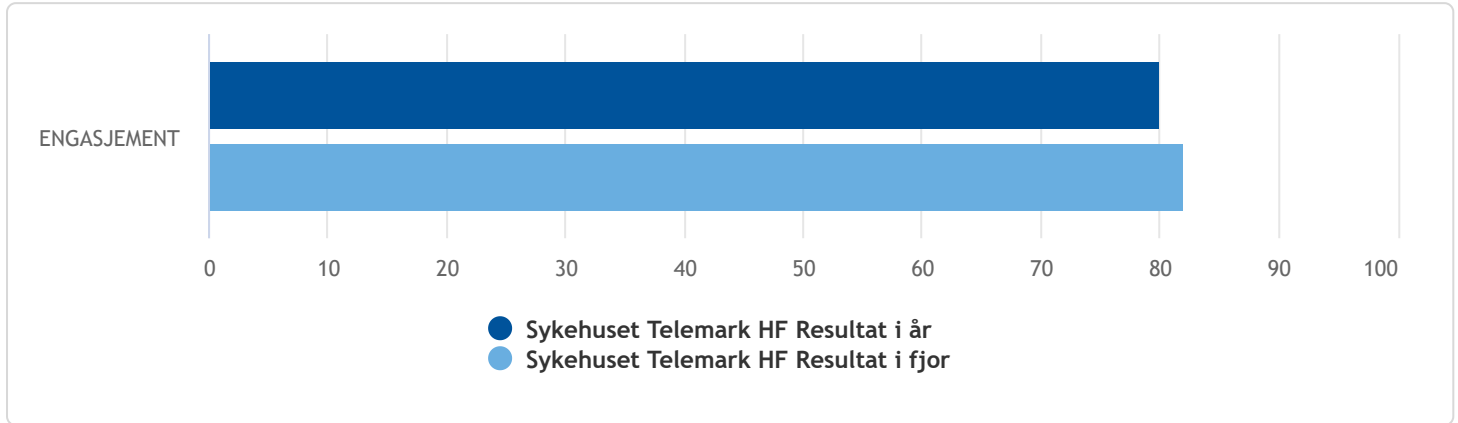
ENGASJEMENT

Engasjerte medarbeidere er de som får anerkjennelse, tilbakemeldinger og mulighet for personlig utvikling gjennom sitt arbeid. Engasjement virker inn på en rekke ulike prestasjoner.

Høyt jobbengasjement virker positivt inn på motivasjon og jobbutførelse, det fremmer service og lojalitet.

Engasjement gir bedre økonomisk resultat og reduserer turnover, ulykker, svinn og kvalitetsfeil.

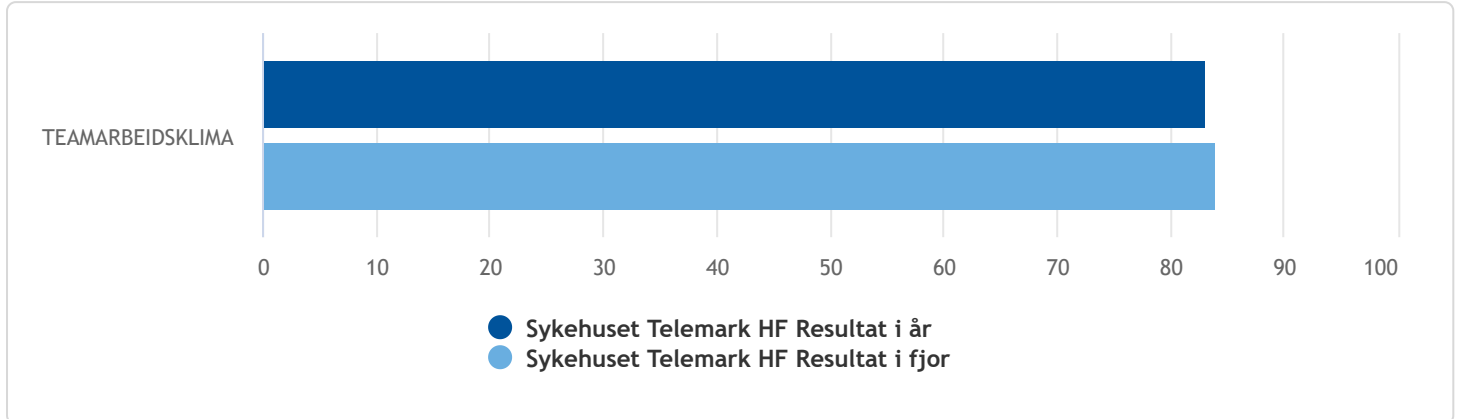
Høy skår indikerer et høyt engasjement.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Engasjement	2577		80	82		82
Arbeidsoppgavene mine engasjerer meg	2572	8	90	90		90
Jeg sier til mine venner at dette er et godt sted å jobbe	2572	8	82	85		85
Jeg får utvikle meg gjennom jobben	2568	12	79	80		80
Jeg får tilstrekkelig opplæring og veiledning til å kunne gjøre en god jobb	2565	15	74	77		77
Jeg får konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet jeg utfører	2566	14	72	73		72
Samlet sett er jeg godt fornøyd med å jobbe her	2573	7	84	86		87

TEAMARBEIDSKLIMA

Teamarbeidsklima belyser åpenhet, samarbeid og støtte mellom kollegaer og yrkesgrupper, både internt og på tvers av enheter. Manglende koordinering og samhandling mellom enheter i sykehus er et risikoområdet innen pasientsikkerhet som det er viktig å kartlegge. Høy skår indikerer et godt teamarbeidsklima.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Teamarbeidsklima	2575		83	84		84
Forskjellige yrkesgrupper samarbeider godt her	2544	37	83	84		84
Samarbeid med andre enheter fungerer godt	2517	64	73	76		77
Jeg får støtte og hjelp fra mine arbeidskolleger når jeg trenger det	2569	12	90	91		91
Her er det lett å spørre når det er noe jeg ikke forstår	2573	8	91	92		91
Det er lett å si fra om problemer i pasientbehandlingen her	2275	306	77	77		78

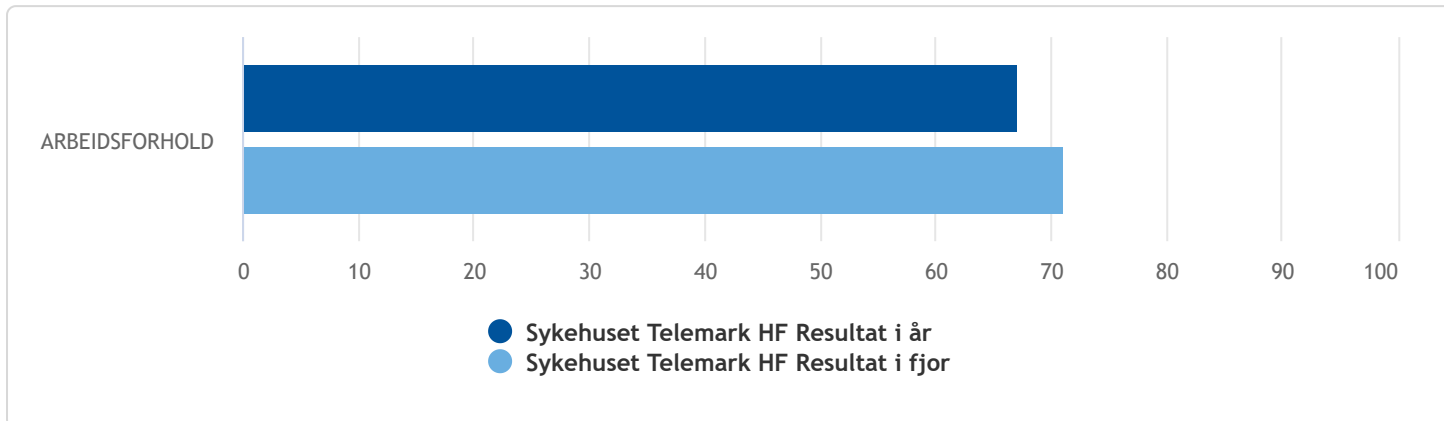
ARBEIDSFORHOLD

Arbeidsforhold belyser arbeidsmengde og tempo, samt tilgjengelige ressurser og hjelpemidler.

Det tar opp ulike belastninger som kan virke negativt inn på motivasjon og helse.

Dette er risikoforhold som det er viktig å ha under oppsikt.

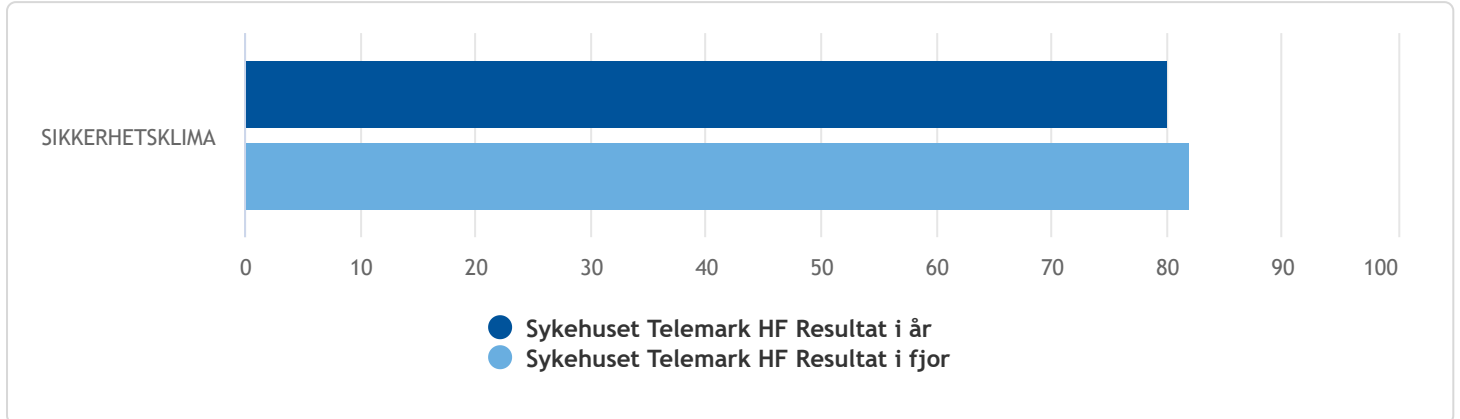
Høy skår indikerer at det finnes tilstrekkelig med ressurser og hjelpemidler, samt at arbeidsmengde og tempo er lite belastende.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Arbeidsforhold	2575		67	71		71
Jeg har tilstrekkelig med ressurser eller hjelpemidler til å gjøre jobben min	2565	16	71	75		74
Arbeidsbelastningen min er passe stor (antall oppgaver, arbeidstempo eller krav til å gjøre flere ting samtidig)	2568	13	<u>59</u>	64		65
Jeg rekker å ta pause og spise i løpet av arbeidsdagen/vakten	2569	12	72	75		74

SIKKERHETSKLIMA

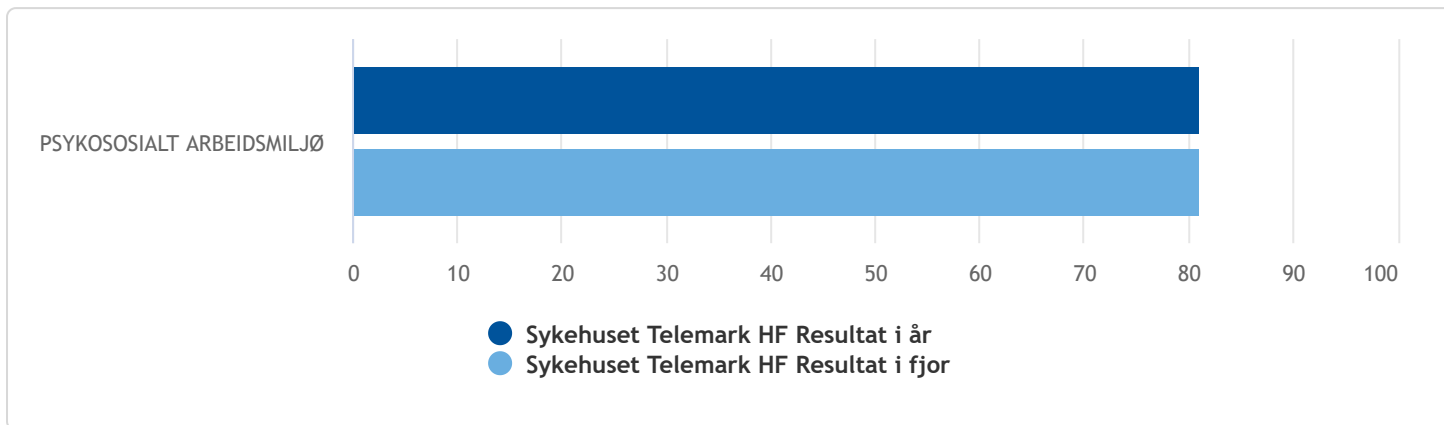
Sikkerhetsklima kartlegger varslingskulturen, og hvor trygg og åpen denne er. Det belyser forhold som virker inn på kvaliteten og pasientsikkerheten. Høy skår indikerer en god varslingskultur og åpenhet.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Sikkerhetsklima	2575		80	82		82
Jeg melder fra om avvik og hendelser som kan føre til skade eller feil	2498	83	80	83		86
Det er trygt å si i fra om kritikkverdige forhold her	2518	63	78	79		79
Vi diskuterer åpent de feil og hendelser som oppstår for å lære av dem	2528	53	79	80		79
Mine kolleger oppmuntrer meg til å si fra om jeg er bekymret for sikkerheten	2427	154	81	81		81
Her blir medisinske feil (behandlingsrelaterte forhold som gir/kunne gitt negativt utfall for pasient) håndtert riktig	2040	541	80	82		83
Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her	2430	151	83	85		86

PSYKOSOSIALT ARBEIDSMILJØ

Teamet psykososialt arbeidsmiljø tar opp mobbing, trakassering, diskriminering og hvordan ansatte blir ivaretatt hvis en hendelse skulle oppstå. Høy skår indikerer trygt arbeidsmiljø og god håndtering av eventuelle konflikter.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Psykososialt arbeidsmiljø	2548		81	81		80
Her jobbes det systematisk med forebygging og oppfølging av vold og trusler	1858	723	70	72		73
Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for diskriminering her i løpet av de siste 12 månedene	2296	285	84	84		83
Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for mobbing eller trakassering her i løpet av de siste 12 månedene	2328	253	83	83		81
Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for seksuell trakassering her i løpet av de siste 12 månedene	2276	305	94	94		93
Jeg vet hvordan jeg skulle gå frem dersom jeg la merke til at noen ble utsatt for mobbing, trakassering eller diskriminering	2494	87	83	83		81
Når konflikter oppstår her blir de håndtert på en god måte	2325	256	71	70		70

Diskriminering

Diskriminering betyr å behandle noen mindre gunstig enn andre. Ordet brukes oftest for å betegne en usaklig eller urimelig forskjellsbehandling av individer på grunnlag av kjønn, graviditet, permisjon ved fødsel eller adopsjon, omsorgsoppgaver, etnisitet, religion, livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk, alder og andre vesentlige forhold ved en person. Diskriminering er forbudt etter Arbeidsmiljøloven §13-1 og etter Likestillingsloven §6.

Mobbing

Mobbing er at noen gjentatte ganger blir utsatt for negative handlinger eller atferd fra en eller flere personer, og har vansker med å forsvare seg mot dette.

Trakassering

Trakassering er handlinger, unnlater eller ytringer som virker eller har til formål å virke krenkende, skremmende, fiendtlige, nedverdiggende eller ydmykende.

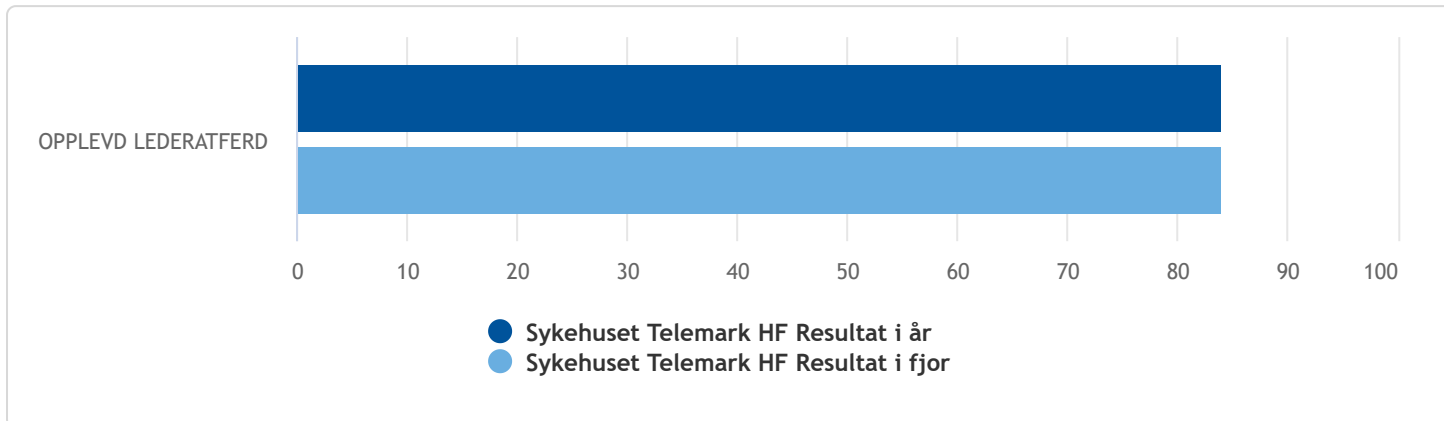
Både mobbing og trakassering er forbudt etter Arbeidsmiljøloven § 4-1. og § 4-3.

Seksuell trakassering

Seksuell trakassering er uønsket seksuell oppmerksomhet som har som formål eller virkning å være krenkende, skremmende, fiendtlig, nedverdiggende, ydmykende eller plagsom. Seksuell trakassering er forbudt, ifølge likestillings- og diskrimineringsloven § 13 og Arbeidsmiljøloven § 4-1. og § 4-3

OPPLEVD LEDERATFERD

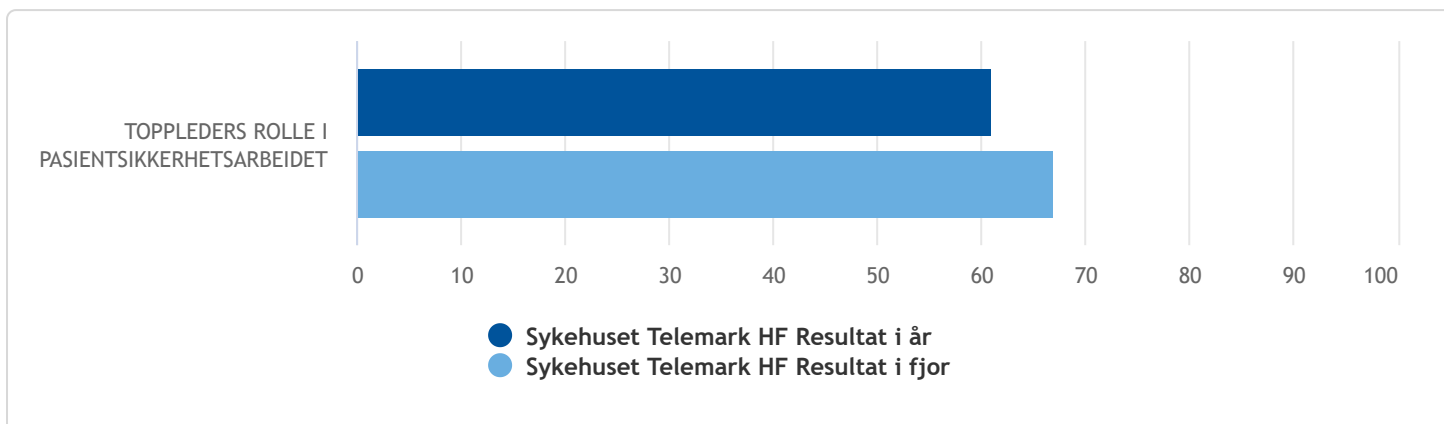
Temaet belyser relasjonen mellom leder og medarbeidere.
Ledelse har stor betydning for arbeidsmiljø og pasientsikkerhet.
Høy skår indikerer god ledelse.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Opplevd lederadferd	2564		84	84		84
Min nærmeste leder har tydelige forventninger til mitt arbeid	2541	40	86	86		85
Min nærmeste leder er tilgjengelig for meg når jeg har behov for det	2556	25	87	86		86
Min nærmeste leder følger opp uønskede hendelser og forbedringsforslag	2432	149	83	82		83
Min nærmeste leder oppmuntrer meg til å si ifra når jeg har en annen mening	2477	104	81	80		80

TOPPLEDERS ROLLE I PASIENTSIKKERHETSARBEIDET

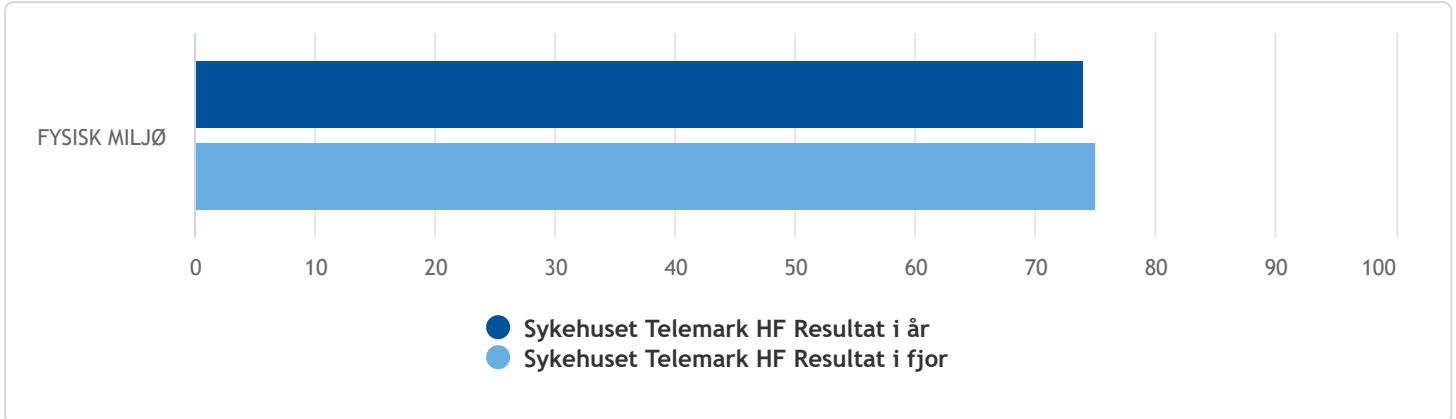
Høy skår indikerer tillit til at administrerende direktør støtter godt opp om arbeidet med pasientsikkerheten.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Toppleders rolle i sikkerhetsarbeidet	1718		61	67	↓	68
Administrerende direktør støtter opp om arbeidet med pasientsikkerheten i helseforetaket	1718	863	61	67	↓	68

FYSISK MILJØ

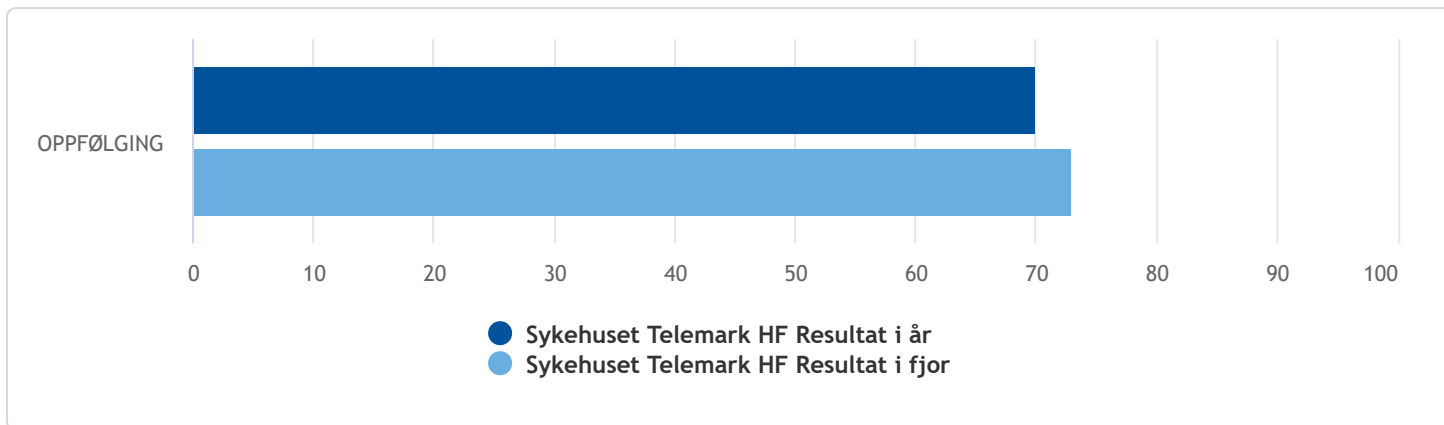
Temaet kartlegger ulike forhold som kan medføre helseplager, og skal bidra til å ivareta kravene i arbeidsmiljøloven, samt Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning.
Det er ønskelig med høy skår på dette teamet.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Fysisk miljø	2575		74	75		73
Det er et godt fysisk arbeidsmiljø her (luft, lys, støy, støv, vibrasjoner, og lignende.)	2565	16	56	57		54
Her arbeides det godt med brannvern	2387	194	75	78		76
Her tilrettelegges arbeidet slik at muskel- og skjelettplager forebygges	2424	157	64	67		64
Her blir alle godt beskyttet mot skadelige kjemikalier og biologiske farer	2019	562	81	82		79
Her arbeides det godt med smittevern	2509	72	87	85		85
Her arbeides det godt med strålevern	1183	1398	77	77		77
Her er sikkerheten ved bruk av maskiner, tekniske hjelpemidler, eller utstyr godt ivaretatt	1873	708	82	84		83
Her arbeides det godt med å unngå negativ påvirkning på det ytre miljøet	1968	613	72	74		72

OPPFØLGING

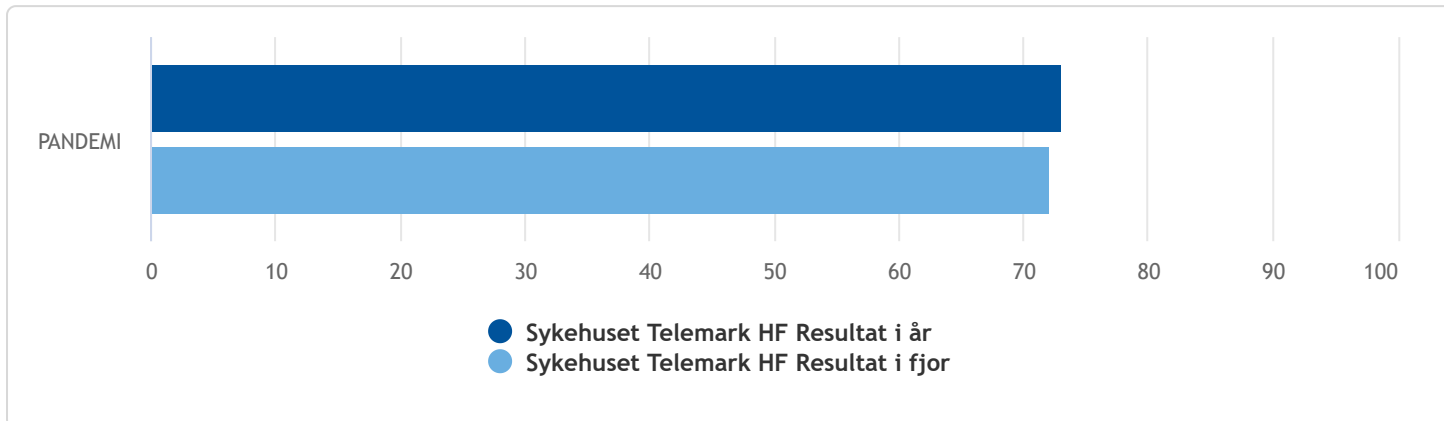
Oppfølging av undersøkelsen kartlegger om det arbeides systematisk med forbedringer og om de ansatte var involvert i oppfølgingen av forrige undersøkelse. Høy skår indikerer at det arbeides systematisk med forbedringer og at det er en høy grad av involvering.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Oppfølging	2525		70	73		70
Her arbeides det systematisk med å forbedre arbeidsmiljøet og pasientsikkerheten	2453	128	74	75		75
Jeg har vært involvert i oppfølgingen av den forrige ForBedring kartleggingen	2146	435	66	70		63

PANDEMI

Pandemien har preget helsetjenesten på mange ulike måter. For 2021 er temaet «Pandemi» tatt med, som ett nytt tema i dialogen om hvordan jobbe med pasientsikkerheten og arbeidsmiljøet. Det kan være nyttig å diskutere både om pandemien har påvirket arbeidsmiljøet, og på hvilken måte den har preget arbeidet, før en jobber med tiltak.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Pandemi	2566		73	72		73
Mitt arbeid har blitt endret under pandemien (nye oppgaver, jobbe ved andre avdelinger, arbeid hjemmefra ol.)	2415	166	60	59		61
Her har ledere og medarbeidere støttet hverandre under pandemien.	2521	60	86	86		85
Jeg har blitt involvert i endringsprosessene under pandemien.	2350	231	67	68		67
Her fikk vi raskt på plass gode rutiner for smittevern.	2442	139	81	75	↑	79
Jeg har fått god opplæring i smittevern her (inkl. bruk av personlig verneutstyr der det har vært påkrevet).	2451	130	83	81		80
Jeg har fått utvikle meg faglig til tross for smitteverntiltakene (deltatt på fagdager, faglige lunsjer, veiledning, digital kurs/konferanser, digitale fagsamlinger, ol.)	2438	143	55	56		57
Jeg har følt meg trygg på jobb under pandemien.	2546	35	81	76		78

TILLEGGSPØRSMÅL - SYKEHUSET TELEMARK HF

Tilleggsspørsmål Sykehuset Telemark HF

HAR DU GJENNOMFØRT
UTVIKLINGS / MEDARBEIDERSAMTALE?

1. Ja
65% i år
72% i fjor

Total: (2581 Svar) i år
Total: (2565 Svar) i fjor

HAR DU VÆRT UTSATT FOR VOLD ELLER TRUSLER PÅ
JOBBS SISTE 12 MÅNEDER?

1. Ja
11% i år
10% i fjor

Total: (2581 Svar) i år
Total: (2565 Svar) i fjor

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	25. mai 2022

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

Sak: 057 – 2022

Nye retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse for ledende ansatte

Hensikten med saken

Helse- og omsorgsdepartementet har i foretaksmøte 10. januar 2022 endret vedtektene for Helse Sør-Øst RHF for å bringe dem i samsvar med nye retningslinjer fra Nærings- og fiskeridepartementet 30. april 2021 om lederlønn i selskaper med statlig eierandel.

Helse Sør-Øst RHF har i styremøte 27. april 2022 vedtatt nye retningslinjer som ivaretar de hensyn som departementet har fremholdt. Sykehuset Telemark er som underliggende helseforetak pålagt å bringe egne retningslinjer i samsvar med departementets og RHF'ets krav.

Forslag til vedtak

Styret slutter seg til nye retningslinjer for avlønning av administrerende direktør og ledende ansatte i Sykehuset Telemark HF. Retningslinjene oversendes Helse Sør-Øst RHF for godkjenning i ordinært foretaksmøte.

Skien, 16. mai 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

1. Bakgrunn for saken

Helse- og omsorgsdepartementet har i foretaksmøte 10. januar 2022 endret vedtektene for Helse Sør-Øst RHF for å bringe dem i samsvar med nye retningslinjer fra Nærings- og fiskeridepartementet 30. april 2021 om lederlønn i selskaper med statlig eierandel. Endringene skal bidra til å tydeliggjøre statens forventninger til fastsettelse av lønn og godtgjørelse til ledende ansatte. Det forutsettes at Helse Sør-Øst RHF tilpasser gjeldende regionale retningslinjer i tråd med dette. Retningslinjene skal også inneholde en redegjørelse om hvordan «Statens retningslinjer for lederlønn i selskaper med statlig eierandel» er fulgt opp i helseforetakene.

Helse Sør-Øst RHF har i foretaksmøter februar 2022 lagt til grunn at også helseforetakene fastsetter nye retningslinjer i samsvar med Helse- og omsorgsdepartementets krav i foretaksmøte med Helse Sør-Øst RHF 10. januar 2022.

Det forutsettes at retningslinjer for lønn til administrerende direktør og andre ledende ansatte gitt i denne saken legges til grunn for tilsvarende retningslinjer i helseforetakene. Disse retningslinjene skal styrebehandles i det enkelte helseforetak. Vedtatte retningslinjer oversendes Helse Sør-Øst RHF for godkjenning i nye foretaksmøter senere i 2022.

Styret i Helse Sørøst RHF vedtok nye retningslinjer i sitt møte 27.04.22 jf. sak 049-2022. I vedtaket bes det om at de regionale retningslinjene legges til grunn for tilsvarende retningslinjer i det enkelte underliggende helseforetak. Helseforetakets retningslinje forutsettes styrebehandlet i foretakenes egne styrever, for godkjenning i senere foretaksmøter.

Lønnsrapport i samsvar med allmennaksjeloven § 6-16b og forskrift om retningslinjer og rapport om godtgjøring for ledende personer § 1, jf. §6, skal legges frem for ordinært foretaksmøte fra og med 2023.

2. Saksfremstilling

Sykehuset Telemark HF (STHF) har fulgt opp Nærings- og fiskeridepartementets «Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel», gjeldende fra 2015, samt føringer fra Helse Sørøst RHF, ved fastsettelse av lønn for administrerende direktør og andre ledende ansatte i helseforetaket.

STHF definerer administrerende direktør (nivå 1) og stabsdirektører/klinikksjefer (nivå 2) som ledende ansatte.

2.1 Gjeldende retningslinjer og praksis i STHF

STHFs retningslinjer har vært basert på tilsvarende betingelser som i Helse Sør-Øst RHF. Det vises derfor til følgende redegjørelse i saksframlegget for styret i Helse Sørøst RHF i sak 049-2022:

Generelle forhold

- Lederlønningene skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper med samme kompleksitet.
- Hovedelementet i en kompensasjonsordning skal være den faste grunnlønnen.

- Kompensasjonsordningene skal utformes slik at lønn ikke påvirkes av eksterne forhold som ledelsen selv ikke kan påvirke.
- Administrerende direktør må kunne forvente en lønnsutvikling i tråd med lønnsutviklingen i samfunnet for øvrig.
- De enkelte elementer i en lønnspakke skal vurderes samlet, med fast lønn og andre goder som pensjoner og sluttvederlag som en helhet. Styret skal ha en oversikt over den samlede verdi av den enkelte leders avtalte kompensasjon. Dette betyr i tillegg til administrerende direktør ledere på nivå 2 i organisasjonen.
- Det er styrets ansvar å fastsette retningslinjer for godtgjørelse til ledende ansatte. Administrerende direktørs godtgjørelse fastsettes av styret.
- Styret skal påse at lederlønsordningene ikke gir uheldige virkninger for helseforetaket eller svekker dets omdømme.
- Medarbeidere i ledelsen skal ikke ha særskilt godtgjørelse for styreverv i andre selskaper i samme foretaksgruppe.
- Variabel lønn skal ikke benyttes ved fastsettelse av lederlønn.

Pensjonsytelser

- Pensjonsvilkår skal være på linje med andre ansattes vilkår i STHF.
- I den grad det avtales lavere pensjonsalder enn folketrygdens pensjonsalder på 67 år, skal pensjonsalderen som hovedregel ikke settes lavere enn 65 år.
- For ansatte i STHF skal samlet pensjonsgrunnlag ikke overstige 12 G.

Sluttvederlag

I henhold til arbeidsmiljøloven § 15-16 er det kun virksomhetens øverste leder, dvs. administrerende direktør, som med rettsvirkning kan frasi seg sitt oppsigelsesvern. Det innebærer at evt. avtaler om dette med andre ledende ansatte ikke vil være rettslig bindende.

For at administrerende direktør rettsgyldig skal kunne frasi seg oppsigelsesvernet, må det dessuten tas inn en egen klausul i arbeidsavtalen der dette uttrykkelig fremgår, jf. lovens § 15-16 (2).

For øvrig gjelder følgende retningslinjer:

- Dersom den ledende ansatte selv tar initiativ til å avslutte arbeidsforholdet, skal det ikke gis sluttvederlag.
- Sluttvederlag og lønn i oppsigelsestid skal normalt ikke overstige 12 måneders fastlønn.
- Ved ansettelse i ny stilling eller ved inntekt fra næringsvirksomhet som vedkommende er aktiv eier av, skal sluttvederlaget reduseres med et forholdsmessig beløp beregnet på grunnlag av den nye årsinntekten. Reduksjon kan først skje etter at vanlig oppsigelsestid for stillingen er ute.
- Sluttvederlaget kan holdes tilbake hvis vilkårene for avskjed foreligger, eller hvis det i perioden hvor det ytes sluttvederlag oppdages uregelmessigheter eller forsømmelser som kan lede til erstatningsansvar eller at vedkommende blir tiltalt for lovbrudd.

Administrerende direktør vil se til at avtaler om sluttvederlag med ledende ansatte er i tråd med dette.

Praksis

- Lønnsoppgjøret i STHF for nivå 2-ledere skjer samlet, med unntak av administrerende direktør som får fastsatt sin lønn direkte av styret.
- Administrerende direktørs lønn fastsettes etter det ordinære lønnsoppgjøret og gjøres gjeldende fra 1. januar samme år.
- Ledere på nivå 2, dvs. de som rapporterer til administrerende direktør, blir lønnsvurdert av administrerende direktør. Avdelingsledere (nivå 3) blir lønnsvurdert av stabsdirektører/kliniksjefer på nivå 2 med mindre de er omfattet av overenskomst.
- Alle ledere på nivå 1 og 2 er unntatt fra overenskomst. Unntak for nivå 3 og 4 følger lokal overenskomst.
- Lønn for administrerende direktør og ledende ansatte fastsettes med grunnlag i følgende kriterier:
 - Lønnsutviklingen i samfunnet for øvrig
 - Lønnsnivået for sammenlignbare stillinger i statseide selskaper
 - Oppnådde resultater i forhold til virksomhetens hovedmål basert på status per årsavslutning
 - Utøvelse av lederskap og evne til å skape godt arbeidsmiljø

2.2 Nye retningslinjer for fastsetting av lønn og lønnsutvikling for ledende ansatte i STHF

Beslutningsgrunnlag

Nærings- og fiskeridepartementet har i forskrift med hjemmel i allmennaksjeloven 21.12.2020 gitt nye bestemmelser om retningslinjer og rapport om godtgjørelse for ledende personer- se vedlegg (vedlegg 1). Her fastsettes oppdaterte krav til innholdet i slike retningslinjer og gjennomføring av endring i retningslinjene samt krav til innholdet i en årlig lønnsrapport fra styret. Nærings- og fiskeridepartementet har på bakgrunn av dette gitt nye retningslinjer spesielt for lederlønn i selskaper med statlig eierandel 30.4.2021 - se vedlegg (vedlegg 2).

De nye statlige retningslinjene er videreført til helseforetakene via de regionale helseforetakene gjennom Helse- og omsorgsdepartementets foretaksmøteprotokoller 10.1.22 (krav og rammer for 2022). Dette innebærer at STHF skal utarbeide nye retningslinjer for sin virksomhet som fremlegges og besluttes av styret før foretaksmøte med Helse Sør-Øst RHF.

Gjeldende regionale retningslinjer er som nevnt fastsatt av styret for Helse Sør-Øst RHF, jf. styremøte 30. april 2015, sak 027-2015 og videreført til STHF tidligere. Det må derfor fremmes ny sak for styret for å gjennomføre de forutsatte tilpasninger i retningslinjene for lederlønn i 2022, herunder krav til årlig lønnsrapport fra og med 2023.

Vurdering

Det er foretatt en systematisk gjennomgang av de nye retningslinjene fra Nærings- og fiskeridepartementet, og bestemmelsene er sammenholdt punkt for punkt med gjeldende retningslinjer og praksis i foretaket.

Følgende oppsummeres:

- Endringene innebærer ikke noen prinsipielle eller på annet vis vesentlige endringer i forhold til gjeldende retningslinjer og praksis. Hovedprinsippene videreføres, dvs. at lønnsfastsettelsen skal være konkurransedyktig men ikke lønnsledende, at fastlønn skal

være hovedelementet i en godtgjørelsesordning og at godtgjørelsesordninger ikke må være urimelige eller svekke virksomhetens omdømme

- Bestemmelsene skal imidlertid tydeliggjøre statens forventninger til fastsettelse av lønn og godtgjørelse for ledende ansatte, bl.a. ved skjerpede krav til begrunnelse og klarere krav til oppfølging og rapportering av lønnsutviklingen. Dette underbygges ved kommentarer til generelle forventninger og spesifikke forventninger til ulike godtgjørelseselementer
- Det understrekes at det skal praktiseres åpenhet både om utforming, nivå på og utvikling i godtgjørelsen til ledende ansatte, og at ordningene skal være forståelige for alle interessenter
- Styret skal redegjøre for og aktivt følge opp statens retningslinjer. Det skal hvert år utarbeides en egen lønnsrapport knyttet til kriteriene i statens retningslinjer
- Til de generelle forventninger gis det bl.a. nærmere veiledning om krav til begrunnelse. Det heter f.eks. at godtgjørelsen ikke skal være «høyere enn nødvendig for å tiltrekke og beholde ønsket kompetanse», og at det er vesentlig «å unngå at omdømmet svekkes ved at lønningene bidrar til urimelige forskjeller i selskapet og samfunnet for øvrig». Det pekes videre på at moderasjon bl.a. innebærer en vurdering av forholdstallet mellom godtgjørelse til ledende ansatte og øvrig ansatte. I den forbindelse understrekes at «staten er opptatt av at forholdstallet ikke øker uten god begrunnelse»

Når det gjelder spesifikke forventninger til ulike godtgjørelseselementer, skal det bl.a. ikke etableres *pensjonsvilkår* som innebærer «særskilte ordninger for ledende ansatte som førtidspensjon og kort opptjeningstid som gir gunstige utbetalinger». Videre sies det bl.a. at *sluttvederlag* «som overstiger 12 måneders fastlønn inkludert oppsigelsestid vil sjelden være rimelig og i samsvar med hensynet til moderasjon»

Administrerende direktør anser at gjeldende retningslinjer og praksis i Sykehuset Telemark HF fullt ut dekker de generelle og spesifikke forventninger som fremgår av Nærings- og fiskeridepartementets nye retningslinjer per 30.4.2021, del I. Det er derfor ikke behov for å foreta noen materielle endringer av gjeldende retningslinjer i foretaket.

Nærings- og fiskeridepartementets retningslinjer, del II (Kommentarer) gir imidlertid nærmere veiledning med hensyn til hva staten legger i de forventningene som fremgår av del I. Denne veiledningen bør tilsvarende legges til grunn for praktisering av foretakets retningslinjer.

Det vises for øvrig til forskriftens krav om årlig lønnsrapport, som fremlegges første gang i 2023 for regnskapsåret 2022.

3. Administrerende direktørs anbefaling

Det er viktig å sikre riktig lønnsnivå og lønnsutvikling for alle ansatte og hindre at uønskede og utilsiktede lønnsforskjeller oppstår. Det er samtidig viktig at organisasjonen er konkurransedyktig mht. kompetanse på kort og lang sikt. En riktig balanse på disse områdene er også av vesentlig omdømmemessig betydning.

Administrerende direktør anser at gjeldende regionale retningslinjer for lønn til ledende ansatte supplert med en henvisning til Nærings- og fiskeridepartementets retningslinjer del II (Kommentarer) bidrar til denne balansen og sikrer at Sykehuset Telemark HF er tydelig og forutsigbar i forhold til statens forventninger til lederlønn.

Administrerende direktør anbefaler at det treffes vedtak i samsvar med dette.

Vedlegg

1. Forskrift om retningslinjer og rapport om godtgjørelse for ledende personer (Nærings- og fiskeridepartementet 11.12.2020)
2. Statens retningslinjer for lederlønn i selskaper med statlig eierandel (Nærings- og fiskeridepartementet 30.4.2021)



NORSK LOVTIDEND

Avd. I Lover og sentrale forskrifter mv.

Utgitt i henhold til lov 19. juni 1969 nr. 53.

Kunngjort 14. desember 2020 kl. 15.30

PDF-versjon 21. desember 2020

11.12.2020 nr. 2730

Forskrift om retningslinjer og rapport om godtgjørelse for ledende personer

Hjemmel: Fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet 11. desember 2020 med hjemmel i lov 13. juni 1997 nr. 45 om allmennaksjeselskaper (allmennaksjeloven) § 6-16a syvende ledd og § 6-16b sjette ledd og lov 6. desember 2019 nr. 77 om endringer i aksjelovgivningen mv. (langsiktig eierskap i noterte selskaper mv.) del VIII nr. 2.

I. Virkeområde mv.

§ 1. Virkeområde

- (1) Bestemmelsene i denne forskriften gjelder selskaper med aksjer tatt opp til handel på regulert marked.
- (2) Forskriften regulerer retningslinjer og rapport for godtgjørelse til ledende personer. Godtgjørelse som mottas i kraft av å være ansatt i selskapet, og ikke i kraft av å være ledende person, omfattes ikke av forskriften.

§ 2. Definisjoner

- (1) Godtgjørelse omfatter alle fordeler en person mottar i kraft av sin posisjon som ledende person i selskapet. Dette omfatter blant annet:
 1. basislønn,
 2. bonuser,
 3. tildeling av aksjer, tegningsretter, opsjoner og andre former for godtgjørelse som er knyttet til aksjer eller utviklingen av aksjekursen i selskapet eller i andre selskaper i samme konsern,
 4. pensjonsordninger, førtidspensjonsordninger og etterlønsordninger, og
 5. alle former for andre variable elementer i godtgjørelsen, eller særskilte ytelser som kommer i tillegg til basislønnen.
- (2) Regnskapsår forstås i denne forskriften som enten alminnelig eller avvikende regnskapsår, jf. lov 17. juli 1998 nr. 56 om årsregnskap m.v. § 1-7. Rapporten skal avgis for samme type regnskapsår som selskapet benytter.

§ 3. Unntak fra opplysningsplikten

- (1) Rapporten skal ikke inneholde personopplysninger som nevnt i Europaparlaments- og Rådsforordning (EU) 2016/679 av 27. april 2016 om vern av fysiske personer i forbindelse med behandling av personopplysninger og om fri utveksling av slike opplysninger samt om oppheving av direktiv 95/46/EF (personvernforordningen) artikkel 9 nr. 1.

(2) Styret skal sørge for at rapporten ikke inneholder opplysninger som viser til den enkelte ledende personens familiesituasjon.

(3) Opplysninger som er underlagt lovbestemt taushetsplikt omfattes ikke av rapporteringsplikten, og skal ikke offentliggjøres. Opplysninger som ikke kan gis uten uforholdsmessig skade på selskapet kan også unntas offentliggjøring, dersom det er nødvendig.

II. Retningslinjer for fastsettelse av godtgjørelse til ledende personer

§ 4. *Krav til innholdet i retningslinjene*

(1) Retningslinjene skal minst inneholde:

1. Forklaring av hvordan retningslinjene bidrar til selskapets forretningsstrategi, langsiktige interesser og økonomiske bæreevne.
2. Oversikt og beskrivelse av hvilken godtgjørelse som nevnt i § 2 første ledd som kan tildeles eller mottas av ledende personer, samt godtgjørelsens forholdsmessige andeler av samlet godtgjørelse som tildeles ledende personer.
3. Forklaring av hvordan lønn og ansettelsesvilkår for selskapets ansatte er hensyntatt ved utforming av retningslinjene.
4. Varigheten av avtaler og ordninger med ledende personer inkludert gjeldende oppsigelsesperioder, hovedelementene i ordninger med tilleggspensjon eller førtidspensjon, og oppsigelsesvilkår og betalinger knyttet til oppsigelse.
5. Beskrivelse av beslutningsprosessen som benyttes for å etablere, revidere og gjennomføre retningslinjene, herunder tiltak for å forebygge og håndtere interessekonflikter. Dersom godtgjørelse behandles i en komité, skal komitéens rolle i beslutningsprosessen beskrives.

(2) Inngår selskapet avtaler om variabel godtgjørelse, skal retningslinjene inneholde:

1. Tydelige, uttømmende og fullverdige kriterier for tildeling av variabel godtgjørelse.
2. Opplysninger om finansielle og ikke-finansielle resultatkrITERIER, herunder kriterier knyttet til selskapets samfunnsansvar og miljøpåvirkning når det er relevant.
3. Forklaring av hvordan resultatkrITERIERENE bidrar til selskapets forretningsstrategi, samt langsiktige interesser og økonomiske bæreevne.
4. Metode som skal benyttes for å avgjøre om kriteriene er oppfylt.
5. Opplysninger om eventuelle utsettelsesperioder og selskapets mulighet til å kreve tilbakebetalt variabel godtgjørelse.

(3) Tildeler selskapet avtaler og ordninger som nevnt i § 2 første ledd nr. 3, skal retningslinjene gi opplysninger om opptjeningsperiode og eventuell bindingsperiode for aksjer etter utløpet av opptjeningsperioden. Retningslinjene skal også forklare hvordan ordningen bidrar til å oppnå målene i første ledd nr. 1.

(4) Retningslinjene skal inneholde prosessuelle og materielle vilkår for styrets mulighet til midlertidig å fravike retningslinjene. Retningslinjene skal angi hvilke deler av retningslinjene som kan fravikes når det foreligger særlige omstendigheter som gjør det nødvendig å fravike retningslinjene for å ivareta selskapets langsiktige interesse og økonomiske bæreevne eller sikre selskapets levedyktighet.

§ 5. *Endring av retningslinjene*

Ved endringer i retningslinjene, skal vesentlige endringer beskrives og forklares i retningslinjene. Retningslinjene skal beskrive og forklare hvordan aksjeeiernes syn på retningslinjene,

generalforsamlingens avstemning og lønnsrapportene siden forrige avstemning over retningslinjene, er hensyntatt.

III. Rapport om godtgjørelse til ledende personer

§ 6. *Krav til innholdet i lønnsrapporten*

(1) Styret skal utarbeide en rapport om godtgjørelse som ledende personer har mottatt eller har til gode i løpet av det foregående regnskapsåret, jf. § 2 annet ledd. Rapporten skal omfatte godtgjørelse som tidligere, nåværende og fremtidige ledende personer har mottatt eller har til gode i løpet av ett regnskapsår. Informasjonen skal individualiseres per ledende person.

(2) Lønnsrapporten skal, når det er relevant, gi opplysninger om:

1. Samlet godtgjørelse vedkommende har mottatt eller har til gode i kraft av sin posisjon som ledende person i løpet av regnskapsåret, fordelt på bestanddel.
2. Faste og variable godtgjørelsers forholdsmessige andel.
3. Beskrivelse av hvordan samlet godtgjørelse er i overensstemmelse med retningslinjene, inkludert hvordan godtgjørelsen bidrar til selskapets langsiktige resultater og hvordan resultatkriteriene er anvendt.
4. Minst de fem siste regnskapsårs årlige endringer i samlet godtgjørelse, selskapets resultater og den gjennomsnittlige lønnen i selskapet på grunnlag av antall årsverk av andre ansatte i selskapet enn ledende personer.
5. Godtgjørelse mottatt fra foretak i samme konsern eller foretaksgruppe.
6. Antall aksjer, tegningsretter, aksjeopsjoner og andre former for godtgjørelse knyttet til aksjer eller utviklingene i selskapet eller andre foretak innenfor samme konsern eller foretaksgruppe som er tildelt eller tilbudt, samt de viktigste betingelsene for å utnytte opsjonene, herunder tegningskurs, tegningsfrist og eventuelle endringer av disse. Opplysningene skal være egnet til dokumentere om vilkårene er markedsmessige.
7. Selskapets bruk av adgang til å tilbakekreve variabel godtgjørelse fra ledende person som har mottatt eller har til gode slik godtgjørelse. Dette omfatter den ledende personens navn, vilkår for kravet og beløp som tilbakekreves. Selskapet kan velge hvorvidt årsaken til tilbakekrevingen skal oppgis.
8. Eventuelle unntak fra beslutningsprosessen ved fastsettelse av retningslinjer som nevnt i § 4 første ledd nr. 5, eller om retningslinjene er fraveket grunnet særlige omstendigheter som nevnt i § 4 fjerde ledd. Omstendigheten og hvilke deler av retningslinjene som er fraveket, skal i så tilfelle beskrives.

(3) Rapporten bør utarbeides i tråd med Europakommisjonens mal for rapporter om godtgjørelse.

IV. Overgangsregler og ikrafttredelse

§ 7. *Overgangsregler*

(1) Selskaper med ordinært regnskapsår skal vedta retningslinjer i tråd med krav i allmennaksjeloven § 6-16a og denne forskrift senest 1. oktober 2021. Selskaper med avvikende regnskapsår skal vedta retningslinjer i tråd med krav i lov og denne forskrift senest 1. januar 2022.

(2) Lønnsrapport skal senest forelegges ordinær generalforsamling i 2022.

§ 8. *Ikrafttredelse*

Forskriften trer i kraft 1. januar 2021.

Statens retningslinjer for lederlønn i selskaper med statlig eierandel

(fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet 30.4.2021¹)

DEL I

1 Formål og virkeområde

Statens forventninger til selskaper med statlig eierandel fremgår av eierskapsmeldingen.² Formålet med statens retningslinjer for lederlønn er å gi en oversikt over og utdypning av staten som eiers forventninger knyttet til godtgjørelse til ledende ansatte i selskaper med statlig eierandel.³ Statens forventninger gjelder hele konsernet.

Allmennaksjeloven §§ 6-16 a og 6-16 b med tilhørende forskriftsbestemmelser pålegger styrene i noterte selskaper å utarbeide retningslinjer for godtgjørelse til ledende personer (styrets retningslinjer) samt rapport om godtgjørelse til ledende personer (lønsrapport) som skal behandles av generalforsamlingen. I unoterte selskaper med statlig eierandel vil staten foreslå å fastsette i selskapets vedtekter at allmennaksjelovens bestemmelser om styrets retningslinjer og lønsrapport skal gjelde for selskapet.⁴

Statens retningslinjer viser hva staten vektlegger ved vurderinger av styrets retningslinjer og lønsrapport, herunder utforming av, nivå på og utvikling i godtgjørelsen til ledende ansatte.⁵ På generalforsamling vil staten i utgangspunktet stemme mot ordninger som er i strid med statens retningslinjer. Unntak kan f.eks. vurderes dersom avvik fra statens retningslinjer er godt nok begrunnet i styrets retningslinjer eller lønsrapport.

Statens retningslinjer består av generelle forventninger som knytter seg til all godtgjørelse som mottas av ledende ansatte og spesifikke forventninger til enkelte godtgjørelseselementer. I retningslinjenes del II er det utdypende kommentarer til forventningene for veiledning.

2 Generelle forventninger

Staten forventer at:

- A. Godtgjørelsen skal fremme oppnåelse av selskapets mål og bærekraftig verdiskaping for eierne, herunder at godtgjørelsen skal bidra til selskapets strategi, langsiktige interesser og økonomiske bæreevne.
- B. Godtgjørelsen er konkurransedyktig, men skal ikke være lønnsledende og hensynet til moderasjon skal ivaretas.
- C. Hovedelementet i en godtgjørelsesordning skal være fastlønnen.

¹ Retningslinjene erstatter retningslinjene datert 13.2.2015.

² P.t. Meld. St. 8 (2019-2020) *Statens direkte eierskap i selskaper – Bærekraftig verdiskaping*.

³ Som "ledende ansatte" anses daglig leder og øvrig ledergruppe i selskapet, samt eventuelt andre som regnes som "ledende ansatte", jf. regnskapsloven § 7-31b.

⁴ Dette vil ikke bli foreslått i selskaper som defineres som "små foretak" etter regnskapsloven § 1-6, med mindre det vurderes som hensiktsmessig. Dette vil heller ikke bli foreslått for Folketrygdfondet som allerede er underlagt verdipapirforskriftens bestemmelser om godtgjørelse gjennom mandat for forvaltningen av Statens pensjonsfond Norge, fastsatt av Finansdepartementet.

⁵ I selskaper hvor styret ikke utarbeider retningslinjer og lønsrapport, vurderer staten godtgjørelsesordningene gjennom annen informasjon.

- D. Godtgjørelsesordningene ikke er urimelige, gir uheldige virkninger for selskapet eller svekker dets omdømme.
- E. Selskapet skal være åpen om utforming av, nivå på og utvikling i godtgjørelsen til ledende ansatte, herunder at godtgjørelsesordningene er klart forståelige for eiere, ledende ansatte og andre interessenter.
- F. Styret redegjør for hvordan det følger opp statens retningslinjer i datterselskaper.⁶
- G. Styret tar eierskap til, og arbeider aktivt med, styrets retningslinjer om godtgjørelse til ledende ansatte, lønnsrapporten samt daglig leders godtgjørelse.

3 Spesifikke forventninger knyttet til enkelte godtgjørelseselementer

3.1 Bonus, aksjeprogrammer og opsjoner

Staten forventer at:

- A. Selskapet gir nok informasjon om den resultatavhengige godtgjørelsen i styrets retningslinjer til at det er mulig å vurdere om ordningen fremmer selskapets mål og strategier, virker insentiverende og er reelt variabel.
- B. Resultatavhengig godtgjørelse skal være basert på relevante, transparente og målbare kriterier.
- C. Maksimalt oppnåelig bonus ikke overstiger 50 pst. av fastlønn.
- D. Aksjeprogrammer⁷, herunder langtidssensitivordninger⁸ (LTI), har bindingstid⁹ på minst tre år, uavhengig av om den ledende ansatte fortsatt er ansatt i selskapet.
- E. Summen av oppnåelig bonus og aksjeprogrammer i noterte selskaper ikke overstiger 80 pst. av fastlønn.
- F. Opsjoner eller opsjonslignende ordninger ikke benyttes.
- G. Selskapet søker adgang til å kreve tilbake resultatbasert godtgjørelse som er tildelt på åpenbart feilaktig grunnlag eller villedende opplysninger fra vedkommende.

3.2 Pensjon

Staten forventer at:

- A. Pensjonsvilkår for ledende ansatte skal være på linje med øvrige ansattes vilkår i selskapet.
- B. Pensjonsgrunnlaget for alderspensjon ikke overstiger maksimalgrensen i de skattefaviserte kollektive pensjonsordningene i Norge (p.t. 12 G).
- C. Det ved avtaler om ytelsespensjon tas hensyn til eventuell ytelsespensjon som er opptjent fra andre stillinger og at samlet pensjonsutbetaling ikke overstiger 66 pst. av lønn opp til 12 G.
- D. Det ikke skal påløpe pensjonskostnader ut over hva som følger av en eventuell skattefavisert ytelsesordning når en leder ikke lenger er ansatt i selskapet.

3.3 Sluttvederlag¹⁰

Staten forventer at:

- A. Dersom selskapet inngår avtale om sluttvederlag, overstiger ikke avtalt sluttvederlag og lønn i oppsigelsestiden 12 månedslønner i sum.

⁶ Jf. asl/asal § 1-3 (3)

⁷ Med *aksjeprogram* menes ordninger med direkte aksjeeierskap uten foregående opsjon. Dette kan innebære at den ansatte får aksjer som betaling, rabatt ved aksjekjøp eller bonusutbetaling med betingelse om å kjøpe aksjer.

⁸ Langtidssensitivordninger (LTI) anses som et aksjeprogram. LTI er en prestasjonsbasert godtgjørelse hvor nettobeløpet etter skatt må investeres i selskapets aksjer med bindingstid.

⁹ Bindingstid etter tildeling av godtgjørelsen etter en eventuell opptjeningsperiode.

¹⁰ *Sluttvederlag* omfatter kompensasjon i tilknytning til fratredelse og kan inneholde etterlønn, arbeidsfrie perioder, andre finansielle ytelser og naturalytelser.

- B. Sluttvederlaget reduseres krone for krone dersom den ledende ansatte i sluttvederlagsperioden tiltrer ny stilling, får nye lønnede verv eller mottar inntekt fra næringsvirksomhet hvor vedkommende er aktiv eier.
- C. Dersom den ledende ansatte selv tar initiativ til å avslutte arbeidsforholdet, skal det ikke gis sluttvederlag.

4 ***Virkningstidspunkt og implementering***

Statens retningslinjer for lederlønn er fastsatt 30.04.2021. Staten forventer at statens retningslinjer er fulgt opp i styrets retningslinjer som legges frem for ordinær generalforsamling i 2022.

Del II – kommentarer

1 ***Innledning***

For å gi veiledning med hensyn til hva staten legger i forventningene som fremgår i retningslinjenes del I, gis utdypende kommentarer i del II. I kommentarene presiseres, utdypes og eksemplifiseres statens forventninger.

2 ***Kommentarer til generelle forventninger***

Staten forventer at:

- A. *Godtgjørelsen skal fremme oppnåelse av selskapets mål og bærekraftig verdiskaping for eierne, herunder at godtgjørelsen skal bidra til selskapets strategi, langsiktige interesser og økonomiske bæreevne.*

Statens mål som eier er høyest mulig avkastning over tid eller mest mulig effektiv oppnåelse av sektorpolitiske mål. Staten forventer at selskapet har en overordnet plan for bærekraftig verdiskaping, og utarbeider og implementerer tydelige mål og strategier for å realisere planen, se figur nedenfor. Gode godtgjørelsesordninger gjenspeiler selskapets mål og strategier, og dette er særlig relevant ved resultatavhengig godtgjørelse og insentivbaserte ordninger i form av bonus-, aksjeprogrammer e.l. For at resultatavhengig godtgjørelse skal kunne medvirke til oppnåelse av selskapets mål og bærekraftig verdiutvikling for eier, er det en forutsetning at det er en klar sammenheng mellom kriteriene for den resultatavhengige godtgjørelsen og selskapets mål og strategier.



Forventningsområder innenfor selskapets virksomhetsstyring

For at resultatavhengig godtgjørelse skal stimulere til ønsket adferd, bør resultatkriteriene både knyttes til selskapets overordnede mål og til målbare forhold som den enkelte kan

påvirke ved egen innsats. Avlønningen bør videre reflektere oppnådde resultater ut over det forventede. Resultatavhengig godtgjørelse skal gjenspeile verdiskaping for eier og ikke i praksis være et fastlønnselement. Når det f.eks. benyttes kvalitative kriterier i resultatavhengig godtgjørelse, er staten opptatt av at slike elementer ikke fører til at godtgjørelsen i praksis alltid utbetales. For noen noterte selskaper kan det å knytte kriteriene til verdiutvikling for eier til en referansegruppe, f.eks. konkurrenters aksjekursutvikling eller indekser, være formålstjenlig. Det gjør at ledende ansatte ikke får belønning for økt aksjekurs som skyldes eksterne faktorer de ikke har kontroll over, f.eks. endringer i råvarepriser. En slik utforming innebærer samtidig at ledende ansatte kan få belønning dersom selskapet presterer bedre enn sin referansegruppe selv om aksjekursen faller pga. eksterne faktorer. Det kan bidra til at ledende ansatte kontinuerlig motiveres til å prestere bedre enn sine konkurrenter.

Staten forventer at:

B. Godtgjørelsen er konkurransedyktig, men skal ikke være lønnsledende, og hensynet til moderasjon skal ivaretas.

Staten er opptatt av at godtgjørelsen til ledende ansatte er konkurransedyktig slik at selskapet får rekruttert og beholdt gode ledere. Samtidig skal godtgjørelsen ikke være lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper, og hensynet til moderasjon skal ivaretas. Dette innebærer bl.a. at godtgjørelsen ikke er høyere enn nødvendig for å tiltrekke og beholde ønsket kompetanse. Det er verken i selskapets eller eiernes interesse om selskapet betaler mer i godtgjørelse enn nødvendig. Videre kan moderasjon være vesentlig for å ivareta selskapets langsiktige interesser, blant annet ved å unngå at omdømmet svekkes gjennom at lønningene bidrar til urimelige forskjeller i selskapet og samfunnet for øvrig.

Godtgjørelsen til ledende ansatte fastsettes gjerne slik at den oppfyller to formål. Det ene er at godtgjørelsen er høy nok til at personen aksepterer stillingen. Det andre er at godtgjørelsen er innrettet slik at den motiverer til å maksimere måloppnåelse for eierne. For det første formålet vil det normalt bl.a. sees hen til forhold som erfaring, ansiennitet, kompetanse og lønnsbetingelser som er vanlige i andre, tilsvarende selskaper. Her kan det være relevant å se hen til en referansegruppe av sammenlignbare selskaper. Styret bør imidlertid være bevisst på at en eventuell bruk av slike referansegrupper kan ha en uheldig lønnsdrivende effekt, særlig hvis referansegruppen består av få selskaper, da høyere oppjustering i ett selskap kan medføre press på lederlønningene i de øvrige selskapene. Styret bør også ha et bevisst forhold til sammensetningen av en eventuell referansegruppe. For ledende ansatte som opererer i det norske lederlønnmarkedet bør det normalt sees hen til sammenlignbare *norske* selskaper i fastsettelsen av godtgjørelsen. Lederlønnnivået i Norge er lavt i internasjonal sammenheng. Dersom utenlandske selskaper inkluderes i en referansegruppe, kan dette presse opp lederlønningene uten at det er et reelt behov for det. Videre bør det være aktsomhet rundt å inkludere noterte selskaper i en referansegruppe for unoterte selskaper da det kan medføre unødig lønnsøkning i unoterte selskaper. For utenlandske ledende ansatte som opererer i lederlønnmarkedet utenfor Norge, vil staten ha forståelse for behovet for visse lokale tilpasninger som avviker fra statens forventning på enkelte godtgjørelseselementer.

Ved vurdering av moderasjon, kan forholdstallet mellom godtgjørelsen til ledende ansatte og øvrige ansatte i selskapet være relevant. Staten er bl.a. opptatt av at dette forholdstallet ikke øker uten god begrunnelse. Større forskjell i godtgjørelsen mellom ledende ansatte og øvrige ansatte i selskapet kan være uheldig bl.a. fordi det kan skade selskapets omdømme gjennom å medføre urimelige forskjeller i selskapet og i samfunnet for øvrig.

Staten er opptatt av at styret ivaretar hensynet til moderasjon også i forbindelse med endringer i godtgjørelsesordningene. For eksempel vil hensynet til moderasjon i liten grad ivaretas dersom økt bindingstid på aksjer i aksjeprogrammer kompenseres med større økning i samlet godtgjørelse. Et annet eksempel er eventuell økt fastlønn som følge av redusert pensjonsgodtgjørelse, men hvor økningen i fastlønnen i liten grad reflekterer moderasjon.

De enkelte godtgjørelseselementene skal vurderes både enkeltvis og samlet mot statens forventninger.

Staten forventer at:

D. Godtgjørelsesordningene ikke er urimelige, gir uheldige virkninger for selskapet eller svekker dets omdømme.

Godtgjørelsesordninger som er urimelige, gir uheldige virkninger for selskapet eller svekker dets omdømme, kan føre til at selskapet må bruke mye tid på å håndtere intern uro i selskapet, omtaler i media osv. på bekostning av andre oppgaver, noe som igjen kan gi svakere måloppnåelse.

Eksempler på godtgjørelsesordninger som kan utfordre denne forventningen er inngåelse av for gunstige rettavtaler, sluttvederlagsavtaler hvor vederlaget ikke faller bort dersom vilkårene for avskjed foreligger, høy bonusuttelling når aksjonæravkastningen eller annen måloppnåelse har vært svak og ekstra godtgjørelse på grunn av eksterne forhold som ledelsen ikke kan påvirke. Også særskilt godtgjørelse til ledende ansatte for styreverv i samme konsern vil typisk anses som urimelig. Staten er opptatt av åpenhet om begrunnelsen for eventuelle ordninger som kan fremstå som urimelige, slik at staten og andre interessenter kan vurdere ordningene.

Staten forventer at:

E. Selskapet skal være åpen om utforming av, nivået på og utvikling i godtgjørelsen til ledende ansatte, og at godtgjørelsesordningene er klart forståelige for eiere, ledende ansatte og andre interessenter.

Staten er opptatt av åpenhet om styrets vurderinger av statens forventninger, f.eks. hvordan godtgjørelsen bidrar til selskapets mål og hvordan styret ved fastsettelse og justering av godtgjørelsen ivaretar at godtgjørelsen er konkurransedyktig, men ikke lønnsledende samt hensynet til moderasjon.

Videre, for at eiere og andre interessenter skal kunne vurdere godtgjørelsen til ledende ansatte er det avgjørende med åpenhet om utformingen av, nivået på og utviklingen i godtgjørelsen til de ledende ansatte, herunder at ordningene er klart forståelige. Generelt oppleves særlig utformingen av resultatavhengig godtgjørelse, hva som skal til for å oppnå slik godtgjørelse og hvordan kriteriene vurderes i forbindelse med utbetaling, å være lite tilgjengelige. Kompliserte ordninger gjør at eiere, styret, ledende ansatte og andre må bruke uforholdsmessig mye tid på å forstå ordningene. En grunnleggende forutsetning for at resultatavhengig godtgjørelse skal insentivere mottaker, er at mottaker forstår hva som skal til for å øke uttellingen.

Det bør i styrets retningslinjer også komme klart frem hva som er potensiell maksimal utbetaling for hver enkelt deltaker i programmet.

Staten forventer at:

F. Styret redegjør for hvordan det følger opp statens retningslinjer i datterselskaper.

Statens forventninger gjelder hele konsernet.¹¹ Selskapets organisering av virksomheten vil med andre ord ikke være avgjørende for forventningenes anvendelse. Samtidig er det i henhold til selskapslovgivningens rollefordeling generalforsamlingen og styret i det enkelte selskap som skal følge opp selskapets lederlønn. På denne bakgrunn forventer staten at styret i morselskapet følger opp at statens forventninger blir fulgt opp i hele konsernet og at det på et generelt og overordnet nivå fremgår av styrets retningslinjer for morselskapet hvordan dette gjøres. Hvis relevant og dekkende kan det for eksempel forklares at hele eller deler av styrets retningslinjer for morselskapet også er gjort gjeldende for godtgjørelse til ledende ansatte i selskapets datterselskaper.

Staten har forståelse for at det kan være særlige hensyn i datterselskaper. For utenlandske datterselskaper vil det for eksempel kunne være behov for lokale tilpasninger som innebærer avvik fra statens forventninger. Dette gjelder særlig de spesifikke forventningene knyttet til enkelte godtgjørelseselementer.

Staten forventer at:

G. Styret tar eierskap til, og arbeider aktivt med, styrets retningslinjer om godtgjørelse til ledende ansatte, lønnsrapporten samt daglig leders godtgjørelse.

Staten er ikke representert i styrene i selskapene med statlig eierandel, og er derfor avhengig av at styrene følger opp statens forventninger. Dersom utformingen og fastsettelsen av godtgjørelsesordningene i praksis delegeres til administrasjonen, kan dette gi uheldig press på godtgjørelsesordningene, f.eks. gjennom for enkelt oppnåelig resultatavhengig godtgjørelse. Styret bør bl.a. ta hensyn til at administrasjonen består av ansatte som også selv kan bli direkte berørt av fastsettelsen av godtgjørelsesordningene, og at disse ofte rapporterer til konsernledelsen og/eller daglig leder. Staten vil som hovedregel ha dialog om lederlønn direkte med styret.

3 *Kommentarer til spesifikke forventninger til enkelte godtgjørelseselementer*

Nedenfor følger spesifikke forventninger og tilhørende kommentarer knyttet til enkelte godtgjørelseselementer. Det gjøres oppmerksom på at disse må vurderes i sammenheng med de generelle forventningene og kommentarene ovenfor.

3.1 *Bonus, aksjeprogrammer og opsjoner*

Staten forventer at:

- A. Selskapet gir nok informasjon om den resultatavhengige godtgjørelsen i styrets retningslinjer til at det er mulig å vurdere om ordningen fremmer selskapets mål og strategier, virker insentiverende og er reelt variabel.
- B. Resultatavhengig godtgjørelse skal være basert på relevante, transparente og målbare kriterier.
- C. Maksimalt oppnåelig bonus ikke overstiger 50 pst. av fastlønn.

¹¹ Jf. asl/asal § 1-3.

- D. Aksjeprogrammer¹², herunder langtidsinsentivordninger¹³ (LTI), har bindingstid¹⁴ på minst tre år, uavhengig av om den ledende ansatte fortsatt er ansatt i selskapet.
- E. Summen av oppnåelig bonus og aksjeprogrammer i noterte selskaper ikke overstiger 80 pst. av fastlønn.
- F. Opsjoner eller opsjonslignende ordninger ikke benyttes.
- G. Selskapet søker adgang til å kreve tilbake resultatbasert godtgjørelse som er tildelt på åpenbart feilaktig grunnlag eller villedende opplysninger fra vedkommende.

Gode godtgjørelsesordninger gjenspeiler selskapets mål og strategier slik at det skapes et interessefellesskap mellom eiere og ledende ansatte. Resultatavhengig godtgjørelse, insentivbaserte ordninger i form av bonus-, aksjeprogrammer e.l., er særlig relevant i denne sammenheng. Det vises til forventning 2A og 2E og kommentarene til disse for en nærmere beskrivelse av statens forventninger knyttet til utforming av resultatavhengig godtgjørelse, herunder kriteriene som benyttes. Statens forventning om maksimal størrelse på resultatavhengig godtgjørelse bidrar til å begrense eventuelle negative virkninger av ordninger som ikke sammenfaller med eiernes mål, jf. kommentarer til avsnitt 2G.

Staten er en langsiktig eier, som er opptatt av verdiutvikling over tid. Formålet med aksjeprogrammer med bindingstid, som langtidsinsentivordninger (LTI), er å bidra til langsiktig verdiutvikling gjennom at ledende ansatte eier aksjer i selskapet som ikke kan selges før bindingstiden har utløpt. Slike ordninger kan bidra til større sammenfall i interesser mellom eier og ledelse. Særlig for daglig leder, som antas å kunne påvirke aksjekursen mest gjennom sitt helhetlige ansvar for selskapet, kan en større andel LTI være mer hensiktsmessig. For noterte selskaper kan staten derfor støtte at rammen for aksjeprogrammer økes ut over den tidligere rammen på 30 pst. av fastlønn. Dette gjelder kun hvis rammen for bonus reduseres tilsvarende, slik at summen av bonus og aksjeprogrammer, som tidligere, ikke overstiger 80 pst. av fastlønn. Maksimalt oppnåelig bonus skal fortsatt ikke overstige 50 pst. av fastlønn. Også når det gjelder en eventuell endring i fordeling mellom bonus og LTI til fordel for LTI er staten opptatt av at den endrede ordningen er basert på relevante, transparente og målbare kriterier og at den vil fremme selskapets mål og strategier, virke insentiverende og være reelt variabel. Staten forventer bindingstid på minst tre år på aksjeprogrammer, men oppfordrer til lengre bindingstid. For at formålet med aksjeprogrammer ikke skal undergraves forventer staten at bindingstiden på aksjene overholdes også hvis arbeidsforholdet avsluttes i bindingsperioden, med mindre aksjene, eller markedsverdien av aksjene ved arbeidsforholdets sluttidspunkt, tilbakebetales av den ledende ansatte på sluttidspunktet.

Aksjeeierskap kan være egnet til å styrke interessefellesskapet mellom eiere og ledende ansatte. Staten er derfor positiv til aksjeeierskap i noterte selskaper også ut over det ledende ansatte eventuelt får gjennom aksjeprogrammer, f.eks. ved at en andel av et annet godtgjørelseselement, som fastlønn eller bonus, investeres i selskapets aksjer. Dette anses ikke som et aksjeprogram.

Aksjespareprogrammer for alle ansatte omfattes også av statens retningslinjer i den grad de benyttes av ledende ansatte. Det betyr at ledende ansattes deltakelse i alle former for

¹² Med *aksjeprogram* menes ordninger med direkte aksjeeierskap uten foregående opsjon. Dette kan innebære at den ansatte får aksjen som betaling, rabatt ved aksjekjøp eller bonusutbetaling med betingelse om å kjøpe aksjer. Såkalte langtidsinsentivordninger (LTI) anses som et aksjeprogram.

¹³ En prestasjonsbasert godtgjørelse hvor nettobeløpet etter skatt må investeres i selskapets aksjer med bindingstid.

¹⁴ Bindingstid etter tildeling av godtgjørelsen etter en eventuell opptjeningsperiode.

aksjepareprogrammer skal ha en bindingstid på minst tre år og verdien av aksjespareprogrammet skal være inkludert i rammen på 80 pst. av fastlønn.

Staten vil i utgangspunktet kun støtte aksjeprogrammer i noterte selskaper. Det kan imidlertid unntaksvis være helt spesielle tilfeller hvor aksjebasert godtgjørelse kan være formålstjenlig for unoterte selskaper i kategori 1 og 2 innenfor rammen for bonus på 50 pst. av fastlønn. Staten vil ved eventuelle konkrete forslag fra styret vurdere om den kan støtte aksjebasert godtgjørelse basert på om det er klart i eiers interesse.

Resultatavhengig godtgjørelse er normalt krevende å utforme på en god måte i selskaper i kategori 3, hvor staten søker mest mulig effektiv oppnåelse av sektorpolitiske mål. Det kan bl.a. være krevende å finne gode kriterier som gjenspeiler selskapets og dermed eiers mål. Det kan imidlertid unntaksvis være tilfeller hvor bonusordninger i selskaper i kategori 3 er hensiktsmessige, og staten vil ved konkrete forslag fra styret vurdere om den kan støtte resultatavhengig godtgjørelse basert på om det er i eiers interesse.

3.2 Pensjon

Staten forventer at:

- A. Pensjonsvilkår for ledende ansatte skal være på linje med øvrige ansattes vilkår i selskapet.
- B. Pensjonsgrunnlaget for alderspensjon ikke overstiger maksimalgrensen i de skattefaviserte kollektive pensjonsordningene i Norge (p.t. 12 G).
- C. Det ved avtaler om ytelsespensjon tas hensyn til eventuell ytelsespensjon som er opptjent fra andre stillinger og at samlet pensjonsutbetaling ikke overstiger 66 pst. av lønn opp til 12 G.
- D. Det skal ikke påløpe pensjonskostnader ut over hva som følger av en eventuell skattefavisert ytelsesordning når en leder ikke lenger er ansatt i selskapet.

Forventningen om at pensjonsvilkår for ledende ansatte er på linje med øvrige ansattes vilkår i selskapet innebærer bl.a. at særskilte ordninger for ledende ansatte som førtidspensjon og kort opptjeningstid som gir gunstige utbetalinger, ikke er i tråd med statens forventning.

Staten har siden 2015 ikke støttet pensjonsgrunnlag for alderspensjon som overstiger maksimalgrensen i de skattefaviserte kollektive pensjonsordningene i Norge (p.t. 12 G). Dette innebærer at pensjoner ikke finansieres over selskapets egen drift, som innebærer en stor langsiktig kostnad. Forventningen støtter også opp under hovedprinsippet om at fastlønn bør være hovedelementet i en godtgjørelsesordning. Videre vil en ramme på 12 G bidra til økt åpenhet om nivået på lederlønningene. Pensjon synes i mindre grad å påvirke innsats og motivasjon enn lønn som mottas i dag eller i nær fremtid. Høye pensjonskostnader kan derfor koste mer for selskapet enn det gir i opplevd lønnseffekt for mottakeren.

Det er få selskaper som tilbyr sine ansatte ytelsespensjon. Omtalen i punkt 3.2. C er beholdt ettersom det fremdeles er en del ledende ansatte som har slike avtaler.

3.3 Sluttvederlag¹⁵

Staten forventer at:

- A. Dersom selskapet inngår avtale om sluttvederlag, overstiger ikke avtalt sluttvederlag og lønn i oppsigelsestiden 12 månedslønner i sum.
- B. Sluttvederlaget reduseres krone for krone dersom den ledende ansatte i sluttvederlagsperioden tiltrer ny stilling, får nye lønnede verv eller mottar inntekt fra næringsvirksomhet hvor vedkommende er aktiv eier.
- C. Dersom den ledende ansatte selv tar initiativ til å avslutte arbeidsforholdet, skal det ikke gis sluttvederlag.

Staten er opptatt av at selskapet ikke skal betale urimelige vederlag til ansatte som forlater selskapet. Samtidig er det klart at situasjoner hvor det er aktuelt å betale sluttvederlag kan ha mange aspekter. Sluttvederlag som overstiger 12 måneders fastlønn inkludert oppsigelsestid vil sjelden være rimelig og i samsvar med hensynet til moderasjon. Videre er det urimelig dersom vedkommende får sluttvederlag samtidig med inntekt fra andre stillinger, verv eller for øvrig mottar inntekt som gir eller erstatter arbeidsinntekt. Med "verv" menes profesjonelle verv.

4 Virkningstidspunkt og implementering

Statens retningslinjer for lederlønn er fastsatt 30.4.2021. Staten forventer at statens retningslinjer er fulgt opp i styrets retningslinjer som legges frem for ordinær generalforsamling i 2022.

Staten har forståelse for at det kan være krevende å endre godtgjørelsesavtaler som er i strid med disse retningslinjene, men som er inngått før fastsettelsen retningslinjene. Når det gjelder hvilke avtaler som anses å være inngått etter fastsettelsen av retningslinjene, anser staten en reforhandlet avtale i forbindelse med en ny stilling som en ny avtale. Et eksempel er dersom en ledende ansatt skifter stilling i konsernledelsen og i den forbindelse reforhandler sine vilkår. I et slikt tilfelle vil statens forventninger gjelde, herunder rammen på 12 G for pensjon, i forbindelse med reforhandlingen av avtalen.

¹⁵ *Sluttvederlag* omfatter kompensasjon i tilknytning til fratredelse og kan inneholde etterlønn, arbeidsfrie perioder, andre finansielle ytelser og naturalytelser.

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	25. mai 2022

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

Sak: 058 – 2022

Protokoll fra foretaksmøte 6. mai 2022

Den 6. mai 2022 ble det avholdt foretaksmøte i Sykehuset Telemark HF. Møtet ble gjennomført digitalt, som felles foretaksmøte for helseforetakene i Helse Sør-Øst. På dagsorden var «*Beredskap for å håndtere covid-19-pandemien framover*»

Forslag til vedtak

Styret tar *protokoll* fra foretaksmøte i Sykehuset Telemark HF 6. mai 2022 til etterretning.

Skien, 16. mai 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

1. Bakgrunn for saken

Den 6. mai 2022 ble det avholdt digitalt foretaksmøte i Sykehuset Telemark HF. Møtet ble gjennomført som felles foretaksmøte for helseforetakene i Helse Sør-Øst. På dagsorden var «Beredskap for å håndtere covid-19-pandemien framover».

Foretaksmøtet vedtok følgende:

- *Helseforetaket skal legge regjeringens oppdaterte strategi og beredskapsplan for videre håndtering av covid-19-pandemien til grunn.*
- *Kapasitet for PCR-analyser skal inntil videre tilsvare mulighet til å analysere prøver av én prosent av befolkningen per uke.*

2. Saksfremstilling

Utgangspunktet for den videre håndteringen av pandemien er at samfunnet skal tilbake til en normalsituasjon, men at det skal følges tett med på utviklingen og reageres raskt dersom det er behov for det. Regjeringen legger på denne bakgrunn til grunn at håndteringen innrettes som en leve-med-strategi.

Sykehuset Telemark følger opp foretakets vedtak i møte 6. mai 2022 i Sykehuset Telemark og har tilnærmet normalisert driften.

Vedlegg:

- Protokoll fra foretaksmøte 6. mai 2022

**PROTOKOLL
FRA
FORETAKSMØTE I SYKEHUSET TELEMARKE HF**

Fredag 6. mai 2022 klokken 11:30 ble det avholdt foretaksmøte i Sykehuset Telemark HF. Møtet ble gjennomført digitalt, som felles foretaksmøte for helseforetakene i Helse Sør-Øst.

Dagsorden:

1. Foretaksmøtet konstitueres
2. Dagsorden
3. Beredskap for å håndtere covid-19-pandemien framover

Til stede var:

Helse Sør-Øst RHF, 100 % eier av foretaket, representert ved administrerende direktør Terje Rootwelt, på fullmakt for styreleder Svein Gjedrem. Han ledet også møtet.

I tillegg møtte fra administrasjonen i Helse Sør-Øst RHF:

Eierdirektør Tore Robertsen, som også førte protokollen

Fra styret i Sykehuset Telemark HF møtte:

Styreleder Anne Biering

I tillegg møtte fra administrasjonen i Sykehuset Telemark HF:

Administrerende direktør Tom Helge Rønning

Foretakets revisor var varslet i samsvar med helseforetaksloven.

Riksrevisjonen var varslet i samsvar med riksrevisjonsloven.

Sak 1: Foretaksmøtet konstitueres

Som øverste eiermyndighet og møteleder ønsket administrerende direktør Terje Rootwelt velkommen og spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

Styreleder Anne Biering ble valgt til å underskrive protokollen sammen med møteleder.

Foretaksmøtet vedtok:

Innkallingen godkjennes. Foretaksmøtet er lovlig satt.

Sak 2: Dagsorden

Administrerende direktør Terje Rootwelt spurte om noen hadde merknader til den utsendte dagsorden. Det var ingen merknader til dagsorden.

Foretaksmøtet vedtok:

Dagsorden godkjennes.

Sak 3: Beredskap for å håndtere covid-19-pandemien framover

Det ble vist til felles foretaksmøtet for helseforetakene i Helse Sør-Øst 16. desember 2021 hvor helseforetakene ble bedt om å opprettholde en økt beredskap knyttet til å håndtere covid-19-pandemien ut april 2022. [Regjeringens strategi og beredskapsplan for håndteringen av covid-19-pandemien](#) ble oppdatert 5. april 2022.

Utgangspunktet for den videre håndteringen av pandemien er at samfunnet skal tilbake til en normalsituasjon, men at det skal følges tett med på utviklingen og reageres raskt dersom det er behov for det. Den nåværende trusselen fra pandemien i Norge er liten. Dette skyldes at befolkningen i stor grad er beskyttet mot alvorlig sykdom som følge av vaksinasjon, gjennomgått infeksjon eller begge deler, og at omikronvarianten av viruset som nå dominerer gjennomgående gir mindre alvorlig sykdom. Erfaringer fra pandemien viser at det fortsatt er usikkerhet om smitteutviklingen. Det er derfor fortsatt behov for beredskap for å møte en situasjon med en ny virusvariant, med andre egenskaper når det gjelder sykdomsalvorlighet og spredningsevne. Regjeringen legger på denne bakgrunn til grunn at håndteringen innrettes som en leve-med-strategi.

Helseforetakene har nå erfaringer med å håndtere covid-19-pandemien, det er lagt planer for å skalere opp kapasiteten og det er etablert beredskapslagre for smittevernustyr og legemidler. De regionale helseforetakene har også fått i oppdrag å utrede videre organisering av nasjonalt lager for smittevernustyr.

Fra mai legges det til grunn at helseforetakene i størst mulig grad skal drive som normalt. Det skal legges vekt på arbeidet med å ta igjen utsatt behandling. Samtidig skal det være beredskap for en smittebølge gjennom høsten og vinteren. Dette gjelder særlig med tanke på analysekapasitet, fleksibilitet til å øke intensivkapasiteten og vaksinasjon av egne ansatte. Foretaksmøtet viste til at det er gitt et oppdrag til de regionale helseforetakene om å vurdere behov for å øke intensivkapasiteten og tiltak på kort og lang sikt med frist for statusrapport 15. juni. Når det gjelder kapasitet for PCR-analyser, skal denne inntil videre tilsvare mulighet til å analysere prøver av én prosent av befolkningen per uke. Det skal foreligge planer for å raskt kunne oppskalere analysekapasiteten, inkludert planer for omdisponering av personell.

Foretaksmøtet vedtok:

1. Helseforetaket skal legge regjeringens oppdaterte strategi og beredskapsplan for videre håndtering av covid-19-pandemien til grunn.
2. Kapasitet for PCR-analyser skal inntil videre tilsvare mulighet til å analysere prøver av én prosent av befolkningen per uke.

Møtet ble hevet klokken 11:45.

Oslo, 6. mai 2022.

Administrerende direktør
Terje Rootwelt
Helse Sør-Øst RHF

Styreleder Anne Biering
Sykehuset Telemark HF

Protokollen er elektronisk godkjent og har derfor ikke håndskrevne signaturer

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	25. mai 2022

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

Sak: 059 – 2022

Brukerutvalgets leders orientering

Brukerutvalgets leder gir i hvert møte en muntlig orientering om aktuelle saker og temaer som styret bør være kjent med.

Forslag til vedtak

Styret tar redegjørelsen til orientering.

Skien, 16. mai 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Vedlegg: Ingen

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	25. mai 2022

Type sak (sett kryss)						
Beslutning		Etterretning		Orientering	X	Tema

Sak: 060 – 2022

Styrets årsplan 2022 - oppdatert

Som ledd i virksomhetsstyringen ved Sykehuset Telemark HF utarbeides det en plan for styrets arbeid for det enkelte år. Styrets årsplan 2022 arbeidstidfester styremøter, styreseminar og kjente foretaksmøter. Planen gir oversikt over de viktigste kjente sakene, som skal behandles i hvert av styremøtene i løpet av året og ble vedtatt av styret i desember 2021 (sak 088-2021).

Det legges fram oppdatering av årsplanen i hvert styremøte. Ytterligere saker vil således tilkomme etter hvert i løpet av året.

Forslag til vedtak

Styret slutter seg til oppdatert styrets årsplan 2022.

Skien, 16. mai 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Vedlegg:

- Styrets årsplan 2022 - oppdatert

Årsplan 2022 for styret i Sykehuset Telemark

Ajourført per 16. mai 2022

Styremøter 2022			
Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
Ekstraordinært styremøte 19. januar Kl. 0900 – 1200 Direktørens møterom/Skype	<ul style="list-style-type: none">Høringsdokument Sykehuset Telemarks utviklingsplan 2035		
Styremøte 15. februar Kl. 0830 – 1330 Skype-møte	<ul style="list-style-type: none">Godkjenning av innkalling og sakslisteGodkjenning av protokollÅrlig melding 2021	<ul style="list-style-type: none">Driftsorienteringer fra ADVirksomhetsrapport per 3. tertial 2021Virksomhetsrapport per januarFramtidige driftsavtaler for ambulansedriftOverordnet HMS mål- og handlingsplan 2022Hvordan sikrer Sykehuset Telemark tilgang på kvalifiserte fagpersonerÅrlig erklæring om ledernes ansettelsesvilkårStyresaker i Sykehuset Telemark HF - status og oppfølgingStyrets årsplan 2022 - oppdatert	
Styremøte 25. mars Kl. 0930 – 1530 Clarion Collection Hotel Bryggeparken, Langbryggen 7, 3724 Skien	<ul style="list-style-type: none">Godkjenning av innkalling og sakslisteGodkjenning av protokollÅrsregnskap og årsberetning 2021Protokoll fra foretaksmøte 15. og 16. februar og oppdragsdokument 2022Internrevisjon resultater 2021 og plan 2022	<ul style="list-style-type: none">Driftsorienteringer fra ADVirksomhetsrapport per februarStatus økonomisk langtidsplanForprosjekt Utbygging Somatikk SkienVarslingsutvalgets årsrapport 2021Forskningsåret 2021Nytt fra forskningStyrets årsplan 2022 - oppdatert	<ul style="list-style-type: none">Styrets egenevaluering – lukket møte

Årsplan 2022 for styret i Sykehuset Telemark

Ajourført per 16. mai 2022

Styremøter 2022			
Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
Styremøte 27. april Kl. 0930 – 1700 Vrangfoss møterom	<ul style="list-style-type: none">• Godkjenning av innkalling og saksliste• Godkjenning av protokoll• Sykehuset Telemark - Utviklingsplan 2035• Økonomisk langtidsplan 2023-2026• Møteplan for styret 2023• Fullmakter ved STHF• Protokoll fra foretaksmøte 31. mars 2022	<ul style="list-style-type: none">• Driftsorienteringer fra AD• Virksomhetsrapport per mars• Årsrapport 2021 HMS• Forprosjekt Utbygging Somatikk Skien• Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark• Status pågående arbeid fritt behandlingsvalg• Årsmelding 2021 Pasient- og brukerombudet i Telemark• Styrking av tilbudet innen psykisk helsevern – arealmessige og driftsmessige konsekvenser• Brukerutvalgets leders orientering• Styrets årsplan 2022 - oppdatert	
Styremøte 25. mai Kl. 0930 – 1530 Vrangfoss møterom	<ul style="list-style-type: none">• Godkjenning av innkalling og saksliste• Godkjenning av protokoll• Styreinstruks og instruks for administrerende direktør i Sykehuset Telemark• Styrende dokumenter for Sykehuset Telemark HF i 2022• Nye retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse for ledende ansatte• Protokoll foretaksmøte 6. mai 2022	<ul style="list-style-type: none">• Driftsorienteringer fra AD• Virksomhetsrapport per 1. tertial• Forprosjekt Utbygging Somatikk Skien• Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark• Uønskede pasienthendelser 2021 - statistikk og analyse (NOKUP)• Oppfølging av alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser 2021• Samdata 2020• Resultat ForBedring 2022• Brukerutvalgets leders orientering• Styrets årsplan 2022 - oppdatert	

Årsplan 2022 for styret i Sykehuset Telemark

Ajourført per 16. mai 2022

Styremøter 2022			
Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
Styremøte 23. juni Kl. 0930 - 1530 Vrangfoss møterom	<ul style="list-style-type: none">• Godkjenning av innkalling og saksliste• Godkjenning av protokoll• Protokoll fra foretaksmøte 1. juni• Styrking av psykiatritilbudet	<ul style="list-style-type: none">• Driftsorienteringer fra AD• Forprosjekt Utbygging Somatikk Skien• Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark• Virksomhetsrapport per mai• Helsefelleskapet i Telemark – årsrapport 2021• Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar• Årsrapport kreft• Styrets årsplan 2022 - oppdatert	<ul style="list-style-type: none">• Styrets felles møte med BU• Styrets egenevaluering – lukket møte
Styremøte 21. september Kl. 0930 - 1530 Vrangfoss møterom	<ul style="list-style-type: none">• Godkjenning av innkalling og saksliste• Godkjenning av protokoll• Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2023• Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2022	<ul style="list-style-type: none">• Driftsorienteringer fra AD• Virksomhetsrapport per 2. tertial• Forprosjekt Utbygging Somatikk Skien• Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark• Status forbedringsprosjekter• Status oppdrag og bestilling 2022 STHF• Styresaker i Sykehuset Telemark HF - status og oppfølging• Brukerutvalgets leders orientering• Styrets årsplan 2022 - oppdatert	
Styremøte 26. oktober Kl. 0930 - 1530 Notodden sykehus	<ul style="list-style-type: none">• Godkjenning av innkalling og saksliste• Godkjenning av protokoll• Årlig evaluering AD	<ul style="list-style-type: none">• Driftsorienteringer fra AD• Virksomhetsrapport per september• Forprosjekt Utbygging Somatikk Skien• Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark	<ul style="list-style-type: none">• Sommerferieplanlegging 2023

Årsplan 2022 for styret i Sykehuset Telemark

Ajourført per 16. mai 2022

Styremøter 2022			
Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
		<ul style="list-style-type: none">• Status revisjon STHFS strategi 2023-2025• Status budsjett 2023• Kvalitetsregistre og kvalitetsindikatorer• Ledelsens gjennomgang 2022• Brukerutvalgets leders orientering• Styrets årsplan 2022 - oppdatert	
Styremøte 14. desember Kl. 0930 - 1530 Vrangfoss møterom	<ul style="list-style-type: none">• Godkjenning av innkalling og sakliste• Godkjenning av protokoll• Budsjett 2023• USS - Beslutning om å fremme Forprosjekt til B4 beslutning i HSØ• Godkjenning av Sykehuset Telemarks strategi 2023-2025• Styrets årsplan 2022 - oppdatert 2023	<ul style="list-style-type: none">• Virksomhetsrapport per november• Forprosjekt Utbygging Somatikk Skien• Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark• Overordnet HMS mål- og handlingsplan 2023• Nytt fra forskning• Status forbedringsprosjekter• Brukerutvalgets leders orientering	<ul style="list-style-type: none">• Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring – status 2022/prioriteringer 2023

Årsplan 2022 for styret i Sykehuset Telemark

Ajourført per 16. mai 2022

Foretaksmøter og styreseminar:

Årlige faste foretaksmøter: Februar og mai/juni

Styreseminar: 22. juni	Strategi sykehuset Telemark
21. september	
26. oktober	Felles styreseminar for styrene i Sykehuset i Vestfold og i Sykehuset Telemark
14. desember	Årlig egenevaluering av styrets arbeid og arbeidsform

Møteprotokoll

Styre: Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Digitalt
Dato: Onsdag 30. mars 2022
Tidspunkt: Kl 18:00 - 19:00

Følgende styremedlemmer møtte:

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

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Terje Rootwelt
Spesialrådgiver Hilde Jacobsen
Eierdirektør Tore Robertsen, økonomidirektør Hanne Gaaserød

Saker som ble behandlet:

040-2022	Godkjenning av innkalling og sakliste
----------	---------------------------------------

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret godkjenner innkalling og sakliste til ekstraordinært styremøte 30. mars 2022.

041-2022	Vestre Viken HF, Nytt sykehus i Drammen. Kontraktsmessige forhold
----------	---

Saken ble behandlet i lukket møte jf. helseforetaksloven § 26a

Styrets vedtak fremgår i B-protokoll

Møtet hevet kl. 18:55

Hamar, 30. mars 2022

Svein I. Gjedrem
styreleder

Nina Tangnæs Grønvold
nestleder

Kirsten Brubakk

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Einar Lunde

Harald Vaagaasar Nikolaisen

Peder Kristian Olsen

Lasse Sølvberg

Kristin Vinje

Hilde Jacobsen
styresekretær

Møteprotokoll

Styre: Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Digitalt
Dato: Onsdag 13. april 2022
Tidspunkt: Kl 09:00 - 10:00

Følgende styremedlemmer møtte:

Svein I. Gjedrem	Styreleder	
Nina Tangnæs Grønvold	Nestleder	
Kirsten Brubakk		
Christian Grimsgaard	Forfall	Vara: Irene Kronkvist
Bushra Ishaq	Forfall	
Einar Lunde		
Harald Vaagaasar Nikolaisen	Deltok ikke	
Peder Kristian Olsen		
Lasse Sølvsberg		
Kristin Vinje		

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Terje Rootwelt
Spesialrådgiver Hilde Jacobsen
Eierdirektør Tore Robertsen, økonomidirektør Hanne Gaaserød

Saker som ble behandlet:

042-2022	Godkjenning av innkalling og sakliste
----------	---------------------------------------

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret godkjenner innkalling og sakliste til ekstraordinært styremøte 13. april 2022.

043-2022	Oslo universitetssykehus HF: Livsvitenskapsbygget, kontraktsmessige forhold (<i>unntatt offentlighet</i>)
----------	---

Saken ble behandlet i lukket møte jf. helseforetaksloven § 26a

Styrets vedtak fremgår i B-protokoll

Møtet hevet kl. 09:35

Hamar, 13. april 2022

Svein I. Gjedrem
styreleder

Nina Tangnæs Grønvold
nestleder

Kirsten Brubakk

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Einar Lunde

Harald Vaagaasar Nikolaisen

Peder Kristian Olsen

Lasse Sølvberg

Kristin Vinje

Hilde Jacobsen
styresekretær

Møteprotokoll

Styre: Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Hamar
Dato: Onsdag 27. april 2022
Tidspunkt: Kl 11:30 – 19:00

Følgende styremedlemmer møtte:

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

Fra brukerutvalget møtte:

Aina Nybakke
Odvar Jacobsen

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Terje Rootwelt
Spesialrådgiver Hilde Jacobsen
Viseadministrerende direktør Jan Frich, eierdirektør Tore Robertsen, økonomidirektør Hanne Gaaserød, direktør teknologi og e-helse Rune Simensen, direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø, konserndirektør Atle Brynestad og kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande

Saker som ble behandlet:

044-2022	Godkjenning av innkalling og sakliste
-----------------	--

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og sakliste til styremøte 27. april 2022.

045-2022	Godkjenning av protokoll og B-protokoll fra styremøte 10. mars, protokoll og B-protokoll fra ekstraordinært styremøte 30. mars 2022 og protokoll og B-protokoll fra ekstraordinært styremøte 13. april 2022
-----------------	--

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Protokoll og B-protokoll fra styremøte 10. mars, protokoll og B-protokoll fra ekstraordinært styremøte 30. mars og protokoll og B-protokoll fra ekstraordinært styremøte 13. april 2022 godkjennes.

046-2022	Virksomhetsrapport per februar 2022
-----------------	--

Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapport for februar 2022.

Kommentarer i møtet

Det vises til styrets kommentarer under behandling av sak 047-2022.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar virksomhetsrapport per februar 2022 til etterretning.

047-2022	Virksomhetsrapport per mars 2022
----------	----------------------------------

Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapport for mars 2022.

Kommentarer i møtet

Styret peker på det fortsatt er behov for å ha særskilt oppmerksomhet på utviklingen innen psykisk helsevern, særlig for barn og unge. Styreleder vil sammen med administrasjonen vurdere hensiktsmessige tiltak for den videre oppfølgingen av arbeidet innen psykisk helsevern. Styret vil bli holdt løpende orientert om iverksatte tiltak og utviklingen på området gjennom den løpende virksomhetsrapporteringen.

Styret merker seg at det fra 2022 er gjort endringer i hvordan man måler utviklingen innen psykisk helsevern. Styret har en særskilt oppmerksomhet på utviklingen på området og forventer at prioriteringen av psykisk helsevern også skal synliggjøres gjennom økt ressursbruk og reduserte ventetider og avvsningsrater.

Styret ber om å få forelagt en bredere oversikt over leveransepresisjonen hos Sykehuspartner HF som gir en tydeligere fremstilling av hvor utfordringene er størst.

Styret diskuterte kravet til Sykehuspartner HF om mål for andel innleide ressurser i prosjekter og pekte på at det er viktig å finne frem til en god balanse mellom innleide ressurser og å bygge nødvendig kompetanse i Sykehuspartner HF.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport per mars 2022 til etterretning.

048-2022	Årsberetning, årsregnskap og spesialisthelsetjenestens felles rapport for samfunnsansvar 2021
----------	---

Oppsummering

Årsberetning og årsregnskap 2021 med noter legges fram til behandling av styret i Helse Sør-Øst RHF.

I tillegg legges spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar for 2021 fram for styret til orientering.

Kommentarer i møtet

Styret er tilfreds med at det er en god økonomiforvaltning i helseforetakene i foretaksgruppen.

Styret vektla under behandlingen av saken at det til tross for pandemi er levert gode resultater på flere områder. Særlig vektla styret den gode innsatsen ansatte og ledere har lagt ned over lang tid, og ba om at dette ble presisert i vedtaket. Styret ba samtidig om at det gjøres enkelte justeringer basert på diskusjonen i møtet.

Styret merker seg revisors bemerkninger fra den gjennomførte IT- revisjonen av ERP knyttet til utviklingen i mengden kritiske tilganger til ERP og ber om at utviklingen på området følges tett fremover.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret godkjenner årsberetning og årsregnskap for 2021.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å godkjenne mindre endringer i årsberetningen og årsregnskapet for 2021, basert på innspill gitt i møtet.
3. Styret tar spesialisthelsetjenestens felles rapport for samfunnsansvar for 2021 til orientering.
4. Styret merker seg at det er levert gode resultater på flere områder til tross for store utfordringer som følge av pandemien. Særlig vektlegges den gode innsatsen ansatte og ledere har lagt ned over lang tid.

049-2022	Nye retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel
-----------------	---

Oppsummering

Helse- og omsorgsdepartementet har i foretaksmøte 10. januar 2022 endret vedtektene for Helse Sør-Øst RHF for å bringe dem i samsvar med nye retningslinjer fra Nærings- og fiskeridepartementet 30. april 2021 om lederlønn i selskaper med statlig eierandel. Endringene skal bidra til å tydeliggjøre statens forventninger til fastsettelse av lønn og godtgjørelse til ledende ansatte. Det forutsettes at Helse Sør-Øst RHF tilpasser gjeldende regionale retningslinjer i tråd med dette. Retningslinjene skal også inneholde en redegjørelse om hvordan «Statens retningslinjer for lederlønn i selskaper med statlig eierandel» er fulgt opp i helseforetakene.

Nye retningslinjer skal legges frem for godkjennelse i ordinært foretaksmøte i 2022. Gjeldende regionale retningslinjer er fastsatt av styret for Helse Sør-Øst RHF, jf. styremøte 30. april 2015, sak 027-2015. Det fremmes derfor ny sak for styret for å gjennomføre de forutsatte tilpasninger i retningslinjene for lederlønn og andre godtgjørelser for ledende ansatte.

Lønnsrapport i samsvar med allmennaksjeloven § 6-16b og forskrift om retningslinjer og rapport om godtgjøring for ledende personer § 1, jf. §6, skal legges frem for ordinært foretaksmøte fra og med 2023.

Kommentarer i møtet

Styret ba om at første kulepunkt i dagens retningslinjes omtale av sluttvederlag tas ut og erstattes med den formuleringen som er benyttet i retningslinjene fra Nærings og fiskeridepartementet. Ny omtale skal være: «*dersom den ledende ansatte selv tar initiativ til å avslutte arbeidsforholdet, skal det ikke gis sluttvederlag*».

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret slutter seg til nye retningslinjer for avlønning av administrerende direktør og ledende ansatte i Helse Sør-Øst RHF med den endringen som er angitt over. Retningslinjene oversendes Helse- og omsorgsdepartementet for godkjenning i ordinært foretaksmøte.
2. Styret ber om at de regionale retningslinjene legges til grunn for tilsvarende retningslinjer i det enkelte helseforetak. Helseforetakenes retningslinjer forutsettes styrebehandlet i foretakenes egne styrer og oversendes Helse Sør-Øst RHF for godkjenning i senere foretaksmøter.

050-2022	Årsrapport 2021 for styrets revisjonsutvalg og konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
----------	--

Oppsummering

Årsrapporten gir styret i Helse Sør-Øst RHF en beskrivelse av revisjonsutvalgets og konsernrevisjonens arbeid i 2021 sett opp mot henholdsvis instruks for revisjonsutvalget, instruks for konsernrevisjonen og styregodkjent revisjonsplan for 2021.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar årsrapport 2021 for revisjonsutvalget og konsernrevisjonen til orientering.

051-2022	Instruks for styrets revisjonsutvalg og instruks for konsernrevisjonen
----------	--

Oppsummering

I denne saken legger revisjonsutvalget frem instruks for styrets revisjonsutvalg og instruks for konsernrevisjonen. Det er foretatt en revisjon av begge instruksene, og utvalget foreslår en del språklige endringer og noen strukturelle endringer i dokumentene. Styrets revisjonsutvalg legger de reviderte instruksene frem for godkjenning.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret vedtar instruks for styrets revisjonsutvalg og instruks for konsernrevisjonen med foreslåtte endringer.

052-2022	Oslo universitetssykehus HF - Nye Aker, tomteerverv Sinsenveien 76
-----------------	---

Som følge av sin posisjon som administrerende direktør i Statsbygg, hadde styremedlem Harald Nikolaisen erklært seg inhabil, og deltok ikke under behandlingen av saken.

Oppsummering

Saken gjelder forespørsel fra Oslo universitetssykehus HF om fullmakt til kjøp av eiendommen Sinsenveien 76, gnr. 85, bnr. 263 i Oslo kommune. Kjøpet inngår i en helhet av tomteerverv for Nye Aker og saken fremmes derfor for styret. Øvrige tomteerverv for Nye Aker vil bli fremmet i egne saker for styret.

Kommentarer i møtet

Administrerende direktør orienterte om ny informasjon om at saken må fremlegges for Stortinget grunnet prissettingen.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret gir Oslo universitetssykehus HF fullmakt til å inngå kjøpekontrakt med Statsbygg for erverv av eiendommen Sinsenveien 76, gnr. 85, bnr. 263 i Oslo kommune.
2. Kjøpet finansieres ved bruk av eksisterende lån til Nye Aker og Nye Rikshospitalet, 70 prosent, og 30 prosent egenfinansiering fra Oslo universitetssykehus HF.

053-2022	Utvidelse av omfang for regional løsning for helselogistikk
-----------------	--

Oppsummering

Styret i Helse Sør-Øst RHF godkjente den 21. april 2021 i sak 048-2021 *Regional løsning for helselogistikk, plan for gjennomføring og kostnadsramme for prosjektet* med 201 millioner

kroner inkludert merverdiavgift (P85; 2021-estimat). Kostnadsrammen prisjustert til 2022-kroner er 205 millioner kroner. Denne saken gjelder endringsanmodning med utvidelse av omfang og tilhørende økte økonomiske rammer.

Kommentarer i møtet

Det ble fremmet forslag om å utsette behandlingen av saken.

Styret understreker at det ved innføring av nye løsninger må være spesiell oppmerksomhet på gevinstrealisering og de samlede krav som stilles til effektivisering. Styret vektlegger at innføring av nye IKT-løsninger krever tilstrekkelig tid til endring av arbeidsprosesser og peker på at det tar tid å se de konkrete effektene av endringene i driften.

Følgende alternative vedtaksforslag ble fremmet av styremedlem Grimsgaard:

Styret ber om at behandlingen av saken utsettes og at det fremmes en ny sak hvor konsekvensene for andre prosjekter fremgår.

Votering:

Forslaget falt mot tre stemmer.

Det ble deretter votert over administrerende direktørs forslag til vedtak.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner utvidelse av omfang for regional løsning for helselogistikk og ny kostnadsramme på 282 millioner kroner inkludert merverdiavgift (P85-estimat; 2022-kroner).

054-2022	Utkast Regional utviklingsplan Helse Sør-Øst 2040
----------	---

Oppsummering

Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst er den overordnede strategien for Helse Sør-Øst. Planen samler forventningen fra eier og innspill fra helseforetak og samarbeidspartnere. Den regionale utviklingsplanen har to tidsperspektiv; det langsiktige fram mot 2040 og et kortere fire års perspektiv.

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok *Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst* i desember 2018 (sak 114-2018). I november 2019 kom *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023* (Meld. St. 7 (2019-2020)) som legger videre føringer for utviklingen av helsetjenesten.

Med bakgrunn i *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023* og føringer i foretaksmøtet for de regionale helseforetakene 14. januar 2020, er det utarbeidet en veileder for arbeidet med utviklingsplaner. Veilederen ble vedtatt av styret i desember 2020 (sak 148-2020).

«Premisser og føringer for arbeidet med lokale utviklingsplaner» (sak 43-2021) ble vedtatt av styret 22. april 2021. Styret ble orientert om arbeidet med oppdatering av regional utviklingsplan i august 2021 (Sak 085-2021).

Forslag til høringsversjon til Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst 2040 legges fram for styret med mål om å starte høring i mai 2022.

Kommentarer i møtet

Styret uttalte seg positivt til den fremlagte planen og til involvering av brukerrepresentanter og ansatte i arbeidet. Styret ber om at det gjøres noen mindre justeringer i planen før den sendes på høring, i tråd med de innspill som ble gitt i møtet.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret i Helse Sør-Øst RHF tar utkast til Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst 2040 til orientering med de merknader som fremkom i møtet. Planen sendes på høring og fremmes for styret i november 2022.

055-2022	Innføring av internhusleie i Helse Sør-Øst
----------	--

Oppsummering

Denne saken er en oppfølging av krav stilt i felles foretaksmøte den 16. januar 2018 der de regionale helseforetakene ble bedt om å utrede en internhusleieordning med sikte på en mer effektiv arealutnyttelse og verdibevaring av sykehusbyggene. I 2019 fikk de regionale helseforetakene i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å arbeide videre med å legge til rette for en felles husleieordning. Oppdraget resulterte i en rapport med tilhørende veileder, som ble ferdigstilt i 2021.

I saken framlegges anbefalte prinsipper og prosess for innføring av en internhusleiemodell i Helse Sør-Øst for styrets behandling.

Kommentarer i møtet

Styret ber administrasjonen komme tilbake til styret med en egen sak om fordelingen av de 200 millionene som er avsatt for 2022.

Styret ber videre om at ordningen evalueres etter at den har vært i drift i en periode.

Styrets

V E D T A K

1. Styret slutter seg til innføring av en kostnadsdekkende helseforetaksintern husleiemodell i Helse Sør-Øst.
2. Styret vektlegger at ordningen er enkel å innføre, understøtter en hensiktsmessig organisering av eiendomsområdet, og bidrar til mer effektiv arealutnyttelse og verdibevaring av sykehusbyggene.

Votering:

Saken ble vedtatt mot tre stemmer.

Stemmeforklaring fra styremedlemmene Lasse Sølvberg, Kirsten Brubakk og Christian Grimsgaard: Representantene mener at det ikke er nødvendig å innføre en intern husleiemodell i Helse Sør-Øst. Representantene mener det vil være et godt virkemiddel for å nå målsettingen, at foretakene har høyt fokus fra toppledelsen på verdibevaring, vedlikehold og vedlikeholdsetterslep i en helhetlig modell, og at dette kan gjøres innenfor dagens organisering på eiendomsområdet. Det bør legges planer for verdibevaring, vedlikehold og etterslep samlet både på kort, mellomlang og lang sikt. Nivået på midler til vedlikehold og investeringer bør trappes opp over en årrekke for å sikre godt vedlikehold, samtidig som man bevarer fleksibiliteten til kortvarige omprioriteringer. Dette vil føre til at unødvendig og kostnadskrevende byråkrati unngås.

056-2022	Orientering om inntektsmodell og revidering av inntektsmodellen i Helse Sør-Øst
----------	---

Oppsummering

I denne saken orienteres styret om den regionale inntektsmodellen, den nye nasjonale inntektsmodellen og det planlagte arbeidet med gjennomgang og revidering av inntektsmodellen i Helse Sør-Øst.

Kommentarer i møtet

Styret viser til høringsuttalelsen fra Helse Sør-Øst til arbeidet med den nasjonale inntektsmodellen og ber om at denne hensyntas i det videre arbeidet med inntektsmodell for Helse Sør-Øst.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar redegjørelsen om inntektsmodellen til orientering.
2. Styret ber om å bli holdt orientert om arbeidet med gjennomgang og revidering av inntektsmodellen i Helse Sør-Øst.

057-2022	Gjennomføring av foretaksmøter juni 2022
----------	--

Oppsummering

I henhold til helseforetakenes vedtekter skal det avholdes foretaksmøter innen utgangen av juni hvert år, der helseforetakenes årsregnskap, årsberetning og årlig melding skal behandles.

Det planlegges at disse foretaksmøtene gjennomføres 1. juni 2022. Helse- og omsorgsdepartementet gjennomfører normalt foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF i juni for behandling av tilsvarende saker.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Det avholdes foretaksmøter med helseforetakene i Helse Sør-Øst 1. juni 2022 med behandling av følgende saker:

- Helseforetakenes årsregnskap og årsberetning for 2021
- Honorar til revisor i 2021
- Helseforetakenes årlige melding 2021

- Retningslinjer om lønn og annen godtgjørelse til ledende personer, jf. asal § 6-16a

058-2022	Styresaker i Helse Sør-Øst RHF – status og oppfølging
-----------------	--

Oppsummering

Styret har to ganger per år fått fremlagt en oversikt over status og oppfølging av styresaker som har vært til behandling.

Sist oversikten ble behandlet i styret var i november 2021.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak til og med februar 2022 til orientering.

059-2022	Møteplan for styret i Helse Sør-Øst RHF i 2023
-----------------	---

Oppsummering

Forslag til datoer og sted for styremøter i 2023 legges fram til godkjenning.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret godkjenner følgende møtekalender 2023 for styret i Helse Sør-Øst RHF:

- Fredag 10. februar 2023 – Hamar
- Torsdag 9. mars 2023 – Hamar
- Torsdag 27. og fredag 28. april 2023 – Hamar
- Onsdag 21. juni 2023 – Hamar
- Torsdag 24. august 2023 – Hamar
- Fredag 29. september 2023 – Hamar
- Torsdag 26. oktober 2023 – Hamar
- Onsdag 22. og torsdag 23. november 2023 – Hamar
- Torsdag 21. desember 2023 – Hamar

060-2022	Orientering om veiledende «Retningslinjer for involvering av private aktører i plan og utviklingsarbeid»
----------	--

Oppsummering

I denne saken orienteres styret om at møtet mellom de administrerende direktørene i RHF-ene 14. februar 2022 har godkjent Retningslinjer for involvering av private aktører i plan og utviklingsarbeid og deretter sendt saken til Helse- og omsorgsdepartementet.

Kommentarer i møtet

Styret ber administrasjonen være oppmerksom på involvering av styrene i de regionale helseforetakene i saker som oversendes helse- og omsorgsdepartementet og at det gjøres vurderinger av hvilke saker som bør fremlegges for styrebehandling.

Styret ber om at det utarbeides et tilleggsnotat til Helse- og omsorgsdepartementet som redegjør for Helse Sør-Østs syn på involvering av private ideelle med opptaksområde i plan- og utviklingsprosesser. Merknaden fra de konserntillitsvalgte fra behandlingen av saken i møtet mellom de fire administrerende direktørene oversendes sammen med notatet til departementet.

Styret ber om å, på egnet måte, bli forelagt en oppsummering av de saker som behandles av de administrerende direktørene i de regionale helseforetakene med særlig relevans for styret.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar redegjørelsen om veiledende Retningslinjer for involvering av private aktører i plan og utviklingsarbeid til orientering.
2. Styret ber om at det utarbeides et tilleggsnotat til Helse- og omsorgsdepartementet som redegjør for styrets syn på involvering av private ideelle med opptaksområde i plan- og utviklingsprosesser.

061-2022	Status for arbeidet med informasjonssikkerhet og vurdering av trusselbildet
----------	---

Saken ble utsatt til et senere møte.

062-2022	Årsplan styresaker
----------	--------------------

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker i 2022 tas til orientering.

063-2022	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
-----------------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 8. og 9. mars 2022
3. Foreløpig protokoll fra møte i revisjonsutvalget 14. mars 2022
4. Protokoll fra drøftingsmøte RHF-KTV datert 26. april 2022

Møtet hevet kl. 19:00

Hamar, 27. april 2022

Svein I. Gjedrem
styreleder

Nina Tangnæs Grønvold
nestleder

Kirsten Brubakk

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Einar Lunde

Harald Vaagaasar Nikolaisen

Peder Kristian Olsen

Lasse Sølvberg

Kristin Vinje

Hilde Jacobsen
styresekretær

Protokoll

Protokoll:	Brukerutvalg STHF	Dato:	28. april 2022
Møteleder:	Rita Andersen	Tid:	1000 – 1400
Referent:	Anne Borge Kallevig	Sted:	Direktørens møterom
Deltakere:	<p>Rita Andersen, Psoriasis og Eksemforbundet Telemark (PEF) Sondre Otervik A-larm John Arne Rinde, Pensjonistforbundet Telemark Gun Inger Heibø, Multippel sklerose (MS) Anette Slåtta, Burg / NRF Telemark Olav Kristiansen Prostatakreftforeningen (profo) Hanne Kittilsen, Kreftforeningen</p> <p>Linda Charlotte Grunnreis, Pasient og brukerombud Vestfold og Telemark, kontor Skien,</p> <p>Anne Biering, styreformann STHF (til lunsj) Tom Helge Rønning, administrerende direktør (til lunsj) Anne Borge Kallevig, administrasjonskonsulent/koordinator brukerutvalg, referent</p> <p>Geir Olav Ryntveit, økonomidirektør, sak 12-2022 Kathrine Evensen, prosjektleder, sak 22-2022</p>		
Fravær:	<p>Anne Iversen, Norges Handikapforbund (NHF) Rita Slåbakk, HLF Vestfold og Telemark Egil Rye-Hytten, regional brukerrepresentant Halfrid Waage, fagdirektør Per Urdahl, klinikkssjef medisin Anne Brynjulfsen, rådgiver klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling (KPR)</p>		

Saksnr.	Sak
00-2022	<p>Godkjenning av innkalling og saksliste</p> <p><u>Vedtak:</u> Brukerutvalget godkjenner innkalling og saksliste.</p>
18-2022	<p>Godkjenning av protokoll fra 10.03.2022</p> <p><u>Vedtak:</u> Brukerutvalget godkjenner protokoll fra brukerutvalgsmøte 10.mars 2022.</p>
	<p>Aktuelle orienteringer v/ ny styreformann STHF, Anne Biering og adm.dir Tom Helge Rønning</p> <p><u>Oppsummering:</u> Styreformann Anne Biering la vekt på viktigheten av brukernes stemme. Hun og styret ønsker</p> <ul style="list-style-type: none"> • et aktivt brukerutvalg • tilbakemeldinger – positive og negative

Saksnr.	Sak
	<ul style="list-style-type: none"> • at brukerrepresentantene er aktive talerør for brukerne av sykehuset <p>Orienteringer fra administrerende direktør, Tom Helge Rønning:</p> <p><i>Oppsummering:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pandemien i ferd med å avta - nasjonalt svært få pasienter på intensiv knyttet til Covid-19 • Status for sykehuset første kvartal – krevende • Bekymring for sommerferieavviklingen • Utbyggingsprosjektet – <ul style="list-style-type: none"> - første prosjektstyremøte avholdt i april - oppbemanning av prosjektet - konsekvenser av verdenssituasjonen og markedet • Nytt kvalitet og forbedringssystem – EQS • Omdømmeundersøkelsen HSØ <p>Sykehuset skårer bl.a. godt på god behandling/helsehjelp under pandemien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oppstart av opplæringsaktivitet: informasjon/kommunikasjon med pasienter og pårørende – rettet mot behandlere
19-2022	<p>Virksomhetsrapport per mars 2022 v/økonomidirektør Geir Olav Ryntveit</p> <p><i>Saken beskriver oppnådde resultater per mars 2022:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ventetidene flater ut men antall fristbrudd øker. Passert planlagt tid (9,5%) er svakt ned fra forrige måned <ul style="list-style-type: none"> ○ Høy døgnaktivitet i VOP. Høy poliklinisk aktivitet i somatikk og BUP. Øvrige aktivitet lavere enn budsjett men høyere enn 2021. ISF-inntekter i somatikk på budsjett for første gang i 2022. • Både elektive og ØH henvisninger er på nivå med 2019. Henvisninger innen BUP fortsatt på høyt nivå. <ul style="list-style-type: none"> ○ Belegg på sengepostene (96 %)er høy men svak nedgang fra foregående måneder. Korridorpasienter på høyt nivå (2,96 %) ○ Antall operasjoner er lavere enn budsjett men høyere enn foregående år. Fortsatt mange strykninger – nå særlig i Porsgrunn. Venteliste til operasjon er stabil. ○ Fortsatt gode resultater for pakkeforløp kreft, men noe svakere resultat for lungekreft i perioden. • Resultat for mars på -1,0 mnok mot budsjett +5,0 mnok. <ul style="list-style-type: none"> ○ Udekket koronaeffekter: - 1,3 mnok (12,2 mnok i ekstra midler og 13,5 mnok i koronaeffekt). ○ Høye kostnader til FBV (-2,0 mnok) ○ Resultat per februar -31,5 mnok vs. budsjett 15,0 mnok. Ikke-kompensert koronaeffekter utgjør 34,8 mnok.

Saksnr.	Sak
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Andre forhold: FBV (-6,0 mnok), akuttmottak/prehospitale tjenester (+20% vs. 2021), PHV (kostbare døgnopphold øker). <p>Vedtak: Brukerutvalget tar saken til orientering.</p> <p>Presentasjonen sendes i egen mail.</p>
20-2022	<p>Pasient- og brukerombudets orienteringer v/ Linda Charlotte Grunnreis</p> <p><i>Oppsummering:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Antall saker ang sykehuset ganske likt tidligere år <ul style="list-style-type: none"> - Flest vedrørende voksenpsykiatri - Mye sykdom hos helsepersonell – behandling kommer ikke i gang, og blir utsatt • Årsmelding for 2021 lagt fram for sykehusets ledergruppe og styret • Kontaktet av ABUP • Ungdomsråd – samarbeid med brukerutvalg • Ny grafisk design – ett felles telefonnummer. Kommer til nærmeste kontor • Ombudet vil i et par møter ha med en ekstra representant til fra kontoret på brukerutvalgsmøte
21-2022	<p>Orientering fra regionalt brukerutvalg v/Egil Rye-Hytten</p> <p>Denne saken utgår da Rye-Hytten ikke hadde anledning til å møte</p>
22-2022	<p>Prosjekt kontorfaglige støttefunksjoner – status og innspill v/prosjektleder Kathrine Evensen</p> <p>Hovedmål – optimalisering av arbeidsoppgaver og- flyt, inkludert krav til kompetanse Status på prosjektet ble presentert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gruppe 1, Felles elektronisk henvisningsmottak og redusere antall arbeidsgrupper i Dips <ul style="list-style-type: none"> - Testfase • Gruppe 2, Kompetanse og rolle/funksjonsbeskrivelse <ul style="list-style-type: none"> - etablert funksjonsbeskrivelse, kompetanseplaner og internsertifisering - jobber med forslag til organisering for å ivareta leveranse • Tilgjengelighet <ul style="list-style-type: none"> - Testfase - Forbedringsaktiviteter knyttet til tilgjengelighet • Dokumentasjonseffektivisering <ul style="list-style-type: none"> - Implementering • Organisering av kontorfaglige støttefunksjoner MED-KIR –SSL <ul style="list-style-type: none"> - Fjerning av dobbeltarbeid - Rett kompetanse

Saksnr.	Sak
	<ul style="list-style-type: none"> - Standardisert arbeidsflyt - Samarbeid på tvers <p><i>Innspill fra brukerutvalget:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Viktig at pasienten kan endre oppmøtested • Viktig at ventetider er kjente • Samarbeid med fastleger om «den gode henvisning» <p>Presentasjonen sendes i egen mail.</p>
24-2022	<p>Status prosjekter</p> <p>Brukerutvalget hadde en kort gjennomgang av prosjektene.</p>
23-2022	<p>Eventuelt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Felles møte med styret torsdag 23.juni 2022 kl 09.30 – 11.30 med påfølgende lunsj
	<p><i>Til møtet i juni – i tillegg til faste poster:</i></p> <p><i>Marion Jacobsen, brukerrepresentant i prosjektet Telemarksløpet for muskel og skjelettlidelser kommer.</i></p> <p><i>Janicke Stordalen, prosjektleder «prosjekt 24/7» kommer.</i></p>

Møtet ble avsluttet kl 14.00. – deretter hadde BU eget møte i 1 time

Neste møte i brukerutvalget er 16.06.22

Skien, 28.april 2022
 Anne Borge Kallevig
 referent

Protokoll

Protokoll:	Ungdomsråd STHF	Dato:	10.mai 2022
Møteleder:	Ada-Marie Riis	Tid:	1800 – 2100
Referent:	Anne Borge Kallevig	Sted:	Direktørens møterom
Deltakere:	Ada-Marie Riis, Amalie Hansen, Birk Pettersvold- Foss, Kristine Bjørbekk Kjellin, Vincent August Mindalen Hege Arvesen, Elise Haugerø , Anne Borge Kallevig		
Fravær:	Linnea Pedersen Bøe og Christie Malek		
I tillegg møtte	Claudia Lindgren, spesialfysioterapeut og Lene Vekterli , sosionom fra Habilitering vedr sak 19-2022		

Saksnr.	Sak
00-2022	Innkallelse og saksliste til møtet Vedtak: Innkalling og saksliste ble godkjent
16-2022	Godkjenning av protokoll Vedtak: Ungdomsrådet godkjenner protokoll fra ungdomsrådsmøte 22.03.2022.
17-2022	Nye bilder av ungdomsrådet Det ble besluttet at alle tar portrettbilde, og at dette samles i en felles bildecollage. Frist for innsending av bilde - 17.juni 2022
18-2022	Evaluering av aktivitetsdag Ungdomsrådet hadde felles samling på O'Learys, Skien med mat og bowling. Litt uheldig med tidspunktet i starten, da det falt sammen med fotballslipp for barn. <u>Oppsummering:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Veldig positivt ○ Fin måte å bli kjent på / tettere relasjoner ○ Hyggelig/gøy ○ Ønske om flere slike dager
19-2022	Presentasjon av Habiliteringen v/Claudia Lindgren, spesialfysioterapeut og Lene Vekterli, sosionom Avdeling for habilitering (AHAB) yter spesialisthelsetjenester til barn, ungdom og voksne med medfødte eller tidlig erverva funksjonsnedsettelse. Avdelingen består av to seksjoner. Seksjon habilitering for barn og unge (HABU) - pasienter fra 0-18 år, og seksjon habilitering for voksne (HAVO) - pasienter over 18 år. Habiliteringen tilbyr tverrfaglig utredning, diagnostikk, behandling og tilrettelegging, og er sammensatt av flere ulike faggrupper som møter pasientene ved konsultasjoner på sykehuset eller i lokalmiljøet til den enkelte pasient. Spesialisert habilitering foregår i et tett samarbeid med foreldre, pårørende, verger, annen spesialisthelsetjeneste, barnehager, skoler, fastleger, NAV og kommunal helse-

Saksnr.	Sak
	<p>og omsorgstjeneste. Avdelingen har kursvirksomhet for ulike pasientgrupper, pårørende og kommunalt fagpersonell. Seksjonene samarbeider om pasienter ved overgang fra barn til voksen. <u>Tilbakemelding fra ungdomsrådet vedr overgang barn- voksen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Felles overgangsmøter med både gamle og nye behandlere og hvor fastlegen også inviteres med • Tydelig informasjon • Omvisning på ny poliklinikk • Gradvis selvstendighetsprosess • Forståelig språk • 16 år – ansvar for egen helse – gjennomgang av journal • Avklare hva som skal videreformidles foresatte • Samtykkeskjema - Hvem skal være med ? • Framsnakke voksenavdeling – ansatte på barneavdeling må settes seg inn i rutiner på voksenavdeling
20-2022	<p>Status prosjekter (oppdatering):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fagutvalget for barn og unge v /Ada-Marie • Prosjektgruppa for oppfølging barn og unges psykiske helse v/Christie <p><i>I begge disse gruppene har det vært lite konkret ungdomsrådet har kunnet bidra med på de siste møtene. Ada-Marie og Christie tar kontakt med prosjektlederne, og gir beskjed om at de fremover nå ikke møter fysisk på møtene, men at ungdomsrådet svært gjerne besvarer konkrete spørsmål utvalgene måtte ha.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ungdomsrådets ansikt utad <i>Enighet om at ungdomsrådet på neste møte setter opp en prioritert liste over organisasjoner rådet ønsker å ta kontakt med, finner nettadresser og sender forespørsler. Foreløpige forslag på organisasjoner:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Astma og allergi forbundet - CP forbundet - Diabetesforbundet for ungdom <i>Nåværende presentasjonen som ungdomsrådet har av seg selv oppdateres og gjennomgås. Amaile fortsetter i denne gruppen evt sammen med Christie. I tillegg er det ønskelig at gruppen utvides med ytterligere ett medlem. Velges på neste møte.</i> • BUP prosjektet ved Sykehuset Telemark HF <i>Amalie skriver mail til avdelingsleder i ABUP, Ove Kleppa og opplyser om at ungdomsrådet nåværende representant i prosjektet har sluttet, og ber prosjektet si ifra hvis de ønsker en ny representant. Ungdomsrådet ber også om en oversikt over evt. fremtidige møtedatoer.</i> • Ungdom på voksenavdeling

Saksnr.	Sak
	<p><i>Her har det vært gjennomført en kartlegging. Det har vært sendt ut mail til alle avdelingsleder på sengeposter.</i></p> <p><i>Ungdomsrådet ønsker å jobbe videre med dette, og overfører saken til «nytt» satsningsområde:</i></p> <p><i>Ungdom på sengepost</i></p>
21-2022	<p>Befaring på ungdomsrom – barneavdelingen</p> <p>Dette ble ikke gjennomført.</p> <p>Hege tar bilder av rommet og legger disse på ungdomsrådets messenger</p>
22-2022	<p>Veien videre – fokusområder</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Overgang til voksenavdeling – lage en liste med råd</i> • <i>Samarbeid spesialisthelsetjenesten- skole</i> • <i>Ungdom på sengepost</i> • <i>Hvordan bør ungdom møtes på sykehus</i>
23-2022	<p>Eventuelt</p> <p>Hege minnet om forespørselen fra to psykologistudenter om deltakelse i et prosjekt om erfaring fra overgang/avslutning ved BUP.</p> <p>Valg av ny nestleder tas på møtet i august</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Kathrine Evensen, prosjektleder kontorfaglige støttefunksjoner, kommer på neste møte i august (kl 18.30)

Møtet ble avsluttet kl. 21.00

Skien, 10.mai 2022
Anne Borge Kallevig