

Styret i Sykehuset Telemark HF
Brukerutvalgets representanter

Vår referanse:

Saksbehandler: Tone Pedersen +47 957 94 426

Dato:

7. desember 2022

Innkalling til styremøte i Sykehuset Telemark HF

Det innkalles til styremøte i Sykehuset Telemark HF

Tid: Onsdag 14. desember 2022 kl. 09.00 – 17.00

Møtested: Administrerende direktørs møterom, Skien

Vedlagt følger sakliste 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.: 14. desember 2022, kl. 0900 – 1700

Sted: Administrerende direktørs møterom

Møteleder: Styreleder Anne Biering

Saksliste

Tentativ plan	Saksnr.	Sakstittel	Sakstype
0900 – 0905	099 – 2022	Godkjenning av innkalling og saksliste v/Styreleder	Beslutning
	100 – 2022	Godkjenning av protokoll og B-protokoll fra styremøte 26. oktober v/Styreleder	Beslutning
0905 – 0920	101- 2022	Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark – presentasjon av forbedringsprosjektet Opioider ved utskrivning fra sengepost v/Fagdirektør og anestesilege Hanne Engen	Orientering
0920 – 1020	102 – 2022	Utbygging somatikk Skien - status v/Utviklingsdirektør og prosjektsjef	Orientering
1020 – 1030		Pause	
1030 – 1050	103 – 2022	Driftsorienteringer fra administrerende direktør v/Administrerende direktør	Orientering
1050 – 1130	104 – 2022	Trusselvurdering for digital sikkerhet i Specialisthelsetjenesten – unntatt offentlighet v/ Trygve Skarning, seniorrådgiver informasjonssikkerhet i Sykehuspartner HF	Orientering
1130 – 1200	105 – 2022	Virksomhetsrapport per november (publiseres senere) v/Økonomidirektør	Orientering
1200 – 1245		Lunsj	
1245 – 1330	106 – 2022	Budsjett 2023 v/Økonomidirektør	Beslutning
1330 – 1410	107 – 2022	Sykehuset Telemarks strategi 2023-2025 v/Utviklingsdirektør	Beslutning
1410 – 1420		Pause	
1420 – 1450	108 – 2022	Overordnet HMS mål- og handlingsplan 2023 v/HMS-kordinator Liv Carlsen	Orientering

Tentativ plan	Saksnr.	Sakstittel	Sakstype
1450 – 1500	109 – 2022	Valg av ansattevalgte styremedlemmer - oppnevning av valgstyre v/Administrerende direktør	Beslutning
1500 – 1510	110 – 2022	Brukerutvalgets leders orientering v/Brukerutvalgets leder	Orientering
1510 – 1520	111 – 2022	Styresaker i Sykehuset Telemark HF - status og oppfølging v/Administrerende direktør	Orientering
1520 – 1525	112 – 2022	Styrets årsplan 2023 v/Styreleder	Beslutning
1525 – 1530		Andre orienteringer <ul style="list-style-type: none"> • Styreleder orienterer • Protokoll styremøte HSØ 21. oktober • Foreløpig protokoll styremøte HSØ 18. november • Foreløpig protokoll ekstraordinært styremøte HSØ 29. november • Protokoll BU møte 1. september • Foreløpig protokoll BU møte 27. oktober 	Orientering
1530 – 1545		Pause	
1545 – 1700		Årlig egevaluering av styrets arbeid og arbeidsform og planlegging av 2023, unntatt offentlighet v/Styreleder	

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	14. desember 2022

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

Sak: 099 – 2022

Godkjenning av innkalling og saksliste

Forslag til vedtak

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Skien, 5. desember 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Vedlegg:

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

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	14. desember 2022

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

Sak: 100 – 2022

Godkjenning av protokoll og B-protokoll fra styremøte 26. oktober 2022

Hensikten med saken

Forslag til protokoll og B-protokoll fra styrets foregående møte er signert elektronisk av alle styremedlemmer. Protokollen legges frem for godkjenning av styret.

Forslag til vedtak

Protokoll og B-protokoll fra styrets møte 26. oktober 2022 godkjennes.

Skien, 5. desember 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Vedlegg

Protokoll og B-protokoll (unntatt fra offentlighet) fra styremøte 26. oktober 2021 i Sykehuset Telemark HF

PROTOKOLL FRA STYREMØTE I SYKEHUSET TELEMARK HF

Dato: 26. oktober 2022 Tidspunkt: 09.30

Sted: Notodden sykehus

Følgende medlemmer møtte

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

Observatører med tale og forslagsrett:

Rita Andersen, leder brukerutvalget
Sondre Otervik, nestleder brukerutvalget, forfall

Fra administrasjonen deltok

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

Presentasjon av saker:

Sak 086, 087, 097 og 098: Anne Biering, styreleder
Sak 088: Avdelingsleder Tron Simen Doksrød
Sak 089: Bjørn Snorre Kaupang, prosjektsjef USS
Sak 090, 093 og 095: Tom Helge Rønning, administrerende direktør
Sak 091 og 092: Geir Olav Ryntveit, økonomidirektør
Sak 094: Halfrid, Waage
Sak 096: Rita Andersen, leder av brukerutvalget

Styreleder leder møtet

086-2022	Godkjenning av innkalling og saksliste
-----------------	---

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og saksliste til styremøte 26. oktober 2022.

087-2022	Godkjenning av protokoll fra styremøte 21. september 2022
-----------------	--

Protokoll fra styremøte 21. september 2022 er godkjent elektronisk av styrets medlemmer før møtet.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 21. september 2022 godkjennes.

088-2022	Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark – Presentasjon av lederfilosofi
-----------------	---

Hensikten med saken er å gi styret et innblikk i arbeidet med kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark. I denne saken presenterer Tron Simen Doksrød, avdelingsleder/ klinikkoverlege anesthesiologi i ABK sin lederfilosofi.

Kommentarer i møtet

Styret takker for en god presentasjon og gratulerer Doksrød med mottatte priser og annerkjennelse. Styret peker på viktigheten av å ha gode ledere og den positive betydningen det er at dette også anerkjennes.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar saken til orientering.

089-2022	Forprosjekt Utbygging somatikk Skien – Status
-----------------	--

Styresaken gir en oppdatert status for forprosjekt Utbygging somatikk Skien. Prosjektleder redegjorde særskilt for pågående arbeid med utvikling av underlaget til kontrakt/ konkurransegrunnlaget for sengebygget og akuttsenter (totalentreprise). Planen er publisering av kontrakten ultimo oktober – primo november 2022.

Kalkyle for prosjektet er nettopp ferdigstilt og viser før kvalitetssikring et høyere kostnadsnivå enn budsjettets ramme. Generell kostnadsutvikling er høyere enn hva

prosjektets budsjett reguleres med. Prosjektleder må kvalitetssikre kalkylen før detaljert informasjon og tallstørrelser presenteres for styret.

Kommentarer i møtet

Styret ber om å få informasjon om kalkylen i styremøtet 14. desember.
Styret ber om at prosjektets risikostyring og presentasjon av denne kvalitetssikres og forbedres i henhold til innspill gitt til prosjektleder i møtet.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar den fremlagte rapporten og redegjørelsen til orientering

090-2022	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
-----------------	---

Torhild Fredheim, ny klinikkjef i Kirurgisk klinikk fra 1. oktober 2022, var tilstede under styremøtet og gav styret en kort presentasjon om seg selv og sitt arbeid.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar saken til orientering.

091-2022	Virksomhetsrapport per september 2022
-----------------	--

Saken presenterer virksomhetsrapport per september 2022.

Kommentarer i møtet

Styret takker for en god presentasjon. Styret understreker at helseforetaket kontinuerlig må gjennomføre forbedringsarbeid og foreta prioriteringer for å tilpasse driften i forhold til hovedområdene aktivitet, bemanning, pasientsikkerhet, kvalitet, samt økonomi. Styret er positive til den fremlagte statusen for resultatsikring og fremhever viktigheten av å følge opp vedtatte tiltak for effektivisering samt sikre måloppnåelse.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport per september 2022 til orientering.

092 -2022	Status budsjett 2023
------------------	-----------------------------

Hensikten med saken er å gi styret en orientering om status for budsjettprosessen og styringssignalene i forslaget til Statsbudsjett 2023. Forslaget til Statsbudsjett 2023 vil bety strammere økonomiske rammer for sykehusene og det forventes prioritering og omstilling i sektoren.

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

Kommentarer i møtet

Styret er enige om at helseforetaket må arbeide inngående med å omstille virksomheten. Den høye pris- og lønnsveksten i 2022 vil påvirke sykehusøkonomien i 2023, da veksten ikke fullt ut kompenseres. Styret påpeker at helseforetaket må ha høyere ambisjon om å redusere innleie av arbeidskraft enn status budsjett nå viser. Arbeidsmarkedet er stramt og samarbeid med kommunene er viktig. Styret peker på at det vil være behov for innovative tiltak og ekstraordinær innsats fra alle ledd for at helseforetaket skal oppnå resultatmål for 2023.

Styret støtter administrasjonen i at helseforetaket må i større grad enn tidligere foreta prioriteringer på ulike områder.

Styret ber om at det tas inn vedtaket at styret støtter den retning administrasjonen legger opp til i forbindelse med budsjett 2023. Mål og resultat for helseforetaket vil kreve tydeligere prioriteringer.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar saken til orientering og støtter den retning administrasjonen legger opp til i forbindelse med budsjett 2023. Mål og resultat for helseforetaket vil kreve tydeligere prioriteringer.

093-2022	Ledelsens gjennomgang 2022
-----------------	-----------------------------------

Hensikten med saken er å gi styret et referat fra Ledelsens gjennomgang (LGG) avholdt i 30. august 2022. LGG for miljøsystemet 2022 ble gjennomført som en del av den totale LGG for Sykehuset Telemark HF.

Kommentarer i møtet

Styret tar saken til orientering og ber om at det tas inn i vedtaket at helseforetaket fra og med Ledelsens gjennomgang 2023 tidsfastsetter tiltak med kvartalsvis frist.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar saken til orientering og ber om at helseforetaket fra og med Ledelsens gjennomgang 2023 tidsfastsetter tiltak med kvartalsvis frist.

094-2022	Nasjonale kvalitetsregistre og kvalitetsindikatorer
-----------------	--

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

Kommentarer i møtet

Styret takker for en god presentasjon og saken viser at det arbeides godt med kvalitetsforbedring på mange områder. Saken er en fast/årlig sak til styret. Styret ønsker et sterkere fokus på fag og kvalitet i 2023 og ber om at det i årsplanen for styret settes av tid til 2-3 faglige «dypdykk» i samråd og samarbeid med fagdirektør/administrerende direktør.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

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

095-2022	Evaluering sommerdrift 2022 og sommerferieplanlegging 2023
-----------------	---

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

Kommentarer i møtet

Styret er har forståelse for det utfordrende arbeidet som ligger bak planlegging og gjennomføring av sommerferieavvikling ved helseforetaket. Det har utviklet seg en praksis der kompensasjonsordninger er blitt en ny praksis i tillegg til at ferieavviklingen er avhengig av betydelig innleie. Styret støtter administrasjonen i arbeidet med å redusere innleie, samt forsterke samarbeidet med kommuner med hensyn til arbeidskraft. Styret støtter administrasjonens forslag om bred og tett samarbeid og dialog med ansatte og tillitsvalgte og ser behovet av at god avvikling av ferie er avhengig av en kollektiv innsats på tvers av avdelinger og fagområder.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

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

096-2022	Brukerutvalgets leders orientering
-----------------	---

Brukerutvalget sitt neste er 27. oktober og redegjørelse fra dette gis til styret i styremøte 14. desember.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar redegjørelsen til orientering.

097-2022	Styrets årsplan 2022 - oppdatert
-----------------	---

Styret ønsker å avholde ett styremøte per år på Notodden sykehus og ber om at dette legges inn i årsplanen for 2023.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styrets årsplan 2022 tas til orientering.

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

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

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret utarbeider egen protokoll, som er unntatt offentlighet.

Andre orienteringer

- Styreleder orienterer
 - To klager stilet til styret er mottatt. Styreleder orienterte kort om innhold i sakene. Klagene håndteres videre av administrasjonen
- Foreløpig protokoll styremøte HSØ 22. september

Temasak:

Orientering om

- Notodden sykehus v/Anne Olausen, avdelingsleder Medisin Notodden
- Prosjektet Gode Pasientforløp v/Ellen Marie T. Hufthammer, fagsykepleier Notodden sykehus

Møtet hevet kl. 16.30

Skien, 26. oktober 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

Elektronisk signatur

Inger Ann Aasen

Elektronisk signatur

Thor Severinsen

Elektronisk signatur

Tone Pedersen
styresekretær

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	14. desember 2022

Type sak (sett kryss)							
Beslutning		Etterretning		Orientering	X	Tema	

Sak: 101-2022

Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark – presentasjon av forbedringsprosjektet Opioider ved utskriving fra sengepost

Hensikten med saken

Styret ved Sykehuset Telemark får et innblikk i anestesilege Hanne Engen sitt forbedringsprosjekt «Opioider ved utskriving fra sengepost».

På 12 minutter vil Hanne Engen gi styret innblikk i innføringen av en informasjonsbrosjyre som omhandler sterke smertestillende medisiner og plan for nedtrapping av disse.

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Skien, 5. desember 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Fakta grunnlag

I Telemark ser vi et uhensiktsmessig høyt forbruk av vanedannende legemidler, deriblant sterke smertestillende medisiner. Disse medisinene er som regel startet opp på grunn av skader eller etter operasjoner. Hos noen pasienter viser det seg vanskelig å stoppe bruken i etterkant. Det er mange faktorer som bidrar til dette, men abstinensplager under nedtrapping og ufullstendig informasjon til pasient og fastlege er medvirkende årsaker.

Hanne Engen, som til daglig jobber som anestesilege ved Sykehuset Telemark og har fagansvar på Enhet for Smertebehandling ved sykehuset, har god kjennskap til dette problemet. I siste nasjonale retningslinje om vanedannende legemidler fra Helsedirektoratet, 2021, fokuseres det bl.a. på lavest mulig og kortest mulig bruk av sterke smertestillende medisiner, samt smerteklinikkens medansvar for pasienter som har et uhensiktsmessig høyt forbruk. Som ledd i dette arbeidet har det vært ønskelig med bedre informasjon til pasienter og fastleger på et tidlig tidspunkt, for å redusere risikoen for avhengighet.

Forbedringsprosjektet har derfor omhandlet utarbeidelse av både informasjonsbrosjyre til pasientene og ny standardtekst om smerter som skulle flettes inn i epikrisen til fastlegene. Arbeidet har foregått som et pilotprosjekt på ortopedisk sengepost i perioden fra april til august 2022.

Hanne Engen vil gi styre en kort innføring i forbedringsprosjektet.

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	14. desember 2022

Type sak (sett kryss)						
Beslutning		Etterretning		Orientering	X	Tema

Sak: 102 – 2022

Utbygging somatikk Skien - status

Hensikten med saken

Hensikten med saken er å orientere styret om status i arbeidet med forprosjektet. Prosjektssjefen fra Sykehusbygg deltar i møtet sammen med utviklingssjef ved Sykehuset Telemark, og presenterer informasjon fra status fra månedsrapporten per november for forprosjektet og en redegjørelse for prosjektets kalkyle 1.5.

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering og ber administrerende direktør ta med seg innspillene som kom fram i styremøtet i det videre arbeidet.

Skien, 7. desember 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Vedlegg:

- Prosjektstyresak 038-2022 Månedsrapport forprosjekt pr nov 2022 med vedlegg
- Prosjektstyresak 039-2022 Presentasjon kalkyle 1.5



Utbygging Somatikk Skien (USS)

MÅNEDSRAPPORT

November 2022

Kuttdato: 30.11.2022

Dato: 05.12.2022

Helle Jensen
Prosjektsjef

Innhold

1	SAMMENDRAG.....	3
1.1	Prosjektledelsens oppsummering for denne periode.....	3
2	Fremdrift.....	3
2.1	Rapportering av framdrift.....	3
2.2	Hovedaktiviteter i denne periode.....	3
2.2.1	Funksjonsplanlegging.....	3
2.2.2	Prosjektstyring.....	3
2.2.3	Utstyr.....	4
2.2.4	Prosjektering.....	4
2.2.5	Logistikk.....	5
2.3	Hovedaktiviteter i kommende periode.....	6
2.3.1	Funksjonsplanlegging.....	6
2.3.2	Prosjektstyring.....	6
2.3.3	Utstyr.....	6
2.3.4	Prosjektering.....	6
2.3.5	Logistikk.....	6
3	Økonomi.....	7
3.1	Økonomi status.....	7
4	Risikostyring.....	7
5	Informasjon om ressurser og samhandling.....	8

1 SAMMENDRAG

1.1 Prosjektledelsens oppsummering for denne periode

Prosjektet USS Telemark er i avslutningsfasen av forprosjektet. Plassering av funksjonsareal er avklart og prosjekteringsmiljøet jobber med de siste detaljene for endelig løsning. Samhandlingen og koordineringen mellom prosjektorganisasjonen og sykehusmiljøet har utviklet seg og blitt enda bedre i inneværende periode.

Som en del av forprosjektet var det planlagt en foreløpig kalkyle 1.0 i november. Denne var urovekkende høy og langt over basiskalkyle i konseptfasen. Hovedfokus i perioden har derfor vært å forstå innholdet og premissene som er lagt inn i kalkylen. Det har vært gjennomført møteserie med hvert fagområde, med representanter både fra Sykehusbygg, Sykehuset Telemark HF, prosjekteringsansvarlig og kalkulatør. Revidert kalkyle 1.5 vil foreligge 2 des. Resultat fra kalkylen vil gi føringer for veien videre.

2 Fremdrift

2.1 Rapportering av framdrift

Opprinnelig plan var å avslutte forprosjektfasen i desember, med en forprosjektrapport 19 desember. Basert på signaler fra kalkyle 1.0 ble det besluttet en revidert fremdriftsplan i prosjektstyremøtet 14.11.22. Revidert plan betyr en ytterligere bearbeiding og optimalisering av prosjektet i perioden november til februar 23, men en revidert formell kalkyle 2.0 til 13 februar. Målet er da å overlevere en formell forprosjektrapport 28 februar med B4 beslutning 27 april.

Premiss for å holde denne fremdriftsplanen er at kalkyle 1.5 som foreligger 2 desember nærmer seg basiskalkylen fra konseptfasen. Om det fortsatt er store avvik vil en vurdere revidert plan ytterligere.

2.2 Hovedaktiviteter i denne periode

2.2.1 Funksjonsplanlegging

Møteserie 5 med fokusgruppene er avholdt. Tegninger er nå 98% låst. Avklaringer som trenger videre bearbeiding gjelder i U1, med hensyn til avfall og tøy nedkast. Det er avholdt regelmessige møter med smittevern STHF mht. areal og inventar. RFP er internt kvalitetssikret.

2.2.2 Prosjektstyring

- Oppdatert fremdriftsplan med nye datoer for forprosjekt
- Forprosjektrapporten leveranse 28.02.2023
- Presentert kalkyle 1 (første utkast) til prosjektstyre

- Kvalitetssikring av kalkyle 1 og gjennomgang med alle RI og ARK.
- Identifisering av differanser mellom konsept og forprosjekt (første utkast) kalkyle.
- Utarbeidelse av Ny mellom kalkyle 1.5 med fristen 02.12.2022.
- Gjennomgang av budsjett i forbindelse med forlengelse av forprosjektrapport leveransen.
- Opprettet alle dokumentprofiler for tverrfaglig dokument gjennomsyn.
- Gjennomført kurs i bruken av Omega for dokument gjennomsyn.

2.2.3 Utstyr

- Gjennomført møteserie 5 med fokusgruppene.
- Gjennomført første møte i forhold til gjenbruk av utstyr.
- Oppdatert RFP og utstyrslistene i henhold til tilbakemeldinger fra fokusgruppene. Gjennomført befaring på Akuttmottaket.
- Videre arbeid med å etablert sjakter og tekniske rom i dRofus
- Kontrollert om dRofus og ARK-modell er 1:1 for alle funksjonsrom og alle tekniske rom.
- Gjennomført arbeidsmøter med prosjekteringsgruppa.
- Oppdatert teknisk informasjon på artikler, lagt inn datablad, samt bilder på en del rom.
- Lagt inn pris på alle artikler som lå uten pris.
- Oppdatert dRofus i henhold til innspill fra IKT på PC'er og AV-utstyr.
- Gjennomgått kalkyle.
- Avklart omfang av rørpost.

2.2.4 Prosjektering

Kreftsenteret:

Løsning for ventilasjon på B53 Moflata medfører at det må etableres et ekstra tak/teknisk rom over de ventilasjonskanalene som legges på tak. Det har vært tatt prøver av tegl i både B63 og B53 som er sendt til SINTEF for utprøving. Kvaliteten på fasaden i B63 (Vaskeriet) er foruroligende dårlig. Det er tegnet et forslag til utvidelse med to ekstra Linac stråleenheter. Vil danne grunnlag for forberedende grunnarbeider for utvidelse av strålebygget.

Sengebygg:

Det er besluttet at sengebygget flyttes. Modell er oppdatert og det arbeides med plassering av kulverter og gangbro. Antretningskjøkken på avdelingene er av et litt annet omfang enn det som er normalt for slike kjøkken. Det vil kreve noe ekstra tiltak med ventilasjon og strømtilførsel. U1 er endret en god for å tilpasse plassering av tekniske rom som krever direkte tilkomst fra utsiden. Det er gjennomført sporingsanalyser for avfallsbiler ved ny plassering av sengebygget. De viser at det er mulig å unngå omgjøring av avfallsstasjon, men det blir trangt.

Akutt:

Soneplaner er revidert for å avklare omfang av ombygging i eksisterende bygg
Akutt er lagt i en egen modell i Revit.

Utomhus:

Har arbeidet med området ved Kreftsenteret og Akutt. Har ventet på avklaring om plassering av sengebygget før en ser på dette området.

2.2.5 Logistikk

Fremtidig flyt av varer og tjenester knyttet til ikke-medisinsk service er gjennomført i møter og workshops sammen med basisorganisasjonen. Videre er enkeltkapitler i logistikknottatet verifisert på funksjonelt nivå i Sykehuset Telemark Skien.

Logistikknottatet er på det meste klar for intern verifisering i prosjektgruppen.

I inneværende periode har det også blitt brukt ressurser for å vurdere løsningen relatert til forsyningskjeden avfall og avfallsmottak. Basert på de planene som forelå i konseptfasen ble det etter hvert klart at den valgte løsningen ikke var tilstrekkelig eller god nok i forhold til de behovene som faktisk forelå. Grunnen til det var knyttet til flere forhold; mye trafikk med varebiler/tyngre kjøretøy i konflikt med ambulanser til/fra akuttmottaket, kryssende flyter med ansatte, pasienter, avfall og varer i kulvert i bygg 58 (Vestfløy) og areal for å manøvrere tyngre kjøretøy i avfalls-/miljøgård. Aktiviteten i området rundt avfallssentral er knyttet til varemottak/lager av sterile brikker/instrumenter til sterilisentralen, lager for gasser og avfall..

Etter at valget med å flytte nytt sengebygg (Bygg 76) lengere mot nord ble gjort, så har dette gjort det mulig å beholde avfallssentralen's løsning for avfallscontainere uten vesentlig ombygging (eller evt. flytting til en annen lokasjon på området). I tillegg vil en flytting av bygg 76 også medføre at tilknytningen mellom bygg 58 og bygg 76 med kulvert legges om. Det medfører at pasienttransport og varetransport i stor grad kan ledes utenom avfallssentralen og gi vesentlig mindre konflikter mellom flyt/lager av avfall og andre flyter som for eksempel pasienttransport og varetransport. Når det gjelder ansatte så vil den fortsatt være i dette området pga. garderobeanlegget i bygg 58.

Tilførselsveg fra vest inn mot akuttmottak og avfallssentral økes til 2 kjørebener. Dette bedrer fremkommelighet for både ambulanser, varetransport og henting av avfall. Det vil gi en vesentlig bedre sikkerhet/adkomst for ambulanser til akuttmottaket. Løsningen innebærer også at tyngre kjøretøy som skal inn/ut til avfallssentral slipper rygging på området noe som bedrer sikkerheten både for egne ansatte og andre trafikanter i området. Basert på kartlegging gjort av Sykehuset Telemark sin transportavdeling er det 50-60 bevegelser (tyngre og lettere kjøretøy) inn/ut av avfallsmottak/varemottak i dette området pr. dag (7-8 pr. driftstime). Tilførselsveiene er tilpasset standard for industriområder og stigningsforhold på veg er ivaretatt.

Løsningen innebærer imidlertid at kjøretøy på størrelse med semi med henger (>17,5

m) ikke kan benyttes i dette området da det er for lite snuplass. Det medfører behov for tilpasning i ordinær drift på et senere tidspunkt etter gjennomført prosjekt.

2.3 Hovedaktiviteter i kommende periode

2.3.1 Funksjonsplanlegging

- RFP vil bli kvalitetssikret mellom SB og rådgiverne i januar-23.
- Ekstraordinært Fokusgruppemøte, sengebygg og U1 mht. flytt av sengebygg og ev. konsekvenser.
- Befaring av akuttsenter mht. eksisterende arealer og utstyr vil bli utført i desember.
- Kvalitetssikring av dokumenter fra rådgiverne vil bli utført.
- Start av forprosjektrapport og gjennomlesning av ARK sine innspill til rapporten.

2.3.2 Prosjektstyring

- Ferdigstille kalkyle 1.5 og presentere den til prosjektstyre i desember.
- Ferdigstille første utkast av forprosjektrapporten. Gjennomføre tverrfaglig gjennomgang av leveranser fra RI og ARK
- Jobbe med forslag for kutt/pluss liste

2.3.3 Utstyr

- Videreføre møteserie vedrørende gjenbruk av utstyr.
- Følge opp alle detaljer i kalkylen, med priser

2.3.4 Prosjektering

- Avhengig av kalkyle 1,5 og veien videre.

2.3.5 Logistikk

I kommende periode vil vi sørge for å tilpasse logistikknottet etter de endringer som blir foretatt. I tillegg vil det bli gjennomført en høring og verifisering av de valgte løsningene før endelig godkjenning kan gjøres.

3 Økonomi

3.1 Økonomi status

Navn	Tittel	Påløpt	Bokført	Planlagt	Prognose (Total)	Gjenstående
C1001	Prosjektering (ARK/RI)	15 818 919	11 621 919	14 050 713	34 196 484	18 377 565
C1002	Regulering	171 890	154 890	1 065 189	1 500 000	1 328 110
C1003	Forberedelse for forprosjekt	2 930 609	2 930 609	2 930 609	2 930 609	0
C2001	Prosjektledelse SB	10 409 318	7 878 318	8 156 005	17 404 907	6 995 589
C2002	Spesialfag og støttefunksjoner	50 325	325	517 224	1 000 000	949 675
C2003	KSK	0	0	62 634	168 000	168 000
C2004	Kalkulasjon	233 000	232 925	444 378	800 000	567 000
C2005	Usikkerhetsanalyse	0	0	132 268	300 000	300 000
C2006	O-IKT	550 000	16 781	1 090 221	1 500 000	950 000
C3001	Reisevirksomhet	250 000	192 643	1 128 856	1 400 000	1 150 000
C3002	Kontorfasiliteter	0	0		0	0
C3003	Prosjekthotell og diverse	45 499	35 499	241 898	300 000	254 501
C4001	Reserve	0	0	1 319 228	0	0
Sum		30 459 560	23 063 909	31 139 223	61 500 000	31 040 440

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

Grunnet forlengelsen av prosjektet med 2 måneder flyttes midlene fra Reserve til Prosjektledelse SB.

Bokført og påløpt inkluderer ikke rentekostnader på lån.

4 Risikostyring

Risiko	Tiltak
Kostnadsomfang i kalkyle 1 Høyere basiskostnad i kalkyle 1 sammenlignet med konseptfasen. Mange av funksjoner i prosjektet vil være påvirket av økte kostnader. Kuttliste kan være for høy til å tilfredsstille gevinst realiseringer. Prosjekt forsinkelser	Kvalitetssikring av kalkyle 1, dokumentere forutsetninger, utarbeidelse kuttliste
Tilstand eksisterende bygg - Kreftsenter Usikkerhet tilknyttet tilstand eksisterende bygg og tekniske grensesnitt. Tilstand bæresystemet og bygningstekniske krav er uavklart. Fasade	Eksisterende dokumentasjon er fra 70 - tall. Krav har endret seg i mellom tid. Manglende beregnings dokumentasjon Stein telger sendt til undersøkelse.

tilstand uavklart.	Undersøker fasader, befaring av brann teknisk og isolasjon i bygg 63 og 53. Undersøker om det kreves forsterkninger under gammel vaskeri bygg
Omfang fornying bygg 53 Bygg 53; Tekniske forhold som brann, infrastruktur og/eller energi krav mm, tilsier at en større del av B53 må fornyes. Ombygget areal øker i forhold til konseptfase kalkyle. I forprosjektfasen har detaljkunnskapen økt som medfører store konsekvenser bygningsmessig. Krever dispensasjon fra TEK 17	Det jobbes nå i prosjekteringen å definere hvilken arealer krever lett renovering og hvilken krever tungt renovering,
Lang lede tid for bestilling av hardware , opp til 400 dager Må bestilles et og halv år før det leveres.	Sykehuspartener lager notat på hva som kreves for leveranse
Bygging kombinert med sykehusdrift Driftsrisiko ved oppføring nytt bygg samtidig med normaldrift Akuttmottak, Røntgen og Operasjon, Kraftsenter	Utarbeide og presentere løsningsforslag i logistikk notat og organisatorisk sykehusplanlegging Arbeidet må være sterk knyttet til Sykehuset Telemark som må avklare sine behov. Utrede plassering for cellegift pasienter under bygging. Cyt. lab. vil opprettholde produksjon i eksisterende arealer under ombygging. Når ny lab. er ferdig vil de flytte over uten at drift berøres vesentlig

5 Informasjon om ressurser og samhandling

Samhandling STHF - SBHF:

Samhandlingen mellom ST HF og SBHF er bra og forsterket i perioden. Det er tett dialog mellom klinikkansvarlige og eiendom og driftsansvarlig fra sykehuset mot spesielt funksjonsplanlegger og prosjekteringsansvarlig fra Sykehusbygg. På ledernivå er det også tett dialog mellom utviklingsdirektør og prosjektsjef.

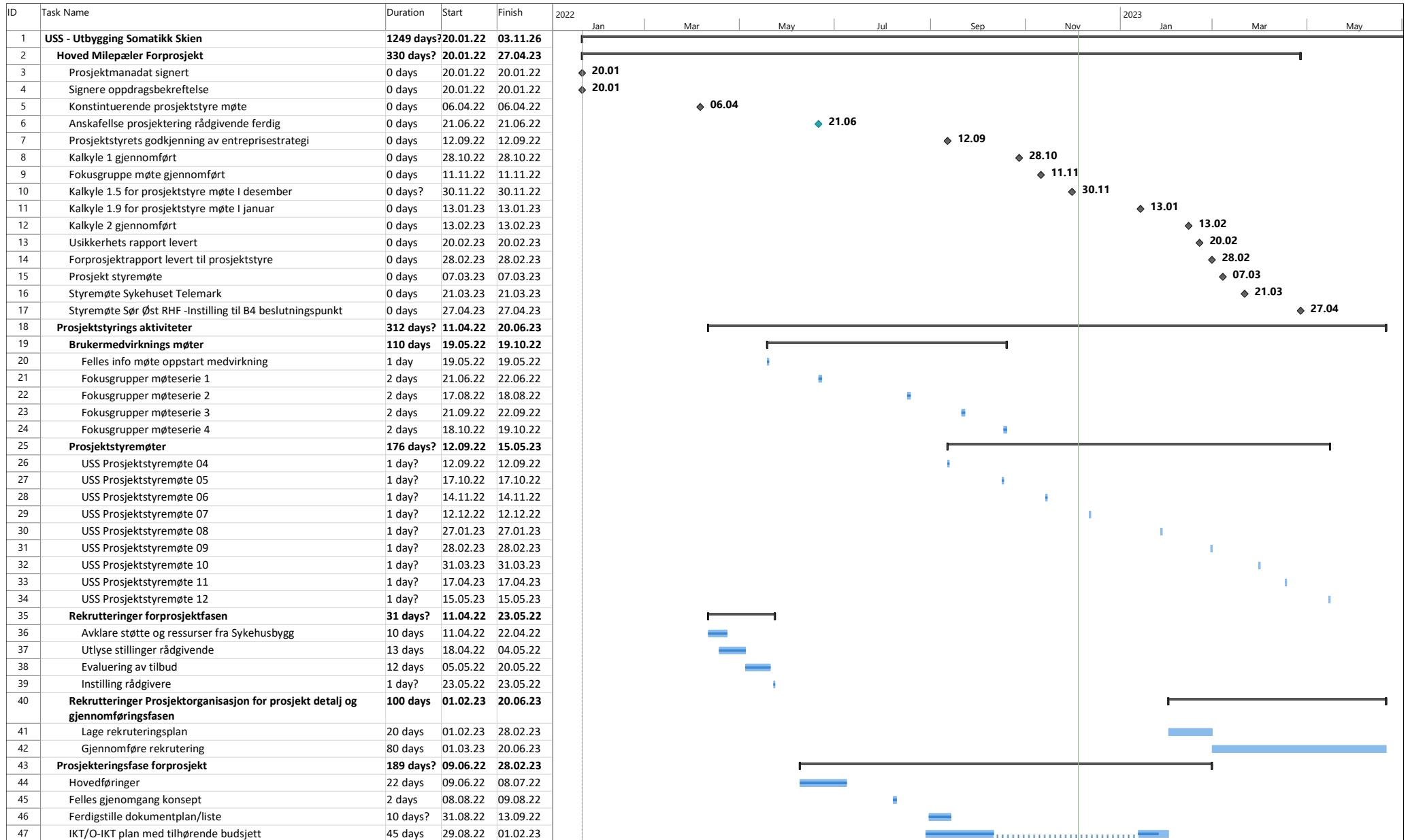
I perioden er det gjennomført konkurranse på ressurser i prosjektorganisasjonen. Stillingene prosjektsjef, områdeleder prosjektering og prosjektleder teknikk er vurdert i tett samhandling mellom STHF og SBHF.

Prosjektering:

Gruppen har opprettholdt statusmøter ukentlig. I tillegg har det vært gjennomført særmøter med alle fagområder med fokus på kalkyle input.

IKT:

I perioden har STHF ansatt ny ressurs som skal fungere som områdeleder IKT. Denne vil begynne 2 januar. Ressursen vil fungere som leverandør i prosjektorganisasjonen samt mottaker av løsning i STHF. Basert på erfaring med denne dobbelrollen i Nytt Sykehus i Narvik og Hammerfest, vil det bli satt økt fokus på dette fagområdet.



Project: USS - Forprosjekt Frem Date: 05.12.22	Task		Project Summary		Manual Task		Start-only		Deadline	
	Split		Inactive Task		Duration-only		Finish-only		Progress	
	Milestone		Inactive Milestone		Manual Summary Rollup		External Tasks		Manual Progress	
	Summary		Inactive Summary		Manual Summary		External Milestone			

ID	Task Name	Duration	Start	Finish	2022						2023					
					Jan	Mar	May	Jul	Sep	Nov	Jan	Mar	May			
48	Leveranse i henhold til dokumentplan (for kalkyle)	79 days	03.08.22	21.11.22												
49	Løse tekniske rom, hovedføringer og bærestruktur akutt senter	33 days	08.08.22	21.09.22												
50	Løse tekniske rom, hovedføringer og bærestruktur sengebygg	33 days	08.08.22	21.09.22												
51	Løse tekniske rom, hovedføringer og bærestruktur kreft senter	33 days	08.08.22	21.09.22												
52	Kvalitetssikring av prosjekterings arbeid	10 days	03.10.22	14.10.22												
53	Kvalitetssikring kalkyle 1 underlag	25 days	28.10.22	01.12.22												
54	Optimalisering og ny løsninger	20 days	02.12.22	29.12.22												
55	Forprosjekt rapport 1. utkast	0 days	30.12.22	30.12.22												
56	Utarbeide kutt og opsjon alternativer	25 days?	30.12.22	02.02.23												
57	RI og ARK input til forprosjektrapport ferdig	0 days?	02.02.23	02.02.23												
58	Ferdigstille kalkyle 2 (endelig basis kost)	7 days	03.02.23	13.02.23												
59	Tverrfaglig/intern kontrol	20 days	01.02.23	28.02.23												
60	Gjennomføre usikkerhetsanalyse	25 days?	17.01.23	20.02.23												
61	Kvalitetssikring av forprosjektrapport	29 days	11.01.23	20.02.23												
62	Offentlig saksbehandling	112 days	01.03.23	03.08.23												
63	Rammesøknad	65 days	01.03.23	30.05.23												
64	Behandling IG 1 (riving)	15 days	31.05.23	20.06.23												
65	Behandling IG 2 (råbygg)	15 days	07.06.23	27.06.23												
66	Søknad DSA	42 days	07.06.23	03.08.23												

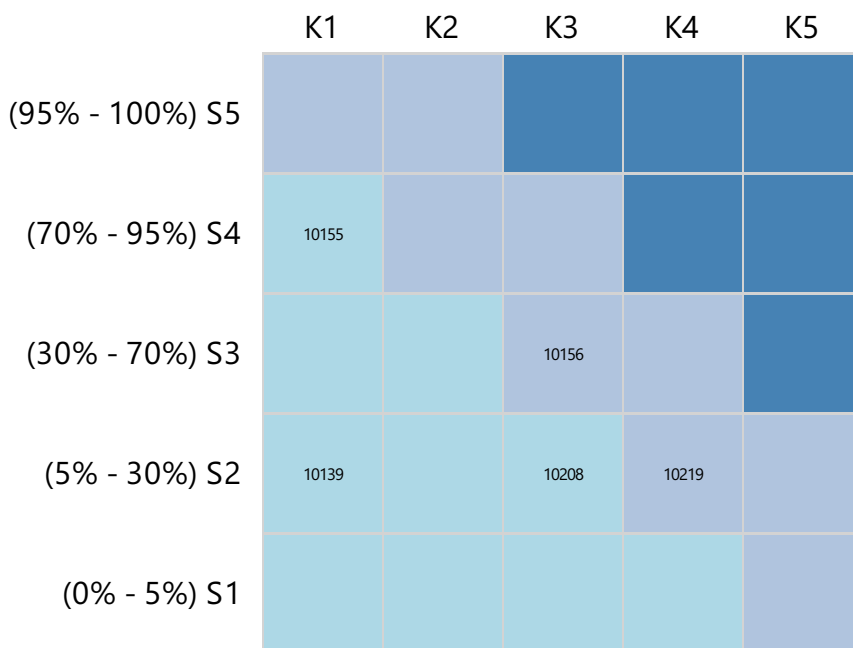
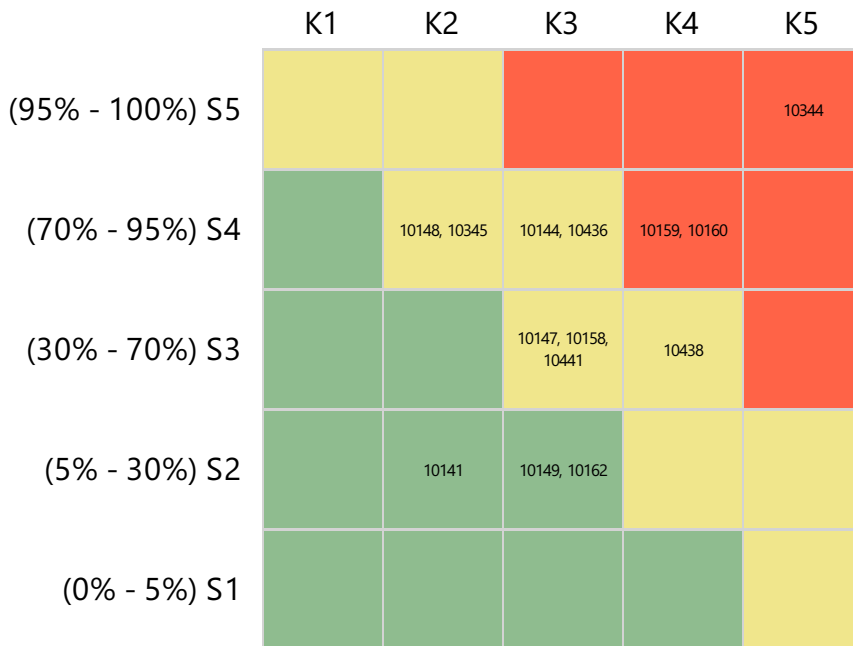
Project: USS - Forprosjekt Frem
Date: 05.12.22

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

Mnd rapport Prosjektstyret

Orgunit: USS/USS - Utbygging somatikk Skien

CutOff: 30.11.2022



ID	Navn/beskrivelse	Sans.	Kons.	Åpne/totale tiltak
10344 N O	Kostnadsomfang i kalkyle 1 Høyere basiskostnad i kalkyle 1 sammenlignet med konseptfasen .	S5	Kostnad K5, Kvalitet K2, Framdrift K3	0/0
USS				
10159 N ↑ F ↑ O	Tilstand eksisterende bygg - Kreftsenter Usikkerhet tilknyttet tilstand eksisterende bygg og tekniske grensesnitt. Tilstand bæresystemet og bygningstekniske kraver uavklart. Fasade tilstand uavklart.	S4	Kostnad K4, Framdrift K4	1/1
USS				
10160 N ↑ F - O	Omfang fornying bygg 53 Bygg 53; Tekniske forhold som brann, infrastruktur og/eller energi krav mm, tilsier at en større del av B53 må fornyes. Ombygget areal øker i forhold til konseptfase kalkyle.	S4	Kostnad K4	0/0
USS				

Confidential, Pedersen, Tone, 22.12.2022 09:37:49

10436 N O USS	Lang lede tid for bestilling av hardware , opp til 400 dager Lang lede tid for bestilling av hardware , opp til 400 dager	S4	Framdrift K3	0/0
10438 N O USS	Forsinkelser av IKT leveranse av kliniske software applikasjoner Forsinkelser i IKT-leveranser av kliniske fagapplikasjoner (OIS/TPS for stråleterapi) Felles anskaffelse, VVHF har fått oppdraget. Integrasjoner mot Helselogistikk.	S3	Framdrift K4	0/0
10144 N - F ↑ O 0201	Forstyrrelser og tilpasning eksisterende drift ved Akuttsenter Mindre effektivt/forsinkelser i byggeprosess for å hensynta sykehus i drift. Støv, støy, rystelser, transport av byggematerialer etc. Må etableres midl. tilkomst for ambulanse.	S4	Kostnad K2, Personikkerhet K3	0/0
10147 N - F - O USS	Bygging kombinert med sykehusdrift Driftsrisiko ved oppføring nytt bygg samtidig med normaldrift Akuttmottak, Røntgen og Operasjon, Kraftsenter	S3	Kostnad K3, Personikkerhet K3	0/0
10156 N - F ↓ O USS	Markedssituasjon Markedssituasjon entreprenørmarkedet , overordnet råvare, material pris, tilgjengelig arbeidskraft, generell lønnsøkning	S3	Kostnad K3	0/0
10158 N - F - O USS	Forstyrrelser og tilpasning eksisterende drift Kreftsenter Mindre effektivt/forsinkelser i byggeprosess for å hensynta sykehus i drift. Støv, støy, rystelser, transport av byggematerialer etc.	S3	Kostnad K3, Framdrift K3	2/2
10441 N O USS	Økt kvalitet medfører høyere kostnader Setnings skader på eksisterende bygningsmasse under byggearbeid. Eksempel kjøkken og kjøkken utstyr	S3	Kostnad K3	0/0
10345 N USS	Organisasjons endringer Utskifting av prosjektchef, IKT prosjektleder og projekteringsleder kan bidra til tapp av historikken	S4	Kvalitet K2	0/0
10148 N - F ↓ O USS	Ambulanselogistikk i byggeperioden (kun en vei inn)	S4	Personikkerhet K2	0/1
10219 N - F - O USS	Posisjon sengebygg	S2	Kostnad K4	0/0
10149 N ↓ F - O USS	Forsinkelser i søknadsprosesser (kommune, Arbeidstilsynet, VAV mm.)	S2	Framdrift K3	0/0
10162 N - F - O USS	Transport løsning for pasienttransport i bygningsfasen Uavklart Hvordan transportere seneliggende pasienter og varer til Moflata når lavblokken bygges om? (Gjøres pr. i dag i kulvert.)	S2	Kostnad K2, Framdrift K3	0/0
10208 N - F - O USS	Reserve kraft for bygg 58 Det kan utarbeides løsning for reservekraft for hele sykehus som en del av prosjektet hvis det kan projekteres i forprosjektfasen.	S2	Kvalitet K3	0/0
10155 N - F - O USS	Valg av Fasademateriale Fasademateriale som er valgt er en av dyreste alternativer. Innebærer en usikkerhet i forhold til kostnad.	S4	Kostnad K1	0/0
10141 N ↓ F - O USS	Usikkert om prosjekt "Hselogistikk" er tilstrekkelig hensyntatt i IKT-budsjettet. Det forutsettes at prosjekt "Hselogistikk" er implementert/blir implementert. Tilretteleggelse må skje i USS. Tilstrekkelig i IKT budsjett?	S2	Kostnad K2	0/0
10139 N - F ↓ O USS	Økt gjenbruk utstyr Akuttsenter Kan være mulig å økte gjenbruk av utstyr. Flere funksjoner er lokalisert der de er i dag	S2	Kostnad K1	0/0

Utgått siden forrige periode

ID	Navn/beskrivelse	Sans.	Kons.	Åpne/totale tiltak
10136 N - F USS	Sen kontrahering av prosjekterende til USS forprosjekt På grunn av forprosjektets sene start i forhold til forventet ferdigstillelse er det usikkert når alle nødvendige prosjekterende vil være kontrahert til prosjektteamet.	S5	Framdrift K3	0/0
10151 N - F USS	Behov for økt etasjehøyde sengebygg Behov for økte etasje høyder i sengebygg for fremføring av tekniske installasjoner, med den konsekvens at byggets høyde øker i forhold til kalkyle.	S2	Kostnad K3, Kvalitet K4	1/2
10153 N - F USS	Ombygging i Vestfløy- Sengebygg tilkobling Kan være behov for ytterligere ombygging i Vestfløy ut over hensyntatt i basisestimatet for umiddelbar kobling samt det som må gjøres for korridor løsning	S4	Kostnad K2	0/0

Saksfremlegg til prosjektstyret i USS Telemark

Dato:	07.12.2022
Saksbehandler:	Helle Jensen
Møtedato:	12.12.2022
Anslått tidsbruk:	90 min

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

Sak 039/2022

Sak Status kalkyle 1.5

Bakgrunn for saken:

Basiskostnad

Gjennom konseptfasen ble det utviklet en basiskalkyle på kr 936 mill inkl mva. for etablering av prosjektet USS Telemark. Denne kalkylen ble vurdert gjennom en usikkerhetsanalyse(UA) som resulterte i en styringsramme (også kalt prosjektkostnad, P50) på 1079 mill. Se tabell:

Kostnadsnivå	Kreftsenters	Sengebygget	Akuttsetteret	Totalt
Basiskostnad/estimat	347 186	485 904	103 257	936 347
Forventet tillegg	54 964	71 466	16 319	142 749
Prosjektkostnad (P50)	402 100	557 370	119 576	1 079 046
Usikkerhetsavsetning	91 859	94 557	20 254	206 670
Kostnadsramme (P85)	493 959	651 927	139 830	1 285 716

Hentet fra konseptrapporten, juni 2020.

Tallene ble noe justert i konseptrapporten (side 9):

Byggekostnad, basisestimat med påslag	
<i>Beløp i mill. kroner</i>	Alternativ 3
Basisestimat	945
Forventede tillegg	144
<i>% av basis</i>	15,3 %
Prosjektkostnad P50	1 089
Reserve	134
<i>% av P50</i>	12,3 %
Kostnadsramme P85	1 223

Basiskostnaden på 945 mill og styringsramme (P50) på 1.089 mill er de formelle tallene som ligger i beslutningsunderlag for USS Telemark.

I sammenstillingen mellom kalkylen er det basiskostnaden i UA på 936 mill. som legges til grunn. Denne er pr aug. 2022 på 1.131 mill.

Utvikling av kalkyle 1.0 og 1.5

Utviklingen av forprosjektet, har gitt en større oversikt over detaljer i tegningsunderlaget. Bærende konstruksjoner, tekniske føringer og påkoblingsarbeid mot eksisterende bygninger er fanget opp. Utviklingen var så stor at det ble foretatt en status på kalkyle 1.0, som ble presentert i prosjektstyret 14.11.22. Kalkylen var basert på innspill fra rådgiverne og arkitekt. Størrelsen på kalkylen var urovekkende høy, og prosjektorganisasjonen sammen med representanter fra STHF har gått gjennom kalkylen, fag for fag, for å sikre riktig input til kalkulator. Resultatet er revidert kalkyle 1.5.

Kalkyle 1.5 er en oversikt over basiskostnad pr august 2022. Denne er fortsatt godt over basiskostnaden fra konseptrapporten. I prosjektstyremøtet 14.11.22 ble det presentert 4 scenarier.

Scenario A: Kalkylen står ved lag. STHF må vurdere hvilke områder/delprosjekt som skal prioriteres og hvilke som skal skales ned prosjektet

Scenario B: Kalkylen justeres ned. Krever fortsatt prioriteringer og skalering.

Scenario C: Kalkylen kommer ned til styringsramme, P50. Lite sannsynlig.

Scenario D: Kalkylen går opp. Lite sannsynlig. Men aksjon som i sc. A

Det gjenstår fortsatt noen detaljer i kalkylearbeidet, men det er åpenbart at vi treffer scenario B. Kalkyle 1.5 og grunnlaget vil bli presentert i prosjektstyremøtet.

Bakgrunn for økning i kalkylen

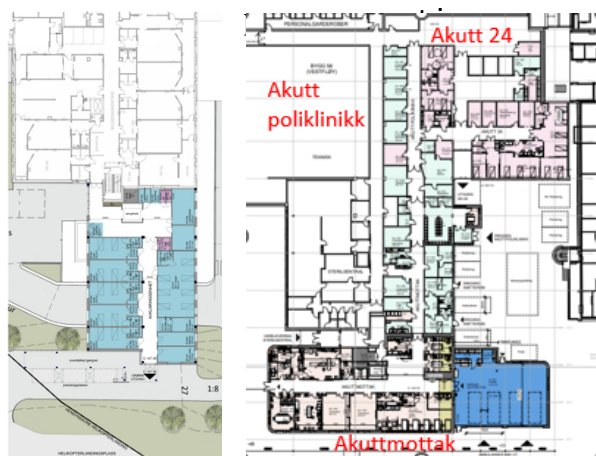
Akuttcenteret

Her har det skjedd betydelige endringer siden konseptfasen. Det ble endret form og innhold i forberedende forprosjekt gjennom 2021 som ble videreutviklet i forprosjektet.

Det er avdekt at flere rom ikke var konseptfasen. Rom som venterom, ekspedisjon, undersøkelsesrom, arbeidsstasjon, lager og vaskerom var programmert med 0 kvm i dRofus-databasen.

Teknisk areal var heller ikke programmert. Bro til helikopterlandingsplassen er nå mer definert og går inn i arealregnskapet.

Rehabiliteringsarealene mot akutt 24 er inkludert i kalkylen og har økt i omfang.

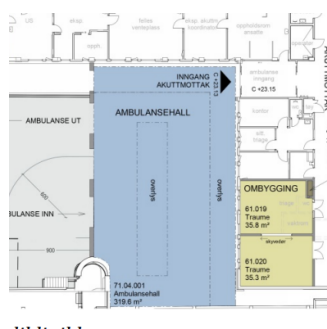


Konseptfasen

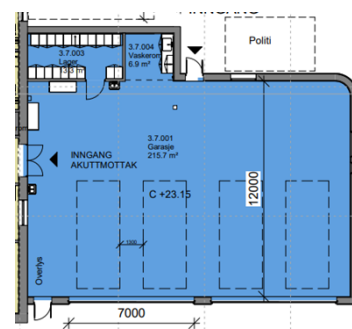
I dag

Oppsummering: Nødvendig areal er kommet til og omfang rehabilitering har økt. Ombygging i eksisterende arealer innehar en risiko som må håndteres i ny usikkerhetsanalyse.

Ambulansehallen har også endret seg siden konseptfasen. Det var tegnet inn tre oppstillingsplasser, men ligger nå med fire plasser. Temperaturen er også økt fra +5 til +14,9 °C og behov for Oljeutskiller er lagt inn.



Konseptfasen



I dag

Sengebygget

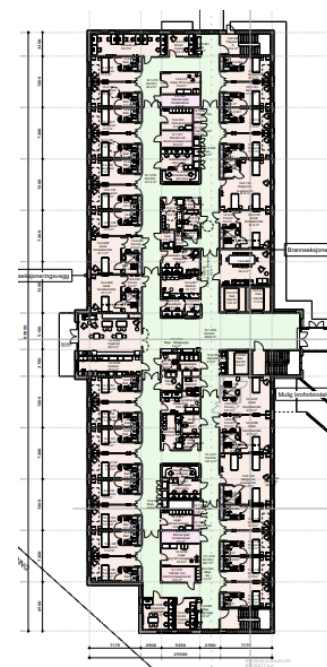
Sengebygget ble kalkulert som sykehjem i konseptfasen. I etterkant ser en at dette er en feilvurdering. Sykehjem har enklere funksjoner og tekniske krav, og har en langt lavere kostnad enn et sengebygg på et sykehus.

Fotavtrykket på sengebygget er økt med 60 kvm, pga aksesystemet. Dette påvirker alle etasjer.

I konseptfasen har en undervurdert behov for teknisk areal i U1 og føringer opp i bygget. Noe som førte til en flytting av teknisk rom fra U1 til taket gjennom forprosjektet.

I tillegg er reserveaggregatene flyttet ut av sengebygget til et eget bygg. Dette har ført til at det er nå 340 kvm uinnredet kjeller.

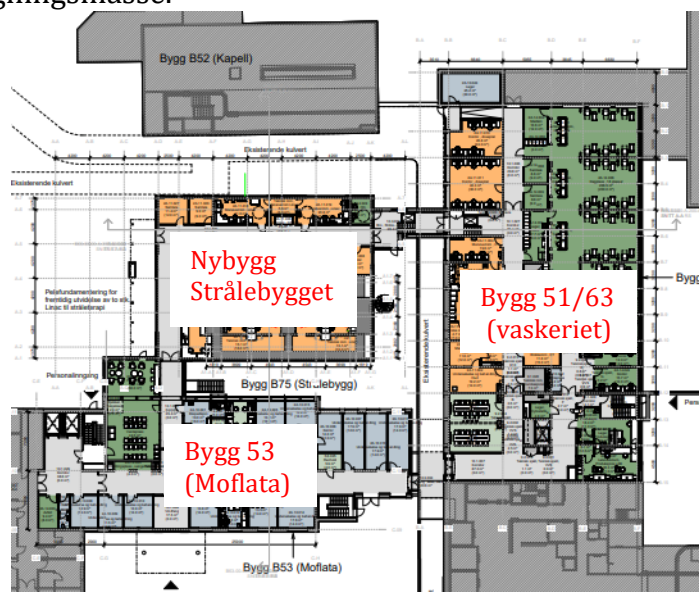
Det er i konseptfasen planlagt såkalt «anretningskjøkken». Dagens løsning viser en langt mer detaljert løsning, der en skal produsere mat på kjøkken. Noe som påvirker romløsning og tekniske krav (separat ventilasjonsaggregat og fettutskiller).



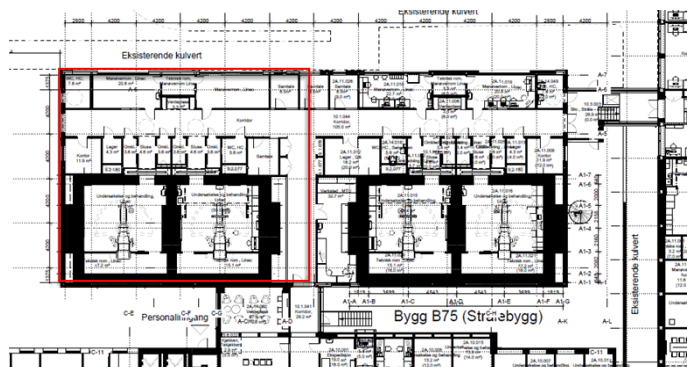
Oppsummering: kalkylen for sengebygget var feil i konseptfasen. I tillegg er det skjedd en utvikling av teknisk infrastruktur, som er nødvendig for etablering av sengebygget.

Kreftsentret

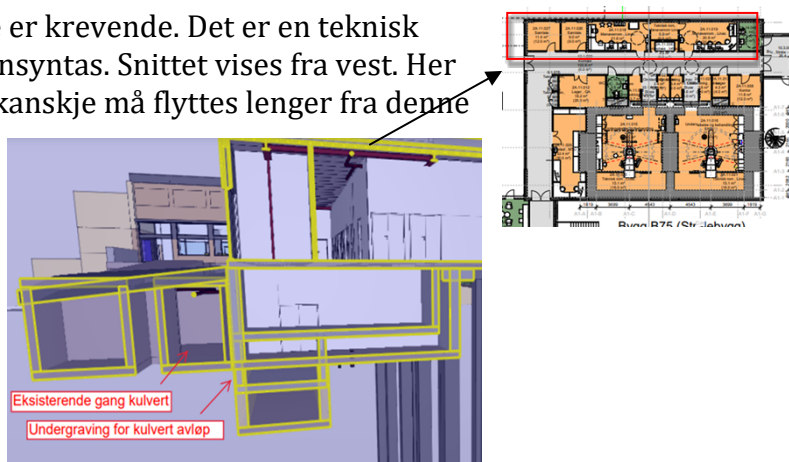
Kreftsentret er fordelt på tre bygg. Bakgrunnen for denne delingen var å utnytte eksisterende bygningsmasse.



Strålebygget inneholder to strålebunkere med tilhørende støttefunksjoner. Dette bygget skal ha en mulighet for etappevis utbygging, hvilket betyr at fundamentet for to ekstra strålebunkere støpes i første byggetrinn.

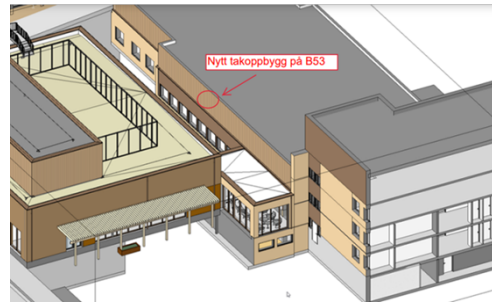


Plasseringen av strålebunkerne er krevende. Det er en teknisk kulvert i nordenden som må hensyntas. Snittet vises fra vest. Her ser vi nå at hele Strålesenteret kanskje må flyttes lenger fra denne eksisterende kulverten for å få plass til spunt og forskalingssystem. Dvs at Strålesenteret kommer nærmere Moflata. Konsekvenser utredes nå.



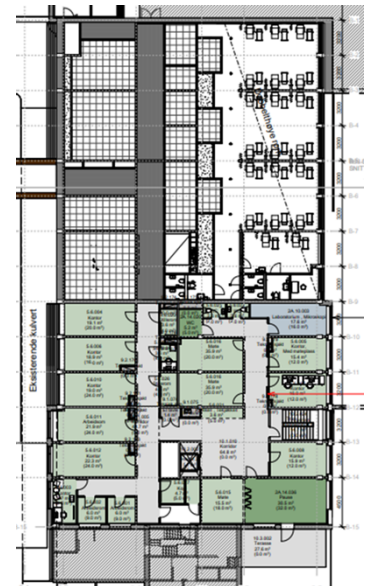
Strålebygget ligger tett på eksisterende bygg, Moflata høybygg. Her er det behov for betydelig oppgradering både mht bygningsmessig tilpasning, men også hensyn til brannkrav (mindre enn 8 m).

For å tilpasse de tekniske kravene er det også behov for å bygge nytt tak over B53.



På vaskeribygget er det også betydelig rehabilitering.

I 1 etg er det planlagt Undersøkelserom (radiologi), Undersøkelserom, dagområde, Dagbehandling, Infusjonspoliklinikk, CT-laboratorium med tilhørende funksjoner og hudbehandling, Administrasjon og tilhørende tekniske areal. Rådgiver på bygg (RIB) er bekymret for denne løsningen. Det er usikkerhet rundt omfang endring av planløsning tilleggisolering av yttervegger og tak, utskiftning/etablering/fjerning av vinduer, tilslutning til gangbro og nytt varme- og ventilasjonsanlegg. Usikkerheten omfatter definisjonen om bruksendring og evt hovedombygging. Ansees dette som en hovedombygging, vil alle energikrav i TEK følges. Det er derfor risiko rundt kalkyletallene rundt dette arbeidet.



I 2 etg. er kun deler av etasjen rehabilitert. Vises med grønn farge på tegning. Den andre delen av bygget er åpent fra gulv til tak, 5 m. Her vil en få utfordring med trekk og kuldebro og driftsmessig er dette en fordyrende løsning. Det kan nevnes at det også er stor usikkerhet rundt takets oppbygging, isolering og bæreevne i forhold til snølast.

I U1 er kun halve etasjen berørt. Den omfatter uoppvarmede tekniske rom og sjakter. Det er forutsatt at eksisterende gulv, yttervegger, vinduer og ytterdører i hele Plan U1 kan unntas fra energikravene i TEK. En naturlig følge av dette er at Plan U1 også unntas fra energirammekrav og minstekrav til luftlekkasjetall for bygningen. Driftsmessig er ikke dette en god løsning.

Det er ikke tatt stilling til om veggene skal isoleres på inn- eller utsiden (avklares i løpet av desember). Bakgrunnen er uklarhet om eksisterende teglforblending og bærekonstruksjoner har kvalitet som tåler innvendig isolering. Isolering på utsiden vil kreve fasadeendring og vesentlig endring av veggtykkelse. I praksis betyr det at hele fasaden rives og bygges opp på nytt. Isolering på innsiden, utover 100 mm, kan skape risiko for fukt (teglvegg).

Oppsummering: plassering av nybygg strålebygg er kostnadskreven, men løsbart. Utbedringsarbeidene i Moflata og Vaskeribygget er krevende og økonomisk risikofylt. Rehabilitering er en usikkerhetsdriver, som må hensyntas i en ny usikkerhetsanalyse.

Utomhusarbeider

I konseptrapporten lå det inne minimalt med arbeid på utomhus. Gjennom forprosjektet er ikke kvaliteten på bakkenivå økt, men en har fått avklart infrastruktur under bakken, spesielt for sengebygget. Det gjelder omlegging av høyspentkabel, utvendig rørsystem og utendørs elkraft og automatisering.

Oppsummering: kalkylen fra forprosjekt var underestimert med tanke på teknisk infrastruktur. Basert på spredning i delprosjekter, er det omfattende arbeid på dette området.

Formålet for behandling i prosjektstyret

Basert på at kalkyle 1.5, fortsatt ligger godt over tidligere basiskostnad, må prosjektet prioritere og skalere ned omfanget. Det vil i prosjektstyremøtet bli fremlagt flere alternative forslag. Prosjektstyret bes om å ta stilling til disse alternativene.

Budsjett/finansiering

Pågående arbeid med kalkylearbeidet, er innenfor kostnaden for forprosjekt.

Kommunikasjonsplan

Den økonomiske statusen i prosjektet er foreløpig å anse som sensitiv informasjon. Det bør derfor etableres en kommunikasjonsplan for hvordan informasjonen om arbeidet i forprosjektet skal håndteres internt og eksternt.

Forslag til vedtak med frist og ansvarlig for gjennomførelse:

- 1) Det må arbeides med å prioritere og skalere ned omfanget av prosjektet
- 2) Prosjektorganisasjonen tar med seg diskusjonen og innspill fra prosjektstyret i det videre arbeidet.

Saksfremlegg til prosjektstyret i USS Telemark

Dato:	06.12.2022
Saksbehandler:	Helle Jensen
Møtedato:	12.12.2022
Anslått tidsbruk:	90 min

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

Sak 039/2022

Sak Status kalkyle 1.5

Bakgrunn for saken:

Basiskostnad

Gjennom konseptfasen ble det utviklet en basiskalkyle på kr 936 mill inkl mva. for etablering av prosjektet USS Telemark. Denne kalkylen ble vurdert gjennom en usikkerhetsanalyse(UA) som resulterte i en styringsramme (også kalt prosjektkostnad, P50) på 1079 mill. Se tabell:

Kostnadsnivå	Kreftsenters	Sengebygget	Akuttseptret	Totalt
Basiskostnad/estimat	347 186	485 904	103 257	936 347
Forventet tillegg	54 964	71 466	16 319	142 749
Prosjektkostnad (P50)	402 100	557 370	119 576	1 079 046
Usikkerhetsavsetning	91 859	94 557	20 254	206 670
Kostnadsramme (P85)	493 959	651 927	139 830	1 285 716

Hentet fra konseptrapporten, juni 2020.

Tallene ble noe justert i konseptrapporten (side 9):

Byggekostnad, basisestimat med påslag	
Beløp i mill. kroner	Alternativ 3
Basisestimat	945
Forventede tillegg	144
% av basis	15,3 %
Prosjektkostnad P50	1 089
Reserve	134
% av P50	12,3 %
Kostnadsramme P85	1 223

Basiskostnaden på 945 mill og styringsramme (P50) på 1.089 mill er de formelle tallene som ligger i beslutningsunderlag for USS Telemark.

I sammenstillingen mellom kalkylerne er det basiskostnaden i UA på 936 mill. som legges til grunn. Denne er pr aug. 2022 på 1.131 mill.

Utvikling av kalkyle 1.0 og 1.5

Utviklingen av forprosjektet, har gitt en større oversikt over detaljer i tegningsunderlaget. Bærende konstruksjoner, tekniske føringer og påkoblingsarbeid mot eksisterende bygninger er fanget opp. Utviklingen var så stor at det ble foretatt en status på kalkyle 1.0, som ble presentert i prosjektstyret 14.11.22. Kalkylen var basert på innspill fra rådgiverne og arkitekt. Størrelsen på kalkylen var urovekkende høy, og prosjektorganisasjonen sammen med representanter fra STHF har gått gjennom kalkylen, fag for fag, for å sikre riktig input til kalkulator. Resultatet er revidert kalkyle 1.5.

Kalkyle 1.5 er en oversikt over basiskostnad pr august 2022. Denne er fortsatt godt over basiskostnaden fra konseptrapporten. I prosjektstyremøtet 14.11.22 ble det presentert 4 scenarier.

Scenario A: Kalkylen står ved lag. STHF må vurdere hvilke områder/delprosjekt som skal prioriteres og hvilke som skal skales ned prosjektet

Scenario B: Kalkylen justeres ned. Krever fortsatt prioriteringer og skalering.

Scenario C: Kalkylen kommer ned til styringsramme, P50. Lite sannsynlig.

Scenario D: Kalkylen går opp. Lite sannsynlig. Men aksjon som i sc. A

Det gjenstår fortsatt noen detaljert i kalkylearbeidet, men det er åpenbart at vi treffer scenario B. Kalkyle 1.5 og grunnlaget vil bli presentert i prosjektstyremøtet.

Bakgrunn for økning i kalkylen

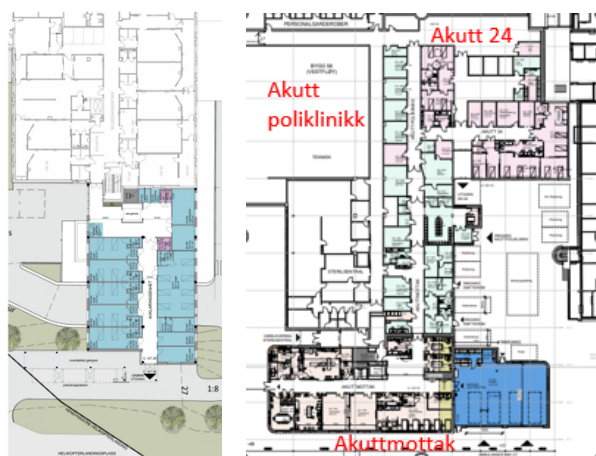
Akuttcenteret

Her har det skjedd betydelige endringer siden konseptfasen. Det ble endret form og innhold i forberedende forprosjekt gjennom 2021 som ble videreutviklet i forprosjektet.

Det er avdekt at flere rom ikke var programmert i konseptfasen. Rom som venterom, ekspedisjon, undersøkelsesrom, arbeidsstasjon, lager og vaskerom var programmert med 0 kvm i dRofus-databasen.

Teknisk areal var heller ikke programmert. Bro til helikopterlandingsplassen er nå mer definert og går inn i arealregnskapet.

Rehabiliteringsarealene mot akutt 24 er inkludert i kalkylen og har økt i omfang.

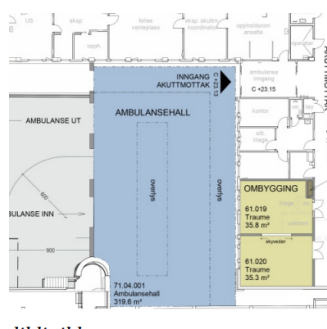


Konseptfasen

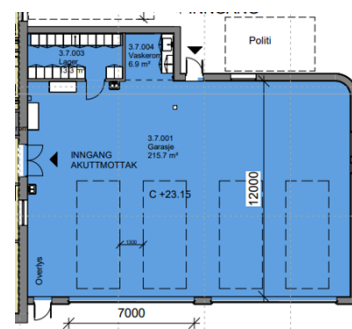
I dag

Oppsummering: Nødvendig areal er kommet til og omfang rehabilitering har økt. Ombygging i eksisterende arealer innehar en risiko som må håndteres i ny usikkerhetsanalyse.

Ambulansehallen har også endret seg siden konseptfasen. Det var tegnet inn tre oppstillingsplasser, men ligger nå med fire plasser. Temperaturen er også økt fra +5 til +14,9 °C og behov for Oljeutskiller er lagt inn.



Konseptfasen



I dag

Sengebygget

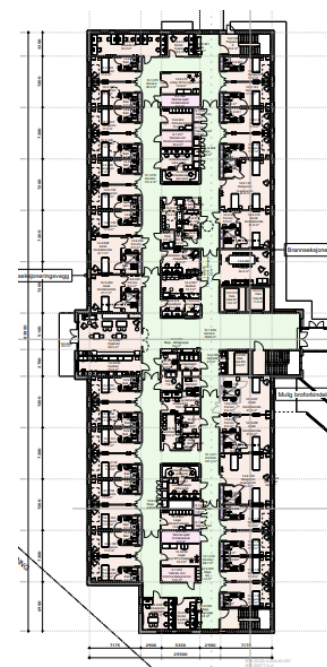
Sengebygget ble kalkulert som sykehjem i konseptfasen. I etterkant ser en at dette er en feilvurdering. Sykehjem har enklere funksjoner og tekniske krav, og har en langt lavere kostnad enn et sengebygg på et sykehus.

Fotavtrykket på sengebygget er økt med 60 kvm, pga aksesystemet. Dette påvirker alle etasjer.

I konseptfasen har en undervurdert behov for teknisk areal i U1 og føringer opp i bygget. Noe som førte til en flytting av teknisk rom fra U1 til taket gjennom forprosjektet.

I tillegg er reserveaggregatene flyttet ut av sengebygget til et eget bygg. Dette har ført til at det er nå 340 kvm uinnredet kjeller.

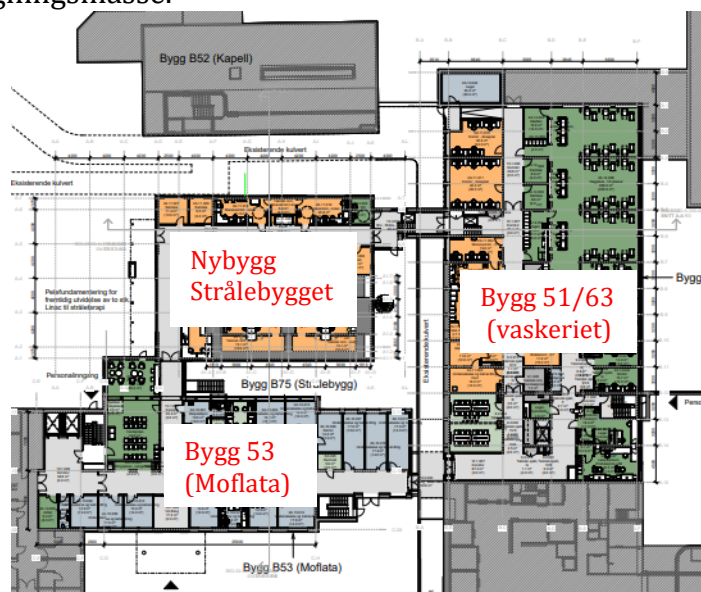
Det er i konseptfasen planlagt såkalt «anretningskjøkken». Dagens løsning viser en langt mer detaljert løsning, der en skal produsere mat på kjøkken. Noe som påvirker romløsning og tekniske krav (separat ventilasjonsaggregat og fettutskiller).



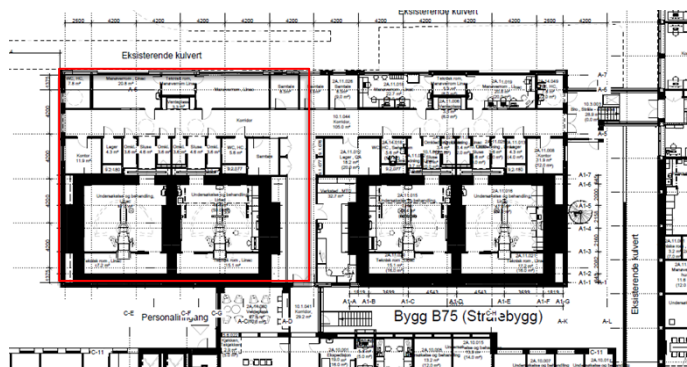
Oppsummering: kalkylen for sengebygget var feil i konseptfasen. I tillegg er det skjedd en utvikling av teknisk infrastruktur, som er nødvendig for etablering av sengebygget.

Kreftsentret

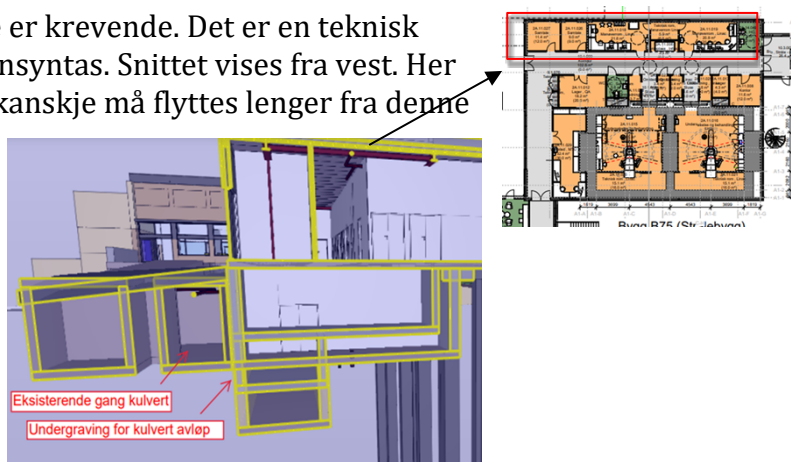
Kreftsentret er fordelt på tre bygg. Bakgrunnen for denne delingen var å utnytte eksisterende bygningsmasse.



Strålebygget inneholder to strålebunkere med tilhørende støttefunksjoner. Dette bygget skal ha en mulighet for etappevis utbygging, hvilket betyr at fundamentet for to ekstra strålebunkere støpes i første byggetrinn.

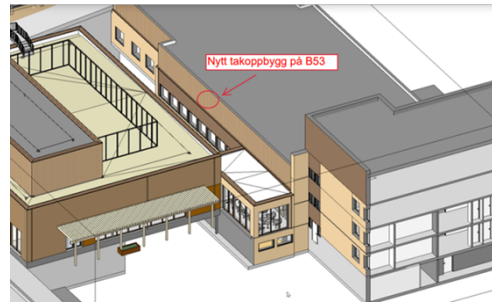


Plasseringen av strålebunkerne er krevende. Det er en teknisk kulvert i nordenden som må hensyntas. Snittet vises fra vest. Her ser vi nå at hele Strålesenteret kanskje må flyttes lenger fra denne eksisterende kulverten for å få plass til spunt og forskalingssystem. Dvs at Strålesenteret kommer nærmere Moflata. Konsekvenser utredes nå.



Strålebygget ligger tett på eksisterende bygg, Moflata høybygg. Her er det behov for betydelig oppgradering både mht bygningsmessig tilpasning, men også hensyn til brannkrav (mindre enn 8 m).

For å tilpasse de tekniske kravene er det også behov for å bygge nytt tak over B53.



På vaskeribygget er det også betydelig rehabilitering.

I 1 etg er det planlagt Undersøkelserom (radiologi), Undersøkelserom, dagområde, Dagbehandling, Infusjonspoliklinikk, CT-laboratorium med tilhørende funksjoner og hudbehandling, Administrasjon og tilhørende tekniske areal. Rådgiver på bygg (RIB) er bekymret for denne løsningen. Det er usikkerhet rundt omfang endring av planløsning tilleggisolering av yttervegger og tak, utskiftning/etablering/fjerning av vinduer, tilslutning til gangbro og nytt varme- og ventilasjonsanlegg. Usikkerheten omfatter definisjonen om bruksendring og evt hovedombygging. Ansees dette som en hovedombygging, vil alle energikrav i TEK følges. Det er derfor risiko rundt kalkyletallene rundt dette arbeidet.



I 2 etg. er kun deler av etasjen rehabilitert. Vises med grønn farge på tegning. Den andre delen av bygget er åpent fra gulv til tak, 5 m. Her vil en få utfordring med trekk og kuldebro og driftsmessig er dette en fordyrende løsning. Det kan nevnes at det også er stor usikkerhet rundt takets oppbygging, isolering og bæreevne i forhold til snølast.

I U1 er kun halve etasjen berørt. Den omfatter uoppvarmede tekniske rom og sjakter. Det er forutsatt at eksisterende gulv, yttervegger, vinduer og ytterdører i hele Plan U1 kan unntas fra energikravene i TEK. En naturlig følge av dette er at Plan U1 også unntas fra energirammekrav og minstekrav til luftlekkasjetall for bygningen. Driftsmessig er ikke dette en god løsning.

Det er ikke tatt stilling til om veggene skal isoleres på inn- eller utsiden (avklares i løpet av desember). Bakgrunnen er uklarhet om eksisterende teglforblending og bærekonstruksjoner har kvalitet som tåler innvendig isolering. Isolering på utsiden vil kreve fasadeendring og vesentlig endring av veggtykkelse. I praksis betyr det at hele fasaden rives og bygges opp på nytt. Isolering på innsiden, utover 100 mm, kan skape risiko for fukt (teglvegg).

Oppsummering: plassering av nybygg strålebygg er kostnadskreven, men løsbart. Utbedringsarbeidene i Moflata og Vaskeribygget er krevende og økonomisk risikofyllt. Rehabilitering er en usikkerhetsdriver, som må hensyntas i en ny usikkerhetsanalyse.

Utomhusarbeider

I konseptrapporten lå det inne minimalt med arbeid på utomhus. Gjennom forprosjektet er ikke kvaliteten på bakkenivå økt, men en har fått avklart infrastruktur under bakken, spesielt for sengebygget. Det gjelder omlegging av høyspentkabel, utvendig rørsystem og utendørs elkraft og automatisering.

Oppsummering: kalkylen fra forprosjekt var underestimert med tanke på teknisk infrastruktur. Basert på spredning i delprosjekter, er det omfattende arbeid på dette området.

Formålet for behandling i prosjektstyret

Basert på at kalkyle 1.5, fortsatt ligger godt over tidligere basiskostnad, må prosjektet prioritere og skalere ned omfanget. Det vil i prosjektstyremøtet bli fremlagt flere alternative forslag. Prosjektstyret bes om å ta stilling til disse alternativene.

Budsjett/finansiering

Pågående arbeid med kalkylearbeidet, er innenfor kostnaden for forprosjekt.

Kommunikasjonsplan

Den økonomiske statusen i prosjektet er foreløpig å anse som sensitiv informasjon. Det bør derfor etableres en kommunikasjonsplan for hvordan informasjonen om arbeidet i forprosjektet skal håndteres internt og eksternt.

Forslag til vedtak med frist og ansvarlig for gjennomførelse:

- 1) Det må arbeides med å prioritere og skalere ned omfanget av prosjektet
- 2) Prosjektorganisasjonen tar med seg diskusjonen og innspill fra prosjektstyret i det videre arbeidet.

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	14. desember 2022

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

Sak: 103 – 2022

Driftsorienteringer fra administrerende direktør

Forslag til vedtak

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Skien, 6. desember 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Driftsorienteringer fra administrerende direktør:

1. Nysaldering for Statsbudsjettet i 2022

I regjeringen sin nysaldering for statsbudsjettet i 2022 blir det foreslått å øke sjukehusene sine budsjett med 2,5 milliarder kroner. Dette blir gjort for å sikre at sjukehusene kan foreta helt nødvendige investeringer og for å verne psykisk helsevern. I følge Helse- og omsorgsdepartementet blir tilleggsbevilgningen foreslått for å skjerme velferdsoppgavene i krisetider og sørge for at den negative utviklingen i sykehusenes resultater ikke får dramatiske konsekvenser. Samtidig vektlegger departementet at helseforetakene må vurdere behovet for omstillingstiltak for å beholde den økonomiske kontrollen. Den økte prisveksten i 2023 er ikke kompensert i Statsbudsjettet for neste år og vil dermed påvirke sykehusøkonomien i negativ retning.

Av den totale bevilgningen som er foreslått, vil 1 347,9 millioner kroner bli tilført Helse Sør-Øst. Fordelingen til de enkelte helseforetakene er ikke klar i skrivende stund og forventes først endelig vedtatt i styremøte i Helse Sør-Øst 16. desember. Forslaget til fordeling vil foreligge når vårt styremøte avholdes og det vil bli gitt en muntlig orientering i styremøtet om hva vi kan forvente blir tilført Sykehuset Telemark HF.

Pengene som tildeles i 2022 vil bidra til at helseforetaket opprettholder investeringsevne i det kommende året, men administrerende direktør vil påpeke at det ikke reduserer behov for forbedring og omstilling i 2023. Dette vil vi komme nærmere tilbake til i forbindelse med behandling av sak 106-2022 Budsjett 2023.

2. Vellykket uke med forbedring og pasientsikkerhet i fokus

I hele uke 45 ble det viet ekstra oppmerksomhet til pasientsikkerhet- og kvalitetsforbedring på sykehuset. Det ble gjennomført en rekke aktiviteter med fokus på pasientsikkerhet- og kvalitetsforbedring, og totalt ni pasientsikkerhetsvisitter ved Notodden, Skien, Seljord og Porsgrunn. Seks av disse ble gjennomført som kveldsvisitter. Under disse visittene fikk de høre om hvordan det jobbes med pasientsikkerhet på de ulike seksjonene.

På selve pasientsikkerhetskonferansen var det 180 påmeldte. På konferansen var det et fullspekket og variert program. Her ble det også delt ut forbedringspris for første gang i sykehusets historie. Det kom inn hele 24 nominasjoner, men til slutt var det både diabetesteamet ved avdeling for barne- og ungdomsmedisin og «Gode pasientforløp» ved fagsykepleier Ellen Marie Troland Hufthammer som mottok prisen.

En av foredragsholderne var Espen Rostrup Nakstad, som presenterte erfaringer og refleksjoner etter pandemien.

Programmet inneholdt også presentasjon av forbedringsprosjektet "Forbedringsarbeid, forbedringsprogrammet Ytre Oslofjord-modellen", og en forelesning om ledelse og kvalitet i helsetjenesten – arbeids glede og orden i eget hus med Elisabeth Arntzen.

3. Arbeid med å redusere EFO i Akutt- og beredskapsklinikken

Akutt- og beredskapsklinikken preges av aktivitetsvekst i ambulansesvirksomheten, akuttmottak og intensiv. Denne situasjonen er nasjonal og forventes å vare ved. ABK preges av mange vaktlinjer som må bemannes og funksjoner som ikke kan stenges, begrenses eller

overføres til andre klinikker. ABK har høy grad av spesialisert sykepleierkompetanse, noe som også medfører generelt krevende ferie/sommerbemanning. Rammebudsjett med faste årsverk i en situasjon med kontinuerlig økende aktivitet medfører at det er krevende å dekke bemanningsbehov. ABK har lav turnover, god rekrutteringsstyrke og mange søkere på utlyste stillinger. Situasjonen har tross stram organisering og god ressursstyring medført økende bruk av variabel lønn (EFO) og innleie.

Planlagt tiltak

Ved å styrke med 9 fast ansatte i 100% utdanningsstillinger (forventet kostnad NOK 6 mill.) og stram styring, skal vi redusere variabel lønn og innleie med 16 mill. Ambisjon om netto effekt er innsparing på NOK 10 mill. fra 2022 til 2023. Daglig lederoppfølging av bemanning i ressursmøte i tråd med etablert rutine.

Status

Stillingene ble utlyst i oktober 2022, 21 gode søkere, 9 sykepleiere med 2-5 års erfaring ansatt – starter januar 2023. Klar forutsetning om fleksibilitet når det gjelder arbeidssted(Notodden/Skien) og rolle, samt egeninvestering i kompetanse første 1-2 år. Ordinære lønn og ansettelsesvilkår i turnus, men formalisert kompetanseplan med konkrete læringsmål og tett oppfølging.

Mål

Fra januar 2023; styrking av bemanning for arbeid i team med erfarne (spesial)sykepleiere.

Dekker vakter både i Akuttmottak, på intensiv og på FOVA på Notodden.

Fra juni og gjennom sommeren 2023; Selvstendig fungerende på enklere prosedyrer og behandlinger også på intensiv. Gir bemanning som kjenner oppgaver og miljø med en betydelig kostnadsreduksjon i forhold til vikarer og innleie.

Fra desember 2023; Selvstendig fungerende på visse avanserte prosedyrer og behandlingstiltak.

Fra 2024 er målet en stamme med økt antall kandidater til spesialiseringsutdanning.

Etter en grundig evaluering høsten 2023 vil det vurderes om nytt «kull» rekrutteres inn fra 2024.

Suksessfaktorer

Tett oppfølging av kandidatene og sterk ledelse/oppfølging av aktivitetsstyrt bemanning for å redusere EFO. Stabilisert aktivitet akutt og intensiv.

4. Influensavaksinering

FHI melder at det er økende forekomst av influensasmitte og innleggelser på grunn av influensasykdom. Det er mindre immunitet i befolkningen mot influensasmitte enn det som var normalt før koronapandemien. Høy vaksinedekning er viktig for å ivareta pasientsikkerheten og beskytte kollegaer, slik at vi er best mulig rustet for å levere gode helsetjenester gjennom vinteren.

Vi har ved inngangen til desember fortsatt et stykke igjen før vi når den nasjonale målsettingen om 75 % vaksinedekning. Foreløpige registreringer viser at vi ligger i underkant av 70%, noe som er en del lavere enn det vi har sett de senere årene. Ansatte som enda ikke har tatt vaksinen, har fortsatt mulighet til å ta denne for å beskytte seg selv, pasienter og pårørende mot smitte og sykdom.. Tilbudet gjelder alle ansatte ved sykehuset, både ansatte med og uten pasientkontakt og det legges til rette for nye tidspunkter for drop-in vaksinering via Bedriftshelsetjenesten i desember.

5. Vi gjentar forbedringsprogrammet «Ytre Oslofjord-modellen» i 2023

Sammen med Sykehuset Østfold og Sykehuset i Vestfold gjennomførte vi et forbedringsprogram i 2022 som spesielt var rettet mot klinikere. Det er gjennomført en evaluering som viser gode erfaringer og resultater og vi ønsker sammen med de øvrige sykehusene å gjenta opplegget i 2023.

Dyktige klinikere er avgjørende i arbeidet med å heve kvalitet og pasientsikkerhet.

Forbedringsprogrammet er praktisk orientert og ruster deltakerne til å sette i gang og lede systematisk forbedringsarbeid. Hele 10 personer fra hvert helseforetak vil få anledning til å delta og utvelgelsen skjer etter søknad. I tillegg til at programmet bidrar til å øke antall konkrete forbedringsaktiviteter, vil deltakere som har gjennomgått programmet være bidragsyttere over tid til å øke forbedringstakten i organisasjonen.

6. Sykehuset Telemark avslutter 3. parts sertifisering etter ISO 14001

I ledermøtet 13. desember er det fremmet et forslag om å gå bort fra 3. parts sertifisering i henhold til ISO 14001 og videreføre sitt klima og miljøarbeid etter føringer gitt i felles «Rammeverk for miljø og bærekraft i Spesialisthelsetjenesten». Alle HF og RHF ble i OBD 2012 pålagt å ISO sertifiseres etter ISO 14001 innen 2014. Sykehuset Telemark har vært ISO sertifisert siden 2014. Dette innebærer årlige periodiske revisjoner og re-sertifisering hvert 3. år ved et 3. parts sertifiseringsorgan. Sykehuset er sertifisert på alle lokasjoner og alle tjenesteområder.

Siden 2012 har spesialisthelsetjenesten hatt felles aktiviteter for oppfølging av miljøarbeidet, som startet som felles sekretariat for Grønt sykehus for å støtte HF ene i arbeidet med å etablere og vedlikeholde miljøsertifisering etter ISO 14001. Det er over tid etablert felles organisering av oppfølging av sykehusenes arbeid med klima og miljø. Det er etablert et felles nasjonalt samarbeidsutvalg for klima og miljø med RHF AD møte som beslutningsorgan, det er etablert regionale miljøfaggrupper i hvert RHF med miljøkoordinator som deltaker fra hvert enkelt HF. Det er etablert felles klimaregnskap, og fra 2018 er det utgitt årlig nasjonal rapport Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar.

I 2021 ble det etablert felles «Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten» med felles klima- og miljømål som ble vedtatt av styrene i de fire helseregionene. Felles rammeverk gjelder for alle RHF og HF samt alle felleseide selskap. I Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten er det lagt føringer for arbeidet med felles forankringsprosesser, aktiviteter og etablert felles mål for miljøarbeidet.

Som del av innføring av felles rammeverk er det lagt opp til at det enkelte helseforetak selv vurderer om det er hensiktsmessig å gjennomføre tredjepartsrevisjon av miljøledelsessystemet med eksternt revisjonsselskap. Etter det vi erfarer vil de fleste helseforetakene i regionen forlate ordningen med 3. parts sertifisering etter ISO 14001-standarden.

Øvrig informasjon kan bli gitt muntlig i møtet

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	14. desember 2022

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

Sak: 104 – 2022

Trusselvurdering 2022 for digital sikkerhet i spesialisthelsetjenesten

I tråd med oppdrag og bestilling 2022, er det utarbeidet en trusselvurdering for digital sikkerhet i spesialisthelsetjenesten. Trusselvurderingen for 2022 er utarbeidet som et styringsverktøy for beslutningstakere og nøkkelpersoner i spesialisthelsetjenesten og har som målsetning å øke situasjonsforståelsen for trusselbildet, som sektoren står overfor i den digitale utviklingen. Rapporten skal gi faglig innsikt, og bidra som beslutningstøtte i risikovurderinger og sikkerhetsspørsmål for spesialisthelsetjenesten.

Trygve Skarning, seniorrådgiver informasjonssikkerhet i Sykehuspartner, er hovedforfatteren bak rapporten. Han vil delta i møtet og presentere vurderingen.

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Skien, 5. desember 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Vedlegg

- Trusselvurdering 2022_unntatt offentlighet

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	14.12.2022

Type sak (sett kryss)						
Beslutning		Etterretning		Orientering	X	Tema

Sak: 105-2022 Virksomhetsrapport per november 2022

Hensikten med saken

Saken beskriver oppnådde resultater per november 2022.

Forslag til vedtak

Styret tar virksomhetsrapport per november til orientering.

Skien, 9. desember 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Vedlegg:

- Ledelsesrapporten STHF 2022_11

0 Sammendrag

Sykehuset Telemark rapporterer et økonomisk resultat på –33,3 millioner kr. per november. Dette er 88,3 millioner kr. lavere enn periodisert styringsmål. Avviket skyldes en rekke forhold, blant annet:

- høye kostnader til variabel lønn og innleie
- høye kostnader til fritt behandlingsvalg
- betydelig høyere pris- og lønnsvekst enn forutsatt i budsjett
- svært høyt aktivitetsnivå i pre-hospitale tjenester og akuttmottak
- høyt belegg med krevende driftssituasjon på somatiske sengeposter og i akuttpsykiatrien
- forsinkelser i planlagt forbedringsarbeid

Resultatet for november isolert er meget svakt med -21,8 millioner kr mot budsjett + 5,0 millioner kr. Årsaker til det store avviket i november er de samme forholdene som nevnt over. Det er særlig høye avvik knyttet til variabel lønn og innleie. I tillegg er det unormalt høye kostnader knyttet til varekjøp (cytostatika, reagenser osv) og gjestepasienter, samt noe lavere inntekter (ISF og poliklinikk) enn budsjettet. Deler av kostnadsveksten er engangskostnader og periodiseringseffekter som balanserer ut en ekstraordinær inntekt på 9,4 millioner kr. Det svake resultatet i november etterfølger et svakt resultat også i oktober og bekrefter at den økonomiske situasjonen er svært krevende og vil kreve mer tid å snu enn tidligere forventet. Sykehuset har derfor valgt å redusere estimat for årsresultat ytterligere, fra -20 til -45 millioner kr.

Sykehuset iverksatte i september et program for å bremse kostnadsveksten på kort sikt. Programmet gir effekter i tråd med plan også i november, men effektene er ikke tilstrekkelige til å kompensere for den negative utviklingen på andre områder. Det har blant annet vært en forventningen om redusert forbruk av variabel lønn i takt med redusert sykefravær. Utvikling i sykefravær har snudd i november og faller sammen med en fortsatt krevende driftssituasjon med høyt belegg og mange akutte ankomster. Dette har bidratt til høyt forbruk av variabel lønn og dermed til det svake resultatet.

Det har vært høyt belegg på somatiske sengeposter også i november, etter en liten nedgang i foregående måned. Spesielt medisinske sengeposter har gjennomgående hatt høyere belegg i år enn foregående år. Belegget på enkeltposter har i flere måneder vært langt over 100%. Også i akuttpsykiatrien har belegget vært høyt det siste året og gitt en krevende driftssituasjon. Generelt har kombinasjonen høyt sykefravær og ressurskrevende pasienter til tider skapt en krevende driftssituasjon med økte lønnskostnader. Samlet DRG-aktivitet i somatikken har siden april vært over eller som budsjett og også høyere enn nivået før pandemien (2019). I november er aktiviteten lavere enn budsjettet. Planlagt forbedringsarbeid er betydelig forsinket på grunn av pandemien og den krevende driftssituasjonen.

Som påpekt også i tidligere månedsrapporteringer fortsetter antall pasienter på venteliste å øke. Samtidig ser vi en lite heldig utvikling på fristbruddene, hvor vi ligger på et høyt nivå, og har hatt denne trenden det siste året. Antall og andel pasienter passert planlagt øker også i perioden.

Antall henvisninger mottatt så langt i år er lavere enn i 2019. Det er fortsatt stor henvisningsstrøm til barne- og ungdomspsykiatrien, Fertilitet, Infeksjon og Plast. Også barnemedisin har hatt en stor henvisningsøkning i 2022.

Antall fristbrudd for ventende og påstartet pasient er på nivå med oktober. Det er fortsatt MATA som står for om lag 35% av fristbruddene for ventende pasienter, og er det iverksatt særlige tiltak (bl a ekstra poliklinikk kveld/helg og innleie av leger).

Barne- og ungdomspsykiatrien har over lengre tid hatt stor økning i henvisninger. Hittil i 2022 har antallet henvisninger vært om lag på nivå med rekordåret 2021. Antall henvisninger i november er også høyt. Økt produktivitet og tilsetning av flere behandlere har så langt håndtert økt behandlingssvolum, men det er krevende å rekruttere spesialister. Aktiviteten de siste månedene er litt lavere enn budsjettert, men hittil i år er aktiviteten i BUP høyere enn i fjor. Store rekrutteringsvansker i voksenpsykiatrien (VOP/TSB) har over tid ført til nedgang i behandlingssvolum ved poliklinikkene. Aktiviteten har tatt seg opp de tre siste månedene, og er på nivå med fjoråret.

I følge den regionale oversikter er andelen telefon/video-konsultasjoner 12,5 % for alle fagområdene samlet hittil i år. Etter høyere andel i starten av året har andel telefon og video ligget stabilt rundt 11 %. Det er noe variasjon mellom fagområdene. VOP ligger på 15 % og TSB viser 31 %. BUP har hatt en stor aktivitetsvekst de 2 siste årene, og andelen telefon- og videokonsultasjoner på 26 % har bidratt til høy aktivitet.

Målsetninger for ventetid er oppnådd innenfor BUP, VOP og TSB i november måned.

Innhold

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

1 Nasjonale og regionale styringsmål beskrevet i OBD

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

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

1.1 Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Prioriteringsregelen

Ventetider

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

Prioriteringsregelen målt i ventetid er oppfylt innenfor VOP med sine 35,2 dager. TSB har stabilt lave ventetider, og har hittil i år en gjennomsnittlig ventetid på 23,0 dager. BUP har fremdeles et høyt antall henvisninger, og ventetiden er hittil i år 36,9. BUP har i de to siste månedene ligget under 35 dager i ventetid. Ventetiden samlet sett faller for andre måned på rad og hittil i år viser tallet 34,6 dager samlet.

Somatikken har fremdeles lang ventetid, og ventetiden hittil i år er 66,4 dager. Dette er 12 dager høyere enn i fjor på samme tid. Vi har i perioder hatt for lav poliklinisk kapasitet innen flere fagområder til å håndtere økningen i henvisninger når antall henvisninger nå er normalisert. Det er dessuten større pågang innen enkelte fag, og når det sammenfaller med kapasitetsproblemer øker ventetidene betydelig.

Polikliniske konsultasjoner

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

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

Se avsnitt **2 Aktivitet** for detaljer om utvikling.

Bruk av tvang

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

Det er 361 tvangsinnlagte hittil i år, noe som er en økning på 26 % fra samme periode i fjor. Utviklingen fra i fjor høst ser ikke ut til å avta i 2022. Dette tilsvarer et gjennomsnitt på 0,19 per 1000 innbyggere. Med 2122 antall innlagte er andelen tvangsinnlagte oppe på 17,0 % hittil i år. Andelen tvangsinnlagte var 16,0 % i samme periode i fjor.

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

Nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus

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

Mål 2022:

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

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

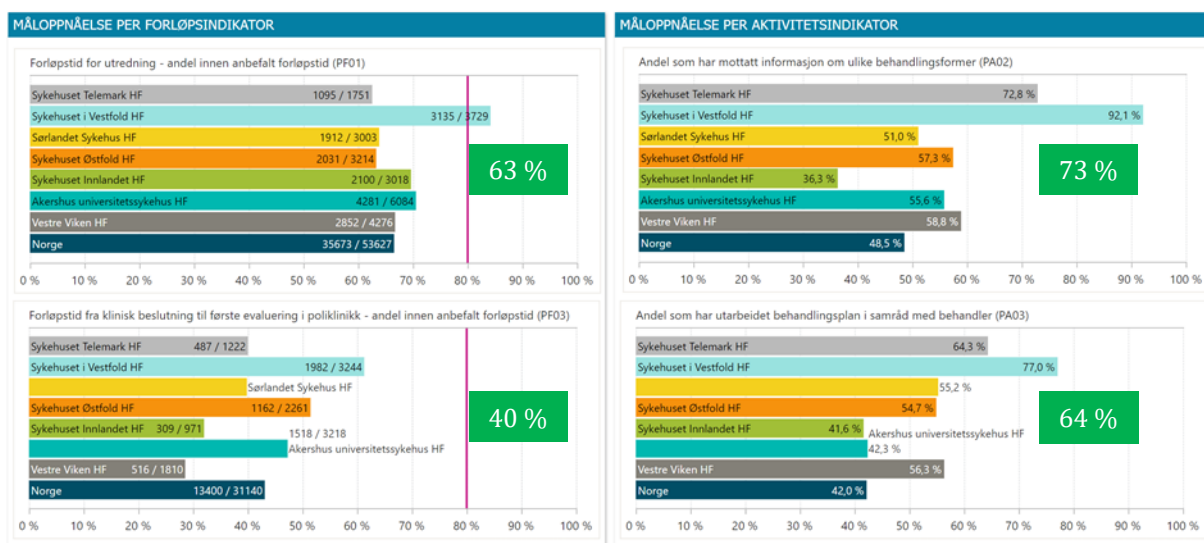
Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene skal sørge for at praksis i spesialisthelsetjenesten blir endret i tråd med anbefalingene i pasientforløpene. Målet er likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor, unngå unødige ventetid for utredning, behandling og oppfølging, økt brukermidvirkning 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 63 % på forløpstid for utredning. Dette er 17 % - poeng bak HSØ-målet, og 4,0 % - poeng bak landsgjennomsnittet. Pasientforløp innenfor BUP er nede på 44 % måloppnåelse, mens psykose (D06), OCD (D07) og pasientforløp psykisk helsevern voksen (D11) leverer som landsgjennomsnittet på 72 % måloppnåelse.

Når vi kommer til parameteren for første evaluering ligger STHF på 40 % måloppnåelse, noe som er langt unna målet. Denne måleparameteren strever de fleste foretakene med, og landsgjennomsnittet viser 43 % måloppnåelse. Evaluering av pasientforløp Spiseforstyrrelser (D08) og generell utredning og behandling barn og unge (D12) ligger 9 % - poeng over landsgjennomsnittet.

STHF ligger langt over landsgjennomsnittet når det kommer til måleparameteren «utarbeidet behandlingsplan i samråd med behandler». STHF leverer en måloppnåelse på 64 %, mens landsgjennomsnittet er nede på 42 %. HSØ samlet har 49 % måloppnåelse.

Resultater per oktober:



1.2 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	mål 2022											nov. 22					VOP/ TSB
		des.20	des.21	mai.22	jun.22	jul.22	aug.22	sep.22	okt.22	nov.22	KIR	MED	MSK	ABK	BUK		
Sykehusinfeksjoner %	<3%			2,6 %				4,5 %		4,7 %	7,3 %	4,1 %					
Korridorpasienter - antall	0	66	178	293	218	105	213	305	237	289	41	248					
Korridorpasienter %	0,0 %	1,0 %	2,4 %	3,6 %	2,7 %	1,6 %	2,7 %	3,8 %	3,1 %	3,8 %	1,6 %	5,5 %					
Direkte time i %	100 %	85 %	79 %	72 %	79 %	78 %	69 %	72 %	72 %	70 %	77 %	58 %	100 %	25 %	61 %	85 %	
Antall åpne dokumenter > 14 dager	<2800	3 662	4 205	3 852	3 659	3 386	3 300	3 827	4 002	4 217	585	1 423	35	7	1 180	987	
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode	reduseres	794	1 589	1 294	1 102	1 323	1 270	1 324	1 438	1 620	496	618	13	76	337	80	
Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse	>30%	28 %	23 %	23 %	24 %	23 %	24 %	27 %	27 %	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, og flere indikatorer viser dårligere resultater.

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

1.3 Tilgjengelighet og sammenhengende pasientforløp

Redusere unødvendig ventetid	mål 2022											nov.22				
		des.20	des.21	mai.22	jun.22	jul.22	aug.22	sep.22	okt.22	nov.22	KIR	MED	MSK	BUK (som)	BUK (psyk)	VOP/TSB
Gjennomsnitt ventetid i dager	50 dager somatikk 30 dager BUP/VOP/TSB	50	55	58	62	59	72	72	68	63	69	59	45	61	32	36/22
Fristbrudd avviklede, antall pr mnd	0	21	98	87	103	58	117	198	132	144	37	82	2	23	-	
Fristbrudd andel avviklede per mnd	0	0,8 %	4,0 %	3,0 %	3,6 %	3,8 %	4,8 %	6,4 %	4,8 %	4,9 %	2,3 %	10,0 %	1,5 %	15,9 %	0,0 %	0,0 %
Antall som venter	reduksjon	6 416	7 349	7 419	7 482	7 690	7 782	7 785	8 008	8 254	4 953	2 056	427	356	106	249/24
Antall med ventetid over 1 år	0	33	71	56	61	64	70	78	56	68	54	10	1	-	-	-
Andel telefon/videokonsultasjoner	Som: 10% PHV/TSB: 25%		17,8 %	10,6 %	11,3 %	11,9 %	11,6 %	10,5 %	11,1 %	11,9 %	5 %	13 %	7 %	11 %	24 %	14/37 %
Antall passert planlagt tid	reduksjon	4 774	5 529	6 835	8 117	8 140	8 188	7 989	7 744	8 026						
Andel passert planlagt tid %	<5%	9 %	9 %	11 %	13 %	13 %	13 %	12 %	12 %	13 %						

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

Ventetider og ventende

Kapasitetsutfordringer

Vi ser at kapasitetsutfordringer påvirker ventelistene for flere fagområder, og denne situasjonen ser ut til å vedvare. Kombinasjonen av færre polikliniske konsultasjoner og mange henvisninger inn gir økning i pasienter på venteliste. Det er fortsatt et høyt antall pasienter passert planlagt tid.

Fagområdene som utmerker seg negativt og som har kapasitetsutfordringer er MATA, ØNH, Gyn, Barn.

Disse har til felles en utfordring med å få gjennomført mange nok polikliniske konsultasjoner til å håndtere pasientmengden.

Sykefravær og mange vakanser i legegruppene kombinert med mange henvisninger inn og høyt belegg på sengepostene fører til at kapasiteten i poliklinikkene reduseres fordi legene må omprioriteres dit.

For MATA sin del vedvarer vakanser og ingen søkere til utlyste stillinger. Det er derfor iverksatt særlige tiltak (bl a ekstra poliklinikk kveld/helg, flere skopirom, noe skopi av kirurg Notodden og innleie av leger).

For Barn ser vi fortsatt bedring i situasjonen, nå når alle legestillinger er besatt og de nye LIS-legene er ferdig med sine opplæringsperioder. Dette øker kapasitet til poliklinikk. Samtidig er det iverksatt tiltak for å prioritere poliklinikk-aktivitet. Vi ser stor reduksjon i fristbrudd fra oktober til november.

Antall på venteliste og passert planlagt tid

Som påpekt også i tidligere månedsrapporteringer fortsetter antall pasienter på venteliste å øke. Samtidig ser vi en lite heldig utvikling på fristbruddene, hvor vi ligger på et høyt nivå, og har hatt denne trenden det siste året.

Antall pasienter på total venteliste fortsetter å øke i forhold til tidligere perioder, og er på sitt høyeste nivå siden rapporteringsoppstart for denne indikatoren.

For rapporteringsperioden er det nå 59.081 pasienter som venter (+192 fra forrige periode), og sammenlignet med november 2021 er det en økning på 3.596 (+ 6,5 %).

Den totale ventelisten fordelte seg på 20.065 pasienter som hadde fått time (-1.116 fra forrige periode), og 39.016 pasienter som ikke hadde fått time (+1.308 fra forrige periode). Med alle planlagte kontakter menes, alle kontakter i venteliste og oppmøteliste (timebok) frem i tid.

Sammenlignet med november 2021 har følgende klinikker en økning, Medisinsk klinikk +1.578, Barne- og ungdomsklinikken med en økning på +538 pasienter og Kirurgisk klinikk +1.492.

Passert planlagt tid er fortsatt høyt, og øker fra forrige periode med 282 kontakter (8.026 vs 7.744 forrige periode). Dette utgjør en andel på 12,6 % som er vesentlig høyere enn målkravet på 5 %, og over snittet i HSØ (11,7 %). Fra samme tid i fjor er økningen på 2.394 kontakter med passert planlagt tid (+ 42 %)

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

Utviklingen i offisielle ventelisten har hatt en jevn økning siste året, og er på det høyeste antall ventende sammenlignet med siste tre år. For denne perioden har vi 8.254 8.008 økning på 246. som venter. Økningen er størst innen Gyn, Mage-tarm, Øre-nese-hals og Uro.

Primær henvisninger

Elektive: Antall elektive henvisninger hittil i år er 48.858. Dette er noe lavere enn for tilsvarende periode i fjor. Antall henvisninger i denne perioden er lavere enn i 2019.

Ø-hjelp (akutt-ankomster): Antall ø-hjelpshenvisninger har siden mars i år ligget på et tilsvarende nivå som før covid, men viser en liten reduksjon siste måned, og er høyere enn 2020 og 2021, men lavere enn 2019.

Avdelinger med økt antall henvisninger sammenlignet med 2019 (elektivt/ØH) er: Fertilitet, INF, Plast, BUP. Følgende avdelinger ligger under 2019 nivå: FØB, DPS, BLK, Hjerte, Mage-tarm, Ort, Uro.

Ventetider

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter med påstartet behandling ligger for denne perioden på 63 dager for alle tjenesteområdene samlet, en reduksjon på 5 dager fra forrige periode. Sammenlignet med samme periode i fjor er det en økning på 14 dager.

Ventetid påstartet reduseres for tjenesteområdene Somatikk og BUP i denne perioden: (denne periode/forrige periode) Somatikk 65 (70) dager, VOP 36 (34), BUP 32 (35) og TSB 22 (20).

Avdelinger med høyest ventetid påstartet er: Plast 121 (142), Barn 62 (80), ØNH 80 (90), Ort 73 (75), Hjerte 66 (63).

Gjennomsnittlig ventetid for ventende pasienter for alle tjenesteområder er 68 dager, som er +2 dager fra forrige periode.

Ventetid ventende: Somatikk 70 (68) dager, VOP 28 (28), BUP 28 (22) og TSB 18 (17).

Avdelinger med lengst ventetid: Plast 142 (136), Mage-tarm 69 (76)

Antall ventende pasienter over 1 år er for denne perioden 68 pasienter, en +12 pasienter fra forrige periode. Plast har den største andelen som venter med 49 (46) pasienter, og Magetarm 5 pasienter.

Fristbrudd

Andel fristbrudd påstartet er for perioden på 4,9 % (4,8 %), antallet er 144 (132) fristbrudd, endring på +12 fra forrige periode. Mage-tarm har 37 (37) fristbrudd og en andel på 30,3 %, Barn har 23 (49) og en andel på 19 %, Hjerne 20 (20) andel på 9,1 %, ØNH 11 (6) andel på 2,8 %.

Andel fristbrudd ventende for alle tjenesteområder er 2,9 % (3,3 % forrige periode), antallet er 242 endring på -21 brudd fra forrige periode. Mage-tarm har 127 (129) brudd, endring på -2 fra forrige periode og en andel på 36 %, Barn har 13 (13) brudd og en andel på 4,4 %.

Korridorpasienter

I denne perioden har vi 289 (305 forrige periode) korridorpasienter. Andel korridorpasienter for perioden er 3,8 %. Det er medisinske fagområder som har de fleste av korridorpasientene. Dette samsvarer også med at det er de medisinske sengepostene som har hatt høyeste belegg.

Belegg

Snitt belegg i somatikken denne perioden, barneposten ekskludert, er på 207 pasienter. Dette tilsvarer en beleggsprosent på 104. Det er fortsatt et høyt belegg på alle medisinske sengeposter. Det har vært gjennomgående høyt belegg hiå. Både antall senger i bruk og beleggsprosent har vært høyere enn tidligere år. Gjennomsnittlig antall senger i bruk i 2022 er på 198 med snittbelegg på 101 % samlet.

Planleggingshorisont og operasjoner

Utviklingen i ventelister til operasjon har vært flat siden sommeren, men har falt ca 5 % i november. Antall planlagte operasjoner neste 8 uker er 646, og det er god inngang inn i uke 1 2023. Elektive operasjoner i november er 9,2 % under budsjett, og ø-hjelpsoperasjoner er 9 % under budsjettet. Samlet er antall operasjoner 9,1 % under budsjett i perioden. Strykningsprosenten er 5,2 % i november.

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

Samlede resultater (alle pakkeforløp) per 10 måneder viser 75 % av nye pasienter er inkludert i pakkeforløp. 76% av pasientene i pakkeforløp behandles innen standard forløpstid, det er bedre enn tilsvarende periode i fjor (73 %) og nest beste resultat i foretaksgruppen (etter Sykehuset Østfold). Målet på 70% er innfridd.

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

For føflekkreft (malignt melanom) oppnås 98 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid per 9 måneder. Her utføres hele forløpet ved STHF.

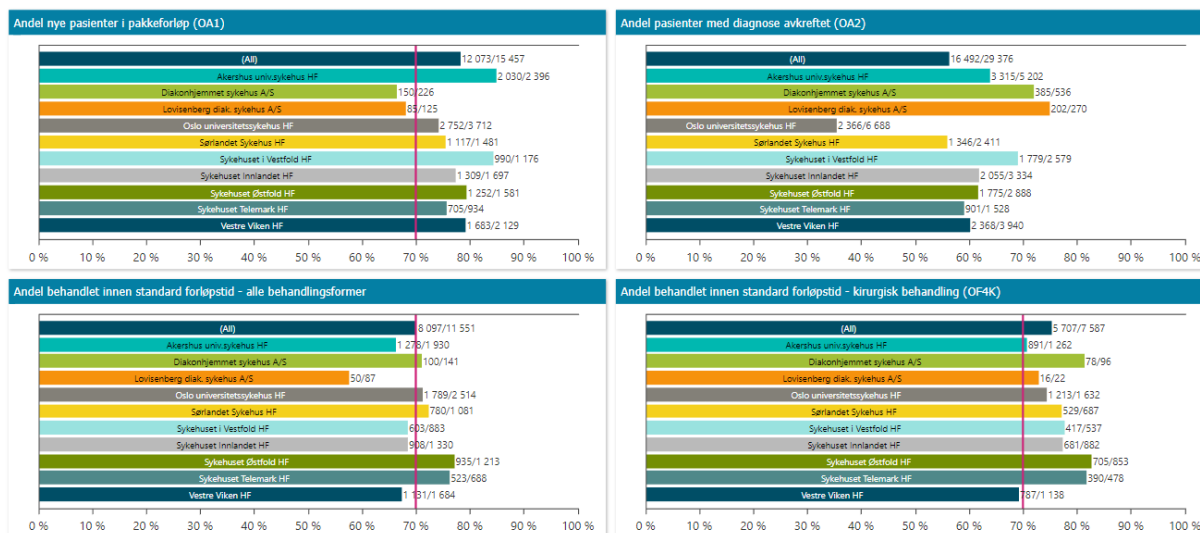
For lunge er kun 54 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid hittil i år. Sykehuset jobber tett sammen med Sykehuset i Vestfold, tilgang på PET er i utgangspunktet ikke lenger en utfordring, men det er krevende at man i ferieperioder stenger.

Per 10 måneder ble kun 56 % av alle lymfomer (kun 16 pasienter) behandlet innen standard forløpstid. Pakkeforløp innen lymfomer er utfordrende for hele landet. Diagnostikken (flow cytometri) utføres

ved patologisk avdeling ved OUS, og man venter ofte lenge på svar. Vi skal nå delta i et regionalt nettverk innen lymfomforløp hvor man skal se på det felles utfordringsbildet. Fra 16.august startet et regionalt MDT lymfom, her vil både utredning og behandling bli diskutert. Per 10 mnd. ligger vi nå på 90% på myelomatose – det er få pasienter, men den etablerte systematikken er god.

Innen tykk- og endetarmkreft er 81 % av pasientene inkludert i pakkeforløp per 10 måneder. 66 % av pasientene er behandlet innen standard forløpstid.

Figuren nedenfor viser samlet resultater for jan-oktober 2022:



2 Aktivitet

2.1 Somatikk

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

Samlet budsjettavvik vedrørende ISF poeng utført i eget HF (dag, døgn, poliklinikk) er for november 2022 140 poeng lavere enn budsjettet. Akkumulert per 11 måneder er budsjettavviket tilnærmet null (+36 poeng).

ISF-poeng somatikk

Denne periode	Hittil i år				Hittil i år				ISF bud.-avvik* (1000 kr)		
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiA 2021	Budsjett 2022	
Kirurgisk klinikk	1 730	1 825	-95	-5 %	17 878	18 058	-181	-1 %	17 745	19 657	-4 311
Medisinsk klinikk	1 838	1 881	-43	-2 %	20 265	19 751	514	3 %	18 216	21 412	12 277
BUK	239	266	-27	-10 %	2 518	2 791	-273	-10 %	2 672	3 040	-6 521
Akutt og beredskap	13	11	2	18 %	118	107	11	10 %	104	118	263
MSK	28	44	-16	-35 %	326	370	-44	-12 %	344	400	-1 056
Ufordelt/kvalitetssikring	1		1	0 %	9		9	0 %	37		209
DRG Somatikk utført ved STHF	3 849	4 026	-178	-4 %	41 114	41 078	36	0 %	39 117	44 627	862
Total ISF-poeng Somatikk (inkl. legemidler, FBV) "sørge for"	4 099	4 287	-188	-4 %	44 269	43 955	314	1 %	42 039	47 767	7 487

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

Aktivitet dag, døgn og poliklinikk - alle tjenesteområder

Denne periode	Hittil i år				Endring HiÅ 2022 - 2021						
Somatikk	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2021	Endring	%
Antall utskrivninger Døgnbehandling	2 144	2 369	-225	-9,5 %	23 731	24 783	-1 052	-4,2 %	22 687	1 044	4,6 %
Antall liggedøgn Døgnbehandling	7 652	8 336	-684	-8,2 %	86 262	87 200	-938	-1,1 %	79 903	6 359	8,0 %
Antall oppholdsdager Dagbehandling	2 308	2 458	-150	-6,1 %	25 286	24 748	538	2,2 %	25 366	-80	-0,3 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	16 355	17 964	-1 609	-9,0 %	168 339	178 640	-10 301	-5,8 %	165 920	2 419	1,5 %

Antall sykehusopphold var i november 10 % færre enn budsjettet og 2 % færre enn i fjor. Antall sykehusopphold i november var 4 % færre enn i november 2019, altså før pandemien.

Den polikliniske aktiviteten i november var 9 % lavere enn budsjettet, men 2 % høyere enn i fjor. November 2022 hadde 22 arbeidsdager – likt som i fjor.

Antallet dagbehandlinger (dagkirurgi, dialyse-behandlinger og cytostatika-kurer for kreftpasienter) har i november vært 4 % færre enn budsjettet og 5 % færre enn i fjor.

Andel video- og telefonkonsultasjoner er 8,4 % i november, noe under STHF's interne målsetting for somatikken som er 10 %. Hittil per 11 måneder er faktisk andel 8,6 %.

Kirurgisk klinikk ligger 180,6 ISF-poeng bak budsjett pr. november som er en forverring på 95,2 ISF-poeng siden forrige rapportering. Det er særlig Føba som har hatt svak aktivitet i perioden. Gastro og ortopedi som hittil i år stort sett har lagt over budsjett, ligger i perioden på budsjett, som forsterker periodens avvik. Indekser hittil i år avviker -1,0 % for dag, og -3,8 % for døgn.

Aktiviteten i **Medisinsk klinikk**, målt i antall ISF-poeng, har per 11 måneder vært 514 poeng (+2,7 %) høyere enn budsjettet, og hele 11 % høyere enn i samme periode i fjor. Nivået på øyeblikkelig hjelp-pasienter var spesielt i januar og februar lavere enn budsjettet pga. den pågående pandemien, men har fra i vår vært tilbake på budsjettet nivå og endog høyere. Fra april har det i gjennomsnitt vært gjennomsnittlig over 100 % belegg ved de medisinske sengepostene. Belegget i november var i gjennomsnitt hele 105 % ved sengepostene i Medisinsk klinikk.

Aktiviteten knyttet til poliklinikk/dagbehandling var per 10 måneder 5 % lavere enn budsjettet, men 4 % høyere enn i fjor.

Barne- og ungdomsklinikken har et negativt budsjettavvik på -273 ISF-poeng (-10 %) per november. 202 poeng skyldes færre døgnopphold, og av disse er 167 poeng knyttet til friske nyfødte. Det har i første halvår vært høyt sykefravær og flere vakanser i legegruppa og dette har medført redusert poliklinisk aktivitet. Det forventes økende poliklinisk aktivitet framover når alle stillinger er besatt.

2.2 Psykisk helsevern og TSB

Trykket på de voksenpsykiatriske sengepostene er høyere enn tidligere i år, og målt mot fjoråret er det en vekst på 1,4 % i antall liggedager og 19,6 % i antall sykehusopphold. Antall liggedager er på budsjettet nivå, mens antall sykehusopphold ligger 15,6 % over budsjett. Den store veksten i voksenpsykiatrien skyldes både økt trykk og økt kapasitet på starten av året. Antall liggedager er redusert de siste månedene, og i november isolert var antall liggedager lavere enn både budsjett og fjorårets aktivitet. Antall sykehusopphold ligger fremdeles langt over budsjett og fjoråret.

Avrusningen viser et likt bilde som voksenpsykiatrien, hvor antall liggedager er som budsjettert, men liggetiden er vesentlig redusert og antall sykehusopphold ligger 19,6 % over budsjettert nivå. Den gjennomsnittlige liggetiden er redusert fra 8,7 i fjor til 7,2 dager per november i år.

I den ungdomspsykiatriske sengeposten viser tallene en stor nedgang i antall liggedager, men en vekst i antall sykehusopphold. Veksten i antall sykehusopphold er på 14,4 %, noe som gir en aktivitet som ligger 11,9 % høyere enn budsjettert nivå. Nedgangen i antall liggedager er på hele 34 % målt mot både budsjett og fjoråret. Den gjennomsnittlige liggetiden er redusert fra 15,6 til 8,9 dager.

Sykehuset Telemark	nov.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 døgnbehandling	150	126	24	19 %	1 556	1 345	211	16 %	1 300	256	20 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	2 552	2 932	- 380	-13 %	29 470	29 545	- 75	0 %	29 039	431	1 %
Antall oppholdsdager dagbehandling											
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	4 233	4 349	- 116	-3 %	38 424	43 251	-4 827	-11 %	40 306	-1 882	-5 %
BUP - Psykisk helsevern for barn og unge											
Antall utskrivninger døgnbehandling	12	14	- 2	-14 %	151	135	16	12 %	132	19	14 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	88	152	- 64	-42 %	1 338	2 017	- 679	-34 %	2 017	- 679	-34 %
Antall oppholdsdager dagbehandling											
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	3 614	2 737	877	32 %	34 382	35 502	-1 120	-3 %	34 040	342	1 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling											
Antall utskrivninger døgnbehandling	29	39	- 10	-26 %	409	342	67	20 %	330	79	24 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	269	319	- 50	-16 %	2 936	2 989	- 53	-2 %	2 939	- 3	0 %
Antall oppholdsdager dagbehandling											
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	935	838	97	12 %	7 422	8 334	- 912	-11 %	7 523	- 101	-1 %

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	344	337	7	2 %	2 969	3 345	-376	-11 %	3 156	3 975	-1 237 295
DPS øvre Telemark	145	180	-35	-19 %	1 387	1 787	-400	-22 %	1 450	2 124	-1 318 066
Psykiatrisk sykehusavdeling	97	50	47	95 %	846	495	352	71 %	615	588	1 157 902
Poliklinisk avdeling TSB og psykose	289	202	87	43 %	2 684	2 195	489	22 %	2 579	2 703	1 612 261
Raskere tilbake PHV og TSB (underlagt Med.kl)	-	8	-8	-100 %	30	78	-48	-62 %	82	92	-158 138
Klinikk for PHV og TSB + Raskere tilbake	876	776	100	13 %	7 916	7 899	17	0 %	7 882	9 482	56 665
Avdeling for barn og unges psykiske helse - ABUP	953	1 314	-361	-27 %	8 934	12 059	-3 125	-26 %	11 843	12 089	-10 293 731
Barn- og ungdomsklinikken	953	1 314	-361	-27 %	8 934	12 059	-3 125	-26 %	11 843	12 089	-10 293 731
SUM ISF psykisk helsevern og TSB på STHF	1 829	2 090	-261	-12 %	16 851	19 959	-3 108	-16 %	19 725	21 571	-10 237 066

Antall konsultasjoner innenfor PHV og TSB var i november 4,5 % lavere enn budsjettert, men 0,6 % høyere enn i fjor. Hittil i år ligger antall konsultasjoner 9,2 % lavere enn budsjettert, og 2,0 % lavere enn fjoråret. BUP viser en vekst på 1,0 %, mens VOP og TSB viser en nedgang med hhv 4,7 % og 1,3 %. Aktiviteten i både VOP og TSB var i november måned høyere enn i fjor, og TSB leverte hele 11,6 % over budsjettert nivå denne måneden.

Antall behandlere tilstede hittil i år viser en vekst på 2,1 % i BUP, mens innenfor VOP og TSB er det hhv 4,4 % og 16,7 % færre terapeuter tilstede hittil i år målt mot fjoråret. Nedgangen innenfor VOP og TSB skyldes rekrutteringsutfordringer.

DRG-resultatene viser et samlet negativt avvik på 15,6 %, hvor ISF-inntektene spesielt innen BUP er lavere enn budsjettert, og avviket er vesentlig større enn aktivitetsavviket skulle tilsi. ISF-veksten i BUP er lagt med gammel vekting, så på tross av aktivitetsvekst så vil ikke ISF-avviket vise vekst. Det

viser seg at effekten ved endringen i vektene fører til at Sykehuset Telemark taper i overkant av 3 millioner ved lik aktivitet i 2021 og 2022.

Som følge av pandemien, har andelen telefon- og videokonsultasjoner økt. Det er i 2022 satt et nasjonalt mål på 15 % samlet for alle tjenestoområdene, og et internt mål om at andelen telefon- og videokonsultasjoner skal overstige 25 % for PHV/TSB. PHV/TSB per november viser en andel på 18,6 % på telefonkonsultasjoner alene, og har i tillegg en andel videokonsultasjoner på 1,9 %. Det er TSB som har den høyeste andelen med sine 30,6 %.

Den regionale oversikten viser at vi samlet ligger 1,2 % - poeng over gjennomsnittet i HSØ.

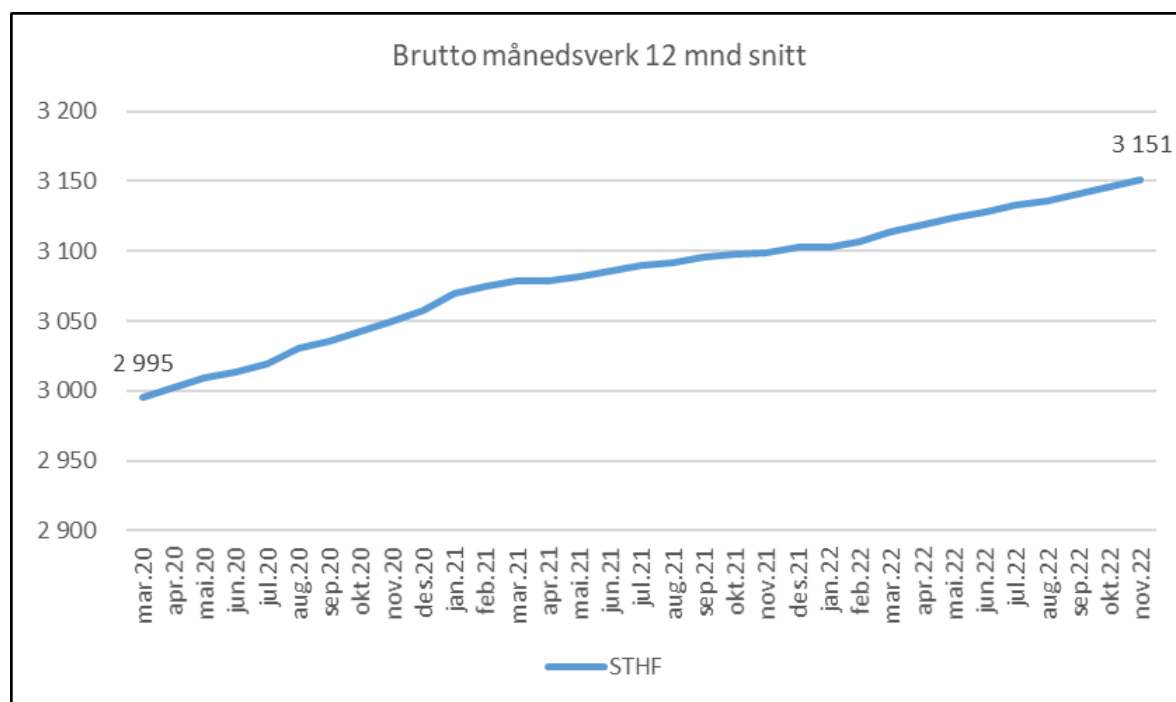
3 Bemanning - brutto månedsverk, samlet lønnskostnad og innleie

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

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

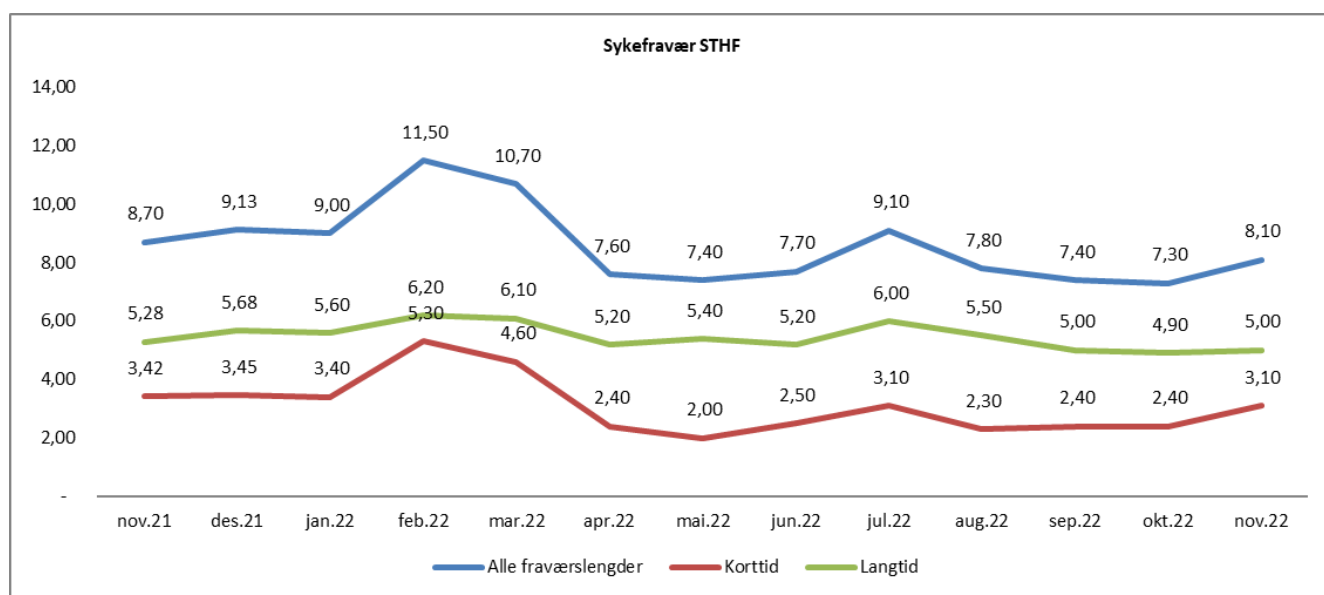
Med et sykefravær på 8,6 % hittil i år gir dette et høyt forbruk av variabel lønn. Målt mot fjoråret har forbruket av variable årsverk økt med 9,2 %. Sykefraværet var til sammenligning 7,1 % hittil i fjor.

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



Samlede lønnskostnader for egne ansatte utgjorde 2197,1 millioner kr per november, mot budsjett 2121,6 millioner kroner. Dette er 126,4 millioner kr høyere enn i samme periode i 2021. Innleie utgjorde 47,8 millioner kr per november mot budsjett 18,6 millioner kr.

Grafen viser at sykefraværet har økt betydelig fra høsten 2021 og frem til og mars måned. Sykefraværet i februar var historisk høyt, normaliserte seg 2. kvartal, men viser en økning i juli. Fraværet var synkende fra august og frem til og med oktober, men viser nå en økning i november. Sykefraværet i november måned er 0,7 % - poeng lavere enn samme måned i fjor. Tallene som rapporteres i november måned kan øke ved neste rapportering som følge av etterslep i registreringer.



4 Økonomi

Sykehuset Telemark rapporterer et økonomisk resultat på –33,3 millioner kr. per november. Dette er 88,3 millioner kr. lavere enn periodisert styringsmål. Avviket skyldes en rekke forhold, blant annet:

- høye kostnader til variabel lønn og innleie
- høye kostnader til fritt behandlingsvalg
- betydelig høyere pris- og lønnsvekst enn forutsatt i budsjett
- svært høyt aktivitetsnivå i pre-hospitale tjenester og akuttmottak
- høyt belegg med krevende driftssituasjon på somatiske sengeposter og i akuttpsykiatrien
- forsinkelser i planlagt forbedringsarbeid

Resultatet for november isolert er meget svakt med -21,8 millioner kr mot budsjett + 5,0 millioner kr. Årsaker til det store avviket i november er de samme forholdene som nevnt over. Det er særlig høye avvik knyttet til variabel lønn og innleie. I tillegg er det unormalt høye kostnader knyttet til varekjøp (cytostatika, reagenser osv) og gjestepasienter, samt noe lavere inntekter (ISF og poliklinikk) enn budsjettet. Deler av kostnadsveksten er engangskostnader og periodiseringseffekter som balanserer ut en ekstraordinær inntekt på 9,4 millioner kr. Det svake resultatet i november etterfølger et svakt resultat også i oktober og bekrefter at den økonomiske situasjonen er svært krevende og vil kreve mer

tid å snu enn tidligere forventet. Sykehuset har derfor valgt å redusere estimat for årsresultat ytterligere, fra -20 til -45 millioner kr.

Sykehuset iverksatte i september et program for å bremse kostnadsveksten på kort sikt. Programmet gir effekter i tråd med plan også i november, men effektene er ikke tilstrekkelige til å kompensere for den negative utviklingen på andre områder. Det har blant annet vært en forventningen om redusert forbruk av variabel lønn i takt med redusert sykefravær. Utvikling i sykefravær har snudd i november og faller sammen med en fortsatt krevende driftssituasjon med høyt belegg og mange akutte ankomster. Dette har bidratt til høyt forbruk av variabel lønn og dermed til det svake resultatet.

Regnskapsresultat pr.november 2022	regnskap november	budsjett november	avvik november	Budsjett 2022	Prognose 2022	avvik 2022
Basisramme	2 403 072	2 385 906	17 167	2 622 312	2 642 103	19 791
Kvalitetsbasert finansiering	13 769	13 769	-	15 021	15 021	-
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	800 774	790 955	9 818	861 196	870 744	9 548
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	184 678	192 654	-7 976	207 439	197 891	-9 548
ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	55 507	65 744	-10 237	71 054	59 457	-11 597
ISF fritt behandlingsvalg	1 588	1 751	-162	1 910	1 910	-
ISF refusjon pasientadministrerte legemiddel (H-reseptor)	69 665	63 894	5 771	69 703	75 942	6 239
Utskrivningsklare pasienter	28 302	18 647	9 655	20 343	30 343	10 000
Gjestepasienter	23 399	20 386	3 013	22 325	25 325	3 000
Konserninterne gjestepasientinntekter	88 779	87 752	1 027	95 970	96 970	1 000
Polikliniske inntekter	106 574	104 256	2 318	113 067	115 067	2 000
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	-	-	-	-	-	-
Andre øremerkede tilskudd	96 576	20 050	76 526	22 018	100 018	78 000
Andre driftsinntekter	293 068	287 725	5 343	313 985	318 985	5 000
SUM DRIFTSINNTEKTER	4 165 751	4 053 488	112 263	4 436 342	4 549 775	113 433
Kjøp av offentlige helsetjenester	43 850	42 076	-1 774	45 895	47 895	-2 000
Kjøp av private helsetjenester	138 692	116 953	-21 739	127 636	147 636	-20 000
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	541 545	525 669	-15 876	574 304	592 304	-18 000
Innleid arbeidskraft - del av kto 468	47 768	18 550	-29 218	20 162	54 162	-34 000
Konserninterne gjestepasientkostnader	284 820	281 759	-3 061	305 576	309 576	-4 000
Lønn til fast ansatte	1 865 638	1 867 824	2 186	2 044 532	2 044 532	-
Overtid og ekstrahjelp	153 086	97 341	-55 746	107 209	168 209	-61 000
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	338 056	327 928	-10 128	358 911	369 995	-11 085
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-124 838	-126 610	-1 772	-137 767	-135 767	-2 000
Annen lønn	303 254	283 094	-20 160	312 123	334 123	-22 000
Avskrivninger	95 181	96 747	1 566	105 907	104 107	1 800
Nedskrivninger	0	-	-0	-	-	-
Andre driftskostnader	521 518	473 743	-47 775	518 965	568 613	-49 648
SUM DRIFTSKOSTNADER	4 208 570	4 005 074	-203 495	4 383 452	4 605 385	-221 933
DRIFTSRESULTAT	-42 819	48 414	-91 233	52 890	-55 610	-108 500
Finansinntekter	14 877	10 151	4 727	11 073	16 573	5 500
Finanskostnader	5 324	3 564	-1 760	3 963	5 963	-2 000
FINANSRESULTAT	9 553	6 586	2 967	7 110	10 610	3 500
(ÅRS)RESULTAT	-33 265	55 000	-88 265	60 000	-45 000	-105 000
Pensjonskostnader	-	-	-	-	-	-
RESULTAT JUSTERT FOR PENSJONSKOSTNADER	-33 265	55 000	-88 265	60 000	-45 000	-105 000

4.1 Klinikkene

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

Resultater pr. klinikk vises i tabellen under:

BUDSJETTAVVIK per november 2022	lønn	andre driftskostnader	driftsinntekter	Sum	justering resultat per juni
Kirurgi	-13 238	-19 898	14 580	-18 556	18 127
Medisin	-25 518	-13 506	29 798	-9 226	13 715
Barne- og ungdomsklinikken	899	-4 719	-5 887	-9 708	9 248
Akutt og beredskap	-21 267	-18 273	18 052	-21 488	17 418
Medisinsk serviceklinikk	5 860	-23 720	9 390	-8 469	9 173
Psykatri og rus	-10 064	-19 574	17 439	-12 199	16 001
Service og systemledelse	-2 695	-3 393	8 525	2 436	9 169
SUM klinikker	-66 024	-103 083	91 897	-77 210	92 853
Administrasjon	1 650	5 606	-8 375	-1 119	
Kjøp og salg av helsetjenester		-6 331	526	-5 805	
- biologiske legemidler og kreftlegemidler		9 708	-4 898	4 810	
- gjestepasientoppgjør somatikk (inkl lab, rad)		6 356	2 887	9 243	
- psykiatri og TSB - gjestepasienter og fritt behandlingsvalg		-22 395	2 537	-19 858	
Felles poster	-10 767	-11 100	17 736	-4 132	-92 853
BUDSJETTAVVIK per november 2022	-75 141	-114 908	101 784	-88 265	0

Kirurgisk klinikk har et negativt resultat per november på -18,6 millioner kroner, som er -7,0 millioner kroner forverring fra forrige periode. Avviket gjelder hovedsakelig aktivitet -3 millioner kroner, lønn -2,2 millioner kroner, og uløst utfordring -1,2 millioner kroner. Det har vært noe lavere legekapasitet i perioden grunnet permisjoner, ferieavvikling og kurs, som har gjort driften mer sårbar for ytterligere uforutsett fravær.

Medisinsk klinikk har et negativt avvik på -9,2 millioner kroner per november. Sykefraværet er økende; 9,6 % i november. Sykefraværsprosenten hittil i år er 8,7 % - dette er en økning på 1,4 % sammenlignet med i fjor. Forbruket av variabel lønn er fortsatt betydelig på grunn av et svært høyt pasientbelegg ved samtlige av de medisinske sengepostene i Skien og Notodden. De direkte pasientrelaterte varekostnadene har også vært høyere enn budsjettet som en konsekvens av høy døgnaktivitet. Klinikken melder at antall kombinasjonsbehandlinger øker innenfor kreftbehandlingen, samt at enkelte kostbare kreftmedikamenter tas i bruk for stadig flere pasientgrupper. ISF-inntektene har vært 2,6 % høyere enn budsjettet, og bidrar dermed med betydelige positive budsjettavvik. Denne meraktiviteten har imidlertid ikke klart å kompensere for de økte driftskostnadene, spesielt i oktober og november.

Barne- og ungdomsklinikken har et negativt avvik på 9,7 millioner kroner per september. Avviket skyldes lavere ISF-inntekter i somatikken og lavere inntekter enn budsjettet i Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP) grunnet endrede kostnadsvekter samt lavere aktivitet enn budsjettet.. ABUP har høye kostnader med innleie av lege- og psykologspesialister, men dette dekkes så langt av lavere lønnskostnader. Husleie og felleskostnader for Gjerpensgate er fra september belastet klinikken med 1,8 millioner kroner. Høyt sykefravær på sengepost for barn har gitt utfordringer å dekke vakter med tilstrekkelig kompetanse, og ført til økte kostnader med overtid.

Akutt og beredskapsklinikken har et akkumulert resultat per november som viser et negativt budsjettavvik på 21,5 millioner kroner, og dette er en forverring med 7,1 millioner kroner fra forrige periode. Avviket er hovedsakelig på lønn, innleie fra vikarbyrå, medikamenter og medisinske forbruksvarer. I tillegg er det avsatt for forventet etterbetaling for lønnsoppjøret, strøm og ekstra kjørte kilometer for de private stasjonene under prehospital. Aktiviteten i ambulans, 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 øker med 1,2 % fra oktober måned og er i november 7,6 %.

Medisinsk serviceklinikk har et negativt avvik på 8,5 millioner kroner per oktober, og dette er en forverring med 2,9 millioner kroner fra forrige periode. Fertilitetsavdelingen sør fikk fra og med høsten 2022 konkurranse med landets største private aktør; klinikk Hausken. Dette har medført at ansatte har sluttet i ved klinikken og avdelingen blir erstattet med nye leger som er under opplæring. Dette medføre lavere aktivitet ut året. Høye sykepengerefusjoner samt vakanser bidrar til lave lønnskostnader i klinikken. Lavere lønnskostnader enn budsjett kompenserer for økte kostnader med innleie av legeressurser til patologi og radiologi. Sykefraværet har økt siste måned og viser nå 8,5 %.

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling leverer et negativt budsjettavvik på 12,2 millioner kroner per november. Dette er en forverring på 4,3 millioner i november måned.

Klinikken har i hele år hatt et høyt trykk på sengepostene. Aktiviteten overgår både budsjett og fjoråret. På grunn av både det høye trykket og høyt sykefravær har driftssituasjonen på de lukkede akuttpostene ført til høyt forbruk av overtid og variabel lønn. Det skal legges til at bruken av overtid og ekstrahjelp i november måned var 10 % lavere enn gjennomsnittsforkbruket hittil i år.

Rekrutteringsutfordring på spesialister fører til høyt forbruk av innleie fra byråer. Dette gir en stor utfordring både på aktivitet og økonomi. Per november har klinikken brukt 17,9 millioner på dette.

Den polikliniske aktiviteten viser en nedgang fra i fjor. Nedgangen skyldes en vesentlig nedgang i antall terapeuter, spesielt innenfor TSB. VOP har også en reduksjon i antall terapeuter. Produktiviteten i har økt med 12 % innenfor TSB, mens VOP er på samme nivå som i fjor. VOP og TSB viser de fire siste måneder en høyere aktivitet enn i fjor. Klinikken har et samlet negativt avvik på polikliniske inntekter tilsvarende 2,9 millioner per november. November isolert viste et positivt avvik på 0,2 millioner.

Service- og Systemledelse sitt resultat per november er på +2,4 millioner kroner. Her ligger 4,2 millioner kroner uløst budsjettutfordring med i resultatet. Koronarelaterte kostnader er avviklet. Vi ser at klinikken klarte å kompensere det uløste kravet og fikk mest drahjelp av mindre forbruk innen medisinsk hjemmebehandling og medisinsk teknisk insulinstyr samt lavere kostnader for serviceavtaler. Til sammen står denne avdelingen for 4,5 millioner kroner av overskuddet. Brutto årsverk i november er 5 årsverk over budsjett, relatert til variabel lønn. Sykefraværet ligger på 9% etter siste oppdatering (sept).

Administrasjonen har et resultat 1,1 millioner kroner dårligere enn budsjettet per november. Økte kostnader i bemanningscenteret dekkes delvis opp av vakanser og høye sykepengerefusjoner i de andre avdelingene. Det er bokført høye lisenskostnader i oktober. Utleie av personell fra Teknologi og e-helse bidrar positivt til resultatet.

Felles: Fellesposter har et resultat 4,1 millioner kroner dårligere enn budsjett per november. Det er inntektsført 63,7 millioner kroner i koronakompensasjon i år, samt 9,4 millioner kroner i ekstrabevilgning i november. Nullstilling av resultatene i klinikkene med 92,9 millioner kroner bidrar negativt til resultatet. Høyere inntekter for utskrivningsklare pasienter dekker delvis opp for økte energikostnader, uløst utfordring og effekt av lønnsoppgjøret.

Ledelsesrapporten

Sykehuset Telemark HF
november 2022

Oversikt

Periode 2022-11	Faktisk HiÅ	Budsjett HiÅ	Budsjett-avvik HiÅ	Avvik %	Årsbudsjett	Årsestimat
Aktivitet						
Polikliniske konsultasjoner						
Somatikk	168 339	178 640	-10 301	-5,8 %	192 603	182 500
VOP	38 424	43 251	-4 827	-11,2 %	46 700	42 000
BUP	34 382	35 502	-1 120	-3,2 %	39 500	36 750
TSB	7 422	8 334	-912	-10,9 %	9 000	8 000
Bemanning						
Brutto Månedverk STHF	3 154	3 051	-103	-3,4 %	3 051	3 155
Somatikk	2 208	2 134	-74	-3,5 %	2 133	2 208
VOP	541	530	-11	-2,1 %	530	542
BUP	165	161	-4	-2,6 %	160	165
TSB	59	61	2	4,1 %	61	59
Prehospitale tjenester	164	148	-17	-11,2 %	148	164
Annet	17	17	0	1,9 %	17	17
Økonomi (tall i 1.000 kr)						
SUM DRIFTSINNTEKTER	4 165 751	4 053 488	112 263	2,8 %	4 436 342	4 549 775
SUM DRIFTSKOSTNADER	4 208 570	4 005 074	203 495	5,1 %	4 383 452	4 605 385
DRIFTSRESULTAT	-42 819	48 414	-91 233	-188,4 %	52 890	-55 610
Finansresultat	9 553	6 586	2 967	45,0 %	7 110	10 610
Endrede pensjonskostnader	0		0			0
ÅRSRESULTAT	-33 265	55 000	-88 265	-160,5 %	60 000	-45 000

Ikke oppdatert

Målekort STHF

Kvalitet

 Periode
2022-11

	Denne periode			Hittil i år		
	Faktisk	Mål	Avvik	Faktisk	Mål	Avvik
Ventetid påstartet (antall dager)						
STHF	63			64		
Somatikk	65	50	-15	66	50	-16
VOP	36	30	-6	36	30	-6
BUP	32	30	-2	37	30	-7
TSB	22	30	8	23	30	7
Ventetid venter (antall dager)						
STHF	68					
Somatikk	70	50	-20			
VOP	28	30	2			
BUP	28	30	2			
TSB	18	30	12			
Andel kontakter passert planlagt tid						
STHF	12,6 %	5,0 %	-7,6 %			
Pakkeforløp kreft - andel behandlet innen standard forløpstid alle fag						
STHF		70 %		76 %	70 %	6 %
Nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus - andel til utredning iht. anbefaling						
Pasientforløp BUP Utredning		80 %			80 %	-80 %
Pasientforløp TSB Utredning		80 %			80 %	-80 %
Pasientforløp VOP Utredning		80 %			80 %	-80 %
Korridorpatienter Somatikk						
STHF	3,8 %	0,0 %	-3,8 %			

Ikke oppdatert

Mottatte henvisninger - fordelt på elektive og øyeblikkelig hjelp



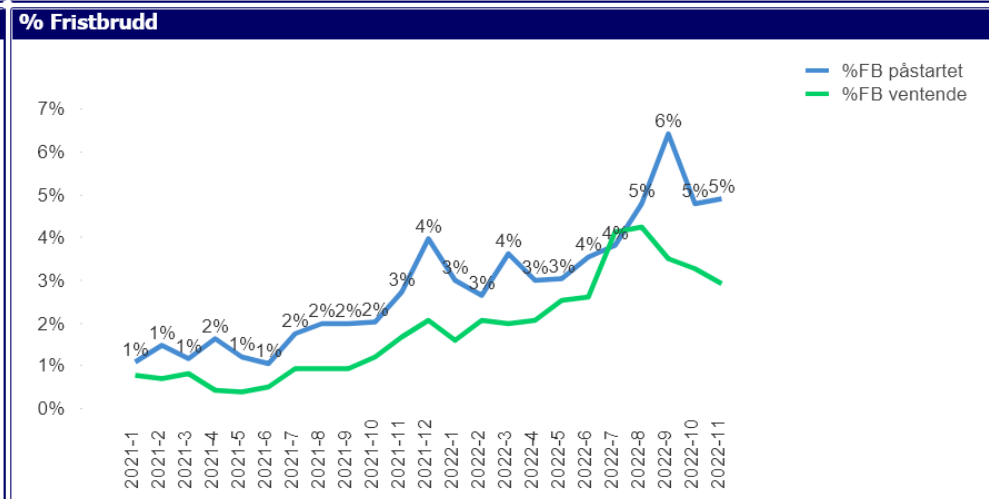
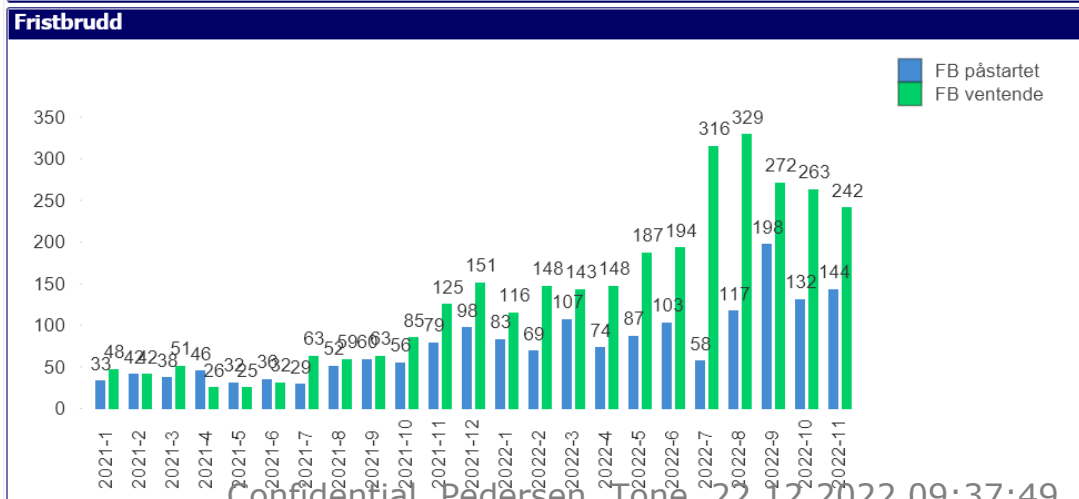
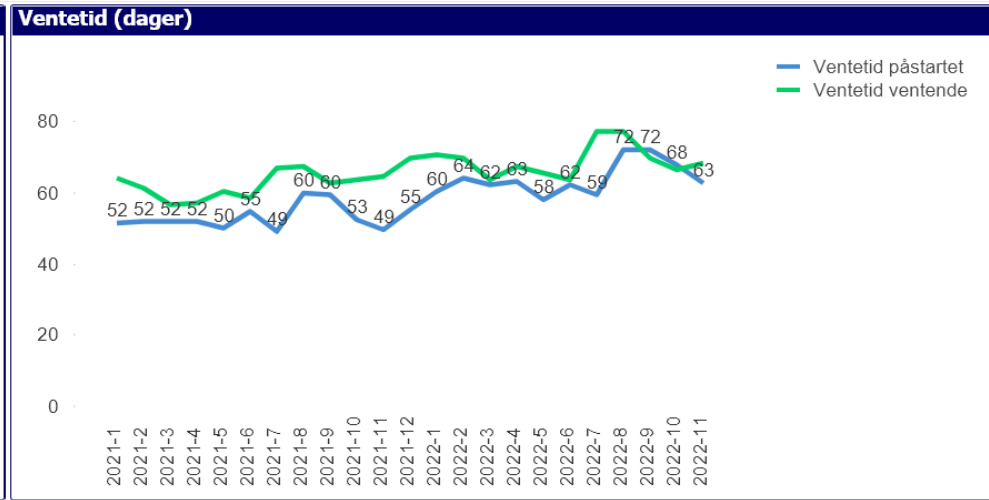
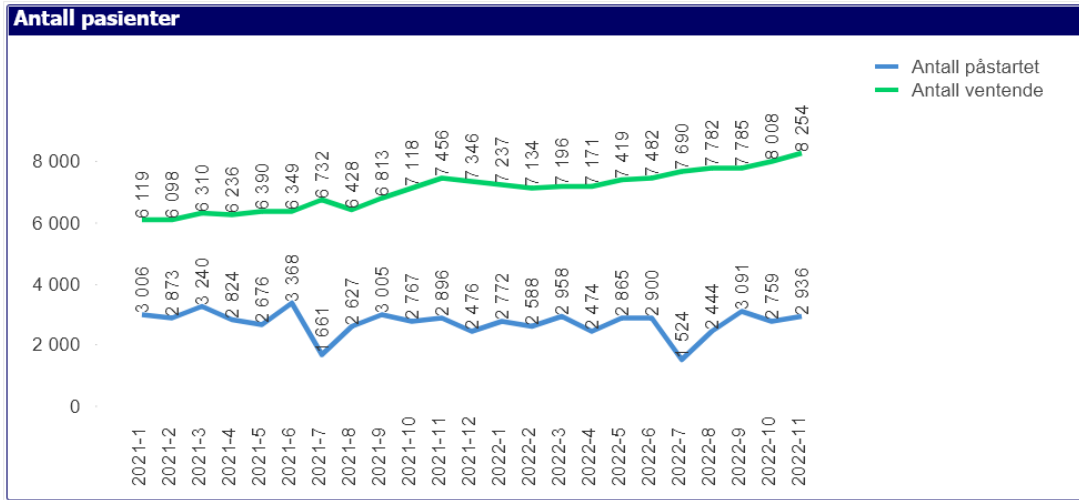
Utvikling i ventende pasienter, ventetid og fristbrudd

Enhet: STHF

Status ved utgangen av måned: 2022-11

Grønn: Ved siste rapportering var det 8 254 pasienter på STHF som ventet på å starte sin helsehjelp. Disse hadde så langt ventet i 68 dager i snitt. Av de som ventet, var 242 blitt fristbrudd (2,9%).

Blå: I løpet av siste måned fikk 2 936 pasienter påstartet sin helsehjelp. Av disse ble 144 fristbrudd (4,9%). De som fikk påstartet helsehjelp i forrige måned, hadde ventet i 63 dager i snitt.



Definisjoner:

Ventetid påstartet:

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

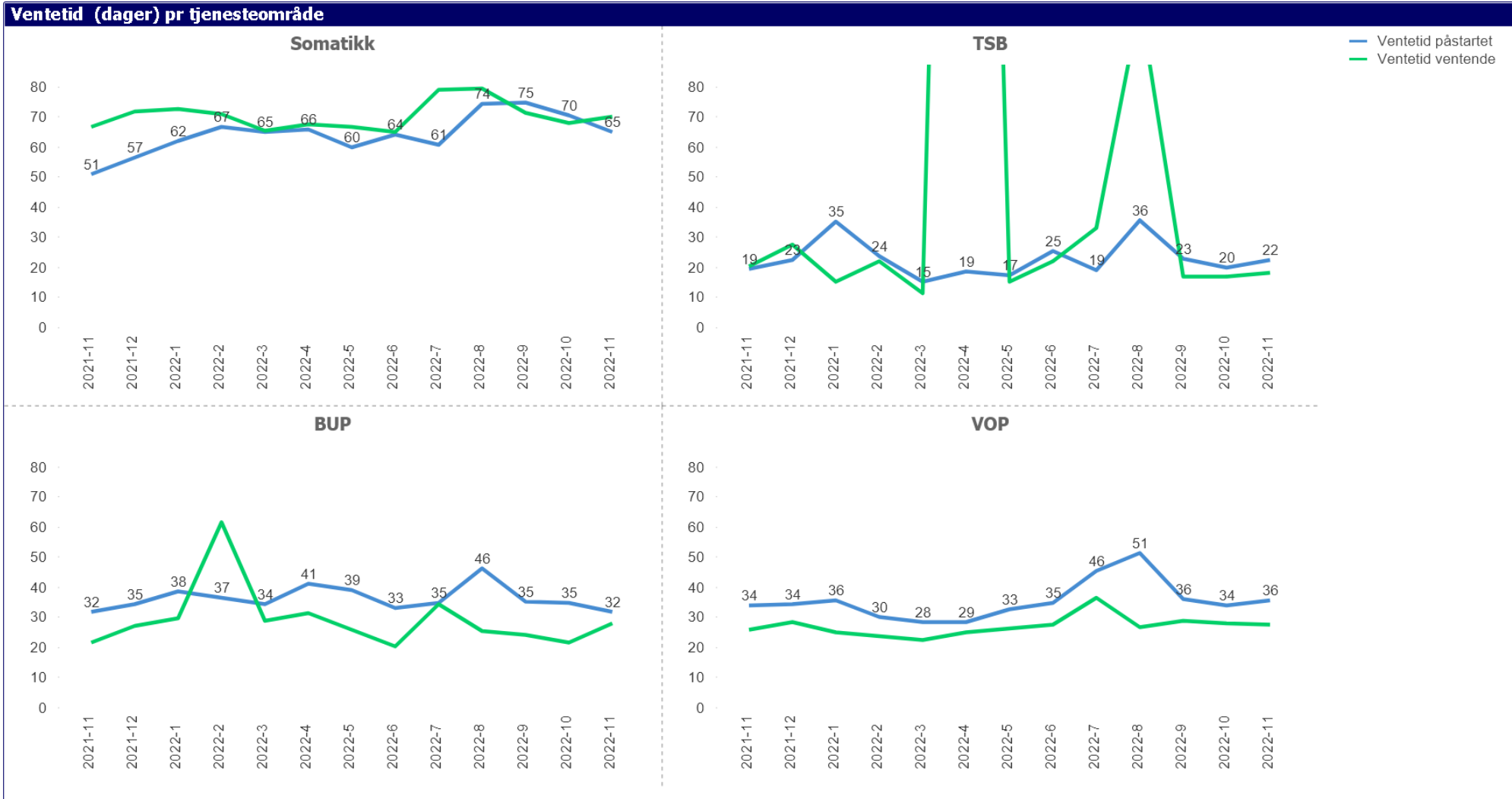
Ventetid ventende:

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

Fristbrudd:

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

Ventetider per tjenesteområde (ventende og påstartede pasienter)



Definisjoner:

Ventetid påstartet:

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

Ventetid ventende:

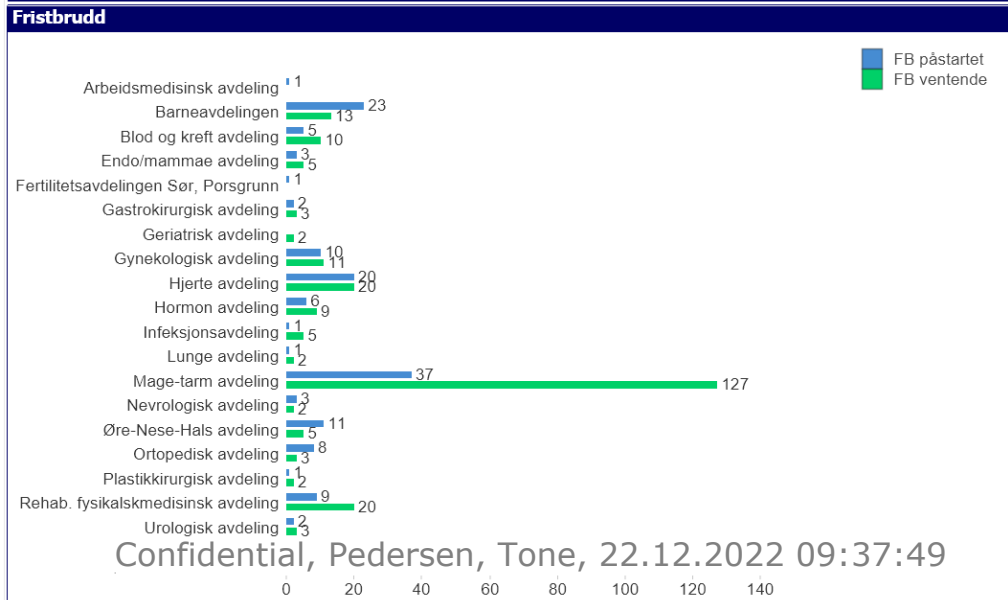
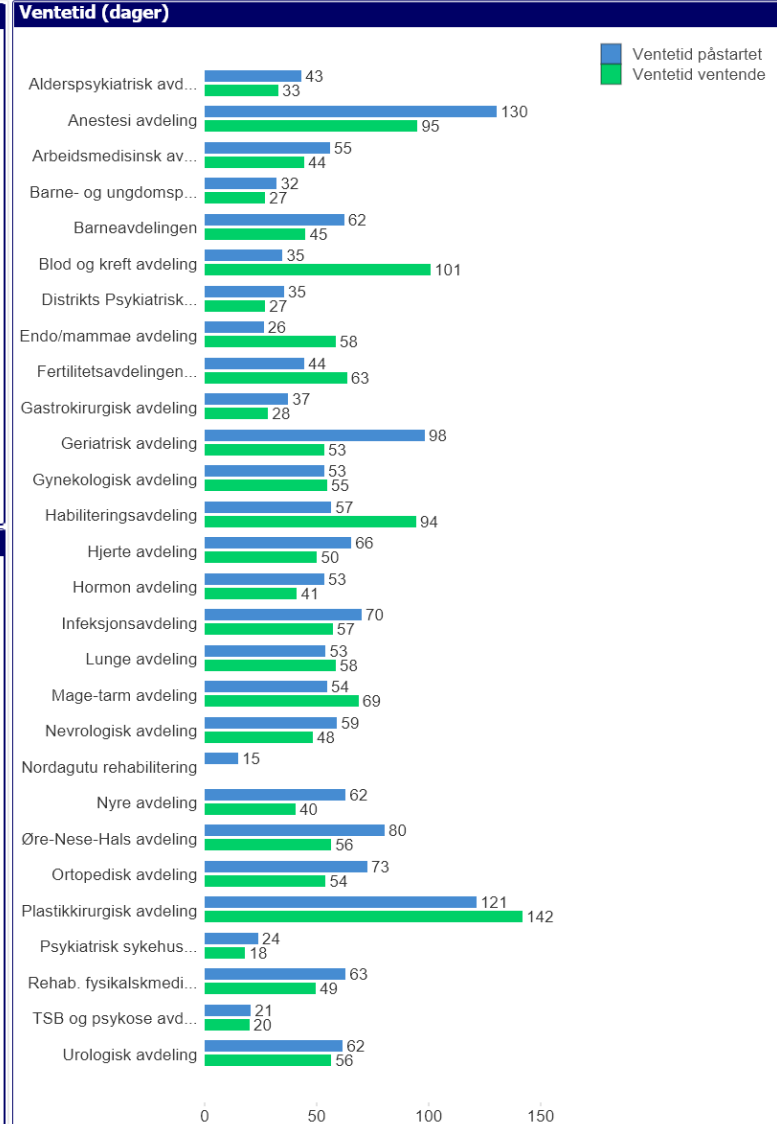
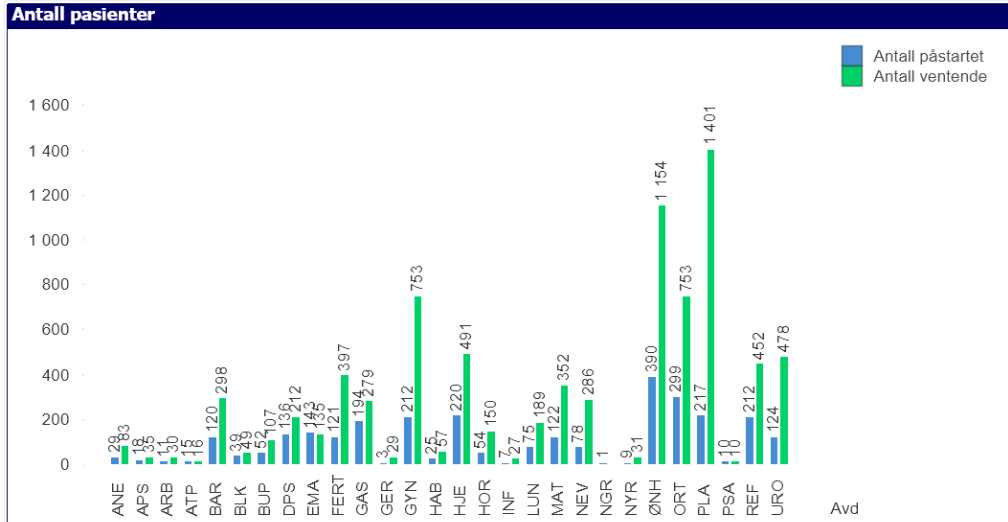
"Ventetid ventende" sier hvor mange dager pasienter har ventet siden henvisning ble mottatt ved sykehuset.

Fristbrudd:

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

Ventende pasienter, ventetid og fristbrudd per avdeling i rapporteringsperioden

Status ved utgangen av måned: 2022-11



Definisjoner:

Ventetid påstartet:

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

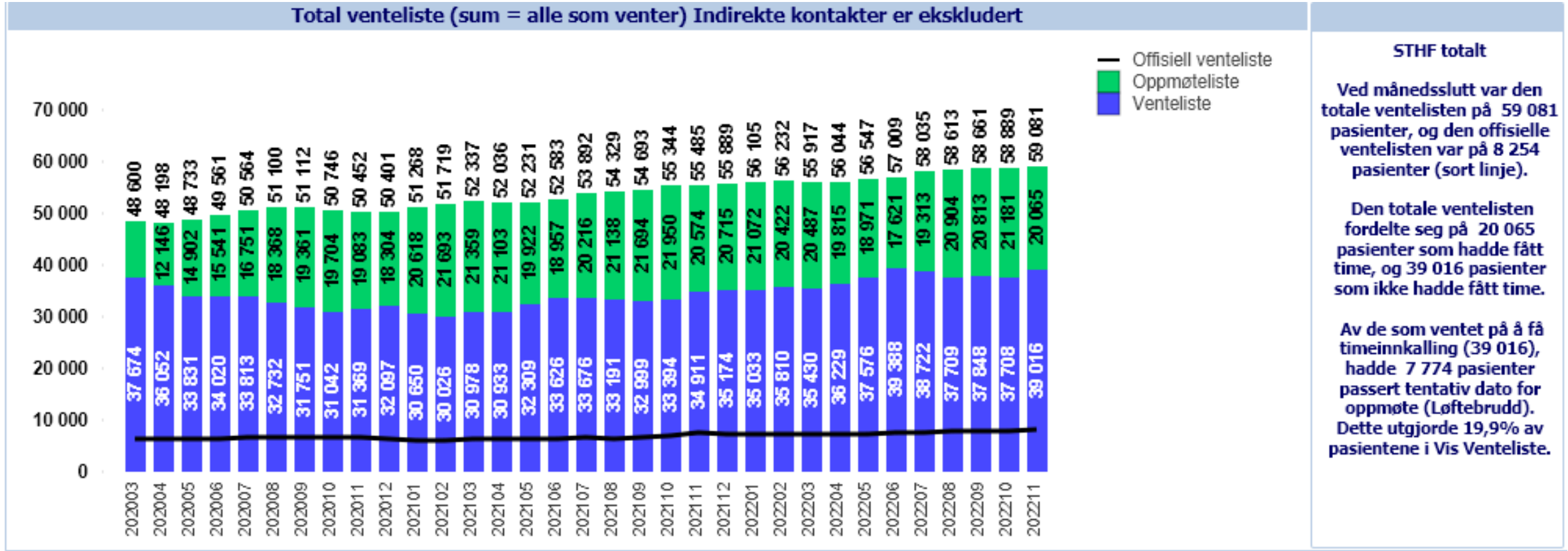
Ventetid ventende:

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

Fristbrudd:

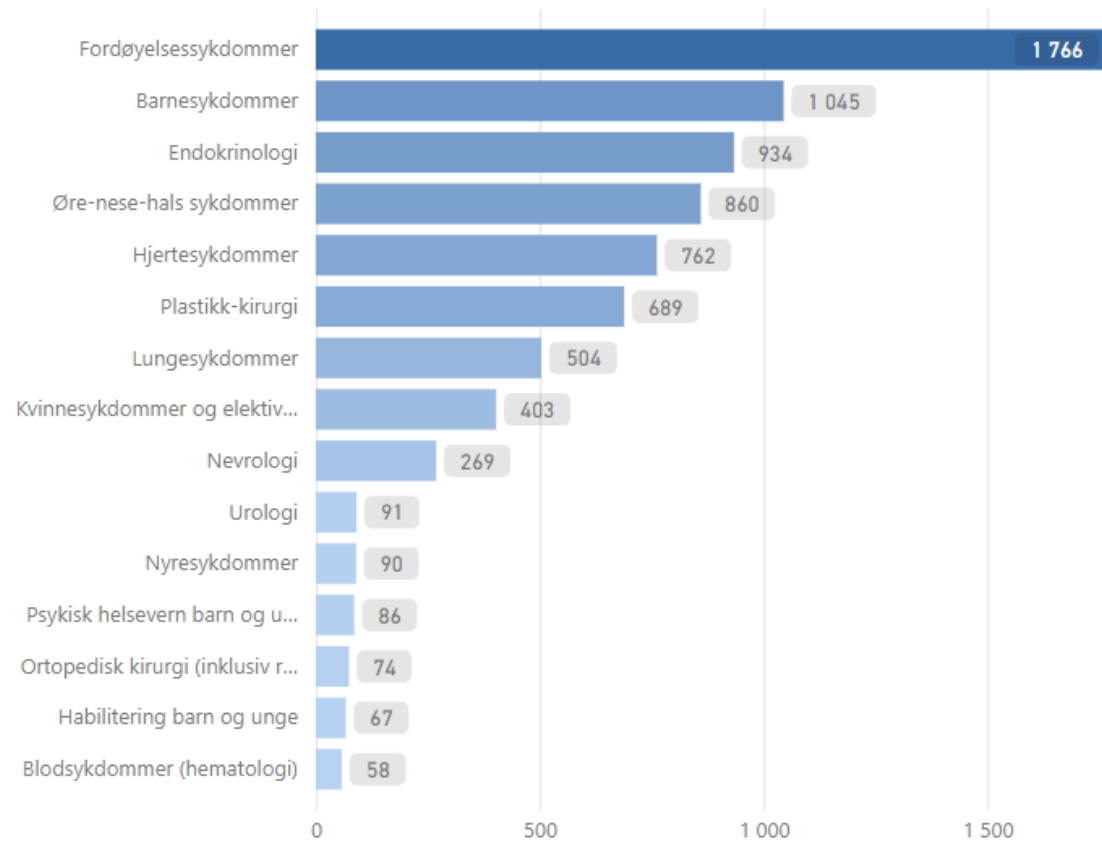
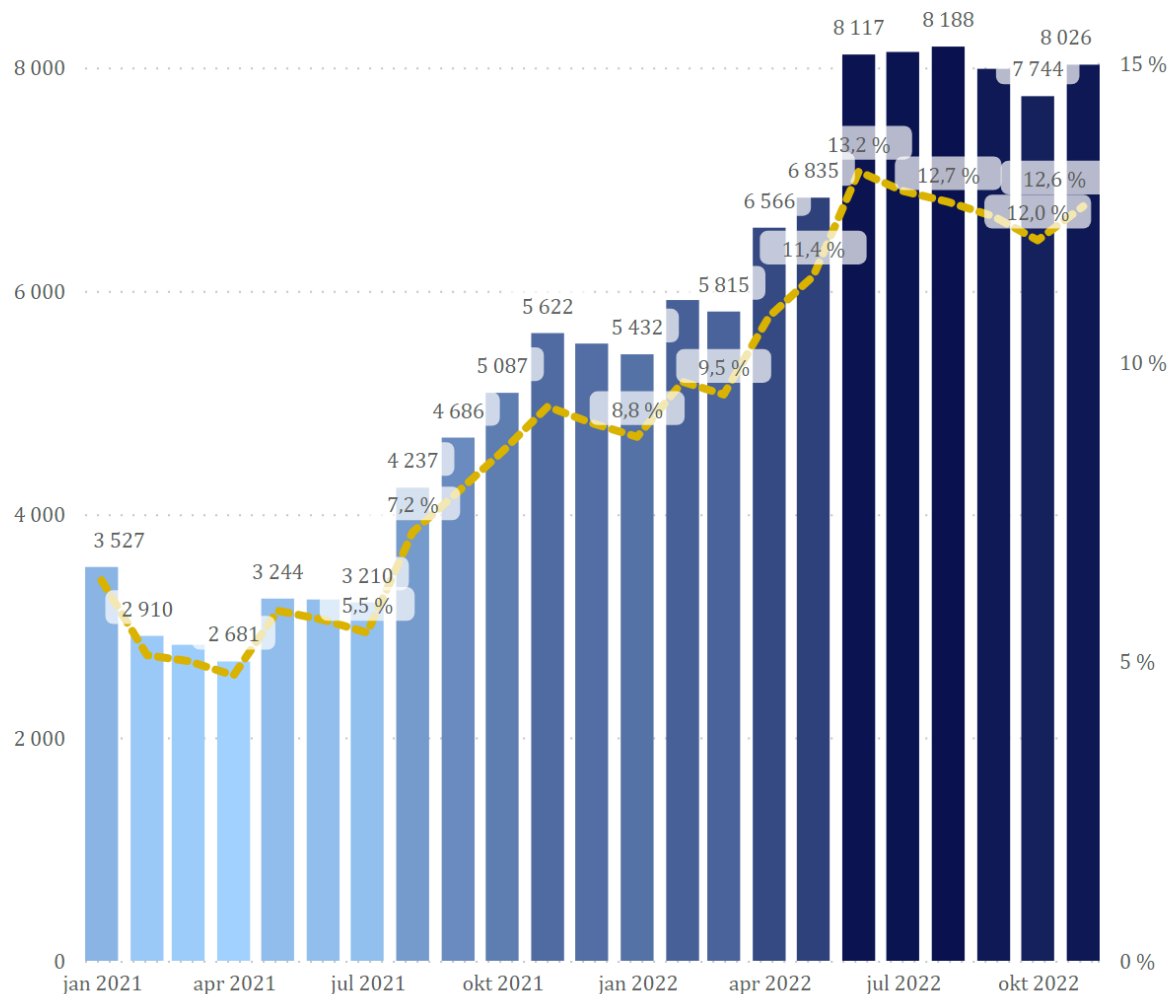
Et "fristbrudd" oppstår når en pasient med rett til helsehjelp ikke har fått påbegynt sin helsehjelp innen den satte fristen for senest forsvarlig oppstart av behandling.

Utvikling i total og offisiell venteliste



Passert planlagt tid

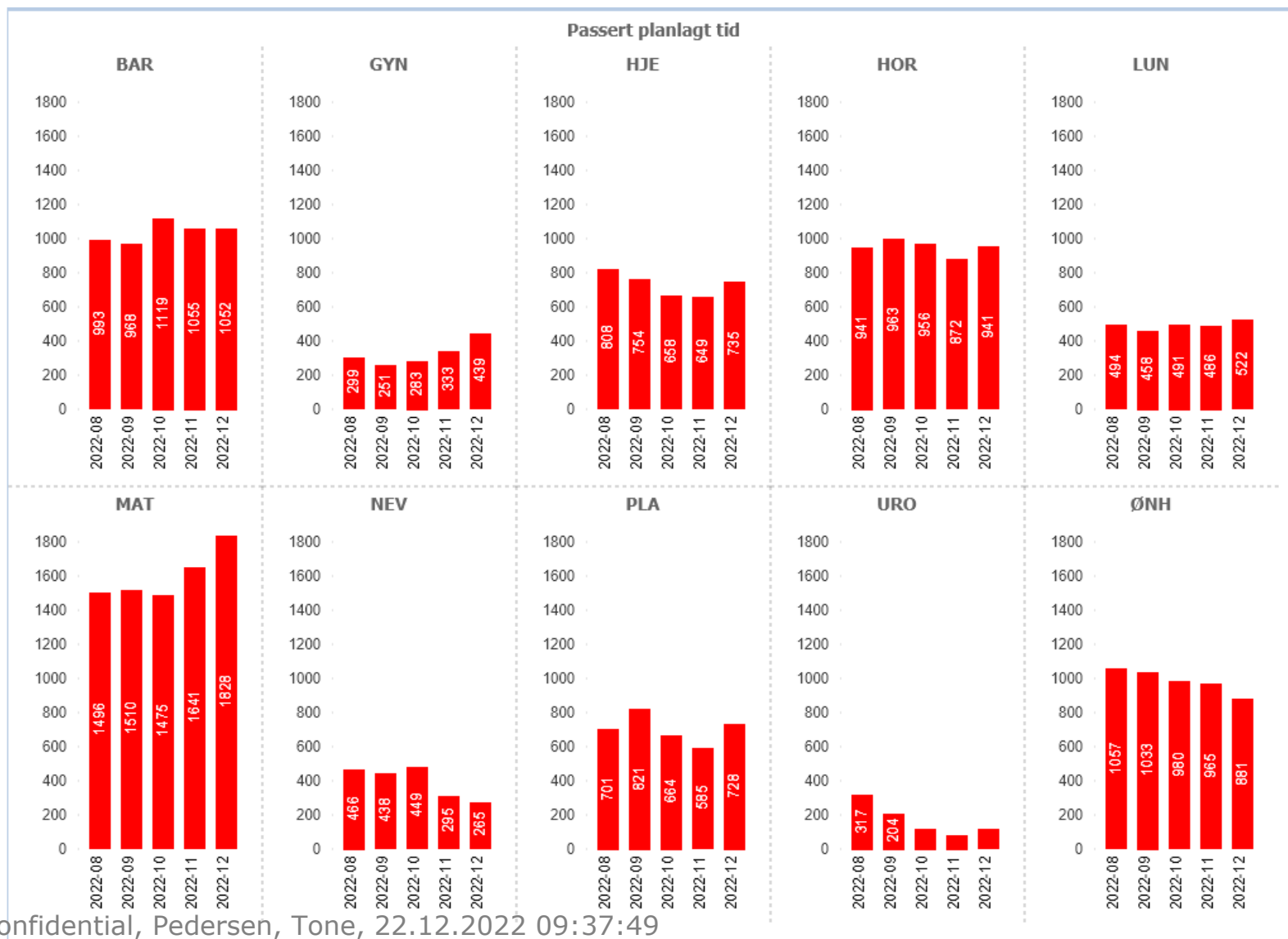
● Antall kontakter passert planlagt tid ● Andel kontakter passert planlagt tid



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

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

Passert planlagt tid - utvikling per avdeling



Forklaring:

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

Passert planlagt tid kalles også "Løftebrudd".

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

Passert planlagt tid - sammenligning med andre foretak i HSØ

Helseforetaksnavn	Antall planlagte kontakter	Kontakter ikke passert planlagt tid	Kontakter med passert planlagt tid	Andel passert planlagt tid
Akershus Universitetssykehus	177 642	156 324	21 318	12,0 %
Oslo Universitetssykehus	298 677	272 306	26 371	8,8 %
Sykehuset Innlandet	129 241	115 734	13 507	10,5 %
Sykehuset i Vestfold	108 864	91 322	17 542	16,1 %
Sørlandet Sykehus	127 318	110 286	17 032	13,4 %
Sykehuset Telemark	63 669	55 643	8 026	12,6 %
Sykehuset Østfold	132 463	114 021	18 442	13,9 %
Vestre Viken	186 492	164 696	21 796	11,7 %
Sunnaas Sykehus	4 594	4 364	230	5,0 %
Diakonhjemmet Sykehus	36 854	32 213	4 641	12,6 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	47 004	41 657	5 347	11,4 %
Betanien Hospital	10 811	9 510	1 301	12,0 %
Martina Hansen Hospital	16 674	15 698	976	5,9 %
Revmatismesykehuset Lillehammer	5 285	4 175	1 110	21,0 %
Totalt	1 345 588	1 187 949	157 639	11,7 %

Pasientsikkerhet - utvikling i indikatorer siste tre måneder

	2022-09	2022-10	2022-11	Snitt 2021
8a) Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning til vurdering av henvisning er fullført				
Gjennomsnitt vurderingstid (dager)	2,0	2,1	2,0	2,1
Antall henvisninger vurdert	6 148	5 550	5 593	4 938
Andel henvisninger vurdert innen 10 dager	96,6 %	96,8 %	98,1 %	96,8 %
8b) Andel åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle				
Totalt antall åpne dokumenter som er mer enn 14 dager gamle	3 873	4 048	4 267	3 249
Herav antall legedokumenter	1813	1879	1878	1 508
Herav antall sykepleierdokumenter	898	945	1 004	621
8c) Antall pasienter med åpen henvisningsperiode				
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	1 324	1 438	1 620	1 130
8d) Andel pasienter som har fått direkte time innen 10 virkedager				
Andel direkte time (rapporteres en måned på etterskudd)	72 %	70 %		82,0 %
Andel epikriser sendt innen 7 dager og 1 dag				
Andel epikriser innen 7 dager	80 %	82 %	81 %	84 %
Andel epikriser innen 1 dag	56 %	59 %	59 %	60 %

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

Definisjoner

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

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

Antall pasienter med åpen henvisningsperiode:

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

Andel pasienter som har fått direkte time innen 10 virkedager:

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

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

Andel epikriser innen 1 dag per klinikk og avdeling

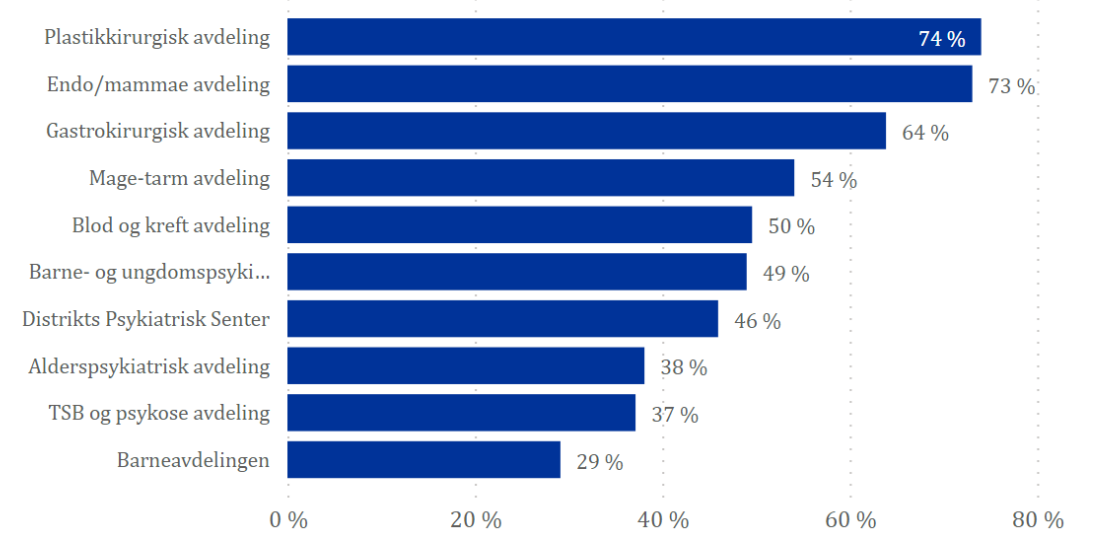
Om indikatoren:

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

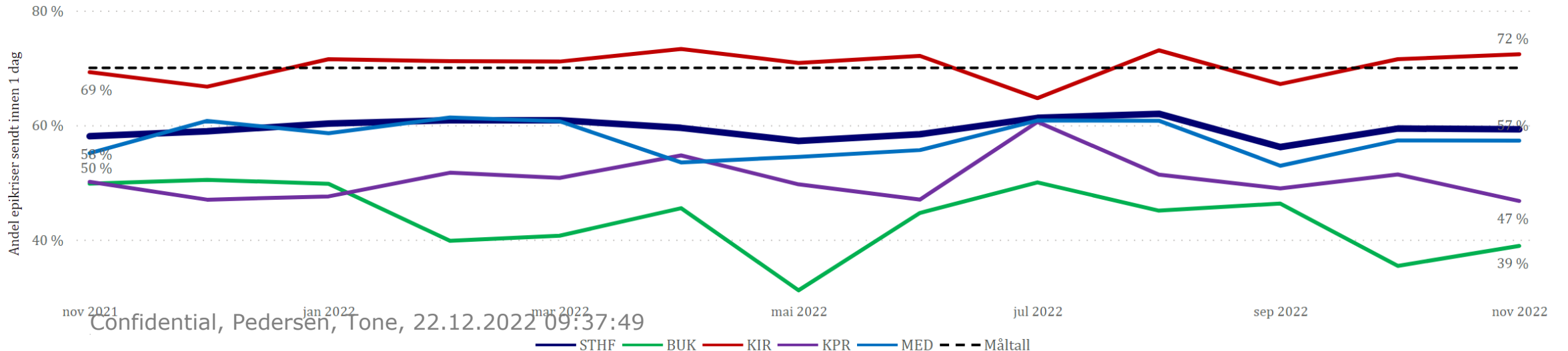
Lang epikrisetid svekker pasientens mulighet til å få kontinuitet i behandlingen og sikker oppfølging etter utskrivning fra behandling. Gjennom måling av epikrisetid rettes oppmerksomheten mot å redusere uønsket lang epikrisetid.

Andel epikriser sendt innen 1 dag per Klinikk	2022-08	2022-09	2022-10	2022-11
BUK	45 %	46 %	35 %	39 %
KIR	73 %	67 %	72 %	72 %
KPR	51 %	49 %	51 %	47 %
MED	61 %	53 %	57 %	57 %
STHF	62 %	56 %	59 %	59 %

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



Utvikling i andel epikriser innen 1 dag per klinikk



Pakkeforløp kreft - sammenligning med andre helseforetak

Hittil i år-verdier

Ikke oppdatert –
Tall ikke publisert av
Helsedirektoratet ennå

Pakkeforløp kreft - utvikling i indikatorer for STHF

Ikke oppdatert –
Tall ikke publisert av
Helsedirektoratet ennå

Pakkeforløp kreft - detaljer om pakkeforløp per krefttype

Ikke oppdatert –
Tall ikke publisert av
Helsedirektoratet ennå

Pakkeforløp
Blærekreft
Brystkreft
Bukspyttkjertelkreft
Eggstokkreft (ovarial)
Galleveiskreft
Hjernekreft
Kreft hos barn
Kreft i spiserør og magesekk
Livmorhalskreft (cervix)
Livmorkreft (endometrie)
Lungekreft
Lymfomer
Malignt melanom
Myelomatose
Nevroendokrine svulster
Nyrekreft
Peniskreft
Primær leverkreft (HCC)
Prostatakreft
Sarkom
Skjoldbruskkjertelkreft
Testikkelkreft
Tykk og endetarmskreft
Totalt

2022		
Antall	Herav innen std forløpstid	Andel innen std forløpstid
52	46	88 %
90	76	84 %
8	3	38 %
12	7	58 %
1	0	0 %
1	0	0 %
11	4	36 %
3	2	67 %
20	13	65 %
76	41	54 %
16	9	56 %
167	163	98 %
10	9	90 %
4	4	100 %
24	13	54 %
1	1	100 %
96	69	72 %
1	0	0 %
4	3	75 %
91	60	66 %
688	523	76 %

Confidential, Pedersen, Tone, 22.12.2022 09:37:49

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

Pakkeforløp kreft - måloppnåelse for prioriterte kreftformer sammenlignet med andre HF

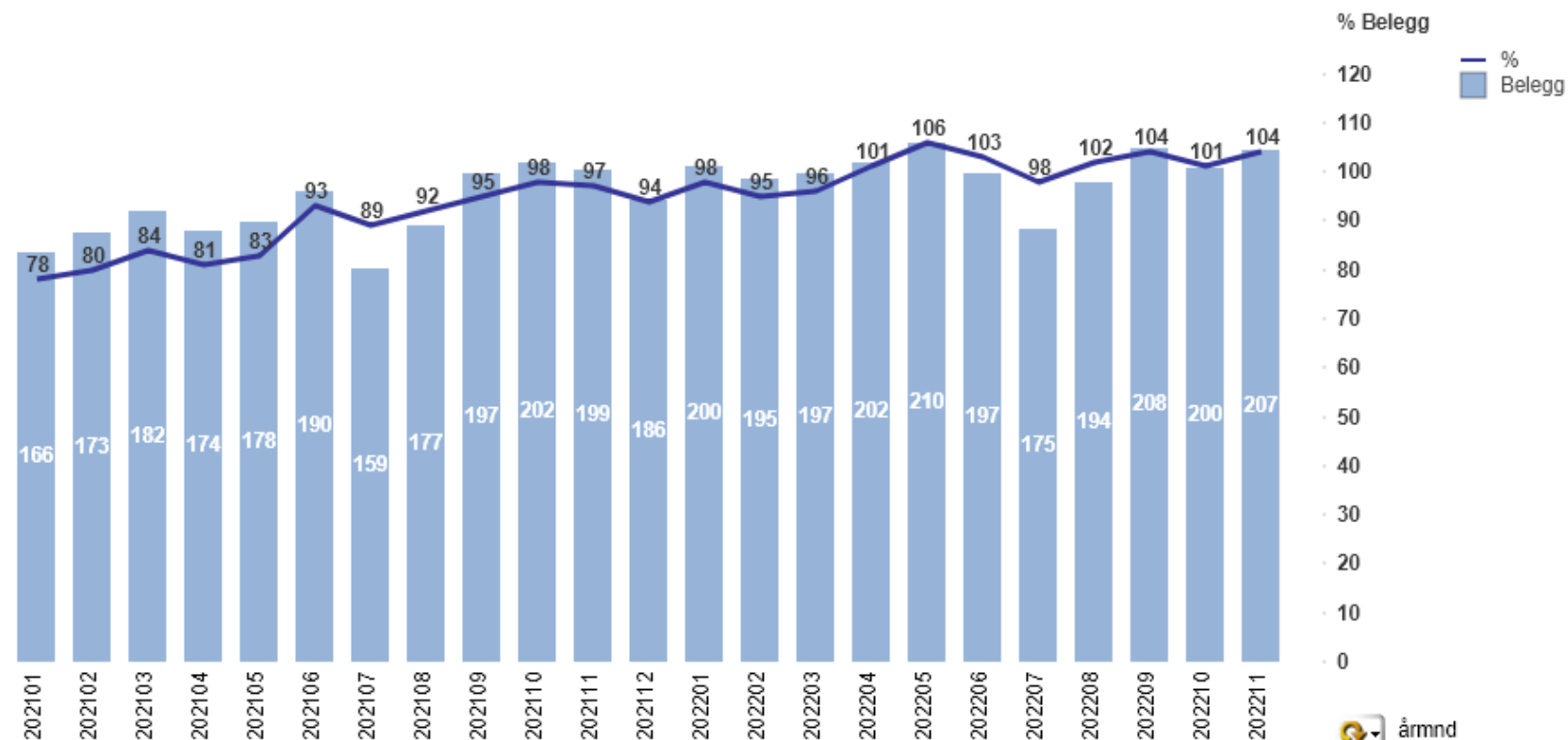
Ikke oppdatert –
Tall ikke publisert av
Helsedirektoratet ennå

Nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus

Ikke oppdatert –
Tall ikke publisert av
Helsedirektoratet ennå

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

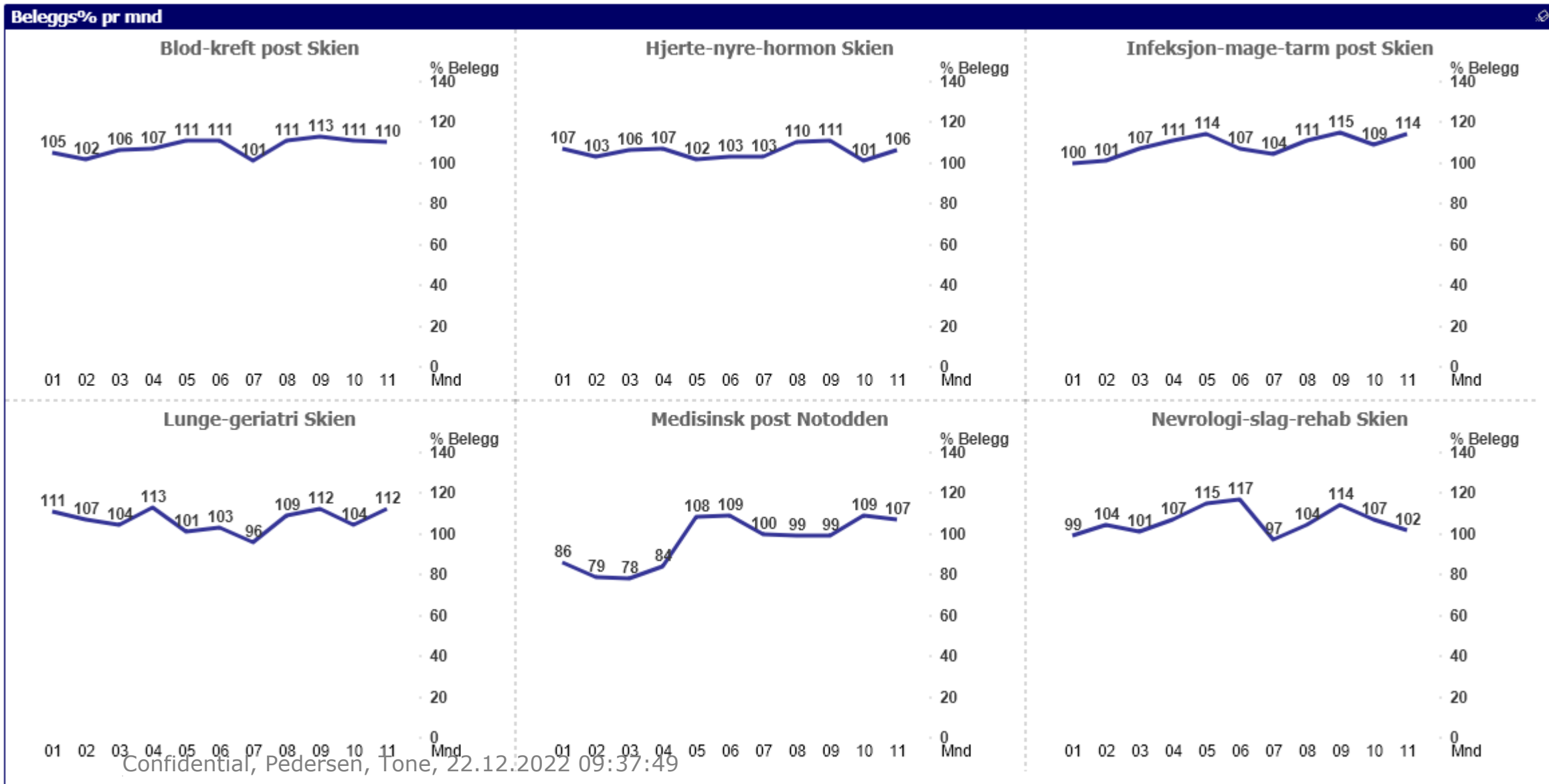
Belegg (gjennomsnitt av antall innlagte pasienter i hele perioden som vises her) : 189,8 antall pasienter, som utgjør 94%



Belegg pr post - siste måned

Post	Belegg	Senger	Beleggs%
	206,9	200	104%
Infeksjon-mage-tarm post Skien	22,8	20	114%
Lunge-geriatri Skien	22,3	20	112%
Blod-kreft post Skien	19,9	18	110%
Medisinsk post Notodden	23,5	22	107%
Hjerte-nyre-hormon Skien	25,3	24	106%
Kirurgisk post 3. etg Skien	29,7	29	103%
Nevrologi-slag-rehab Skien	21,4	21	102%
Kirurgisk post 6. etg Skien	25,1	25	100%
Kirurgisk post 1. etg Skien	7,7	9	84%
Kirurgisk post Notodden	10,7	13	79%

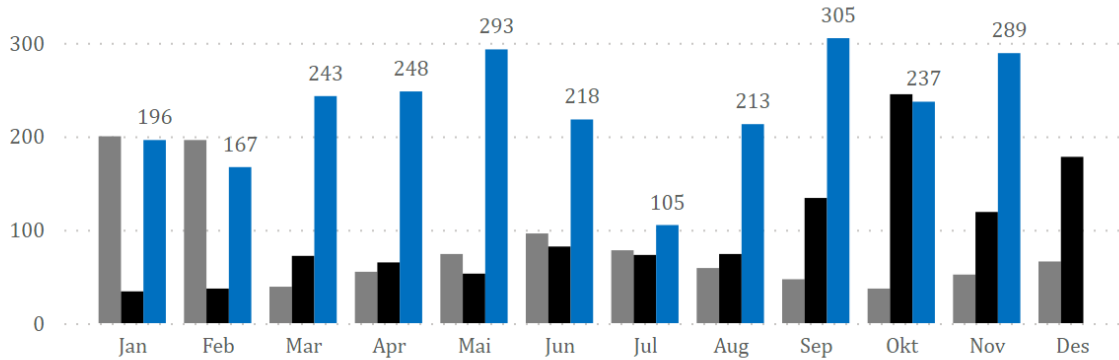
Belegg somatikk - utvikling medisinske poster per måned



Korridorpasienter

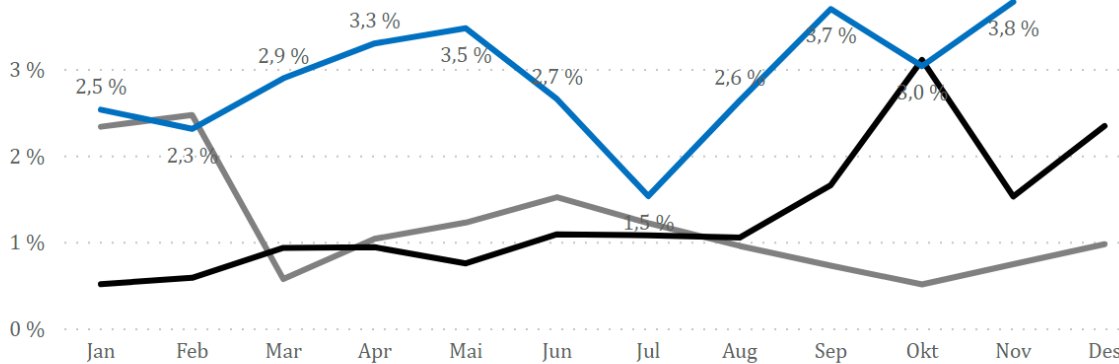
Antall korridorpasienter STHF

● 2020 ● 2021 ● 2022



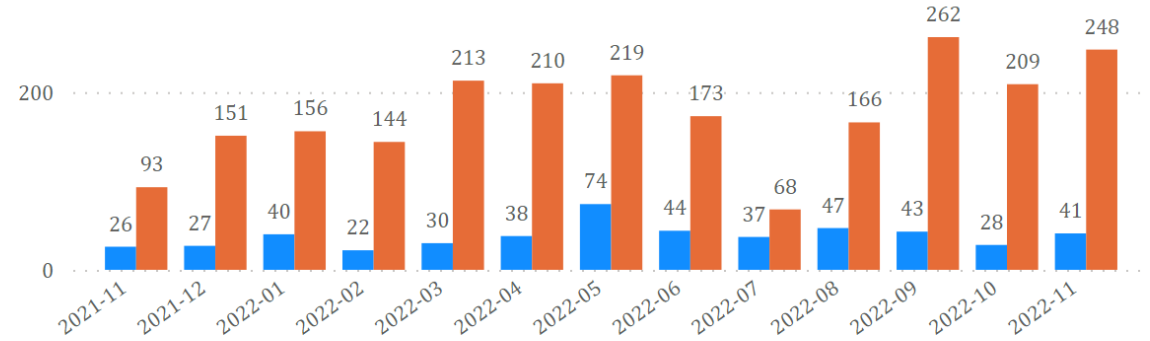
Andel korridorpasienter STHF

● 2020 ● 2021 ● 2022



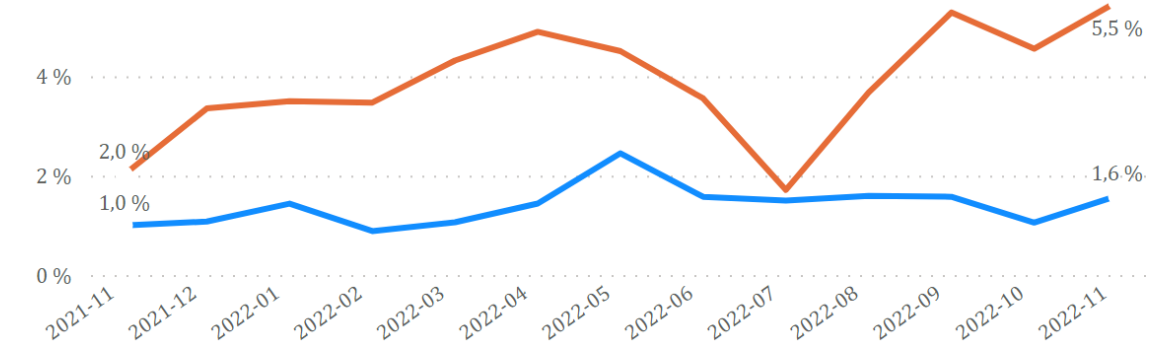
Antall korridorpasienter per klinikk siste 13 mnd

● Kirurgisk klinikk ● Medisinsk klinikk



Andel korridorpasienter per klinikk siste 13 mnd

● Kirurgisk klinikk ● Medisinsk klinikk



Definisjon av indikatoren (HSØ definisjonskatalog)

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

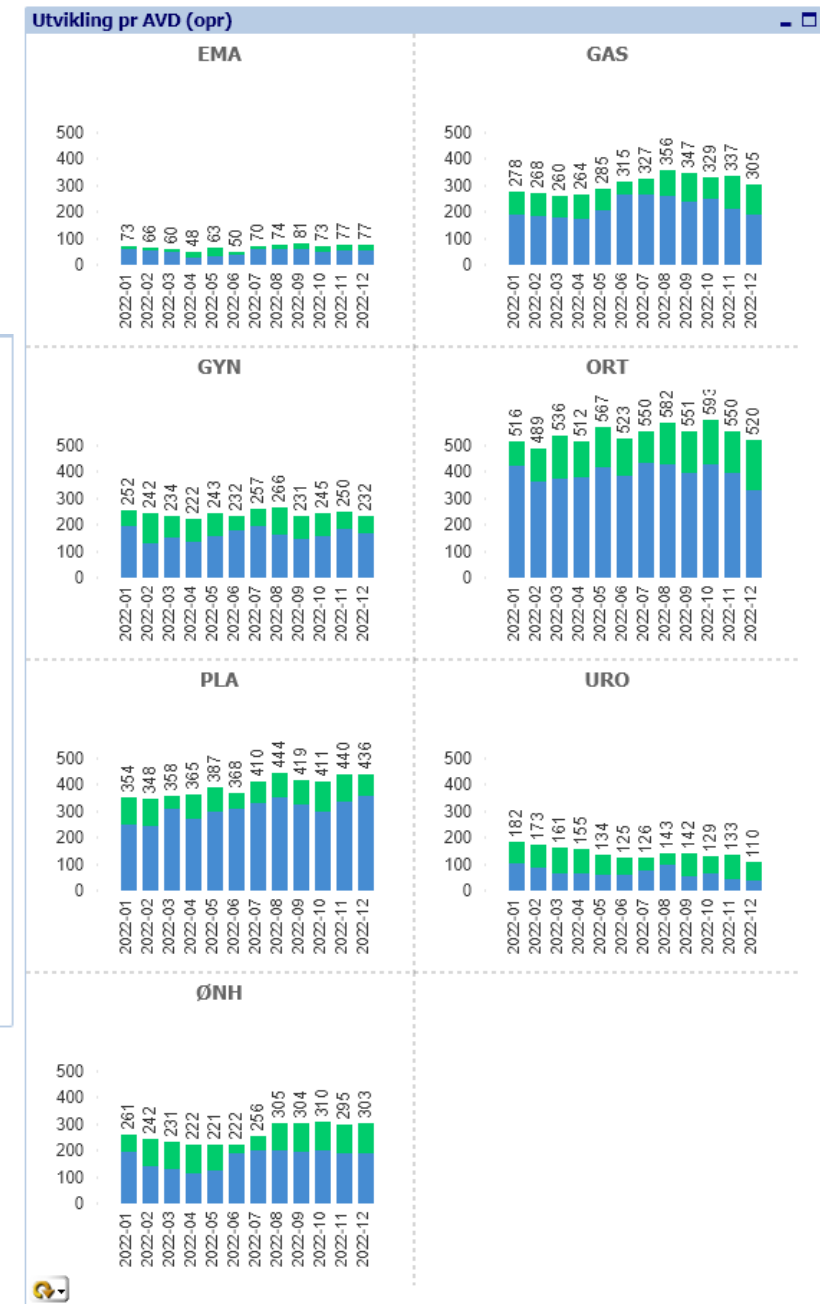
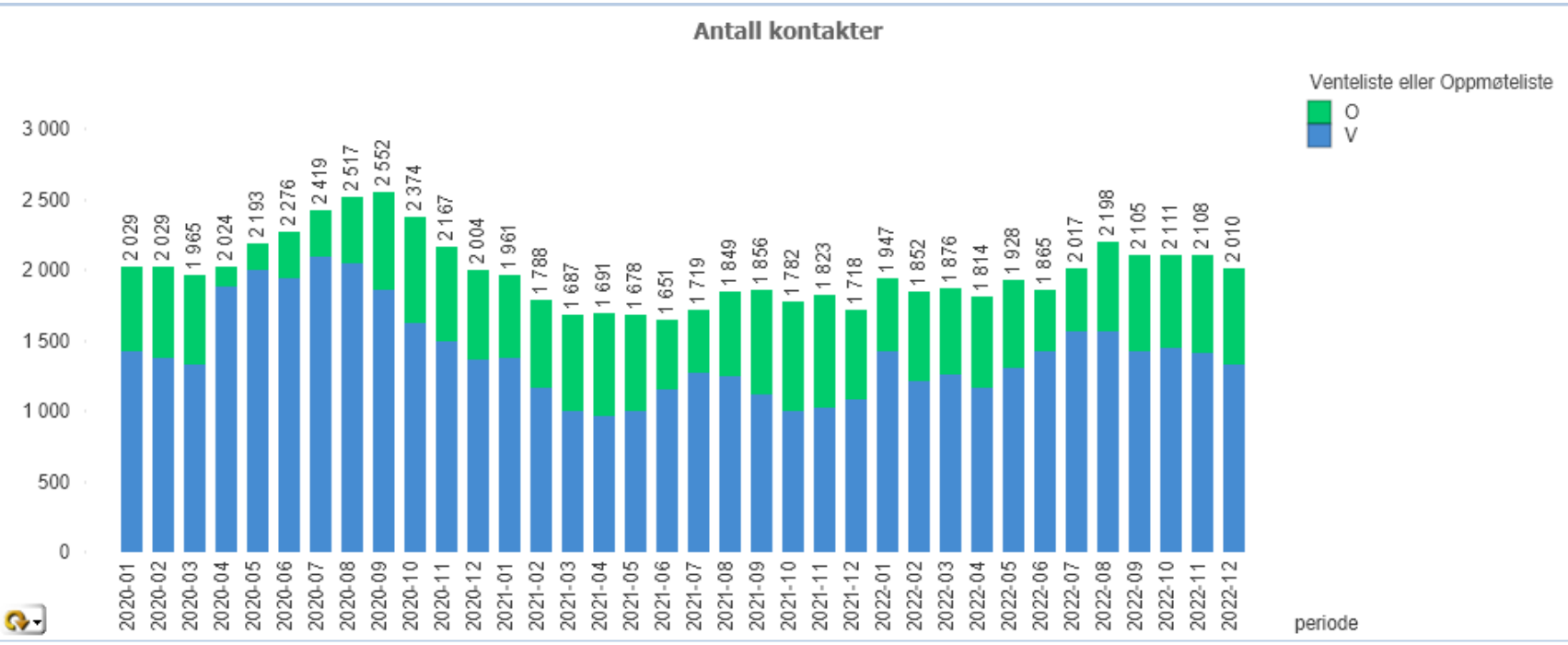
Det regnes også som korridorpasienter når plassering på korridor velges som løsning på observasjons- eller kontaktbehov. Dersom mor og barn etter fødsel plasseres på korridor eller lignende, skal de regnes som 2 korridorpasienter.

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

Aktivitet dag, døgn og poliklinikk - alle tjenesteområder

Denne periode	Hittil i år				Endring HiÅ 2022 - 2021						
Somatikk											
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2021	Endring	%
Antall utskrivninger Døgnbehandling	2 144	2 369	-225	-9,5 %	23 731	24 783	-1 052	-4,2 %	22 687	1 044	4,6 %
Antall liggedøgn Døgnbehandling	7 652	8 336	-684	-8,2 %	86 262	87 200	-938	-1,1 %	79 903	6 359	8,0 %
Antall oppholdsdager Dagbehandling	2 308	2 458	-150	-6,1 %	25 286	24 748	538	2,2 %	25 366	-80	-0,3 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	16 355	17 964	-1 609	-9,0 %	168 339	178 640	-10 301	-5,8 %	165 920	2 419	1,5 %
VOP - Psykisk helsevern for voksne											
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2021	Endring	%
Antall utskrivninger Døgnbehandling	150	126	24	19,0 %	1 556	1 345	211	15,7 %	1 300	256	19,7 %
Antall liggedøgn Døgnbehandling	2 552	2 932	-380	-13,0 %	29 470	29 545	-75	-0,3 %	29 039	431	1,5 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	4 233	4 349	-116	-2,7 %	38 424	43 251	-4 827	-11,2 %	40 306	-1 882	-4,7 %
BUP - Psykisk helsevern for barn og unge											
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2021	Endring	%
Antall utskrivninger Døgnbehandling	12	14	-2	-14,3 %	151	135	16	11,9 %	132	19	14,4 %
Antall liggedøgn Døgnbehandling	88	152	-64	-42,1 %	1 338	2 017	-679	-33,7 %	2 017	-679	-33,7 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	3 614	2 737	877	32,0 %	34 382	35 502	-1 120	-3,2 %	34 040	342	1,0 %
TSB - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling											
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2021	Endring	%
Antall utskrivninger Døgnbehandling	29	39	-10	-25,6 %	409	342	67	19,6 %	330	79	23,9 %
Antall liggedøgn Døgnbehandling	269	319	-50	-15,7 %	2 936	2 989	-53	-1,8 %	2 939	-3	-0,1 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	935	838	97	11,6 %	7 422	8 334	-912	-10,9 %	7 523	-101	-1,3 %

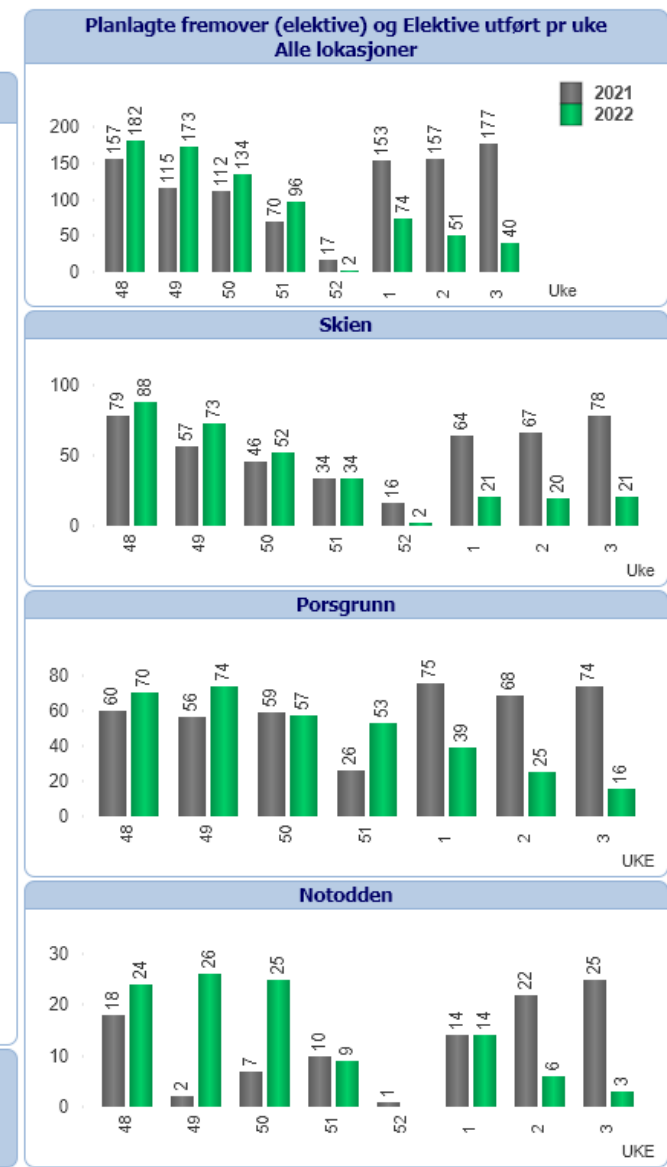
Operasjoner ved STHF - venteliste til operasjon



Operasjoner ved STHF - planleggingshorisont sammenlignet med fjoråret

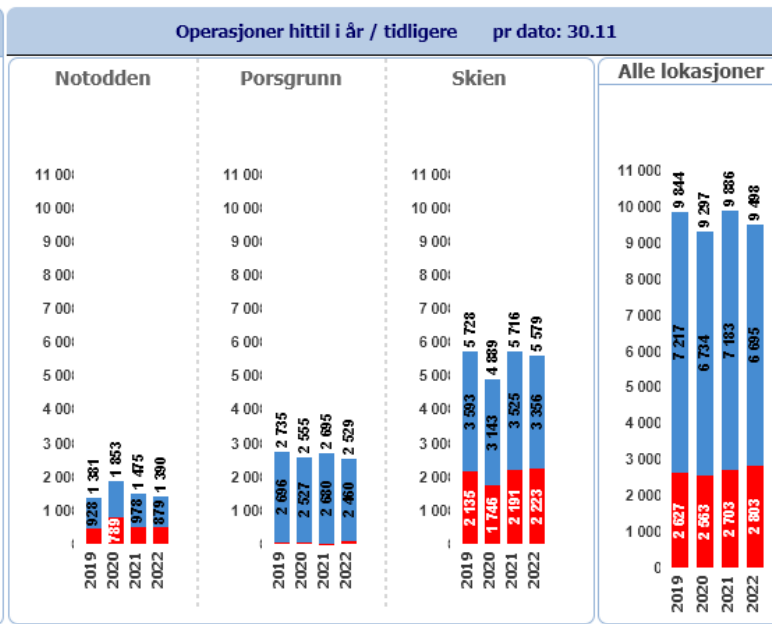
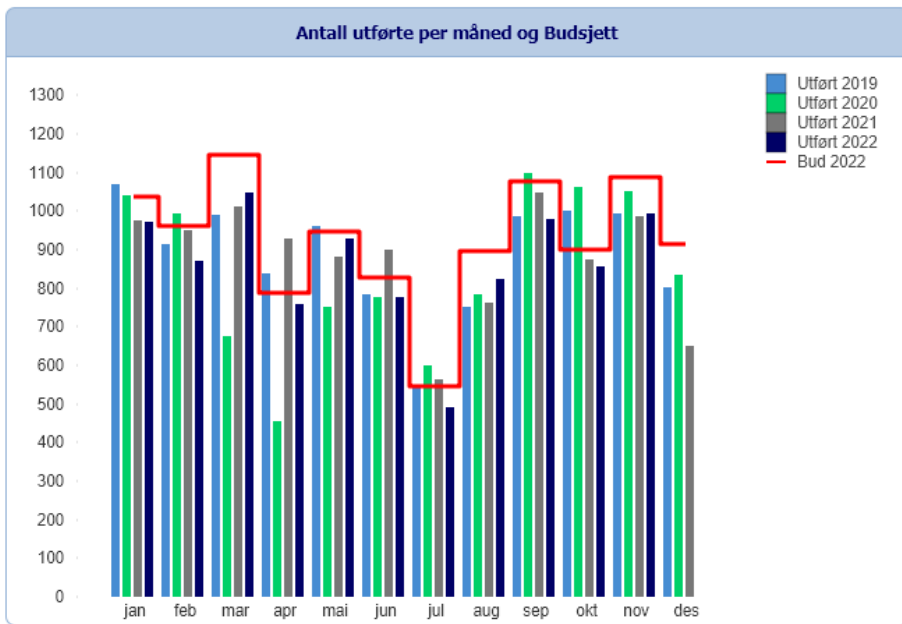
Planleggingshorisont operasjoner

		Planlagte fremover og Utført samme tid i fjor (elektivt)															
		2022						2021									
Sted	OperasjonsTeam	48	49	50	51	52	1	2	3	48	49	50	51	52	1	2	3
Porsgrunn	PORSGRUNN ENDO/MAMMAE	6	3	1			1			3	4	3	3		4	3	3
	PORSGRUNN GASTROKIRURGI	4	9	4	10		7	7		7	6	8			10	9	9
	PORSGRUNN GYNEKOLOGI 1	13	13	7	8		3			12	6	13	5		13	10	12
	PORSGRUNN ORTOPEDI 1	18	19	17	12		14	9	6	16	18	19	8		19	16	18
	PORSGRUNN ORTOPEDI 2	3	6	5	3		3		4	6	1	1			3	3	5
	PORSGRUNN PLASTKIRURGI 1	9	6	6	5		1	2	2	3	7	6	7		9	8	9
	PORSGRUNN PLASTKIRURGI 2	3	2	3	6		4	2	1	1			3		4	5	4
	PORSGRUNN UROLOGI 1	4	2	3	3		1		1	3	4				2	4	4
	PORSGRUNN UROLOGI 2		4	1	2		1			2	3	4			4	3	4
	PORSGRUNN ØRE NESE HALS 1	5	5	5			2	2	1	5	5	4			5	5	4
PORSGRUNN ØRE NESE HALS 2	5	5	5	4		2	3	1	2	2	1			2	2	2	
Elektiv	SKIEN ANESTESI	1													3		
	SKIEN ENDO/MAMMAE	6	6	6	4		3		5	5	3	2		3	3	6	
	SKIEN GASTROKIRURGI	14	10	10	6		2	1	7	9	8	6	4	10	10	8	
	SKIEN GYNEKOLOGI	8	9	7	1	1	3	2	1	9	5	9	4	6	11	10	13
	SKIEN MEDISIN														1		
	SKIEN ORTOPEDI 1	13	12	7	3		4		1	10	7	4	5	3	11	10	9
	SKIEN ORTOPEDI 2	1	3	2	1					3	1				1	2	
	SKIEN PLASTKIRURGI 3.ETASJE	8	4	3	2			2		6	3	2	6		5	5	5
	SKIEN PLASTKIRURGI 4.ETASJE	7	2	3	1					6	3	4			3	6	6
	SKIEN UROLOGI 3.ETASJE	10	7	4	1	1	1	1		11	9	6	8	3	9	8	8
	SKIEN UROLOGI 4.ETASJE	7	10	3	6		1	2	2	8	6	6	3		5	6	8
	SKIEN ØRE NESE HALS 1									3	3						
	SKIEN ØRE NESE HALS 2	7	9	7	9		9	11	11	11	6	4			4	7	13
NOTODDEN	NOTODDEN FLEKSIBELT TEAM	5	6	5			5	2	2						2	4	
NOTODDEN	NOTODDEN GASTROKIRURGISK TEAM	9	10	7	5		5	3	1	7	1	5	2		9	9	9
NOTODDEN	NOTODDEN ORTOPEDISK TEAM	7	9	13	4		4	1		11	1	2	8	1	5	11	12
Total		173	171	134	96	2	74	51	40	157	115	112	70	17	153	157	177
Øhjelp	SKIEN MEDISIN	1															
	SKIEN ORTOPEDI 1	1															
	SKIEN ORTOPEDI 2	1	1														
	SKIEN PLASTKIRURGI 3.ETASJE	2															
	SKIEN UROLOGI 3.ETASJE	1															
NOTODDEN	NOTODDEN ORTOPEDISK TEAM	3	1														
Total		9	2														



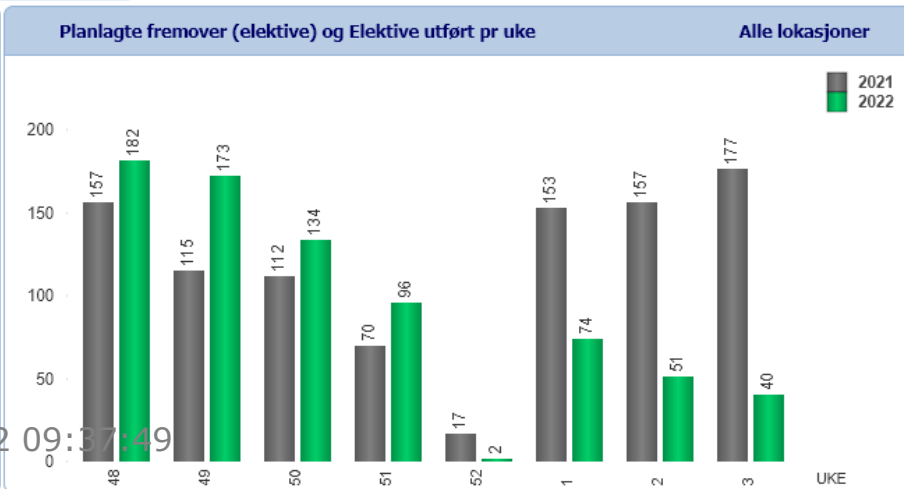
Antall pasienter innkalt til operasjon: 703

Operasjoner ved STHF - utførte operasjoner sammenlignet med tidligere år

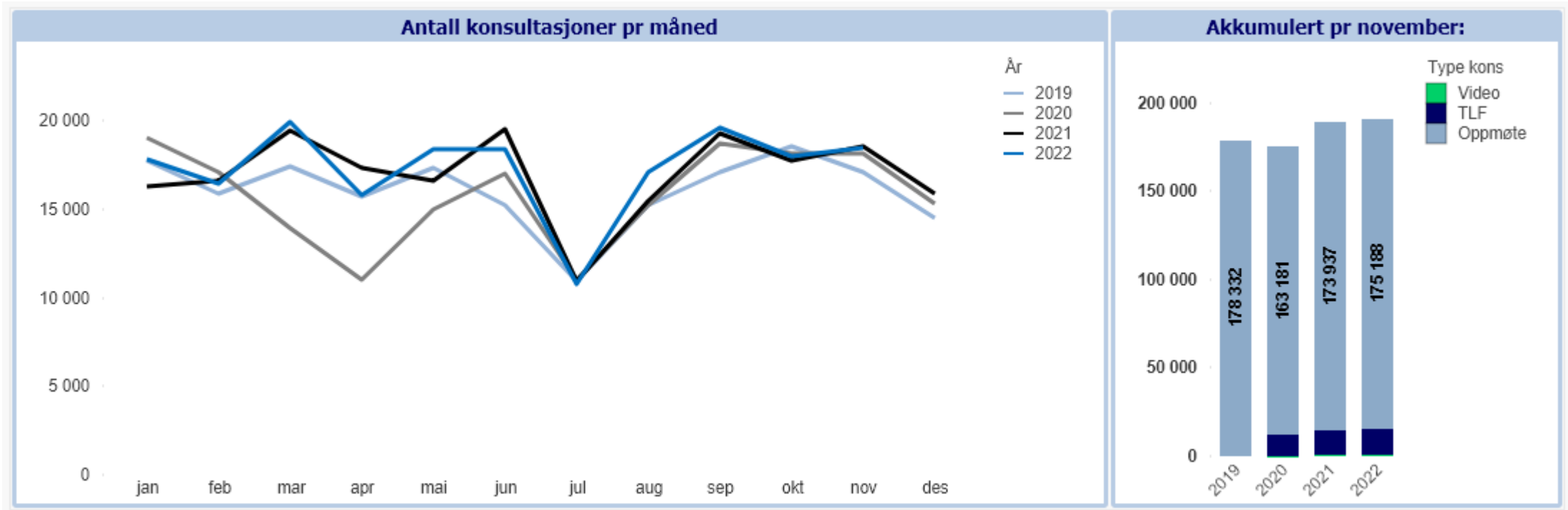


Utført 2021-2022

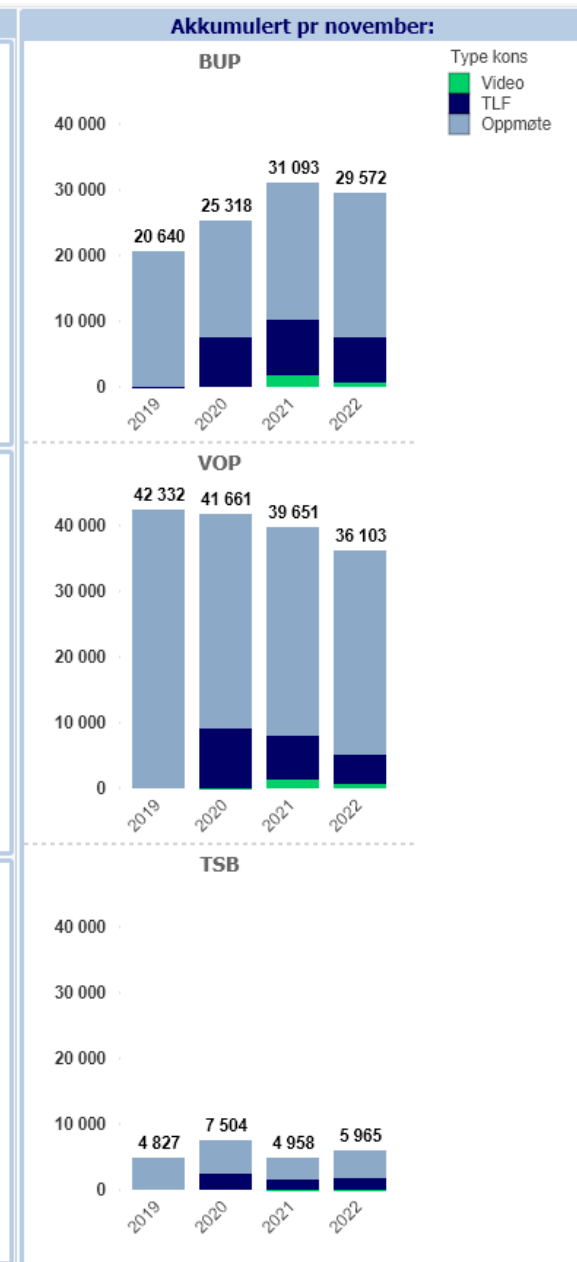
MND	Utført 2021	Utført 2022	Bud 2022	Budsjett-avvik	Stryknings% 2022
jan	975	971	1 039	-68	4,9%
feb	951	870	963	-93	8,0%
mar	1 011	1 047	1 145	-98	8,0%
apr	931	759	788	-29	5,8%
mai	882	929	948	-19	4,6%
jun	900	777	828	-51	5,5%
jul	563	491	546	-55	6,3%
aug	763	823	895	-72	4,5%
sep	1 048	979	1 077	-98	5,1%
okt	874	857	902	-45	5,4%
nov	988	995	1 088	-93	5,2%
des	652	0	913	0	



Poliklinikk - Somatikk

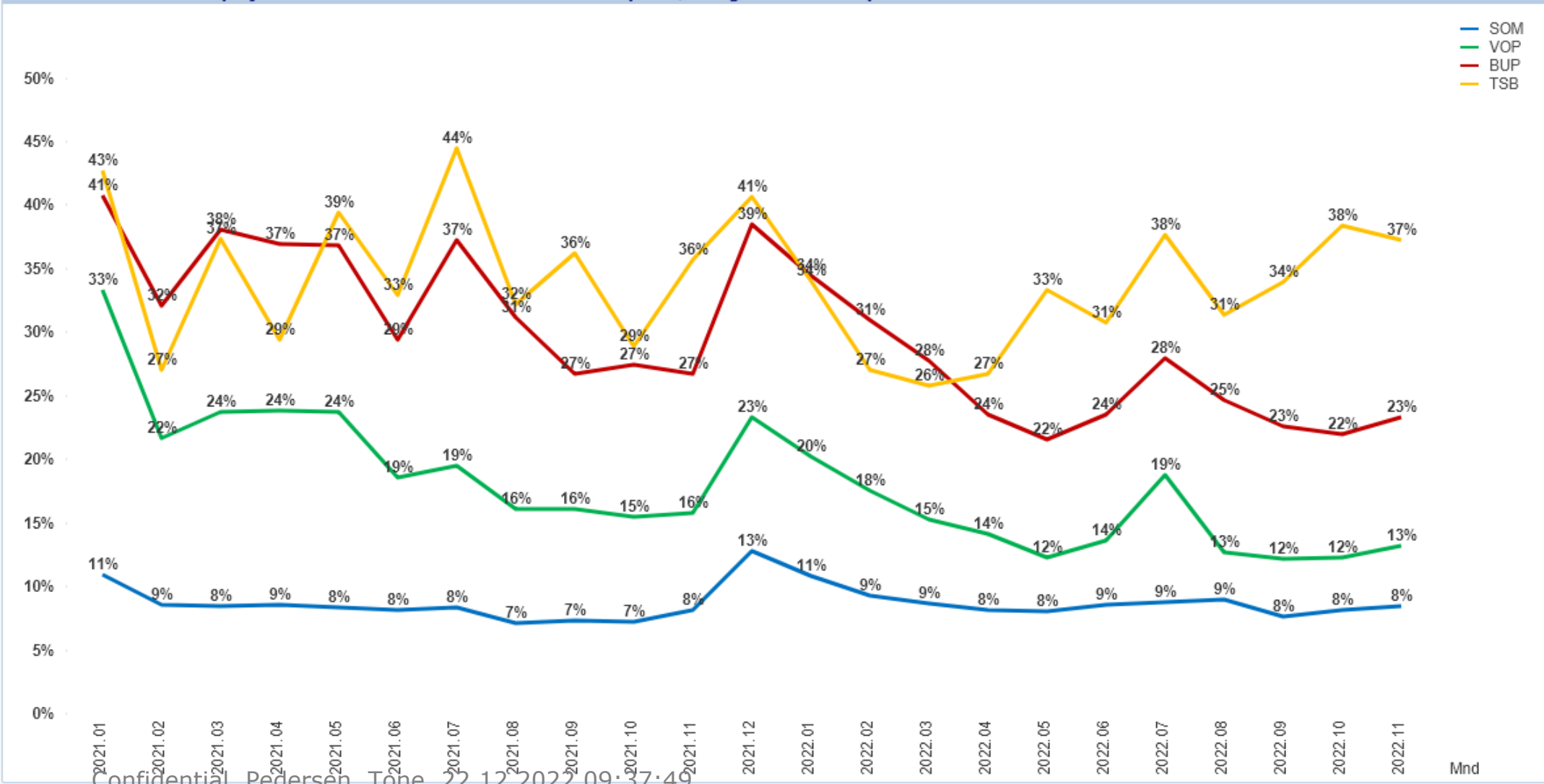


Poliklinikk - PHV og TSB



Telefon- og videokonsultasjoner per tjenesteområde

Andel tlf & video - fordelt pr tjenesteområde. Hittil i 2022 er andelen totalt på 12,1% og OBD-kravet er på 15%



ISF-berettigede konsultasjoner

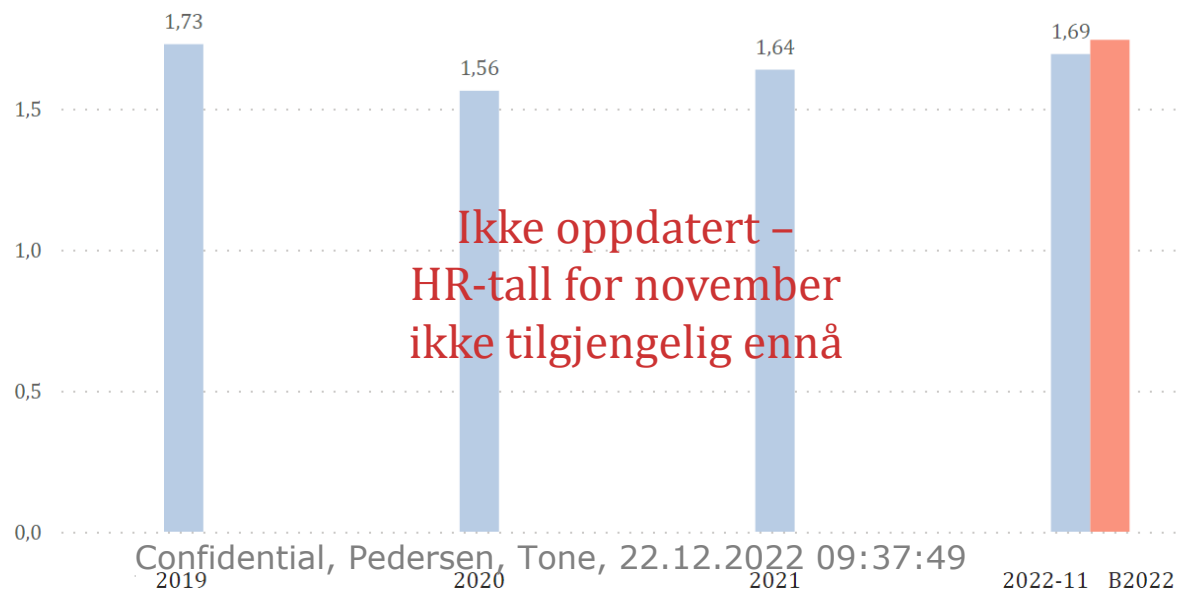
	Denne periode				Hittil i år				Årsestimat mot årsbudsjett				Endring HiÅ 2021-2022		
	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	%	Estimat	Budsjett	Avvik	%	HiÅ 2021	Endring	%
Somatikk	16 355	17 964	-1 609	-9,0 %	168 339	178 640	-10 301	-5,8 %	182 500	192 603	-10 103	-5 %	165 920	2 419	1,5 %
Psykisk helsevern	7 847	7 086	761	10,7 %	72 806	78 753	-5 947	-7,6 %	78 750	86 200	-7 450	-9 %	74 346	-1 540	-2,1 %
VOP	4 233	4 349	-116	-2,7 %	38 424	43 251	-4 827	-11,2 %	42 000	46 700	-4 700	-10 %	40 306	-1 882	-4,7 %
BUP	3 614	2 737	877	32,0 %	34 382	35 502	-1 120	-3,2 %	36 750	39 500	-2 750	-7 %	34 040	342	1,0 %
TSB	935	838	97	11,6 %	7 422	8 334	-912	-10,9 %	8 000	9 000	-1 000	-11 %	7 523	-101	-1,3 %

ISF-poeng somatikk

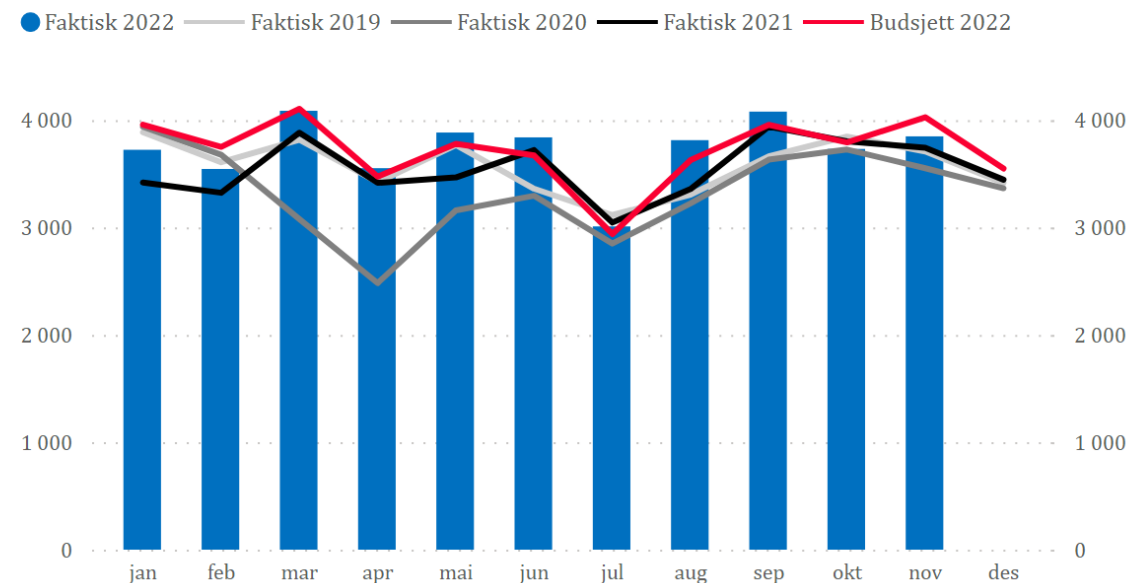
* ISF-budsjettavvik =
Budsjettavvik hittil i år (inneværende år) x ISF enhetspris

Denne periode					Hittil i år					ISF bud.-avvik*	
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2021	Budsjett 2022	ISF bud.-avvik* (1000 kr)
Kirurgisk klinikk	1 730	1 825	-95	-5 %	17 878	18 058	-181	-1 %	17 745	19 657	-4 311
Medisinsk klinikk	1 838	1 881	-43	-2 %	20 265	19 751	514	3 %	18 216	21 412	12 277
BUK	239	266	-27	-10 %	2 518	2 791	-273	-10 %	2 672	3 040	-6 521
Akutt og beredskap	13	11	2	18 %	118	107	11	10 %	104	118	263
MSK	28	44	-16	-35 %	326	370	-44	-12 %	344	400	-1 056
Ufordelt/kvalitetssikring	1		1	0 %	9		9	0 %	37		209
DRG Somatikk utført ved STHF	3 849	4 026	-178	-4 %	41 114	41 078	36	0 %	39 117	44 627	862
Total ISF-poeng Somatikk (inkl. legemidler, FBV) "sørge for"	4 099	4 287	-188	-4 %	44 269	43 955	314	1 %	42 039	47 767	7 487

ISF produktivitet somatikk 2019-2022



ISF-poeng Somatikk utført ved STHF



ISF-poeng PHV og TSB utført ved STHF

Denne periode

	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%
DPS Nedre Telemark	344	337	7	2 %
DPS Øvre Telemark	145	180	-35	-19 %
Psykiatrisk sykehusavdeling	97	50	47	95 %
Poliklinisk avdeling TSB og psykose	289	202	87	43 %
Raskere tilbake PHV og TSB (underlagt Med. klinikk)	0	8	-8	-100 %
Klinikk for PHV og TSB + Raskere tilbake	876	776	100	13 %
Avdeling for barn og unges psykiske helse - ABUP	953	898	55	6 %
Total ISF Psykisk helsevern og TSB ved STHF	1 829	1 674	155	9 %

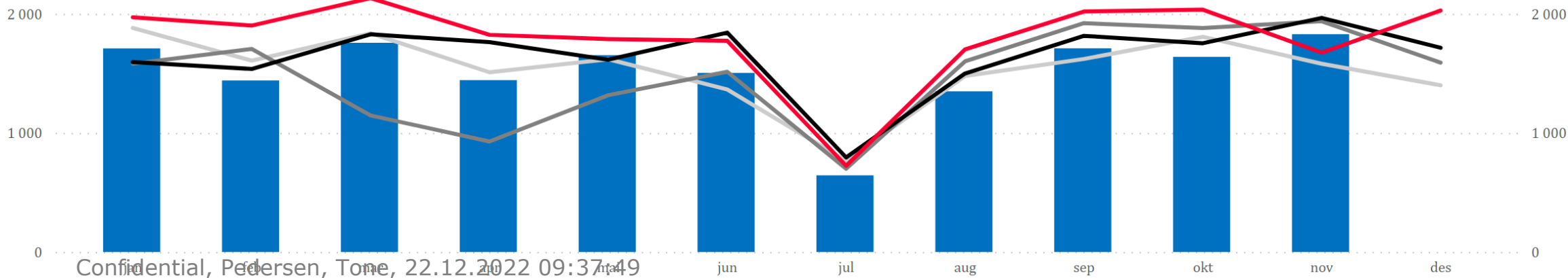
Hittil i år

	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2021	Budsjett 2022	ISF bud.-avvik* (1000 kr)
	2 959	3 345	-385	-12 %	2 936	3 612	-1 270
	1 374	1 787	-413	-23 %	1 291	1 930	-1 362
	846	495	351	71 %	545	534	1 158
	2 535	2 195	340	15 %	2 177	2 457	1 120
	30	78	-48	-62 %	76	84	-159
	7 744	7 899	-156	-2 %	7 025	8 616	-513
	8 934	11 644	-2 709	-23 %	10 981	12 954	-8 924
	16 678	19 543	-2 865	-15 %	18 006	21 571	-9 437

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

ISF-poeng PHV + TSB utført ved STHF

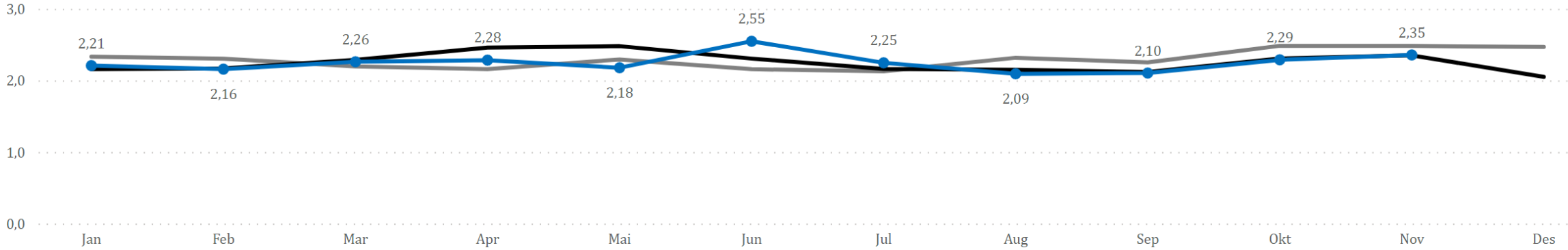
● Faktisk 2022 — Faktisk 2019 — Faktisk 2020 — Faktisk 2021 — Budsjett 2022



ISF-berettigede konsultasjoner per behandler - VOP og BUP

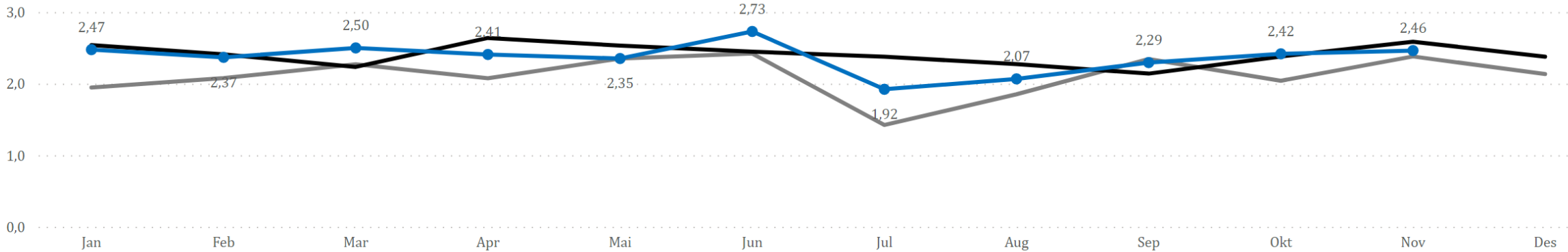
Psykisk helsevern for Voksne (VOP)

● 2020 ● 2021 ● 2022



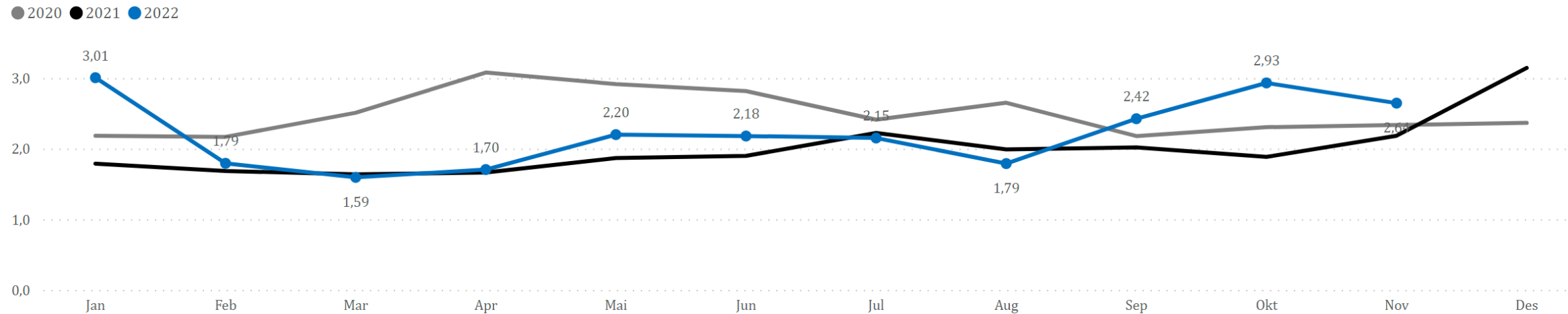
Psykisk helsevern for Barn og Unge (BUP)

● 2020 ● 2021 ● 2022



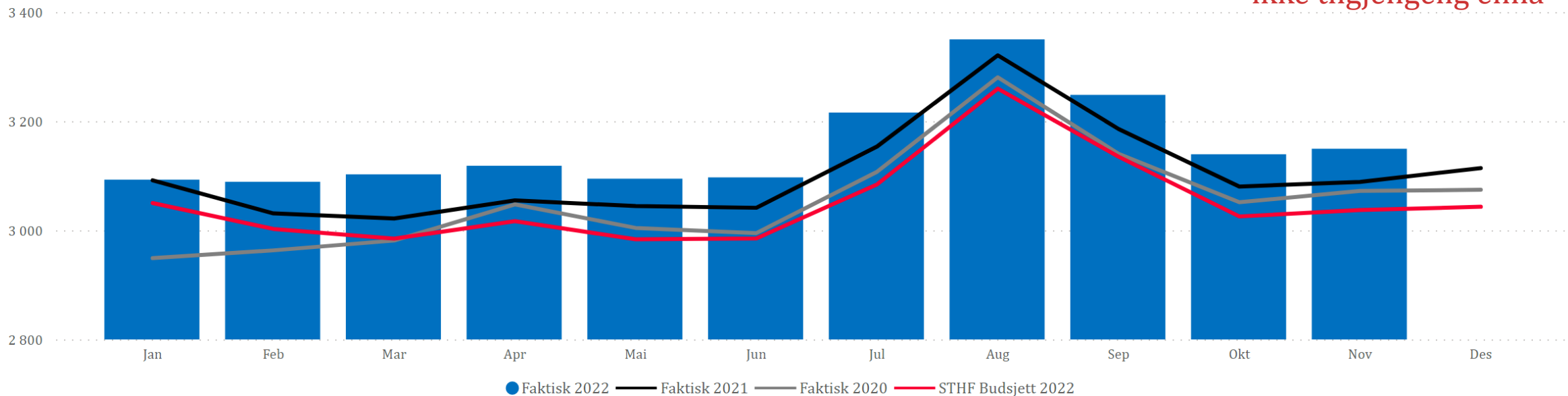
ISF-berettigede konsultasjoner per behandler - TSB

Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling (TSB)



Brutto månedsverk

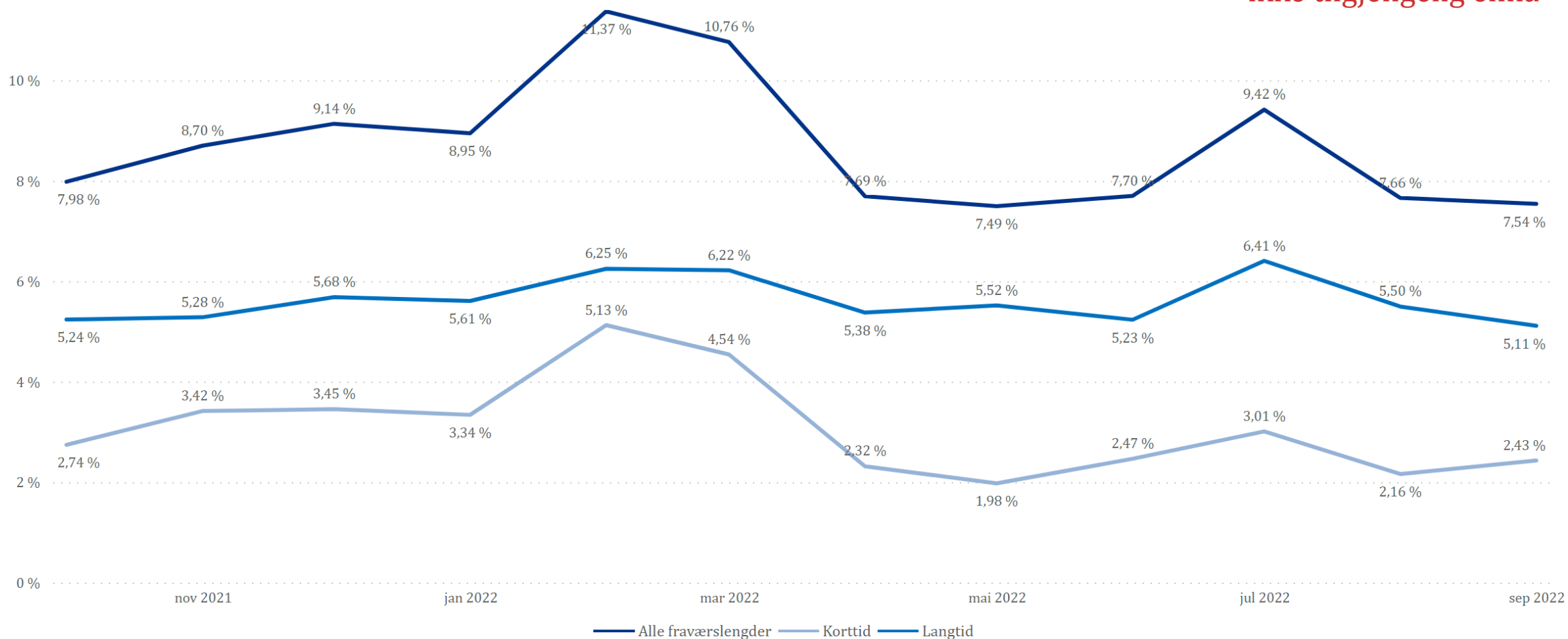
Ikke oppdatert –
HR-tall for november
ikke tilgjengelig ennå



Denne periode	Hittil i år (månedlig gjennomsnitt)				Endring HiÅ 2021 - 2022						
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	Prosentavvik	HiÅ 2021	Endring	% endring				
Somatikk	2 206	2 125	-80	-3,8 %	2 208	2 134	-74	-3,5 %	2 167	-41	-1,9 %
VOP	539	527	-12	-2,3 %	541	530	-11	-2,1 %	534	-8	-1,4 %
BUP	164	160	-5	-2,9 %	165	161	-4	-2,6 %	163	-2	-1,1 %
Psykisk helsevern	703	687	-17	-2,4 %	706	691	-15	-2,2 %	697	-10	-1,4 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	61	61	0	-0,3 %	59	61	2	4,1 %	60	1	1,9 %
Prehospitaltjenester	163	147	-16	-10,9 %	164	148	-17	-11,2 %	161	-3	-2,1 %
Annet	16	17	1	4,3 %	17	17	0	1,9 %	17	0	-0,3 %
Total	3 150	3 037	-112	-3,7 %	3 154	3 051	-103	-3,4 %	3 101	-53	-1,7 %

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

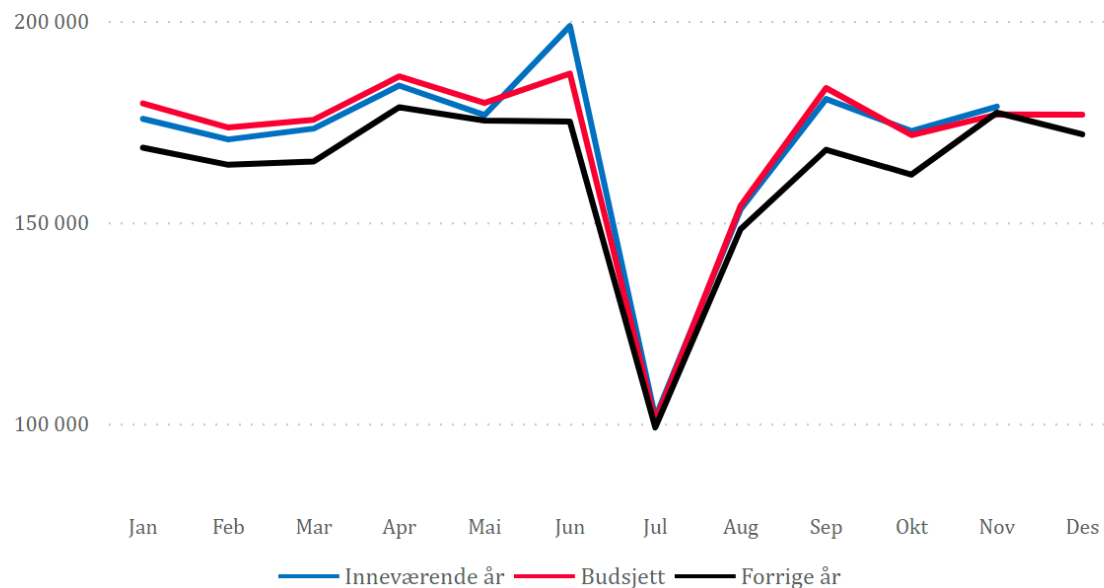
Ikke oppdatert –
 HR-tall for november
 ikke tilgjengelig ennå



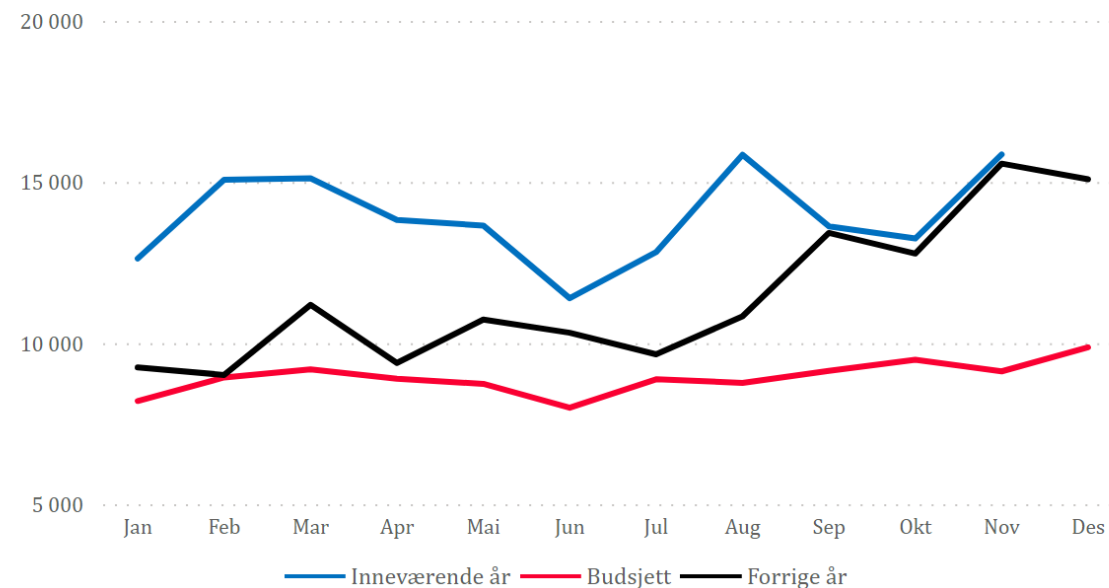
Bemanning - Lønnskostnader/innleie helsepersonell (tall i 1.000 kr)

Denne periode	Hittil i år				Endring HiÅ 2022 - 2021						
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Endring	%
Lønn til fast ansatte	178 753	176 769	-1 984	-1,1 %	1 865 638	1 867 824	2 186	0,1 %	1 781 263	-84 375	-4,7 %
Overtid og ekstrahjelp	15 856	9 125	-6 731	-73,8 %	153 086	97 341	-55 746	-57,3 %	122 152	-30 935	-25,3 %
Total lønn	253 295	235 234	-18 061	-7,7 %	2 582 964	2 468 127	-114 837	-4,7 %	2 433 441	-149 523	-6,1 %
Innleid arbeidskraft - del av kto 468	6 441	1 514	-4 928	-325,6 %	47 768	18 550	-29 218	-157,5 %	25 300	-22 469	-88,8 %

Utvikling i fastlønn per periode



Utvikling i overtid og ekstrahjelp per periode

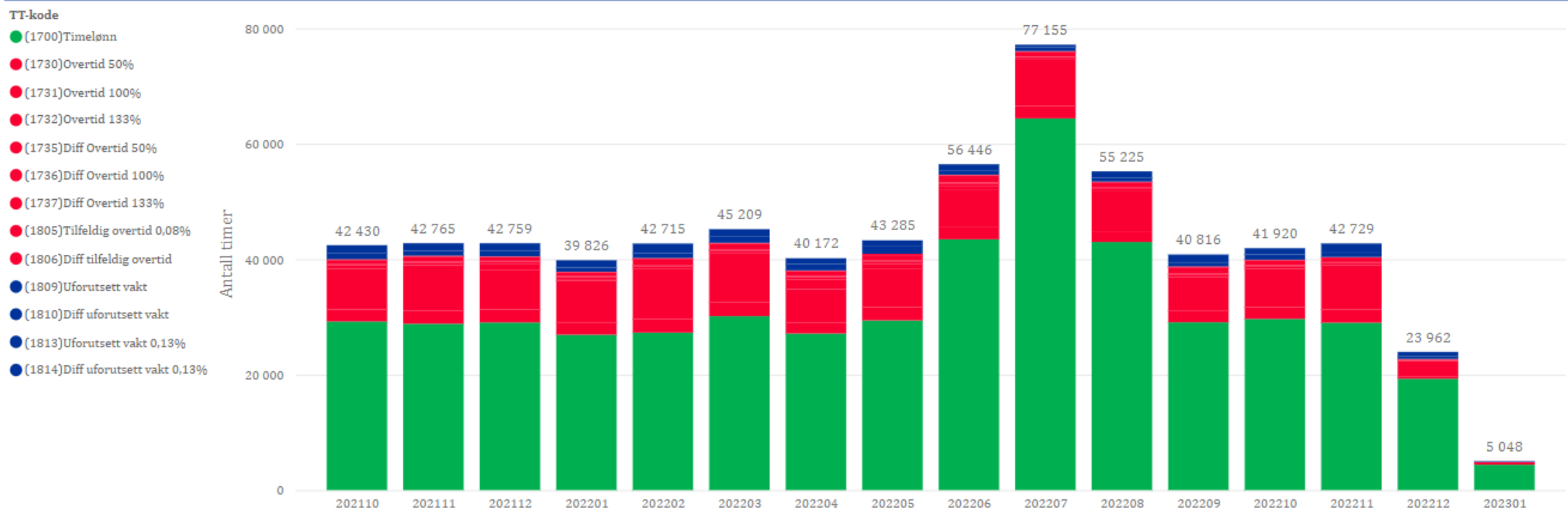


Confidential, Pedersen, Tone, 22.12.2022 09:37:49

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

EFO - Ekstravakter, Forskjøvet, Overtid

EFO timer fordelt på TT-koder

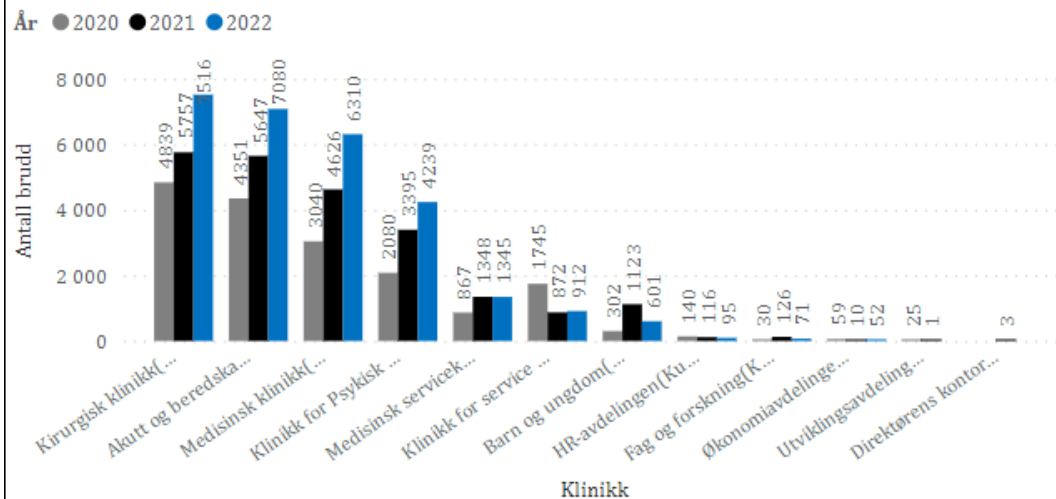


TT-kode PB Beskrivelse	202110	202111	202112	202201	202202	202203	202204	202205	202206	202207	202208	202209	202210	202211	202212	202301
(1700) Timelønn	29 223	28 830	29 047	26 931	27 291	30 131	27 136	29 405	43 451	64 392	42 993	29 076	29 667	29 008	19 305	4 401
(1730) Overtid 50%	2 073	2 264	2 229	2 029	2 353	2 376	1 838	2 318	2 069	2 169	1 865	1 960	2 025	2 260	403	17
(1731) Overtid 100%	7 028	7 866	6 918	7 294	8 755	8 483	5 849	6 685	6 429	8 157	7 053	5 871	6 653	7 669	2 647	416
(1732) Overtid 133%			1 029	291			1 664	732	774						151	40
(1735) Diff Overtid 50%	610	424	314	357	377	428	374	398	392	215	394	447	445	443	65	
(1736) Diff Overtid 100%	201	173	156	145	253	217	179	196	176	122	97	171	167	124	27	
(1737) Diff Overtid 133%			21	6			117	32	37							
(1805) Tilfeldig overtid 0,08%	703	882	698	707	1 042	1 052	759	935	1 163	866	917	1 065	835	785	125	17
(1806) Diff tilfeldig overtid	170	173	79	71	139	154	150	226	150	131	126	176	128	87	14	
(1809) Uforutsett vakt	1 063	871	912	689	850	1 042	1 068	1 267	767	637	703	677	892	759	487	47
(1810) Diff uforutsett vakt			3	24	25		10	8		6	2	47		18		
(1813) Uforutsett vakt 0,13%	860	2 281	1 171	2 282	1 329	1 307	1 025	1 045	1 038	460	1 075	1 327	1 098	1 575	731	110
(1814) Diff uforutsett vakt 0,13%				1	18		4	37				11		1	7	
Totalt	42 430	42 765	42 759	39 826	42 715	45 209	40 172	43 285	56 446	77 155	55 225	40 816	41 920	42 729	23 962	5 048

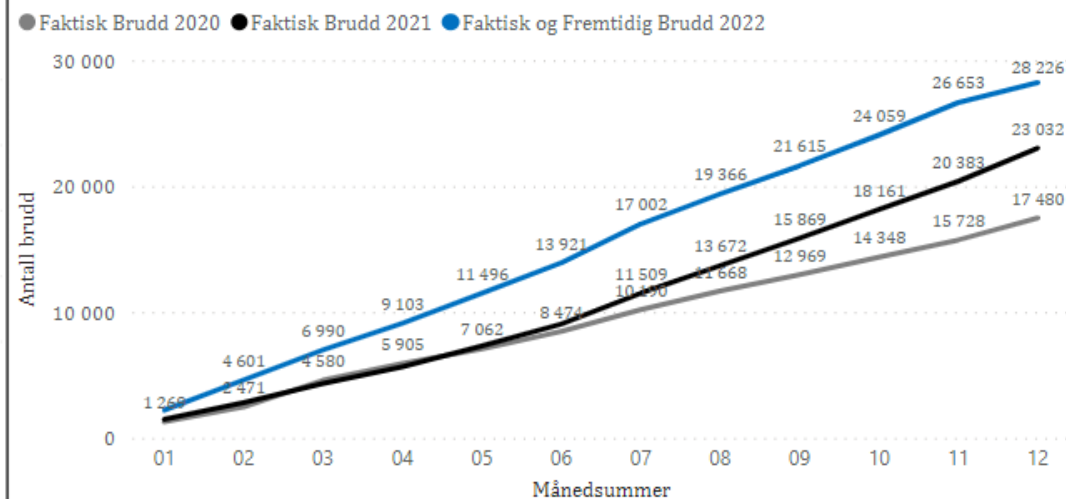
AML - Brudd på Arbeidsmiljøloven

AML oversikt Totalt for hele STHF - utvikling og trender fremtidige brudd

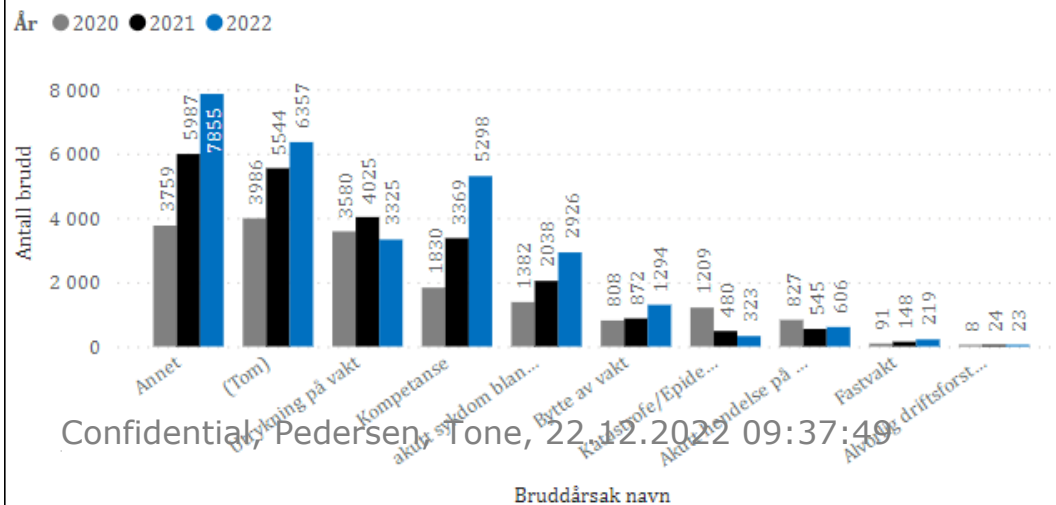
FORDELT PER KLINIKK



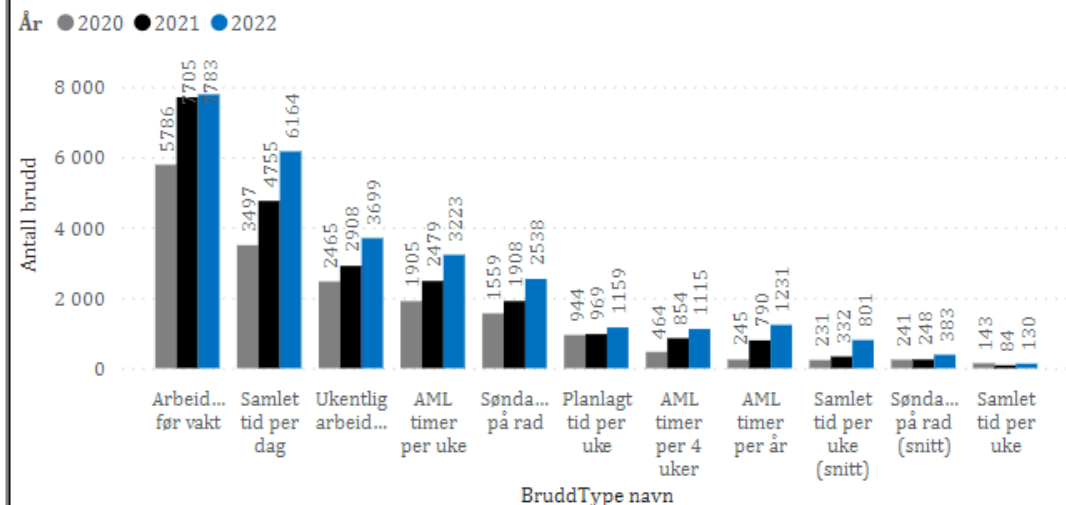
TREND OG UTVIKLING



FORDELT PÅ BRUDDÅRSÅK



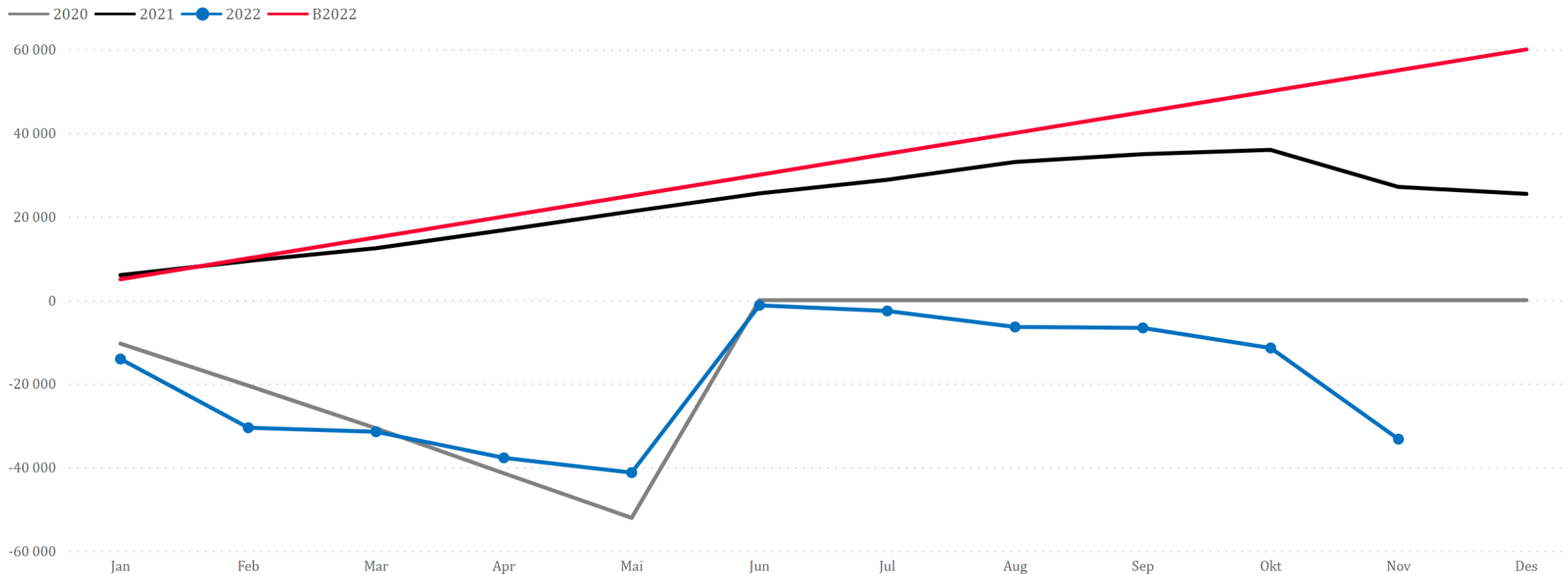
FORDELT PER BRUDDTYPE



Resultat

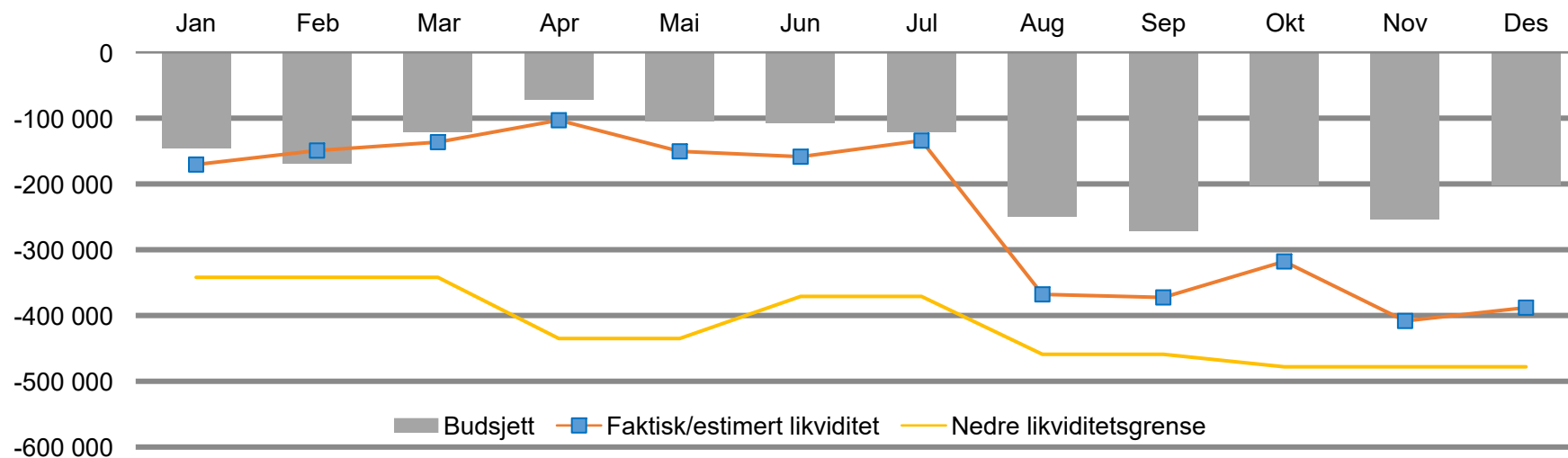
2022-11	Denne Periode			Hittil i år			Helår	
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	Årsbudsjett	Estimat
Basisramme inkl. KBF	226 147	223 522	2 625	2 416 842	2 399 675	17 167	2 637 333	2 657 124
ISF egne pasienter	75 795	77 111	-1 316	802 362	792 706	9 656	863 106	872 654
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	17 783	19 420	-1 638	184 678	192 654	-7 976	207 439	197 891
ISF - refusjon poliklinisk PHV/TSB	6 024	6 883	-859	55 507	65 744	-10 237	71 054	59 457
ISF - refusjon pasientadministrative legemidler (H-resept...)	5 123	5 809	-686	69 665	63 894	5 771	69 703	75 942
Poliklinikk inntekter	9 766	10 712	-945	106 574	104 256	2 318	113 067	115 067
Egenandel Poliklinikk inkl HELFO	9 081	9 883	-801	90 870	98 247	-7 377	106 743	98 743
Egenandel HELFO pasientreiser	3 615	4 172	-558	30 435	30 673	-238	34 346	34 346
Annen inntekt	38 028	27 661	10 367	408 819	305 639	103 180	333 551	438 551
SUM DRIFTSINNTEKTER	391 362	385 173	6 189	4 165 751	4 053 488	112 263	4 436 342	4 549 775
Varekostnad	104 845	91 801	13 044	1 056 674	985 007	71 667	1 073 572	1 151 572
Lønn eks. pensjon	214 854	202 680	12 174	2 197 140	2 121 649	75 492	2 326 097	2 411 097
Pensjonskostnader	32 000	31 041	959	338 056	327 928	10 128	358 911	369 995
Andre driftskostnader	62 598	55 187	7 411	616 699	570 490	46 209	624 872	672 720
SUM DRIFTSKOSTNADER	414 298	380 709	33 589	4 208 570	4 005 074	203 495	4 383 452	4 605 385
DRIFTSRESULTAT	-22 935	4 464	-27 400	-42 819	48 414	-91 233	52 890	-55 610
Finansresultat	1 125	536	590	9 553	6 586	2 967	7 110	10 610
ÅRSRESULTAT	-21 810	5 000	-26 810	-33 265	55 000	-88 265	60 000	-45 000
Endrede pensjonskostnader	0		0	0		0		0
ÅRSRESULTAT JUSTERT FOR PENSJONSKOSTNADER	-21 810	5 000	-26 810	-33 265	55 000	-88 265	60 000	-45 000

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



	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Akkumulert resultat justert for pensjonskostnader	-14 085	-30 539	-31 501	-37 748	-41 284	-1 238	-2 593	-6 423	-6 651	-11 455	-33 265	
Akkumulert budsjettavvik	-19 085	-40 539	-46 501	-57 748	-66 284	-31 238	-37 593	-46 423	-51 651	-61 455	-88 265	

Likviditet og investeringer (tall i 1.000 kr)



Investeringer - tall i 1000	Regn. 2022	Est. 2022	Bud. 2022
Bygg & anlegg	13 221	29 000	40 000
MTU	29 883	57 000	65 000
Annet utstyr, biler m.m.	7 941	14 000	15 000
USS - forprosjekt	20 172	42 000	71 500
USS - O-IKT		1 200	0
IKT-investeringer - lån til Sykehuspartner	5 475	5 475	9 750
Tilbakebetalt lån fra Sykehuspartner	-1 659	-2 483	-2 483

Resultatbasert finansiering (RBF) indikatorer

RBF-indikator 1 - Andel video- og telefonkonsultasjoner (STHF)

Siste måned	Periode	Andel telefon og video	Måltall	Hittil i år	År	Andel telefon og video	Måltall
	2022-11	11,8 %	15,0 %		2022	12,0 %	15,0 %

RBF-indikator 2 - Samarbeidsmøter (PHV/TSB) (STHF)

Siste måned	Periode	Andel pasienter med samarbeidsmøte	Hittil i år	År	Andel pasienter med samarbeidsmøte (HiÅ)
	2022-11	15,6 %		2022	27,0 %

RBF-indikator 3 - Teambasert oppfølging pasienter (ACT- og FACT-team) (PHV/TSB) (STHF)

N/A - Ikke aktuell - Sykehuset Telemark har ikke ACT- og FACT-team

RBF-indikator 4 - Digital skjemabasert pasientoppfølging og monitorering (STHF)

N/A - Ikke tilgjengelig. Sykehuset Telemark har ikke registrert noe data knyttet til dette (prosedyrekode) foreløpig

RBF-indikator 5 - Gjennomført nettbasert behandlingsprogram (PHV/TSB) (STHF)

Siste måned	N/A	Hittil i år	År	Andel nettbasert behandlingsprogram
			2022	0,16 %

RBF-indikator 6 - Andel schizofrenidiagnostiserte som har fått individuell plan (PHV/TSB) (STHF)

N/A - Data ikke tilgjengelig for øyeblikket. Sykehuset Telemark har etterspurt at denne dataen blir tilgjengeliggjort fra Logex via Nimes.

RBF-indikator 7 - Epikrisetid - andel epikriser sendt innen 1 dag fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten (STHF)

Siste måned	Periode	Andel epikriser innen 1 dag	Måltall	Hittil i år	År	Andel epikriser innen 1 dag	Måltall
	2022-11	59 %	70 %		2022	59 %	70 %

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	14. desember 2022

Type sak (sett kryss)							
Beslutning	X	Etterretning		Orientering		Tema	

Sak: 106-2022

Budsjett 2023

Saken beskriver hovedtrekk i drifts-, aktivitets-, bemannings- og investeringsbudsjettet for 2023, foretakets budsjettutfordringer og arbeidet med driftseffektivisering i klinikkene.

Budsjettet for Sykehuset Telemark HF i 2023 har målsetting om et årsresultat på 10 millioner kroner og en investeringsramme på 120 millioner kroner. Budsjettet forutsetter driftseffektiviseringer på 70 millioner kr. Det er funnet rom for finansiering av utvidet tjenestetilbud og økt ressursbruk innen prioriterte satsingsområder for 15 millioner kroner.

Den løpende driften (styringsfarten) ved Sykehuset Telemark i 2022 er betydelig svakere enn forutsatt i budsjettet. Forslaget til statsbudsjett kompenserer ikke fullt ut for en økende lønns- og prisvekst. Inntektsrammene fra HSØ gir oss noe bedre forutsetninger enn lagt til grunn i ØLP, men ikke tilstrekkelig for å kompensere reell prisvekst og følgekostnadene etter pandemien. Sykehuset må dessuten forbedre resultatene på en rekke kvalitetsindikatorer som har blitt svekket gjennom pandemien. Det vil ta tid å komme tilbake til resultatene fra tiden før pandemien. Hovedoppgaven for 2023 blir derfor å gjennomføre omstillinger og prioriteringer som sikrer en plattform for forbedret pasientbehandling, bedre forhold for ansatte og langsiktig økonomisk bærekraft i årene framover.

Risiko i budsjettet for 2023 vurderes å være noe større enn normalt. Det er risiko knyttet til aktivitetsnivå, kostnader for pasientadministrert behandling, håndtering av ØH og realisering av nødvendig omstilling og forbedringstiltak.

Det er avholdt drøftingsmøte med foretakstillitsvalgte og budsjettet er blitt presentert i AMU.

Forslag til vedtak:

Styret slutter seg til foreslåtte drifts- og investeringsbudsjett for 2023, med målsettingene for kvalitet, aktivitet, bemanning og økonomi som beskrevet i saken.

Skien, 7. desember 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Innhold

1. Innledning og overordnet vurdering	3
2. Mål og satsingsområder i 2023	4
3. Rammebetingelser for budsjett 2023	5
4. Kvalitet, hovedmål og styringsparametere	5
5. HR og HMS	7
6. Hovedtrekk i budsjettoplegget for 2022	8
7. Aktivitet og aktivitetsbaserte inntekter	9
8. Brutto årsverk	11
9. Investeringer og vedlikehold	12
10. Finans og likviditet	14
11. Risiko	15
12. Kommentarer til budsjett for de enkelte klinikkene	15

Vedlegg 1: Inntektsrammer fra HSØ

Vedlegg 2: Drøftingsprotokoll fra møte med foretakstillitsvalgte

1. Innledning og overordnet vurdering

Sykehusets drift i 2022 har vært preget av ettervirkninger av pandemien, blant annet i form av sterk vekst i akutte (øyeblikkelig hjelp) ankomster, høyt belegg i somatikken og akuttpsykiatrien, økte ventelister og økte fristbrudd. Videre har det i lengre perioder vært et høyt sykefravær og krevende å rekruttere en rekke kategorier av helsepersonell. Dette har ført til et svært høyt forbruk av variabel lønn og innleie, som sammen med høy lønns- og prisvekst og sterk vekst i kostnader til Fritt Behandlingsvalg har resultert i svake økonomiske resultater for sykehuset.

Forslaget til statsbudsjett 2023 kompenserer ikke spesialisthelsetjenesten fullt ut for lønns- og prisveksten i 2022 og det er mye som peker i retning en underdekning også for 2023. En rekke innkjøpsavtaler reguleres årlig, slik at en del av pris- og kostnadsveksten fra 2022 først slår inn med full effekt i 2023. Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD) peker i sin omtale av budsjettet på at sykehusene må gjøre omstillinger og prioriteringer for å tilpasse seg den nye situasjonen.

I arbeidet med budsjettet står beregning av «styringsfart» i klinikkene sentralt. Denne sier noe om hvordan driften og inntekter/kostnader ved utgangen av året (oktober/november) faktisk stemmer med årets budsjett og dermed hvilket «startpunkt» sykehuset har inn i det nye budsjettåret. De svake økonomiske resultatene i 2022 kommer til uttrykk i en styringsfart som er anslått til -110 millioner sammenliknet med budsjett 2022. Sykehuset har fra september 2022 hatt et program for kortsiktige kostnadsreduksjoner og normalisering av drift. Fokus her har vært på å forbedre styringsfarten gjennom streng kostnadskontroll generelt og gjennom redusert forbruk av variabel lønn og innleie spesielt. Til tross for høy fokus og tett oppfølging er det ved utgangen av oktober ikke oppnådd de forventede forbedringer i styringsfarten. Dette gir sykehuset et krevende utgangspunkt for budsjett 2023.

I økonomisk langtidsplan 2023-2026 (ØLP) ble det lagt opp til et årsresultat for 2023 på 60 millioner kr. Det var da forutsatt en styringsfart på -20 millioner kr., nye momenter på 20 millioner kr. og merverdikrav/forbedringsaktiviteter på 40 millioner kr. Gitt den svake økonomiske utviklingen siden ØLP ble utarbeidet i april, fremstår det ikke realistisk å oppnå et resultat i tråd med ØLP. Dette forsterkes av at avviklingsperioden for Fritt Behandlingsvalg ordningen er økt fra 6 til 12 måneder slik at den forventede effekten i 2023 blir betydelig redusert.

	mnok	Kommentar
Budsjettert resultat 2022	60	
Styringsfart	-110	Ref resultat oktober og underliggende prisvekst
Endr inntektsrammer	30	Inkl. økte kostnader SP
Nye Momenter	-15	
Finans	20	Korrigert for høyere rente enn i ØLP
Energi	-35	Korrigert for høyere kostn enn ved ØLP
USS	-10	Midlertidige kostnader i byggeperioden (ref ØLP)
Resultat med "Kjente forutsetninger"	-60	
Forbedringsområder		
Avvikling av Fritt Behandlingsvalg	15	Avvikles over 12 mnd
EFO	25	Forbedring utover det som allerede er regnet inn i styringsfart
Innleie	10	
Andre tiltak (klinikker/sykehusovergripende)	20	
Budsjettert resultat 2023	10	

Den løpende driften (styringsfarten) ved Sykehuset Telemark er betydelig svakere enn forutsatt i budsjettet. Forslaget til statsbudsjett kompenserer ikke fullt ut for en økende lønns- og prisvekst. Inntektsrammene fra HSØ gir oss noe bedre forutsetninger enn lagt til grunn i ØLP, men ikke tilstrekkelig for å kompensere reell prisvekst og følgekostnadene etter pandemien. Sykehuset må

dessuten forbedre resultatene på en rekke kvalitetsindikatorer som har blitt svekket gjennom pandemien. Det vil ta tid å komme tilbake til resultatene fra tiden før pandemien. Hovedoppgaven for 2023 blir derfor å gjennomføre omstillinger og prioriteringer som sikrer en plattform for forbedret pasientbehandling, bedre forhold for ansatte og langsiktig økonomisk bærekraft i årene framover.

Gjennom «Omstillingsåret 2023» må det gjennomføres omstillinger og prioriteringer i alle deler av sykehuset. Eksempler på omstillinger er:

- Etablering av nytt BUP-hus i Gjerpensgate
- Utvidelse av sikkerhetspsykiatrien
- Omlegging innen PHV og TSB i Grenland
- Avvikling av FBV-ordningen
- Etablering av felles kontorfaglige tjenester på tvers av MED, KIR og SSL
- Videreføre og realisere gevinster fra Operasjon 2020
- Overtakelse av private ambulansestasjoner
- Forbedre pasientflyt fra akuttmottak og gjennom hele pasientforløpet (reducere liggetider)
- Avvikle gjenstående drift på Rjukan, med unntak av dialyse
- Utvide samarbeid med SiV innen rehabiliteringsområdet
- Innføring av DIPS Arena og Helselogistikk

Omstillingene vil legge grunnlag for bedre pasientbehandling, mer robuste fagmiljø med mindre forbruk av innleie og overtid, bedre forhold for ansatte og en mer bærekraftig økonomi. For klinikkene med ansvar for ulike deler av omstillingene blir det avgjørende å prioritere lederressurser og fokus på å sikre god planlegging, gjennomføring og gevinstrealisering.

USS-prosjektet forutsetter resultatforbedringer i sykehusets drift for å ivareta økonomisk bærekraft etter at prosjektet er gjennomført. Omstillingene som planlegges gjennomført i 2023 vil bidra til å sikre langsiktig økonomisk bærekraft for sykehuset.

2. Mål og satsingsområder i 2023

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

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

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

Statsbudsjettet ble vedtatt 1. desember.

Følgende sentrale mål er gjeldende for helsesektoren i 2023:

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

Statsbudsjettet legger til rette for en generell aktivitetsvekst i pasientbehandlingen på om lag 1,5% i 2023, marginalt høyere enn den demografiske utviklingen og aktivitetsveksten gjeldende for 2022 (1,4%).

Styringskrav og hovedmål i oppdragsdokumentet til helseforetakene for 2023 beskrives i følgende hovedområder:

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

3. Rammebetingelser for budsjett 2023

Inntektsrammer og planforutsetninger fra HSØ er gitt i vedlegg 1 og viser følgende endringer som legger til rette for aktivitetsvekst og prioritering i tråd med føringene i Oppdragsdokumentet:

- Basisrammen justeres som følge av oppdateringer i nasjonal og regional inntektsmodell.
- Økte bevilgninger til aktivitetsvekst og tilskudd til innretting av behandlingstilbud etter endringene i bioteknologiloven (tidlig UL/NIPT)
- Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (ABE-reformen) er avviklet og det er i stedet lagt inn en forventning om effektiviseringstiltak i størrelsen 3,5 millioner kroner.
- Økt basisramme som følge av endring fra 50 % til 40 % andel i ISF-finansiering
- Økt basisramme 4,1 millioner kroner til styrking av døgnbehandling i psykisk helsevern
- Basisrammen justeres tilsvarende endringen i pensjonskostnadene for å sikre budsjettneutralitet
- Mindre justeringer som følger av livmorhalsprogrammet, kompensasjon for manglende prisjustering egenandeler og økning i gebyret for manglende fremmøte til poliklinikk.

SLA med Sykehuspartner

Budsjettinnspillet fra Sykehuspartner viser økning i tjenestepreisen med 9 millioner kr. grunnet økt omfang og fremdrift i regionale og lokale IKT prosjekter som følge av økt digitalisering.

4. Kvalitet, hovedmål og styringsparametere

Årlig oppdrag og bestilling (OBD) fra eier gir tydelige føringer for kvalitet og pasientsikkerhet. Styringskrav og mål i oppdragsdokument og foretaksmøte for 2023 er samlet i følgende hovedområder:

- Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

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

Resultatbasert finansiering (RBF) erstatter Kvalitetsbasert finansiering (KBF) og målsettingen er å gi mer målrettet stimulans til ønsket tjenesteutvikling, med vekt på samhandling og digitalisering. Ordningen omfatter sju indikatorer som vektet ulikt:

- Andel video- og telefonkonsultasjoner
- Andel pasienter med samarbeidsmøter mellom spesialist- og primærhelsetjenesten innen psykisk helsevern og rusbehandling
- Andel pasienter med teambasert oppfølging (f.eks. ACT-/FACT-team)
- Andel pasienter med digital skjemabasert oppfølging og monitorering
- Andel pasienter med gjennomført nettbasert behandlingsprogram
- Andel schizofrenidiagnostiserte som har fått individuell plan
- Andel epikriser sendt innen samme dag

Resultater fra 1. tertial 2022 brukes som grunnlag for beregning av score, og det er foreslått å gjøre en avregning med tall for hele 2022 i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2023. Resultatene i 1. tertial 2022 er relativt sett dårligere i Helse Sør-Øst enn i de andre regionene og dette medfører trekk i ramme til fordel for de andre regionene. Det er store variasjoner mellom helseforetak i Helse Sør-Øst i de rapporterte tallene, og dette vil bli fulgt opp framover slik at Helse Sør-Øst oppnår relativt bedre score over tid.

Målsettingen i 2023 for de medisinske parameterne vises i tabellen under:

Målsetting medisinske parametre	2021	okt.22	mål 2023
Tilgjengelighet			
Fristbrudd ventende, gjennomsnitt	64	263	0
Fristbrudd pasient påstartet, gjennomsnitt	50	132	0
Gjennomsnittlig ventetid i dager - SOM påstartet	55	70	60
Gjennomsnittlig ventetid i dager - BUP påstartet	36	35	30
Gjennomsnittlig ventetid i dager - VOP påstartet	34	34	30
Gjennomsnittlig ventetid i dager - TSB påstartet	22	20	30
Langventere, antall	71	56	0
Andel pasienter passert tentativ tid	9 %	12 %	< 5 %
Oppdatert info HelseNorge (resultat 2021 publiseres i mai-22)			100 %
Avvisningsrate psykisk helsevern	12,0 %		< 18 %
Prioriteringsregelen			
Vekst pol. aktivitet BUP	27,9 %	>2021	>2022
Vekst pol. aktivitet VOP	-12,6 %	<2021	>2022
Vekst pol. aktivitet TSB	-25,0 %	<2021	>2022
Korridorpasienter % (årlig gjennomsnitt)	1,5 %	3 %	0 %
Pakkeforløp			
Andel kreftpasienter registrert i pakkeforløp	77 %	75 %	>70
Andel kreftpakkeforløp gjennomført innen definert forløpstid	75 %	76 %	>70
Andel pasientforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk BUP/PHV/TSB (PF03)	44 %	40 %	>80
Andel av pasienter i forløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan (PA03)	58 %	64 %	>80
Epikriser			
Andel innen en dag PHV/TSB	47 %	49 %	>70%
Andel innen en dag somatikk	62 %	62 %	>70%
Forbruk bredspektrede antibiotika - reduksjon sammenlignet med 2012	-16 %		>30%
Antall registrerte pasientskader relatert til legemiddelfeil	201		<2019
Prevalens sykehusinfeksjoner	2,6 %		< 3 %
Tvangsbruk og tvangsinnleggelse - skal reduseres			
Antall tvangsinnlagte	321	328	<2021
Andel tvangsinnlagte	16,5 %	17,1 %	<2021
Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak	92		<2021
Åpne dokumenter	4 205	4 002	< 2500
Andel telefon- og videokonsultasjoner somatikk	8,3 %	9 %	>10%
Andel telefon- og videokonsultasjoner psykisk helsevern/TSB	26,3 %	21 %	>25%

5. HR og HMS

Sykehuset Telemark arbeider for at Helse, miljø og sikkerhet (HMS) skal være en integrert del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet. Et godt arbeidsmiljø er avgjørende for god og sikker pasientbehandling. Felles medarbeiderundersøkelse, ForBedring, som omfatter både pasientsikkerhetskultur, HMS kartlegging og medarbeidertilfredshet er gjennomført i 2022. Undersøkelsen viser at sykehuset har et godt arbeidsmiljø, og at det jobbes aktivt med handlingsplaner knyttet til forbedringsarbeid og sørger for å bevare gode resultatområder som påvirker arbeidsmiljøet. HMS-koordinator samordner tiltak, og arbeider med å sikre at sykehuset har en felles overordnet plan for HMS-arbeidet.

Overordnet HMS-handlingsplan for sykehuset inneholder mål innenfor områdene

- helse og arbeidsmiljø med bl.a. inkluderende arbeidsliv (IA)
- sykefravær/personer med nedsatt funksjonsevne og avgangsalder,
- ytre miljø/grønt sykehus
- sikkerhet

Alle ledere ved sykehuset jobber med lokalt forbedringsarbeid gjennom oppfølging av ForBedring, medarbeidersamtalen, vernerunder, ytre miljø og pasientsikkerhetskultur. Arbeidsmiljøtiltak, miljøtiltak og tiltak innen pasientsikkerhetskultur, følges opp gjennom lederlinjen på en systematisk måte. Alle nivåer utarbeider handlingsplan for forbedringer. Dette gjøres i samarbeid mellom leder, medarbeidere, tillitsvalgte og vernetjenesten.

Tiltak innen miljø og klima (Ytre miljø) baseres på Eierskapsmeldingen (Meld.St.8(2019-2020)) og Regional utviklingsplan 2035 for HSØ som gir føringer for arbeidet med miljø og klima og spesialisthelsetjenestens samfunnsansvar.

I 2022 har Sykehuset Telemark omarbeidet både saksbehandlingsregler og prosedyre for varslings saker. Varslingsutvalget har en aktiv rolle som sikrer riktig behandling av varslings saker i sykehuset.

	Resultat 2018	Resultat 2019	Resultat 2020	Resultat 2021	Mål 2022	Resultat 2022	Mål 2023
Deltagelse i ForBedring	86 %	86 %	83 %	82 %	90 %	82 %	90 %
Andel fast ansatte involvert i oppfølgingen av ForBedring	72 %	66 %	73 %	70 %	100 %	66 %	100 %
Har gjennomført medarbeidersamtale med leder	-	70 %	71 %	72 %	100 %	65 %	100 %
Sykefravær	7,0 %	6,9 %	7,6 %	7,1 %	6,7 %	8,5 %	7,0 %

* sykefravær per oktober 22

6. Hovedtrekk i budsjettopplegget for 2022

Målsettingen for driftsbudsjettet i 2023 er et resultat på 10 millioner kr. Det er nylig varslet at HSØ tilføres ekstra midler for å avhjelpe den krevende økonomiske situasjonen i 2022. Det forventes at disse midlene fordeles videre til helseforetakene. Hvilke konkrete effekter dette gir for Sykehuset Telemarks er ikke avklart, men det forventes å bidra til at årsresultat 2022 blir positivt. I budsjettoppsettet under legges til grunn et driftsresultat i balanse i 2022.

STHF	Budsjett 2023	Prognose 2 022
Basisramme	3 117 273 000	2 642 103 300
Kvalitetsbasert finansiering	15 347 000	15 021 000
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	737 179 231	870 744 305
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	169 151 984	202 664 833
ISF-refusjon "Fritt behandl. valg"	-	59 456 700
ISF - refusjon pasientadministrative biologiske legemidler	62 349 840	1 909 680
ISF refusjon poliklinisk PHV/TSB	68 934 034	76 864 620
Utskrivningsklare pasienter	26 305 515	28 342 500
Gjestepasienter andre regioner	23 571 312	26 324 656
Gjestepasienter konserninterne	117 088 163	95 970 360
Polikliniske inntekter	124 411 788	116 067 137
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	-	-
Andre øremerkede tilskudd	25 332 753	99 017 662
Andre driftsinntekter	296 710 634	330 984 526
SUM DRIFTSINNTEKTER	4 783 655 254	4 565 471 279
Kjøp av andre offentlige helsetjenester	47 700 274	47 894 557
Kjøp av private helsetjenester inkl. FBV	55 431 824	147 635 667
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	599 558 326	590 304 032
Innleid arbeidskraft - del av kto 468	20 456 079	49 162 218
Gjestepasientkostnader konserninterne	379 583 125	305 575 783
Lønn til fast ansatte	2 200 678 904	2 040 531 732
Overtid og ekstrahjelp	121 745 602	164 209 258
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	410 359 012	369 995 456
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-146 093 819	-137 766 958
Annen lønn	339 020 999	331 123 259
Avskrivninger	111 719 849	104 407 170
Nedskrivninger	-	-
Andre driftskostnader	661 250 671	562 509 318
SUM DRIFTSKOSTNADER	4 801 410 846	4 575 581 492
DRIFTSRESULTAT	-17 755 593	-10 110 213
Finansinntekter	42 691 480	16 073 385
Finanskostnader	14 935 855	5 963 172
FINANSRESULTAT	27 755 625	10 110 213
ORDINÆRT RESULTAT	10 000 032	-0

Følgende endringer er innarbeidet i budsjettet:

- Det er innarbeidet forbedringstiltak med effekt på 70 millioner kroner i driftsbudsjettet
- Det er funnet rom for finansiering av utvidet tjenestetilbud og økt ressursbruk innen prioriterte satsingsområder for ca. 15 millioner kroner.
 - ABK prehospital – overtakelse av private ambulansestasjoner – det er besluttet å overta 7 private ambulansestasjoner, som de tidligere har hatt driftsavtale med, fra og med 1. april 2023.
 - KPR – utvidelse av kapasiteten innenfor sikkerhetspsykiatrien. Det er besluttet å utvide sikkerhetspsykiatrien med 7 nye plasser for å imøtekomme det økende behovet. Dette gjøres ved å gjøre om 1. etasjen i bygg 3 til sengepost. Estimert ferdigstilt høsten 2023.

- BUK – samling av fire seksjoner i BUP-bygg i Gjerpensgate. I løpet av første kvartal 2023 vil BUP Skien, BUP Porsgrunn, Seksjon for familiebehandling og Seksjon for autismespekterforstyrrelser samles i felles bygg i Skien. BUP opplever fortsatt stor henvisningsmengde med større andel alvorlige tilstander. Samlokalisering vil styrke fagmiljø, bedre rekrutteringskraft, legge til rette for økt produktivitet og mer smidige pasientforløp, og redusere uønsket variasjon i pasientbehandlingen. Flytting til Gjerpensgate vil dessuten frigjøre arealer til andre formål.
- Kompetanseoppbygging USS. Målsettingen er at strålesenteret skal være klart til å ta imot pasienter januar 2025 og det jobbes aktivt med rekruttering og kompetansebygging. Kreftavdelingen er styrket med flere onkologer og medisinsk fysikere som en forberedelse til å dekke kommende behov. Strålesenteret er et teknologisk utfordrende prosjekt med mye medisinsk teknisk utstyr, som krever spesialisert ingeniørkompetanse til å bistå i anskaffelsene og forberede oppstart av behandlingstilbudet.
- Kompetanse – det avsettes midler til styrket satsing på kompetanseutvikling i organisasjonen.
- IKT – mottakskostnader regionale prosjekter (DIPS Arena, Helselogistikk, m.m.)

Planlagte forbedringer

Budsjettet forutsetter realisering av forbedringer med effekt på 70 millioner kroner i 2023.

Forbedringer på følgende områder er innarbeidet i budsjettet:

Bud.2023 - forbedringstiltak	Kir	Med	BUK	ABK	MSK	KPR	SSL	Felles	SUM
Reduserte lønnskostnader - EFO-kostnader og innleie	1 500	1 500				1 000	1 000		5 000
«Normalisere» tilbake til nivå fra før pandemien	4 000				2 000				6 000
Redusert innleie, liggetider	1 000		600			3 000			4 600
Oppgaveglidning – rekruttering / Bemanningssenter				1 000				-	1 000
Andre tiltak EFO/innleie								6 700	6 700
Avvikling fritt behandlingsvalg						-		15 000	15 000
Rehabiliteringsområdet – samarbeid med SiV		5 000							5 000
Bremse kostnadsvekst i amb. og akuttmottak				3 000					3 000
Pasientreiser - nye avtalevilkår og nedbemanning							3 000		3 000
Endre forsyningsløsninger i tråd med HSØ strategi							1 000		1 000
Effektivisering ikke medisinske tjenester							1 500		1 500
Reduserer operasjonsteam				1 500					1 500
Økt aktivitet	2 000	5 300	400		2 000	3 000		4 000	16 700
SUM (tusener)	8 500	11 800	1 000	5 500	4 000	7 000	6 500	25 700	70 000

7. Aktivitet og aktivitetsbaserte inntekter

Statsbudsjettet legger til rette for en generell vekst i pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten på om lag 1,5 % i 2023. For pasientbehandling som omfattes av ISF legges det til rette for en vekst på om lag 1,4 %.

Prioriteringsregelen videreføres med føringer om særlig fokus på barn og unge samt brukere med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Det er krav om økt aktivitet både innen dag, døgn og poliklinisk behandling.

Prioritering av psykisk helsevern

Det nasjonale målet om prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling videreføres i 2023 og gir krav om måloppnåelse innen ventetider og polikliniske opphold.

Den polikliniske aktiviteten innenfor psykisk helsevern og rusbehandling skal være høyere i 2023 enn i 2022. Budsjettet tilfredsstilles kravet.

Prioriteringsregelen - pol.kons.	Estimat 2022	Budsjett 2023	vekst E2021-B2022
Somatikk	184 500	187 400	1,6 %
PSYK samlet	87 000	94 300	8,4 %
BUP	37 000	40 000	8,1 %
Voksen	42 000	45 500	8,3 %
TSB	8 000	8 800	10,0 %

ISF-aktivitet somatikk

For pasientbehandling i eget foretak, som omfattes av ISF, legges det opp til en vekst på 1,4% fra estimat for 2022, noe som vil bety et aktivitetsnivå om lag 1,8 % høyere enn budsjett 2022. Budsjettet for 2023 er 1,5 % høyere enn ØLP 2023.

ISF-poeng budsjettet i nedenstående tabell er basert på dagens grupper og regelverk, mens det endelige aktivitetsbudsjettet vil være basert på grupper og regelverk for 2023 samt effekter av vektendringer fra 2022 til 2023.

ISF Somatikk	Faktisk 2021	Estimat 2022	Budsjett 2023	ØLP 2023
Kirurgisk klinikk	19 204	19 557	19 932	
Medisinsk klinikk	19 984	21 962	22 035	
BUK	2 876	2 790	2 960	
MSK	361	400	400	
ABK	114	118	120	
SSL	19	-	-	
STHF utført i eget HF	42 558	44 827	45 447	44 760

Budsjettet for polikliniske konsultasjoner (somatikk) legger opp til en vekst på 1,6 % i 2023 med basis i estimat for 2022. Budsjettet er tilnærmet likt ØLP 2023.

Konsultasjoner - Somatikk	Faktisk 2021	Estimat 2022	Budsjett 2023	ØLP 2023
Kirurgisk klinikk	85 660	87 300	88 700	
Klinikk for medisin	75 103	77 800	77 000	
Barne- og ungdomsklinikken	10 259	10 600	13 000	
Medisinsk Serviceklinikk	6 625	7 000	7 000	
ABK	1 652	1 800	1 700	
SSL	376	-	-	
Kreftsenter			-	
STHF	179 675	184 500	187 400	189 000

ISF-aktivitet psykiatri / TSB

Innenfor psykiatrien samlet er det lagt opp til en vekst på 9 % fra årets estimat.

Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er det lagt opp til vekst som følge av samlokalisering, og innenfor voksenpsykiatrien og TSB er det lagt i budsjett en forutsetning om økt produktivitet.

Spesielt innenfor TSB har det vært en stor utskifting og seksjonen har bygd seg opp i løpet av året. Nyansatte under opplæring har ikke samme produktivitet som erfarne behandlere. Det er lagt et budsjett med forventning om både økt aktivitet og produktivitet.

Psykiatri - ISF poeng	Faktisk 2021	Estimat 2022	Budsjett 2023	ØLP 2023
BUP	11 949	9 800	10 674	12 089
VOP	6 417	7 330	8 133	8 015
TSB	1 359	1 200	1 317	1 467
STHF	19 725	18 330	20 124	21 571

Psykiatri - konsultasjoner	Faktisk 2021	Estimat 2022	Budsjett 2023	ØLP 2023
BUP	36 793	36 500	40 000	39 599
VOP	43 550	42 000	45 500	46 817
TSB	8 398	8 000	8 800	9 023
STHF	88 741	86 500	94 300	95 438

8. Brutto årsverk

Det er rapportert et stort overforbruk av brutto månedsverk i 2022 og gjennomsnittlig antall årsverk er estimert til å bli 3155 i 2022. Dette er 105 årsverk høyere enn budsjettert nivå, og 53 høyere enn i fjor.

Det foretas organisasjonsendringer neste år som vil påvirke bemanningsbudsjettet. Den største endringen er overtagelsen av de private ambulansestasjonene som øker bemanningsbudsjettet med 53 årsverk. I tillegg til dette så skal sikkerhetspsykiatrien utvide med en etasje i løpet av neste år, noe som vil få en delårs effekt på 7 årsverk i 2023. Andre nye momenter er USS kompetanseoppbygging, økt dialysekapasitet i Skien og Notodden og vaktlinje på Notodden som til sammen gir en økning på 7 årsverk.

Klinikkene har lagt inn tiltak for å redusere forbruket, og det er foreløpig estimert med effekt tilsvarende 16 årsverk i 2023.

Bemanningsbudsjettet på 3185 årsverk i 2023 fremstår som realistisk forutsatt et normalt driftsår. Dette er beregnet ut ifra styringsfarten i år, fratrukket forbedringstiltak og justert for oppbemanning som følge av nye oppgaver.

Klinikkene jobber fortløpende med identifisering av nye forbedringstiltak utover de allerede identifiserte, men dette er ikke innarbeidet budsjetteknisk.

Brutto årsverk - per klinikk	Faktisk 2021	Budsjett 2022	Estimat 2022	Budsjett 2023	ØLP 2023
Kirurgisk klinikk	526	501	514	513	496
Medisinsk klinikk	624	623	652	636	622
Barne og ungdomsklinikken	242	242	245	237	239
ABK	369	355	390	446	409
MSK	298	310	302	315	312
KPR	562	556	570	572	553
SSL	327	310	319	309	309
ADM	154	153	162	157	155
SUM	3 102	3 050	3 155	3 185	3 096

9. Investeringer og vedlikehold

Investeringsrammen er foreslått til 120 millioner kroner, 10 millioner kroner lavere enn foreslått i ØLP. I fastsettelse av investerings- og vedlikeholds rammene er det hensyntatt nedgangen i budsjettert driftsresultat for 2023, tildelingen av ekstra vedlikeholdsmidler og de ekstraordinære investeringene ved overtakelse av privat ambulanssevirsomhet.

I vedlikeholdsbudsjett avsettes det 43 millioner kr. til mindre anskaffelser, vedlikeholdstiltak og lokale IKT oppgraderinger, noe som er omtrent samme kostnadsnivå som i 2022.

Fagansvarlige har foretatt kartlegging av investeringsbehov og prioritering av investeringer med høy grad av kritikalitet, i tett dialog med klinikkene.

Endelige investeringsplaner for 2023 vil behandles i direktørens ledergruppe i januar/februar. Porteføljeansvarlige for Bygg, MTU, Annet og IKT bes å jobbe videre med å konkretisere foreslåtte investeringer og vedlikeholdsaktiviteter.

Investeringer	Estimat 2022	Budsjett 2023	ØLP 2023
EK innskudd KLP	13 600	13 500	13 000
Lokale IKT-investeringer (utlån)	9 000	10 000	10 000
IKT tilbakebetaling av lån	-2 483	-7 000	-6 176
Delsum	20 117	16 500	16 824
Ordinære investeringer			
Diverse byggeprosjekt	21 000	35 000	60 000
Diverse MTU	41 000	53 000	50 000
Diverse annet	14 500	32 000	20 000
SUM ordinære investeringer	76 500	120 000	130 000
Vedlikehold	Estimat 2022	Budsjett 2023	ØLP 2023
IKT	9 000	10 000	10 000
BYGG	18 000	23 000	20 000
MTU	4 000	5 000	5 000
ANNET	4 000	5 000	5 000
SUM	26 000	33 000	30 000

MTU – Akkumulert anskaffelsesverdi på utstyrsparken er 584 millioner kroner ved utgangen av 2022 og gjennomsnittsalderen på MTU parken er 9 år. 52 % av utstyrsparken er mindre enn 5 år, 24% er mellom 5-10 år og 24 % av utstyrsparken har passert 10 år. Sykehuset har mange store

utstyrsenheter innenfor radiologi som har passert 10 år, og det medfører risiko å skyve på utskifting av mange maskiner utover i tid. I investeringsplanen for 2023 prioriteres derfor utskifting av eldste CT i Skien samt utskifting av en røntgenmaskin i Porsgrunn, for å opprettholde tilfredsstillende akutt- og elektiv drift. Nasjonal fokus på intensivkapasitet krever at vi må være oppgradert på medisinsk teknisk utstyr og systemer innenfor pasientovervåking. Det prioriteres derfor nødvendige utskiftninger og oppgraderinger på pasientovervåkingsanlegg. Dette innebærer betydelig investering. Videre prioriteres utskifting av MTU utstyr som har fare for havari, pasient kritisk utstyr som har for dårlig diagnostisk eller behandling, eller er «end of support» eller «end of service life». Investeringsnivået for MTU for 2023 er for lavere enn ønsket ift. behovene.

BYGG - Vedlikeholdsetterslepet i bygg porteføljen er på ca. 1,6 milliarder kroner, hvorav 600 millioner kroner er knyttet opp mot bygningsdeler med kritisk svikt (TG3). Dagens omfang av vedlikehold/utskiftninger gjør at vedlikeholdsetterslepet øker også i 2023. Budsjettet har en derfor en risiko med hensyn på totalhavari på kritisk infrastruktur. Økning av sengekapasiteten på sikkerhetspsykiatri og tilrettelegging for USS (tøymottak) er prioriterte prosjekter neste år.

ANNET – prioriterte gjenanskaffelser er 4 ambulanser, utkjøp av 3 ambulanser og en gammel ambulanse som har gått som hvit bil. For 2023 vil det i tillegg benyttes 11 millioner kr. til utkjøp av private ambulanser. Utover ambulanser er det stort sett gjenanskaffelser av utstyr på prioriteringslisten. Det er stort behov for å gjenskaffe driftsutstyr for å unngå store vedlikeholdskostnader og havari på utstyr som understøtter pasientbehandlingen. Mye av dette utstyret er tett knyttet til pasientbehandlingen, som senger, autoklaver, skylleroms- og anretningsutstyr. I prioriteringene er det også tatt høyde for akutte, ekstraordinære anskaffelser samt havarier som kan oppstå i løpet av året.

IKT- følgende lokale IKT-investeringer prioriteres neste år:

- Audio-visuelt utstyr til møterom og konferansesenteret - investeringer i audiovisuelt utstyr er en direkte videreføring av allerede påstartete tiltak for digitalisering av sykehuset. Dette gjelder blant annet overgang til digitale pasientkonsultasjoner og videobasert møtevirksomhet
- Ombygging/nyetablering av lokale datarom i henhold til spesifikasjoner fra SP
- Internkabling med tilhørende nettverkskomponenter
- Utstyrsinvesteringer ved overgang til Windows 10
- Tilpasning/ombygging av lokaler, samt anskaffelse av utstyr til test av regionale løsninger før implementering i eget driftsmiljø
- Utstyr til test av regionale løsninger før implementering i eget driftsmiljø

USS – Det planlegges for å fullføre forprosjektfasen og igangsette hovedprosjektet i 2023.

Innføring av intern husleie

Styret i Helse Sør-Øst har besluttet innføring av en kostnadsdekkende helseforetaksinternhusleiemodell i Helse Sør-Øst. Helseforetakene skal sette av midler til både ordinært og ekstraordinært vedlikehold. I gjennomsnitt skal det ordinære vedlikeholdet over tid utgjøre minst 350 kr/kvm per år for hele bygningsmassen.

Foreløpig beregning av intern husleie gir disse gjennomsnittskostnader per lokasjon:

Porsgrunn	951 kr/m ²
Skien Sør	989 kr/m ²

Skien Nord	913 kr/m ²
Nordagutu	1143 kr/m ²
Notodden	831 kr/m ²
Rjukan	782 kr/m ²
Seljord	782 kr/m ²

Innføring av intern husleie er budsjettneøytral for klinikkene. 0-punktet er arealfordelingen ved utgangen av 2022. Endringer i disponert areal vil fremkomme i regnskapet som en mer- eller mindrekostnad beregnet med utgangspunkt i gjennomsnittskostnader per lokasjon.

10. Finans og likviditet

Renteforutsetningene for konserninterne fordringer er satt til 3,7 % for 2023, mens forutsetningen for budsjett 2022 var 0,9 % for 1. halvår og 1,3 % for 2.halvår. Endringen i rentesatsen gjør at finansresultatet forbedres med 20,6 millioner kroner sammenliknet med budsjett 2022.

Basisfordringen mot Helse Sør-Øst RHF utgjør nå ca. 1,1 milliard kroner.

Estimert likviditetsbeholdning pr. 1. januar 2023 er -366 millioner kroner, mens reell disponibel likviditet, inkludert kassekredittramme som sykehuset kan benytte, er vurdert til 478 millioner kr. pr. 1.januar 2023. Negativ likviditetsbeholdning skyldes at pensjonspremien har vært høyere enn bokført pensjonskostnad de siste årene. Foretakene får tildelt basisinntekter beregnet med utgangspunkt i pensjonskostnaden og differansen mot pensjonspremien kompenseres ved utvidelse av trekkrettighetene på kassekreditten.

Helseforetakenes finansielle stilling styres iht. oversikten «opparbeidede rettigheter», som viser oppsparte midler over tid (reelt oppspart likviditet) til disposisjon til lokale investeringer.

Det benyttes 53 millioner kr. av oppsparte midler til drift og investeringer i 2023. Sykehuset finansierer driften og investeringene innenfor opparbeidede rettigheter også når budsjettert driftsresultat i 2022 holdes utenfor, da det forventes et positivt resultat i 2022.

	Faktisk	Estimat	Budsjett
Sykehuset Telemark HF	2021	2022	2023
Overførte rettigheter fra tidligere år	142 669	123 239	77 343
Regionale investeringsmidler	53 520	54 694	56 707
Ekstraordinære regionale vedlikeholdsmidler			10 300
Finansiering IKT	1 308	-2 992	-7 000
Gaver/tilskudd	3 629	9 949	
Salg AM	6	19	
EK innskudd	-13 057	-13 661	-13 500
Disponible midler til investeringer	188 076	171 248	123 850
Resultat	25 423	-	10 000
Gevinst/tap ved salg	99	610	
Oppspart likviditet	213 597	171 858	133 850
Lokale Investeringer	98 773	100 000	120 000
Aktivering av finansiell leiekontrakt	-3 509	-5 485	-10 000
Korreksjon for nedskrivning bygg	-4 905	-	
Sum opparbeidede rettigheter til neste år	123 239	77 343	23 850
Endring	-19 430	-45 896	-53 493

11. Risiko

Risiko i budsjettet for 2023 vurderes å være noe større enn normalt. Det risiko knyttet til aktivitetsnivå, kostnader for pasientadministrert behandling, håndtering av ØH og realisering av nødvendig omstilling / forbedringstiltak.

12. Kommentarer til budsjett for de enkelte klinikkene

Kirurgisk klinikk (KIR)

Styringsfart

Styringsfarten i Kirurgisk klinikk er -21,4 millioner kroner, og tar utgangspunkt i at årets aktivitetsbudsjett videreføres til neste år. Klinikken ambisjonsnivå omfatter driftsforbedringer som skal utgjøre minimum 8 millioner. 4 millioner er innarbeidet i budsjettet. Resterende 4 millioner er ikke konkret definert med tiltak i budsjettet.

Forbedringstiltak

I 2023 dreier forbedringstiltak seg primært om kostnadsreducerende tiltak. Det legges særlig vekt på reduksjon av EFO-kostnader, og oppgaveglidning, samt sikre behandling på riktig omsorgsnivå. Det fokuseres på å redusere liggetid, flytte pasienter fra døgn til dagbehandling, samt flytte operasjoner fra stue til poliklinikk. I tillegg gjennomgås legenes arbeidstider og vaktlinjer for å optimalisere ressursbruk. Det er også planlagt noe aktivitetsøkning, hovedsakelig i forbindelse med proteseoperasjoner og vaktlinje på Notodden.

Nye momenter

Det legges opp til 4-delt vaktlinje for generell kirurgi på Notodden, iht meldt sak i direktørens ledermøte 7.6.22. Utvidet vaktlinje er nødvendig for å opprettholde Notodden som akuttstusykehus.

Driftsutfordringer

Hovedutfordringene i 2023 handler om å stabilisere bemanningen hos operasjonsteam i Skien/Porsgrunn, og bemanning på Fødeavdelingen.

Risiko

Rest uløst ambisjonsnivå tilsvarer 4 millioner. Varekostnader pr DRG-poeng er budsjettet noe lavere enn faktisk forbruk, totalt 1,6 millioner. Det vil påløpe mye fødselspermisjoner hos ortopedisk legergruppe, totalt anslått 31 månedesverk. Det er ikke budsjettet med innleie for disse, som kan føre til kostnadsavvik eller tapte inntekter, primært på poliklinikk. 100 % innleie for disse legerressursene anslås til 6,5 millioner. Total risiko i budsjett 2023 anslås til ca 12 millioner.

Medisinsk klinikk (MED)

Styringsfart

Klinikken har negativ styringsfart ved utgangen av 2022 på minst 12 millioner kroner. Dette er knyttet til høy aktivitet innenfor øyeblikkelig hjelp og dertil vedvarende høyt belegg som resulterer i økte lønnskostnader og varekostnader utover budsjettet nivå.

Forbedringstiltak

Områder med særlige forbedringspotensial gjelder arbeidet med å redusere sykefravær (8,6% hittil i år), effektivt rekrutteringsarbeid for å bemanne ubesatte stillinger og redusere variable lønnskostnader.

Et viktig moment er gjennomgang av behandlingen innen rehabilitering med formål om lage et mer robust og faglig sterkt pasienttilbud. Prosjektarbeid er igangsatt og avsluttes første halvår 2023.

Nye momenter

Kompetanseoppbyggingen i forhold til det nye kreft-senteret fortsetter i Medisinsk klinikk og dette innarbeides i 2023-budsjettet. Det antas behov for kveldsåpen infusjonspoliklinikk i løpet av 2023. Noe av dette finansieres ved økt poliklinikk-/dagbehandlings-inntjening.

I tillegg planlegges det med økt dialysekapasitet, både i Skien og Notodden. Dette finansieres med økte ISF-inntekter.

Driftsutfordringer

Hovedutfordringer knyttet til aktivitet og ventelister ligger hovedsakelig mot fagområdet mage og tarmsykdommer eksplisitt knyttet til høy (for høy) endoskopiaktivitet. Samtidig har ventetider, antall pasienter på venteliste samt fristbrudd og pasientavtaler passert planlagt tid økt.

Flere av de indremedisinske sengepostene møter utfordringer i rekrutteringen av pleiepersonell, noe som medfører dyre alternative løsninger med eget personell. Foreløpig har klinikken klart å unngå innleie fra eksternt vikarbyrå. Seksjonene med størst utfordringer knyttet til høyt sykefravær jobber med prosjektet «Tett på» i regi av HR-avdelingen/NAV.

Risiko

På bakgrunn av varekostnads-forbruket siste 12 måneder synes det å være en risiko på om lag 5 millioner kroner i budsjettet for 2023. Det jobbes med løsning på dette i klinikken. Likeledes ligger det ambisiøse forventninger om at de variable lønnskostnadene («EFO-kostnadene») skal reduseres med 20 % i budsjett 2023 forhold til dagens nivå. Dette kan også utgjøre en risiko på om lag 5-6 millioner kroner.

Barne- og ungdomsklinikken (BUK)

Forbedringstiltak

Et viktig premiss lagt til grunn for budsjettet er reduksjon i EFO-kostnader tilbake mot 2019-nivå, samt høyere poliklinisk aktivitet i barne- og ungdomsmedisin når alle legestillinger nå er besatt. I tillegg forventes redusert bruk av innleie av spesialister i barne- og ungdomspsykiatrien.

Nytt moment

4 seksjoner i barne- og ungdomspsykiatrien flytter og samlokaliseres i Gjerpensgate i 1. kvartal 2023. Dette medfører økte årlige kostnader med husleie, energi, renhold og IKT. Samtidig gir klargjøring av lokalene og innkjøp av inventar engangskostnader høsten 2022 og i starten av 2023. For å dekke de årlige økte kostnadene forutsettes økt aktivitet og inntjening, samt reduserte driftskostnader. 4 seksjoner blir omorganisert i 3 seksjoner og felles resepsjon vil frigjøre merkantile ressurser. Det forventes at økt rekrutteringskraft og styrket fagmiljø som følge av samlokaliseringen gir høyere produktivitet og smidigere pasientforløp. Økt aktivitet er også nødvendig for å møte den fortsatt høye henvisningsmengden.

Driftsutfordringer

Barne- og ungdomspsykiatrien har hatt en stor økning i henvisninger de siste 2 årene. Kapasiteten er økt gjennom flere behandlere og høy produktivitet, men økende rekrutteringsutfordringer har utfordret dette. Flytting til Gjerpensgate forventes å gi økt aktivitet og bedre pasienttilbud, men i perioden rundt flytting vil utfordringen være å opprettholde høy aktivitet og godt pasienttilbud og unngå økte ventetider.

Det siste året har høyt sykefravær blant barnelegene og vakante legestillinger redusert den polikliniske kapasiteten. Ventetider, antall pasienter på venteliste samt fristbrudd og pasientavtaler passert planlagt tid har økt. Vi forventer økt aktivitet når alle legestillinger nå er besatt. Sengepost for barn har det siste året hatt høyt forbruk av overtid for å dekke ledige vakter og sikre tilstrekkelig kompetanse. Sengeposten har de siste årene hatt høy turnover pga små stillinger og dette har resultert i at avdelingen har mistet mange erfarne sykepleiere.

Akutt og beredskapsklinikken (ABK)

Styringsfart

Estimert styringsfart ved utgangen av 2022 er beregnet til 36 millioner kroner. Dette inkluderer helårsvirkning av økt aktivitet, økte kostnader samt uløst merverdikrav på 2 millioner kroner fra 2022.

Forbedringstiltak/ambisjoner

Forbedringstiltak i 2023 er 5 millioner kroner. Klinikken er i gang med kartlegging av forbedringsmuligheter og jobber med identifisering av konkrete tiltak. Inkludert i kompensert styringsfart ligger en ambisjon om å spare 10 millioner kroner ved reduksjon av EFO. ABK har et kontinuerlig fokus på god ressursstyring og har ansatt en GAT-ressurs i dette viktige arbeidet. ABK har ansatt 9 sykepleiere i rekrutteringsstillinger som skal bidra til redusert EFO. Disse vil gjennomgå opplæring og vil rotere på de akuttmedisinske seksjonene for optimal ressursutnyttelse. Reduksjon av sykefravær vil fortsatt ha stort fokus i klinikken.

Nytt moment

ABK overtar driften av 7 private ambulansestasjoner fra og med 1 april 2023 og er tilført 1 millioner kroner. Ytterligere 2, 5 millioner kroner må påregnes i tråd med styrevedtak til etablering av ny struktur.

Driftsutfordringer

Klinikken har økt aktivitetsnivå både i ambulanse med 15% og akuttmottak og intensiv med 5-10%. ABK er rammefinansiert og inntektene fra økt aktivitet tilfaller medisinsk og kirurgisk klinikk. Det er godt samsvar mellom økt aktivitetsnivå og økt kostnadsnivå. Klinikken jobber kontinuerlig med god ressursstyring av personellet, og gjør daglig optimalisering/flytting av ressurser på tvers av seksjonene. Kombinasjonen høyt fravær, høyere aktivitet enn budsjettert samt at det er 14 studenter under utdanning i anesthesi og intensiv, kan medføre at innleie fra vikarbyrå er nødvendig for å gjennomføre forsvarlig drift. ABK's behandlingstilbud må opprettholdes slik at beredskap for akutt og kritisk syke til enhver tid er tilstede.

Risiko

Rest uløst tilsvarer 16 millioner kroner. Det ligger tross dette ambisiøse forventninger om redusert EFO. Forutsetningen for budsjettet er at aktivitetsnivået i 2023 ikke overstiger aktivitetsnivået i 2022.

Medisinsk serviceklinikk (MSK)

Styringsfart

Estimert negativ styringsfart ved utgangen av 2022 er 5 millioner kroner. Dette består av uløst merverdikrav på 2 millioner kroner fra 2022 samt økt varekostnad og innleie.

Forbedringstiltak

Forbedringstiltak i 2023 er 4 millioner kroner. Klinikken har funnet rom for å øke inntekt, i hovedsak på avdeling for laboratoriet og radiologi, samt å redusere variabel lønn med 2 millioner kroner. Resterende merverdikrav med 2 millioner kroner er uløst. Det ser ut til at de vakante radiolog og patolog stillingene vil bli besatt i løpet av første halvår 2023 og derved kunne bidra til å redusere det uløste kravet.

Driftsutfordringer

Sammenliknet med aktiviteten i 2021 har klinikken hatt en betydelig aktivitetsøkning i 2022 som legger et ekstra press på tilgjengelige ressurser. Det arbeides kontinuerlig med driftsoptimalisering i klinikken med sikte på å opprettholde stabil høy aktivitet og samtidig god forvaltning av personalressursene. MSK har vakante radiologstillinger som søkes besatt så raskt som mulig, men dyre innleieløsninger vil være nødvendig i perioder med vakanser, permisjoner, ferieavvikling og langtids sykefravær.

Risiko

Rest uløst ambisjonsnivå tilsvarer 2 millioner. Fertilitetsavdelingen sør fikk fra og med høsten 2022 konkurranse med landets største private aktør; klinikk Hausken. Dette har medført at ansatte har sluttet i fertilitetsklinikken sør og avdelingen blir erstattet med nye leger som er under opplæring. Dette kan medføre lavere aktivitet i 2023. LVMS ble innført i avdeling for patologi i 2022. Ved oppgradering av nye versjoner i 2023 er det mulighet for at svartider vil øke og at lønns- og EFO-kostnader vil øke utover budsjettet nivå, slik som i 2022.

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling (KPR)

Styringsfart

Estimert negativ styringsfart ved utgangen av 2022 er om lag 30 millioner kroner. De viktigste komponentene til styringsfarten er innleide leger, overforbruk av EFO, samt lavere polikliniske inntekter.

Forbedringstiltak

Faste ansettelser for å redusere bruken av innleie fra byrå, reduksjon av EFO som følge av tiltak med forsterket grunnbemanning natt på lukkede poster og en effektivisering av poliklinikkene som omfatter både lavere ressursbruk og økt produktivitet.

Nytt moment

Ledige lokaler i Porsgrunn står til disposisjon for KPR sin poliklinikkvirksomhet, noe som gir muligheter for samlokalisering. Dette vil føre til et mer robust fagmiljø, færre ekspedisjoner og mulighet for effektivisering av poliklinikkene.

Ny sengepost i sikkerhetspsykiatrien var i utgangspunktet budsjettet med effekt fra juli 2023, men dette blir forsinket. Det er i revidert budsjett lagt med effekt fra september måned. Dette utfordrer noe av reduksjonen som er lagt i EFO på de lukkede postene.

Driftsutfordringer

Stor økning i aktivitet og et forverret sykdomsbilde i pasientgruppen på de lukkede postene har i 2022 gitt store utfordringer som har gitt stort utslag i forbruket av EFO. Rekrutteringsutfordringene for spesialister har økt i poliklinikkene og behovet for innleie av leger øker. Dette har gitt klinikken en forverret styringsfart de to siste månedene

Service- og Systemledelse (SSL)

Styringsfart

Klinikken har negativ styringsfart på om lag 5,5 millioner kroner. Det er hovedsakelig uløste merverditiltak fra tidligere perioder som ikke ble løst.

Merverdikrav og forbedringstiltak

Ambisjonsnivå for forbedringsarbeid i 2023 er oppnådd innsparing på 6,5 millioner kroner og forventes realisert innen drift, i Pasientreiser og i prosjekt Avdelingspakkelogistikk (APL).

Driftsutfordringer

Det er stor usikkerhet om videre utvikling i behandlingshjelpemidler. Selv om kostnadsveksten stanset opp i 2022 viser pasientutviklingen fortsatt en økende kurve. Budsjettet er lagt med grunnlaget i faktisk forbruk de siste 12 måneder. Videre har klinikken økte kostnader i forbindelse med generelt kostnadsutvikling i samfunnet (enkelte kostnader øker med opptil 20%). Kun deler av det er dekket i budsjettet.

Administrasjonen

Utviklingsavdelingen

Avdeling for Teknologi og E-helse er styrket bemanningsmessig for å møte det økende behovet innen IKT. Det pågår, og planlegges mange regionale og lokale prosjekter som har som mål å bedre kvalitet og kapasitet i pasientbehandling, diagnostikk, forskning og undervisning. Dette innebærer blant annet å innføre og ta i bruk teknologi på nye måter og innenfor nye områder. Sentrale prosjekter som understøtter målsettingen, omfatter blant annet infrastrukturmodernisering, løsninger for digitalisering av arbeidsprosesser og bedre tilgjengelighet og tilbud til pasientene ved nye digitale innbyggertjenester.

Økonomiavdelingen

Avdelingen for analyse og medisinsk koding effektiviserer driften og reduserer stillingsbudsjettet sitt med 1 årsverk.

HR avdeling

HR avdelingen har en styringsfart i balanse. Samtidig øker bemanningen med 1,5 årsverk i budsjett 2022, spesielt på grunn av nye oppgaver (trainee-koordinator). I tillegg har avdelingen økte driftskostnader i forbindelse med SMS varslingstjenesten.

Kompetanse

Det er satt av midler til en styrket satsing på kompetanseutvikling. Det er sterk konkurranse om kompetansen innen helsefagene og det er behov for systematisk og strukturert arbeid på alle områder knyttet til kompetanse ved sykehuset.

Fag og forskning

Satsningen på forskning fortsetter, og for 2023 er det bevilget 7,0 millioner kroner i interne forskningsmidler fordelt på 12 prosjekter. Mange PhD-løp avsluttes i 2023 og det er viktig å arbeide for å få fram nye prosjekter. Stillingsbudsjettet fra 2022 videreføres.

Vedlegg 1: Inntektsrammer fra HSØ

SYKEHUSET TELEMAR HF	2023
Basisramme 2022 inkl. RBF	2 632 558
<i>Nye forhold inn mot 2023</i>	
RBF 2022 tilbakelegging av uttrekk basis	16 053
RBF 2022 uttrekk av KBF- bevilgning	-15 021
Inntektsmodell 2023, fra ØLP 2023-2026	-19 695
# RNB 2022- pensjon forskuttert ØLP	11 455
# RNB 2022- pensjon RNB 2022	-371
Justering av kompensasjon pensjon 2022	10 746
Fordeling av økt bevilgning RNB2022	8 360
Basisramme 2023 for statsbudsjettet	2 644 085
<i>Endringer som følge av Prop 1S (2022-2023)</i>	
Prisomregning	86 284
Pensjon fra Prop 1S (2022-2023)	40 341
Økt aktivitet, alle tjenesteområder	42 875
Økt grunnfinansiering	17 328
Styrke døgnbehandling psykisk helsevern	4 095
Effektiviserings tiltak	-3 462
Resultatbasert finansiering, RBF	
# uttrekk basisramme RBF	-16 691
# bevilget sfa score på kvalitetsparametere	15 347
Legemidler	
Legemidler i basis 2020 og 2021, gjenstående basisramme	7 042
Endringer i ISF	
Overføring fra ISF-ordning til basisramme- somatikk	287 162
Overføring fra basisramme til ISF-ordning- rehabilitering	-1 595
Andre forhold fra Prop. 1	
Komp. for manglende prisjustering av egenandeler	2 365
Nasjonal inntektsmodell	21 561
Endringer i bioteknologiloven	310
Hjemmetest livmorhalsprogrammet	83
Økt gebyr for manglende fremmøte poliklinikk	-2 004
Prisjustering poliklinikk og pasientreiser	-239
Nye forhold fra Helse Sør-Øst RHF	
Dyre legemidler-aktivitetsavhengig del private ideelle sykehus	1 353
Endret avregning som følge av endret ISF-andel	-10 154
Finansiering av høyspesialiserte tjenester	-7 647
Basisramme 2023 inkl. RBF	3 128 438
Strategiske forskningsmidler, fra post 72	0
Nasjonale kompetansetjenester, øvrige	0
Statlige tilskudd, post 70	2 400
Endringer i bioteknologiloven_ tilskudd	1 020
Medisinsk undersøkelse på barnehusene	0
Tilskudd til turnustjeneste, foreløpig estimat	1 380
Drift av nye metoder	0
Sum faste inntekter	3 130 838
ISF- refusjoner	
herav somatikk	0
herav psykisk helsevern og TSB	0
Sum ISF- refusjoner	0
Sum inntekter	3 130 838

Drøftingsprotokoll

Den 5. desember 2022 ble det avholdt drøftingsmøte vedrørende **Budsjett 2023**, med foretakstillitsvalgte og hovedverneombud ved Sykehuset Telemark HF.

Drøftingene er gjennomført i henhold til bestemmelsene i:

- Arbeidsmiljøloven §8-1 og 8-2
- Hovedavtalens §30

Til stede på møtet:

Fra de ansattes organisasjoner:

Thor Helge Gundersen

Thor Severinsen

Christina Stavdal

Janne Olimstad Guldbjørnsen

Anne Trønnes Borgen

Fra Sykehuset Telemark HF:

Administrerende direktør Tom Helge Rønning

Økonomidirektør Geir Olav Ryntveit

Før møtet var det distribuert ledergruppesak om budsjett 2023 som drøftingsunderlag. Videre presenterte økonomidirektør hovedelementene i budsjettforslaget.v

De tillitsvalgte fremførte i møtet følgende:

Tillitsvalgte mener:

Helse Sør-Øst bevilger for lave driftsmidler til Sykehuset Telemark. Dette har sammenheng med at HSØ bevilger forholdsvis for mye til OUS og tilbakeholder midler i en buffer. HSØ har i flere år sagt at de skal utarbeide en ny fordelingsmodell innen RHFet, men arbeidet er ennå ikke sluttført

Tildelingen til ST dekker ikke nødvendige kostnader for økt pasientbehandling, økt kvalitet og kortere ventetider. Videre må sykehuset dekke kostnadene til kostbare medikamenter, gjestepasienter, fritt behandlingsvalg, behandlingshjelpemidler, pasientreiser mm som sykehuset ikke har innflytelse på. Inntil nå har ST skåret godt på de fleste indikatorer for pasientbehandlingen, men risikoen øker for at vi ikke klarer det.

Koronasituasjonen har satt sykehuset tilbake med å effektivisere driften og dette gjør situasjonen for 2023 ekstra vanskelig. Det er mye overbelegg på ST, spesielt i medisinsk klinikk. Dette må håndteres bedre.

Sykehuset planlegger å forbedre driften med 70 mill, det vil medføre behov for å redusere antall årsverk, **der de fleste er kliniske stillinger**. Med så stort press på hele organisasjonen øker risikoen for svikt i pasientbehandlingen.

Belastningen på de ansatte er så stor allerede at arbeidsmiljøet forringes flere steder, noe arbeidsmiljøundersøkelsen tydelig viser. Sykemeldinger har økt og belastningen på de gjenværende er stor.

ST må arbeide for å redusere EFO-utgiftene – også for å redusere belastningen på de ansatte.

Arbeidspresset har også stor betydning for rekruttering og at vi kan beholde kompetente medarbeidere. Presset er også svært stort på mange ledere.

Føringer fra Helse Sør-Øst sier at vi i framtiden ikke kan rekruttere ferdige spesialsykepleiere, men må utdanne egne. Sykehuset Telemark satser for lite på nødvendig etter- og videreutdanning av ansatte.

Dette gjør at sykehusets kompetanse forringes, noe som igjen går ut over tilbudet til pasientene.

Det er behov for kompetanseløft også for andre faggrupper. Ambulansetjenesten er et fagområde hvor behovet for etter og videreutdanning er stort.

Sykehuset Telemark sammen med Sykehuset i Vestfold er de eneste foretakene som ikke til nå har planlagt og startet et strukturert utdanningsløp mot Paramedic kompetanse for de ansatte.

Sykehuset har i en årrekke redusert på tilbudet i psykisk helsevern. Vi mangler viktige behandlingstilbud og ytterligere nedskjæringer vil måtte redusere tilbudet til svake pasientgrupper.

ST har også store mangler på spesialister i psykisk helsevern og rusbehandling og må utdanne flere selv, spesielt stor er mangelen på psykiatere. Utdanningskapasiteten må økes ytterligere.

Sikkerhetspsykiatri: Det dømmes stadig flere til tvunget vern slik at vi nå har flere dømte i Telemark enn antall plasser på sikkerhetsposten. Vi er tilfreds med at sykehuset har konkrete planer om å øke antall sikkerhetsplasser, men det må ikke medføre kutt i andre deler av psykiatrien.

Når en skal vurdere vekst sett opp mot prioriteringsregel, må budsjett 2023 sees opp mot budsjett 2019.

På den måten vil man kunne spore reell vekst i forhold til prioriteringsregelen. 2020, 2021 og 2022 har hatt så store tilpasninger til pandemien at disse årene har vært unntak fra utviklingen i ST.

Oversikten over økonomien knyttet til administrasjonen må bli like tydelig som for klinikkene.

Det er svært stor risiko i budsjettet og det er usikkert om man klarer et resultat på 10 mill. Den økonomiske situasjonen har vært håndtert bra i 2022 og vi forventer at dette videreføres i 2023.

Skien 5. desember 2022

For arbeidsgiver:

For ansattes organisasjoner:

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	14.12.2022

Type sak (sett kryss)							
Beslutning	X	Etterretning		Orientering		Tema	

Sak: 107-2022

Sykehuset Telemarks Strategi 2023-2025

Hensikten med saken

Sykehuset Telemark har gjennomført en prosess for å oppdatere sin strategi til å gjelde for tidsperioden 2023-2025. Strategien til Sykehuset Telemark er verktøyet vi benytter for å operasjonalisere den langsiktige utviklingsplanen. Strategien utarbeides for 3 år av gangen og tar for seg de områdene sykehuset må fokusere særskilt på i perioden for å trinnvis innfri de langsiktige målsettingene. Den skal også sikre at nødvendige tiltak initieres for å løfte frem de medisinske strategiske områdene og suksessfaktorene som kreves for å realisere målbildet.

Det er klare politiske signaler om at det vil bli strammere rammer for helseforetakene de kommende årene. Dette innebærer at helseforetakene i større grad enn tidligere også må prioritere noe ned. Disse perspektivene er ikke omtalt i strategiplanen.

Etter en omfattende prosess og flere innspillsrunder foreligger nå innstillingen til Strategi 2023-2025 for Sykehuset Telemark til godkjenning av styret. De ansvarlige for de strategiske områdene omhandlet i planen vil være ansvarlige for implementering av definerte tiltak

Forslag til vedtak

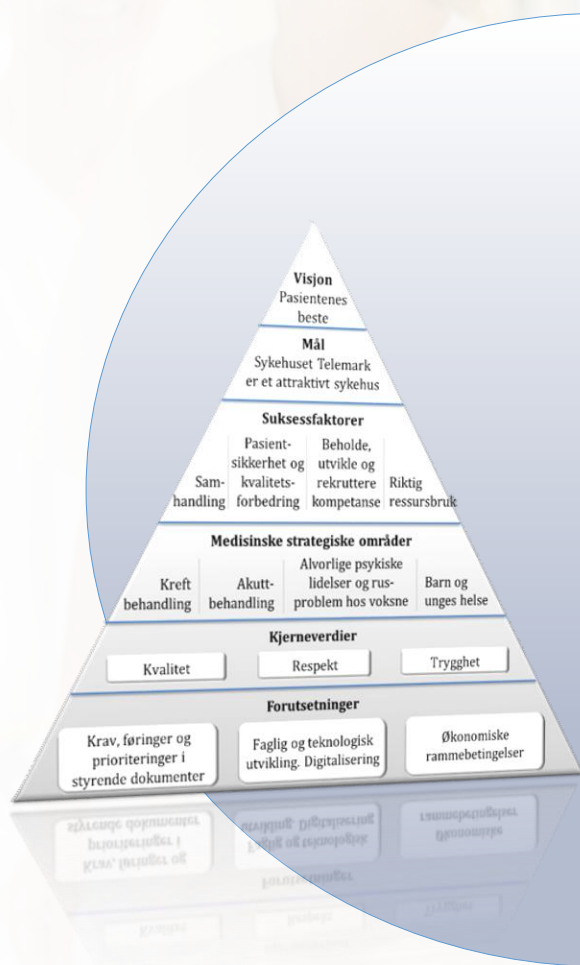
- Styret godkjenner Sykehuset Telemarks Strategi 2023-2025, med eventuelle innspill gitt i møtet.

Vedlegg

- Sykehuset Telemark Strategi 2023-2025, versjon 0.91
- Drøftingsprotokoll tillitsvalgte Sykehuset Telemark Strategi 2023-2025, 23 11 2022

Skien, 06.12.2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør



Strategi 2023-2025

Sykehuset Telemark HF

Versjon 0.91

Innhold

1	Innledning	3
2	Prosess	4
3	Strategisk rammeverk	5
4	Strategi 2023-2025	6
4.1	Visjon – Pasientenes beste	7
4.2	Mål – Sykehuset Telemark er et attraktivt sykehus	7
4.3	Suksessfaktorer	8
4.3.1	Samhandling	8
4.3.2	Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring	10
4.3.3	Beholde, utvikle og rekruttere kompetanse	12
4.3.4	Riktig ressursbruk	14
4.4	Medisinske strategiske områder	16
4.4.1	Kreftbehandling	16
4.4.2	Akuttbehandling	18
4.4.3	Alvorlige psykiske lidelser og rusproblem hos voksne	20
4.4.4	Barn og unges helse	24
4.5	Kjerneverdier – Kvalitet, Respekt, Trygghet	26
4.6	Forutsetninger	27
4.6.1	Krav, føringer og prioriteringer i styrende dokumenter	27
4.6.2	Teknologisk utvikling og digitalisering	28
4.6.3	Forskning og faglig utvikling	30
4.6.4	Økonomiske rammebetingelser	31

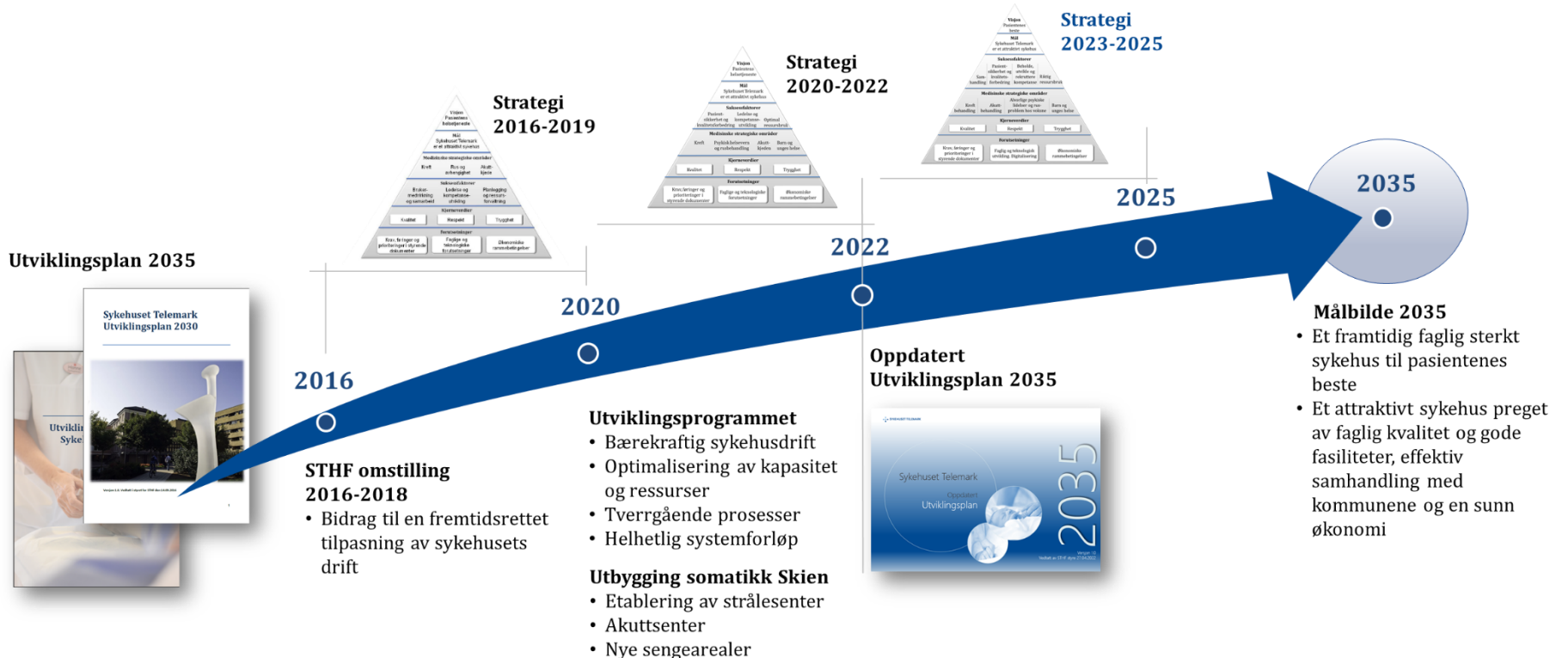
1 INNLEDNING

Strategien er verktøyet Sykehuset Telemark benytter for å operasjonalisere sykehusets langsiktige utviklingsplan. Utviklingsplanen er planen for hvordan Sykehuset Telemark vil utvikle sin virksomhet for å møte framtidig behov for spesialisthelsetjenester i et langsiktig perspektiv.

Strategien for Sykehuset Telemark utarbeides for perioder på tre år av gangen. Den tar for seg de områdene sykehuset må fokusere særskilt på i strategiperioden og danner grunnlag for mange av våre prioriteringer og

aktiviteter. For hvert strategisk område og suksessfaktor settes egne mål og tiltak.

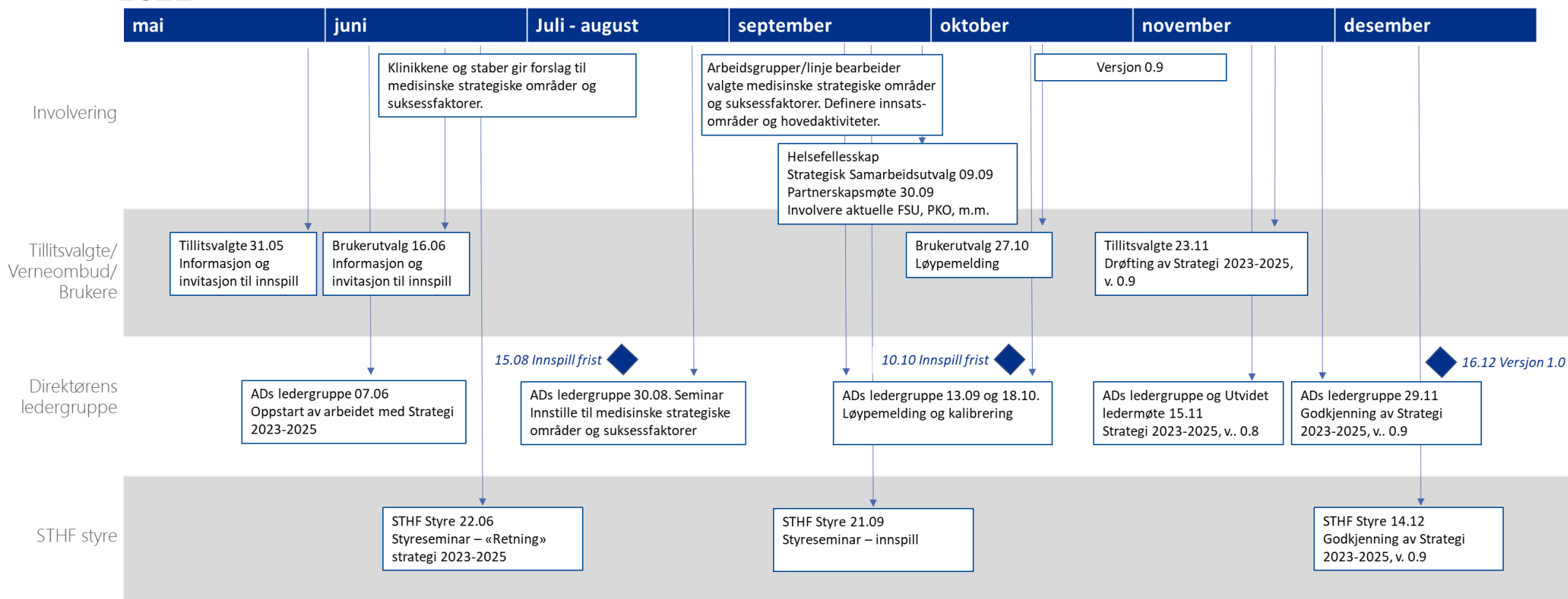
Strategien for 2023-2025 bygger i hovedsak på strategien fra forrige periode (2020-2022), og den inneholder flere av de samme strategiske områdene. For å realisere utviklingsplanen kreves det målrettet arbeid over tid. Utviklingsplan 2035 ligger på sykehusets nettsider på www.sthf.no under Om oss, [Utviklingsplan, føringer, mål og strategier](#).



2 PROSESS

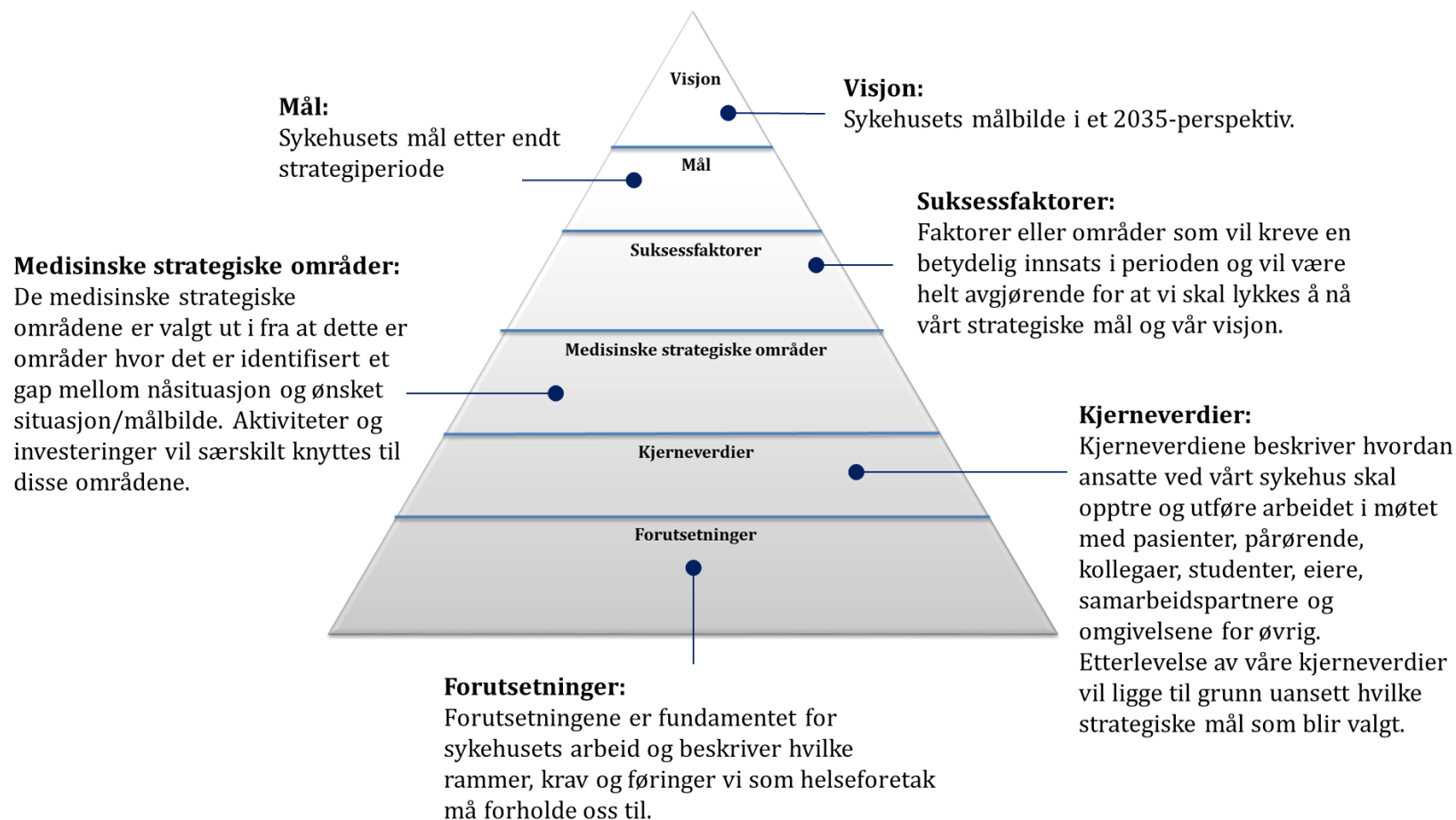
Strategien er utarbeidet i henhold til følgende prosess:

2022



3 STRATEGISK RAMMEVERK

Strategipyramiden er bygget opp på følgende måte:



4 STRATEGI 2023-2025



4.1 Visjon – Pasientenes beste

Vi gir våre pasienter rask og riktig diagnostisering og behandling i tråd med nasjonale og internasjonale retningslinjer og følger «beste praksis» for å avklare og imøtekomme pasientenes behov. Gjennom god brukermedvirkning – «Hva er viktig for deg?» – får pasientene mulighet til samvalg og blir aktive deltagere i egne behandlingsforløp. Vårt fokus på pasientsikkerhet og kontinuerlig kvalitetsforbedring sikrer god kvalitet i pasientbehandlingen. Vi gir pasientene en god pasientopplevelse og bygger tillit gjennom gjensidig respekt.

Gjennom en likeverdig samhandling med kommunene og et godt internt samarbeid kan vi sikre en trygg og god helse- og omsorgstjeneste for hver pasient. Sammen skaper vi helhetlige pasientforløp og etablerer gode modeller for kompetansebygging og kompetanseoverføring slik at pasientene kan ivaretas av personell med riktig kompetanse og på rett behandlingsnivå til enhver tid.

Sammen arbeider vi for pasientenes beste.

4.2 Mål – Sykehuset Telemark er et attraktivt sykehus

Sykehuset Telemark skal være et faglig sterkt sykehus for pasientenes beste. Vi skal utvikle et attraktivt sykehus preget av faglig kvalitet, høy grad av intern samhandling, gode fasiliteter, effektiv samhandling med kommunene, og en sunn økonomi.

Det legges til grunn at Sykehuset Telemark skal gi et bredt sykehusstilbud til Telemarks befolkning. Pasientene våre skal oppleve et godt og tilgjengelig helsetilbud, hvor de blir møtt med respekt og god

kommunikasjon. Pasientene får opplæring og blir involvert i egen behandling.

Vi skal møte pasientene i estetiske og rolige omgivelser.

I det å være et attraktivt sykehus legger vi at:

Pasientene velger oss

- Vi har god kvalitet i pasientbehandlingen
- Sykehuset tilbyr moderne undersøkelser og behandling
- Vi er tilgjengelige for pasientene. Pasientene kommer raskt inn og det er lett å komme i kontakt med oss.
- Vi bidrar til gode pasientopplevelser

Gode fagpersoner velger oss

- Vi har god rekrutteringskraft
- Vi utvikler medarbeidere
- Sykehuset beholder gode medarbeidere
- Vi har godt arbeidsmiljø
- Sykehuset Telemark har utviklende forskningsmiljøer

Vi har godt omdømme

- Sykehuset Telemark er en ansvarlig samfunnsaktør
- Vi samarbeider åpent og ærlig med myndigheter, fagmiljø, pasienter og pårørende
- Vi har god relasjon med eier (Helse Sør-Øst) og sykehusets styre
- Vi har et godt forhold til samarbeidspartnere

4.3 Suksessfaktorer

4.3.1 Samhandling

Helse- og omsorgstjenesten i Norge står overfor store utfordringer i årene som kommer og mange av disse vil treffe hele helse- og omsorgstjenesten. Utfordringsbildet blir ikke løst ved overføring av ansvar og kostnader mellom helsenivåene. Bemanningsutfordringer og kompetansebehov krever felles planlegging og utvikling fra kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det er ikke lenger plassering av pasientens seng som definerer om det er spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten som er ansvarlig for tjenesten. Sykehuset jobber mer ambulant med høyere andel poliklinikk, og nivåene mellom helsetjenestene er blitt mindre. Helsetjenestene skal være sammenhengende til det beste for pasientene. Et hovedgrep i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 var å opprette 19 helsefelleskap. I Telemark ble sammensetning av Partnerskapet besluttet i desember 2020. Partnerskapet hadde sitt første møte i januar 2021, der resten av Helsefelleskapet i Telemark ble vedtatt.

Helsefelleskapet i Telemark har opprettet seks faglige samarbeidsutvalg som skal jobbe innen seks definerte satsingsområder: Barn og unge, alvorlig psykisk syke, pasienter med flere kroniske lidelser, skrøpelige eldre, tjenesteutvikling og kvalitet og den akuttmedisinske kjeden. Disse samarbeidsutvalgene vil utarbeide de felles faglige satsingsområdene. Dette innsatsområdet fokuserer derfor på samhandlingsaspektet mellom Sykehuset Telemark og kommunene, og særlig viktigheten av Helsefelleskapet, som en felles arena.

For å møte fremtidens utfordringsbilde, skal sykehuset i samarbeid med kommunene etablere felles planer. Vi skal gå fra parter til partnere. Helsefelleskap som samhandlingsarena er relativt ny. Sykehuset Telemark vil aktivt bruke denne arenaen for utvikling av våre helsetjenester de neste årene.

Innen utgangen av strategiperioden skal vi ha oppnådd følgende:

- Helsefelleskapet er den foretrukne arenaen for samhandling mellom Sykehuset Telemark og kommunene
- Det er etablert god samhandlingskultur, felles forståelse av hva sykehuset skal samhandle med kommuner om og hvordan det skal gjøres
- Pasienter og pårørende opplever en helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjeneste



Innsatsområder	Aktiviteter/Tiltak
<p>1 Sykehuset Telemark skal være en aktiv bidragsyter i Helsefelleskapet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sykehuset tilrettelegger for et velfungerende sekretariat i Helsefelleskapet • Representanter på ulike nivåer i Helsefelleskapet prioriterer deltakelse i Helsefelleskapets møter • Samhandlingskoordinator skal være en synlig og tilgjengelig ressurs for klinikkene ved Sykehuset Telemark
<p>2 Faglige samarbeidsutvalg i Helsefelleskapet skal være involvert i utvikling av tjenestene</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Det etableres rutiner for hvordan sykehusets representanter i de faglige samarbeidsutvalgene (FSU) innhenter innspill fra sykehuset
<p>3 Strategisk samarbeidsutvalg skal være en inkludert pådriver for utviklingsarbeid ved sykehuset</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Det etableres rutiner for hvordan vedtak i strategisk samarbeidsutvalg (SSU) tas med videre til linjeledelse ved sykehuset
<p>4 Pasientforløp på tvers av kommunene og sykehuset kjennetegnes ved gode rutiner og samhandling</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gode pasientforløp breddes ut til hele Sykehuset Telemark • Det tilrettelegges for felles læringsarenaer for kompetanseheving mellom sykehus og kommune • Det etableres gode rutiner for overganger mellom tjenestenivåene, avklares hvordan parallelle tjenester best skal organiseres og det etableres felles tjenester med kommunene der det er nødvendig.

4.3.2 Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

Det arbeides kontinuerlig med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i Sykehuset Telemark. Åpenhet om forbedringsarbeidet er en forutsetning for å skape trygghet og tillit.

Sykehuset skal gjennom strategiperioden følge opp mål og innsatsområder i Regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Tiltak og aktiviteter vil gjennomføres i sykehusets egen regi, regionalt eller med samarbeidspartnere, som andre sykehus og Helsefelleskapet i Telemark.

Innen utgangen av strategiperioden skal vi ha oppnådd følgende¹:

- Risiko for pasientskader er redusert
- Redusert uønsket variasjon i tilbud og kvalitet på tjenesten



¹ Tilsvarende målene satt i Regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

Innsatsområder	Aktiviteter/Tiltak
1 Øke pasientens helsekompetanse	<ul style="list-style-type: none"> Innføre samvalg - metoder som gjør at pasienter kan ta informerte valg om diagnostikk, behandling og oppfølging Styrke brukermedvirkningen ved å gjennomføre lokale pasient- og brukerundersøkelser systematisk og anvende resultatene til kvalitetsforbedring i klinikkene
2 Utvikle mer sikkerhetsorientert ledelse	<ul style="list-style-type: none"> Innføre regional standard for lukket legemiddelsøyfe Sikre at prosedyrer og opplæring i legemiddelhandtering, samsvarer med ny regional veileder om legemiddelhandtering Sørge for at vold og trusselhendelser mot pasienter og medarbeidere registreres og følges opp i avviks- og forbedringssystemet EQS, og gjennomgås på ledelsesnivå
3 Øke kompetanse om pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring	<ul style="list-style-type: none"> Øke sykehusets kliniske forbedringskompetanse gjennom Forbedringsprogrammet «Ytre Oslofjordmodellen» - et samarbeid med Sykehuset i Vestfold og Sykehuset i Østfold Innføre nytt regionalt rammeverk for opplæring i pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring
4 Bidra i den regionale innsatsen innen nasjonale satsninger	<ul style="list-style-type: none"> Følge opp Nasjonale faglige råd og tiltakspakker fra «I trygge hender» 24/7 Sikre etterlevelse av nasjonale og regionale planer og retningslinjer for smittevern, pandemiberedskap og antibiotikaresistens
5 Forbedre systemer og strukturer for virksomhetsstyring	<ul style="list-style-type: none"> Bruke sanntidsdata (NOKUP) fra avviks- og forbedringssystemet EQS til å understøtte forbedringsarbeid Øke bruk og synliggjøre kvalitetsmålinger, indikatorer og registre i forbedringsarbeid Innføre relevante fagprosedyrer/metodebøker fra nettstedet metodebok.no og appen Metodebok fra Helse Sør-Øst RHF Bidra til forbedret systematikk for samhandling om uønskede hendelser i Helsefelleskapet i Telemark Alle uønskede hendelser registreres og behandles i avviks- og forbedringssystemet EQS

4.3.3 Beholde, utvikle og rekruttere kompetanse

«Gode fagpersoner velger oss».

Norsk arbeidsliv er i endring, og tilgangen på dyktige fagpersoner har blitt en knapphet. Dette stiller større krav til oss som helseforetak. Vårt mål om å være et attraktivt sykehus, forutsetter at vi rekrutterer, utvikler og beholder gode fagpersoner. Videre forutsetter det at vi styrker vårt omdømme og posisjon i arbeidsmarkedet.

Ansatte som opplever seg verdsatt vil være viktig med tanke på omdømmebygging og rekrutteringskraft. Ved å vise til at vi har relevante karriere- og utdanningsmuligheter, vil det være med på å gjøre Sykehuset Telemark til en attraktiv arbeidsplass.

I henhold til Helse Sør-Øst sin delstrategi for utdanning og kompetanse, er systematisk satsning og prioritering av utdanning og kompetanseutvikling avgjørende for god rekruttering og å beholde personell. Dette starter med en enhetlig og profesjonell rekrutterings- og onboardingprosess (nyansattes vei inn i ny jobb) som ledes av trygge og kompetente ledere.

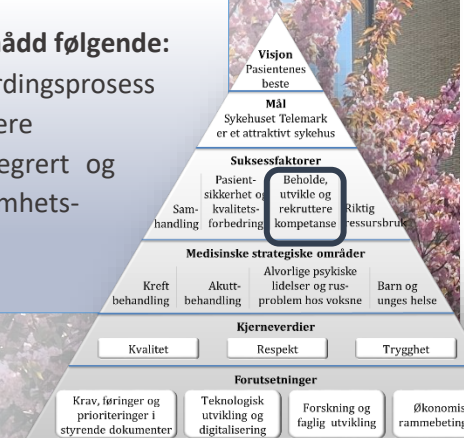
«Medarbeidere som i høy grad opplever å få brukt kompetansen sin, er mer indre motiverte, mer lojale til organisasjonen og har i mindre grad planer om å slutte»²

² Linda Lai, 2021. Professor i ledelse og organisasjonspsykologi

³ Helse Sør-Øst regional delstrategi for utdanning og kompetanse

Innen utgangen av strategiperioden skal vi ha oppnådd følgende:

- Enhetlig og profesjonell rekrutterings- og onboardingsprosess
- Ha faglig gode, robuste og relasjonelt sterke ledere
- Utdanning og kompetanseutvikling er en integrert og tydelig del av driften, og inkludert i all virksomhetsplanlegging³
- Beholde arbeidskraft



Innsatsområder	Aktiviteter/Tiltak
<p>1 Rekrutteringsstrategi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetanseheving for ledere i rekrutteringsprosessen fra A til Å • Rekruttere til hele stillinger • Implementere traineeprogram for sykepleiere/helsefagarbeidere • Profesjonelt og systematisk onboardingprogram for nye medarbeidere • Bruke sosiale medier aktivt i rekrutteringsprosesser
<p>2 Lederopplæring</p>	<p>Sykehuset Telemark har målsetning om å ha faglig gode, robuste og relasjonelt sterke ledere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lederavtaler som følges opp av ansvarlig linjeleder • Alle ledere skal ha oppdatert plan i Kompetanseportalen • Forpliktende og systematisk opplærings- og utviklingsløp for alle ledere • Gi ledere gode digitale ferdigheter (prosjekt i Helse Sør-Øst)
<p>3 Strategisk karriere- og kompetanseutvikling gjennom hele arbeidsforholdet</p>	<p>Sykehuset skal sørge for å gi alle medarbeidere mulighet til å utvikle seg og sin kompetanse gjennom sitt arbeid ved sykehuset:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktivt bruke Kompetanseportalen som styringsverktøy • Ha oversikt over kompetansebehovet til sykehuset på kort, mellomlang og lang sikt og sette i verk tiltak når vi mangler nøkkelpersonell • Bruke systemstøtte for å få oversikt over aggregerte resultater på seksjon-, avdelings- og klinikknivå (EQS) • Systematisere karrieremuligheter ved Sykehuset Telemark • Livsfasepolitikk som gir mulighet for å stå lengst mulig i jobb • Være en sunn og helsebringende arbeidsplass
<p>4 Utdanning</p>	<p>Sykehuset Telemark skal gi alle studenter, hospitanter og ansatte i utdanningsstillinger profesjonell undervisning og veiledning. Dette skal oppnås ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utvikle kompetente veiledere som ønsker å veilede • Etablere trygge læringsmiljøer og kunnskapsdeling • Etablere tett dialog med utdanningsinstitusjoner • Videreutvikle spesialistutdanning av leger • Gi utdanningspermisjoner for relevant videreutdanning

4.3.4 Riktig ressursbruk

Det er et gap mellom forventninger til helsetilbudet og det som helseforetakene i dag kan tilby innenfor de gitte rammene. Skal vi klare å dekke pasientenes behov må vi videreutvikle pasienttilbudet. Dette vil kreve vilje til å tenke nytt og en økt endringstakt. Gode, helhetlige pasientforløp må videreutvikles og digitale løsninger bli tatt i bruk i større grad for å effektivisere og skape bedre tjenester.

Sykehuset Telemark må fortsette å tilpasse og forbedre virksomheten slik at de samlede ressursene benyttes på riktigst mulig måte, til det beste for pasientene. Dette krever en strukturert og vedvarende innsats med organisasjons- og virksomhetsutvikling for å etablere gode arbeidsprosesser og helhetlige pasientflyter.

Basert på den demografiske utviklingen vet vi at behovet for helsetjenester, både i kommunene i Telemark og i spesialisthelsetjenesten, vil øke i årene framover. Samtidig vil antall yrkesaktive per 80-åring i Telemark falle fra 9,5 i 2020 til 4,3 i 2040. Dette vil utfordre tilgjengeligheten på «varme hender» og kompetanse innen helsevesenet de kommende årene. En viktig del av løsningen vil være videreutvikling av samarbeidet med primærhelsetjenesten. Videre må vi gjennomføre en oppgaveglidning der dette er mulig, som i størst mulig grad sikrer riktig bruk av de samlede, tilgjengelige ressursene, - at riktig oppgave utføres av riktig kompetanse. Dette er særlig viktig å få til i de yrkesgrupper der vi ser at vi har, eller vil få, en mangel på tilstrekkelig personell.

Innen utgangen av strategiperioden skal vi ha oppnådd følgende:

- Gjennomført forbedrings- og virksomhetsutviklingsprosjekter og innført gode og bærekraftige driftsmodeller
- Bedret pasientflyt i blant annet akuttmottak (prosjekt Akuttsenter) og sengeposter (prosjekt Pasientflyt 24/7)
- Optimalisert bruk og organisering av kontorfaglige støttefunksjoner
- Gjennomført oppgaveglidning – Rett person til rett oppgave.



Innsatsområder	Aktiviteter/Tiltak
1 Pasientflyt 24/7	<ul style="list-style-type: none"> • Optimalisere bruk av ressurser på tvers av sengeposter • Optimalisere bruk av bemanningscenteret • Forbedre pasientforløp i somatiske sengeposter • Bedre rutiner og avklaringer ved overføring av pasienter internt i Sykehuset Telemark og mellom helseforetak • Bedre rutiner ved visittgang og utskrivelse • Bedre samhandling med kommunene om ferdigbehandlede pasienter • Anbefale organisering av sengeposter frem til nytt sengebygg er ferdig • Fase 2: Innflytting i nytt sengebygg
2 Kontorfaglige støttefunksjoner	<ul style="list-style-type: none"> • Rett kompetanse til rett oppgave. Økt standardisert arbeidsflyt og oppgaveutøvelse i pasientadministrative og administrative oppgaver <ul style="list-style-type: none"> • Rolle- og funksjonsbeskrivelser, kompetanseheving i bruk av IKT verktøy • Oppgaveglidning – Økt bruk av helsesekretær/helsefagarbeider kompetanse iht. oppgaver som kan overføres. • Tilgjengelighet - Harmonisere åpningstider og telefontider i ekspedisjoner og sentralbord. Bedre utnyttelse av resepsjonsressurser. • Avlaste behandlere gjennom bedret telefonmottak • Dokumentasjonseffektivisering – Økt bruk av talegjenkjenning • Ny organisering av kontorfaglige støttefunksjoner
3 Helselogistikk	<ul style="list-style-type: none"> • Bedre intern logistikk og arbeidsprosesser ved å implementere helselogistikk løsninger; <ul style="list-style-type: none"> • Innsjekk og oppgjør • Styring av pasientflyt og ressurser • Intern kommunikasjon og varsling på mobil
4 Akuttsenter	<ul style="list-style-type: none"> • Anbefale legebemannning i akuttsenter • Anbefale sykepleierbemannning og øvrig bemanning i akuttsenter, samt jobbglidning • Basert på anbefalinger over, tilpasse øvrig drift (vaktlinjer leger, sykepleierbemannning sengeposter, «kompetansetige») • Forbedre driftsmodell med definerte arbeidsprosesser og pasientflyt • Anbefale organisatorisk tilhørighet av akuttsenter
5 Jobbglidning	<ul style="list-style-type: none"> • Gjennomføre oppgaveglidning

4.4 Medisinske strategiske områder

4.4.1 Kreftbehandling

Sykehuset Telemark skal frem mot 2025 utvikle et mer komplett tilbud til kreftpasienter.

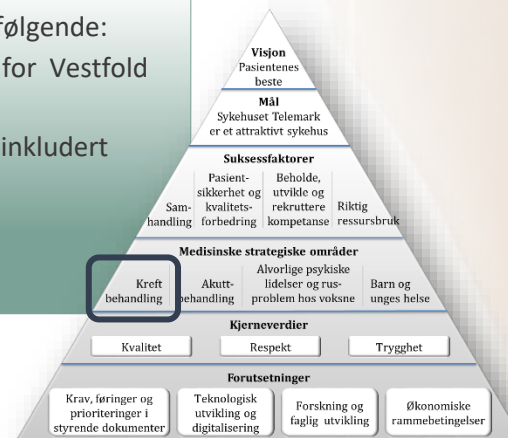
Det er et overordnet mål at kreftpasienter skal leve lenger og ha en god livskvalitet. Dette krever fokus på forskning og medisinsk utvikling.

Utredning, diagnostikk og behandling av kreftpasienter krever utstrakt samhandling mellom ulike fagmiljøer. Vi vil tilrettelegge for gode samhandlingsarenaer internt på Sykehuset Telemark, med andre foretak i Helse Sør-Øst og med primærhelsetjenesten.

Sykehuset Telemark skal være en aktiv deltaker i det regionale faglederforum for kreft i Helse Sør-Øst slik at vi sikrer at kvaliteten og tilbudet ved Sykehuset Telemark er mest mulig likeverdig.

Innen utgangen av strategiperioden skal vi ha oppnådd følgende:

- Etablering av en fullverdig enhet for stråleterapi for Vestfold Telemark (2025).
- Økt fokus på persontilpasset kreftbehandling inkludert pasient-rapporterte data.
- Økt andel pasienter i kliniske studier.
- Planer for oppfølging av kreftoverlevende



Innsatsområder	Aktiviteter/Tiltak
<p>1 Stråleterapi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Stråleterapienthet for Vestfold og Telemark planlegges med oppstart 1. kvartal 2025. Målet er å redusere uønsket variasjon i stråleterapibruk, da især lindrende strålebehandling. Behandling av de ulike pasientgruppene skal opptrappes trinnvis med mål om 80% dekning av stråleterapibehovet innen 2030 • Stråleterapi krever spesialkompetanse som må opparbeides frem mot 2025, og vil omfatte rekruttering, utdanning og videreutdanning av stråleterapeuter, fysikere, ingeniører og onkologer.
<p>2 Persontilpasset kreftbehandling</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Videreføre implementering av NGS (neste generasjons sekvensering) ved Sykehuset Telemark, samt sikre tverrfaglig satsing på persontilpasset kreftbehandling i samsvar med regionens definerte satsingsområder. Enkelte behandlinger er kun tilgjengelig gjennom kliniske studier (fx IMPRESS), og NGS ved Sykehuset Telemark muliggjør en større tilgang til kliniske studier for pasienter fra Telemark. • Etablere et helseregister for NGS-data med utgangspunkt i bredt pasientsamtykke for intern kvalitetssikring og forskning. • Digital oppfølging og samhandling med gode verktøy som sikrer god informasjonsflyt. Sykehuset Telemark skal delta i forskningsprosjektet MATRIX hvor utvikling og testing av digitale pasientforløp er et av flere satsingsområder. • Etablere en egen forskningspoliklinikk, fortrinnsvis i nytt senter for kreft, palliasjon og blodsykdommer for å fasilitere inklusjon av pasienter i kliniske studier
<p>3 Oppfølging av kreftoverlevende</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vi vil i samarbeid med øvrige foretak i Helse Sør-Øst arbeide for en felles modell for hvordan vi skal levere tilfredsstillende forløp for kreftoverlevende. Dette omfatter både rehabiliteringsbehov, psykososial oppfølging og håndtering av seneffekter og må inkludere både kartlegging, identifisering av tiltak/nivå, individuell plan og tydelig ansvarsavklaring. • Videreutvikling av Pusterommet. Utvikle et tettere samarbeid med Kreftforeningen og vurdere etablering av Vardesenter. Samhandling med kommunehelsetjenesten rundt Pakkeforløp hjem vil være sentralt.
<p>4 Systematisk kvalitetsarbeid innen diagnostikk og behandling</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fagråd kreft skal være en pådriver for kvalitet og utvikling av krefttilbudet ved Sykehuset Telemark. Årsrapporter fra Kreftregisteret skal gjennomgås kritisk og aktuelle tiltak skal iverksettes og følges opp i aktuelle fag.

4.4.2 Akuttbehandling

Akuttbehandling der Sykehuset Telemark er involvert ivaretar mer enn 30.000 pasienthendelser årlig. Sammen med kommunehelsetjenesten skal alle pasienter ivaretas fra en akutt skade/symptom oppstår, til endelig behandling er gjennomført. Akuttkjedeprosjektet 2016-2020 bidro til økt tillit, styrket samhandling og bedret pasientflyt primært i behandlingsleddene utenfor sykehuset.

Akuttbehandling skal videreføre denne tenkningen videre inn i sykehuset. Målet er en standardisert sammenhengende akuttbehandling- og informasjonsflyt.

Akuttbehandlingen skal preges av at pasienten er i fokus for rask og riktig pasientbehandling, god pasient- og informasjons-flyt, prestisjefritt tverrfaglig samarbeid, laveste effektive omsorgsnivå (LEON) og samlet god ressursutnyttelse.

Den demografiske utviklingen tilsier at gjennomsnittsalderen øker og at antall eldre og eldre med skrøpeligheit er en voksende gruppe i vårt samfunn. En stor del av disse har, eller er i fare for, å utvikle fysisk, psykisk, kognitiv eller psykososial skrøpeligheit. Mange eldre vil også være sårbare på bakgrunn av flere samtidige og ofte kroniske sykdommer. Polyfarmasi⁴ vil også være en risikofaktor blant eldre. Dette er viktige perspektiv for akuttbehandlingen, både i helseforetaket og i samarbeidet med kommunene.

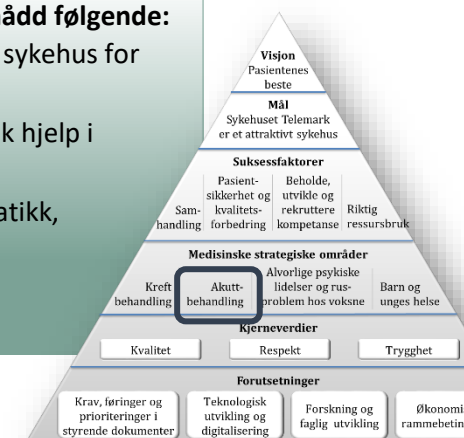
⁴ Polyfarmasi er anvendelse av mange legemidler, ofte overdrevent eller unødige (Store norske medisinske leksikon)

Akuttprosienter har to somatiske ankomstpunkter i Sykehuset Telemark; Akuttmottak Notodden, Akuttmottak Skien.

For Psykiatri og Rus er følgende kontakt/ankomstpunkter etablert; Ambulant team, Lukket akutt (19A/B), Ø-rus, DPS-akutt og Ungdomspsykiatri (UPS)

Innen utgangen av strategiperioden skal vi ha oppnådd følgende:

- Systematisk samhandling mellom kommuner og sykehus for Akuttbehandlingen i Telemark
- Prehospitaltjenester som gir kompetent og rask hjelp i hele Telemark
- Velfungerende akuttmottaksfunksjoner for somatikk, rus og psykiatri
- Akuttmedisinsk tilbud inne i sykehuset



Innsatsområder	Aktiviteter/Tiltak
<p>1 Systematisk samhandling mellom kommuner og sykehus (Ref. Ny nasjonal Helse og samhandlingsplan)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faste samarbeidsarenaer både på operasjonelt faglig nivå og ledernivå • En sammenhengende akuttkjede med elles mål og samhandlingsverktøy • Felles prioriteringsverktøy i hele akuttkjeden • Felles prosedyre for vurdering og eventuell innleggelse på Laveste Effektive Omsorgsnivå (LEON) • Bruk av Nasjonal henvisningsveileder • Felles prosedyre for ekstraordinære situasjoner • Identifisere skrøpelige pasienter tidlig i en akutfase for å kunne iverksette gode tiltak. Samarbeid med primærhelsetjenesten for utveksling av kunnskap. • Gode og planlagte pasientforløp hos eldre og samarbeid om forebygging av sykdomsforverring vil kunne redusere behovet for akuttbehandling
<p>2 Prehospitale tjenester som gir kompetent og rask hjelp i hele Telemark</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Styrke AMK for riktig og rask avklaring av omsorgsnivå <ul style="list-style-type: none"> • Kompetanse • Robust organisering og teknologi • Ambulanse <ul style="list-style-type: none"> • Rask og riktig helsehjelp • Responstider og beredskap i tråd med nye retningslinjer • Personell med nødvendig kompetanse • Kompetanseutveksling/legevaktbiler i samarbeid med kommunene • Legebil i Skien • Formålstjenlige IKT-løsninger • Kostnadseffektiv ressursutnyttelse
<p>3 Vel fungerende akuttmottaksfunksjoner for somatikk, rus og psykiatri</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Etablere løsninger i tråd med Nasjonal faglig retningslinje for Somatiske akuttmottak • Innfri vedtatte mål i OU-prosjekt for Akuttsenter Skien. • Opprettholde to somatiske Akuttmottak med normert kvalitet og kompetanse • Akutfunksjoner for rus og psykiatri
<p>4 Akuttmedisinsk tilbud inne i sykehuset (Skien/Notodden)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • AK24 kapasitet i tråd med nasjonale anbefalinger (Skien/Notodden) • Intensiv kompetanse og kapasitet i tråd med nasjonale anbefalinger (Skien/Notodden) • Vurdere nye teammottak • Flere standardiserte behandlingsløp for de vanligste akutte tilstandene • Adekvat geriatrisk tilbud til aktuelle pasienter • Redusere polyfarmasi og uønskede bivirkninger av medisiner, sørge for tilpasset, individualisert medikamentbruk i riktige doser • Diagnostisere kognitiv svikt og demens i tidlig fase og sette i gang tiltak for å forebygge skrøpeligheit

4.4.3 Alvorlige psykiske lidelser og rusproblem hos voksne

Framskrivningene indikerer at Sykehuset Telemark fremover må øke tilbudet til pasienter med en alvorlig psykisk sykdom. I tillegg er det en økning av pasienter dømt til tvunget psykisk helsevern som følge av endringene gjennomført i justissektoren de siste årene. Dette utfordrer døgnkapasiteten innen sikkerhetspsykiatrien og begrenser muligheten til å kunne ta imot pasienter med høy voldsrisiko som ikke er dømt til tvunget psykisk helsevern. Konsekvensene av for lav kapasitet kan gi en høy belastning i resten av behandlingsskjeden, med et mulig redusert tilbud til andre pasientgrupper. Investeringer innenfor dette området må prioriteres.

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

Tilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser og personlighetsforstyrrelser skal i hovedsak gis i allmennpsykiatrisk poliklinikk (DPS). Samtidig er det behov for å utvikle spesialisert behandlingsmetodikk og

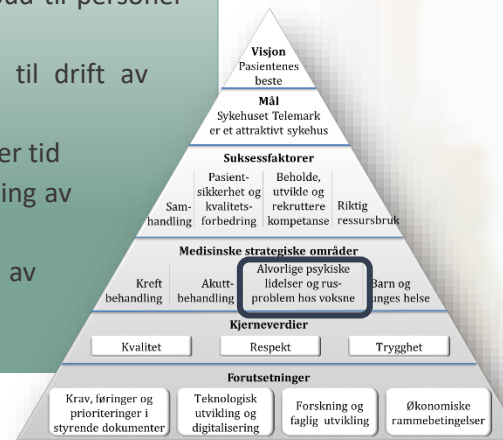
kompetanse innen disse fagområdene. Et spesialisert tilbud til pasienter med spiseforstyrrelser er planlagt opprettet. I tillegg vurderes opprettelse av team med særlig kompetanse innen personlighetsforstyrrelser.

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling har ansvar for behandling av pasienter med ruslidelser. Vi forventer et økt tilfang av pasienter med ruslidelser etter at Fritt behandlings valg avvikles ved utgangen av 2022. Framskrivningsdata for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) forventer i tillegg 37% økning i poliklinisk aktivitet fram mot 2040. Arbeidet med å samle lokale TSB poliklinikker under en ledelse, rekruttering av spesialister og kompetanseheving innenfor fagområdet vil fortsette i klinikken i perioden. Det må gjøres en behovsvurdering av økt døgnkapasitet i TSB i denne perioden, f.eks. en utredningspost for pasienter etter avrusning for avklaring av videre behandlingsbehov. Samarbeid med rusinstitusjoner i opptaksområdet som har avtale med Helse Sør-Øst må sikres. Innen utgangen av perioden bør godkjenning for utdanning av spesialister i rus- og avhengighetsmedisin være på plass ved Sykehuset Telemark.

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling jobber aktivt for økt samhandling med kommunene. Dette er forankret i Helsefelleskapet. Vi skal øke fokus på forskning gjennom deltagelse i flere prosjekter, samt internrekruttering til forskningsstilling. Det jobbes aktivt for å videreutvikle organisasjonen som en lærende organisasjon, med tilbakemeldinger til det kliniske miljøet på forbedringsområder. Vi ser også positivt på økt samarbeid med nærliggende sykehus.

Innen utgangen av strategiperioden skal vi ha oppnådd følgende:

- Økt behandlingsskapasitet inkludert økt døgnkapasitet knyttet til de alvorligste psykisk syke pasientene
- Økt bruk og utnyttelse av teknologi i samhandling med pasienten
- Etablert et spesialisert tilbud til pasienter med spiseforstyrrelser
- Avklaring av behovet for spesialisert tjenestetilbud til personer med personlighetsforstyrrelser
- Etablert samhandling med kommunen knyttet til drift av «småhus»
- Minst tre pågående forskningsaktiviteter til enhver tid
- Avklaring av behovet for en døgnpost for utredning av pasienter med ruslidelser
- Sykehuset Telemark er godkjent for utdanning av spesialister i rus- og avhengighetsmedisin



Innsatsområder	Aktiviteter/Tiltak
<p>1 Kompetanse/personell</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sykehuset Telemark som utdanningsinstitusjon – Klinik for psykiatri og rusbehandling; et godt sted å lære • Faglig utvikling – Kompetanseplaner som gir god faglig utvikling • God rekruttering LIS-psykologer-sykepleiere og vernepleiere • Kompetanseutvikling gjennom et helt yrkesliv – Etter og videreutdanning for alle
<p>2 Kvalitet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evidensbasert praksis – Evidensstyrt fagutvikling og - behandling • Tvangsbegrensning – En helsetjeneste med fokus på riktig bruk av tvang • Systematisk bruk av tilbakemeldingsverktøy – Behandling gis i samråd med pasientene • Sammenheng i hjelpetilbudet – Vi har alle et ansvar- Sammenhengende behandlingsforløp. • Brukermedvirkning – Brukermedvirkning med felles mål • Somatisk helse – Psykisk helsevern og rusbehandling i et livsløpsperspektiv
<p>3 Samhandling</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Klare avtaler – Videreføre og videreutvikle forpliktende avtaler for pasientbehandling • Tydelige roller og ansvar • Felles kompetanseløft med kommunene • Pasienter som felles ansvar • Forebygging av selvmord – Felles forståelse og godt samarbeid mellom kommuner, spesialisthelsetjeneste og brukerorganisasjoner. Forpliktende oppfølging og tryggere tjenester. • Samarbeid med politi og ambulansetjeneste

Innsatsområder	Aktiviteter/Tiltak
<p>4 Kapasitet og samfunnsutvikling</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sikkerhetspsykiatri – Døgnplasser dimensjonert for å ivareta dagens og fremtidens behov. Nytt bygg eller ombygging/tilpasning av eksisterende bygningsmasse ferdigstilt innen 2026. STHF viderefører et tydelig fokus på sikkerhetspsykiatri • Med dom til behandling – En sikkerhetspost som ivaretar behov for behandling og omsorg for personer dømt til behandling • Sikkerhetspasienter i et samfunnsperspektiv – Småhusprosjektet. Felles innsats med kommunene for et bedre liv. Videreutvikling av sikkerhetsseksjonens poliklinikk. Pasientsikkerhet og samfunnsvern i fokus • Behov for økt kapasitet for å ivareta alvorlig syke – En tilpasset døgnavdeling for fremtiden. Lukkede døgnplasser; Kapasitet og bygningsmasse tilpasset samfunnets forventninger og krav, ønsket ferdigstilt innen 2026.
<p>5 Forskning, utvikling og bruk av digitale tjenester</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bruk av helsefremmende teknologi innen psykisk helsevern – eMestring, VR-teknologi og medisinsk simulering. Innføring av sensorteknologi. Digitale konsultasjoner både internt og med pasienter. Deltagelse i utvikling av pasientinformerte behandlingsløp og god bruk av PROM. • Forskning – Mot et mål om en årlig økning av pasienter inn i kliniske behandlingsstudier med 15 % • Bruk av digitale måleinstrumenter – Videre implementering og utvikling av digitale kliniske støtteverktøy knyttet til alle faser av behandlingsforløpet. Digital skjemabasert oppfølging og monitorering

4.4.4 Barn og unges helse

Satsing på barn og unge er viktig. Sett i et livsløpsperspektiv kan tidlige og riktige tiltak gi barn og unge bedre prognose, ha forebyggende effekt og være avgjørende for å få flest mulig i arbeidslivet i fremtiden.

Sykehuset Telemark mener en organisering på tvers av fagområder, med felles bruk av fagkompetanse og bedre samordning av ressurser, gir et bedre tilbud til barn og unge, samt deres pårørende. Vi jobber utfra et familieperspektiv og vårt mål er at pasienten og familien skal oppleve et helhetlig tilbud med høy kvalitet som gir mestring av eget liv og som tar utgangspunkt i deres ønsker og behov. Utvikling av digitale helsetjenester for barn og unge vil være et viktig bidrag for bedre samhandling med barn og deres pårørende i spesialisthelsetjenesten og mellom tjenestenivåer.

Barne- og ungdomsklinikken ønsker å ha fokus på å beholde, utvikle og rekruttere medarbeidere, særlig lege- og psykologspesialister.

Tilbudet til barn og unge er avhengig av et velfungerende samarbeid med kommunehelsetjenesten. Det er også viktig at det jobbes bedre sammen på tvers av forvaltningsnivåene med mål om å etablere bedre tilbud og oppfølging av pasientene i hjemmet. Gode samhandlingsmodeller er viktig innenfor somatikk, habilitering og psykisk helsevern, både når det gjelder innleggelse og poliklinisk behandling og ved overgangen fra barn til voksen. Helsefellesskapet anses som en viktig arena for samhandling.

Innen utgangen av strategiperioden skal vi ha oppnådd følgende:

- Beholde, utvikle og rekruttere dyktige fagpersoner som leverer spesialisthelsetjenester til barn og unge av god kvalitet
- Økt kvalitet og pasientsikkerhet
- Utviklet robuste fagmiljøer
- Gode og sømløse pasientforløp i samhandling med kommunale helse- og omsorgstjenester slik at barn og unge opplever en tilpasset, helhetlig og sammenhengende tjeneste av god kvalitet.



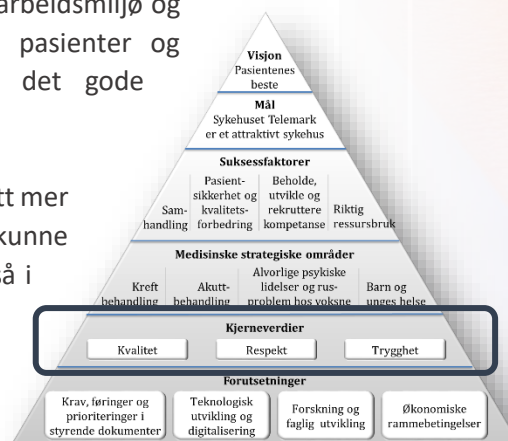
Innsatsområder	Aktiviteter/Tiltak
<p>1 Beholde, utvikle og rekruttere dyktige fagpersoner som leverer spesialisthelsetjenester til barn og unge av god kvalitet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetanseutvikling for ansatte • Gode spesialiseringssløp • Heltidskultur • God kvalitet på annonser
<p>2 Økt kvalitet og pasientsikkerhet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ventetiden for barn og unge er i tråd med nasjonal målsetting • Utvikling av digitale helsetjenester for barn og unge • Utdanne minst to team i forbedringsarbeid i løpet av planperioden
<p>3 Utviklet robuste fagmiljøer</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Samlokalisere seksjoner i klinikken (bl.a. BUP bygg) til mer tilpassede lokaler som ivaretar pasientsikkerhet samt et større fagmiljø som gir bedre kvalitet • Økt forskning og publiserte artikler • Videreutvikle samarbeid på tvers av somatikk, habilitering og psykisk helsevern for å gi et helhetlig pasienttilbud til barn og unge
<p>4 Gode og sømløse pasientforløp i samhandling med kommunale helse- og omsorgstjenester slik at barn og unge opplever en tilpasset, helhetlig og sammenhengende tjeneste av god kvalitet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dialog med kommunene rundt rett pasient til riktig tid og riktig tjeneste • Aktivt bruk av helsefellesskapet • Videreutvikle gode pasientforløp i samhandling med kommunale helse- og omsorgstjenester

4.5 Kjerneverdier – Kvalitet, Respekt, Trygghet

Den neste byggesteinen i rammeverket er våre kjerneverdier kvalitet, respekt og trygghet. Dette er verdigrunnlaget til Sykehuset Telemark og den nasjonale spesialisthelsetjenesten. Verdiene beskriver hvordan ansatte ved sykehuset skal opptre og utføre arbeidet i møte med pasienter, pårørende, kollegaer, studenter, eiere, samarbeidspartnere og omgivelsene forøvrig. Etterlevelse av våre kjerneverdier vil ligge til grunn uansett hvilke strategiske mål som blir valgt og skal prege gjennomføringen av strategien.

Ved å leve etter verdigrunnlaget vil vi oppnå et godt arbeidsmiljø og en sterkere motivasjon i arbeidet. I møtet med pasienter og pårørende skaper vi de gode opplevelsene og det gode omdømmet.

Gjennom ærlig og åpent samarbeid og vilje til å gjøre litt mer enn det som forventes av oss, vil Sykehuset Telemark kunne fortsette å utforske nye muligheter og sikre at vi også i fremtiden kan gi befolkningen i Telemark en trygg og god spesialisthelsetjeneste.



4.6 Forutsetninger

Forutsetningene er definert som fundamentet for arbeidet vårt og beskriver hvilke rammer virksomheten har. Blant disse finner vi de krav og føringer som helseforetaket må forholde seg til. Herunder er de økonomiske rammebetingelsene, samt krav, føringer og prioriteringer som er gitt i styrende dokumenter, og de faglige og teknologiske forutsetningene.

4.6.1 Krav, føringer og prioriteringer i styrende dokumenter

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

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

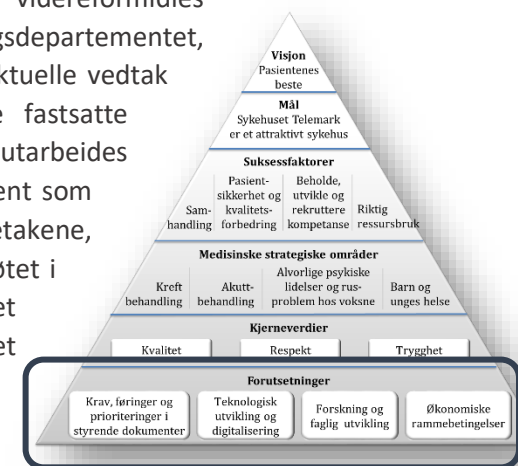
Regional utviklingsplan 2035 baserer seg på utviklingsplanene fra helseforetakene i regionen og peker på ønsket utvikling på kort sikt og

frem mot 2035. Planen omhandler viktige trender og drivere for endring i helsetjenesten i årene som kommer.

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

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

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



disse dokumentene ligger til grunn for helseforetakenes rapportering i Årlig melding.

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

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

4.6.2 Teknologisk utvikling og digitalisering

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

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

I tillegg foreligger det planer for gjennomføring av et stort antall regionale og lokale prosjekter som innebærer ny og oppgradert funksjonalitet innen sentrale deler av sykehusets virksomhetsområde. Dette stiller store krav

til kapasitet og kompetanse, både fra Avdeling for Teknologi og e-Helse og øvrige mottakende deler av sykehuset. For å sikre realisering av gevinster og nytte fra teknologiprojektene er det behov for å ha mer fokus på organisasjonsutvikling, endringsledelse og gevinstrealisering ved innføring av ny teknologi. Videre må «Teknologiprojektene» i større grad koordineres mot tjenesteutviklingen i sykehuset. Målrrettede og bevisste teknologivalg vil bedre pasientenes helsetjeneste og styrke sykehusets drift.

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

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

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

For å sikre vellykket prosjektgjennomføring, er helhetlig porteføljestyring essensielt for måloppnåelsen. Sykehuset Telemark har derfor etablert tett samarbeid med Helse Sør-Øst i denne sammenheng. Dette innarbeides i størst mulig grad i regionale prosesser og prinsipper i egen virksomhet. I

dette arbeidet legges det særlig vekt på kompetansebygging innen prosjektmetodikk, samt fokus på etablering og etterlevelse av prosesser for gevinstuttak.

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

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

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

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

4.6.3 Forskning og faglig utvikling

Under de faglige forutsetningene ligger parametere som

- Kvalitet og pasientsikkerhet
- Nasjonale faglige retningslinjer, andre faglige krav og anbefalinger
- Kunnskapsbasert praksis
- Kompetanse og robuste fagmiljø
- Forskning

Å kunne ta i bruk ny kunnskap på en trygg og hensiktsmessig måte er viktig for den medisinske kvaliteten i behandlingen. Dette krever kunnskap om ny forskning, faglige retningslinjer og metoder. Når ny kunnskap og erfaringsbasert praksis skal tas i bruk, må vi sørge for at det skjer på bakgrunn av gode evalueringer av hva som vil være nyttig for pasientene våre. Vi skal vurdere risiko for uønskede hendelser, behov for kompetanse og økonomiske konsekvenser.

Sykehuset Telemark har gjennom flere år arbeidet målrettet for å styrke forskningsfeltet og øke forskningsaktiviteten. Forskningsproduksjonen til sykehuset har de siste årene vært relativt stabil, med 50-60 internasjonale, fagfelleverderte, vitenskapelige artikler og gjennomsnittlig 2-3 doktorgrader per år. Mange nye forskningsprosjekter ble igangsatt i 2020 og 2021. De nye prosjektene er delvis finansiert med interne forskningsmidler, men viktigst for oppstart av nye prosjekter har vært den betydelige økningen i eksterne forskningsmidler fra privat donasjon, Helse Sør-Øst og Forskningsrådet (NFR).

Sykehuset Telemark har hatt stort fokus på å gi flere pasienter tilbud om deltakelse i kliniske behandlingsstudier i henhold til føringer gitt i Nasjonal handlingsplan for kliniske studier (2021-2025). En stor internasjonal klinisk multisenterstudie ble startet i september 2021 (PARASTOP-studien). For å imøtekomme de nasjonale føringene, samt Riksrevisjonens forslag til tiltak for å gjøre norske sykehus mer attraktive for kliniske

studier, har forskningsavdelingen styrket infrastrukturen og ansatt en ny forskningsrådgiver med ansvar for å koordinere kliniske studier.

Sykehuset har 25 pågående doktorgradsprosjekter og en målsetning om å øke antall PhD-prosjekter ytterligere de neste årene. Dette, sammen med gjennomførte tiltak for å øke deltakelsen i kliniske behandlingsstudier, gir forventninger om større publikasjonsvolum og flere forskningspoeng de kommende årene.

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

Sykehuset Telemark har etablert fem forskningsgrupper, flere akademiske bistillinger ved Universitetet i Oslo og lokale forskerstillinger for prosjektledere, forskningsveiledere og forskningsgruppeledere. Gruppene er etablert for å skape større og mer robuste miljøer, med mål om at alle forskere ved sykehuset skal tilhøre en forskningsgruppe.

For å yte bedre forskningsstøtte til alle pågående prosjekter og forskningsgruppene har vi utvidet tilgangen til vitenskapelig litteratur gjennom fagbiblioteket. Forskningsavdelingen har bygget opp sitt prosedyreverk og kvalitetssystem, økt kompetansen i personvern innen forskning og statistiske analyser. Det skal tilsettes en IKT-rådgiver for forskning og innovasjon som skal videreutvikle og forvalte alle de nye regionale IKT-løsningene for forskning og tjenesteinnovasjon og digitalisere det nasjonale medisinske kvalitetsregisteret Gastronet.

Sykehuset Telemark har økt ressurser til forskning fra 0,5 % til ca 1 % av det totale driftsbudsjettet i løpet av siste fem år. Den økte satsningen er i henhold til forskningsplanen. Sykehuset Telemark har en ambisjon om at forskningsaktiviteten ved Sykehuset Telemark skal være på samme nivå som andre sammenlignbare helseforetak i Helse Sør-Øst. Forskning er et viktig premiss for nå sykehusets ambisjon om å være et attraktivt sykehus.

4.6.4 Økonomiske rammebetingelser

Sykehuset Telemark finansieres gjennom årlige inntektsrammer fordelt via den regionale inntektsmodellen og via innsatsstyrt finansiering (ISF). I tillegg til å finansiere løpende drift må sykehuset over tid skape et positivt økonomisk resultat for å finansiere lokale investeringer (bygg, utstyr osv) og videreutvikling av tjenestetilbudet.

Sykehuset Telemark har utarbeidet en økonomisk langtidsplan 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. Her legges det opp til årlig økonomisk overskudd på 60, 60, 40 og 40 millioner kr. for perioden 2023-2026. Det forutsettes

ytterligere forbedring av årsresultat etter at USS-prosjektet er gjennomført. Dette er nødvendig for å sikre økonomisk bæreevne til løpende investeringer og videreutvikling av tjenestetilbudet ved sykehuset også i årene etter USS.

Den økonomiske langtidsplanen ble utarbeidet under større usikkerhet enn i en normal situasjon, grunnet uklare langsiktige effekter av koronapandemien på foretakets drift. Denne usikkerheten har blitt forsterket og tydeliggjort i sykehusets budsjettprosess inn mot 2023. Sykehuset har i 2022 svakere økonomiske resultater enn forutsatt og i forslaget til statsbudsjett for 2023 er det tydelige signaler om strammere økonomiske rammer for spesialisthelsetjenesten i årene fremover. I sum vil dette gjøre det mer krevende å oppnå bærekraftige økonomiske resultater og det vil være behov for omstilling og tydelige prioriteringer både i drift og innenfor begrensede investeringsrammer.



Confidential, Pedersen, Tone, 22.12.2022 09:37:49

Drøftingsprotokoll

Sak til drøfting	Sykehuset Telemark Strategiplan 2023-2025, versjon 0.9
Møtedato	07.12.2022

Til stede på møtet

Fra de ansattes organisasjoner/ hovedverneombud	Anne Trønnes Borgen	Hovedverneombud
	Thor Helge Gundersen	Fagforbundet
	Johanne Haugan	Fagforbundet
	Arne Runde	Den norske legeförening
	Kristin Margrethe Ellingsvik Granstøl	Nito
Fra Sykehuset Telemark	Tom Helge Rønning	Administrerende direktør
	Annette Fure	Utviklingsdirektør
	Agnete Dalevoll	Rådgiver Utviklingsavdelingen

Sykehuset Telemark Strategiplan 2023-2025

Bakgrunn

Sykehuset Telemark er i prosess for å oppdatere sin strategi til å gjelde for tidsperioden 2023-2025. Strategien til Sykehuset Telemark er verktøyet vi benytter for å operasjonalisere den langsiktige utviklingsplanen. Strategien utarbeides for 3 år av gangen og tar for seg de områdene sykehuset må fokusere særskilt på i perioden for å trinnvis innfri de langsiktige målsettingene. Den skal også sikre at nødvendige tiltak initieres for å løfte frem de medisinske strategiske områdene og suksessfaktorene som kreves for å realisere målbildet.

Det er klare politiske signaler om at det vil bli strammere rammer for helseforetakene de kommende årene. Dette innebærer at helseforetakene i større grad enn tidligere også må prioritere noe ned. Disse perspektivene er ikke omtalt i strategiplanen.

Etter en omfattende prosess og flere innspillsrunder foreligger nå innstillingen til Strategi 2023-2025 for Sykehuset Telemark til drøfting.

Endelig strategi skal fremmes styret i Sykehuset Telemark til vedtak i desember 2022.

Kommentarer fra tillitsvalgte og hovedverneombud

- Da alle ikke var representert ble det presisert at det ikke vil bli avholdt et drøftingsmøte 2. Dette er det eneste drøftingsmøtet.
- Fagforbundet gav innspill at strategiplan burde vært enda mer konkret på oppgaveglidning.

- Fagforbundet ønsker en presisering at STHF har et ønske om å heve formal kompetanse for pre-hospital ansatte og at formal kompetansen kan dokumenteres for denne yrkesgruppen.

Konklusjon av drøfting

- Foretakstillitsvalgte og Hovedverneombud gir sin tilslutning til planen med kommentarer gitt i møtet.

Signering

07.12.2022

For Arbeidsgiver

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

Annette Fure
Utviklingsdirektør

Agnete Dalevoll
Rådgiver Utviklingsavdelingen

For Foretakstillitsvalgte/HVO

Anne Trønnes Borgen
Hovedvernombud

Thor Helge Gundersen
Fagforbundet

Johanne Haugan
Fagforbundet

Arne Runde
Den norske legeforening

Kristin Margrethe Ellingsvik Granstøl
NITO

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	14.12.2022

Type sak (sett kryss)						
Beslutning		Etterretning		Orientering	X	Tema

Sak: 108 - 2022

Overordnet HMS mål- og handlingsplan 2023

Hensikten med saken

HMS mål- og handlingsplan er et overordnet styringsdokument som angir mål og tiltak på prioriterte satsningsområder innen HMS arbeidet for STHF for 2023.

Målrettet og systematisk arbeid med forbedring innen HMS har stor betydning for utvikling av et velfungerende arbeidsmiljø. Et trygt og godt arbeidsmiljø bidrar positivt til pasientsikkerheten.

Forslag til vedtak

Styret tar overordnet HMS mål- og handlingsplan for 2023 til orientering og legger til grunn at virksomheten fortsetter et målrettet arbeid for forbedring innen HMS-området.

Skien, 6. desember 2023

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

HMS mål og handlingsplan legges årlig fram for forankring og godkjenning i AMU, direktørens ledergruppe og sykehusets styre.

2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

Overordnet HMS mål og handlingsplan STHF 2023 bygger på vedtatt plan og evaluering av resultater innen HMS for 2022. Arbeid med rullering av planen er gjennomført i samarbeid med HR og ledere og fagansvarlige innen de ulike HMS områdene som er omtalt. Resultater fra HMS mål og handlingsplan 2022 og annet relevant arbeid innen HMS vil oppsummeres i den kommende årsrapporten for HMS 2022.

3. Administrerende direktørs anbefaling

Administrerende direktør anbefaler styret å ta overordnet HMS mål- og handlingsplan for 2023 til orientering.

Vedlegg:

Overordnet HMS mål- og handlingsplan for 2023.

Overordnet HMS mål og handlingsplan STHF 2023

HMS handlingsplanen er et overordnet styringsdokument som angir årlige mål og tiltak på prioriterte satsningsområder innen HMS arbeidet for STHF.

Mål for det systematiske HMS-arbeidet ved STHF

Ledelse vedtar årlig prioriterte mål og satsningsområder for HMS arbeidet for sykehuset. Det etableres sentrale tiltak som skal bidra til måloppnåelsen og dette vil følges opp sentralt i løpet av året gjennom månedrapportering i AD-møter, rapportering til AMU, tertialrapportering, ledelsens gjennomgang og årsrapport HMS til ledelsen.

Mål og tiltak på alle nivå.

Alle ledere er ansvarlige for å gjennomføre risikovurderinger og sette egne mål innen HMS, og skal ta hensyn til overordnede mål og føringer i sine planer. Mål og tiltak for HMS arbeidet skal dokumenteres i HMS handlingsplanen i den enkelte seksjon, avdeling og klinikk og følges opp av den enkelte leder.

Overordnet HMS handlingsplan er delt inn i følgende hovedområder:

1. Mål og tiltak innen helse/ arbeidsmiljø
2. Mål og tiltak innen miljø og klima (Ytre miljø)
3. Mål og tiltak innen sikkerhet og sikkert arbeidsmiljø
4. Mål og tiltak innen HMS systemutvikling
5. Kurs og opplæringstiltak innen HMS

1. Mål og tiltak innen prioriterte satsningsområder for Helse/ arbeidsmiljø

1.1. IA-målene som omhandler sykefravær, ivareta personer med nedsatt funksjonsevne, hindra frafall fra arbeidslivet og økt avgangsalder

Mål og satsningsområder 2023	Forbedringstiltak	Tiltaks-ansvarlig	Gjennomførings ansvar	Måling/ dokumentasjon	Mål 2022/ Resultat 2022 (pr nov)
Sykefravær – mål 2023: 7,0%	Metoden for sykefraværsoppfølging - Tett på videreføres. Dette fordrer et tett samarbeid med NAV, hvor NAV har tildelt egne ressurser til STHF. Lederopplæring knyttet til sykefraværsoppfølging.	HR	Leder	Eli-sykefraværsrapportering, tertialrapport, årsrapport HMS	6,7%/ 8,5 %.
Inkluderingsdugnad: 5 % av de vi ansetter har hull i CV og nedsatt funksjonsevne	Rekruttering – eget punkt i stillingsannonser i WebCruiter, systematisk samarbeid med NAV om arbeidstrening og bevisstgjøring for ledere vedrørende dette.	HR	Leder	Årsrapport HMS	Resultat 2022: Det er ansatt 3 personer med hull i CV og 1 person med funksjons/yrkeshemming.

Mål 2023: STHF skal så langt det lar seg gjøre tilrettelegge for at arbeidstaker med nedsatt funksjonsevne får mulighet for å utføre sitt arbeid. Tilrettelegging plikten strekker seg til «så langt det er mulig» ut fra driftssituasjon.	Arbeidsutprøving på tvers av klinikker. Samarbeide med NAV for evt. virkemidler. Fokus på tilrettelegging så langt det er mulig for egne ansatte. Funksjonsvurdering kan gjennomføres av BHT.	HR	Leder	Tilretteleggings-tiltak ved lokal leder, årsrapport HMS	Resultat 2022: 5 ansatte har fått arbeids-utprøving utenfor egen seksjon.
Mål 2023: At arbeidstakere står lengst mulig i jobb til tross for helseplager	Vurdere mulighet for å tilby tidsavgrenset arbeidsutprøving ved henvendelse. Bruke muligheten i KLP midlertidig/delvis uføregrad.	HR	Leder	Tall fra KLP: antall på midlertidig/delvis uføregrad, årsrapport HMS	Resultat per november 2022: 30 ansatte fått innvilget uførepensjon. Per 18.11.22 har vi 124 ansatte i sykepleierordning , 12 sykehusleger og 239 i fellesordningen som mottar uførepensjon fra KLP.
Mål 2023: Avgangsalder 64 år /Snittalder AFP og 85-årsregelen.	Seniortiltak for medarbeidere fra 58 år, Samtale med alle medarbeidere over 58 år, Tilpasset arbeid, Seniordager fra 62 år	HR	Leder	Tall fra KLP, årsrapport HMS	Resultat 2022: 65,0 (AFP), 2021: 63,68 (AFP)

1.2. Arbeidsmiljøloven og lokalt forbedringsarbeid

Mål og satsnings-områder 2023	Forbedringstiltak	Tiltaks-ansvarlig	Gjennomføringsansvar	Måling/dokumentasjon	Mål 2022/ Resultat 2022 (pr. nov)
AML-brudd Fortsette arbeidet med fokus på reduksjon av aml brudd	Vurdere flere oppfølgingspunkter og mer målrettet fokus på enkelte typer AML-brudd. Opplæring og oppfølging av ledere for å registrere riktig, da mange brudd skyldes manglende/ufullstendig registrering i GAT	HR	Leder/ klinikkene	Månedlig enhets-rapport, Kvartals-rapport AMU, årsrapport HMS	Mål om reduksjon av AML brudd i 2022 har ikke blitt nådd grunnet manglende tilgang på vikarer og sykdom. Mål for 2023 er å sikre kvalitet og redusere antall brudd.
Forbedring Svarprosent over 90 %	Systematisk plan for informasjon, gjennomføring og oppfølging som involverer ledere, tillitsvalgte og ansatte. Målet er at resultatene fra undersøkelsen følges opp og at man har kontinuerlig fokus	HR	Leder	Resultat Forbedring	Resultat 2022: 82 %

	på arbeidsmiljøet gjennom hele året				
Influenza vaksinasjon, vaksinasjons-grad – 75 %	Systematisk plan for informasjon til ansatte og gjennomføring av vaksinasjon med bistand fra BHT.	HR	BHT	Rapportering til HSØ, årsrapport HMS	Resultat 2022: 68 % (pr. nov)

2. Mål og tiltak innen miljø og klima (Ytre miljø) 2023.

Felles «Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten» ble utarbeidet og vedtatt i 2021. Rammeverket beskriver felles klima- og miljømål, aktiviteter, organisering og samarbeid på tvers av regionene. Felles mål og indikatorer for 2022-2030 ble vedtatt i styret i Helse Sør-Øst RHF i november 2021, der spesialisthelsetjenestens mål er: Innen 2030 redusere CO2e-utslipp med 40%.

Felles klima- og miljømål i rammeverket bygger på FNs bærekraftsmål der 7 av målene er konkretisert med egne mål for spesialisthelsetjenesten. (Link til rammeverket).



Overordnet visjon er at «*Spesialisthelsetjenesten skal være ledende i sitt arbeid med miljø og bærekraft, og fremme god helse gjennom miljøvennlig drift.*»

Sykehusets overordnede miljømål for 2023 er tilpasset felles klima- og miljømål i rammeverket. Målene er satt for 2030 og tiltak vil årlig justeres i henhold til måloppnåelse.

Det enkelte fag- og tjenesteområde vil i tillegg kunne etablere og følge opp egne miljømål som bidrar til oppfølging av sykehusets miljøpolicy.

Mål 2023	Forbedringstiltak	Tiltaks-ansvarlig	Gjennomførings-ansvar	Måling/ dokumentasjon	Status resultat 2022 (pr. nov)
Mål 1: Redusere forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI).					
	Sikre kompetansen hos medarbeidere i arbeidsprosesser der det er fare for HAI <ul style="list-style-type: none"> - Basale smittevernrutiner - e-læring og kompetansepakker for de ulike gruppene 	Smittevern	Ledere/ Medarbeidere	HAI	Kontinuerlig arbeid
	6 årlige samlinger for smittevernkontakter	Smittevern	Leder	HAI	Pågå
	Innføre NOST (Nasjonalt verktøy for observasjoner av smittevern i helsetjenesten)	Smittevern	Leder/ observatører	HAI	Påbegynt
Mål 2: Andel produkter uten helse- og miljøfarlige stoffer skal være 75 prosent innen 2030					
Redusert bruk av helse og miljøfarlige kjemikalier:	Tiltak 2023: <ul style="list-style-type: none"> - Oversikt over bruk av helse- og miljøfarlige kjemikalier ved STHF (STHF/klinikknivå) - Systematisk opplæring i Eco online. - Oppdatere prosedyre for eksponeringsregister Lokale tiltak: <ul style="list-style-type: none"> - Innkjøp og bruk av miljømerkede (svanemerke etc.) kjemikalier 	Miljøkoordinatør med bistand fra yrkeshygieniker (BHT).	Miljøkoordinatør med bistand fra yrkeshygieniker (BHT). Leder	Oppdatert prosedyre for eksponeringsregister, Oversikt over STHF bruk av helse- og miljøfarlige kjemikalier i Eco online, Årsrapport HMS	Det er laget forbedret grunnlag (i HSØ) for uttak av oversikt over kjemikaliebruk. Gjennomført opplæring etter forespørsel i 2022. Plan for kurs Eco online 2023 etablert i læringsportalen.
Rent vann, redusere unøddig utslipp	<ul style="list-style-type: none"> • Utprøving fullskala anlegg for rensing av avløpsvann i samarbeid med Sustaintech 	Utviklingsavdelingen/ Eiendomsutvikling	Eiendomsutvikling		Gjennomført forarbeid for utprøving rensing av avløp i samarbeid med Sustaintech.
Redusere utslipp fra anestesigasser	Bestrebe å begrense legemidler for å unngå unødvendig utslipp: Tiltak 2023: <ul style="list-style-type: none"> • oversikt bruk av ulike anestesigasser og informasjon og dialog med fagmiljøene om miljøpåvirkning av de ulike gassene 	HMS koordinatør med aktuelle ledere		Gjennomført dialog om bruk av anestesigassene desfluran og sevofluran	Ikke startet
Økt fokus på miljøhensyn ved anskaffelser	Øke andel av lokale anskaffelser som har satt miljøkrav (og evt. livsløpsvurdering): Tiltak/ fokus i 2023: <ul style="list-style-type: none"> - Pådriver til miljøvennlige innkjøp og anskaffelser (krav til materialvalg, utslipp, energiforbruk etc.) - Øke kunnskapen om livsløpsperspektivet ved anskaffelser i samarbeid med sykehusinnkjøp. 	SSL/ Innkjøp og logistikk, innkjøper	SSL/Innkjøp og logistikk, Ledere	Årsrapport HMS	Det jobbes fra både sykehuset og sykehusinnkjøp med å sikre miljøkrav i anskaffelser. Det er pr i dag vanskelig å måle anskaffelser med tydelige miljøkrav.
Mål 3: Redusere energiforbruket med 20% og øke andelen gjenvinningskraft innen 2030					

Redusere unødig forbruk av energi.	Tiltak 2023: <ul style="list-style-type: none"> - Utarbeide en avhendingsplan for bygg - Følge opp krav til energi og miljø i alle byggeprosjekter. <p style="margin-left: 20px;">-</p> <p>Lokale energisparetiltak: Slå av lys, varme, PC-skjerm etc. og maskiner som ikke er i bruk</p>	Eiendomsforvaltning/ SSL	Eiendomsutvikling/ SSL	Oppfølging av energiforbruk, årlig energiforbruk rapporteres til HSØ, årsrapport HMS	Status 2022: Gjennomført utskifting av ventilasjonsanlegg
Øke andel gjenvinningskraft	Avvente HSØ policy og felles gjennomføringstiltak				Forventet avklart ila 2023
Mål 4: Andel polikliniske konsultasjoner over video og telefon skal være minimum 20% innen 2030.					
Øke andel video- og telefonkonsultasjon	Tiltak: <ul style="list-style-type: none"> - Oppfølging av krav i OBD på 15%. 	Ledergruppen	Leder	Månedlig oppfølging via ledelsesrapporten til ledergruppen ved STHF	Tall for okt. 2022: 12%
Mål 5: Redusere matavfall med 50% innen 2030					
Redusere matavfall	Tiltak 2023: <ul style="list-style-type: none"> - Informasjon – og holdnings-skapende arbeid for å redusere matavfall - Rett bestilling til rett pasient til rett tid iht. ernærings screening i DIPS - Øke andel av lokal kjøp av mat - Forbedret veiemetode for matavfall i samarbeid med innkjøp <p>Lokale tiltak iht. egen handlingsplan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tilpasset porsjonsstørrelse til pasientene - Bufe i kantine med betaling pr. hg - Mat til redusert pris ved kantines stengt 	SLL/ Avdeling ernæring, Leder ernæring	Leder – alle enheter	Matavfall måles og rapporteres sentralt kvartalsvis og årlig. Måles i kg for ST og pr. lokasjon, Årsrapport HMS	Redusere matavfall med årlig 10 %. 2019: 56 000 kg 2020: 57 000 kg 2021: 55 000 kg 2022: 48 000 kg (prognose)
Mål 6: Fossilfri virksomhet innen 2030 og redusert reisevirksomhet for medarbeidere					
Redusere klimagassutslipp fra transport:	Sentrale tiltak 2023: <ul style="list-style-type: none"> - Optimalisere bruk av sykehusets biler/ el-biler med nytt elektronisk dokumentasjonssystem fra januar 2023 - Mål å utvide ladekapasitet for el-biler i 23/24 - Optimalisere pasienttransport med bl.a. samkjøring (pasientreiser) <p>Lokale transportsparetiltak: <ul style="list-style-type: none"> - Skype møter </p>	SSL/ Transport / HMS koordinatør/pasientreiser	SSL/ Transport,	Årlig rapportering til HSØ på sentral transportaktivitet. Årsrapport HMS. Lokale tiltak dokumenteres lokalt.	Status 2022: Utvidet med 1 el-bil i 2022. Optimalisering av bilpark pågår pr i dag manuelt. Samarbeidet om utvidet busstilbud for kollektivkjøring

	<ul style="list-style-type: none"> - Samkjøring/ kollektivkjøring - Oppfordre til å sykle til jobb 				
Mål 7: Miljøbevisste medarbeidere i alle enheter					
Informasjonskampanjer	Tiltak 2023: Jevnlige informasjonskampanjer på intranett, oppdatert internett og andre kanaler, informasjon om nytt rammeverk og nye miljømål	Fag-ansvarlige /HMS koordinat or/inform asjons- rådgiver	HMS koordinat or/Info.- rådgiver	Gjennomført: Informasjon på intranett og internett, andre informasjonskampanjer	Lite informasjon i 2022 pga. ettervirkning pandemi og ressursituasjon Resultat ForBedring 2022: 72%
Informasjon	Markere verdens miljødag 5.juni 2023	HMS koord. / info.- rådgiver	Info. rådgiver	Gjennomført markering	
Informasjon	Innlegg om klima og miljø på kvalitet, pasientsikkerhet og HMS konferansen 2023/ 2024	Fag-ansvarlige / HMS koord.	Fag-ansvarlige / HMS koord.	Ja/Nei	
Lokale miljøtiltak:					
Samhandling om miljømål	Samhandling om miljøtiltak på tvers av enheter og foretak. Samarbeid om miljøtiltak med eksterne samarbeids-partnere som kommuner og andre aktører.	Klinikkssjef SSL, Miljø-koordinat or, fagansvarlige,	Miljø-koordinat or, fag-ansvarlige og ledere	Årsrapport HMS	STHF v/SSL deltar i Klima - og energinettverk i Vestfold og Telemark fylkeskommune.
Redusere unødig forbruk av ressurser	Redusere unødig forbruk av forbruksmateriell, legemidler og medisinske forbruksvarer. Redusere sum varer utgått på dato fra sentrallager (SL) (unntatt beredskapslager). Mulige tiltak: <ul style="list-style-type: none"> - Riktig bestilling – bl.a. unngå produkter utgått på dato - Fokus på riktig mengde varer og oppfølging av hyllevarmere - Bytte forbruksvarer med andre avdelinger - Effektiv lagerstyring - Informasjon/holdningsskapende arbeid - Redusere andel ubrukt materiell bl.a. fra smitterom som går i smitteavfall. 	SSL/ sentrallager, alle ledere	Leder- alle enheter	Måle svinn fra sentral-lager (i kr). Lokale mål og tiltak - dokumenteres lokalt. Rapport på total avfallsmengde. Årsrapport HMS.	Status: Uttak av varer utgått på dato (svinn) fra sentrallager 2022 var 51 artikler med totalsum på 146.000 kr. som tilsvarer 2,14% av lagerbeholdningen. (En økning fra 2021 pga. utgåtte varer etter pandemien)

3. Mål og tiltak innen sikkerhet og sikkert arbeidsmiljø

Mål og satsning 2023	Forbedringstiltak	Tiltaks-ansvarlig	Gjennomføringsansvar	Måling/ dokumentasjon	Mål 2022/ resultat 2022 (pr. nov)
----------------------	-------------------	-------------------	----------------------	-----------------------	-----------------------------------

Vold og trusler: Mål 2023: Arbeidsgruppe for bruk av VR-briller og implementere avtale om sikkerhetstiltak.	Tilrettelegge for bruk av VR-briller og videreutvikling av metodikk. Gjøre nasjonal avtale om sikkerhetstiltak tilgjengelig.	Fagmiljø med HMS koordinator / SSL	Leder	Årsrapport HMS.	Prosjekt for innføring av systematisk arbeid med vold og trusler er ferdigstilt i 2022. Gjennomført opplæring på områder med forhøyet risikonivå i somatikken.
Strålevern: Implementere E-Læringskurs i strålevern (kurs i Læringsportalen) Definere mål iht. yrkesgrupper og strålevern-opplæring i Kompetanseportalen. Gjennomføring av kliniske revisjoner på ioniserende stråling.	Opplæringsplaner skal etableres alle steder for personell i målgruppen, dele veileder for informasjon om hvilke e-læringskurs, yrkesgrupper og intervall. Det skal gjennomføres kliniske revisjoner ved avdelinger som benytter ioniserende stråling i sitt arbeid	Nærmeste leder/ Strålevern-koordinator	Leder/ Strålevern-koordinator	Opplæring dokumenteres i kompetanseportalen. Kliniske revisjoner rapporteres i STHF årsrapport til Direktoratet for Strålevern og atomsikkerhet, DSA.	Mål om implementering av e-læringskurs i strålevern delvis innført, videreføres i 2023.
Brannvern: Re-etablere rapporterings-system for ettersyn/egenkontroll branntekniske installasjoner. Etablere ny versjon av enkelte opplæringspakker brannvern.	Re-lansere dokumentasjons-system for internkontroll av branntekniske installasjoner (i Lydia) til bruk for utsjekk/egenkontroll og dokumentasjon for brannvernansvarlige.	Brannvern- leder	Brannvern-ansvarlige	Dokumentasjon av egenkontroll i re-etablert system. Oppdaterte opplæringspakker oppdatert i kompetanseportalen.	Ikke ferdigstilt arbeid med re-etablert system for ettersyn/egenkontroll branntekniske installasjoner – videreføres 2023. Opplæringskrav implementert i kompetanseportalen.

4. Mål og tiltak innen HMS systemutvikling

Mål 2023	Forbedringstiltak	Tiltaks-ansvarlig	Gjennomførings ansvar	Måling/ dokumentasjon	Resultater 22
Alle seksjoner registrerer HMS tiltak og følger opp tiltak i egen HMS handlingsplan.	Alle enheter har etablert og fulgt opp tiltak i HMS handlingsplanen etter: Forbedring, vernerunde, miljømål, kartlegging/risikovurdering innen HMS (vold og trusler, arbeidsplaner), relevante tiltak i overordnet HMS handlingsplan.	HR	Leder	Oversikt/ rapport fra HMS handlings-plan verktøy. Årsrapport HMS	HMS-handlingsplan registrerer antall tiltak ikke antall aktive planer. Resultat sept. 2022: 321 tiltak totalt

					70 tiltak er ikke startet 22 tiltak er implementert 137 startet 3 arkivert
Tilrettelegge for gjennomføring av vernerunde i EQS i 2023. Tilrettelegge for gjennomføring av risikovurdering innen HMS i EQS.	Pilot for registrering av vernerunde i EQS i 2022 og implementering for alle enheter i 2023. Etablere mal for kartlegging og risikovurdering innen HMS områder som vold og trusler, arbeidsplaner etc. i EQS.	Kvalitetsavdelingen	HMS koordinatør	Rapport – statistikk HMS avvik. Oversikt risikoområder innen HMS. Årsrapport HMS	Innført EQS for systematisk kategorisering og oppfølging av uønskede hendelser innen HMS/ansatt/annet.
Den enkelte seksjon/enhet skal legge en plan for bruk av BHT i 2023 Mål 2023: Forbruk 5.650 timer i hht. plan	Plan for bruk av BHT ble revidert og gjennomgått i 2022. Skal følges opp i 2023. Smitteverntiltak og vaksinerings vil ha prioritet.	HR m bistand fra BHT	Leder	Årsrapport BHT/årsrapport HMS.	Plan for bruk av BHT ble revidert i 2022.

5. Kurs og opplæringstiltak innen HMS

Leder har ansvar for å påse at enhetens ansatte deltar på obligatoriske og nødvendige opplæringsaktiviteter, kurs og e-læringskurs innen HMS.

For oversikt over alle kurs og opplæringsaktiviteter se oversikt i læringsportalen.

HMS kurs Mål og satsning 2023	Innhold/ omfang	Tiltaks- ansvarlig	Gjennom- førings ansvar	Måling/ dokumentasjon	Status gjennomført 2022
HMS kurs for nye ledere, verneombud og AMU medlemmer	40-timers HMS-kurs for verneombud er slått sammen med HMS-kurs for ledere. Gevinsten er at ledere og verneombud får samme opplæringen. Det er planlagt som fire dagers kurs, med forelesninger, gruppearbeid og hjemmeoppgaver.	HR	HR / BHT	Antall deltakere	31 deltakere på obligatorisk 40-timers kurs i 2022
Verneombuds-samlinger	3 timer x 4 pr år.	HR / HVO	HR / HVO	Antall deltakere pr kurs	4 samlinger gjennomført
HMS seminar Mål: gjennomføres i løpet av høsten 2023.	Arrangere HMS seminar i 2023 for ledere og verneombud Gi tilbud om oppdateringskurs/fagsamling i	HR/HMS	HR/ HMS	Gjennomført HMS dag.	HMS seminar ikke gjennomført i 2021 og 2022.

	aktuelle HMS tema for alle ledere 1. halvåret.				
Gjennomføring av obligatoriske E-læringskurs HMS, Mål mht. bruk av kompetanseportalen kommer for 2023.	<ul style="list-style-type: none"> • Grønt sykehus (obligatorisk) • Håndhygiene (obligatorisk) • Brannvern (ikke obligatoriske fra 2020) • HMS nye ledere (obligatorisk) • Basale smittevernrutiner (for helsepersonell) • HMS innføring nye ansatte • Strålebruk for helsepersonell (obligatorisk årlig for alle som jobber med stråling) 	HR	Leder	Antall deltakere pr kurs Læringsportalen og kompetanseportalen	Leder er ansvarlig for oppfølging av kursgjennomføring for sine ansatte. Resultater 2022 i læringsportalen viser stor oppslutning om obligatoriske kurs.

Bedriftshelsetjenesten:

Ved behov for bistand fra Bedriftshelsetjenesten (BHT) bør tiltak innarbeides i den enkelte enhets HMS handlingsplan.

Oppdatering av planen:

HMS handlingsplanen vil kunne oppdateres ved aktuelle tilleggsoppdrag, som oppdrag og bestilling (OBD)2023.

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	14. desember 2022

Type sak (sett kryss)							
Beslutning	X	Etterretning		Orientering		Tema	

Sak: 109 – 2022

Valg av ansattvalgte styremedlemmer - Oppnevning av valgstyre

Hensikten med saken

Inneværende to-års valgperiode for de ansattvalgte styremedlemmer og varamedlemmer gjelder frem til og med 16. mars 2023. For kommende periode skal det velges ansattrepresentanter som styremedlemmer og varamedlemmer.

For å gjennomføre valget, skal det oppnevnes et valgstyre i henhold til egen «valgforskrift» fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Valgstyret oppnevnes av styret.

Forslag til vedtak

1. Ny valgperiode for ansattvalgte styremedlemmer er for 2 år med virkning fra 16.03.2023. Valgperioden tas til etterretning.
2. Styret oppnevner følgende valgstyre:
 - Ansattrepresentant Brita Bekkevold (Fagforbundet)
 - Ansattrepresentant Wenche Kongerød (FO)
 - Ansattrepresentant Ann Iserid Vik-Johansen (NSF)
 - Ansattrepresentant Birgit Kastet (NSF)
 - Ansattrepresentant Christoffer Neverdal (Legeforeningen)
 - Avdelingslederleder HR Sigrid Christie
 - Spesialrådgiver direktørens stab Tone Pedersen
3. Valgstyret oppnevner selv leder og nestleder
4. Styret legger til grunn at den praktiske valggjennomføringen følger samordningen innen Helse Sør-Øst.

Skien, 6. desember 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

Inneværende to-års valgperiode for de ansattvalgte styremedlemmene og varamedlemmene gjelder frem til og med 15.mars 23.

For å gjennomføre nytt valg skal det oppnevnes et valgstyre i henhold til egen «valgforskrift» fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Valgstyret oppnevnes av styret.

2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

De ansattes rett til å velge en andel av styrets medlemmer i det regionale helseforetaket er regulert i helseforetaksloven (lov 2001-06-15, nr 93), § 22 (§ 23 ad representasjon i et helseforetaksstyre). Gjennomføringen av valget er regulert i særskilt forskrift med hjemmel i helseforetakslovens §§ 22 og 23 (forskrift av 2002-11-15 nr 1287, sist endret 10.04.2018). I henhold til § 8 i forskriften skal valget organiseres og gjennomføres av et valgstyre, oppnevnt av styret for det regionale helseforetaket. Valgstyrets funksjoner er av formell og praktisk art, og det skal ikke selv foreslå kandidater.

Styrene for de underliggende helseforetak oppnevner tilsvarende valgstyre for gjennomføringen av valg av ansattvalgte medlemmer til eget styre.

Valgstyrets funksjon er initiativplikten og å påse at alle formalkrav i valgforskriften overholdes ved gjennomføringen av valgprosessen og fastsettelse av resultatet. Dette er viktig for å sikre et legalt valgresultat. Alle ansatte har individuell klagerett vedrørende gjennomføringen av valget. Fremmes klage som vinner fram, kan det medføre omvalg.

Parallelt med valget til det regionale helseforetakets styre, skal det gjennomføres tilsvarende valg av og blant de ansatte til styrene i hvert av helseforetakene. For å sikre en ryddig og kostnadseffektiv prosess samordnes disse valgene. Det må fastsettes felles valgdag for valgene i helseforetakene og det regionale helseforetaksvalget. Dato fastsettes formelt av de respektive valgstyrene og det legges til grunn at disse slutter seg til felles valgdato.

Valgstyret skal bestå av minst tre medlemmer og både ledelsen i helseforetaket og de ansatte skal være representert. Valgstyret skal ha en leder og en nestleder. Valgstyrene etableres parallelt i Helse Sør-Øst for å sikre informasjon og samordning. Det legges opp til samordnet valg til styret i Sykehuset Telemark HF og styret i Helse Sør-Øst RHF.

Valgstyrene ved helseforetakene må bistå det regionale valgstyret med gjennomføringen av valget til styret i det regionale helseforetaket. Det vil skje ved at valgstyrene ved helseforetakene får funksjonen som lokale «stemmestyre» i forhold til valget til styret i det regionale helseforetaket.

Helse Sør-Øst RHF skal stille sekretariatsfunksjon til rådighet for valgstyret og spesialrådgiver fra avdeling Personal og kompetanseutvikling i det regionale helseforetaket blir stilt til disposisjon som valgstyrets sekretær.

Ved Sykehuset Telemark har det vært vanlig å ha fire-syv medlemmer. Ved valget i 2021 bestod valgstyret av til sammen syv medlemmer. Sykehuset Telemark har ikke

varamedlemmer til valgstyret. Valgstyret har beslutningsmyndighet når minst tre av ansattrepresentantene og en av arbeidsgiverrepresentantene er til stede.

Med grunnlag i valgforskriften og arbeidet med å samordne den praktiske gjennomføringen i Helse Sør-Øst RHG, foreslås det å oppnevne et partssammensatt valgstyre med syv representanter. To av representantene er fra arbeidsgiver, og fem er representanter fra de ansatte. Valgstyret oppnevner selv leder og nestleder.

De tillitsvalgte og hovedverneombudet har blitt forespurt om å fremme forslag til medlemmer til valgstyret, og de har foreslått følgende fem medlemmer:

- Ansattrepresentant Brita Bekkevold (Fagforbundet)
- Ansattrepresentant Wenche Kongerød (FO)
- Ansattrepresentant Ann Iserid Vik-Johansen (NSF)
- Ansattrepresentant Birgit Kastet (NSF)
- Ansattrepresentant Christoffer Neverdal (Legeforeningen)

Administrerende direktør innstiller på følgende representasjon fra helseforetaket:

- Avdelingsleder i HR, Sigrid Christie
- Spesialrådgiver i direktørens stab, Tone Pedersen

3. Administrerende direktørs vurdering

Administrerende direktør anmoder styret om å oppnevne valgstyret som fremsatt i forslag til vedtak og at valgstyret konstituerer seg selv med leder og nestleder.

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	14. desember 2022

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

Sak: 110 – 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, 5. desember 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	14. desember 2022

Type sak (sett kryss)							
Beslutning		Etterretning		Orientering	X	Tema	

Sak: 111 – 2022

Status og oppfølging av styresaker i Sykehuset Telemark

Hensikten med saken

Saken gir oversikt over oppfølging av styresaker med vedtak som forutsetter særskilte tiltak.

Forslag til vedtak

Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styresaker til orientering.

Skien, 5. desember 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Vedlegg

- Oversikt over status og oppfølging av styresaker

Vedlegg til sak 112-2022 Status og oppfølging av styresaker i Sykehuset Telemark

Oversikten viser styresaker med vedtak, som forutsetter særskilte tiltak og status på disse.

Sak og dato	Vedtak/oppfølging	Tiltak	Status
030-2020 Administrerende direktør sin redegjørelse om situasjonen på sykehuset vedrørende koronaviruset <i>Møtedato</i> 18.5.2020	Styret viste til sykehusets økning i telefon- og videokonsultasjoner. Det ble reist spørsmål om sykehuset har gjennomført evaluering av denne type konsulentbehandling med hensyn til pasientsikkerhet, kvalitet og om ansatte, pasienter og pårørende er tilfredse med pasientbehandlingen. Styret ønsker at sykehuset gjennomfører evaluering av bruken av telefon- og videokonsultasjoner, som et ledd i sykehusets forbedringsarbeid.		Sykehuset Telemark har ikke foretatt en egen evaluering. I følge den regionale oversikter er andelen telefon/video-konsultasjoner 12,5 % for alle fagområdene samlet per oktober 2022. Det er noe variasjon mellom fagområdene. VOP ligger på 15 % og TSB viser 40 %. BUP har hatt en stor aktivitetsvekst de to siste årene, og andelen telefon- og videokonsultasjoner på 26 % har bidratt til høy aktivitet. Undersøkelser andre steder viser at en stor andel pasienter er svært fornøyd med telefon- og videokonsultasjoner. En spørreundersøkelse gjennomført av Helse Møre og Romsdal viser at 98 prosent av pasientene er fornøyde med digitale konsultasjoner, jfr. artikkel i Dagens medisin 98-prosent-av-pasientene-var-fornoyde-med-videokonsultasjon/
067-2021 Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2021 fra Helse Sør-Øst RHF <i>Møtedato</i>	Kommentarer i møtet Styret ba administrasjonen om informasjon om hvordan sykehuset legger til grunn utvikling av innsatsområde en <i>Behandling av psykiske lidelser og rusmiddelproblemer hos barn og unge</i> i Regional fagplan psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.	Planen under legges til grunn: <u>Plan for oppfølging og gjennomføring av regional fagplan for</u>	OK

Vedlegg til sak 112-2022 Status og oppfølging av styresaker i Sykehuset Telemark

Oversikten viser styresaker med vedtak, som forutsetter særskilte tiltak og status på disse.

Sak og dato	Vedtak/oppfølging	Tiltak	Status
22.09.2021	<p>Vedtak Styret tar «Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2021 for helseforetak og private ideelle sykehus i Helse Sør-Øst» til etterretning og ber om at styringsbudskap og styringsmål følges opp.</p>	<p><u>psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (helse-sorost.no)</u></p> <p>Vi kjenner ikke til om det er etablert en arbeidsgruppe i HSØ som utarbeider en standard for hvilken kompetanse.</p> <p>Helseforetakene / sykehusene skal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tilgjengelig tilbud 24/7 UPS har dette tilbudet • Vi har ikke en standard for bruk av ambulansetjeneste, men skal utarbeide dette • Faglig samarbeidsutvalg (FSU) barn og unge jobber med sammenhengende pasientforløp for barn og unges psykiske helse i kommune- og spesialisthelse- 	

Vedlegg til sak 112-2022 Status og oppfølging av styresaker i Sykehuset Telemark

Oversikten viser styresaker med vedtak, som forutsetter særskilte tiltak og status på disse.

Sak og dato	Vedtak/oppfølging	Tiltak	Status
		tjenesten. Samarbeidsavtaler er revidert og sendt videre til SSU.	
018-2022 Driftsorienteringer fra AD 25. mars 2022	1. Styret tar administrerende direktørs skriftlige og muntlige driftsorienteringer til orientering. 2. Styret ber om at det planlegges med en egen sak høsten 2022 med vekt på sykehusets plan for sommerferieavviklingen 2023.	Administrasjonen la frem sak 095-2022 Evaluering sommerdrift 2022 og sommerferieplanlegging 2023 I styremøte 26. oktober	OK
061-2022 Felles møte med brukerutvalget og styret 23. juni 2022	Kommentarer i møtet Styret og brukerutvalget var enige om å sette fokus på utfordringen med timeavlysninger/ikke møtt frem til felles møte i 2023.	Styret behandler temaet våren 2023. Temaet legges inn som orienteringssak i styrets årsplan for 2023 (planen vedtas av styret i styremøtet 14.12.22)	OK
089-2022 Forprosjekt Utbygging somatikk Skien – Status 26. oktober 2022	Kommentarer i møtet Styret ber om å få informasjon om kalkylen i styremøtet 14. desember. Styret ber om at prosjektets risikostyring og presentasjon av denne kvalitetssikres og forbedres i henhold til innspill gitt til prosjektleder i møtet.	Administrasjonen legger fram styresak 102-2022 Utbygging somatikk Skien – status i styremøte 14. desember	OK

Saksfremlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	14. desember 2022

Type sak (sett kryss)							
Beslutning	X	Etterretning		Orientering		Tema	

Sak: 112 – 2022

Styrets årsplan 2023

Som ledd i virksomhetsstyringen ved Sykehuset Telemark HF, i henhold til veilederen «Styrearbeid i regionale helseforetak» utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet punkt. 4.4, samt som ledd i forskriften «ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten» § 6 a), utarbeides det en plan for styrets arbeid for det enkelte år.

Denne saken omhandler styrets årsplan for 2023. Vedtatt møteplan 2023, jfr. styresak 035-2022 (*justert noe i etterkant*), danner utgangspunktet for årsplanen.

Årsplan 2023 arbeidstidfester styremøter, styreseminar og kjente foretaksmøter. Planen gir oversikt over de viktigste kjente sakene, som skal behandles i hvert av styremøtene. Ytterligere saker kan legges inn i løpet av året og en oppdatert årsplan vil derfor legges fram for styret i hvert styremøte.

Forslag til vedtak

Styret slutter seg til fremlagt årsplan for 2023.

Skien, 5. desember 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Vedlegg

- Styrets årsplan 2023

Styremøter 2023			
Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
Styremøte 15. februar Kl. 0900 – 1600 Direktørens møterom	<ul style="list-style-type: none"> • Godkjenning av innkalling og saksliste • Godkjenning av protokoll • Årlig melding 2022 • Forprosjekt Utbygging Somatikk Skien - B4 • Konsernrevisjonens rapport 09/2021 revisjonen Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester • Konsernrevisjonens rådgivning om bruk av tvang i psykiatrien • Fullmakter ved STHF 	<ul style="list-style-type: none"> • Driftsorienteringer fra AD • Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark (1) • Virksomhetsrapport per 3. tertial 2022 • Virksomhetsrapport per januar • Varslingsutvalgets årsrapport 2022 • Forskningsåret 2022 samt nytt fra forskning • Samdata 2021 • Styrets årsplan 2023 – oppdatert • Sommerferieplanlegging • Fritt behandlingsvalg – status og tiltak • Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring – status 2022/prioriteringer 2023 	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikasjon, intern og ekstern. Hvordan jobbes det og litt om utfordringsbildet
Styremøte 22. mars Kl. 0900 – 1600 Direktørens møterom	<ul style="list-style-type: none"> • Godkjenning av innkalling og saksliste • Godkjenning av protokoll • Årsregnskap og årsberetning 2022 • Protokoll fra foretaksmøte 17. februar og oppdragsdokument 2023 • Internrevisjon resultater 2022 og plan 2023 • Møteplan for styret 2024 	<ul style="list-style-type: none"> • Driftsorienteringer fra AD • Utbygging Somatikk Skien • Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark (2) • Virksomhetsrapport per februar • Sak om fag og kvalitet (I) • Status økonomisk langtidspan • Årsmelding 2022 Pasient- og brukerombudet i Telemark • Styrets årsplan 2023 - oppdatert 	<ul style="list-style-type: none"> • Brukermedvirkning Brukerutvalget kommer med en tilbakemelding slik at styret kan diskutere «hvordan styrke og utvikle brukermedvirkning ved sykehuset Telemark i 2023» • Styrets egenevaluering – lukket møte

Årsplan 2023 for styret i Sykehuset Telemark

Ajourført per 5.12.2022

Styremøter 2023			
Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
Styremøte 25. mai Kl. 0900 – 1600 Direktørens møterom	<ul style="list-style-type: none">• Godkjenning av innkalling og saksliste• Godkjenning av protokoll• Økonomisk langtidsplan 2024-2027• Styreinstruks og instruks for administrerende direktør i Sykehuset Telemark• Styrende dokumenter for Sykehuset Telemark HF i 2023• Oppnevning av medlemmer til brukerutvalget og valg av leder og nestleder for perioden 2023 – 2025	<ul style="list-style-type: none">• Driftsorienteringer fra AD• Utbygging Somatikk Skien• Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark (3)• Virksomhetsrapport per 1. tertial 2023• Virksomhetsovergripende prosjekter - status• Årsrapport 2022 HMS• Resultat ForBedring 2023• Uønskede pasienthendelser 2022 - statistikk og analyse (NOKUP)• Alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser 2022• Status tiltak med timeavlysninger/ikke møtt• Brukerutvalgets leders orientering• Helsefellesskapet i Telemark – årsrapport 2022• Styrets årsplan 2023 – oppdatert	
Styremøte 22. juni Kl. 0900 – 1600 Direktørens møterom	<ul style="list-style-type: none">• Godkjenning av innkalling og saksliste• Godkjenning av protokoll	<ul style="list-style-type: none">• Driftsorienteringer fra AD• Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark (4)• Utbygging Somatikk Skien - status• Virksomhetsrapport per mai 2023• Sak om fag og kvalitet (II)• Brukerutvalgets leders orientering• Styrets årsplan 2023 – oppdatert	<ul style="list-style-type: none">• Styrets felles møte med BU

Årsplan 2023 for styret i Sykehuset Telemark

Ajourført per 5.12.2022

Styremøter 2023			
Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
Styremøte 11. september Kl. 0900 - 1600 Direktørens møterom	<ul style="list-style-type: none">Godkjenning av innkalling og sakslisteGodkjenning av protokollProtokoll fra foretaksmøte 23. juniInnspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2024Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2023	<ul style="list-style-type: none">Driftsorienteringer fra ADUtbygging Somatikk Skien -Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark (5)Virksomhetsrapport per 2. tertial 2023Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvarStatus styringskrav i oppdrag og bestilling 2023 til STHFStyresaker i Sykehuset Telemark HF - status og oppfølgingStyrets årsplan 2023 - oppdatert	<ul style="list-style-type: none">Styrets egenevaluering – lukket møte
Styremøte 25. oktober Kl. 0900 - 1600 Notodden sykehus	<ul style="list-style-type: none">Godkjenning av innkalling og sakslisteGodkjenning av protokollÅrlig evaluering AD	<ul style="list-style-type: none">Driftsorienteringer fra ADUtbygging Somatikk Skien - StatusKvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark (6)Status budsjett 2024Virksomhetsrapport per septemberNasjonale kvalitetsregistre og kvalitetsindikatorerLedelsens gjennomgang 2023Evaluering sommerdrift 2023 og sommerferieplanlegging 2024Brukerutvalgets leders orienteringStyrets årsplan 2023 - oppdatert	<ul style="list-style-type: none">TemasakStyrets egenevaluering – lukket møte
Styremøte 23. november	<ul style="list-style-type: none">Godkjenning av innkalling og sakslisteGodkjenning av protokoll	<ul style="list-style-type: none">Driftsorienteringer fra AD	

Årsplan 2023 for styret i Sykehuset Telemark

Ajourført per 5.12.2022

Styremøter 2023			
Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
Kl. 0900 - 1600 Direktørens møterom		<ul style="list-style-type: none">• Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark (7)• Utbygging Somatikk Skien – Status• Virksomhetsovergrepene prosjekter - status• Virksomhetsrapport per oktober• Status budsjett 2024• Sak om fag og kvalitet (III)• Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring – status 2023/prioriteringer 2024• Helsefelleskapet i Telemark – fokus/status 2023• Brukerutvalgets leders orientering• Styrets årsplan 2023 - oppdatert	
Styremøte 13. desember Kl. 0900 - 1600 Direktørens møterom	<ul style="list-style-type: none">• Godkjenning av innkalling og sakliste• Godkjenning av protokoll• Budsjett 2024• Styrets årsplan 2024	<ul style="list-style-type: none">• Driftsorienteringer fra AD• Virksomhetsrapport per november• Utbygging Somatikk Skien - Status• Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark ((8)• Overordnet HMS mål- og handlingsplan 2024• Forskning• Styresaker i Sykehuset Telemark HF - status og oppfølging• Brukerutvalgets leders orientering	

Årsplan 2023 for styret i Sykehuset Telemark

Ajourført per 5.12.2022

Foretaksmøter og styreseminar:

Foretaksmøter: 17. februar og 23. juni

Styreseminar:

21. mars Sted: Administrerende direktørs møterom: Tema Ikke avklart

26. oktober Sted: Ikke avklart. Felles styreseminar for styrene i SiV og ST

13. desember Sted: Administrerende direktørs møterom; Årlig egevaluering av styrets arbeid og arbeidsform

Møteprotokoll

Styre: Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Hamar
Dato: Fredag 21. oktober 2022
Tidspunkt: Kl 09:15 – 15:00

Følgende styremedlemmer møtte:

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

Fra brukerutvalget møtte:

Aina Nybakke	Forfall
Odvar Jacobsen	

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Terje Rootwelt
Spesialrådgiver Hilde Jacobsen
Viseadministrerende direktør Jan Frich, konst. økonomi-direktør Line Alfarrustad, direktør innsatsteam bygg Hanne Gaaserød, direktør teknologi og e-helse Rune Simensen, direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø og konserndirektør Mona Stensby

Saker som ble behandlet:

113-2022	Godkjenning av innkalling og sakliste
-----------------	--

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og sakliste til styremøte 21. oktober 2022.

114-2022	Godkjenning av protokoll fra styremøte 22. september 2022
-----------------	--

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 22. september 2022 godkjennes.

115-2022	Virksomhetsrapport per september 2022
-----------------	--

Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapport for september 2022.

Kommentarer i møtet

Styret understreker at helseforetakene må klare å tilpasse driften med tanke på aktivitet og bemanning etter pandemien. Samtidig er det behov for en grundig gjennomgang av de økonomiske forholdene i regionen som følge av en endret budsjettsituasjon fremover.

Styret fastholder at tilbudet innen psykisk helsevern til barn og unge skal prioriteres, samt at tilbud innen psykisk helsevern for voksne skal opprettholdes på en god måte.

Styret tar til etterretning de utfordringer som adresseres på utdanningsområdet og viste for øvrig til behandlingen av styresak 121-2022.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar virksomhetsrapport per september 2022 til etterretning.

116-2022	Virksomhetsrapport for andre tertial 2022
----------	---

Oppsummering

Virksomhetsrapport per andre tertial 2022 omhandler status for styringsmålene 2022 for drift. Rapporten er bygget opp etter mal av Oppdragsdokument for 2022. Under særskilte tema omtales arbeid med å styrke psykisk helsevern, kvalitet og pasientsikkerhet samt klinisk forskning inkl. NorTrails. Sykehuspartner HF og de felleseide helseforetakene omtales i egne kapitler.

I tillegg inneholder tertialrapporten risikovurdering med tilhørende tiltaksliste.

Kommentarer i møtet

Det vises til kommentarer under behandling av sak 115-2022.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport for andre tertial 2022 til etterretning.

117-2022	Tertialrapport 2 2022 for regionale byggeprosjekter
----------	---

Oppsummering

Styresaken har som formål å redegjøre for status per andre tertial 2022 for de regionale byggeprosjektene i Helse Sør-Øst RHF.

I saken inngår en kort beskrivelse av prosjektene, og en vurdering av situasjonen med særlig henblikk på risikoområder og avvik.

Kommentarer i møtet

Styret viste til at drøftingsinnspill fra tillitsvalgte fremmer viktige perspektiver til styrets behandling av styresakene, men at det er en utfordring at drøftingsinnspillene kommer for sent til at de kan realitetsbehandles av styrets medlemmer i forkant av styremøtene. Styret ber om at administrasjonen sammen med de konserntillitsvalgte sørger for en saksbehandling som muliggjør utsending minimum 2 dager før møtet.

Styret er positive til at oppfølging av H-verdier er tatt inn i rapporteringen, men peker på at det er behov for en videreutvikling. Styret ber videre om at den samlede økonomiske risikoen for porteføljen av byggeprosjekter ivaretas i rapporteringen.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar status per andre tertial 2022 for regionale byggeprosjekter til etterretning.

118-2022	Oslo universitetssykehus HF – status prosjekt Rokade rivning av C1 på Rikshospitalet
-----------------	---

Oppsummering

Etablering av Nye Rikshospitalet medfører at noe av eksisterende bygningsmasse må rives for å gi plass til nye bygg. Dette gjelder i hovedsak en fløy (bygg C1) ved nytt hovedinngangsparti, samt deler av to andre fløyer (bygg B og D). Etablering av arealer for virksomheten som må flytte ut av de eksisterende byggene, er organisert som et rokadeprojekt. Rokadeprojektet gjennomføres av Oslo universitetssykehus HF, og skal ivareta virksomhetens samlede kapasitet gjennom byggefasen for Nye Rikshospitalet.

Denne saken gir en status for innhold og framdriftsplan for prosjekt Rokade rivning av C1 på Rikshospitalet. På bakgrunn av anmodning fra Oslo universitetssykehus HF anbefales videreføring av utredningsarbeidet innenfor omfanget av et forprosjekt, og at det legges til grunn en styringsramme for gjennomføringsfasen på 725 millioner kroner (P50-estimat, juni 2022-kroner). Beslutning om gjennomføring (B4-beslutning i henhold til *Veileder i tidligfasen for sykehusbyggprosjekter*) planlegges lagt fram for styret som egen sak 16. desember 2022.

Kommentarer i møtet

Styret ber om at administrasjonen i sak om beslutning om oppstart av gjennomføringsfasen redegjør for utviklingen av prosjektet fra inngåelse av lånesøknad og frem til behandling av forprosjektrapporten. Styret ber også om at planen for styringen av prosjektet beskrives i styresaken.

Styret la vekt på at Oslo universitetssykehus HF gjennom behandlingen av denne saken gis en foreløpig planleggingsramme for det videre utredningsarbeidet og ber om at dette presiseres i vedtakspunkt 2.

Styrets

V E D T A K

1. Styret tar status for Oslo universitetssykehus HF's prosjekt Rokade rivning av C1 på Rikshospitalet til orientering.
2. Styret viser til anmodning fra Oslo universitetssykehus HF i sak 75/2022, og godkjenner at utredningsarbeidet videreføres, og videre at det foreløpig legges til grunn en styringsramme for gjennomføringsfasen på 725 millioner kroner (P50-estimat; juni 2022-kroner).

3. Styret ber om at endelig rapport fra utredningsarbeidet forelegges styret for behandling før oppstart gjennomføring, samtidig med forprosjektet for Nye Aker og Nye Rikshospitalet.

Votering

Vedtatt mot 3 stemmer

Stemmeforklaring fra styremedlemmene Christian Grimsgaard, Lasse Sølvyberg og Kirsten Brubakk:

I saken gis det en fremstilling av at kostnader til rokade skal trekkes ut av Aker/Gaustad-prosjektet, at kostnadene skal legges til OUS, og at HSØ kan yte OUS et lån på 600 millioner til rokaden. Det er ikke gitt noen fyllestgjørende begrunnelse for hvorfor rokade skal tas ut av Aker/Gaustad-prosjektet. Det fremkommer i saken en plan om forsert rokade. Det beskrives at tiltakene ikke er forankret verken bygg-faglig eller i sykehuset.

Etter disse medlemmenes syn fremstår ikke saken som moden for beslutning. Medlemmene vurderer at behandlingen av forholdene som fremstilles i saksfremlegget bør skje i sammenheng med behandling av forprosjekt-rapporten og fremlegg av sykehusets bærekraftsanalyser.

119-2022	Status for arbeidet med endringer i regional inntektsmodell
-----------------	--

Oppsummering

Tidligere i år startet arbeidet med å revidere den regionale inntektsmodellen i Helse Sør-Øst, jamfør sak 056-2022 *Orientering om inntektsmodell og revidering av inntektsmodellen i Helse Sør-Øst*. I denne saken orienteres styret om status for det pågående arbeidet.

Kommentarer i møtet

Styret diskuterte bruk av den nasjonale Magnussen-modellen sett i forhold til den regionale modellen. Magnussen-modellen er en av flere referanserammer for vurderingene som gjøres i revideringen av den regionale inntektsmodellen. Valg av løsning må være transparent.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar redegjørelsen om status for arbeidet med revidering av inntektsmodellen til orientering.

120-2022	Regional utviklingsplan Helse Sør-Øst 2040 – status etter høringsrunde
-----------------	---

Oppsummering

Styret behandlet 27. april 2022 (sak 054-2022) høringsversjonen av Regional utviklingsplan 2040 for Helse Sør-Øst. Denne saken oppsummerer høringsinnspillene, og styret inviteres til å gi innspill før planen ferdigstilles og legges frem for styret i november 2022.

Kommentarer i møtet

Styret tar status for arbeidet med regional utviklingsplan til orientering og ber om at følgende områder omtales i den endelige planen:

- Ledelse
- Samarbeid med kommunene
- Sosial ulikhet i helse

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar sak om status for Regional utviklingsplan Helse Sør-Øst 2040 til orientering og ber om at innspill gitt i møtet tas med i utformingen av den endelige planen.

121-2022	Status «Regional delstrategi for utdanning og kompetanse»
----------	---

Oppsummering

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok 19. august 2021 (sak 084-2021) «Regional delstrategi for utdanning og kompetanse». Vedtaket i saken:

«Styret ber om at en sak om oppfølgingen av delstrategi for utdanning og kompetanseutvikling legges frem for styret høsten 2022 hvor det gis en status for tiltak og aktiviteter»

Det regionale helseforetaket har gjennom det siste året gjennomført en rekke tiltak og igangsatt ulike prosjekter som til sammen vil bidra til å nå målene i delstrategien.

Delstrategien er gjort gjeldende for helseforetakene i Oppdrag og bestilling for 2022. Helseforetakene deltar aktivt i en hel rekke prosjekter, noen pågående, andre som allerede er gjennomført. I tillegg ser en at delstrategien tydelig tas inn i helseforetakenes revisjonsarbeid med utviklingsplanene.

Kommentarer i møtet

Styret er tilfreds med det arbeidet som gjøres på dette området.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret i Helse Sør-Øst RHF tar den fremlagte statusrapport til etterretning og ber om at iverksatte prosjekter og tiltak videreføres som planlagt.

122-2022	Oppdatering av etiske retningslinjer
-----------------	---

Oppsummering

Alle ansatte i foretaksgruppen i Helse Sør-Øst og alle som handler på vegne av Helse Sør-Øst, skal opptre i tråd med allmenne etiske normer og etter gjeldende lover og forskrifter. De etiske retningslinjene i Helse Sør-Øst er en presisering av den allmenne etikken.

Kommentarer i møtet

Styret hadde enkelte merknader til utkast til etiske retningslinjer og ba om at disse tas med i ferdigstilling av retningslinjene.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret slutter seg til de etiske retningslinjene for Helse Sør-Øst, og ber om at de gjøres gjeldende for helseforetakene og de private ideelle sykehusene gjennom oppdrag og bestilling 2023.

123-2022	Regionale byggeprosjekter i gjennomføringsfase – finansiering og fullmakter (<i>unntatt offentlighet</i>)
-----------------	--

Saken ble behandlet i lukket møte jf. helseforetaksloven § 26a

Styrets vedtak fremgår i B-protokoll.

124-2022	Årsplan styresaker
-----------------	---------------------------

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker i 2022 og 2023 tas til orientering.

125-2022	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
-----------------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 20. og 21. september 2022
3. Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 19. september 2022
4. Brev til styret fra advokatfirmaet Bahus AS vedrørende nedleggelse av døgnenheten for spiseforstyrrelser ved Sørlandet sykehus HF
5. Brev til statsråd Ingvild Kjerkol fra ordførerne i Sør-Østerdal
6. Uttalelse fra Berg, Nordberg, Sogn og Tåsen Vel vedrørende styresak 117-2022
7. Drøfteprotokoll RHF-KTV datert 20. oktober 2022

Møtet hevet kl. 15:00

Hamar, 21. oktober 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: Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet
Dato: Fredag 18. november 2022
Tidspunkt: Kl. 09:00 – 15:00

Følgende styremedlemmer møtte:

Svein I. Gjedrem	Styreleder		
Nina Tangnæs Grønvold	Nestleder		
Kirsten Brubakk		Forfall	Vara: Irene Kronkvist
Christian Grimsgaard			
Bushra Ishaq			
Einar Lunde			
Harald Vaagaasar Nikolaisen		Forfall	
Peder Kristian Olsen			
Lasse Sølvsberg			
Kristin Vinje			

Fra brukerutvalget møtte:

Lilli-Ann Stendal
Odvar Jacobsen

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Terje Rootwelt
Spesialrådgiver Hilde Jacobsen
Viseadministrerende direktør Jan Frich, eierdirektør Tore Robertsen, konst. økonomi-
direktør Line Alfarrustad, direktør innsatsteam bygg Hanne Gaaserød, direktør teknologi
og e-helse Rune Simensen, direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø og
konserndirektør Mona Stensby

Saker som ble behandlet:

126-2022	Godkjenning av innkalling og sakliste
-----------------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret godkjenner innkalling og sakliste til styremøte 18. november 2022.

127-2022	Godkjenning av protokoll fra styremøte 21. oktober 2022
-----------------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Protokoll fra styremøte 21. oktober 2022 godkjennes.

128-2022	Virksomhetsrapport per oktober 2022
-----------------	--

Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapporten per oktober 2022 som er vedlagt saken.

Kommentarer i møtet

Styret understreker betydningen av at det skjer en tilpasning mellom aktivitet og ressursbruk med situasjonen før pandemien som referanse.

Styret tar til etterretning at pasientbehandlingen er under press som følge av den økonomiske situasjonen og legger vekt på at psykisk helsevern for barn og unge søkes skjermet for virkningene av dette.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport per oktober 2022 til etterretning.

Oppsummering

Administrerende direktør fremmer med denne saken forslag til fordeling av faste inntekter for 2023 til helseforetakene og de private ideelle sykehusene med driftsavtale, samt for det regionale helseforetaket. I saken fremmes videre forslag til reservasjon av likviditet til lokale og regionalt prioriterte investeringsprosjekter.

Saken er basert på styresak 030-2022 *Økonomisk langtidsplan 2023–2026 – planforutsetninger* og styresak 068-2022 *Økonomisk langtidsplan 2023–2026*, samt Helse- og omsorgsdepartementets budsjettproposisjon for 2023, Prop. 1 S (2022–2023).

Det tas et generelt forbehold om eventuelle endringer i inntektsforutsetningene som følge av Stortingets budsjettvedtak. Hvis Stortingets budsjettvedtak innebærer betydelige endringer i forhold til Prop. 1 S (2022–2023), vil administrerende direktør vurdere å legge fram en oppdatert budsjettsak.

Kommentarer i møtet

Styret viser til at premisser for styrevedtaket ikke hører hjemme som vedtak. Det vises til at de er omtalt i styresaken.

Styret ber om at det i punkt 5 i administrasjonens forslag til vedtak legges til at premissene for søknadsprosessen for tildeling av regionale forskningsmidler skal legges frem for styret for behandling på våren.

Styret presiserer at administrerende direktørs fullmakt gjelder fullmakt til å foreta mindre bevilgninger.

Det legges til et vedtakspunkt om at de administrative budsjettene for de felleseide helseforetakene skal være nominelt uendret. Eventuelle endringer til dette skal forelegges styret.

Styret ber administrasjonen vurderer det fortsatte behovet for ekstraordinære investeringer til vedlikehold ved Oslo universitetssykehus HF.

Styret understreker at det gitt den økonomiske situasjonen vil være krevende å signalisere at noen områder er prioritert. Som et eksempel er det mer dekkende å si at «en skal søke å skjerme psykisk helse for barn og unge».

Styrets

VEDTAK

1. Styret legger premisser, mål og prioriteringer som fremgår av Prop. 1 S (2022–2023) og *Regional utviklingsplan 2040* til grunn for budsjett 2023.

2. For å sikre økonomisk kontroll er det nødvendig med omstillingstiltak og at investeringsprosjekter som ikke er i forprosjektfase eller gjennomføringsfase, vurderes forskjøvet.
3. Styret godkjenner følgende fordeling av faste inntekter på 72 373 millioner kroner:

Faste inntekter 2023	I alt
Akershus universitetssykehus HF	9 054
Oslo universitetssykehus HF	15 208
Sunnaas sykehus HF	501
Sykehuset Innlandet HF	6 601
Sykehuset i Vestfold HF	4 290
Sykehuset Telemark HF	3 131
Sykehuset Østfold HF	5 576
Sørlandet Sykehus HF	5 818
Vestre Viken HF	7 927
Sykehuspartner HF	343
Betanien Hospital	109
Diakonhjemmet Sykehus	1 476
Lovisenberg Diakonale Sykehus	1 690
Martina Hansens Hospital	216
Revmatismesykehuset	65
Helse Sør-Øst RHF	10 366
I alt	72 373

(tall i millioner kroner)

4. Styret bevilger 663,6 millioner kroner til forskning og innovasjon i 2023. Summen inkluderer 336,2 millioner kroner fra det regionale helseforetakets eget budsjett. For fremtidige prosesser skal det legges frem en egen sak til styret om våren hvor rammene for søknadsprosessen behandles.
5. Helseforetakenes og sykehusenes inntektsrammer og krav vil bli endelig fastsatt i oppdrag og bestilling 2023.
6. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å:
 - Foreta eventuelle mindre budsjettkorrigeringer gjennom året, blant annet som følge av nye bevilgninger eller føringer fra eier, styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF, tekniske justeringer som følge av feilbudsjetteringer med videre.
 - Tildeler og korrigerer mindre ekstraordinær inntektsstøtte ved endrede forutsetninger innenfor budsjettåret.
7. Administrerende direktør har fullmakt til å prolongere avtaleinngåelser innenfor vedtatte prioriteringer og budsjett. Med mindre det foreligger særlige grunner som tilsier at administrerende direktør bør forelegge saken for styret, gjelder fullmakten også ut over det enkelte budsjettår når avtalen er en forutsetning for å videreføre ordinær drift. Herunder følger:

- Inngå avtaler om kjøp av helsetjenester fra private tilbydere i tråd med gjeldende prioriteringer og føringer.
 - Fatte beslutninger om forlengelse av eksisterende lisensavtaler knyttet til IKT-drift som er innarbeidet i budsjettet.
 - Oppta investeringslån fra Helse- og omsorgsdepartementet.
8. Byggeprosjekter i gjennomføringsfase og prosjekter som er tildelt lånefinansiering over statsbudsjettet, videreføres. Kapasitetsbehov vil være førende for styrets framtidige beslutninger om å videreføre prosjekter.
 9. Det reserveres inntil 900 millioner kroner til drift og investeringer i den regionale IKT-prosjektporteføljen. Videre reserveres likviditet til Sykehuspartner HF's investeringsbudsjett med inntil 942 millioner kroner.
 10. Likviditet til lokale investeringer i helseforetakene settes til 1 345 millioner kroner, hvorav 208 millioner kroner representerer likviditet til ekstraordinært vedlikehold av bygningsmassen.
 11. Det reserveres en regional resultatbuffer på 600 millioner kroner. Springen i det regionale helseforetaket øker fra 200 millioner kroner til 400 millioner kroner.
 12. Det forutsettes at de administrative utgiftene for de felleseide helseforetakene holdes nominelt uendret. Styret ber om å bli holdt orientert om eventuelle avvik.

Votering:

Saken ble vedtatt mot 3 stemmer

Protokolltilførsel fra styremedlemmene Lasse Sølvberg, Christian Grimsgaard og Irene Kronkvist: Representanten anser at det legges opp til et budsjett som vil bli for stramt for helseforetakene, og er bekymret for at «økonomisjokket» vil kunne medføre betydelig svekket tilbud til pasientgrupper. Mer press på ansatte vil kunne svekke evnen til å beholde og rekruttere ansatte, med ytterligere konsekvenser for drift og behandling. Representanten anser at regionen burde bidra til å dempe sjokket ved å endre profilen i budsjettet; redusere på bufferordninger og redusere inntektsveksten til RHFet. Denne representanten anser at trinnvis utbygging bør utredes for byggeprosjektene, i tråd med vedtaket fattet i behandlingen av økonomisk langtidspan.

130-2022	Innspill til statsbudsjett for 2024
-----------------	--

Oppsummering

I vedlegg 1 til foretaksprotokoll av 10. januar 2022 er det forutsatt at de regionale helseforetakene gir innspill til statsbudsjett for 2024 innen 1. desember 2022.

De fire regionale helseforetakene har i fellesskap vurdert aktivitetsbehovet for 2024 innen somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusmiddelbehandling (TSB). I tillegg omhandler innspillet fra de regionale helseforetakene noen overordnede tema av betydning for statsbudsjettet for 2024.

Det fremmes likelydende styresaker for de fire regionale helseforetakenes styrer.

Kommentarer i møtet

Styret ber om at administrasjonen i samråd med styreleder utarbeider et overføringsbrev hvor utfordringene knyttet til budsjettammer med i praksis nullvekst tydeliggjøres. Styret er bekymret for hva dette betyr for den offentlige helsetjenesten og risikoen for at prinsippet om likeverdig tilgang til helsetjenester svekkes.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret slutter seg til foreliggende vurderinger av aktivitetsforutsetninger for somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som innspill til statsbudsjett for 2024.
2. Styret ber videre om at følgende forhold vurderes nærmere i forbindelse med statsbudsjett for 2024:
 - Behov for økt basisbevilgning
 - Finansielle rammebetingelser
 - Forutsetningen om at vekst kan håndteres innenfor 80 prosent marginalkostnad
 - Behandlingshjelpemidler
 - Mål for miljø/klima
 - Legemiddelområdet
 - Utdanning
 - Beredskapsarbeid
 - Etablering av nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr
 - Investeringer
 - Endring av renteberegningsregimet for langsiktige lån
 - Underfinansiert kostnadsvekst
 - Avvikle ordning med egenandel for de regionale helseforetakene for driften av ordningen "dom til tvungen omsorg"
 - Driftsfinansiering av protonsentor i Helse Vest og Helse Sør-Øst

131-2022	Status og rapportering for regional IKT-prosjektportefølje per andre tertial 2022
-----------------	--

Oppsummering

Saken omfatter de styrevedtatte prosjektene i den regionale IKT-prosjektporteføljen. Det rapporteres på status for hvert prosjekt. Rapporteringen per prosjekt avsluttes når den aktuelle IKT-løsningen er innført ved de helseforetakene som omfattes av prosjektet.

Selve tertialrapporten rapporterer status per 30. august 2022. Viktige hendelser som har skjedd i porteføljen etter denne datoen, er beskrevet i dette saksfremlegget.

Kommentarer i møtet

Styret er positive til utviklingen i den regionale IKT-porteføljen. Styret ber samtidig om at administrasjonen ved neste rapportering redegjør nærmere for forholdet mellom de regionale prosjektene og risikoen som beskrives knyttet til den pågående moderniseringen av infrastrukturen.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar status per andre tertial 2022 for de styregodkjente prosjektene i regional IKT-prosjektportefølje til orientering.

132-2022	Rapport fra følgerevisjon av program STIM per 2. tertial 2022
-----------------	--

Oppsummering

Konsernrevisjonen gjennomfører en følgerevisjon av program for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering (STIM) hver tertial etter oppdrag fra styret i Helse Sør-Øst RHF. Denne saken oppsummerer følgerevisjonens resultater i 2. tertial 2022.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar rapport fra følgerevisjon av program STIM per 2. tertial 2022 til orientering.

133-2022	Status og rapportering andre tertial 2022 for programmet STIM og Windows 10-prosjektet, Sykehuspartner HF
-----------------	--

Oppsummering

Saken omhandler status og rapportering per andre tertial 2022 for programmet STIM (standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering) og Windows 10-prosjektet som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF. Rapporten ble behandlet i styret i Sykehuspartner HF 21. september, jf. styresak 083-2022 i Sykehuspartner HF.

Saken legges frem for styret i Helse Sør-Øst RHF for å holde styret orientert om status og fremdrift i programmet STIM og Windows 10-prosjektet.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar status og rapportering per andre tertial 2022 for programmet STIM og Windows 10-prosjektet, som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF, til orientering.

134-2022	Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst 2040
-----------------	---

Oppsummering

Styret behandlet høringsversjonen av Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst 2040 i styremøte 27. april 2022 (sak 054-2022) og oppsummering av høringsinnspillene i styremøtet 21. oktober 2022 (sak 120-2022). Saken legges frem for styret for endelig beslutning.

Administrerende direktør orienterte som del av sin innledning om innspill til regional utviklingsplan til bystyret Oslo kommune, behandlet av byrådet, som blant annet knyttet seg til digital samhandling, datadeling og behovet for styrket samarbeid. Administrasjonen foreslår å innarbeide disse områdene ved ferdigstilling av planen. Reviderte målbilder for de felleseide helseforetakene vil også innarbeides i planen. Formulering om grad av økonomisk kontroll justeres i tråd med den siste tids utvikling.

Kommentarer i møtet

Styret ber om at fremlegg fra byrådet i Oslo kommune til bystyret knyttet til digital samhandling, datadeling og behovet for styrket samarbeid innarbeides i regional utviklingsplan. Eventuelle ytterligere momenter etter Oslo bystyres behandling av innspillet følges opp i den videre oppfølgingen av planen.

Styret ber om at man for kommende regionale utviklingsplanprosesser også legger planer for hvordan planen skal operasjonaliseres og følges opp.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret gir sin tilslutning til Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst 2040 med de merknader som fremkom i møtet.

135-2022	Helseforetakenes tiltak for å fremme bedre bemannings- og ressursplanlegging
-----------------	---

Oppsummering

Saken handler om hvordan helseforetakene jobber med bemanningsplanlegging og mer optimal bruk av ressurser og kompetanse i helseforetakene.

Styret i Helse Sør-Øst har bedt administrasjonen om å foreta en kartlegging av helseforetakenes tiltak innen bemanningsplanlegging. Oppgaven ble gitt i forbindelse med

oppsummering av virksomhetsrapporteringen i november 2020. Direktørmøtet i Helse Sør Øst ba senere om at det i tillegg skulle ses på muligheter for å dele kunnskap om god bemanningsplanlegging.

Administrerende direktør har på denne bakgrunn gjennomført et samlet arbeid for å kartlegge status, utveksle erfaringer og dele kunnskap om helseforetakenes tiltak for å fremme bedre bemannings- og ressursstyring.

Oppsummert viser kartleggingen at arbeidet med bemanningsplanlegging har vært i en positiv utvikling over tid. Kartleggingen bekrefter en betydelig styrket ledelses- og ressursmessig prioritering av innsatsen på dette området. Samtidig dokumenteres også at det er et potensial for fortsatte forbedringer.

Denne saken gir styret en kort oppsummering av arbeidet som er gjennomført, og redegjør nærmere for de tiltakene som helseforetakene har sett særlig nytte av (sakens del I). I tillegg inneholder sakens del II forslag til videre arbeid for å fremme enda bedre bemannings- og ressursplanlegging.

Kommentarer i møtet

Styret tar den fremlagte kartleggingen av arbeidet med bemanningsplanlegging i helseforetakene til orientering og berømmer det arbeidet som er gjort.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret gir sin tilslutning til at det etableres et regionalt prosjekt som har til formål å utvikle felles rammeverk for hvordan det skal arbeide med ressursstyring på de ulike nivåene i regionen, inkludert organisering, ressurser og kompetanse
2. Styret ber om å bli holdt orientert om det videre arbeidet med å forbedre bemanningsplanlegging i Helse Sør-Øst

136-2022	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 april 2022.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak til og med september 2022 til orientering.

137-2022	Administrerende direktørs arbeidsavtale – lønnsregulering 2022
-----------------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Administrerende direktørs lønn per 1. januar 2022 reguleres med 3,8 %

138-2022	Oslo universitetssykehus HF – tomteerverv Nye Aker
-----------------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Saken ble behandlet i lukket møte jf. helseforetaksloven § 26a

Styrets vedtak fremgår i B-protokoll.

139-2022	Årsplan styresaker
-----------------	---------------------------

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker i 2022 og 2023 tas til orientering.

140-2022	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
-----------------	---

Kommentarer i møtet:

Styret ber om at det legges frem en egen sak for styret om Fritt behandlingsvalg etter at Stortinget har behandlet saken.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 19. og 20. november 2022
3. Brev fra Fred Heggen
4. Brev fra Bente Odner og Randi W-Erichsen
5. Bekymringsbrev vedrørende forskning og utdanning i Nye Aker og Nye Rikshospitalet
6. Brev fra Redd Ullevål sykehus
7. Brev fra Randi Rosenqvist
8. Drøfteprotokoll RHF-KTV 15.11.22
9. Brev fra Tom Gerner og andre
10. Brev fra Eirik Jacobsen
11. Brev fra lokale partilag i Nordre Aker
12. Brev fra borettslaget Øvre Sogn
13. Brev fra Helsepolitisk forum for hele Helse Sør-Øst og Redd Ullevål Sykehus
14. Brev fra Tor Winsnes

Møtet hevet kl. 14:40

Oslo, 18. november 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: Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet
Dato: Tirsdag 29. november 2022
Tidspunkt: Kl 15:00 - 18:00

Følgende styremedlemmer møtte:

Svein I. Gjedrem	Styreleder	
Nina Tangnæs Grønvold	Nestleder	
Kirsten Brubakk	Forfall	Vara: Irene Kronkvist
Christian Grimsgaard		
Bushra Ishaq		
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, konst. økonomi-
direktør Line Alfarrustad, direktør innsatsteam bygg Hanne Gaaserød

Saker som ble behandlet:

141-2022	Godkjenning av innkalling og sakliste
-----------------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret godkjenner innkalling og sakliste til ekstraordinært styremøte 29. november 2022.

142-2022	Oslo universitetssykehus HF – Nye Aker og Nye Rikshospitalet, orientering forprosjekt
-----------------	--

Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapport for september 2022.

Prosjektorganisasjonen for Nye Aker og Nye Rikshospitalet har i perioden januar 2021 til oktober 2022 utviklet forprosjektet for Nye Aker og Nye Rikshospitalet i henhold til mandat fra Helse Sør-Øst RHF. Arbeidet har som formål å utrede konseptet tilstrekkelig for å gi grunnlag for beslutning om gjennomføring av investeringsprosjektet (beslutningspunkt B4 iht. *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*).

«Forprosjektrapport for Nye Aker og Nye Rikshospitalet» er avgitt fra prosjektorganisasjonen i Helse Sør-Øst RHF. Rapporten ble behandlet av prosjektstyret for prosjektet 26. oktober 2022. Videre ble forprosjektet lagt fram til orientering for styret i Oslo universitetssykehus HF 28. oktober 2022, og legges fram for endelig behandling samme sted 2. desember 2022.

I denne saken gis styret en orientering om forprosjektets innhold, og historikk og bakgrunn for saken i Helse Sør-Øst RHF.

Til styremøtet 16. desember 2022 vil styret forelegges en beslutningssak for endelig behandling av forprosjektrapporten og videreføring av prosjektet til gjennomføringsfasen, forutsatt Kommunal- og distriktsdepartementets sluttbehandling av reguleringsplanen og endelig vedtak i regjeringen.

Kommentarer i møtet

Styret ba om at følgende forhold utredes nærmere før saken legges frem for beslutning:

- En realistisk beskrivelse av mål- og styringshierarki
- En vurdering av regionens samlede løfteevne
- En nærmere redegjørelse av gevinstrealisering og hvordan gevinster er identifisert, herunder en beskrivelse av hva gevinstrealisering betyr i praksis
- En redegjørelse av identifiserte miljøtiltak, herunder mulige besparinger ved å redusere miljø- og klimatiltak til den standard som er valgt for Livsvitenskapsbygget
- En omtale av nasjonale sykehusfunksjoner

- En redegjørelse for systemet for medvirkning og hvordan medvirkning er fulgt opp i Oslo universitetssykehus HF. Problemstillingen bes belyst gjennom noen eksempler på innspill som ikke har fått gjennomslag
- En ytterligere redegjørelse for en trinnvis utbygging
- En benchmark av kostnader med andre sykehusprosjekter
- En reell kuttliste som ses i sammenheng med prioriteringer av den samlede porteføljen av byggeprosjekter i Helse Sør-Øst
- En redegjørelse av hva som kommer i byggetrinn 1 og byggetrinn 2, sett opp mot blant annet overføring av bydel fra Ahus
- En oppdatert beskrivelse av den demografiske utviklingen blant annet som følge av økt innvandring

Styret ber, på et senere tidspunkt, om en generell drøfting av systemet for medvirkning i sykehus generelt og særlig i større byggeprosjekter.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar rapport og redegjørelse for forprosjekt Nye Aker og Nye Rikshospitalet til orientering.
2. Styret ber om at det legges frem en sak til styremøtet 16. desember 2022 om beslutning om gjennomføring.

Protokolltilførsel fra styremedlemmene Christian Grimsgaard, Irene Kronkvist og Lasse Sølberg: Medlemmene Grimsgaard, Kronkvist og Sølberg er særlig bekymret for manglene som er avdekket i forprosjektfasen, at en rekke forhold stadig er uavklarte, og at gevinstrealiseringsplanen fremstår som urealistisk. Det vises til konserntillitsvalgtes drøftingsinnspill, samt drøftingsinnspill ved behandlingen i Oslo universitetssykehus vedlagt saken. Prosjektet er uvanlig omfattende og komplisert, og risiko framstår som uforsvarlig høy, både for sykehuset og foretaksgruppen samlet. Manglende gevinster eller økte kostnader vil kunne medføre at sykehusene i regionen ikke vil være i stand til å gjøre nødvendige investeringer i bygg og utstyr i gevinstperioden.

Orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Tilsvar til brev «Bekymring vedrørende forskning og utdanning i Nye Aker og Nye Rikshospitalet»
3. Drøfteprotokoll RHF-KTV datert 27.11.22
4. Brev fra Redd Ullevål Sykehus
5. Brev fra Bente Odner og Randi W-Erichsen

Møtet hevet kl. 18:00

Oslo, 29. november 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:	1.september 2022
Møteleder:	Rita Andersen	Tid:	1000 – 1400
Referent:	Tone Pedersen	Sted:	Direktørens møterom
Deltakere:	Sykehuset Telemarks brukerutvalg - Gun Inger Heibø var med på Skype til lunsj Linda Charlotte Grunnreis, Pasient og brukerombud Vestfold og Telemark, kontor Skien Egil Rye-Hytten, brukerrepresentantregionalt brukerutvalg Tom Helge Rønning, administrerende direktør Per Urdahl, klinikkjef medisinsk klinikk Geir Olav Ryntveit, økonomidirektør, vedr sak 37-2022 Marte Bjørn Olsen, psykolog, vedr sak 40-2022 Ragnhild Helsing, overlege, vedr sak 40-2022 Anne Borge Kallevig, adm.konsulent, referent		
Favær:	Anne Iversen, Norges Handikapforbund (NHF) Sondre Otervik, A-larm Halfrid Waage, fagdirektør Anne Brynjulfsen, rådgiver klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling (KPR)		

Saksnr.	Sak
00-2022	Godkjenning av innkalling og sakliste <u>Vedtak:</u> Brukerutvalget godkjenner innkalling og sakliste.
36-2022	Godkjenning av protokoll fra 16. juni 2022 <u>Vedtak:</u> Brukerutvalget godkjenner protokoll fra brukerutvalgsmøte 16. juni 2022.
37-2022	Virksomhetsrapport per juli Saken ble presentert av Geir Olav Ryntveit, økonomidirektør Oppsummering juli – aktivitet, tilgjengelighet og kvalitet: <ul style="list-style-type: none"> • Antall pasienter på venteliste øker i juli • Antall pasienter passert planlagt tid på nivå med juni. Andel (12,9 %) er noe lavere • Målsetninger for ventetid (hittil i år) er oppnådd innenfor VOP og TSB. BUP har oppnådd målet siste tre måneder. Ventetid somatikk er fortsatt høy (61 dager) • Økende antall fristbrudd for både påstartet og ventende pasient. MATA flest brudd • Fortsatt høyt belegg også i juli. Samlet belegg 98 %, noe som er noe lavere enn foregående måneder • Samlet ISF-aktivitet i somatikken fortsatt som budsjettert og på nivå med 2019 • Fortsatt gode resultater for pakkeforløp kreft hittil i år, men juli isolert relativt svak

Saksnr.	Sak
	<p><i>Oppsummering juli – økonomi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Resultat for juli på -1,4 mnok mot budsjett +5,0 mnok. Avvik = - 6,4 mnok Lønnsoppgjør, overtid, innleie og FBV - viktigste enkeltårsaker • Koronaeffekter også i juli: ca. 1,6 mnok Reagenser/test-kit • Resultat per juli – 2,6 mnok vs. budsjett 35,0 mnok. Avvik= - 37,6 mnok • fortsatt sterk vekst innen Fritt Behandlingsvalg • betydelig høyere lønnsvekst enn forutsatt i budsjett • svært høyt aktivitetsnivå i pre-hospitale tjenester og akuttmottak • høyt belegg med krevende driftsituasjon i akuttpsykiatrien • prisvekst utover budsjett • Estimat for året er vurdert til 25 mnok (vs. budsjett 60 mnok), i hovedsak grunnet FBV og pris- og lønnsvekst utover KPI • Sykehuset har samlet mottatt og inntektsført 63 mnok i koronamidler for 2022 <p><u>Vedtak:</u> Brukerutvalget tar virksomhetsrapport per juli til orientering.</p>
38-2022	<p>Aktuelle orienteringer Saken ble presentert av Tom Helge Rønning, administrerende direktør.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Krevende år</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Starten av året - mye sykdom <ul style="list-style-type: none"> - Driften påvirket av at mange ansatte var sykemeldte ○ Økonomi <ul style="list-style-type: none"> - Høyere sykefravær enn normalt - Stor økning i ambulansetransporter - Mange innleggelser - Sommeren bedre enn fryktet - Høyt belegg første del av sommeren - God kommunikasjon og samarbeid med kommunene - Gode ordninger for de som jobbet ekstra - Budsjett 2022: + 60 mnok - Prognosen nå + 25 mnok - Jobbe med å normalisere - Redusere variable kostnader - Kontroll på ventelistene – redusere – prioritere riktig ○ Siste fase i forprosjektet <ul style="list-style-type: none"> - Sikre kvalitet og detaljere planene ○ Fastlegesituasjonen utfordrer driften på sykehuset.
39-2022	<p>Presentasjon av Notodden sykehus og STHF's andre lokasjoner Saken ble presentert av Tom Helge Rønning, administrerende direktør.</p>

Saksnr.	Sak
	<p><u>Oppsummering:</u></p> <p>Notodden sykehus gir lokalsykehusstilbud til befolkningen i 9 kommuner i øvre Telemark.</p> <p>Indremedisin, kirurgi/ortopedi med akuttberedskap og psykisk helsevern barn og voksne.</p> <p>I tillegg til Skien, Porsgrunn og Notodden har sykehuset lokasjoner på Stathelle, i Kragerø, Seljord, Vinje, Nordagutu og Rjukan.</p> <p>Muligheter og utfordringsbilde ble presentert</p>
40-2022	<p>Den nye behandlingsmetoden e-mestring, nettbasert for pasienter med depresjon, sosial angst og panikk lidelser</p> <p>Saken ble presentert av Marte Bjørn Olsen, psykolog og Ragnhild Helsing, overlege</p> <p><u>Oppsummering:</u></p> <p>Dette er et nytt behandlingstilbud i Telemark – velprøvd i mange andre helseforetak siden 2013.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hva er eMestring ? • Hvem kan det være bra for ? • Hva gjør man hvis man ønsker internettveiledet behandling ? • Brukererfaringer
41-2022	<p>Pasient- og brukerombudets orienteringer</p> <p>Saken ble presentert av Linda Charlotte Grunnreis, pasient og brukerombud Vestfold og Telemark, kontor Skien.</p> <p><u>Oppsummering:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Normal sommer • 30 nye saker vedr STHF <ul style="list-style-type: none"> – flest henvendelser fra psykiatri, og mye grunnet avslag Kirurgi og ortopedi – behandlingstiltak og oppfølging • Største utfordringen for tiden er fastlegeordningen – ekstremt trykk
42-2022	<p>Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark</p> <p>Genetikk</p> <p>Saken ble presentert av Øystein Lunde Holla, overingeniør.</p> <p><u>Oppsummering:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentasjon av seksjon for medisinsk genetikk, STHF – 1 av 5 genetiske avdelinger i Norge • Hovedvirksomhet: Genetiske analyser • Poliklinikk med genetisk veiledning av pasienter • Opplæring av helsepersonell, undervisning

Saksnr.	Sak
	<ul style="list-style-type: none"> Forskning og utvikling
43-2022	<p>Orientering fra regionalt brukerutvalg Saken ble presentert av Egil Rye-Hytten, regional brukerrepresentant</p> <p><u>Oppsummering:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF. Brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF vektlegger innhold, kvalitet og tilgjengelighet. Felles henvisningsmottak psykisk helsevern – oppstart 1. september 2022 Brukerutvalget mener dette vil komme pasienten til gode. Omdømmeundersøkelsen Det regionale brukerutvalget ber Helse Sør-Øst RHF øke sitt ambisjonsnivået til mer enn 80% fornøyde pasienter Årlig møte med revisjon <ul style="list-style-type: none"> Styrevedtak i HSØ i 2013 om at habilitering Barn og unge skal styrkes. Håp om at dette prioriteres Forskerkonferanse for habilitering i Bodø oktober 2022 Behovsvurdering spiseforstyrrelser Avvikling av fritt behandlingsvalg Regional utviklingsplan – litt vel omfattende. Brukerutvalget vil invitere saksbehandler i Helse Sør-Øst RHF på et møte i september Digital hjemmeoppfølging <ul style="list-style-type: none"> Nærmer seg gjennomføring Starter med kols-pasienter Kardiologutvalget HSØ – ICD implantering Sykehuset Telemark er fjernet fra listen over sykehus som får gjennomføre slike inngrep
44-2022	<p>Status prosjekter Brukerutvalget hadde en kort gjennomgang av prosjektene.</p>
45-2022	<p>Eventuelt</p> <p>FFO Vestfold og Telemark:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bruker/erfaringskonferansen på Kongsberg 22.-23.september 2022 Konferansen er gratis, men man må dekke reisekostnader selv Helsekonferansen på Kongsberg 23.-24.september 2022 Pris kr 950,-. Reisekostnader må dekkes selv.
	<p><u>Til møtet i oktober – i tillegg til faste poster:</u> <i>Marion Jacobsen, brukerrepresentant i prosjektet Telemarksløpet for muskel og skjelettlidelser</i></p>

Presentasjoner avholdt i møtet sendes i egen mail i etterkant av møtet.

Møtet ble avsluttet kl. 14.00.

Neste møte i brukerutvalget er 27. oktober 2022

Skien, 1. september 2022
Anne Borge Kallevig
referent

Protokoll

Protokoll:	Brukerutvalg STHF	Dato:	27.oktober 2022
Møteleder:	Rita Andersen	Tid:	1000 – 1400
Referent:	Anne Borge Kallevig	Sted:	Direktørens møterom
Deltakere:	Sykehuset Telemarks brukerutvalg Linda Charlotte Grunnreis, Pasient og brukerombud Vestfold og Telemark, kontor Skien Tom Helge Rønning, administrerende direktør (til lunsj) Per Urdahl, klinikkssjef medisin Agnethe Dalevoll, rådgiver, utviklingsavdelingen Liv Holta Aas, rådgiver, utviklingsavdelingen Dag Aas, spesialrådgiver, utviklingsavdelingen Anne Borge Kallevig, administrasjonskonsulent, referent		
Fravær:	Hanne Kittilsen, Kreftforeningen John Arne Rinde, Pensjonistforbundet Rita Slåbakk, HLF Vestfold og Telemark Sondre Ottervik A-larm Egil Rye-Hytten, regional brukerrepresentant Halfrid Waage, fagdirektør Anne Brynjulfsen, rådgiver klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling (KPR)		

Saksnr.	Sak
00-2022	Godkjenning av innkalling og saksliste Vedtak: Brukerutvalget godkjenner innkalling og saksliste.
46-2022	Godkjenning av protokoll fra 1. september 2022 Vedtak: Brukerutvalget godkjenner protokoll fra brukerutvalgsmøte 1. september 2022.
47-2022	Virksomhetsrapport per september <i>Oppsummering september – aktivitet, tilgjengelighet, kvalitet og økonomi</i> <ul style="list-style-type: none"> • Antall pasienter på venteliste er om lag uendret (7.780). • Antall og andel pasienter passert planlagt tid er noe lavere enn foregående måneder, men fortsatt langt over mål (12,4%) • Målsetninger for ventetider er oppnådd i VOP og TSB • Økende antall fristbrudd for påstartede (6,4%) men fallende for ventende pasienter (3,5%). MATA det største området. • Andel korridorpasienter på høyt nivå (3,8%). • Fortsatt høyt belegg. Samlet belegg 104%, varierende mellom 75-114%. • Samlet ISF-aktivitet i somatikken 3% over budsjett. • Andelen telefon/video-konsultasjoner er 11,7% for alle fagområdene hittil i år, og viser en fallende trend.

Saksnr.	Sak
	<ul style="list-style-type: none"> • Resultater for pakkeforløp kreft hittil i år er fortsatt gode (77%), men viser en fallende trend. Tallene er per august. Oppdaterte tall per september foreligger ikke ved rapportering <p><i>Oppsummering september - økonomi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Resultat for september på -0,2 mnok mot budsjett +5,0 mnok. Avvik = - 5,2 mnok <ul style="list-style-type: none"> ○ Lønnsoppgjør, overtid, innleie og FBV viktigste enkeltårsaker • Resultat per september – 6,7 mnok vs budsjett 45,0 mnok. Avvik= - 51,7 mnok <ul style="list-style-type: none"> ○ høye kostnader til variabel lønn og innleie ○ fortsatt sterk kostnadsvekst knyttet til fritt behandlingsvalg ○ betydelig høyere pris- og lønnsvekst enn forutsatt i budsjett ○ svært høyt aktivitetsnivå i pre-hospitale tjenester og akuttmottak ○ høyt belegg med krevende driftssituasjon på somatiske sengeposter og i akuttpsykiatrien • Estimat for året er nedjustert til 0 mnok (vs budsjett 60 mnok). <p>Den økonomiske situasjonen er svært krevende for STHF. Dette gjelder også for HSØ, da tilsvarende situasjon er gjeldende for samtlige av helseforetakene i gruppen.</p> <p><u>Vedtak:</u> Brukerutvalget tar virksomhetsrapport per september til orientering.</p>
48-2022	<p>Telemarksløpet for muskel og skjelettlidelser v/ brukerrepresentant Marion Jacobsen.</p> <p>Dette er et tverrfaglig prosjekt med mål om økt kvalitet og mer effektiv ressursbruk. Mål for prosjektet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasienten skal få en kortere vei til en god løsning • Sikre at pasienten får riktig tiltak til rett tid • Riktig ressursutnyttelse <ul style="list-style-type: none"> - Henviser - Pasient - STHF • Klare og riktige behandlingslinjer <ul style="list-style-type: none"> - «First time right» - Kunnskapsbasert • Etablere gode samhandlingsrutiner <p>Marion Jacobsen deltar i prosjektgruppa. Per dags dato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lite/få møter i prosjektgruppa • Mye informasjon • Man har nå fått på plass hva som må være med på henvisninger slik at færre henvisninger avvises grunnet mangelfull utfylling.

Saksnr.	Sak
	<ul style="list-style-type: none"> • Viktig å være bevisst hva skjer videre i forløpet • Jobbes hardt med å redusere medisin bruk. Viktig å fremme alternative behandlingsmetoder • Det sees på ett tettere samarbeid med Sykehuset i Vestfold for å styrke rehabiliteringsfeltet i Vestfold og Telemark
49-2022	<p>Aktuelle orienteringer Saken ble presentert av Tom Helge Rønning, administrerende direktør.</p> <p><u>Oppsummering:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Den økonomiske situasjonen er svært krevende for STHF. Dette gjelder også for hele Helse-Norge, da tilsvarende situasjon er gjeldende for samtlige av helseforetakene • Tiltak har begynt å virke – utviklingen flater ut og er i ferd med å snu • Høy aktivitet på sykehuset • Usikkert hvor raskt vi klarer å snu ventelister <ul style="list-style-type: none"> - Hva med influensa bølge - Covid • USS (utbygging somatikk Skien) – mye spenning Forprosjektrapporten skal være klar 19.desember og danner grunnlag for endelig beslutning. Usikkert kostnadsbilde. Lønns- og prisutvikling gjør at kostnadsbildet viser en betydelig merkostnad enn hva som ligger i kalkylene. Må diskutere med Helse Sør-Øst om hva vi gjør videre. Må være forberedt på tøffe prioriteringer - kan bli nødvendig å dele prosjektet, nedskalere prosjektet. Holdes fast ved Strålesenteret. • Det er ikke kompensert for kostnadsøkningen i statsbudsjettet for 2023. Sykehuset må være forberedt på å omstille – at vi ikke kan/skal gjøre alt vi gjør i dag. Viktig at brukerutvalget engasjerer seg. • Endringer i ledelsen: <ul style="list-style-type: none"> - Klinikksjef KPR, Lars Ødegård går av med permisjon 01.11.22 - Ny klinikksjef KPR: Kjetil Christensen (fratrer stillingen som klinikksjef Kirurgi) - Ny klinikksjef Kirurgi: Torhild Fredheim - Ny klinikksjef BUK: Ansgar Berg – tiltrer mars 2023 - Konstituert klinikksjef BUK, Anne Kjendalen fortsetter fram til mars 2023 • Nytt BUP bygg – Gjerpensgate • Utbygging Sikkerhetsavdelingen – økes med 6-8 plasser. Byggestart våren 2023
50-2022	<p>Sykehusets strategi 2023-2025, nytt sengebygg, akuttsenter og kreftsenter – status og prosess videre Saken ble presentert av Agnete Dalevoll, rådgiver, Dag Aas, spesialrådgiver og Liv Holta Aas, rådgiver – alle Virksomhetsutvikling.</p>

Saksnr.	Sak
51-2022	<p>Pasient- og brukerombudets orienteringer</p> <p>Saken ble presentert av Linda Charlotte Grunnreis, pasient og brukerombud Vestfold og Telemark, kontor Skien.</p> <p><i>Oppsummering:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Antall saker ang sykehuset ganske likt tidligere år - de fleste henvendelsene gjelder psykisk helsevern og kirurgi • § 7-4 Anmodning om tilsyn – endring i hvordan Statsforvalteren saksbehandler en klage. Statsforvalteren står friere til å velge saksbehandlings fremgang ved en klage enn tidligere. • Opplever at flere tar kontakt med Pasient- og brukerombudet etter råd fra sykehusansatte.
52-2022	<p>Orientering fra regionalt brukerutvalg</p> <p>Denne saken utgår da Rye-Hytten ikke hadde anledning til å møte</p>
53-2022	<p>Status prosjekter</p> <p>Brukerutvalget hadde en kort gjennomgang av prosjektene. Anette Slåtta er valgt inn som BU's representant i styringsgruppe DIPS Arena. (ny gruppe)</p>
54-2022	<p>Eventuelt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brukerutvalget er invitert til felles møte med Apotekenes brukerutvalg tirsdag 1. desember 2022. Møtet finner sted på direktørens møterom • Orienteringssak fra FFO: - henvendelse til FFO fra Sigrid og Svein Byholt med ønske om en løfte og liggestol på Sykehuset Telemark. FFO jobber videre med saken.
	<p><u><i>Til møtet i desember – i tillegg til faste poster:</i></u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Samvalg v/ Heidi K. Knarrum, spesialrådgiver</i> • <i>«Gode pasientforløp» v/ Anne Olaug Aase, avdelingsleder medisin Notodden</i>

Presentasjoner avholdt i møtet sendes i egen mail i etterkant av møtet.

Møtet ble avsluttet kl. 14.00.

Neste møte i brukerutvalget er 8. desember 2022

Skien, 27. oktober 2022
Anne Borge Kallevig
referent