

Styret i Sykehuset Telemark HF
Brukerutvalgets representanter

Vår referanse:

Saksbehandler: Tone Pedersen +47 957 94 426

Dato:

7. februar 2022

Innkalling til styremøte i Sykehuset Telemark HF

Det innkalles til styremøte i Sykehuset Telemark HF

Tid: Tirsdag 15. februar 2022 kl. 0830 - 1330

Elektronisk møte: Skype møte

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

Per Anders Oksum
styreleder

Styremøte i Sykehuset Telemark HF

Dato og kl.: 15. februar 2022, kl. 0830 – 1330

Sted: Skype-møte

Møteleder: Styreleder Per Anders Oksum

Saksliste

| Tentativ plan | Saksnr. | Sakstittel | Sakstype |
|---------------|------------|--|--------------------|
| 0830 – 0835 | 004 - 2022 | Godkjenning av innkalling og saksliste v/Styreleder | Beslutning |
| 0835 – 0840 | 005 - 2022 | Godkjenning av protokoll fra styremøte 15. desember 2021 og ekstraordinært styremøte 19. januar 2022 v/Styreleder | Beslutning |
| 0840 – 0900 | 006 - 2022 | Driftsorienteringer fra administrerende direktør v/Administrerende direktør | Orientering |
| 0900 – 0945 | 007 - 2022 | Virksomhetsrapport per 3. tertial 2021 v/Økonomidirektør | Orientering |
| 0945 – 0955 | | <i>Pause</i> | |
| 0955 – 1030 | 008 - 2022 | Virksomhetsrapport per januar 2022 (ettersendes) v/Økonomidirektør | Orientering |
| 1030 – 1050 | 009 - 2022 | Årlig melding 2021 v/Administrerende direktør | Beslutning |
| 1050 – 1130 | 010 - 2022 | Framtidige driftsavtaler for ambulansedrif (vedlegg er unntatt offentlighet) v/Klinikkisjef Frank Hvaal og avd.leder Knut Inge Skoland | Beslutning |
| 1130 – 1200 | | <i>Lunsj</i> | |
| 1200 – 1230 | 011 - 2022 | Overordnet HMS mål- og handlingsplan 2022 v/HR-direktør | Orientering |
| 1230 – 1300 | 012 - 2022 | Hvordan sikrer Sykehuset Telemark tilgang på kvalifiserte fagpersoner? v/HR-direktør | Orientering |
| 1300 – 1310 | 013 - 2022 | Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår v/Administrerende direktør | Beslutning |

| Tentativ plan | Saksnr. | Sakstittel | Sakstype |
|---------------|------------|--|--------------------|
| 1310 – 1315 | 014 - 2022 | Status og oppfølging av styresaker i Sykehuset Telemark v/Administrerende direktør | Orientering |
| 1315 – 1320 | 015- 2022 | Styrets årsplan 2022 - oppdatert v/Styreleder | Orientering |
| 1320 – 1330 | | Andre orienteringer <ul style="list-style-type: none"> • Styreleder orienterer • Protokoll foretaksmøte 16. desember 2021 • Foreløpig protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst 16. desember 2021 • Foreløpig protokoll fra møte i ungdomsrådet 25. januar 2022 • Foreløpig protokoll fra BU møte 27. januar 2022 • | Orientering |

Saksfremlegg

Saksgang:

| | |
|--------------------------------|------------------|
| Styre | Møtedato |
| Styret i Sykehuset Telemark HF | 15. februar 2022 |

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

Sak: 004 – 2022

Godkjenning av innkalling og saksliste

Forslag til vedtak

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Skien, 7. februar 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Saksfremlegg

Saksgang:

| | |
|--------------------------------|------------------|
| Styre | Møtedato |
| Styret i Sykehuset Telemark HF | 15. februar 2022 |

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

Sak: 005 – 2022

Godkjenning av protokoller

Hensikten med saken

Forslag til protokoller fra styrets foregående møte 15. desember 2021 og 19. januar 2022 er signert elektronisk. Protokollene legges frem for godkjenning av styret.

Forslag til vedtak

Protokoller fra styrets møte 15. desember 2021 og 19. januar 2022 godkjennes.

Skien, 7. februar 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Vedlegg

- Protokoll fra styremøte 15. desember 2021 i Sykehuset Telemark HF
- Protokoll fra styremøte 19. januar 2022 i Sykehuset Telemark HF

PROTOKOLL FRA STYREMØTE I SYKEHUSET TELEMAR HF

Dato: 15. desember 2021 Tidspunkt: kl. 0930 – 1530

Sted: Skype-møte

Følgende medlemmer møtte

Per Anders Oksum Styreleder

Kine Cecilie Jordbakke Nestleder

Kristian Wiig

Nils Kristian Bogen

Per Christian Voss

Turid Ellingsen

Marjan Farahmand

Trygve Kristoffer Nilssen

Inger Ann Aasen

Forfall Vara: Janne O. Guldbjørnsen fra kl. 11.00

Johanne Haugan

Thor Severinsen

Fra brukerutvalget møtte

Rita Andersen (Psoriasis og eksemforbundet i Telemark) leder

Sondre Otervik (A-larm) nestleder

Fra administrasjonen deltok

Tom Helge Rønning administrerende direktør, Halfrid Waage fra kl. 12.30, fagdirektør, Geir Olav Ryntveit økonomidirektør og Tone Pedersen styresekretær

Presentasjon av saker:

Sak 081, 082, 088: Per Anders Oksum, styreleder

Sak 083 og 087: Tom Helge Rønning, administrerende direktør

Sak 084 og 085: Geir Olav Ryntveit, økonomidirektør

Sak 086 og temasak: Halfrid Waage, fagdirektør

Styreleder ledet møtet

| | |
|-----------------|---|
| 071-2021 | Godkjenning av innkalling og saksliste |
|-----------------|---|

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret godkjenner innkalling og saksliste til styremøte 27. oktober 2021.

| | |
|-----------------|---|
| 082-2021 | Godkjenning av protokoll og B-protokoll fra styremøte 27. oktober 2021 |
|-----------------|---|

Protokoller fra styremøtet 27. oktober 2021 er godkjent elektronisk av styrets medlemmer før møtet.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Protokoll og B-protokoll fra styrets møte 27. oktober 2021 godkjennes.

| | |
|-----------------|---|
| 083-2021 | Driftsorienteringer fra administrerende direktør |
|-----------------|---|

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

| | |
|-----------------|---|
| 084-2021 | Virksomhetsrapport per november 2021 |
|-----------------|---|

Oppsummering

Virksomhetsrapport per november 2021 omhandler status for styringsmålene 2021 for drift.

Kommentarer i møtet

Styret merker seg at det er positive resultater på mange områder, men at det er krevende områder som må følges opp tett. Dette gjelder særskilt utfordrende bemanningssituasjon på sengeposter kombinert med høyt belegg og en markant økning i sykefravær.

VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport per november 2021 til orientering.

| | |
|-----------------|-----------------------------|
| 085-2021 | Status budsjett 2022 |
|-----------------|-----------------------------|

Oppsummering

Saken beskriver budsjettopplegget for 2022. Budsjettet ved Sykehuset Telemark HF har målsetting om positivt årsresultat på 60 millioner kroner og en investeringsramme på 120 millioner kroner. Budsjettet forutsetter driftseffektiviseringer i klinikkene på 50 millioner kroner. Det er funnet rom for finansiering av utvidet tjenestetilbud og økt ressursbruk innen prioriterte satsingsområder.

Sykehuset vil fortløpende vurdere effekten av igangsatte forbedringsaktiviteter og vil være forberedt på å gjøre ytterligere tiltak dersom situasjonen tilsier det.

Målsettingene innen kvalitet og pasientsikkerhet er utarbeidet i tråd med nasjonale og regionale føringer, med fokus på tilgjengelighet, korte ventetider og prioriteringer innen psykiatri/TSB.

Kommentarer i møtet

Styret ønsker å tydeliggjøre sykehusets ressursanvendelse på kompetanse-området i budsjett 2022 og ba administrasjonen spesifikt om å oppdatere budsjettdokumentet med et avsnitt om kompetansesutvikling. Styret viste blant annet til ekstra midler til utdanning av spesialsykepleiere bevilget fra Helse Sør-Øst.

Administrerende direktørs forslag til vedtak**VEDTAK**

Styret vedtar budsjettet for 2022 med målsettingene for kvalitet, aktivitet, resultat og investeringsrammer som beskrevet i saken. Oppdrags- og bestiller dokumentet skal legges til grunn for leveransene i 2022.

Styremedlemmene Guldbjørnsen, Haugan, Severinsen og Wiig fremmet følgende alternative forslag til vedtak:

*Styret endrer budsjettresultatet til 30 millioner kroner for 2022.
Investeringsplanene endres tilsvarende. Antall senger og kliniske stillinger opprettholdes.*

Votering:

Det alternative forslaget fikk fem stemmer (Jordbakke, Haugan, Guldbjørnsen, Wiig og Severinsen).

Administrerende direktørs forslag ble vedtatt med syv stemmer.

Subsidiært sluttet Jordbakke og Wiig seg til administrerende direktørs forslag til vedtak.

Styrets endelige

VEDTAK

Styret vedtar budsjettet for 2022 med målsettingene for kvalitet, aktivitet, resultat og investeringsrammer som beskrevet i saken. Oppdrags- og bestillerdokumentet skal legges til grunn for leveransene i 2022.

Stemmeforklaring fra styremedlemmene Guldbjørnsen, Haugan, Severinsen og Wiig:

HSØ tildeler for lite driftsmidler til ST ved at for mye fordeles til Oslo sykehusområde og for stor del avsettes til buffer. Fordelingsmodellen må endres.

Det planlegges for en vekst på 1,6 % i pasientbehandlingen og en reduksjon på 1,6 % i brutto årsverk. Etter mange års nedskjæringer blir dette for stor belastning på organisasjonen og antall stillinger i pasientbehandlingen må opprettholdes, men man kan ha målsetting om lavere EFO-utgifter. Styret må også hensynta den store slitasjen pandemien har på de ansatte.

I vurderingen av investeringsmidler opp mot merverdikrav ser vi at driften belastes for mye ved høyere overskudd.

Det er ikke rom for ytterligere nedskjæringer i psykisk helsevern, for behandlingstilbudet er allerede svekket. Det er stort behov for flere spesialister i psykiatri som må utdannes og beholdes. Det må etableres en ny sikkerhetspost og planlegges for nybygg snart.

Koronapandemien har medført forsinkelser i sykehusets utviklingsarbeid for å oppnå større overskudd. Dessverre fortsetter pandemien inn i 2022 og vil belaste sykehusets drift fortsatt.

| | |
|-----------------|---|
| 086-2021 | Styrket oppmerksomhet om pasientsikkerhet på legemiddelområdet |
|-----------------|---|

Oppsummering

Saken gjør rede for Konsernrevisjonens revisjon av legemiddelhåndtering og legemiddelfeil ved sykehuset Telemark HF. Videre fremmes forslag til oppfølging av revisjonsrapportens anbefalinger i STHFs Handlingsplan for legemiddelsikkerhet 2022. Hensikten er å styrke pasientsikkerheten på legemiddelområdet.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

1. Styret tar Konsernrevisjonens rapport 2/2021 Revisjon av Legemiddelhåndtering og legemiddelfeil ved Sykehuset Telemark HF til etterretning.
2. Revisjonsrapportens anbefalinger følges opp i tråd med STHFs Handlingsplan for legemiddelsikkerhet 2022 og videre i årlige rulleringer av planen.

| | |
|-----------------|--|
| 087-2021 | Status forbedringsarbeid ved Sykehuset Telemark |
|-----------------|--|

Oppsummering

Hensikten med saken er å gi styret en orientering om en del av forbedringsarbeidet ved sykehuset. Forbedringsprosjektene er en del av virksomutviklingsprogrammet som skal forberede organisasjonen på å ta i bruk nye arealer ved utbyggingen i Skien, og ikke minst bidra til å skape bærekraftig drift over tid. Prosjektene forventes å bidra til at sykehuset kan realisere merverdiene som er innarbeidet i budsjettet og den økonomiske langtidsplanen.

Forbedringsarbeidet er forsinket som følge av pandemien. Det vil være et sterkt fokus på å intensivere arbeidet med forbedringer etter hvert som pandemisituasjonen tillater det.

Kommentarer i møtet

Det er også viktig at sykehuset videreutvikler samspillet og samarbeidet med kommunene. Styret er for øvrig svært positive til innretningen av sykehusets forbedringsarbeid.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar saken til orientering og understreker behovet for å holde forbedringsarbeidet i gang og intensivere det så snart driftssituasjonen tillater det. Ytterligere effektivisering vil være helt nødvendig for å skape en bærekraftig utvikling ved sykehuset

| | |
|-----------------|-----------------------------|
| 088-2021 | Styrets årsplan 2022 |
|-----------------|-----------------------------|

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret slutter seg til fremlagt årsplan for 2022.

Andre orienteringer

- 1) Styreleder orienterer
- 2) Protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst 21. oktober 2021
- 3) Foreløpig protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst 25. november 2021
- 4) Protokoll møte fra ungdomsrådet 19. oktober 2021
- 5) Foreløpig protokoll møte brukerutvalget 28. oktober 2021
- 6) Bekymringsmelding til styret fra foretakstillitsvalgte ved Sykehuset Telemark

Temasak:

- Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

Møtet hevet kl. 1540

Skien, 15. desember 2021

Elektronisk signatur

Per Anders Oksum
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
(sett)

Elektronisk signatur

Thor Severinsen

Elektronisk signatur

Tone Pedersen
styresekretær

PROTOKOLL FRA EKSTRAORDINÆRT STYREMØTE I SYKEHUSET TELEMARK HF

Dato: 19. januar 2022 Tidspunkt: kl. 0900 – 1200

Sted: Skype-møte

Følgende medlemmer møtte

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

Fra brukerutvalget møtte

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

Fra administrasjonen deltok

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

Presentasjon av saker:

Sak 001: Per Anders Oksum, styreleder
Sak 002: Tom Helge Rønning, administrerende direktør
Sak 003: Annette Fure, utviklingsdirektør

Styreleder ledet møtet

| | |
|-----------------|---|
| 001-2022 | Godkjenning av innkalling og saksliste |
|-----------------|---|

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret godkjenner innkalling og saksliste til ekstraordinært styremøte 19. januar 2022.

| | |
|-----------------|---|
| 002-2022 | Driftsorienteringer fra administrerende direktør |
|-----------------|---|

Oppsummering

Administrerende direktør orienterte muntlig om:

- Covid-19-pandemien
- Helse Sør-Øst er i slutfasen med å utarbeide mandat til Sykehuset Telemark for «Forprosjekt Utbygging somatikk Skien»
- Avtale med Sykehusbygg, samt arbeidet med rekruttering av prosjektleder er i slutfasen
- Aktivitetsøkning ved Notodden sykehus som planlagt
- Økonomisk resultat for 2021 blir vesentlig dårligere enn estimatet på 30 millioner kroner
- Vedtatt revisjonsplan 2022 for konsernrevisjonen Helse Sør-Øst. Planen sendes til styret etter møtet

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

| | |
|-----------------|--|
| 003-2022 | Høringsutkast Utviklingsplan 2035 for Sykehuset Telemark HF |
|-----------------|--|

Oppsummering

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

Kommentarer i møtet

Styret takket for et meget godt arbeid med Høringsutkastet. Dokumentet er svært godt strukturert og presenterer status, framskrivninger og sykehusets innsatsområder i planperioden på en oversiktlig måte.

Styret presiserte viktigheten av å sikre verdiskapningen/gevinstrealiseringen i regionale prosjekter, samt at sykehuset har tilstrekkelige ressurser til ytterligere forbedring av digitale løsninger.

Styret viste til framskrivningene med en aldrende befolkning og færre mennesker i arbeid. Det er viktig at sykehuset fremover arbeider godt med rekruttering og strategisk kompetanseutvikling, både internt og i samarbeid med utdanningsinstitusjoner.

Styret diskuterte også hvorvidt sykehuset i høringsutkastet skal legge inn hvilke spesialiteter som sykehuset har de største utfordringene med å rekruttere medarbeidere til, samt om framskrivning for antall senger, poliklinikk og operasjonsstuer skal inn.

Styret gjorde ikke endringer i fremlagt høringsutkast.

Styrets enstemmige

VEDTAK

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

Møtet hevet kl. 1135

Skien, 19. januar 2022

Elektronisk signatur

Per Anders Oksum
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 | 15. februar 2022 |

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

Sak: 006 – 2022

Driftsorienteringer fra administrerende direktør

Forslag til vedtak

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Skien, 8. februar 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Driftsorienteringer fra administrerende direktør:

1. Covid-19

Med Omikron som den dominerende varianten samtidig som en stor andel av befolkningen har fått en tredje dose med vaksine, er pandemien nå over i en ny fase. I slutten av januar ble det også i stor grad lettet på de nasjonale smitteverntiltakene, bl.a begrunnet med færre sykehusinnleggelses og dermed lavere belastning på sykehusene. Det var forventet en økning i smittetallene, noe som også har skjedd. I skrivende stund er det innlagt 9 pasienter på sykehuset med C-19, herav 3 på intensivavdelingen. Det vil i møtet blir gitt en oppdatert status muntlig.

Sykehuset har siden begynnelsen av desember i fjor vært i Grønn beredskap og beredskapsledelsen arbeider fortløpende med å håndtere driften. Risikobildet er betydelig endret de siste ukene og det er ikke lenger antallet C-19 pasienter som vurderes å utgjøre den største risikoen. Etter hvert som smittepresset har økt, ser vi at sykdom og fravær blant ansatte også har økt betydelig. Fravær i kombinasjon med «fullt sykehus» er derfor det som nå i størst grad vil utfordre driften ved sykehuset de nærmeste ukene. Det arbeides fortløpende med å holde kontroll på situasjonen, men med begrenset tilgang på ekstra personell er det ikke til å unngå at belastningen er stor på de ansatte. Resultatet er dessverre økt bruk av overtid og ekstravakter.

Selv om samfunnet i stor grad er åpnet opp, mener vi det er nødvendig å gjøre særskilte vurderinger på sykehuset. Vi har derfor foreløpig valgt å ha tiltak som er noe strengere enn ellers i samfunnet. Vi ønsker også å åpne opp så mye som mulig, men må veie dette opp mot å gi pasienter nødvendig beskyttelse, samt sørge for at vi ikke får for høyt fravær blant ansatte.

I de siste ukene har vi hatt smitteutbrudd på avdeling for nevrologi og rehabilitering, samt på medisinsk sengepost på Notodden. Begge utbruddene er lukket. Det er også smittesituasjoner på sykehuset hvor vi konstaterer mindre «klynger» av smitte uten at det nødvendigvis defineres som utbrudd. Med økende smitte er smittesporing langt mer utfordrende enn tidligere og vi forventer at vi fremover i hovedsak vil drive testing og isolering.

Det vil bli oppdatert med dagsaktuell informasjon i møtet.

2. Forprosjekt Utbygging Somatikk Skien

Etter at mandatet fra HSØ ble mottatt det arbeidet videre sammen med Sykehusbygg for å etablere prosjektet. Det er utlyst en «mini-konkurranse» blant leverandører man har rammeavtale med, for å skaffe prosjektleder. Fristen for å gi tilbud er satt til 14. februar.

Det vil bli etablert en styringsstruktur med klar og tydelig ansvarsdeling mellom prosjektorganisasjonen og driftsorganisasjonen, men hvor det også vil bli lagt vekt på god samhandling. Det siste for å sikre god overgang til den fremtidige driften.

Budsjettrammen for forprosjektet er fastsatt av HSØ og er på 60 millioner kroner.

Prosjektmandatet ligger vedlagt saken til orientering. Det vil bli gitt en orientering om status i arbeidet med forprosjektet på neste styremøte.

3. Installasjon av ny lab-linje og –automasjon; - evaluering av prosessen

Sykehuset ferdigstilte i fjor høst installasjon av ny lab-linje og -automasjon for laboratoriene i Skien og på Notodden. Skien ble satt i drift siste helg i september og Notodden medio november. Driftsetting har vært vellykket og drift ved begge linjene fungerer som planlagt.

Oppstarten av den nye linja med tilhørende automasjon ble betydelig forsinket (mer enn ett år). Koronapandemien var en viktig forklaring på forsinkelsen, men det var også en rekke forhold i planlegging og gjennomføring av prosjektet som bidro til forsinket oppstart. Forsinkelsen førte til økte kostnader og dessuten at gevinstene knyttet til ny linje (særlig rimeligere reagenser) ble realisert på et senere tidspunkt enn opprinnelig planlagt.

Prosjekt ny lab-linje var et komplekst prosjekt hvor hele den gamle linja ble byttet ut mens sykehuset var i full drift. En lab-linje består av mye hard-ware (utstyr, analysemaskiner, belter, transportbånd osv) og i tillegg et stort antall integrasjoner mot ulike IKT-systemer ved sykehuset og hos leverandør (for support og service). Siemens Healthcare var leverandør av utstyr og software og Sykehuspartner hadde prosjektledelse for IKT-delen. Prosjektet ble drevet av et team med ansatte fra STHF, SP og SH.

Ulike problemstillinger knyttet til IKT-løsninger og integrasjoner (IKT-sikkerhet, åpning av brannmurer, etablering av tilganger osv) er hovedårsak til forsinkelsen. Selve den fysiske installasjonen gikk relativt greit.

Vi har lagt vekt på å evaluere og trekke ut læringspunkter fra prosjektet – både det som gikk galt og det som fungerte bra – siden vi mer eller mindre hele tiden vil ha denne type prosjekter ved sykehuset. Dvs prosjekter hvor STHF, ekstern leverandør og Sykehuspartner er involvert. Vi tok derfor initiativ til et «Lessons Learned» møte med de tre partene. Dette ble gjennomført i januar og en rekke læringspunkter ble identifisert:

- Sykehuspartner (SP) PL må på banen tidlig i planleggingsfasen for å synliggjøre SP sine interne prosesser og aktiviteter. Gjerne allerede i anbudsfasen.
- Styringsgruppen med ledelsen fra STHF, Siemens og SP var viktig og burde ha vært etablert tidlig i prosjektet
- Kick-off møte bør avholdes for at ansvarlige teammedlemmer kan bli behørig orientert om alle aspekter i et nytt prosjekt.
- Release prosessen ble styrt av en Release Manager (RM) som var en positiv erfaring med strukturert og ryddig produksjonssetting.
- Iterativ-lignende prosess med relativt hyppige delta-LD/ROS endringer var tidkrevende.
- Gjenbruk av LD/ROS + ressurser er viktig i nye prosjekter for å optimalisere tidsbruk og redusere kostnader.
- STHF IKT burde ha vært involvert mer konkret i prosjektet
- Endringsprosessen(LD/ROS) må bli raskere/mer smidig, ref. godkjenning av brannmursåpninger.
- SP Prosjektleder bør besøke lokasjon tidlig i prosjektet
- Felles QA møter med leverandørene bør avholdes hyppigere for gjennomgang av trafikkregler.
- Bedre informasjon til HF²et vedr tilbudene. Møter bør avholdes for å klargjøre tilbudspremissene og kostnadsbildet.
- Tildeling av leverandørtilganger er en utfordring – må kunne gjøres enklere og ta mindre tid.

Sykehuset Telemark, Sykehuspartner og Siemens Healthcare er enige om å ta med denne læringen inn i fremtidige prosjekter

4. Prevalens

Den planlagte prevalensundersøkelsen av infeksjoner og pasientsikkerhet 2. februar ble avlyst. Årsaken er stor arbeidsbelastning med smitteoppsporing, hvor både smittevernseksjonen og kvalitetsavdelingen deltar. Undersøkelsen i februar er ikke obligatorisk. Neste undersøkelse gjennomføres i mai.

5. Nytt forbedringsprogram

I løpet av kort tid settes det i gang et opplæringsprogram i forbedringsarbeid. Programmet kalt «Ytre Oslofjord modellen 2022», er et samarbeid mellom Sykehuset Telemark, Sykehuset Østfold og Sykehuset i Vestfold. Programmet er etablert for å sikre kompetanse på flere nivåer innen kontinuerlig forbedring i organisasjonen.

Det er planlagt med 7 deltakere fra hvert foretak og disse vil få korte innføringer i klassiske modeller og nyttige verktøy innen kontinuerlig forbedring. I løpet av programmet skal deltakerne gjennomføre hvert sitt forbedringsarbeid med bruk av forbedringsmodellen. Invitasjon til å delta i programmet ble annonsert i desember, og vi har nå klare våre deltakere i programmet. Administrerende direktør vil gi honnør til ledere som har prioritert forbedringsarbeid i denne krevende tiden.

Oppdatert informasjon om øvrige saker vi kunne bli gitt i møte.


Vedlegg:
Prosjektmandat for Utbygging Somatikk Skien

PROSJEKTMANDAT

for

**Utbygging somatikk Skien
Sykehuset Telemark HF**

FORPROSJEKTFASEN

| | |
|-------------|---|
| Versjon | 1.0/2022 Godkjent prosjektmandat |
| Dato | 20. januar 2022 |
| Godkjent av | Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF Terje Rootwelt  |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1. | PROSJEKTOPPLYSNINGER | 3 |
| 2. | BAKGRUNN, FORMÅL OG OVERORDNEDE FØRINGER..... | 3 |
| 3. | MÅL..... | 4 |
| 3.1. | SAMFUNNSMÅL..... | 4 |
| 3.2. | EFFEKT MÅL..... | 4 |
| 3.3. | RESULTATMÅL FOR FORPROSJEKTFASEN..... | 4 |
| 4. | OMFANG | 5 |
| 4.1. | IKKE-BYGGNÆR IKT..... | 5 |
| 5. | HOVEDLEVERANSER I FORPROSJEKTET | 6 |
| 5.1. | FORPROSJEKTRAPPORT | 6 |
| 5.2. | REGULERING..... | 6 |
| 6. | PROSJEKTORGANISERING, ROLLER OG ANSVAR | 6 |
| 6.1. | PROSJEKTEIER ANSVAR | 7 |
| 6.2. | PROSJEKTSTYRETS OPPGAVER | 7 |
| 6.3. | ANSVAR SYKEHUSET TELEMARKE HF - MOTTAKERORGANISASJONEN..... | 8 |
| 7. | BUDSJETT, FINANSIERING OG ØVRIGE RESSURSER | 9 |
| 7.1. | STYRINGSRAMME..... | 9 |
| 7.2. | GEVINSTREALISERINGSPLAN OG VURDERING AV ØKONOMISK BÆREEVNE | 9 |
| 7.3. | BUDSJETT FOR FORPROSJEKTET | 10 |
| 8. | USIKKERHET (RISIKO OG MULIGHETER) | 10 |
| 9. | AVHENGIGHETER TIL ANDRE PROSJEKTER OG ARBEIDER..... | 10 |
| 10. | RAMMEBETINGELSER OG KRAV TIL PROSJEKTETS ARBEID..... | 11 |
| 11. | SUKSESSFÅKTORER..... | 11 |
| 12. | PROSJEKTSTYRING OG OPPFØLGING | 12 |
| 12.1. | RESULTATOPPFØLGING | 12 |
| 12.2. | FRAMDRIFTSOPPFØLGING..... | 12 |
| 12.3. | ENDRINGER I ARBEIDSOMFANG..... | 12 |
| 12.4. | PROSJEKTARKIV | 13 |
| 13. | PROSJEKTAVSLUTNING OG GEVINSTREALISERING..... | 13 |
| 13.1. | GEVINSTREALISERING | 13 |
| 14. | VEDLEGG OG HENVISNINGER | 13 |

1. Prosjektopplysninger

| | |
|-------------------------------|--|
| Prosjektnavn: | Utbygging somatikk Skien |
| Prosjekteier forprosjektfase: | Sykehuset Telemark HF |
| Prosjektstyrets leder: | Administrerende direktør ved Sykehuset Telemark HF |
| Mandatet gjelder: | Forprosjektfasen |

2. Bakgrunn, formål og overordnede føringer

Styret i Helse Sør-Øst RHF godkjente i tråd med gjeldende fullmaktstruktur for bygginvesteringer, konseptfasen for utbygging somatikk ved Sykehuset Telemark HF, Skien i sak 132-2020. Godkjenningen er definert som beslutningspunkt B3 i *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*.

Vedtaket innebærer videreføring til forprosjektfasen for prosjektet som omfatter etablering av stråleterapi med støttefunksjoner, nytt bygg for sengeområder og utbygging og ombygging av akuttmottak. Konseptrapporten med tilhørende vedlegg legges til grunn for det videre arbeidet.

Bakgrunn og prosjektutløsende behov, samt rammer for prosjektet er forankret i følgende styresaker i Helse Sør-Øst RHF med tilhørende vedtak:

- Styresak 132-2020 i Helse Sør-Øst RHF *Sykehuset Telemark HF – konseptfase for utbygging somatikk Skien*
- Styresak 030-2016 i Helse Sør-Øst RHF *Oppfølging av stråleterapikapasiteten i Helse Sør-Øst – etablering av nye stråleterapienheter i sykehusområder som ikke har eget strålebehandlingstilbud i dag*
- Styresak 099-2016 i Helse Sør-Øst RHF *Sykehuset Telemark HF – utviklingsplan 2030 og søknad om oppstart av idéfase somatikk Skien*

Hensikten med forprosjektet er å bearbeide konseptet og gi tilstrekkelig grunnlag for investeringsbeslutning (B4) før oppstart byggefase. I forprosjektfasen videreutvikles konsepter og løsninger som understøtter sentrale driftsforutsetninger og som bidrar til realisering av målbildet for videreutviklingen av Sykehuset Telemark HF. Forprosjektet skal holde seg innenfor og skal tilpasses de økonomiske rammene som er satt av styret i Helse Sør-Øst RHF.

3. Mål

3.1. Samfunns mål

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

3.2. Effektmål

Følgende effektmål er definert for prosjektet:

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

Det er behov for å ytterligere konkretisere målbildet i forprosjektfasen.

3.3. Resultatmål for forprosjektfasen

Følgende resultatmål er definert for forprosjektet:

- Forprosjektet skal videreutvikle konsepter og løsninger som understøtter sentrale driftsforutsetninger og som bidrar til realisering av målbildet for videreutviklingen av Sykehuset Telemark HF, herunder kapasitetsbehov som definert i tidligere styrebehandling.

- De ansatte ved Sykehuset Telemark HF skal delta i utviklingen av prosjektet i tråd med de 12 prinsippene for medvirkning.
- Forprosjektet skal bekrefte de økonomiske rammene som er satt av styret i Helse Sør-Øst RHF, jfr. kapittel 7 i dette mandatet.
- Forprosjektet skal gi et godt grunnlag for at det kan fattes en B4-beslutning.
- Forprosjektrapporten ferdigstilles i løpet av 2022.

4. Omfang

Følgende dokumenter skal legges til grunn for arbeidet i forprosjektet:

- Konseptrapport, utbygging somatikk Skien, Sykehuset Telemark HF, datert 19. november 2020
- KSK-rapport: Kvalitetssikring – utbygging somatikk Skien, Sykehuset Telemark HF, datert 23. oktober 2020

I tillegg gjelder styresaker med godkjent styreprotokoll og saksunderlag, slik det er beskrevet i kapittel 14 i dette mandatet.

4.1. Ikke-byggnær IKT

I henhold til *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*, ble det i konseptfasen definert et eget delprogram som beskriver overordnet IKT-konsept for sykehuset. Hensikten med dette delprogrammet er å bidra til at innhold, leveranseansvar og planer for IKT-området utvikles i samsvar med utbyggingsprosjektets øvrige planer.

Dette delprogrammet skal videreutvikles i forprosjektet til en IKT-plan med tilhørende budsjett. IKT-planen skal utvikles i henhold til gjeldende teknologistrategi i Helse Sør-Øst og avstemmes med pågående og planlagte regionale IKT-prosjekter, med lokale initiativ ved Sykehuset Telemark HF og med pågående og planlagte aktiviteter i Sykehuspartner HF. IKT-planen skal beskrive hvordan IKT-leveransene skal understøtte det øvrige innholdet i byggeprosjektene forprosjekt.

IKT-planen skal utvikles i tett samarbeid med Sykehuspartner HF og Helse Sør-Øst RHF. IKT-planen med tilhørende budsjett skal inngå som et vedlegg til forprosjektrapporten. Den økonomiske rammen for ikke-byggnær IKT inngår i prosjektets styringsramme med inntil 37,6 millioner kroner (prisnivå juni 2020).

5. Hovedleveranser i forprosjektet

5.1. Forprosjektrapport

Det skal leveres en forprosjektrapport med beskrivelser og tegninger som dokumenterer at prosjektet er utredet til riktig nivå for at B4-beslutning kan fattes, jfr. tidligfaseveileder for sykehusbyggprosjekter.

I dette inngår minimum:

1. Romfunksjonsprogram
2. Brutto og netto utstysprogram
3. Detaljering av bygningsmessige og tekniske løsninger
4. Logistikk og forsyningstjenester
5. Detaljering av investeringsanalyser og driftsøkonomiske konsekvenser av bygget, herunder:
 - a. Komplette gevinstrealiseringsplan
 - b. Oppdatert kostnadskalkyle med usikkerhetsanalyse med tilhørende kuttliste
 - c. Investeringsanalyser
6. Vurdering av trinnvis utbygging
7. Dokumentasjon for valg av entreprisemodell
8. Analyser av effektivisering av byggemetoder, inklusiv industrialisering
9. IKT-plan med tilhørende budsjett
10. Sentralt styringsdokument for videreføringen av prosjektet
11. Milepælsplan for gjennomføringsfasen og for å ta byggene i bruk
12. Forslag til mandat for neste fase

5.2. Regulering

Prosjekteier har ansvaret for at reguleringsprosessen gjennomføres i henhold til plan for området, samt sikre at prosessen gjøres så effektiv og raskt som mulig slik at regulering og offentlige forhold ikke forsinker gjennomføringen av prosjektet unødvendig.

6. Prosjektorganisering, roller og ansvar

Generelt er det viktig at det for store utbyggingsprosjekter etableres en styringsstruktur som gir:

- Klar og tydelig ansvarsdeling mellom prosjekteier, prosjektorganisasjon og driftsorganisasjonen
- God ivaretagelse av sentrale forutsetninger for prosjektet og god involvering av sentrale aktører
- Trygghet for at prosjektet realiseres innenfor godkjente rammer
- Effektive beslutningsrutiner

- Klare prosedyrer for håndtering av eventuelle forslag om endringer
- God samhandling mellom prosjektorganisasjon og linjeorganisasjonen som skal realisere gevinstene

Roller og ansvar i det videre arbeid tydeliggjøres og tilpasses til at prosjektet går over i forprosjekt og deretter videre til gjennomføring.

Helse Sør-Øst RHF sitt ansvarsområde er i hovedsak:

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

Helse Sør-Øst RHF oppnevner en observatør til prosjektstyret.

Videre vil Helse Sør-Øst RHF sørge for at interne ressurser prioriteres til arbeid etter behov.

6.1. Prosjekteier ansvar

Administrerende direktør i Sykehuset Telemark HF har rollen som prosjekteier i forprosjektfasen, og er ansvarlig for å oppnevne et prosjektstyre og lede dette. Prosjektstyret vil i forprosjektet være rådgivende overfor prosjekteier inn mot B4-beslutningen.

6.2. Prosjektstyrets oppgaver

Det skal etableres et prosjektstyre før forprosjektet igangsettes, som skal sikre resultatmålene for forprosjektfasen, og legge et godt grunnlag for gjennomføring.

Prosjektstyret skal sørge for at arbeidet med forprosjektet planlegges og gjennomføres i henhold til forutsatte rammer og at det utvikles et strukturert opplegg for samhandling og samarbeid mellom Sykehuset Telemark HFs driftsorganisasjon og prosjektet. Prosjektstyret skal sørge for at det utarbeides en plan for gjennomføring av forprosjektet som tydeliggjør partenes leveranser.

Prosjektstyrets ansvar er å sikre nødvendige avklaringer og sørge for at prosjektet gjennomføres i henhold til rammer og forutsetninger som beskrevet i mandatet. Prosjektstyrets ansvar omfatter følgende hovedområder:

- Ansvar for å påse at forprosjektet gjennomføres i henhold til rammer og forutsetninger i dette mandatet
- Ivareta byggherreansvaret i henhold til plan og bygningsloven på vegne av Sykehuset Telemark HF
- Sørge for at det til enhver tid er en operativ prosjektorganisasjon med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse
- Påse at rutiner for samhandling og samarbeid mellom Sykehuset Telemark HFs driftsorganisasjon og prosjektorganisasjonen følges

- Behandle eventuelle behov for premissendringer og varsle prosjekteier, eventuelt forberede sak for Helse Sør-Øst RHF, ved behov
- Påse at løsninger som legges til grunn i prosjektet ivaretar en hensiktsmessig integrering med eksisterende virksomhet
- Tertialvis rapportering til Helse Sør-Øst RHF

Prosjektstyret etablerer en prosjektorganisasjon med en prosjektleder og kjernepersonell, bemannet med personell fra Sykehusbygg HF, dokumentert gjennom en oppdragsavtale. I henhold til *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*, skal Sykehusbygg HF benyttes ved alle større byggprosjekter (over 500 millioner kroner).

Prosjektleder er ansvarlig for å organisere prosjektet og rapporterer til prosjektstyret. Endringer i nøkkelpersonell drøftes med prosjektstyret ved behov.

6.3. Ansvar Sykehuset Telemark HF - mottakerorganisasjonen

I tillegg til å inneha prosjekteierrollen for prosjektet, har Sykehuset Telemark HF også en viktig rolle som mottaker av prosjektet. Helseforetaket skal ha eierskap til og sørge for driften av det nye sykehusbygget når dette er ferdigstilt. Det krever at helseforetaket har eierskap til planene, og at det er god involvering og medvirkning fra ansatte, tillitsvalgte, brukere og vernetjenesten. Helseforetaket skal sørge for at driftsorganisasjonen utvikles og tilpasses til det fremtidige målbildet, og at det legges til rette for gevinstrealisering, slik at de nye sykehusbyggene understøtter viktige forutsetninger for virksomheten.

Ansatte- og brukermedvirkning er et nødvendig virkemiddel for å sørge for gode løsninger for både virksomhet og bygg. Helseforetaket skal ha ansvar for medvirkningsprosessen som innebærer involvering av brukere, ansatte og deres organisasjoner og vernetjenesten. Helse Sør-Øst RHF sine prinsipper for medvirkning skal legges til grunn.

Helseforetaket skal sørge for å gi prosjektorganisasjonen nødvendige avklaringer og beslutninger om virksomhetsinnhold, fagfordeling og behandlingsskapasitet i samsvar med fremdriftsplanen i forprosjektet. Et godt samarbeid og tydelig rolleavklaring mellom prosjektorganisasjonen, prosjektstyre og helseforetakets øvrige ledelse og drift, er avgjørende for at prosjektet skal bli vellykket.

Sykehuset Telemark HF som mottakerorganisasjon, har ansvar for følgende innenfor de rammer som er definert i konseptfase og styrebehandling:

- Legge til rette for medvirkning og bidra med fagkompetanse til utvikling av løsninger
- Sørge for å gi prosjektet nødvendige avklaringer og beslutninger om virksomhetsinnhold, fagfordeling og behandlingsskapasitet
- Avklare faglige avhengigheter som grunnlag for plassering av funksjoner, herunder integrering med eksisterende virksomhet

- Konkretisere samlet gevinstrealiseringsplan som gir nødvendig bærekraft i prosjektet, og oppdatere sin økonomiske langtidsplan som grunnlag for vurdering av bæreevne på helseforetaksnivå
- Planlegge og beslutte løsninger for drift av de deler av virksomheten som blir berørt av utbygging i gjennomføringsfasen

Sykehuset Telemark HF er ansvarlig for å sikre realisering av gevinstene i driftsfasen etter prosjektets overlevering.

7. Budsjett, finansiering og øvrige ressurser

7.1. Styringsramme

Styringsrammen (P50) for prosjektet er 1 089 millioner kroner inklusive mva. (prisnivå juni 2020), fastsatt av styret i Helse Sør-Øst RHF i sak 132-2020. Rammen inkluderer en øvre ramme for ikke-byggvær IKT på 37,6 millioner kroner (prisnivå juni 2020).

Tomteerverv inngår ikke som del av oppdraget til prosjektstyret og inngår heller ikke i styringsrammen, da prosjektet er planlagt utført på sykehusets egen eiendom.

Forprosjektet skal bekrefte konsepter og løsninger innenfor gjeldende styringsramme.

7.2. Gevinstrealiseringsplan og vurdering av økonomisk bæreevne

Det skal gjøres oppdaterte driftsøkonomiske konsekvensvurderinger, slik at prosjektavhengige gevinster og øvrige driftsøkonomiske effekter konkretiseres ytterligere som grunnlag for ivaretagelse av bæreevne på prosjekt- og helseforetaksnivå. Sykehuset Telemark HF skal levere underlag for de driftsøkonomiske vurderingene etter oppdrag fra prosjektstyret.

Som del av forprosjektet skal Sykehuset Telemark HF ytterligere konkretisere planer for en gevinstrealisering, i henhold til *Regionale retningslinjer for driftsøkonomiske analyser og vurdering av økonomisk bæreevne i investeringsprosjekter* (2021). Dette innebærer blant annet at det skal etableres en komplett gevinstrealiseringsplan med nullpunktmålinger og fordeling av internt ansvar for videre oppfølging. Gevinstrealiseringsplanen skal vise en detaljert oversikt over estimerte driftsøkonomiske effekter, beskrivelser av hvordan de økonomiske gevinstene skal realiseres (inkl. viktige forutsetninger, avhengigheter og evt. forbehold), hvem som er ansvarlig for realisering og hvordan dette skal følges opp av helseforetakets ledelse. Underlag for gevinstrealiseringsplanene, de driftsøkonomiske vurderingene og oppdatering av helseforetakets innspill til økonomisk langtidsplan som grunnlag for vurdering av bæreevne på helseforetaksnivå, skal leveres fra Sykehuset Telemark HF til prosjektet og Helse Sør-Øst RHF, og inngå som del av dokumentasjonen fra forprosjektet.

Ved vurdering av helseforetakets bæreevne skal øvrige investeringsbehov og -planer ved helseforetaket synliggjøres, herunder deres tilhørende finansiering og økonomiske gevinster. Denne vurderingen inngår som del av innspill til økonomisk langtidsplan for Sykehuset Telemark HF. Prosjektet skal gjennomføre investeringsanalyser, herunder vurdering av bæreevne på prosjekt- og helseforetaksnivå. Foruten leveransene fra Sykehuset Telemark HF, skal dette arbeidet gjennomføres på grunnlag av prosjektets øvrige utredningsresultater, som byggekostnadskalkyle og finansieringsplan, endringer i kostnader til forvaltning, drift og vedlikehold og leiekostnader, samt eventuelle IKT-investeringer som følge av nybygget.

7.3. Budsjett for forprosjektet

Av styringsrammen for prosjektet på 1 089 millioner kroner (P50, prisnivå juni 2020) budsjetteres 60 millioner kroner (prisnivå januar 2022) til forprosjektet.

Kostnader påløpt i forprosjektfasen og som aktiveres, aktiveres i balansen til Sykehuset Telemark HF.

Prosjektstyret engasjerer prosjektleder via en oppdragsavtale med Sykehusbygg HF, for ledelse av gjennomføring av forprosjektfasen, og finansierer kostnader innenfor fastsatt budsjett. Sykehuset Telemark HF dekker egne kostnader til interne ressurser i mottakerorganisasjonen som deltar i gjennomføringen av forprosjektfasen.

8. Usikkerhet (risiko og muligheter)

I tillegg til ordinære økonomiske usikkerhetsanalyser skal det, basert på beste praksis, etableres en metodikk for identifisering og håndtering av usikkerhet i prosjektet. I forprosjektleveransen skal restusikkerhet som overføres til neste fase dokumenteres med risikoangivelse og forslag til tiltak.

Det skal gjennomføres økonomiske usikkerhetsanalyser for å verifisere at basiskalkylen med tilhørende forventede tillegg (P50-estimat) er innenfor prosjektets vedtatte styringsramme. Usikkerhetsanalyser med kuttlistor skal inngå i forprosjektrapporten.

Det skal etableres en metodikk for kostnadsstyrt prosjektering for løpende kontroll mot prosjektets styringsmål.

9. Avhengigheter til andre prosjekter og arbeider

Det skal legges til rette for at gjennomføringen av prosjektet Utbygging somatikk Skien ikke kommer i konflikt med foretakets langsiktige mål bilde. Det skal også kartlegges hvilke andre prosjekter som vil kunne påvirke prosjektgjennomføringen av prosjektet Utbygging somatikk Skien.

Kommunene er sentrale samarbeidspartnere i videreutviklingen av Sykehuset Telemark HF og har flere grensesnitt mot helheten og de enkelte prosjekter som inngår i planene. Sykehuset Telemark HF må sikre samhandling mot relevante kommuner, spesielt med tanke på omstilling og sikring av helhetlige pasientforløp.

10. Rammebetingelser og krav til prosjektets arbeid

Forprosjektet skal gjennomføres i samsvar med *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*, jamfør styresak 088-2017 i styret i Helse Sør-Øst RHF.

Ved utvikling av forprosjektet skal veilederne som er utarbeidet av nasjonale helsemyndigheter, Helse Sør-Øst RHF og Sykehusbygg HF legges til grunn.

Erfaringer og læringspunkter fra tidligere gjennomførte sykehusprosjekter skal aktivt tas med i arbeidet med forprosjektet.

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

Det vises forøvrig til oversikt over styrende dokumenter i kapittel 14.

11. Suksessfaktorer

Følgende suksessfaktorer for forprosjektet er definert:

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

For forprosjektfasens fremdrift er i tillegg følgende suksessfaktorer definert:

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

12. Prosjektstyring og oppfølging

12.1. Resultatoppfølging

Prosjektorganisasjonen skal rapportere månedlig og rapporten skal inneholde:

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

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

Rapportering til Helse Sør-Øst RHF skal sendes til Rapportering@helse-sorost.no.

12.2. Framdriftsoppfølging

Følgende milepæler legges til grunn ved oppstart forprosjekt. Disse må kvalitetssikres som innledning til forprosjektet, og evt. justeres etter valgt entreprisestrategi.

- Januar 2022: Oppstart forprosjekt
- Desember 2022: Forprosjektrapport ferdigstilt
- Våren 2023: Godkjent forprosjekt og godkjent oppstart av gjennomføring (B4-beslutning, styret i Helse-Øst RHF)
- 2024-2026: Trinnvis ibruktakelse

12.3. Endringer i arbeidsomfang

Det skal i gjennomføringen av forprosjektet etableres prosedyre for håndtering og dokumentasjon av eventuelle endringer i arbeidsomfang. Det skal etableres prosedyrer for dette i prosjektorganisasjonens styringssystem.

Dersom prosjektstyrets leder vurderer at prosjektets kostnader, fremdrift eller kvalitet avviker fra mandat, må dette løftes til prosjekteier og Helse Sør-Øst RHF.

12.4. Prosjektarkiv

Prosjektorganisasjonen skal på vegne av prosjekteier påse at det etableres et komplett prosjektarkiv (fagsystem) som omfatter både dokumenter, kontrakter, teknisk dokumentasjon og i nødvendig grad tegninger. Prosjektarkivet eies av Sykehuset Telemark HF og skal følge gjeldende retningslinjer i arkivloven. Prosjektarkivet skal være tilgjengelig for Helse Sør-Øst RHF.

13. Prosjektavslutning og gevinstrealisering

Konseptbearbeidingen i forprosjektfasen skal resultere i en forprosjektrapport, som fremlegges for Helse Sør-Øst RHF som grunnlag for prosjektets investeringsbeslutning, B4, i henhold til *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*.

13.1. Gevinstrealisering

Analyser og beregninger av forventede gevinster gjøres i både konseptfase og forprosjekt. Plan for gevinstrealisering utarbeides i samarbeid med prosjektet, men helseforetaket er ansvarlig for realiseringen av gevinstene i driftsfasen.

14. Vedlegg og henvisninger

Uttrykte vedlegg:

- Styresak 132-2020 i Helse Sør-Øst RHF, med tilhørende saksdokumenter, protokoll og vedlegg
- Styresak 055-2018 i Helse Sør-Øst RHF, med tilhørende saksdokumenter, protokoll og vedlegg
- Styresak 099-2016 i Helse Sør-Øst RHF, med tilhørende saksdokumenter, protokoll og vedlegg
- Styresak 030-2016 i Helse Sør-Øst RHF, med tilhørende saksdokumenter, protokoll og vedlegg

- Styresak 070-2020 i Sykehuset Telemark HF, med tilhørende saksdokumenter, protokoll og vedlegg
- Styresak 047-2020 i Sykehuset Telemark HF, med tilhørende saksdokumenter, protokoll og vedlegg
- Styresak 094-2018 i Sykehuset Telemark HF, med tilhørende saksdokumenter, protokoll og vedlegg
- Styresak 08-2018 i Sykehuset Telemark HF, med tilhørende saksdokumenter, protokoll og vedlegg

- Styresak 132-2016 i Helse Sør-Øst RHF, med tilhørende saksdokumenter, protokoll og vedlegg

Følgende dokumenter skal legges til grunn for arbeidet i forprosjektfasen:

- Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter (2017)
- Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023
- Regional utviklingsplan 2035
- Finansstrategi Helse Sør-Øst (2021)
- Regionale retningslinjer for driftsøkonomiske analyser og vurdering av økonomisk bæreevne i investeringsprosjekter (2021)
- Helse Sør-Øst RHF delstrategi for bygg og eiendom (2018)
- Helse Sør-Øst RHF delstrategi for teknologiområdet (2020)
- Helse Sør-Øst RHF - 12 prinsipper for medvirkning
- Standard for klima og miljø i sykehusprosjekter (2021)
- Konseptrapport, Konseptrapport, utbygging somatikk Skien, Sykehuset Telemark HF, datert 19. november 2020
- KSK-rapport: Kvalitetssikring – utbygging somatikk Skien, Sykehuset Telemark HF, datert 23. oktober 2020
- Utviklingsplan 2030 med tilleggsrapporter, Sykehuset Telemark HF
- Økonomisk langtidsplan (ØLP)

I tillegg gjelder vedtak fra foretaksmøter og styresaker som omhandler sykehusområdet i Skien.

Saksfremlegg

Saksgang:

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| Styre | Møtedato |
| Styret i Sykehuset Telemark HF | 15.02.2022 |

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

Sak: 007-2022 Virksomhetsrapport per 3. tertial 2021

Hensikten med saken

Saken beskriver oppnådde resultater per 3. tertial 2021.

Forslag til vedtak

Styret tar virksomhetsrapport per 3. tertial til orientering.

Skien, 08.02.2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

0 Sammendrag

Sykehuset Telemark rapporterer et resultat på 16,1 millioner kr. pr. desember. Dette er 33,9 millioner kr. lavere enn budsjettet.

Viktigste årsaker til budsjettavviket for 2021 er:

- Udekket koronaeffekt (ca 10 mill.)
- Nettoeffekt lønnsoppgjør, pensjonskostnader (ca 5 mill.)
- Høyere kostnader H-reseptor, FBV, ressurskrevende pasienter i psykiatrien (ca 15 mill.)

I desember ble driftssituasjonen mer krevende med økende smitte i samfunnet, flere covid-19 pasienter og økning i sykefravær blant ansatte. Elektiv kirurgi har blitt redusert for å sikre tilstrekkelig intensivkapasitet. Sykehuset har vært i grønn beredskap gjennom hele måneden. Det er gjennomført beredskapsmøter to ganger per uke. Antall innlagte covid-19 pasienter har ligget rundt 10-12 pasienter gjennom store deler av måneden.

Belegget ved somatiske sengeposter er noe redusert sammenlignet med foregående måneder men høyere enn normalt i desember. I akuttpsykiatrien har belegget vært økende de siste månedene og gitt en krevende driftssituasjon. Kombinasjonen høyt sykefravær og ressurskrevende pasienter har til tider skapt en krevende driftssituasjon med økte lønnskostnader. Samlet DRG-aktivitet er noe lavere enn budsjettet. Det har imidlertid vært høy poliklinisk aktivitet i somatikken sammenlignet med tidligere desembermåneder. Planlagt forbedringsarbeid er betydelig forsinket på grunn av pandemien og den krevende driftssituasjonen.

Resultatet i desember er -11,0 millioner kr., som er 15,1 millioner kr. svakere enn budsjettet. Hovedforklaringen til det store avviket er 10 millioner kr i udekket koronaeffekt denne måneden. I tillegg gir kjøp og salg av helsetjenester (FBV rusbehandling), innleie og overtid/ekstravakter negative avvik.

Koronasituasjonen har påvirket foretakets drift negativt med 21 millioner kr. i desember. Dette er en dobling sammenlignet med foregående måned. Det rapporteres tapte inntekter på 2,2 millioner kroner og økte kostnader på 18,8 millioner kroner. Koronaeffektene på kostnadssiden er relatert til testing, flere innleide vikarer som følge av høyt sykefravær og økte kostnader for kjøp av mikrobiologiske analyser. Koronaeffektene i desember er kun delvis kompensert. Gjenstående koronamidler på 10,8 millioner kr er inntektsført i desember. For 2021 er det inntektsført 132,8 millioner kr. av øremerkede COVID-19 midler.

På bakgrunn av resultatene per november ble resultatprognosen for året endret til 30 millioner kr., som er 20 millioner kr. svakere enn budsjettet resultat. En viktig forutsetning for dette var full dekning av koronaeffektene som viste seg ikke å være mulig gitt gjenstående midler.

Ventelistene øker litt i desember, og ventetidene øker både for ventende og påstartet. Antall elektive henvisninger er på nivå med tidligere år. Antall Ø-hjelp-henvisninger er lavere enn foregående måned. Antall henvisninger totalt i 2021 er litt høyere enn i 2020, men lavere enn 2019. Avdelingene Plast, Barn og Gaskir utmerker seg fortsatt med mange henvisninger. Antall pasienter passert tentativ tid fortsetter økningen fra tidligere måneder.

Det er fortsatt økning i antall fristbrudd for ventende pasienter. Det er særlig Plast og Mata som bidrar til denne utviklingen. Mange pasienter passert tentativ tid observert i tidligere perioder gir seg nå utslag i flere fristbrudd når aktiviteten innenfor disse fagene er lav pga kapasitetsutfordringer.

Den totale ventelisten øker også i desember, og antall pasienter er nå 9 % høyere enn for et år siden.

Det er lavere operasjonsaktivitet enn budsjettert i desember. Beredskapssituasjonen og behov for intensivkapasitet til covid-19 pasienter har ført til nedtak av aktivitet. Venteliste til operasjon øker derfor i desember.

Barne- og ungdomspsykiatrien har hatt stor økning i henvisninger siste året, og henvisningsmengden er på et stabilt høyt nivå i siste kvartal. Økt produktivitet og tilsetning av flere behandlere har så langt håndtert økt behandlingvolum. Aktiviteten i 2021 er rekordhøy målt i antall konsultasjoner.

Rekrutteringsvansker i psykiatrien (VOP/TSB) har over tid forsterket nedgangen i behandlingvolum ved poliklinikkene.

Andelen telefon/video-konsultasjoner endte på 13,9 % for alle fagområdene samlet for 2021. Det er høyere andel i desember enn tidligere i høst, og økningen sammenfaller med nedstenging og strengere smittetiltak i samfunnet. Det er noe variasjon mellom fagområdene. I BUP har høy andel telefon/video-konsultasjoner bidratt til høy aktivitet.

Prioriteringsregelen målt i ventetid er oppfylt for VOP og TSB. Den store økningen i henvisninger til BUP siste halvåret kan forklare at kravet ikke er innfridd her. Prioriteringsregelen for aktivitet innfris kun i BUP. Dette skyldes lavere antall behandlere innenfor VOP og TSB, og i tillegg var produktiviteten lav i starten av året, spesielt innenfor TSB. Produktiviteten innenfor TSB har tatt seg opp de siste månedene.

Innhold

| | | |
|-----|--|----|
| 0 | Sammendrag | 2 |
| 1 | Risikovurdering | 5 |
| 2 | Nasjonale og regionale styringsmål beskrevet i OBD | 8 |
| 2.1 | Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen..... | 8 |
| | Ventelister og ventetider | 8 |
| | Pakkeforløp kreft – andel behandlet innen standard forløpstid og antall nye pasienter i pakkeforløp..... | 10 |
| 2.2 | Prioritere psykisk helsevern og TSB | 11 |
| | Prioriteringsregelen | 11 |
| | Bruk av tvang | 11 |
| | Pakkeforløp psykisk helsevern og TSB..... | 12 |
| 2.3 | Bedre kvalitet og pasientsikkerhet..... | 13 |
| 3 | Aktivitet | 13 |
| 3.1 | Somatikk..... | 13 |
| 3.2 | Psykisk helsevern og TSB | 15 |
| 4 | Bemannings - brutto månedsverk, samlet lønnskostnad og innleie | 17 |
| 5 | Økonomi | 18 |
| 5.1 | Klinikkene | 20 |
| 6 | Tertialvise forhold | 22 |
| 6.1 | Forskning | 22 |
| 6.2 | Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring – I trygge hender 24/7 | 22 |
| | <i>GTT</i> | 22 |
| | <i>Prevalensundersøkelser</i> | 23 |
| | Innsatsområdet NEWS | 23 |
| | Pasientsikkerhetsvisitter | 24 |
| | Forbedringsarbeid pakkeforløp lungekreft | 24 |
| | Handlingsplan for legemiddelsikkerhet 2020-2022 | 24 |
| | Eksterne tilsyn og revisjoner | 25 |
| | Uønskede hendelser og klagesaker..... | 25 |
| | <i>Indikator for meldekultur</i> | 27 |
| | Nytt forbedringssystem | 28 |
| 6.3 | HMS og arbeidsmiljø..... | 28 |
| 6.4 | Personvern og informasjonssikkerhet..... | 29 |
| 6.5 | Status tiltaksplan for Ledelsens gjennomgang 2021 | 30 |

1 Risikovurdering

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

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

Koronasituasjonen preger risikobildet og drift for hele sykehuset, men det har vært en god utvikling siden 2020. Sykehuset har i forbindelse med koronasituasjonen tatt grep for å sikre tilgang på personell og utstyr etter behov, samt opprettholde god balanse mellom beredskap og øvrig drift. Vaksinerer er gjennomført for de fleste ansatte. En ny smittebølge mot slutten av året har likevel hatt store konsekvenser for drift, og det forventes ytterligere risiko særlig knyttet til økt sykefravær hos ansatte i første kvartal 2022. Inntektsbortfall og kostnadspådrag i forbindelse med pandemien utgjør en betydelig økonomisk risiko.

| Risikomatrixe 3. tertial 2021 STHF | | | | | | |
|------------------------------------|---|------------|---|------|---|---|
| | | Konsekvens | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sannsynlighet | 5 | | | 7 | | |
| | 4 | | | 2, 5 | 3 | |
| | 3 | | 4 | | | |
| | 2 | | | 1, 6 | 8 | |
| | 1 | | | | | |

| Risikoområder | Sannsynlighet | | | | | Konsekvens | | | | | Historisk utvikling | | | |
|---|---------------|---|---|---|---|------------|---|---|---|---|---------------------|-------|-------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | T3-20 | T1-21 | T2-21 | T3-21 |
| 1 Tilgjengelighet | | x | | | | | | x | | | | | | |
| 2 Økonomi | | | | x | | | | x | | | | | | |
| 3 Bemanning | | | → | x | | | | | → | x | | | | |
| 4 Prioriteringsregelen | | | x | | | | x | | | | | | | |
| 5 Informasjonssikkerhet | | | | x | | | | x | | | | | | |
| 6 Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring | | x | | | | | | x | | | | | | |
| 7 Koronaberedskap | | | → | → | x | | | | → | x | | | | |
| 8 Aktivitet | | x | | | | | | | x | | | | | |

1. Kvalitet og tilgjengelighet – Uendret. Ventetidene øker mot slutten av året etter en nedgang etter sommeren. Ventetid for ventende og påstartet er hhv. 72 og 57 dager. Fristbrudd har økt til 4,3 %. Majoriteten av økningen i fristbrudd ligger hos Plast, som har hatt kapasitetsproblemer i legestaben store deler av året.

2. Økonomi – Uendret. Økonomiske resultater er svekket gjennom koronasituasjonen, men har i stor grad blitt kompensert gjennom ekstraordinært tilskudd. Regjeringen har varslet at det vil gis tilskudd også i 2022 som skal kompensere for koronarelaterte kostnader. Sykehuset rapporterer et driftsresultat på 16,1 millioner kr. per desember, som er -33,9 millioner kroner lavere enn budsjett. Samlet koronaeffekt utgjør -143 millioner kroner per desember. Koronaeffekten kompenseres i regnskapet gitt at det er tilstrekkelige midler. Udekket koronakostnad for året utgjør 10 millioner kroner. Det er viktig at driftskostnader nedjusteres til et normalt driftsnivå i samsvar med utviklingen i koronasituasjonen. Underliggende utviklingstrekk, demografi i Telemark gjør det krevende å sikre økonomisk bærekraft over tid.

3. Bemanning – Økt sannsynlighet og konsekvens. Koronasituasjonen og tilhørende omstillinger har ført til et midlertidig økt behov for bemanning. Sykehuset er rustet til å håndtere svingninger i beredskapsnivået, og samtidig opprettholde et godt nivå på øvrig drift. Det forventes imidlertid at økt sykefravær på grunn av koronasmitte kan få konsekvenser for drift og bemanning i første kvartal 2022. Parallelt med den pågående koronasituasjonen jobbes det med å forbedre produktiviteten for å etablere en bærekraftig drift og skape handlingsrom til egen utvikling. Enkelte fagområder har rekrutteringsvansker.

4. Prioriteringsregelen – Uendret. Målet om høyere vekst innen PHV og TSB for poliklinisk aktivitet er oppfylt for BUP, men ikke for VOP og TSB. Aktiviteten i 2021 har vært lav innen VOP og TSB grunnet store rekrutteringsutfordringer i terapeutstaben, samt driftsendringer ifm Koronavirus. Prioriteringsregelen målt i ventetider er oppfylt innenfor VOP og TSB, men ikke innenfor BUP.

Prioriteringsregelen målt i ventetid er hittil i år oppfylt innenfor VOP med sine 35 og TSB med 23 dager. BUP ligger på 40 dager, noe som er 5 dager for lenge. Deler av årsaken er den store økningen av henvisninger innenfor barne- og ungdomspsykiatrien.

5. Informasjonssikkerhet - Uendret. Risiko for eksterne dataangrep anses økt. Ansatte informeres om risiko for phishing-angrep, og får anbefalinger om hvordan man skal forholde seg til dette. Sykehuspartner HF har i perioder hatt økt beredskap og overvåking av situasjonen.

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

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

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

IT-løsning for regional protokoll etter Artikkel 30 er levert. Arbeidet med komplettering av protokollen videreføres, og systematikk og ansvars plassering for ajourføring av protokollen er definert. Ledergruppesak ble gjennomført 14.09.2021 med tiltak.

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

7. Koronaberedskap – Økt sannsynlighet og konsekvens. Sykehuset skal sikre tilgang på utstyr, ressurser og kompetanse i forbindelse med koronapandemien, samt til enhver tid sikre god balanse mellom beredskap og øvrig drift. Ansatte på sykehuset er i stor grad fullvaksinerte. Det ligger et fokus på å opprettholde smittevern for å beskytte utsatte. Forventet høyt smittetrykk øker risiko for sykefravær blant ansatte i første kvartal 2022, som kan bevege seg opp mot 20 %. Det vurderes at sykehuset har god oversikt og tilgang på frivillige, pensjonister og klinisk personell i admin-funksjoner som kan tilkalles ved behov, og det er sikret lager og leveranse av testutstyr. Klinikken har ansvar for å justere tiltak slik at det samsvarer med sykehusets beredskapsnivå.

8. Aktivitet – Uendret. Ø-hjelpsaktiviteten i Medisinsk klinikk har tatt seg opp igjen. Kirurgisk klinikk har vært tilbake på et normalt aktivitetsnivå for ø-hjelp, mens elektiv aktivitet er svært sårbar for endring i sykehusets beredskapsnivå angående smittespredning. I tredje kvartal har mange elektive operasjoner blitt avlyst som følge av koronarelaterte driftsendringer, og dette vil fortsette et stykke ut i 2022. Avlyste operasjoner gir mulighet til å øke poliklinisk aktivitet. Antall døgnopphold er lavere enn tidligere år, som har konsekvenser for inntektsgrunnlaget per opphold, samt omstillinger av drift. Det er høy aktivitet på poliklinikk, og det jobbes godt med ventelister, men budsjetterte inntektsforventninger vil ikke bli innfridd.

Lav aktivitet på Voksenpsykiatri og TSB målt mot tidligere år. Deler av aktivitetsnedgangen skyldes rekrutteringsutfordringer og 9 % færre terapeuter enn i 2019. Det har i 2021 vært en stor turnover, noe som medfører en noe lavere aktivitet og produktivitet enn ved erfarne behandlere. Et annet aspekt er utviklingen i avvisningsraten. Den er halvert siden i fjor, flere unike individer blir behandlet, noe som er bra isolert sett. Nedsiden ved dette er at det er økt

grad av pasienter som har svært korte behandlingsforløp, og dokumentasjon og det administrative arbeidet ved oppstart og avslutning av en konsultasjonsserie er den samme som ved lange forløp. Dette gir en lavere produktivitet enn ved lange behandlingsforløp.

2 Nasjonale og regionale styringsmål beskrevet i OBD

Det er definert tre målområder:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

2.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

| Redusere unødvendig ventetid | mål 2021 | | | | | | | | | | | des.21 | | | | |
|--|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|-------|-----------|------------|---------|
| | | des.19 | des.20 | jan.21 | feb.21 | aug.21 | sep.21 | okt.21 | nov.21 | des.21 | KIR | MED | MSK | BUK (som) | BUK (psyk) | VOP/TSB |
| Gjennomsnitt ventetid i dager | 50 dager somatikk 30 dager BUP/VOP/TSB | 54 | 50 | 52 | 52 | 61 | 60 | 53 | 49 | 55 | 57 | 56 | 53 | 55 | 35 | 34/23 |
| Fristbrudd avviklede, antall pr mnd | 0 | 62 | 21 | 33 | 42 | 52 | 60 | 56 | 79 | 98 | 55 | 40 | 1 | 2 | | |
| Fristbrudd andel avviklede per mnd | 0 | 2,2 % | 0,8 % | 1,1 % | 1,5 % | 2,0 % | 2,0 % | 2,0 % | 2,7 % | 4,0 % | 4,2 % | 5,0 % | 1,5 % | 2,1 % | 0,0 % | 0,0 % |
| Antall som venter | reduksjon | 7 534 | 6 416 | 6 120 | 6 102 | 6 429 | 6 815 | 7 118 | 7 458 | 7 349 | 4 208 | 1 954 | 457 | 293 | 101 | 218 |
| Antall med ventetid over 1 år | 0 | 42 | 33 | 32 | 32 | 19 | 42 | 47 | 69 | 71 | 68 | 3 | - | - | - | - |
| Andel telefon/videokonsultasjoner | Som: 10% PHV/TSB: 25% | | | 18,0 % | 13,6 % | 11,8 % | 11,5 % | 11,3 % | 12,3 % | 17,8 % | 6,0 % | 20,4 % | 9,2 % | 25,1 % | 39,2 % | 26,3 % |
| Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp (OA1) | 70 % | 80 % | 79 % | 83 % | 81 % | 77 % | 77 % | 77 % | 75 % | 77 % | | | | | | |
| Andel innen definert forløpstid | 70 % | 75 % | 77 % | 70 % | 73 % | 72 % | 72 % | 73 % | 73 % | 75 % | | | | | | |
| Antall passert planlagt tid | reduksjon | 4 834 | 4 774 | 3 944 | 3 348 | 4 237 | 4 686 | 5 087 | 5 622 | 5 529 | | | | | | |
| Andel passert planlagt tid % | <5% | 8 % | 9 % | 7 % | 6 % | 7 % | 8 % | 9 % | 9 % | 9 % | | | | | | |

Sykehuset har over noen år valgt å ha mer ambisiøse lokale mål for tilgjengelighet enn de nasjonale målene. For 2021 betyr dette mål for ventetider innen somatikk på 50 dager og 30 dager for BUP, VOP og TSB. I tabellen ovenfor er dette reflektert.

Ventelister og ventetider

Kapasitetsutfordringer

Vi ser at kapasitetsutfordringer påvirker ventelistene for flere fagområder. Kombinasjonen av færre polikliniske konsultasjoner og mange henvisninger inn gir økning i pasienter på venteliste. Det er også en økning i pasienter passert planlagt tid. Fagområdene som utmerker seg negativt og som ser ut til å ha kapasitetsutfordringer er Plast, Barn, kardiologi, Nevro. Disse har til felles en utfordring med å få gjennomført nok polikliniske konsultasjoner grunnet høyt sykefravær og vakanser i legegruppene. Kombinert med høyt belegg på sengepostene fører dette til at kapasiteten reduseres.

Antall på venteliste og passert planlagt tid

Antall pasienter på total venteliste øker fra forrige periode. Antall med tildelt time er på samme nivå som forrige periode. Antall pasienter på total venteliste er 55.889, og viser betydelig stigning hittil i år (+ 9 %). Den totale ventelisten fordeler seg på 20.715 pasienter som har fått time, og 35.174 pasienter som ikke har fått time. Over tid har Uro, Plast, Blod og kreft, Hormon økt antall pasienter på venteliste

(7 % - 9 %) sammenlignet med samme periode i fjor. ØNH reduserer antall pasienter på venteliste sammenlignet med i fjor (- 8 %). Helseforetaket har god oversikt over de ventende.

Passert planlagt tid øker til 5.528 som utgjør 9,0 % som er høyere enn målkravet på 5 %. HSØ totalt for desember er ca. 11 %. Det er ØNH, Plast, Hjerte og Barn som har høyest antall pasienter med passert planlagt tid, jfr kommentaren om kapasitetsutfordringer ovenfor.

Utviklingen i offisielle ventelisten har stabilisert seg siste 12 måneder, og det er per desember 7.349 pasienter som venter. Dette er en liten reduksjon forrige periode. Plast har redusert mest denne perioden.

Primær henvisninger

Antall elektive henvisninger mottatt i år er høyere enn 2020, men noe lavere enn 2019. Den største økningen i antall henvisninger sammenlignet med 2020 er til barne- og ungdomspsykiatrien, Nevro, Blod og kreft, Endo-mammo, Gastro, Plast og Fertilitet. Øre-nese hals har størst reduksjon fra 2020.

Øyeblikkelig hjelp har hatt en jevn økning siden august, og for året 2021 er det likt med 2020, men ligger noe under 2019 nivå. Totalt er ØH økt innen Plast, Barn, Ortopedi og Gaskir, mens Blod og kreft, Gyn og DPS har et lavere nivå sammenlignet med 2020.

Ventetider

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter med påstartet behandling ligger for denne perioden på 55 dager for alle tjenesteområdene samlet, som er en økning fra forrige periode på 6 dager, og en økning på 5 dager i forhold til samme tid i fjor. Ventetid påstartet: (denne periode/forrige periode) somatikk 57 (51) dager, VOP 34 (34), BUP 35 (32) og TSB 23 (20).

Gjennomsnittlig ventetid for ventende pasienter for alle tjenesteområder er 70 (65) dager, dette er en økning på 5 dag i forhold til forrige periode. Ventetid ventende: somatikk 72 (67) dager, VOP 28 (26), BUP 27 (22) og TSB 28 (20). Plast har snitt ventetid på 147 (133) dager, hvor 1.447 pasienter venter på behandlingsstart.

Antall ventende pasienter over 1 år er for denne perioden 71, en økning på 2 pasienter fra forrige periode. Dette fordeler seg på Plast 66 (+9), øvrige avdelinger har 1 eller 0 pasient, Mage- tarm har tatt ned 5 pasienter fra forrige periode.

Fristbrudd

Andel fristbrudd påstartet er for perioden på 4 % (2,7 % forrige periode), antallet er 98 fristbrudd. Plast har 45 brudd og en andel på 20 %, og Mage-tarm har 38 brudd og en andel på 23 %.

Andel fristbrudd ventende for alle tjenesteområder er 2 % (1,7 % forrige periode), antallet er 151, som er en økning på 26 brudd fra forrige periode. Plast har 49 brudd og en andel på 3 % og Mage og tarm har 70 brudd og en andel på 23 %.

Korridorpasienter

I denne perioden har vi 178 (119) korridorpasienter, det er en markant økning i forhold til forrige periode. Andel korridorpasienter for desember er 2,3 % (1,6 %) som er en økning fra forrige periode.

Belegg

For perioden er det et høyt belegg i somatikk med et snitt pr dag på 187 pasienter, som gir en beleggsprosent på 94.

Planleggingshorisont og operasjoner

Økt smitte og nye nasjonale tiltak har resultert i omfattende forstyrrelser i operasjonsaktiviteten for desember. Mange operasjonsteam er blitt avlyst. Elektive operasjoner i desember er 40 % under budsjett, mens ø-hjelpsoperasjoner er som budsjettet. Fristilte legeressurser fra operasjon er overført til poliklinikk, som har gitt gode resultater i desember. Det er lav planleggingshorisont i desember som følge av større driftsforstyrrelser. Strykningsprosenten er 7,9 % i desember, og samlet 5,4 % for hele året.

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

Samlede resultater (alle pakkeforløp) hittil i år per 12 måneder viser 77 % av nye pasienter er inkludert i pakkeforløp. 75 % av pasientene i pakkeforløp behandles innen standard forløpstid, det er noe svakere enn tilsvarende periode i fjor (77 %). Målet på 70% er innfridd.

De siste 4 månedene viser en positiv utvikling. Samlet andel behandlet innen standard forløpstid er i denne perioden på 81% og STHF ligger best an nasjonalt (likt med Sørlandet sykehus). Andel pasienter med brystkreft behandlet innen standard forløpstid i aktuell periode er 94%, lungekreft 60%, lymfomer 67%, prostata 74% og tykk-/endetarmskreft 74%.

Urologi generelt har en god utvikling og god kontroll. Innen gynekologisk kreft har vi relativt få pasienter og tallene vil derfor svinge noe mer. Her er også sykehuset avhengig av samarbeid med OUS. Utviklingen her er også i hovedsak positiv.

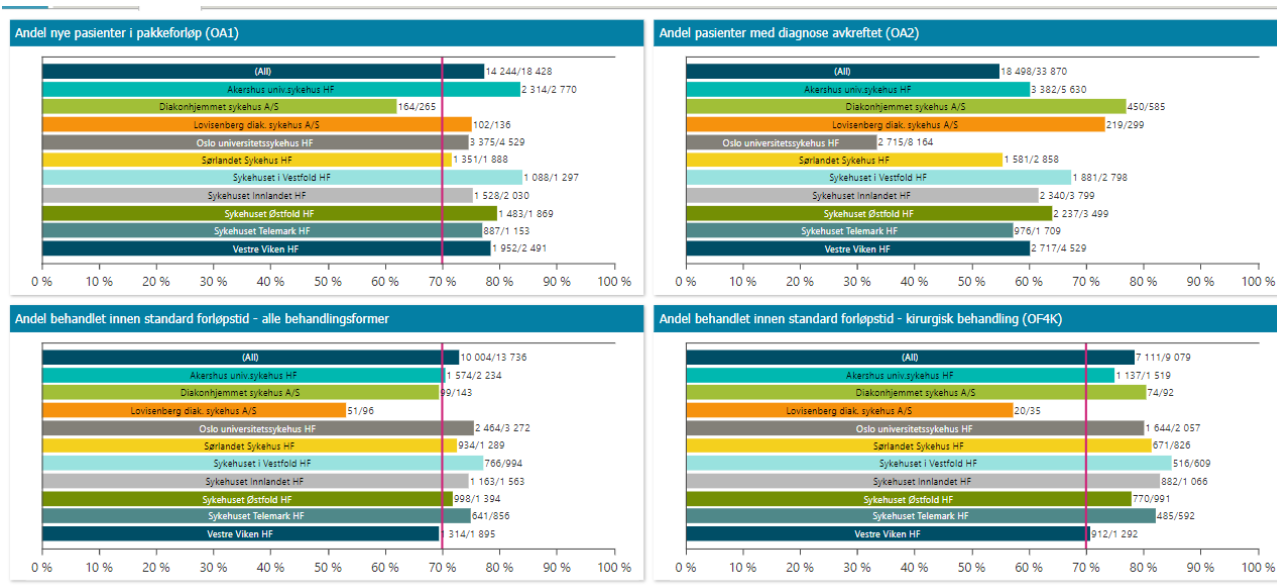
For føflekkreft (malignt melanom) oppnås 96 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid hittil i år. Her utføres hele forløpet ved STHF.

For lunge er kun 46 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid hittil i år. Resultatene er under måltall på 70%. 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. Medisinsk klinikk har startet et forbedringsarbeid på pakkeforløp lunge i samarbeid med kvalitetsavdelingen.

Innen hematologi blir kun 43 % av lymfomer behandlet innen standard forløpstid hittil i år. Pakkeforløp innen lymfomer er utfordrende for hele landet. Diagnostikken (flow cytometri) utføres ved patologisk avdeling ved OUS, og man venter ofte lenge på svar. Dedikert sykepleier og sekretær har nå fått forløpskoordinatoransvar og vil følge logistikken tett for å identifisere flaskehalser som vi kan fjerne eller forbedre.

Innen tykk- og endetarmskreft er 82 % av pasientene inkludert i pakkeforløp hittil i år. 72 % av pasientene er behandlet innen standard forløpstid.

Figuren nedenfor viser samlet resultater for januar-desember 2021:



2.2 Prioritere psykisk helsevern og TSB

Prioriteringsregelen

Ventetider

Prioriteringsregelen målt i ventetid er i år oppfylt innenfor VOP med sine 35,4 og TSB med 23,1 dager. BUP ligger på 40 noe som er 5 dager for lenge. Det var en feilregistrering på en BUP-pasient i oktober som førte til feilaktig høy ventetid påstartet. Når denne pasienten er rettet opp, så justeres tallet fra 40 til 37 dager for de påstartede. Hovedårsaken til at målet på 35 dager ikke nås er den store økningen av henvisninger innenfor barne- og ungdomspsykiatrien

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

Polikliniske konsultasjoner

Antall polikliniske konsultasjoner er redusert innenfor VOP og TSB, mens BUP viser en vekst og innfrir prioriteringsregelen. Somatikken har høyere aktivitet enn i 2019. Kravet måles ved at vekst i 2021 målt mot faktiske tall 2019 skal være større innenfor VOP, TSB og BUP enn i somatikken.

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

Bruk av tvang

Det er 321 tvangsinnlagte hittil i år, mot 335 i samme periode i fjor. Dette tilsvarer et gjennomsnitt på 0,16 per 1000 innbyggere. Med 1949 antall innlagte, så er andelen tvangsinnlagte på 16,5 % i 2021. Andelen tvangsinnlagte var 17,4 % i fjor.

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

Pakkeforløp psykisk helsevern og TSB

Seks pakkeforløp for psykisk helse og rus ble innført i 2019. I 2021 er det 7 pakkeforløp. Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene skal sørge for at praksis i spesialisthelsetjenesten blir endret i tråd med anbefalingene i pakkeforløpene. Målet er likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor, unngå unødig ventetid for utredning, behandling og oppfølging, økt brukermedvirkning og brukertilfredshet, sammenhengende og koordinerte pasientforløp og bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner. Det brukes fortsatt mye tid og ressurser på å følge opp koding av pakkeforløp.

Det er store forskjeller i måloppnåelse innenfor de ulike pakkeforløpene hittil i år.

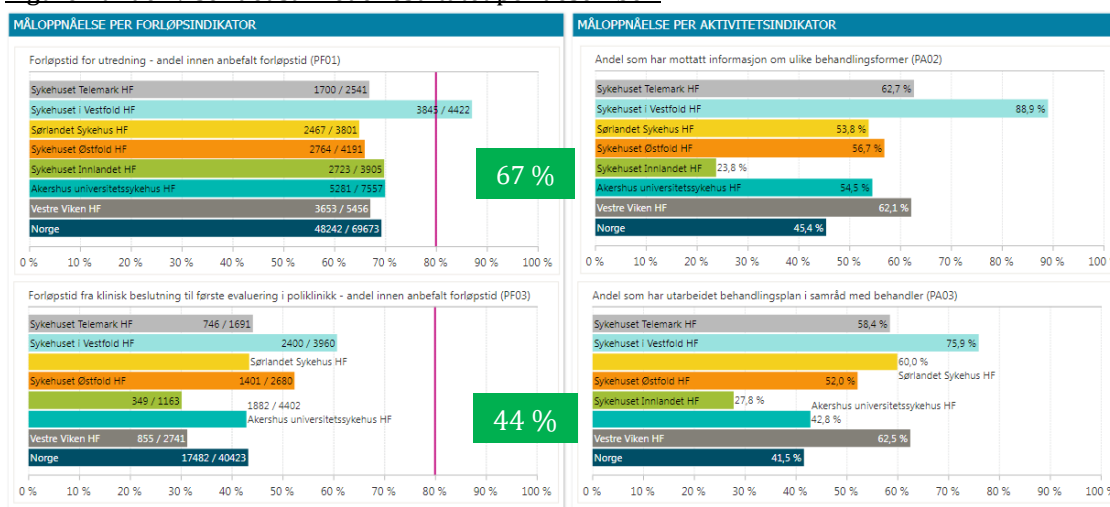
Innenfor TSB er måloppnåelsen på 85 % på parameteren forløpstid utredning. Dette innfrir HSØ-målet og er høyere enn landsgjennomsnittet. Innenfor voksenpsykiatrien er måloppnåelsen 71 %, noe som er 3 % - poeng lavere enn landsgjennomsnittet. Innenfor BUP er det kun 58 % av utredningene som innfrir målet, men på tross av lav måloppnåelse så er det allikevel 2 % - poeng høyere enn landsgjennomsnittet.

I 2021 endte STHF på en samlet måloppnåelse på 67 %, noe som er 2 % - poeng lavere enn landsgjennomsnittet.

Når vi kommer til parameteren for første evaluering ligger STHF på 44 % måloppnåelse, noe som er langt unna målet. Denne måleparameteren strever de fleste foretakene med, og STHF ligger 1 % - poeng over landsgjennomsnittet.

STHF ligger godt over landsgjennomsnittet når det kommer til måleparameterne «informasjon om ulike behandlingsformer» og «utarbeidet behandlingsplan i samråd med behandler».

Figuren under viser det samlede resultatet per desember:



| Desember | Målekort STHF | Denne periode | | | Hittil i år | | |
|----------|-----------------------------|---------------|-----|-------|-------------|-----|-------|
| | | Faktisk | Mål | Avvik | Faktisk | Mål | Avvik |
| | Pakkeforløp VOP - utredning | 75 | 80 | -5 | 71 | 80 | -9 |
| | Pakkeforløp TSB - utredning | - | 80 | - | 85 | 80 | 5 |
| | Pakkeforløp BUP - utredning | 56 | 80 | -24 | 58 | 80 | -22 |

2.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

| Bedre kvalitet og pasientsikkerhet | mål 2021 | | | | | | | | | | | des.21 | | | | | |
|--|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|-------|-------|-------|-------------|--|
| | | des.19 | des.20 | jan.21 | feb.21 | aug.21 | sep.21 | okt.21 | nov.21 | des.21 | KIR | MED | MSK | ABK | BUK | VOP/ TSB | |
| Sykehusinfeksjoner % | <3% | | | | 3,4 % | | 1,7 % | | 3,1 % | | | | | | | | |
| Korridorpasienter - antall | 0 % | 121 | 66 | 34 | 37 | 74 | 134 | 245 | 119 | 178 | 27 | 151 | | | | | |
| Korridorpasienter % | 0,0 % | 1,5 % | 1,0 % | 0,5 % | 0,6 % | 1,1 % | 1,7 % | 3,2 % | 3,5 % | 2,4 % | 1,1 % | 3,4 % | | | | | |
| Direkte time i % | 100 % | 84 % | 85 % | 81 % | 87 % | 77 % | 81 % | 79 % | 81 % | 79 % | 79 % | 71 % | 100 % | 100 % | 86 % | 91 % | |
| Antall åpne dokumenter > 14 dager | <2800 | 3 951 | 3 662 | 3 345 | 3 820 | 3 053 | 3 546 | 3 927 | 4 409 | 4 205 | 1 055 | 1 259 | 39 | 5 | 1 040 | 807 | |
| Antall pasienter med åpen henvisningsperiode | reduseres | 1 068 | 794 | 909 | 1 058 | 908 | 1 045 | 1 297 | 145 | 1 589 | 353 | 957 | 29 | 21 | 200 | 29 | |
| Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse | >30% | 28 % | 28 % | 27 % | 25 % | 26 % | 24 % | 25 % | 26 % | 23 % | | 23 % | | | | | |

Koronasituasjonen 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 er de fleste indikatorene tilbake på nivået før pandemien.

3 Aktivitet

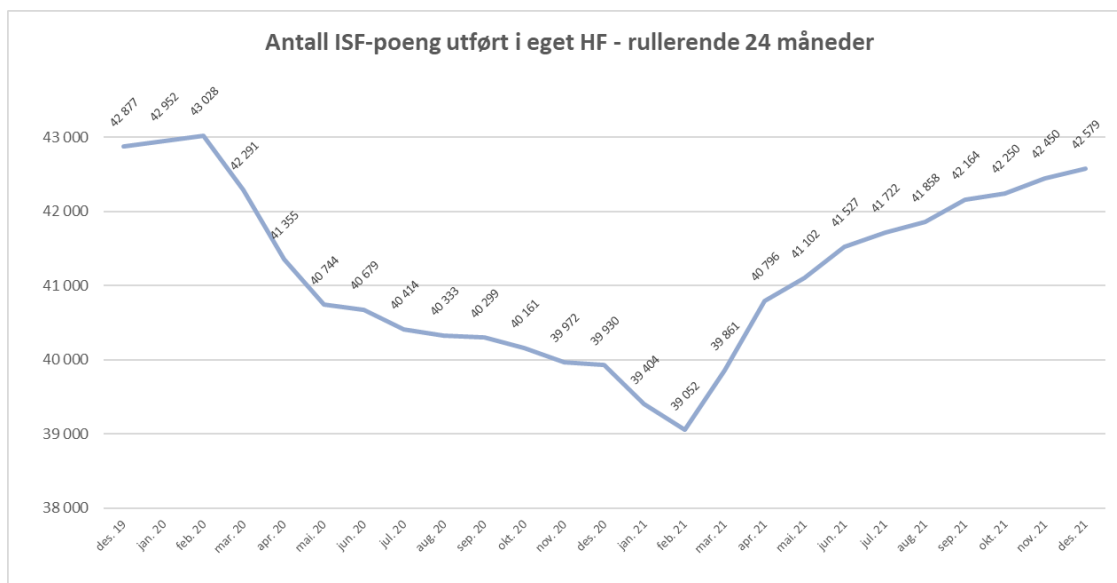
3.1 Somatikk

Nivået på øyeblikkelig hjelp-pasienter innen medisin var i årets 5 første måneder betydelig lavere sammenlignet med budsjett og nivået før pandemien, men fra og med juni var nivået på tilnærmet samme nivå som i 2019. Samtidig var nivået på elektiv kirurgisk aktivitet kommet tilbake på budsjettet nivå. Dette resulterer i at sykehuset i høst kunne registrere tilnærmet budsjettbalanse på måneds-regnskapet. November måned har imidlertid hatt færre sykehusopphold enn i september og oktober, og ISF-aktiviteten i november endte på et lavere nivå enn budsjettet. Desember hadde en aktivitet tilnærmet på budsjettet nivå.

Antall døgnpasienter (sykehusopphold) har i 2021 vært 13 % færre enn budsjettet, men 6 % flere enn i fjor. Dette gir seg utslag i form av betydelig lavere ISF-inntekter enn budsjettet.

Samlet budsjettavvik knyttet til ISF poeng sørge-for (dag, døgn, poliklinikk og legemidler) er for året 2021 -2.573 poeng (-5 %). Dette avviket ville medført nær 60 millioner kroner i reduserte inntekter hvis det ikke var gitt korona-kompensasjon fra Regjeringen.

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



| ISF-poeng somatikk | | | | | | | | | | | |
|--|--------------|--------------|-------------|------------|---------------|---------------|---------------|------------|---------------|---------------|-----------------------------|
| | Denne måned | | | | Hittil i år | | | | Faktisk 2020 | Budsjett 2021 | ISF budsjet-avvik (1000 kr) |
| | Faktisk | Budsjett | Avvik | Avvik% | Faktisk | Budsjett | Avvik | Avvik% | | | |
| Kirurgisk klinikk | 1 473 | 1 664 | -191 | -12% | 19 204 | 20 305 | -1 101 | -5% | 18 428 | 20 305 | -25 722 |
| Medisinsk klinikk | 1 746 | 1 642 | 105 | 6% | 19 984 | 20 989 | -1 004 | -5% | 18 409 | 20 989 | -23 462 |
| BUK | 210 | 250 | -40 | -16% | 2 876 | 3 050 | -174 | -6% | 2 563 | 3 050 | -4 054 |
| Åkutt og beredskap | 10 | 8 | 2 | 20% | 114 | 100 | 14 | 14% | 80 | 100 | 318 |
| MSK | 19 | 30 | -11 | -38% | 361 | 400 | -39 | -10% | 432 | 400 | -920 |
| Ernæringspoliklinikk | 0 | 1 | -0 | -46% | 19 | 10 | 9 | 94% | 10 | 10 | 220 |
| Ufordelt | 5 | - | 5 | | 23 | - | 23 | | 61 | 0 | |
| SUM ISF-poeng utført ved STHF | 3 463 | 3 594 | -132 | -4% | 42 581 | 44 853 | -2 272 | -5% | 39 983 | 44 853 | -53 620 |
| SUM ISF-poeng utført ved STHF "sørge-for" | 3 484 | 3 613 | -129 | -4% | 42 843 | 45 068 | -2 225 | -5% | 40 146 | 45 068 | |
| SUM ISF-poeng (inkl. legemidler, FBV) "sørge-for" | 3 776 | 3 889 | -114 | -3% | 45 816 | 48 388 | -2 573 | -5% | 43 378 | 48 388 | |

| Sykehuset Telemark | des.21 | | | | Hittil i år | | | | Endring HiÅ 2021 - 2020 | | |
|---|---------|----------|----------------|------|-------------|----------|----------------|-----------------|-------------------------|---------|-----|
| | Faktisk | Budsjett | Budsjett-avvik | % | Faktisk | Budsjett | Budsjett-avvik | Avvik i prosent | HiÅ 2020 | Endring | % |
| Somatikk | | | | | | | | | | | |
| Antall utskrivninger døgntilrettelagt | 1 968 | 2 325 | -357 | -15% | 24 582 | 28 200 | -3 618 | -13% | 23 159 | 1 423 | 6% |
| Antall liggedøgn døgntilrettelagt | 7 867 | 8 079 | -212 | -3% | 87 750 | 98 000 | -10 250 | -10% | 82 424 | 5 326 | 6% |
| Antall oppholdsdager dagbehandling | 2 252 | 2 041 | 211 | 10% | 27 408 | 25 661 | 1 747 | 7% | 24 898 | 2 510 | 10% |
| Antall inntektsgivende polikliniske opphold | 13 922 | 13 484 | 438 | 3% | 179 026 | 182 123 | -3 097 | -2% | 167 930 | 11 096 | 7% |

Aktiviteten i desember 2021, målt i antall døgnopphold var 15 % lavere enn budsjettert, og 4% høyere sammenlignet med i fjor. Antall dagbehandlinger (hovedsakelig dialyse-behandlinger og cytostatikakurer for kreftpasienter) har vært 10 % høyere enn budsjettert og 6 % høyere enn i desember fjor. Den polikliniske aktiviteten har vært 3 % høyere enn budsjettert og 3 % høyere enn i fjor. Desember 2021 hadde 1 arbeidsdag flere enn november i fjor.

Andel video- og telefonkonsultasjoner per 12 måneder er 8,6 %. Regional målsetting er 15 % totalt. Vår interne målsetting på 10 % for somatikk og 25 % for PHV/TSB gir en samlet andel på 15%.

Kirurgisk klinikk ender året 1 101 (-5 %) ISF-poeng bak budsjett, men 4,2 % over fjoråret. Avviket for året er i stor grad knyttet til koronapandemien, blant annet i form av redusert operasjonsprogram knyttet til smittevern og perioder med avlyst aktivitet, samt høyt sykefravær blant pleiepersonell. Lavere aktivitet på operasjonsstuen har imidlertid muliggjort til dels omdisponering av ressurser over til poliklinikk, hvor klinikken leverer 4 % over budsjett i 2021, og 6 % over fjoråret. Ventelister til operasjon har lagt på et lavere nivå enn normalt gjennom året. Klinikken har ikke oppnådd budsjettert effekt fra Operasjon-2020-prosjektet. Indeksene for døgnopphold har vært lave hele året, og ender på 3,3 % under budsjett, som forklarer 40 % av det totale ISF-avviket i klinikken.

Aktiviteten i **Medisinsk klinikk**, målt i ISF-poeng, har hittil i år vært 1.004 poeng (-5 %) lavere enn budsjettert, men 9 % høyere enn i samme periode i fjor. Avviket skyldes for en stor del den pågående pandemien; nivået på øyeblikkelig hjelp-pasienter er betydelig lavere enn budsjettert, dog har budsjettavviket vært moderat i høst, med unntak av november måned. Samlet for 2. halvår 2021 har Medisinsk klinikk oppnådd budsjett-balanse for totalt antall ISF-poeng. Den polikliniske aktiviteten var hittil i år 5 % lavere enn budsjettert men 3 % høyere enn i fjor. Antall dagbehandlinger (cellegiftkurer og dialysebehandlinger) har vært 14 % høyere enn budsjettert og 11 % høyere enn i fjor.

Barne- og ungdomsklinikken har et negativt budsjettavvik på -174 ISF-poeng (-6 %) i 2021. 115 poeng skyldes færre døgnopphold. Av dette er 95 poeng knyttet til friske nyfødte. Etter sommeren har aktiviteten på sengepost for barn økt, og er nå høyere enn i tilsvarende måneder i 2019. Det har de siste månedene vært høyt sykefravær blant legene og dette har medført redusert poliklinisk aktivitet.

Medisinsk serviceklinikk ligger 39 ISF-poeng (-10 %) bak budsjett i 2021. Avviket skyldes driftsendringer i fertilitetsavdelingen i første halvår som følge av pandemisituasjonen samt noe redusert kapasitet i høst grunnet opplæring av ny lege.

3.2 Psykisk helsevern og TSB

Trykket på sengepostene er økende. På den ungdomspsykiatriske sengeposten har det vært høy aktivitet i hele år, og antall sykehusopphold økte med hele 21 % målt mot fjoråret. Det er også en økning i antall liggedager på 5 % fra i fjor.

Døgnaktiviteten innen VOP og TSB har tatt seg kraftig opp de siste månedene. I desember måned isolert er antall sykehusopphold økt med 11 % og antall liggedager økt med 14 % fra i fjor. På tross av lav aktivitet i starten av året som følge av kapasitetsutfordringer, så endte antall liggedager 1 % høyere enn budsjettert nivå. Det rapporteres om et forverret sykdomsbilde og lengre liggetider på innlagte pasienter.

PHV/TSB samlet sett hadde i 2021 en økning på 9 % i antall liggedager, men det er 1 % færre sykehusopphold enn i fjor.

| ISF-poeng PHV og TSB utført ved STHF | | | | | | | | | | |
|--|--------------|--------------|------------|-------------|---------------|---------------|---------------|--------------|---------------|---------------|
| | Denne måned | | | | Hittil i år | | | | Faktisk 2020 | Budsjett 2021 |
| | Faktisk | Budsjett | Avvik | Avvik% | Faktisk | Budsjett | Avvik | Avvik% | | |
| DPS nedre Telemark | 217 | 274 | -57 | -21 % | 3 156 | 3 768 | -611 | -16 % | 2 981 | 3 768 |
| DPS øvre Telemark | 109 | 129 | -19 | -15 % | 1 450 | 1 769 | -319 | -18 % | 1 516 | 1 769 |
| Psykiatrisk sykehusavdeling | 63 | 28 | 36 | 128 % | 615 | 381 | 234 | 61 % | 378 | 381 |
| Poliklinisk avdeling TSB og psykose | 307 | 243 | 64 | 26 % | 2 579 | 3 342 | -763 | -23 % | 3 167 | 3 342 |
| Raskere tilbake PHV og TSB (underlagt Med.kl) | 7 | 6 | 1 | 24 % | 82 | 84 | -2 | -2 % | 45 | 84 |
| Klinikk for PHV og TSB + Raskere tilbake | 704 | 680 | 24 | 4 % | 7 882 | 9 345 | -1 462 | -16 % | 8 087 | 9 345 |
| Avdeling for barn og unges psykiske helse - ABUP | 865 | 748 | 117 | 16 % | 11 843 | 10 302 | 1 541 | 15 % | 9 820 | 10 302 |
| Barne- og ungdomsklinikken | 865 | 748 | 117 | 16 % | 11 843 | 10 302 | 1 541 | 15 % | 9 820 | 10 302 |
| SUM ISF psykisk helsevern og TSB på STHF | 1 569 | 1 427 | 141 | 10 % | 19 725 | 19 647 | 78 | 0 % | 17 907 | 19 647 |

| Sykehuset Telemark | des.21 | | | | Hittil i år | | | | Endring HiÅ 2021 - 2020 | | |
|--|---------|----------|----------------|--------|-------------|----------|----------------|-----------------|-------------------------|---------|--------|
| | Faktisk | Budsjett | Budsjett-avvik | % | Faktisk | Budsjett | Budsjett-avvik | Avvik i prosent | HiÅ 2020 | Endring | % |
| VoP- Psykisk helsevern for voksne | | | | | | | | | | | |
| Antall utskrivinger døgntilleg | 123 | 117 | 6 | 5 % | 1 423 | 1 550 | - 127 | - 8 % | 1 474 | - 51 | - 3 % |
| Antall liggedøgn døgntilleg | 2 702 | 2 450 | 252 | 10 % | 31 741 | 31 000 | 741 | 2 % | 29 267 | 2 474 | 8 % |
| Antall oppholdsdager døgntilleg | | | | | | | | | | | |
| Antall inntektsgivende polikliniske opphold | 3 244 | 3 934 | - 690 | - 18 % | 43 550 | 54 100 | - 10 550 | - 20 % | 45 102 | - 1 552 | - 3 % |
| BUP- Psykisk helsevern for barn og unge | | | | | | | | | | | |
| Antall utskrivinger døgntilleg | 8 | 12 | - 4 | - 33 % | 140 | 120 | 20 | 17 % | 116 | 24 | 21 % |
| Antall liggedøgn døgntilleg | 170 | 174 | - 4 | - 2 % | 2 187 | 2 200 | - 13 | - 1 % | 2 085 | 102 | 5 % |
| Antall oppholdsdager døgntilleg | | | | | | | | | | | |
| Antall inntektsgivende polikliniske opphold | 2 753 | 2 275 | 478 | 21 % | 36 793 | 31 250 | 5 543 | 18 % | 31 659 | 5 134 | 16 % |
| Tverrfaglig spesialisert rusbehandling | | | | | | | | | | | |
| Antall utskrivinger døgntilleg | 35 | 31 | 4 | 13 % | 365 | 390 | - 25 | - 6 % | 359 | 6 | 2 % |
| Antall liggedøgn døgntilleg | 237 | 226 | 11 | 5 % | 3 176 | 3 500 | - 324 | - 9 % | 2 621 | 555 | 21 % |
| Antall oppholdsdager døgntilleg | | | | | | | | | | | |
| Antall inntektsgivende polikliniske opphold | 875 | 885 | - 10 | - 1 % | 8 398 | 12 150 | - 3 752 | - 31 % | 11 812 | - 3 414 | - 29 % |

Antall konsultasjoner innenfor PHV og TSB endte i år 9 % lavere enn budsjettet, men 0,2 % høyere enn fjoråret. Veksten er stor i BUP, men VOP og TSB viser nedgang.

Desember isolert viser et negativt budsjettavvik på 3,1 %, og 2,2 % lavere enn i desember i fjor.

Antall behandlere er redusert grunnet sykefravær, vakanser og rekrutteringsutfordringer innenfor VOP og TSB. Produktivitetstallene innenfor VOP var veldig lave i starten av året, og har resten av året svinget kraftig. Det gjennomsnittlige resultatet endte kun marginalt lavere enn i fjor.

Innenfor TSB er både aktivitets- og produktivitetstallene svært lave. Tallene stupte etter nyttår. Noe av årsaken er at en del av konsultasjonene har dreid seg over til aktivitet som ikke gir ISF-refusjon. Dette påvirker både aktiviteten totalt, og også produktiviteten. Det skal også legges til at antall behandlere er redusert med 9 i år målt mot i fjor. Produktiviteten per terapeut har tatt seg opp etter sommeren, og i desember isolert var den høyere enn de to foregående år.

BUP viser derimot en særdeles høy aktivitet hittil i år, og ligger 17,7 % høyere enn budsjettet, og 16,2 % høyere enn samme periode i fjor. Den store økningen i antall henvisninger er håndtert med en økning i antall behandlere samt en stor produktivitetsøkning.

DRG-resultatene viser et samlet positivt avvik på 0,4 %. ISF-inntektene innen VOP og TSB er lav (-17 %), mens BUP rapporterer et positivt avvik på hele 15,9 %. Desember isolert viste et samlet positivt budsjettavvik på 10 %.

Som følge av pandemien, har andelen telefon- og videokonsultasjoner økt. Det er i 2021 satt et nasjonalt mål på 15 % og et internt mål om at andelen telefon- og videokonsultasjoner skal overstige 25 %. PHV/TSB leverte i år en andel på 22,2 % på telefonkonsultasjoner alene, og har i tillegg en andel videokonsultasjoner på 4,2 %. Den regionale oversikten viser at vi ligger 0,8 % - poeng over gjennomsnittet i HSØ.

4 Bemanning - brutto månedsverk, samlet lønnskostnad og innleie

Brutto månedsverk som ble utbetalt i desember var 3114, noe som er 3,9 % over budsjettert bemanningsforbruk og 1,3 % høyere enn i desember i fjor. Det er i desember utbetalt 10 månedsverk direkte knyttet til den økte beredskapen som følge av pandemien. Når vi trekker ut koronarelatert bemanning, er bemanningsforbruket fortsatt 106 brutto månedsverk høyere enn budsjettert i desember måned. I dette tallet inngår også 15 årsverk som er ekstern-finansiert og ikke budsjettert.

Deler av årsaken til avviket er høyt trykk og økende antall korridorpasienter på de medisinske sengepostene, sammen med et sterkt økende sykefravær i perioden. Det er også et utvidet tjenestetilbud og kveldspoliklinikker på enkelte klinikker som krever økt bemanning.

Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er det en stor økning i bemanningen for å møte den økte henvisningsmengden.

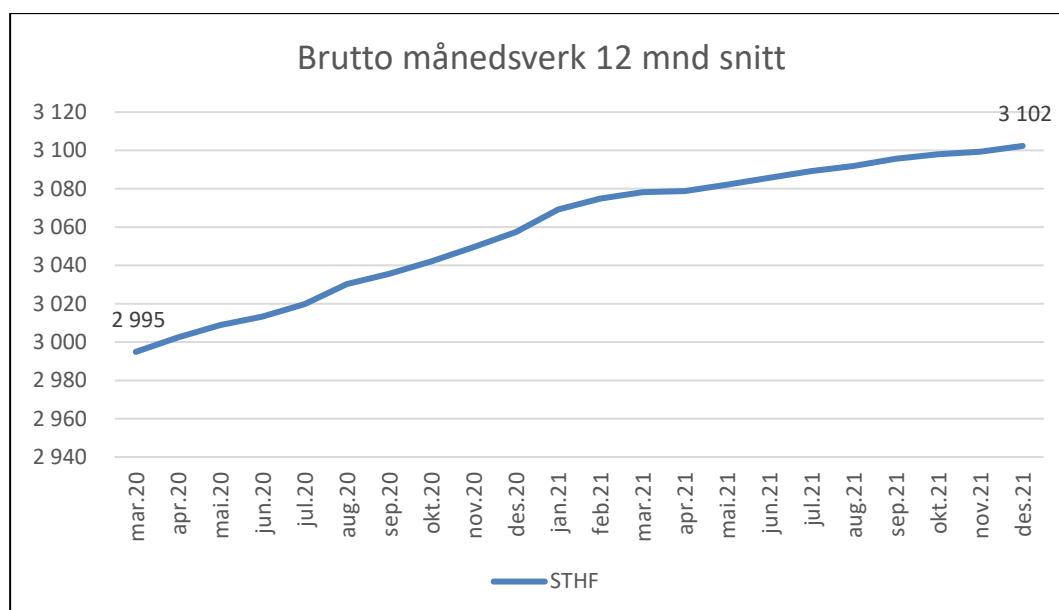
Som følge av mye restferie fra i fjor, så er det som forventet økt behov og forbruk av ferievikarer gjennom hele året. Dette er det ikke tatt tilstrekkelig høyde for i budsjettet.

Som følge av det ekstraordinært høye sykefraværet i desember 2020, ble det utbetalt 143 flere brutto månedsverk i januar 2021 enn året før. Dette resulterte i en justering i det periodiserte bemanningsbudsjettet, hvor januar ble skrudd veldig høyt og de resterende månedene ble redusert.

Det er i budsjettet lagt en forventning om tiltak for å redusere kostnader og bemanning, men som følge av pandemien er implementeringen av disse tiltakene forsinket.

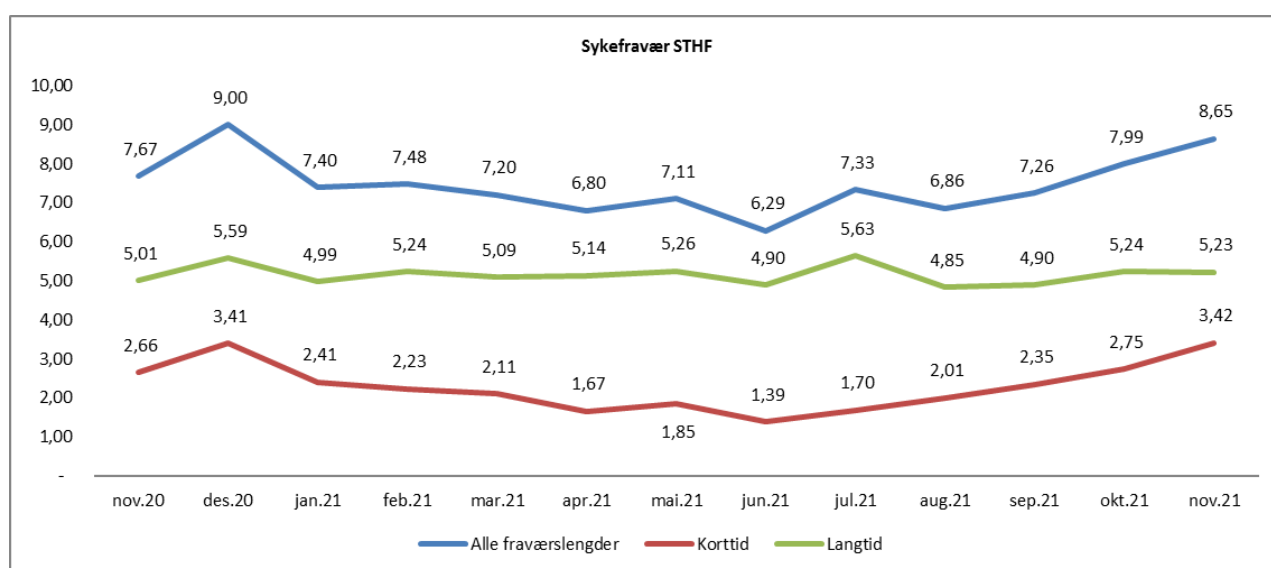
Hittil i år ligger bemanningen fremdeles høyere enn både budsjettert og målt mot fjoråret. Forbruket i 2021 er 90 årsverk høyere enn budsjettert, hvorav 26 er koronarelatert. Forbruket i 2021 endte 1,5 % høyere enn på samme tid i fjor.

Som vist i graf 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 2273,2 millioner kr per desember, mot budsjett 2208,5. Dette er omlag 112 millioner kr høyere enn i 2020. Innleie utgjorde 28,9 millioner kr. per desember, mot budsjett 15,2 millioner kr.

Tall for sykefravær rapporteres med en måneds forsinkelse. Som vist under økte sykefraværet betydelig i desember 2020, noe som må sees i sammenheng med et høyt antall ansatte i karantene. Sykefraværet falt fra februar og utover. Sykefraværet har økt kraftig fra august til november og ligger hele 1,0 % - poeng høyere enn november måned i fjor. STHF hadde lavere sykefravær i starten av året målt mot fjoråret, så på tross av økende trend de tre siste månedene ligger sykefraværet 0,3 % - poeng lavere hittil i år enn på samme tid i fjor. Deler av årsaken til dette er mars og desember måned i 2020 hvor sykefraværet var hhv 11 % og 9 %.



5 Økonomi

Sykehuset Telemark rapporterer et resultat på 16,1 millioner kr. pr. desember, som er 33,9 millioner kr. lavere enn budsjettet.

Viktigste årsaker til budsjettavviket for 2021 er:

- Udekket koronaeffekt (ca 10 mill.)
- Nettoeffekt lønnsoppgjør, pensjonskostnader (ca 5 mill.)
- Høyere kostnader H-reseptor, FBV, ressurskrevende pasienter i psykiatrien (ca 15 mill.)

I desember ble driftssituasjonen mer krevende med økende smitte i samfunnet, flere covid-19 pasienter og økning i sykefravær blant ansatte. Elektiv kirurgi har blitt redusert for å sikre tilstrekkelig intensivkapasitet. Sykehuset har vært i grønn beredskap gjennom hele måneden. Det er gjennomført beredskapsmøter to ganger per uke. Antall innlagte covid-19 pasienter har ligget rundt 10-12 pasienter gjennom store deler av måneden.

Belegget ved somatiske sengeposter er noe redusert sammenlignet med foregående måneder men høyere enn normalt i desember. I akuttpsykiatrien har belegget vært økende de siste månedene og gitt en krevende driftssituasjon. Kombinasjonen høyt sykefravær og ressurskrevende pasienter har til tider skapt en krevende driftssituasjon med økte lønnskostnader. Samlet DRG-aktivitet er noe lavere enn budsjettet. Det har imidlertid vært høy poliklinisk aktivitet i somatikken sammenlignet med tidligere

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

Resultatet i desember er -11,0 millioner kr., som er 15,1 millioner kr. svakere enn budsjettet. Hovedforklaringen til det store avviket er 10 millioner kr i udekket koronaeffekt denne måneden. I tillegg gir kjøp og salg av helsetjenester (FBV rusbehandling), innleie og overtid/ekstravakter negative avvik.

Koronasituasjonen har påvirket foretakets drift negativt med 21 millioner kr. i desember. Dette er en dobling sammenlignet med foregående måned. Det rapporteres tapte inntekter på 2,2 millioner kroner og økte kostnader på 18,8 millioner kroner. Koronaeffektene på kostnadssiden er relatert til testing, flere innleide vikarer som følge av høyt sykefravær og økte kostnader for kjøp av mikrobiologiske analyser. Koronaeffektene i desember er kun delvis kompensert. Gjenstående koronamidler på 10,8 millioner kr er inntektsført i desember. For 2021 er det inntektsført 132,8 millioner kr. av øremerkede COVID-19 midler.

På bakgrunn av resultatene per november ble resultatprognosen for året endret til 30 millioner kr., som er 20 millioner kr. svakere enn budsjettet resultat. En viktig forutsetning for dette var full dekning av koronaeffektene som viste seg ikke å være mulig gitt gjenstående midler.

| Regnskapsresultat pr. desember 2021 | regnskap desember | budsjett desember | avvik desember | Budsjett 2021 | Prognose 2021 | avvik 2021 |
|---|------------------------------|------------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Basisramme | 2 567 676 | 2 494 916 | 72 760 | 2 494 916 | 2 567 676 | 72 761 |
| Kvalitetsbasert finansiering | 15 870 | 15 870 | - | 15 870 | 15 870 | - |
| ISF-refusjon dag- og døgnbehandling | 808 083 | 860 598 | -52 515 | 860 598 | 813 892 | -46 707 |
| ISF somatisk poliklinisk aktivitet | 188 836 | 190 427 | -1 591 | 190 427 | 185 638 | -4 789 |
| ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB | 63 574 | 63 321 | 253 | 63 321 | 62 849 | -472 |
| ISF fritt behandlingsvalg | 2 099 | 1 752 | 347 | 1 752 | 2 102 | 350 |
| ISF refusjon pasientadministrerte legemiddel (H-reseptor) | 69 435 | 77 554 | -8 119 | 77 554 | 68 911 | -8 643 |
| Utskrivningsklare pasienter | 22 832 | 12 750 | 10 082 | 12 750 | 22 750 | 10 000 |
| Gjestepasienter | 20 148 | 18 900 | 1 248 | 18 900 | 20 400 | 1 500 |
| Konserninterne gjestepasientinntekter | 89 340 | 95 445 | -6 105 | 95 445 | 92 445 | -3 000 |
| Polikliniske inntekter | 104 786 | 107 388 | -2 603 | 107 388 | 107 388 | - |
| Øremerket tilskudd "Raskere tilbake" | - | - | - | - | - | - |
| Andre øremerkede tilskudd | 153 135 | 47 808 | 105 327 | 47 808 | 150 308 | 102 500 |
| Andre driftsinntekter | 313 233 | 301 598 | 11 635 | 301 598 | 306 598 | 5 000 |
| SUM DRIFTSINNTEKTER | 4 419 046 | 4 288 328 | 130 718 | 4 288 328 | 4 416 828 | 128 500 |
| Kjøp av offentlige helsetjenester | 48 337 | 43 488 | -4 849 | 43 488 | 49 488 | -6 000 |
| Kjøp av private helsetjenester | 133 152 | 123 352 | -9 800 | 123 352 | 130 352 | -7 000 |
| Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen | 559 029 | 515 527 | -43 502 | 515 527 | 547 527 | -32 000 |
| Innleid arbeidskraft - del av kto 468 | 28 918 | 15 218 | -13 700 | 15 218 | 27 218 | -12 000 |
| Konserninterne gjestepasientkostnader | 336 125 | 295 767 | -40 357 | 295 767 | 330 767 | -35 000 |
| Lønn til fast ansatte | 1 953 121 | 1 931 877 | -21 244 | 1 931 877 | 1 950 877 | -19 000 |
| Overtid og ekstrahjelp | 137 240 | 100 509 | -36 731 | 100 509 | 133 509 | -33 000 |
| Pensjon inkl arbeidsgiveravgift | 365 287 | 314 708 | -50 579 | 314 708 | 368 827 | -54 119 |
| Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft | -129 944 | -122 061 | 7 883 | -122 061 | -126 061 | 4 000 |
| Annen lønn | 312 801 | 298 201 | -14 600 | 298 201 | 311 201 | -13 000 |
| Avskrivninger | 109 815 | 111 710 | 1 895 | 111 710 | 110 210 | 1 500 |
| Nedskrivninger | - | - | - | - | - | - |
| Andre driftskostnader | 553 776 | 615 022 | 61 246 | 615 022 | 557 403 | 57 619 |
| SUM DRIFTSKOSTNADER | 4 407 657 | 4 243 318 | -164 339 | 4 243 318 | 4 391 318 | -148 000 |
| DRIFTSRESULTAT | 11 389 | 45 010 | -33 620 | 45 010 | 25 510 | -19 500 |
| Finansinntekter | 7 364 | 7 527 | -163 | 7 527 | 7 027 | -500 |
| Finanskostnader | 2 632 | 2 537 | -95 | 2 537 | 2 537 | - |
| FINANSRESULTAT | 4 732 | 4 990 | -258 | 4 990 | 4 490 | -500 |
| (ÅRS)RESULTAT | 16 122 | 50 000 | -33 878 | 50 000 | 30 000 | -20 000 |
| Pensjonskostnader | - | - | - | - | - | - |
| RESULTAT JUSTERT FOR PENSJONSKOSTNADER | 16 122 | 50 000 | -33 878 | 50 000 | 30 000 | -20 000 |

5.1 Klinikkene

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

Resultater pr. klinikk vises i tabellen under:

| BUDSJETTAVVIK per desember 2021 | lønn | andre driftskostnader | driftsinntekter | Sum | herav akkumulert effekt korona |
|---|----------------|-----------------------|-----------------|-----------------|--------------------------------|
| Kirurgi | -26 599 | -5 634 | -25 796 | -58 030 | -32 155 |
| Medisin | -10 292 | -11 481 | -15 388 | -37 161 | -28 040 |
| Barne- og ungdomsklinikken | -3 083 | -3 795 | 2 718 | -4 160 | 490 |
| Akutt og beredskap | -8 756 | -11 149 | 576 | -19 329 | -6 860 |
| Medisinsk serviceklinikk | -24 | -23 790 | 2 464 | -21 350 | -14 060 |
| Psykatri og rus | 1 984 | -12 862 | -3 158 | -14 037 | -9 615 |
| Service og systemledelse | -6 614 | -16 410 | 4 180 | -18 845 | -12 390 |
| SUM klinikker | -53 384 | -85 121 | -34 406 | -172 911 | -102 630 |
| Administrasjon | 4 483 | 7 184 | -10 331 | 1 336 | -1 020 |
| Kjøp og salg av helsetjenester | | -62 885 | -8 422 | -71 307 | -40 455 |
| - biologiske legemidler og kreftlegemidler | | -15 404 | -5 392 | -20 795 | |
| - gjestepasientoppgjør somatikk (inkl lab, rad) | | -39 461 | -2 954 | -42 414 | |
| - psykiatri og TSB - gjestepasienter og fritt behandlingsvalg | | -8 021 | -77 | -8 097 | |
| Felles poster | -5 110 | 91 497 | 122 616 | 209 004 | 133 910 |
| BUDSJETTAVVIK per desember 2021 | -54 011 | -49 325 | 69 458 | -33 878 | -10 195 |

Avviket i **Kirurgisk klinikk** er pr desember -58 millioner kr. som er en forverring fra forrige periode på 6,9 millioner kr. Avviket på inntektssiden utgjør -25,8 millioner kr., og gjelder hovedsakelig koronarelaterte driftsforstyrrelser i form av reduserte operasjonsprogram knyttet til generelt smittevern, perioder med større driftsendringer, og sykefravær hos pleiepersonell. Endringer i drift har også ført til endret pasientmiks mot budsjett, og dermed lavere døgnindeks. På grunn av den pågående pandemien har klinikken ikke klart å innfri budsjetterte effekter fra «operasjon 2020»-prosjektet. Avviket på kostnadssiden utgjør 32,2 millioner kr. og gjelder hovedsakelig lønn. Klinikken har en høy andel fødselspermisjoner og tilhørende vikarer, som sammen med sykefraværet fører til økt vikarbruk, overtid, og uforutsette vakter. Koronarelaterte kostnader utgjør 5,6 millioner per desember. Total koronaeffekt inkludert inntektstap er 32,2 millioner kr.

Medisinsk klinikk har et negativt avvik på -37 millioner kroner for året 2021. I all hovedsak relaterer dette seg til lavere ISF-inntekter fra øyeblikkelig hjelp-pasienter (ca. 25 millioner kroner) og lavere antall gjennomførte polikliniske konsultasjoner enn budsjettert (- 3,5 millioner kroner). Varekostnadene knyttet dyre kreftmidler er per 12 måneder om lag 9 millioner kroner høyere enn budsjettert. Lønnskostnadene er tilnærmet innenfor budsjettert nivå i 2021, hensyntatt at lønns-kostnader knyttet til nasjonal tarmscreening og en rekke FOU-prosjekter er eksternt finansierte. Koronarelaterte kostnader utgjør 3 millioner kroner i 2021.

Klinikken oppnådde tilnærmet budsjettbalanse i desember, som en følge av høyere ISF-inntekter enn budsjettert som kompenserte for overforbruk knyttet til kreftlegemidler, samt økte variable lønnskostnader relatert til et høyt belegg og økende pandemi-relatert sykefravær ved samtlige sengeposter i Skien.

Barne- og ungdomsklinikken har et negativt avvik på -4,2 millioner kroner i 2021. Lavere ISF-inntekter i somatikken veies opp av høyere inntekter i Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP). Med økende aktivitet på sengepost for barn, høyt legefravær og flere ansatte i ABUP er

lønnskostnadene kroner høyere enn budsjettet. ABUP har dessuten høye kostnader med innleie av lege- og psykologspesialister.

Akutt og beredskapsklinikken har et resultat per desember som viser et merforbruk på 19,3 millioner kroner. Det er en ytterligere økning i underskuddet på 2,3 millioner kroner sett i forhold til november. Avviket er hovedsakelig på lønn og vikarbyrå, og kan knyttes til økt aktivitet og høyt sykefravær på seksjoner med spesialkompetanse og da især akuttmedisinsk avdeling.

Det er identifisert utgifter med 6,7 millioner kroner knyttet til Covid-19, hvorav desember utgjør 1,6 millioner kroner. 0,7 millioner kroner er knyttet til drift i Porsgrunn fredager.

Sykefraværet i klinikken i desember er akkumulert 7,6 % og dette er likt nivå som i november.

Klinikken har fokus på optimal ressursstyring av bemanning, sykefravær og kostnadskontroll.

Medisinsk serviceklinikkk har et negativt avvik på -21,4 millioner kroner per desember, en forverring på 3,3 millioner kr i perioden. Koronaeffekten er beregnet til 14,1 millioner kroner, og skyldes i hovedsak reagenser til covid-19 analysene, samt noe inntektstap som følge av redusert aktivitet innen radiologi og fertilitetsbehandling. Høy aktivitet samtidig med langtidssykemeldinger har ført til økte innleiekostnader innen radiologi i 2. halvår. Høye sykepengerefusjoner samt vakanser bidrar til lave lønnskostnader i klinikken. Forsinkelser i lab-automasjonsprosjektet har gitt høyere reagenskostnader enn budsjettet. Disse merkostnadene utgjør om lag 7 millioner kroner.

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling leverer et negativt budsjettavvik på 14,0 millioner kroner i 2021. Dette er en resultatforverring på 0,5 millioner kroner i desember måned. Prosjektførte koronakostnader utgjør 3,6 millioner i 2021. Dette er i hovedsak lønnskostnader på de lukkede akuttpostene og avrusningen. Høy aktivitet og dyr drift på de lukkede akuttpostene resulterte denne måneden med et negativt budsjettavvik på 1,0 millioner. Økt trykk på sengepostene har gitt økte lønnskostnader de siste månedene. Sengepostene har forverret sitt resultat med 7 millioner fra mai frem til årsslutt. Den polikliniske aktiviteten er fremdeles lav. Dette skyldes både redusert kapasitet og nedgang i antall konsultasjoner per dag per terapeut. Produktiviteten har vært bedre etter sommeren enn den var i starten av året. Klinikken fikk en mindreinntekt på pasientrelaterte inntekter i år tilsvarende 6,2 millioner kroner. Som følge av mangel på spesialister er det for øyeblikket 4 innleide leger, og klinikken har hittil i år brukt 8,9 millioner på innleie av leger. Resten av avviket skyldes klinikkens uløste budsjettutfordringen i 2021.

Service- og Systemledelse har et resultat på minus 18,8 millioner kroner. Derav er 12,4 millioner kroner relatert til ekstraordinære Covid-19 kostnader og 4 millioner kroner overforbruk i medisinsk teknisk utstyr for hjemmebehandling (diabetesutstyr og behandlingshjelpemidler). Det betyr at driftsresultatet i den underliggende driften ender på 2,4 million kroner dårligere enn budsjettet. Det er bedre enn det som ligger igjen i uløst merverdikrav. Likevel er det ikke mulig å ta ut gevinsten av den type merverdikravrealisering siden den er preget av tilfeldige engangseffekter (for eksempel forsinkelser i ansettelse eller forsinkelser i oppstart serviceavtaler).

Service- og Systemledelse bruker 13 årsverk over budsjett, derav 12 relatert til Covid-19 aktivitet. Uten Covid-19 bruker klinikken 1 årsverk mer enn samme periode i fjor.

Administrasjonen har et resultat hittil i 2021 som er 1,3 millioner kroner bedre enn budsjettet. Brutto årsverk er som budsjettet.

Felles: Positivt avvik skyldes inntektsføring av koronakompensasjon samt budsjettet buffer.

6 Tertiære forhold

6.1 Forskning

I 2021 blir STHF kreditert for 48 vitenskapelige artikler og 2 gjennomførte doktorgrader. Dette er en liten nedgang i forskningspoeng fra foregående år. En annen komponent i inntektsmodellen for forskning er rekruttering av pasienter til kliniske behandlingsstudier (KBS). Her har vi økt med mer enn 15 % fra 2020 og minst 14 KBS inkluderte pasienter i løpet av 2021, mens vi deltar i langt flere. Vi har hatt stort fokus på KBS i 2021 og i samarbeid med SiV hadde vi en egen utlysning av driftsmidler for KBS. Flere nye kliniske behandlingsstudier er derfor under oppstart.

En stor økning i tilføring av eksterne forskningsmidler i 2021 gjorde det mulig å starte flere nye studier hvorav flere er multisenter-studier. Vi forventer derfor en økning i publikasjonsvolum når funnene fra de nye studiene skal publiseres. Flere av de nye studiene har også fått positiv omtale i media.

Forskningen har fått et tydeligere fokus i ledelsen og vi er i ferd med å etablere forskningsgrupper ved sykehuset. Infrastrukturen for deltakelse i kliniske studier er under oppbygging og vi har fått økte ressursene til dette i 2021.

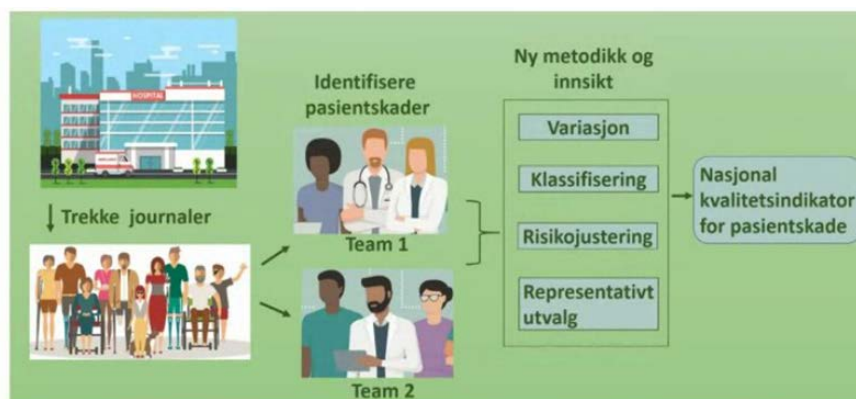
6.2 Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring – I trygge hender 24/7

GTT

Sykehuset skal i henhold til Strategi 2020-2022 redusere andel pasientopphold med minst én pasientskade - alle alvorlighetsgrader, med 25 % fra 2017 til 2023 målt med Global Trigger Tool (GTT). Dette tilsvarer en reduksjon fra 15,8 % (2017) til 11,9 % (2023). I 2018 var GTT redusert til 9,2 %. I 2019 ble tallet ytterligere redusert til 6,7 %. For 2020 er tallet 7,9%.

Målingene er basert på gjennomgang av 240 pasientjournaler årlig.

Sykehuset Telemark deltar i et nasjonalt prosjekt i regi av Helsedirektoratet som skal videreutvikle GTT-metoden. Prosjektet skal bidra til økt legitimitet og økt bruk av GTT-resultatene i sykehusenes pasientsikkerhetsarbeid. Prosjektets hovedmål er å etablere en nasjonal kvalitetsindikator for pasientskade:



Måloppnåelsen forutsetter at pasientsikkerhetsarbeidet gis prioritet og følges opp over tid.

Prevalensundersøkelser

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

| Prevalensundersøkelser pasientsikkerhet | |
|---|--|
| Dato for gjennomføring | Antall enheter som har svart/antall enheter som er inkludert |
| 04.10.2020 | 27/33 |
| 03.02.2021 | 20/33 |
| 19.05.2021 | 21/31 |
| 01.09.2021 | 20/31 |
| 03.11.2021 | 20/30 |

Hver undersøkelse følges opp med egne «prevalensmøter» med seksjonene. Dette er en møteplass for forbedring av både resultatene, selve undersøkelsen og deltakelsen. I tillegg legges resultatene fortløpende fram for administrerende direktørs ledergruppe. Fra tredje tertial har undersøkelsen blitt utvidet til å omfatte forebygging av suicid i somatikken og tavlemøter. Tavlemøter har til hensikt å skape tverrfaglig fokus og tett oppfølging av kjente risiko-områder i pasientbehandlingen.

Innsatsområdet NEWS

NEWS– tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand – følges opp med et eget kompetanseprogram under ledelse av NEWS-koordinator fra SIM-senteret.

Tabellen under viser opplæringsaktiviteten for NEWS instruktører i 2021:

| Opplæring NEWS 2021 | Antall gjennomførte NEWS kurs for instruktører | Antall gjennomførte kurs nye instruktører / antall målsatte kurs | Antall nye NEWS instruktører | Antall gjennomførte kurs re-opplæring / antall målsatte kurs | Antall reopplærte NEWS instruktører | Antall nettverksmøter for instruktører ved STHF |
|---------------------|--|--|------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| 1. tertial | 9 | 6/6 | 18 | 3/3 | 8 | 0 |
| 2. tertial | 1 | 0/0 | 0 | 1/2 | 2 | 1 |
| 3. tertial | 2 | 2/2 | 3 | 0/0 | 0 | 2 |
| 2021 | 12 | 8/8 | 21 | 4/5 | 10 | 3 |

Antall deltakere per kurs er redusert av smittevern hensyn.

Opplæring i 2021 ble i all hovedsak rettet mot sykepleiere og helsefagarbeidere (HFA).

Seksjonene med sine NEWS instruktører har gjennomført:

- grunnkurs (3t) for 78 sykepleiere/helsefagarbeidere fordelt på 12 kurs
- re-opplæringskurs for 144 sykepleiere/helsefagarbeidere fordelt på 16 kurs

Legene fikk mer sporadisk informasjon og må prioriteres bedre i 2022.

Mange seksjoner er i god rute og har gitt høy prioritet til NEWS revitalisering i høst. Opplæring og re-opplæring for ansatte fortsetter i 2022.

Pasientsikkerhetsvisitter

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

I 3. tertial er det gjennomført tre pasientsikkerhetsvisitter, to i Medisinsk klinikk og en i Barne- og ungdomsklinikken. Pasientsikkerhetsvisittene koordineres av kvalitetsavdelingen.

Forbedringsarbeid pakkeforløp lungekreft

Forbedringsarbeidet har som mål å redusere uønsket variasjon og sikre at minst 70 % av pasientene som er inkludert i pakkeforløp lungekreft, starter innenfor normert standard forløpstid uavhengig av behandlingsform (kirurgi, medikamentell og stråling).

Forbedringsarbeidet ble gjennomført etter forbedringsmodellen i perioden fra midten av mai til slutten av august. Det var et samarbeid mellom lungeavdelingen, kreftkoordinator, analyseavdelingen og kvalitetsavdelingen. Arbeidet har bestått i å gjennomgå eksisterende prosesser internt i STHF for å redusere uønsket variasjon og flaskehals for å redusere forløpstider for denne pasientgruppen. Det er variasjon i resultatene men det er en positiv trend gjennom høsten og andel pakkeforløp som er gjennomført innenfor normert forløpstid for desember 2021 er 71 %. Prosessen følges tett med planlagte forløpsgjennomganger. I tillegg er det etablert et regionalt nettverk for pakkeforløp lunge for å redusere forløpstider i samhandling med OUS for pasienter som har behov for stråleterapi eller kirurgi.

Handlingsplan for legemiddelsikkerhet 2020-2022

Det har vært holdt følgende kurs:

- Kurs legemiddelhåndtering for sykepleiere og vernepleiere: Lav oppslutning
- Kurs ledelse og legemiddelhåndtering: Lav oppslutning men gode tilbakemeldinger på kruset
- Kurs medisinsromansvarlige: De fleste seksjonene i målgruppa har deltatt

Sviktende deltakelse settes i sammenheng med pandemien. Antall kurs/deltakere er ikke tilgjengelig men vil inngå i rapporteringen i 1. tertial 2022.

Handlingsplanen er revidert i høst. I den nye versjonen «STHF handlingsplan for legemiddelsikkerhet 2022», er det innarbeidet forbedringstiltak i tråd med anbefalingene fra Konsernrevisjonens legemiddelrevisjon i 2021. Handlingsplanen vil heretter rulleres årlig.

Eksterne tilsyn og revisjoner

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

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

Tabellen under gir en kortfattet oversikt med status for gjennomførte og pågående tilsyn og revisjoner i 2021:

| Tid | Tilsyns-organ | Enhet | Tema | Funn | Status |
|--------------|---------------------------------------|--|---|--|--|
| April 2021 - | Statsforvalteren Vestfold og Telemark | Avd for barn og unges psykisk helse, ABUP – alle poliklinikker | Landsomfattende tilsyn – Psykisk helsevern for barn og unge, poliklinisk virksomhet (digital egenvurdering) | Det ble oppdaget feil og mangler i tilsynsmetodikken underveis i tilsynet. Det ble derfor ikke mulig å gjennomføre og følge opp tilsynet som først planlagt. ABUP har fått i oppdrag å følge opp identifiserte forbedringsområder/tiltak fra egenvurderingen. | Plan for forbedringsarbeidet oversendes Statsforvalteren i januar 2022. |
| April 2021 - | Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst | KIR- Seksjon Ort sengepost MED- Seksjon kreft, palliasjon, blod | Målet med revisjonen er å vurdere om Sykehuset Telemark HF har etablert prosesser, rutiner og systemløsninger som i tilstrekkelig grad understøtter sikker legemiddelhåndtering og forebygger legemiddelfeil. | Konsernrevisjonens anbefalinger: 1. Styrke oppfølging og rapportering på legemiddelområdet 2. Legge til rette for å kunne å følge prosedyrer for trygg og sikker legemiddelhåndtering 3. Øke oppmerksomheten om å melde uønskede hendelser, nestenuhell og forbedringsforslag i meldesystemet | Konsernrevisjonens anbefalinger følges opp i tråd med Handlingsplan for legemiddelsikkerhet 2022 og videre i årlige rullinger av planen. |

Uønskede hendelser og klagesaker

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

Sykehuset arbeider kontinuerlig for å sikre god meldekultur.

Uønskede pasienthendelser legges hvert år fram i egen sak for ADs ledergruppe og sykehusets styre.

Tabellen under viser utvikling og status for uønskede pasienthendelser:

| Rapportering | Uønskede pasienthendelser | Alvorlige pasienthendelser som er varslet til Statens helsetilsyn og Ukom (Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a) | Hendelsesanalyser etter alvorlige pasienthendelser - § 3-3a saker (ny rapportering 2021) |
|------------------------|---------------------------|---|--|
| 2018 | 934 | 22 | |
| 2019 | 1078 | 18 | |
| 1. tertial 2020 | 372 | 1 | |
| 2. tertial 2020 | 288 | 6 | |
| 3. tertial 2020 | 340 | 4 | |
| 2020 | 1036 | 16 | |
| 1. tertial 2021 | (356) 372* | 6 | 2 |
| 2. tertial 2021 | (413) 421* | 6 | 8 |
| 3. tertial 2021 | 467 | 11 | 10 |
| 2021 | 1260 | 33 | 20 |

Kilde: Avvikssystemet TQM.

* Merknad: Korrigerte tall som følge av etterregistreringer i TQM.

Antall registrerte uønskede pasienthendelser har hatt en markant økning, fra 1036 i 2020 til 1260 i 2021. De uønskede pasienthendelsene fra 2021 vil våren 2022 blir analysert med NOKUP (Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser). Analysen vil kunne gi informasjon som kan bidra til å forklare økningen, utover at sykehuset har stort fokus på å fremme meldekultur og åpenhet for at vi skal lære og forbedre oss etter uønskede hendelser.

Antall varslede alvorlige pasienthendelser har økt betydelig. Antallet har doblet seg fra 16 saker i 2020 til 33 saker i 2021. Dette kan settes i sammenheng med smitteutbrudd covid 19 og at tiltak for å sikre oppfølging av varselordningen – at den er kjent og blir etterlevd – har blitt prioritert etter at det har blitt påvist svikt i flere tilsynssaker.

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

Det er registrert 10 nye hendelsesanalyser i 3. tertial, totalt 20 i hele 2021.

Hendelsesanalysene legges fram i sykehusets kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg og tiltakene følges systematisk opp i administrerende direktørs oppfølgingsmøter med klinikksjefene.

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

| Rapportering | Pasientklager | Hendelsesbaserte tilsynssaker | NPE-saker |
|-----------------|---------------|-------------------------------|-----------|
| Resultat 2018 | 138 | 45 | 131 |
| Resultat 2019 | 221 | 38 | 104 |
| 1.tertial 2020 | 53 | 11 | 34 |
| 2. tertial 2020 | 37 | 6 | 27 |
| 3. tertial 2020 | 61 | 14 | 34 |
| Resultat 2020 | 151 | 31 | 95 |
| 2. tertial 2021 | 63 | 8 | 35 |
| 3. tertial 2021 | 68 | 15 | 38 |
| Resultat 2021 | 188 | 37 | 116 |

Antall pasientklager, tilsynssaker og NPE saker har alle økt markant i 2021, etter at alle sakstypene hadde en reduksjon fra 2019 til 2020. Dette kan ha en sammenheng med pandemien.

Indikator for meldekultur

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

Indikator for meldekultur:

| Antall nye medholdsaker NPE hvert tertial som er meldt i avvikssystemet/ antall medholdsaker NPE hvert tertial | | | | | |
|--|-------------|-----|-----|-----|-----|
| Rapportering | STHF samlet | KPR | KIR | MED | ABK |
| 3. tertial 2020 (Ny) | 0/1 | 0/0 | 0/1 | 0/0 | 0/0 |
| 1.tertial 2021 | 3/5 | 0/0 | 0/2 | 2/2 | 1/1 |

| Antall nye medholdsaker NPE hvert tertial som er meldt i avvikssystemet/ antall medholdsaker NPE hvert tertial | | | | | |
|--|------|-----|-----|-----|-----|
| 2. tertial 2021 | 3/4 | 0/0 | 1/2 | 2/2 | 0/0 |
| 3. tertial 2021 | 1/4 | 0/0 | 0/2 | 1/2 | 0/0 |
| Resultat 2021 | 7/13 | 0/0 | 1/6 | 5/6 | 1/1 |

Resultatene viser at det er flere medholdssaker hos NPE som ikke er blitt registrert i sykehusets avvikssystemet. Dette kan bidra til at sakene ikke blir godt nok fulgt opp og at sykehuset går glipp av viktige informasjon i statistikk og analyse av uønskede pasienthendelser. Tallene er fremdeles små og usikre.

Nytt forbedringssystem

Nytt forbedringssystem EQS er planlagt satt i drift fra 4. april 2022 og vil erstatte TQM. Det jobbes nå med oppsett av systemet og utarbeidelse av e-læringskurs og annet opplæringsmateriell. Systemet vil gi forbedret støtte til sykehusets forbedringsarbeid innen kvalitet, pasientsikkerhet og HMS/arbeidsmiljø. Dette vil blant annet omfatte støtte til klassifisering av de uønskede hendelsene i tråd med Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser (NOKUP), statistikk, analyse og rapportering.

6.3 HMS og arbeidsmiljø

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

Nytt forbedringssystem EQS skal etter planen tas i bruk fra 4/4-2022 og vil gi bedre mulighet for registrering og rapportering på HMS hendelser innen ulike kategorier og bedre grunnlag for målrettet forbedringsarbeid.

Høstens økning i Covid-19 smitte har gitt utfordringer for drift og arbeidsmiljø ved sykehuset. Det er gjennomført en risikovurdering av driften hvor det er identifisert risikoer innen aktuelle områder, bl.a. arbeidsbelastning med påfølgende risikoreducerende tiltak. Endring og tilpasning av arbeidssituasjon over tid påvirker arbeidsmiljøet og har ført til en mer krevende arbeidssituasjon for en del ansatte.

Tilpasning til økt Covid-19 smitte har ført til redusert aktivitet innen flere HMS områder. En del planlagte kurs- og opplæringsaktiviteter bl.a. innen vold og trusler er utsatt eller redusert i perioden.

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

HMS indikatorer 3. tertial 2021

| HMS/ Arbeidsmiljøindikatorer pr. 3. tertial 2021 | | | |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|
| Indikator/ tertial | 1. tertial 2021 | 2. tertial 2021 | 3. tertial 2021 |
| Fraværsskader | 17 | 13 | 22 |
| Antall registrerte HMS hendelser | 97 | 130 | 134 |
| Antall lukkede HMS hendelser | 89 | 66 | 94 |
| Antall registrerte vold og trusselhendelser (somatikk) | 17 | 16 | 9 |
| Antall registrerte vold og trusselhendelser (psykiatri) | 49 | 60 | 52 |
| Totalt antall vold og trussel hendelser registrert | 66 | 76 | 61 |

Tall for fraværsskader har økt i 3. tertial delvis grunnet en del Covid-19 relatert fravær.

Registrerte HMS hendelser 3. tertial domineres av vold og trusselhendelser spesielt innen psykiatrien. Det er også meldt om en del stikk/kutt skader og Covid-19 smitte.

6.4 Personvern og informasjonssikkerhet

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

Det er flere store regionale IKT-prosjekter som pågår med, bl.a. statistisk logganalyse, dokumentdeling via kjernejournal, regional datavarehus (RDAP), digital status på henvisninger, digitale innbyggertjenester mv. Personvernombudet er involvert i disse prosjektene for å bidra til at de registrertes personvern i tilstrekkelig grad er ivaretatt. Det er en utfordring at rettslig grunnlag og viktige personvernsspørsmål avklares sent i prosessen i de regionale prosjektene.

Det er meldt to avvik til Datatilsynet i 3. tertial 2021. Det ene avviket omhandlet mangelfull tilgangsstyring på filområdet som leverandørene har tilgang til; dvs. at noen få leverandører hadde teknisk tilgang til pasientopplysninger som de ikke skulle ha. Ingen indikasjon på at det er opplysninger på avveie. Saken ble korrigert umiddelbart. Sykehuspartner meldte avvik til Datatilsynet pva dataansvarlige helseforetak. Det foreligger pt ikke tilbakemelding fra Datatilsynet.

Det andre avviket gjaldt feilidentifisering av pasient og påfølgende feil sammenslåing av pasientidentifikasjon. Først ble pasienten feilidentifisert, deretter ble pasientens identitet feilaktig slått sammen når det skulle korrigeres. Medførte følgekonsekvenser i andre IT-løsninger ved at helseopplysninger ble oppført på feil pasient, og denne har klaget, noe som medførte tilsynssak fra Statsforvalteren. Datatilsynet har lukket saken.

Regional protokoll etter Artikkel 30 er levert. Arbeidet med komplettering av protokollen videreføres, og systematikk og ansvars plassering for ajourføring av protokollen defineres. Ledergruppesak ble gjennomført 14.09.2021 med tiltak.

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

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

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

6.5 Status tiltaksplan for Ledelsens gjennomgang 2021

Direktørens ledergruppe gjennomførte Ledelsens gjennomgang 2021 i fjor den 14. september.

Hensikten med gjennomføringen var å vurdere om helseforetakets styringssystem fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i helseforetaket. Dette for å sikre at kravene til helseforetaket følges, at kvaliteten på systemene, tjenestene og resultatene er som forventet, samt hva som bør forbedres i styringssystemet og hvordan. Ledelsens gjennomgang av miljøsystemet inngår som en integrert del av foretakets gjennomgang.

Tabellen under viser *Status tiltaksplan for Ledelsens gjennomgang 2021*. Her fremgår det at Sykehuset Telemark har god kontroll på arbeidet med å gjennomføre tiltakene (nærmere 60 stykker). De fleste av tiltakene er nye og ble besluttet i 2021. Noen av tiltakene er også restanser fra tiltak vedtatt i tidligere Ledelsens gjennomgang.

Ledelsens gjennomgang (LGG) 2021 *Rapportering av status per 31.12.2021 for tiltaksplan*

1. Oppfølgingstiltak etter tidligere LGG

Konklusjon/ behov for endringer:

Tiltaksarbeidet etter LGG 2020 ser ut til å være godt fulgt opp og status viser god kontroll på restanser (jfr. vedlegg 4 til ledergruppesak 137-2021LGG). Årets gjennomgåelse skal også ivareta oppfølging av restanser fra fjoråret. Det foreslås å videreføre etablert system for oppfølging etter LGG inntil nytt forbedringssystem er implementert i 2022.

| Tiltak: | Ansvarlig: | Tidsfrist: | Måloppnåelse/ status per 31.12.21 | Status/ farge |
|---|----------------------------------|------------|--------------------------------------|------------------|
| Etablert system for oppfølging etter LGG videreføres inntil nytt forbedringssystem er implementert i 2022 | Spesialrådgiver Tone Pedersen | 2022 | Avventer implementering | |

2. Vurdering av prestasjoner og måloppnåelse

Konklusjon/ behov for endring:

Arbeidet med et mer oversiktlig og brukervennlig system for ledelsesinformasjon videreføres. I første omgang med fokus på de forenklinger og forbedringer som kan gjennomføres lokalt i STHF, i tett dialog med brukere av informasjonen. Når regional plattform for data og analyse (RDAP) kommer på plass må det sikres at vi realiserer de nye og forbedrede muligheter som følger av denne. Virksomhetsrapport til ledergruppen blir revidert for å sikre relevans opp mot ledelsens behov.

Ny og forbedret metodikk for risikostyring er innført men det er fortsatt behov for å utvikle ledergruppens og klinikkens arbeid med dette videre.

| Tiltak: | Ansvarlig: | Tidsfrist: | Måloppnåelse/ status per 31.12.21 | Status /farge |
|--|-----------------|--|--|---------------|
| Pågående arbeid i Økonomi/analyse for å forbedre virksomhetsstyringen og å sikre flyt av relevant styringsinformasjon (fra bla DIPS, ERP osv.) videreføres | Økonomidirektør | Ny VR: jan. 22 Deretter løpende utvikling | Arbeid pågår men er forsinket. Ferdigstilles 1H--22 | |
| Videre utvikling av risikostyringsprosessen | Økonomidirektør | Løpende | Prosess er endret og utvikles gjennom de T-vise rapporteringen | |
| <i>Videreføring av tiltak fra 2020:</i> Ferdigstille styringsregime for de sykehusovergrepene | Økonomidirektør | Ultimo 2021 | Styringsgrupper etablert, inkludert i budsjett/ØLP. Programstyre under etablering | |

2.1 Vurdering av prestasjoner og måloppnåelse – HMS

Konklusjon/ behov for endring:

Det jobbes systematisk med forbedring av HMS-systemet og det gjennomføres utviklingstiltak på aktuelle HMS områder.

Mangelfull systemstøtte for oversikt og oppfølging innen HMS, f.eks. mangler oversikt over felles utfordringer i resultat fra vernerunder, uønskede hendelser og risikoanalyser

Mangelfull oversikt over felles utfordringer innen HMS reduserer muligheten for god oppfølging og utvikling av stab/støtte tjenester i henhold til risiko og behov

Forslag til forbedringstiltak av system som bidrar til økt måloppnåelse:

Utarbeide systemstøtte for HMS arbeidet innen f.eks. vernerunder, rapportering

Etablere støtte for strukturerte risikovurderinger innen aktuelle HMS områder

| Tiltak: | Ansvarlig: | Tidsfrist: | Måloppnåelse/ status per 31.12.21 | Status/ farge |
|--|---|------------------------|--|---------------|
| Etablere systemstøtte i EQS innen HMS arbeidet | Linjeledelse med fagansvarlige med støtte fra kvalitetsavdelingen | 2022 | Planlagt oppstart EQS 4/4/22. Planlagt oppstart etablere system-støtte etter 4.4. | |
| Avtale med BHT | HR-direktør | Innen utgangen av 2021 | Prosedyren er revidert og implementert | |

3. Opplæring, kompetanse og rekruttering

Konklusjon/ behov for endring:

- Implementere kompetanseportalen for å ha oversikt over eksisterende kompetanse og behov for ny
- Ledere må bevisstgjøres og dyktiggjøres i rekrutteringsprosessen – legges inn i lederopplæringen
- Opplæring av nye medarbeidere og nye ledere bør skje på en mer systematisk måte

| <ul style="list-style-type: none"> - Øke kvaliteten på introduksjonen av nye medarbeidere både gjennom samlinger og e-læring - Obligatorisk e-læring følges opp videre - Følge opp bruk av sjekklister for nye medarbeidere og ny ledere - Fortsette arbeidet med god introduksjon av LIS-1 leger | | | | |
|---|--------------------|--------------------------------|---|------------------|
| Tiltak: | Ansvarlig: | Tidsfrist: | Måloppnåelse/ status per 31.12.21 | Status/ farge |
| Restanse fra 2020 Bruke sjekklister i Conformat til vernerunde og statusrapportering ved årlig rullering av HMS handlingsplanen | HR-direktør | 2021 | Gjennomført | |
| Restanse fra 2020 Implementere kompetanseportalen | HR-direktør | Løpende 2021-23 | Pågår løpende, et langsiktig arbeid | |
| Oppdatere lederopplæringen - Ledere må bevisstgjøres og dyktiggjøres i rekrutteringsprosessen | HR-direktør | Høst 2021 oppstart 15.09.21 | Kurs er gjennomført og nye er planlagt | |
| Systematisere opplæring av nye medarbeidere og nye ledere Øke kvaliteten på introduksjonen av nye medarbeidere både gjennom samlinger og e-læring - Obligatorisk e-læring følges opp videre - Følge opp bruk av sjekklister for nye medarbeidere og ny ledere - Fortsette arbeidet med god introduksjon av LIS-1 leger | HR-direktør | 2021-22 | Alt arbeids pågår løpende. Alle nødvendige rutiner er etablert. | |
| 4. Brukermedvirkning og samvalg | | | | |
| Konklusjon/ behov for endring: | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Markedsføre undersøkelsen internt og eksternt • Tilrettelegge undersøkelsen slik at den blir relevant for alle pasientgrupper • Legge inn alle kliniske seksjoner i undersøkelsen (MSK) • Digitale løsninger slik at pasienter kan svare når de er på sykehuset • Øke bevisstheten og bruken av samvalg | | | | |
| Tiltak: | Ansvarlig: | Tidsfrist: | Måloppnåelse/ status per 31.12.21 | Status/ farge |
| Utrede og anskaffe løsning for lokale PCer/lpader | IKT-avd/klinikkene | 01.12.21 | | |
| Sak på Intranett | Kommunikasjonssjef | 2022 | | |
| Informasjon på nyansattkurs | HR-direktør | 01.11.21 | Gjennomført | |
| Utbedre brukerundersøkelsen | Kommunikasjonssjef | 2022 | | |

| | | | | |
|---|---------------------|----------|--|--|
| Planlegge vitalisering av samvalg i samråd med regional samvalgs-kordinator i tråd med Regional delstrategi pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring | Kvalitetsavdelingen | 01.11.21 | Kvalitetsavdelingen deltar i regional styringsgruppe for anskaffelse av digitalt samvalgsverktøy. Beslutning om anskaffelse forventes april 2022, planlagt pilot 2023 i HSØ. Regional samling om innføring av samvalg høsten 2021, er flyttet til våren 2022. | |
|---|---------------------|----------|--|--|

5. Beredskap

Konklusjon/ behov for endring:

Kontinuerlig oppdatering av risikobildet internt og eksternt

Gjennom aktivt arbeid med løpende (tertialvise) risikovurderinger/-styring øke bevisstgjøring og erfaring med metodikk for risikovurderinger i ledelsen

| Tiltak: | Ansvarlig: | Tidsfrist: | Måloppnåelse/ status per 31.12.21 | Status /farge |
|--|--------------------------------|------------|--------------------------------------|------------------|
| Løpende (tertialvis) risikovurderinger/-styring | Økonomidirektør | Løpende | Se pkt 2. over | |
| Innhente eksternt risikobilde og kommunisere til ledelse | ABK/Klinikksjef Frank Hvaal | Løpende | Utført | |
| Øvelser i tråd med oppsatt plan | ABK/Klinikksjef Frank Hvaal | Ihht. plan | Utført | |

6. Kvalitet og pasientsikkerhet

Konklusjon/ behov for endring:

- Innarbeide innsatsområder pasientsikkerhet i Helselogistikk løsninger
- Handlingsplan for legemiddelsikkerhet: Ledere prioriterer å styrke egne/ ansattes legemiddelkompetanse gjennom opplæring/re-opplæring. Oppfølging i kompetanseportalen
- Forbedring av utskrivningsprosessen
- Innarbeide Regional delstrategi i sykehusets ordinære virksomhetsstyring.
- Styrke sykehusets kompetanse innen systematisk forbedringsarbeid

| Tiltak: | Ansvarlig: | Tidsfrist: | Måloppnåelse/ status per 31.12.21 | Status/ farge |
|---|--------------------------------|------------|--|------------------|
| Utrede elektroniske tavler til oppfølging av risikoområder pasientsikkerhet (Helselogistikk-prosjektet) | Utviklingsavd./ Kvalitet | 01.06.22 | Elektroniske tavler skal innføres på to sengeposter i pilot til Helselogistikk. Grunnet forsinkelser i det regionale prosjektet er oppstart pilot ved STHF foreløpig utsatt til september. Per i dag må manglende integrasjon mellom DIPS og MetaVision, kompenseres med manuelle dobbeltregistreringer. Når tavlene er implementert kan de benyttes til oppfølging av risikoområder pasientsikkerhet. | |
| Seksjonsledere tilrettelegger og prioriterer gjennomføring av legemiddelkurs | Seksjonsledere/ Kvalitet/HR | 31.12.22 | legemiddelsikkerhet 2022: Krav til opplæring/ reopplæring skal legges inn i | |

| | | | | |
|---|---|------------|---|--|
| for sine ansatte og seg selv. Systematisk oppfølging i ny kompetanseportal. | | | Kompetanseportalen primo 2022. Portalen gir rapporter over kursaktiviteten og bidra til å avdekke omfanget av kursbehovet. Kursaktiviteten inngår i virksomhets-rapporteringen – omfang og hyppighet vurderes i tråd med konsernrevisjonens anbefalinger. | |
| Forbedring av utskrivningsprosessen – gjennom delprosjekt Trygg utskrivning – pilot i samarbeid med Skien kommune, ref samhandlingsavvik. (Pasientflyt 24/7) | Utviklingsavd./ Kvalitet | 31.12.22 | Pilotprosjekt mellom STHF og Skien om forbedring av utskrivningsprosessen for somatiske pasienter er i rute. | |
| Plan for oppfølging av Regional delstrategi samordnes med det regionale arbeidet (Regionalt innsatsteam for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring) og legges fram i egen LG-sak | Kvalitet og aktuelle samarbeidspartnere | Våren 2022 | Framdrift avhenger av mandat og oppdrag 2022 for Regionalt innsatsteam (RIT) som er under arbeid. | |
| Regional delstrategi innarbeides i STHF strategiplan når den rulleres | Utviklingsavd./ Kvalitet | 31.12.22 | Ikke startet. | |
| Bygge og delta i forbedrings- utdanning sammen med SiV og SØ | Kvalitet/ klinikkene | 01.06.22 | Forberedelser i rute. Rekruttering i gang. Stor interesse. Tilslutning fra ADs ledergruppe. | |
| Sørge for vedlikehold av kompetanse for News, PEWS og Isbar | Kvalitet/SIM | Løpende | Mange seksjoner er i god rute og gir høy prioritet til NEWS revitalisering. Noen poster har lagt planer for grunnopplæring og re-opplæring 1 tertial-22. Leger prioriteres i 2022. Jevnlige simuleringstreninger for medisinske akutt team (MAT). NEWS koordinator forbereder sak i AD ledermøte våren 2022 | |

7. Uønskede hendelser/ avvik og korrigerende tiltak

Konklusjon/ behov for endring:

Mer systematisk oppfølging av avvik i nytt forbedringssystem. NOKUP er innarbeidet i det nye forbedringssystemet. Med NOKUP knyttes tiltak til medvirkende årsaker og effekten av tiltakene må evalueres. Implementering og opplæring NOKUP ifbm nytt forbedringssystem

| Tiltak: | Ansvarlig: | Tidsfrist: | Måloppnåelse/status per 31.12.21 | Status/ farge |
|--|----------------------------|------------|---|---------------|
| Opplæring i NOKUP og mer systematisk oppfølging av uønskede hendelser som del av implementeringen av det nye systemet. | Kvalitet/ ledere alle nivå | 01.04.22 | Inngår i opplæringsplan EQS våren 2022. | |

| | | | | |
|---|--|-------------------|---|--------------------------|
| Øke sikkerhetsklimaet på sykehuset. Se dette i sammenheng med implementering EQS | Kvalitet/ledere alle nivå | Ultimo 2022 | Plan for opplæring forbedringsarbeid og innføring EQS: Måle og forbedre effekt og realiserte gevinster. | |
| Forbedre avviksarbeidet med kommunene ved implementering av EQS | Kvalitet/ledere alle nivå | Ultimo 2022 | EQS vil bidra til bedre oversikt over samhandlingsavvik fra kommunene (NOKUP-rapporter). Elektronisk oversendelse av samhandlingsavvik mellom STHF og kommunene via Public 360 under planlegging. Forventet effekt av sikker elektronisk postgang: Betydelig reduksjon i saks-behandlingstid og styrket informasjonssikkerhet. Avhenger av tilslutning fra kommunene. | |
| 8. Interne revisjoner | | | | |
| Konklusjon/ behov for endring: Behov for bedre/mer brukervennlig systemstøtte til gjennomføring og oppfølging av internrevisjon. | | | | |
| Tiltak: | Ansvarlig: | Tidsfrist: | Måloppnåelse/ status per 31.12.21 | Status/ farge |
| <i>Restanse fra 2020:</i> Kommunikasjon og dialog med klinikkene for oppfølging. Kvalitetsavdelingen deltar en gang per år i den enkelte klinikk KPU | Fagdirektør/ klinikkjefer | Innen 01.06. | Oppfølging i forbindelse med ledergruppesak internrevisjon våren 2022. | |
| Ta i bruk nytt forbedringssystem til gjennomføring og oppfølging av interne revisjoner | Kvalitet | 01.09.22 | Planlagt oppstart etablere system-støtte EQS etter 04.04.2022 | |
| 9. Eksterne revisjoner/eksterne tilsyn | | | | |
| Konklusjon/ behov for endring: Nytt forbedringssystem gir systemstøtte til eksterne tilsyn og revisjoner. Sikre god arbeidsflyt både i og mellom saks/arkivsystem og forbedringssystem. | | | | |
| Tiltak: | Ansvarlig: | Tidsfrist: | Måloppnåelse/ status per 31.12.21 | Status/ farge |
| Ta i bruk nytt forbedringssystem til eksterne tilsyn/revisjoner – opplæring og implementering | Kvalitet/dokumen tsenteret/ klinikkene | 01.06.22 | Planlagt oppstart etablere system-støtte EQS etter 04.04.2022 | |
| Sikre god saksbehandlerstøtte fra EQS og P360 | Kvalitet/ Dokumentsenteret | 01.06.22 | Under arbeid: <ul style="list-style-type: none"> Etablere gode arbeidsprosesser. Tilpasset kurs og opplæring. | |

| | | | | |
|---|------------|----------|---|--|
| | | | Planlagt oppstart etablere system-støtte EQS etter 04.04.2022. P360 opplæring var av ett av punktene i AD ledergruppesak 161/2021. Opplæring i P360 pågår løpende. Kobling mellom EQS og P360 gjennomføres ifm. opplæring vår 2022 ved innføring av EQS. | |
| Sikre at saksbehandlere har tilstrekkelig kompetanse P360 | Klinikkene | 01.06.22 | Kjennskap og arbeidsflyt i P360 gjøres ved pågående opplæring i bruk av P360 system. Det er etablert samarbeid mellom Dokumentasjons-senter og juridisk team ift. opplæring i saksbehandling | |

10. Hendelsesbaserte tilsyn/klagesaker

Konklusjon/ behov for endring:

Behov for en mer helhetlig systematikk i sak/arkiv-systemet og det nye forbedringssystem, for å sikre etterlevelse av de prosessuelle saksbehandlingskravene

| Tiltak: | Ansvarlig: | Tidsfrist: | Måloppnåelse/ status per 31.12.21 | Status /farge |
|---|-----------------------------------|------------|---|------------------|
| <i>Restanse fra 2020:</i> Opplæring saksbehandling | Økonomidirektør/ juridisk team | 2021 | Kurs i saksbehandling for ledere og rådgivere gjennomføres i løpet av 1. halvår 2022. Opplegg ble utarbeidet i 2021, og ble pilotert/presentert i stabsmøtet 10.01.2022. Det er også orientert i STHF KPU 25.01.2022. | |
| <i>Restanse fra 2020:</i> Opplæring bruk av P360 | SSL/kl.sjef Elin Skei | 2021 | Jfr. kommentar under pkt. 9. AD ledergruppe sak 161/2021 omhandlet status i arbeidene med blant annet opplæring av brukere i sykehuset. Opplæring av aktuelle grupper gjennomføres løpende. | |
| Sikre en helhetlig systematikk for tilsynssaker og klagesaker i sak/arkiv-systemet og nytt forbedringssystemet. | Dokumentsent./ kvalitet/HR | 01.06.22 | Planlagt oppstart etablere system-støtte EQS etter 04.04.2022 Startet kartlegging med utgangspunkt i P360. | |

11. Samhandling med kommuner og fastleger

Konklusjon/ behov for endring:

- Involvere Helsefelleskap i Utviklingsplan 2035
- Øke entusiasme og engasjement for helsefelleskap
- Evaluere Helsefelleskap – antall SSU og FSU
- Forbedringsarbeid utskrivning

- Bedre kontakt mellom fastleger og spesialister
- Felles innsats sykehus – kommuner, for å forbedre 30-dagers totaloverlevelse
- Følge opp akuttmedisinsk kjede

| Tiltak: | Ansvarlig: | Tidsfrist: | Måloppnåelse/ status per 31.12.21 | Status/ farge |
|--|---|-------------|--|------------------|
| Utviklingsplan 2035 som tema på Partnerskapsmøte i januar 2022 Tema på SSU høst 2021- | Utviklingsdirektør | 15.01.22 | Planlagt men forsinket. Møte utsatt til mars(?) grunnet C-19. Har ellers vært i begge SSU, alle fem FSU. | |
| Evaluerer Helsefellesskap – antall SSU, FSU, fokusområder, resultater | Fagdirektør/ sekretariatet i helsefellesskap | 30.06.22 | Har vært tematisert i begge SSU, og vil bli lagt fram for partnerskapet 1. halvår 2022. | |
| Forbedringsarbeid utskrivning, spesifikt med Skien kommune | Pasientflyt 24/7 – prosjektleder | 31.12.21 | Status forbedringsarbeid utskrivning, spesifikt med Skien kommune - Retningslinje, Heliks ID 8928, Utskrivelse av pasienter fra somatiske enheter ved STHF er under revisjon og vil bli sendt ut på høring i løpet av 14 dager - Det er lagt inn nye veiledende tekster i PLO – meldingsflyt for å sikre at riktige og viktige opplysninger blir utvekslet mellom STHF og kommunehelsetjenesten - Det jobbes med å få på plass en systematisk opplæringspakke i PLO – meldingsflyt, prosedyrer og deltavtaler – kobles opp mot kompetanseportalen - Det jobbes for en felles portal (i første omgang STHF intranett) for STHF og kommunene hvor felle prosedyrer og retningslinje skal ligge. | |
| Utredning mulighet for faste digitale møter med deltakelse fra fagområder og fastleger | Fagdirektør/PKO/ Samhandlings-koordinator/ kommunikasjonssjef | 01.11.21 | Er under forberedelse. Planlagt iverksatt høst-22. | |
| Gode sakskart – riktige og viktige saker på agenda i helsefellesskapet | Fagdirektør/ klinikkjefer og sekretariat | Fortløpende | | |
| Øke 30-dagers totaloverlevelse: Etablere møtarenaer med aktuelle kommuner for å identifisere og implementere risikoreducerende tiltak. | FSU Tjenesteutvikling og kvalitet/ Fagdirektør/ klinikkene | 15.12.21 | Utsatt pga. pandemien. Avventer ny møtedato. Pilotprosjekt mellom STHF og Skien om forbedring av | |

| Stikkord: NEWS og Trygg utskrivning (Pasientflyt 24/7) | | | utskrivningsprosessen for somatiske pasienter ble presentert i FSU og SSU 2021. Følges opp i SSU 1. tertial 2022. Mål om tilslutning fra øvrige kommuner. | |
|--|--|------------|---|--------------|
| Oppfølging av akuttmedisinsk kjede | Helsefelleskap v/FSU for tjenesteutvikling og kvalitet | Løpende | Ivaretas i FSU for tjenesteutvikling og kvalitet, med bla et større møte i september 2021 | |
| 12. Informasjonssikkerhet og personvern | | | | |
| <p>Konklusjon/ behov for endring: Tiltakene i sin helhet er beskrevet i eget Word-dokument. I tabellen under følger tiltak med kun gul og rød status.</p> <p>Det er gjennomgående en stor utfordring å prioritere tilstrekkelig ressurser til å løfte området i tråd med krav, føringer og forventninger som eier og omgivelsene har til oss.</p> | | | | |
| Tiltak: | Ansvarlig: | Tidsfrist: | Måloppnåelse/status per 31.12.21 | Status/farge |
| <p><i>Restanse fra 2020:</i> Tydeliggjøre systemeiers ansvar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • verifisere eierskap, forvaltere og kritikalitet på løsningen. • Sjekkliste for systemeiere basert på Normkravene (DIPS, P360, PACS, Checkware og Paga) | Utviklingsdirektør | 2022 | TeH har i det store og det hele gjennomført verifisering av systemeierskap og kritikalitet. Sjekkliste gjennomgått med systemeiere/-forvaltere og har avdekket oppfølgingspunkter som bør adresseres. | |
| Systematisk innføring av Nasjonal sikkerhetsmyndighets grunnprinsipper for IKT-sikkerhet, og sikre systematisk adressering av arbeidet med informasjonssikkerhet på alle nivåer. Dette pågår i samarbeid med både SP og i foretaksgruppen for øvrig. | Utviklingsdirektør | 2021-> | Dette er stort sett Sykehuspartner, men noe tilfaller oss gjennom f.eks. å ha oversikt og klassifisere systemer (TeH), samt følge opp SP sitt arbeide. | |
| Regional protokoll over behandling personopplysninger må kompletteres og kvalitetssikres. Ledersak 14. september på innretning. | Utviklingsdirektør | 2022 | Vi avventer SP som skal rydde i protokoll før vi kan invitere linja inn for kvalitetssikring. | |
| Prosjekt Digital sårbarhet, inkl. oppfølging av Riksrevisjon 2019 | Utviklingsdirektør | 2021-2024? | Ikke etablert enda, men mange enkeltaktiviteter som inngår pågår uavhengig av dette. | |
| Oppfølging av funn i Helsetilsynets revisjon av IKT-beredskap og forsvarlig helsehjelp 2020, rapport ble levert 2021. | Utviklingsdirektør/fagdirektør | 2022 | Oppsummering av funn og foreslåtte tiltak presentert KPU 25.01.22. | |

| | | | | |
|---|--|-------------------|---|----------------------|
| Utarbeide prosedyre for å ivareta de registrertes rettigheter mht. behandling/ utlevering av personopplysninger og personvern-erklæringen | Økonomidirektør | 2021 | Prosedyre under utarbeidelse. Forventes ferdigstilt så snart høringsrunde er gjennomført. (Q1) | |
| 13.1. Oppfølgingstiltak etter tidligere LGG miljø | | | | |
| <p>Konklusjon/ behov for endring: De fleste tiltak fra LGG miljø 2020 er fulgt opp og gjennomført. Det er kontroll på restansene som bør videreføres som tiltak for oppfølging i 2021/ 2022 og ses i sammenheng med endrede krav gjennom nytt rammeverk.</p> | | | | |
| Tiltak: | Ansvarlig: | Tidsfrist: | Måloppnåelse/status per 31.12.21 | Status /farge |
| <i>Restanse fra 2020:</i> Etablere rapportering på mål og sentrale tiltak innen miljø til årsrapport og LGG. | Miljøkoordinator (vedtas av ledelsen) | 2022 | Vil etableres ved implementering av felles miljømål 2022. | |
| <i>Restanse fra 2020:</i> Avklare behov for måling og overvåking av miljøaspekter i årlig kartlegging av miljøaspekter. (fra 2019) | Miljøkoordinator med fagansvarlige | 2022 | Vil etableres ved implementering av felles miljømål 2022. | |
| <i>Restanse fra 2020:</i> Informasjon om miljøarbeidet internt og eksternt som bidrar til holdningsskapende arbeid (Intranett/ internett, Facebook, ledermøter) | Kommunikasjonssjef/ miljøkoordinator med fagansvarlige | 2021/2022 | Bør prioriteres vår 2022, noe informasjon gitt til ledergruppe, klinikkledelse SSL og eksterne nettverk | |
| 13.2. Endrede forutsetninger som angår virksomhetens miljøaspekter | | | | |
| <p>Konklusjon/ behov for endring annet: Kontekstvurderingen er oppdatert for 2020, og gir oversikt over krav og føringer for sykehusets miljøarbeid. Miljøsystemet bør videreutvikles i samsvar med kontekstvurderingen og krav og føringer i nasjonalt rammeverk og med nødvendig tilpasning til lokale forhold, se tiltak pkt. 13.5.</p> | | | | |
| Tiltak: | Ansvarlig: | Tidsfrist: | Måloppnåelse/status per 31.12.21 | Status/ farge |
| Ingen tiltak ble vedtatt | | | | |
| 13.3. Miljømål, halvårsstatus | | | | |
| <p>Konklusjon/ behov for endring: Det er ikke etablert systematikk for rapportering på halvårsstatus for miljømålene. Siste status for miljømål er rapportert i årsrapport 2020. De ulike målene følges opp av ansvarlige i linjen gjennom året og rapporteres i samlet oversikt av miljøprestasjoner ved årsslutt for rullering av mål i overordnet HMS handlingsplan og årsrapportering. Klimaregnskap rapporteres til HSØ ved årsslutt og inngår i Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar. Se tiltak 13.1.</p> | | | | |

| Tiltak: | Ansvarlig: | Tidsfrist: | Måloppnåelse/status per 31.12.21 | Status/farge |
|---------------------------|------------|------------|----------------------------------|--------------|
| Ingen tiltak ble vedtatt. | | | | |

13.4. Organisasjonens miljøprestasjoner inkludert trender

Konklusjon/ behov for endring:

Det er etablert system for planlegging, registrering, oppfølging og evaluering av sykehusets miljøprestasjoner. Avvik/ hendelser innen ytre miljø meldes i TQM og følges opp av leder. Nytt forbedringssystem EQS som innføres i løpet av 2022 vil gi bedre mulighet for oppfølging og forbedringsarbeid.

Det er etablert lokale rutiner for måling og oppfølging av miljøprestasjoner som følges opp i fagmiljøene.

Det rapporteres årlig til HSØ på miljøprestasjoner og på klimaregnskap.

Det gjennomføres årlig samsvarsvurdering i fagmiljøene og tiltak iverksettes for at samsvarsforpliktelser skal overholdes.

Intern revisjon innen ytre miljø gjennomføres som del av felles elektroniske egenervurdering og som stedlig revisjon på utvalgte enheter der også spesialtema for ytre miljø inngår. Det er etablert en 3-årig rullerende plan for intern revisjon for ytre miljø.

Det gjennomføres årlig tredjeparts sertifiseringsrevisjon ved Kiwa. Funn fra fjorårets revisjon er fulgt opp.

Det bør avklares behov for måling og overvåking av miljøaspekter, se tiltak pkt. 13.1

| Tiltak: | Ansvarlig: | Tidsfrist: | Måloppnåelse/status per 31.12.21 | Status/farge |
|---------------------------|------------|------------|----------------------------------|--------------|
| Ingen tiltak ble vedtatt. | | | | |

13.5. Vurdering av muligheter for kontinuerlig forbedring og behovet for endring av miljøstyringssystemet, dets miljøpolitikk og miljømål.

Konklusjon/ behov for endring:

Ved omlegging til Felles rammeverk for klima og miljø i spesialisthelsetjenesten som er planlagt i 2022 må det vurderes om det er behov for endringer i policy, miljømål, organisering og ressursbehov, oppfølging og rapportering slik at systemet er tilpasset rammeverkets krav.

| Tiltak: | Ansvarlig: | Tidsfrist: | Måloppnåelse/status per 31.12.21 | Status /farge |
|---|--|------------|---|---------------|
| Tilpasse miljøsystemet til felles <i>Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialist-helsetjenesten i hht. oppdrag i OBD 2022</i> | Ledelsens representant for miljø/ miljøkoordinator | 2022 | Vil etableres ved implementering av felles miljømål 2022. | |
| Vurdere behov for endring i ressursbruk og organisering av miljøarbeidet ved STHF | Ledelsens representant for miljø/ miljøkoordinator | 2021/2022 | Vil vurderes ved implementering av felles miljømål 2022. | |

14. Evaluering av styringssystemet ved STHF - Forbedringsbehov i system eller gjennomføring

Konklusjon/ behov for endring annet:

Behov og ønsker om forbedring fra klinikkene:

Oppfølging av LGG i nytt forbedringssystem

- Dokumentstyringssystem:

- ✓ *Ta i bruk Helse Sør-Øst Portal for metodebøker (App/Mobil/Web)*
- ✓ *Metodebøker som er godkjent for bruk ved STHF, må framgå i dokumentstyringssystemet*
- ✓ *Når regionale metodebøker tas i bruk må de gamle dokumentene arkiveres (ingen duplikater)*
- ✓ *Generelt – redusere omfanget av lokale styrende dokumenter – rydde*

| Tiltak: | Ansvarlig: | Tidsfrist: | Måloppnåelse/status per 31.12.21 | Status/farge |
|--|--|------------|--|--------------|
| Avklare hvilke innmeldte ønsker/behov for systemforbedringer som skal følges opp i nytt forbedringssystem. | Kvalitet/aktuelle stabsavdelinger og klinikker | 01.10.2021 | I rute og følges videre opp i forbindelse med oppstart etablere system-støtte EQS etter 04.04.2022 | |
| LG-sak: Plan for implementering av Helse Sør-Øst Portal for metodebøker | Kvalitet/ Fagdirektør | Våren 2022 | Sjekkliste (HELIKS) for overgang til metodebøker skal testes ut av piloterende fagmiljø. | |

Restanser til oppfølging fra LGG 2020 - områder som ikke er videreført i 2021:

| | | | | |
|--|----------------|------------|--|--|
| Risikostyring: Enhetlig oppbevaring og arkivering av risikovurderinger (P360 med varsling). | Klinikkjef SSL | Våren 2022 | Sykehuset startet høst 2020 et forbedringsarbeid for sykehusets arkivtjeneste inkl. bruk av IKT-systemet Public 360. Arbeidet har identifisert 12 forbedringspunkt, hvor 6 punkt er vedtatt og implementert høst 2020, og ytterligere 6 punkt jobbes videre med i 1. halvår 2021. Rapportering av forbedringsarbeidet ble presentert og vedtatt i AD ledergruppemøte i november 2021 (Ledergruppesak 161-2021) | |
|--|----------------|------------|--|--|

Vedlegg:

- Foretaksrapport STHF 2021_12
- Risikovurdering per 3. tertial 2021

Foretaksrapport

**Sykehuset Telemark HF
desember 2021**

Innhold

1. Oversikt og statusbilde

2. Kvalitet

3. Aktivitet

4. Prioritering av psykisk helsevern og rus

5. Bemanning

6. Økonomi/ finans

Oversikt

| 202112 | Faktisk Hiå | Budsjett Hiå | Avvik Hiå | Avvik % | Årsbudsjett | Årsestimat |
|-----------------------------|-------------|--------------|-----------|---------|-------------|------------|
| Økonomi (hele tusen) | | | | | | |
| Driftsinntekter | 4 419 046 | 4 288 328 | 130 718 | 3,0 % | 4 288 328 | 4 419 046 |
| Driftskostnader | 4 407 657 | 4 243 318 | 164 339 | 3,9 % | 4 243 318 | 4 407 657 |
| Driftsresultat | 11 389 | 45 010 | -33 620 | -74,7 % | 45 010 | 11 389 |
| Finansresultat | 4 732 | 4 990 | -258 | -5,2 % | 4 990 | 4 732 |
| Årsresultat | 16 122 | 50 000 | -33 878 | -67,8 % | 50 000 | 16 122 |
| Aktivitet | | | | | | |
| Polikliniske konsultasjoner | | | | | | |
| Somatikk | 179 026 | 182 123 | -3 097 | -1,7 % | 182 123 | 179 026 |
| VOP | 43 550 | 54 100 | -10 550 | -19,5 % | 54 100 | 43 550 |
| BUP | 36 793 | 31 250 | 5 543 | 17,7 % | 31 250 | 36 793 |
| TSB | 8 398 | 12 150 | -3 752 | -30,9 % | 12 150 | 8 398 |
| Bemanning | | | | | | |
| Brutto månedsverk | | | | | | |
| Somatikk | 3 102 | 3 012 | -90 | -3,0 % | 3 012 | 3 102 |
| VOP | 2 165 | 2 093 | -72 | -3,5 % | 2 093 | 2 165 |
| VOP | 535 | 539 | 4 | 0,7 % | 539 | 535 |
| BUP | 163 | 153 | -10 | -6,8 % | 153 | 163 |
| TSB | 60 | 62 | 2 | 3,4 % | 62 | 60 |
| Prehospitale tjenester | 161 | 147 | -14 | -9,9 % | 147 | 161 |
| Annet | 17 | 18 | 1 | 6,9 % | 18 | 17 |

Målekort

| 202112 | Målekort STHF | Denne periode | | | Hittil i år | | |
|--|---------------------------|---------------|-------|--------|-------------|------|-------|
| | | Faktisk | Mål | Avvik | Faktisk | Mål | Avvik |
| Kvalitet | | | | | | | |
| Ventetid påstartet | | 55 | | | 53 | | |
| | Somatikk | 57 | 50 | -7 | 55 | 50 | -5 |
| | VOP | 34 | 30 | -4 | 34 | 30 | -4 |
| | BUP | 35 | 35 | 0 | 36 | 35 | -1 |
| | TSB | 23 | 30 | 8 | 22 | 30 | 8 |
| Ventetid venter | | 70 | | | | | |
| | Somatikk | 72 | 50 | -22 | | | |
| | VOP | 28 | 30 | 2 | | | |
| | BUP | 27 | 35 | 8 | | | |
| | TSB | 28 | 30 | 3 | | | |
| Andel kontakter passert planlagt tid | | 9 % | 5 % | 4 % | NA | NA | NA |
| Pakkeforløp kreft - andel behandlet innen standard forløpstid alle fag | | 88 % | 70 % | 18 % | 75 % | 70 % | 5 % |
| | Pakkeforløp VOP utredning | 75 % | 80 % | -5 % | 71 % | 80 % | -9 % |
| | Pakkeforløp TSB utredning | 0 % | 80 % | 0 % | 85 % | 80 % | 5 % |
| | Pakkeforløp BUP utredning | 56 % | 80 % | -24 % | 58 % | 80 % | -22 % |
| Korridorpasienter somatikk | | 2,4 % | 0,0 % | -2,4 % | | | |

Kommentarer:

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter med påstartet behandling ligger for denne perioden på 55 dager for alle tjenesteområdene samlet, som er en økning fra forrige periode på 6 dager, og en økning på 5 dager i forhold til samme tid i fjor.

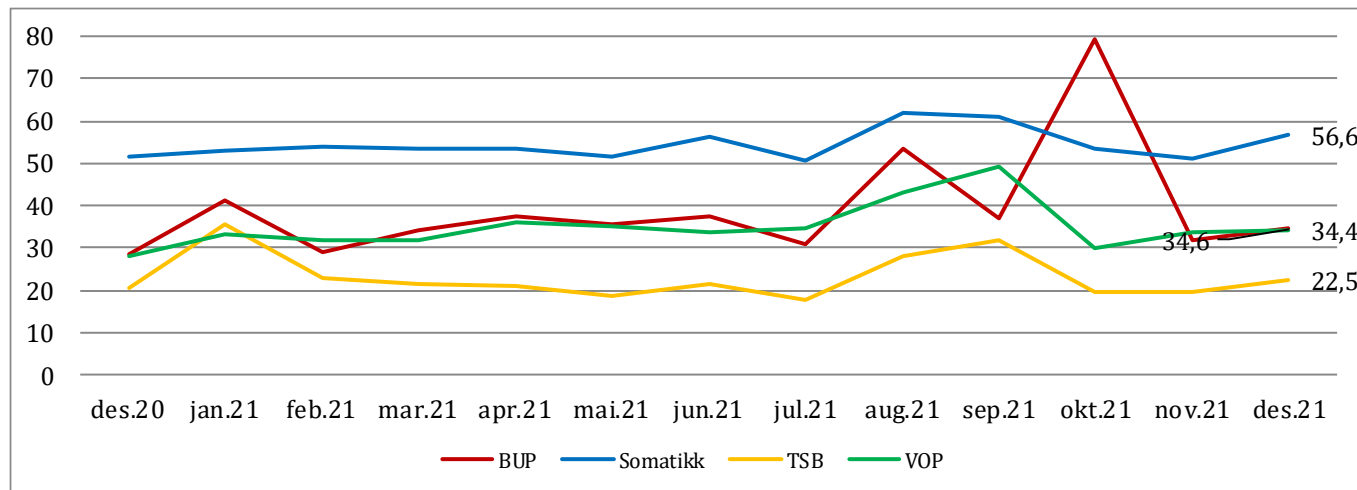
Gjennomsnittlig ventetider (påstartet og ventende) innenfor somatikken er bedre enn før pandemien. Samlet for psykiatrien er ventetiden påstartet høyere enn på samme tid i fjor.

PHV/TSB har lave ventetider på de ventende i denne perioden, slik at ventetid påstartet forventes å være lave de kommende månedene.

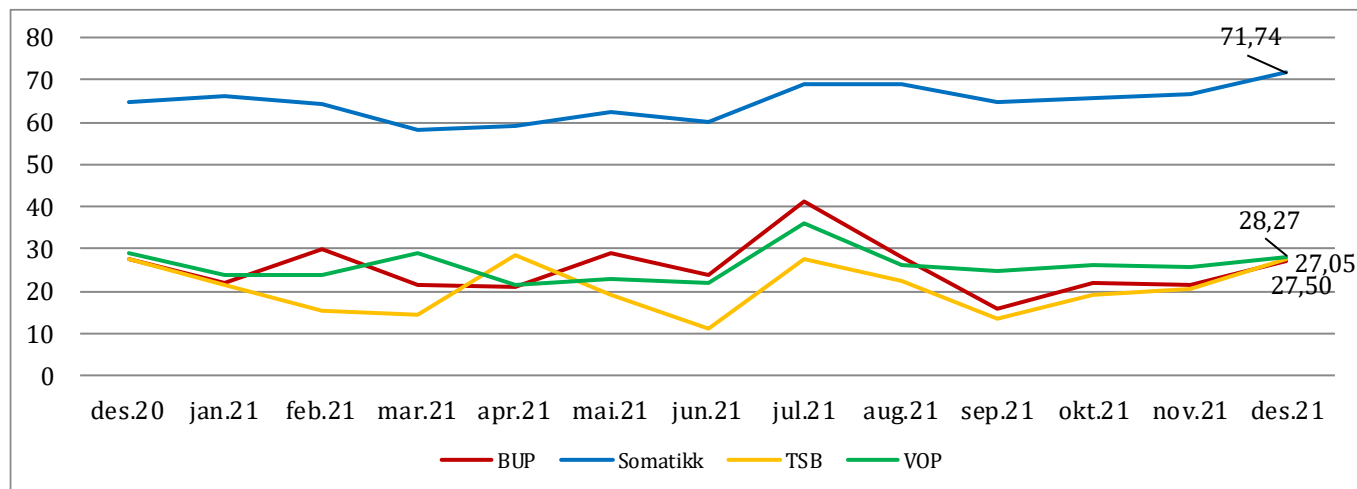
Prioriteringsregelen målt i ventetid er oppfylt innenfor VOP og TSB, mens prioriteringsregelen for aktivitet kun innfris innen BUP.

Ventetid

Påstartet



Ventende



Kommentarer:

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter med påstartet behandling ligger for denne perioden på 55 (49,4) dager for alle tjenesteområdene samlet, som er en økning fra forrige periode på 6 dager, og en økning på 5 dager i forhold til samme tid i fjor

Ventetid påstartet:
Somatikk har 57 dager som er en økning på 5 dager.

Psykisk helsevern voksne (VOP) har 34 dager, samme som i november.

Tverrfaglig spesialist rusbehandling (TSB) har 23 dager som er en økning på 3 dager.

Barne- og ungdomspsykiatrisk (BUP) har 35 dager, en økning på 3 dager.

Ventetid ventende:

Gjennomsnittlig ventetid for **ventende** pasienter for alle tjenesteområder samlet er 70 dager som er en økning på 5 dager.

Ventetid for ventende pasienter øker for alle tjenesteområdene:

Somatikk har 72 dager som er en økning på 5 dager.

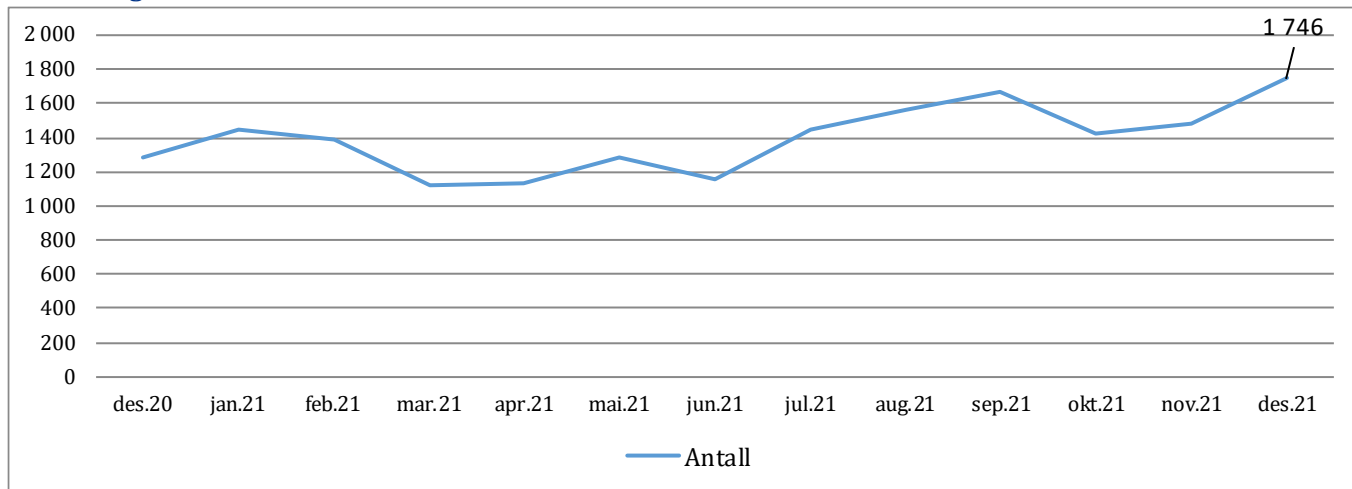
Psykisk helsevern (PHV) har 28 dager som er en økning på 2 dager.

Tverrfaglig spesialist rusbehandling (TSB) har 28 dager som er en økning på 8 dager.

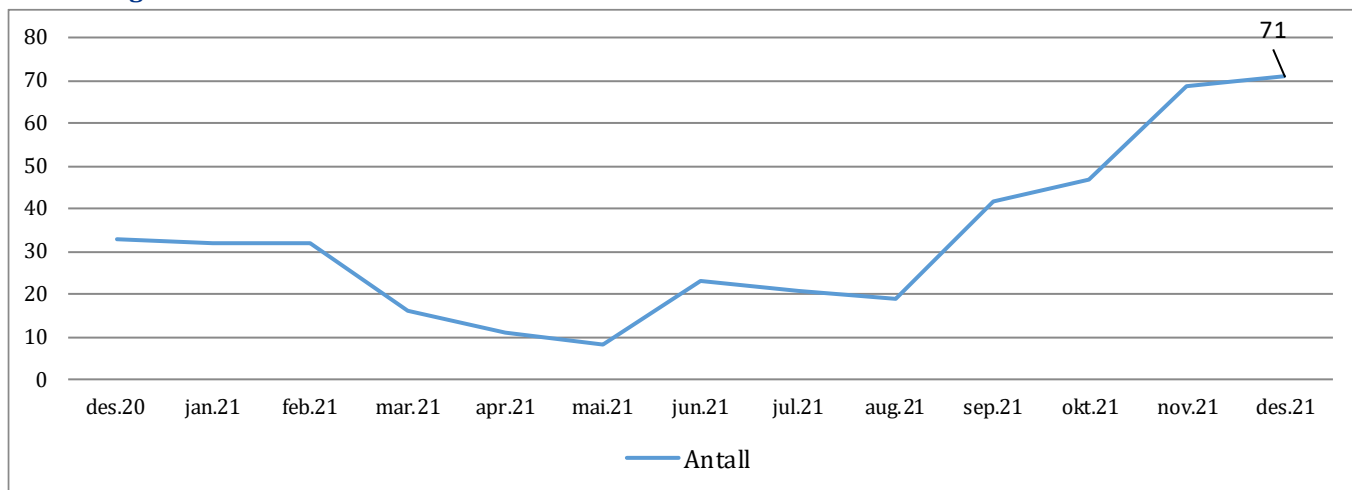
Barne- og ungdomspsykiatrisk (BUP) øker med 5 dager til 27 dager.

Pasienter som venter

Venter og ventet mer enn 3 måneder.



Venter og ventet mer enn et år.



Kommentarer:

Utviklingen i offisielle ventelisten har stabilisert seg siste 12 måneder, men øker siste periode til 7.349 pasienter som venter. Dette er en liten reduksjon forrige periode. Plast har redusert mest denne perioden.

Ventet mer enn tre mnd (90 dg)

Sykehuset har +265 pasienter som venter mer enn 3 mnd. fra forrige periode. Sammenlignet med samme periode i fjor har vi +456 pasienter som har ventet mer enn 90 dager.

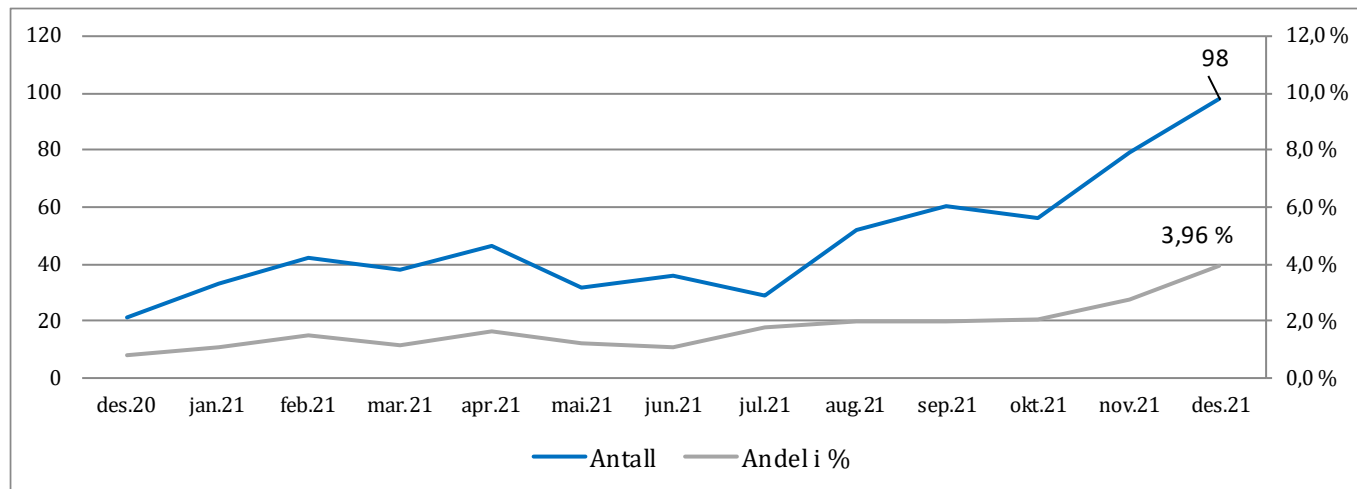
5 fagområder som har størst antall pasienter som venter over 90 dager: Plast 849, ØNH 292, Fert 161, GYN 126, Nevro 67

Ventet mer enn ett år (o/365dg)

Antall ventende pasienter over 1 år er for denne perioden 71, +2 pasienter fra forrige periode. Dette fordeler seg på Plast 66, øvrige avdelinger har 1 eller 0 pasient

Fristbrudd

Påstartet



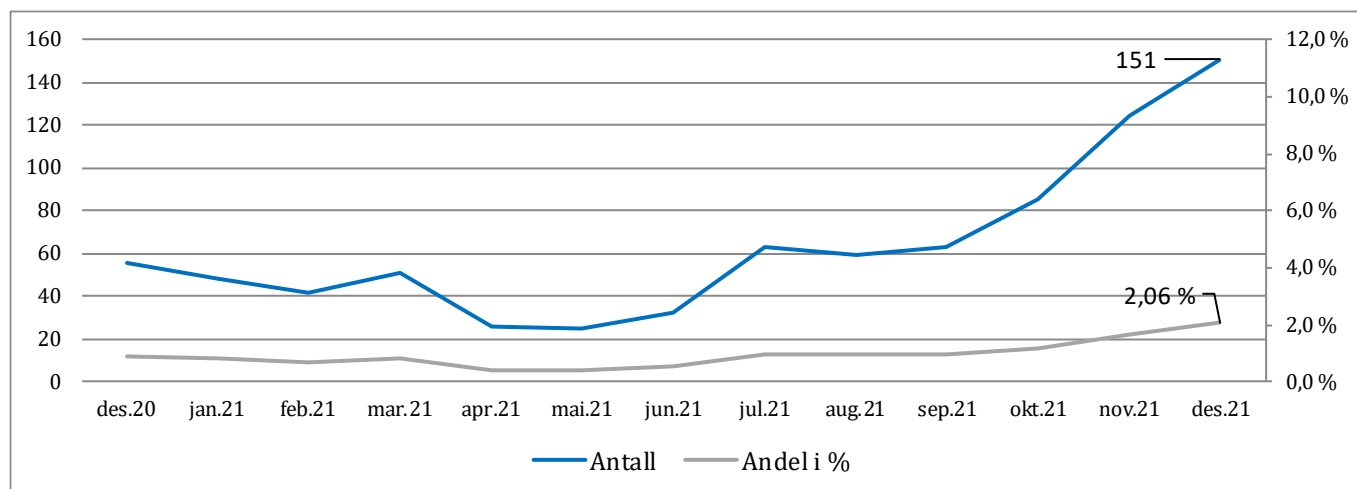
Kommentarer:

Andel fristbrudd påstartet er for perioden på 4 % (2,7 % forrige periode), antallet er 98 fristbrudd.

Plast har 45 brudd og en andel på 20 %, og Mage-tarm har 38 brudd og en andel på 23 %.

Ingen brudd på PHV, BUP og TSB

Ventende



Andel fristbrudd ventende for alle tjenesteområder er 2 % (1,7 % forrige periode), antallet er 151, som er en økning på 26 brudd fra forrige periode. Plast har 49 brudd og en andel på 3 % og Mage og tarm har 70 brudd og en andel på 23 %.

Ingen brudd på PHV og TSB

Forklaring:

Fristbrudd:

Frist for start helsehjelp:

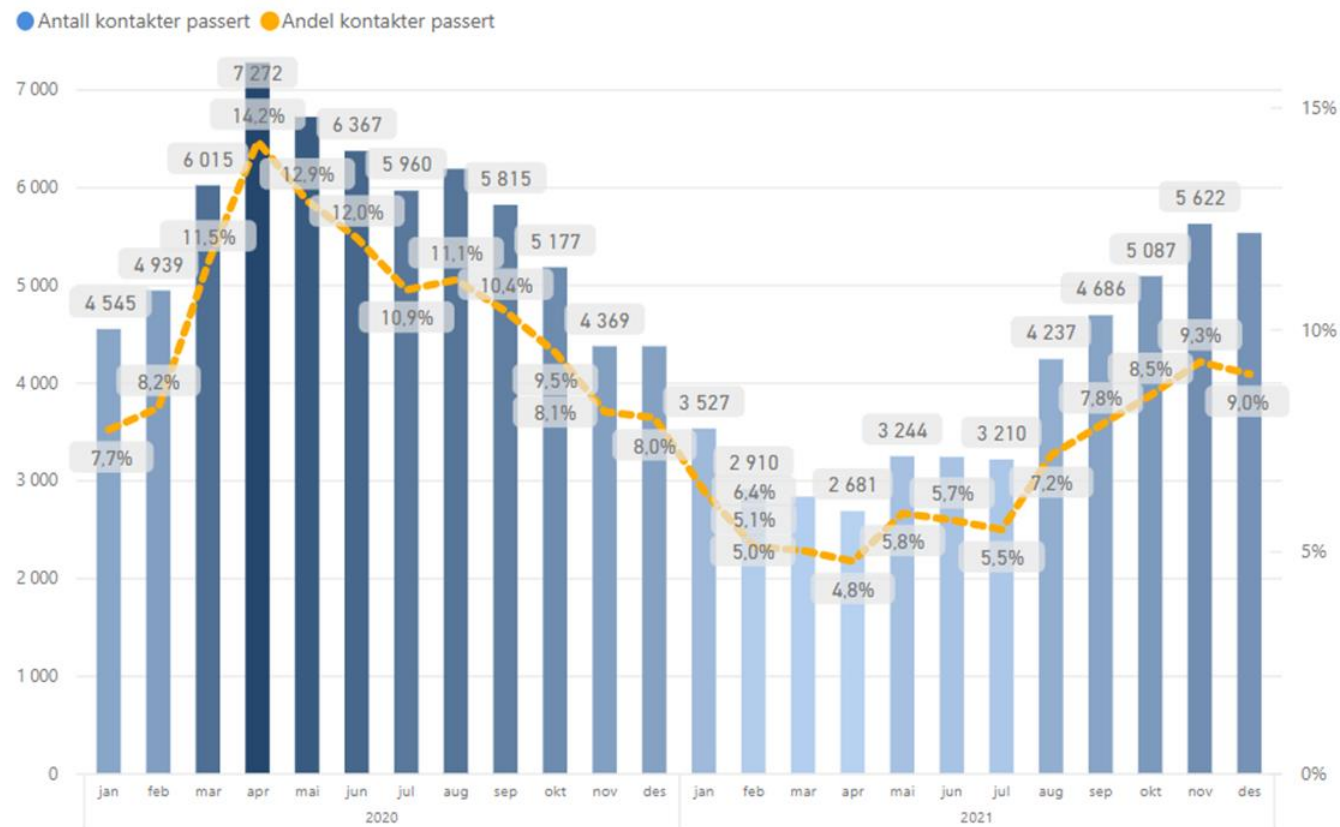
Dato settes av lege som vurderer henvisningen.

Denne settes i henhold til prioriteringsveiledere, men med en individuell vurdering av hver pasient.

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

Passert planlagt tid

Antall og andel passerte kontakter per mnd



Kommentarer:

Antall kontakter passert planlagt tid utgjør 5.528. Dette tilsvarer 9,0% av pasientkontaktene, og er høyere enn målkravet på 5%. HSØ totalt er ca. 11%.

Det er ØNH, Plast, Hjerter og Barn som har høyest antall pasienter med passert planlagt tid.

Forklaring:

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

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

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

Pasientsikkerhet*

| Sykehuset Telemark HF | Snitt 2020 | okt.21 | nov.21 | des.21 |
|---|------------|--------|--------|--------|
| Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning til vurdering av henvisning er fullført. | | | | |
| Gjennomsnitt vurderingstid (dager) | 1,7 | 1,68 | 1,68 | 2,33 |
| Antall henvisninger vurdert | 5 643 | 6 321 | 6 683 | 5 358 |
| Andel vurdert innen 10 virkedager | 98,0 % | 98 % | 99 % | 97 % |
| Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle | | | | |
| Totalt antall som er mer enn 14 dager gamle | 3 201 | 3 927 | 4 409 | 4 205 |
| Herav antall legedokumenter | 1 624 | 1 671 | 1 870 | 1 667 |
| Herav antall sykepleierdokumenter | 760 | 916 | 1 085 | 1 132 |
| Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt | 1 044 | 1 297 | 1 446 | 1 589 |
| Andel direkte time (Rapporteres en måned på etterskudd) | 82,3 % | 81,1 % | 78,5 % | |

*Glemt av sykehuset.

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

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

Kommentarer:

Gjennomsnitt vurderingstid av henvisninger er for perioden på 2,3 dager, som er høyere enn tidligere perioder. Høyere enn snitt i fjor.

Andel vurdert innen 10 dager av henvisninger er tilbake på et normalt nivå, og i snitt ligger vi på ca. 97 %,

Åpne dokumenter som ikke er godkjent har en økning fra forrige periode, og omtrent på nivå med i fjor.

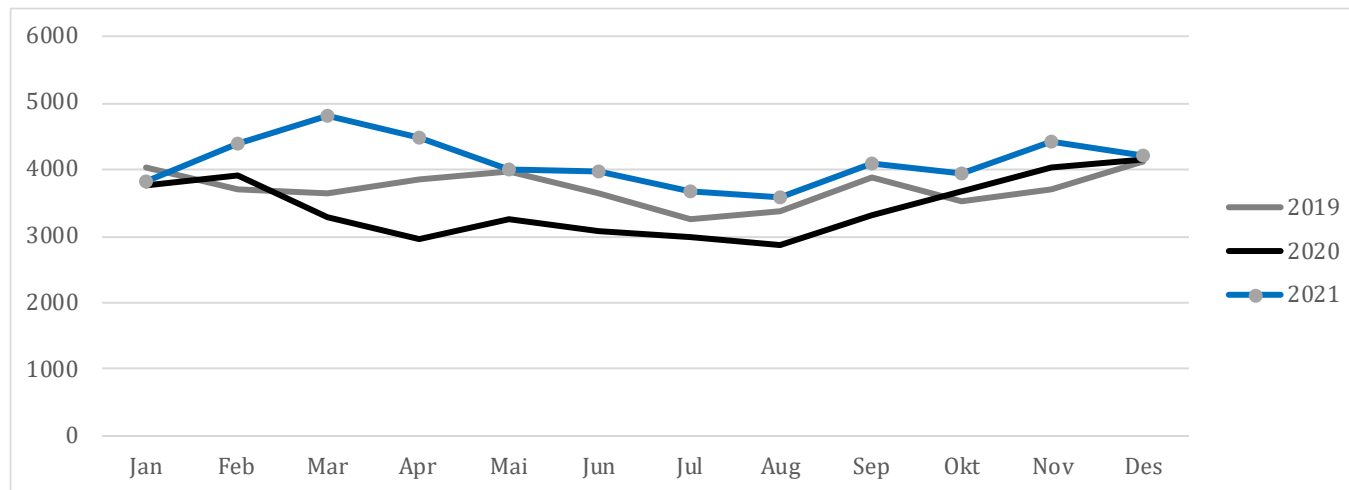
Definisjonen på denne indikatoren er under utredning i HSØ, hvor det sees nærmere på hvilke dokumenter som har betydning for pasientsikkerhet.

Åpen henvisning uten planlagt kontakt øker:

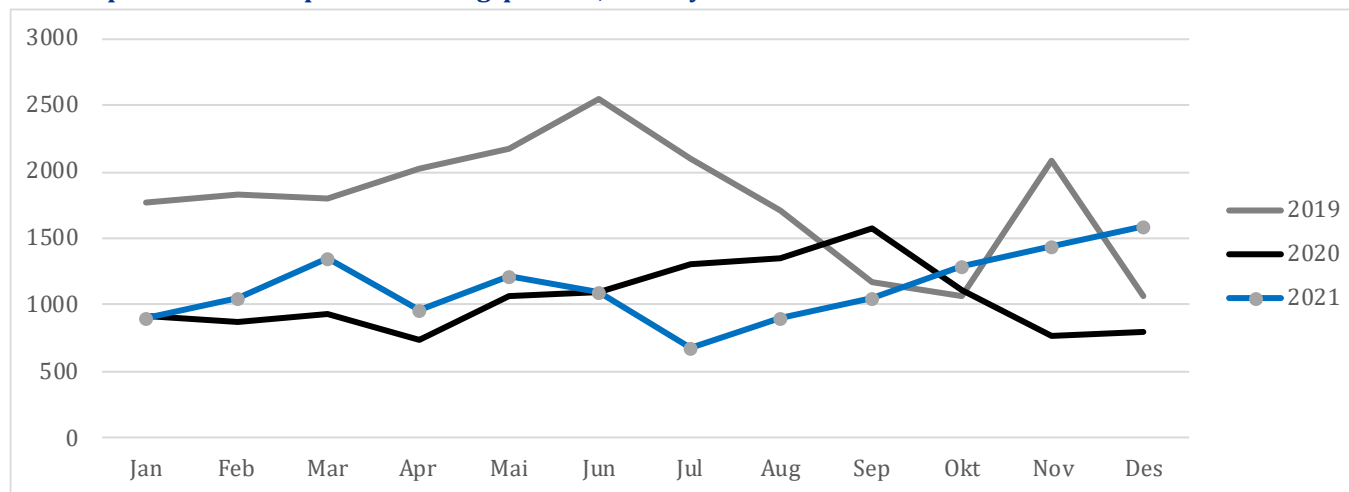
Fagområder med høyeste antall ved utgangen (denne periode/forrige periode): 5 fagområder med høyest antall, Mata 281, Blod og kreft 237, GAS 196, Hjerte 191, BUP 164

Pasientsikkerhet*

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



Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt.



Kommentarer:

Se foregående foil

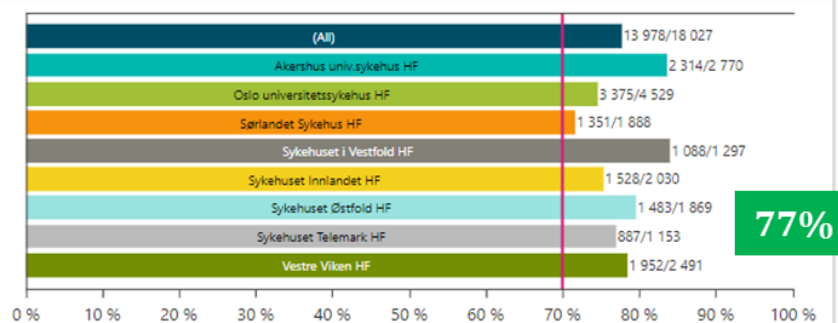
Forklaring

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

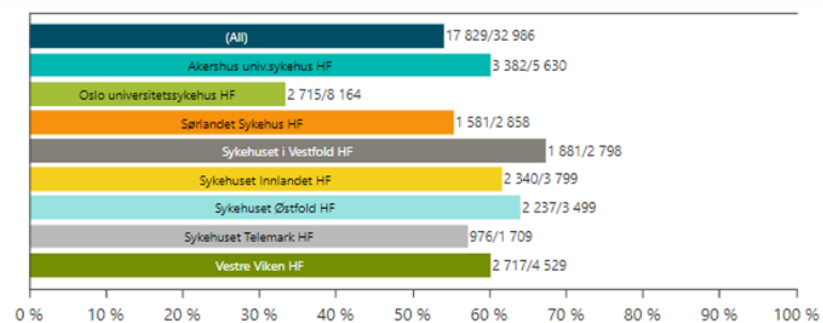
«Åpen henvisning uten planlagt kontakt» vil si at en pasient har vært på sykehuset til en time, men pasienten har ikke fått en ny time eller er satt tilbake på venteliste (ref. foil foregående foil).

Pakkeforløp Kreft

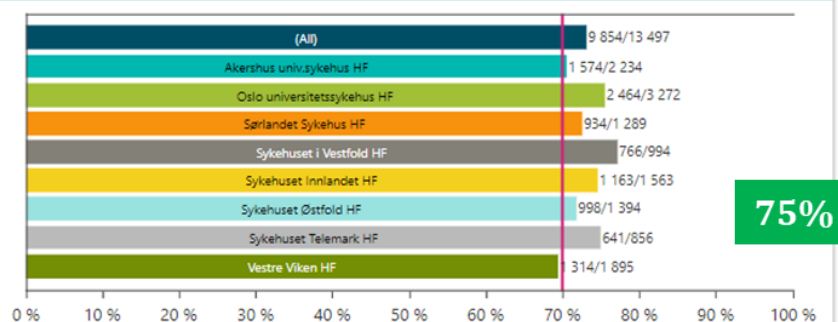
Andel nye pasienter i pakkeforløp (OA1)



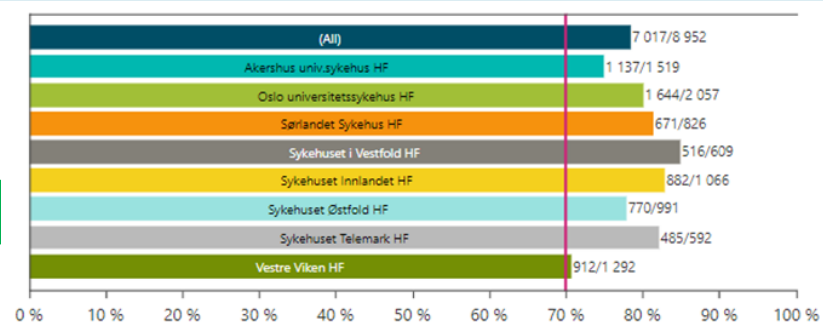
Andel pasienter med diagnose avkreftet (OA2)



Andel behandlet innen standard forløpstid - alle behandlingsformer



Andel behandlet innen standard forløpstid - kirurgisk behandling (OF4K)



Kommentarer:

Mål: 70% av forløpene skal ha startet behandling innen standart forløpstid. Målet skal oppnås innen hvert av forløpene.

Vi har oppnådd målet i 11 av 23 forløp (48% av forløpene).

Oppnåelsen innen standard tid for pakkeforløp for kreft, er på 88% i desember, og 75% hittil i år, målt på totalt antall pasienter.

Den totale oppnåelsen hittil i år er litt lavere enn tidligere år pga det lave volumet av malignt melanom. Flere av de store forløpene har bedre resultater i 2021 (Tarm, Prostata, Bryst).

Men innen Lunge går utviklingen feil vei. Her er det iverksatt tiltak som forventer å gi effekt i løpet av høsten. I oktober så vi effekten av tiltakene, 83% innen frist, men kun 50% i november. I desember er oppnåelsen her på 71%.

Pakkeforløp Kreft

| Pakkeforløp | 2021-12 | | | Hittil i år | | |
|--|---------|----------------------------|------------------------|-------------|----------------------------|------------------------|
| | Antall | Herav innen std forløpstid | % Innen std forløpstid | Antall | Herav innen std forløpstid | % Innen std forløpstid |
| Akutt leukemi og høyrisiko myelodysplasi | - | - | 0 % | 2 | - | 0 % |
| Blærekreft | 7 | 7 | 100 % | 78 | 71 | 91 % |
| Brystkreft | 5 | 5 | 100 % | 112 | 96 | 86 % |
| Buspyttkjertelkreft | - | - | 0 % | 14 | 9 | 64 % |
| Eggstokkreft (ovarial) | 4 | 4 | 100 % | 17 | 11 | 65 % |
| Hjernekreft | - | - | 0 % | 1 | 1 | 100 % |
| Kreft hos barn | - | - | 0 % | 5 | 5 | 100 % |
| Kreft i spiserør og magesekk | - | - | 0 % | 10 | 5 | 50 % |
| Kronisk lymfatisk leukemi (KLL) | - | - | 0 % | - | - | 0 % |
| Livmorhalskreft (cervix) | 2 | 1 | 50 % | 8 | 5 | 63 % |
| Livmorkreft (endometrie) | 2 | 2 | 100 % | 24 | 18 | 75 % |
| Lungekreft | 7 | 5 | 71 % | 98 | 45 | 46 % |
| Lymfomer | 1 | 1 | 100 % | 23 | 10 | 43 % |
| Malignt melanom | 10 | 9 | 90 % | 165 | 159 | 96 % |
| Myelomatose | - | - | 0 % | 4 | 2 | 50 % |
| Nevroendokrine svulster | - | - | 0 % | 1 | 1 | 100 % |
| Nyrekreft | 3 | 3 | 100 % | 34 | 25 | 74 % |
| Peniskreft | - | - | 0 % | 1 | 1 | 100 % |
| Primær leverkreft (HCC) | - | - | 0 % | 3 | 1 | 33 % |
| Prostatakreft | 5 | 4 | 80 % | 82 | 51 | 62 % |
| Sarkom | - | - | 0 % | 1 | 1 | 100 % |
| Skjoldbruskkjertelkreft | - | - | 0 % | 4 | 1 | 25 % |
| Testikkelkreft | - | - | 0 % | 4 | - | 0 % |
| Tykk og endetarmskreft | 12 | 10 | 83 % | 117 | 84 | 72 % |
| Total | 58 | 51 | 88 % | 808 | 602 | 75 % |

Kommentarer:

Mål: 70% av forløpene skal ha startet behandling innen standard forløpstid

Målet skal oppnås innen hvert av forløpene.

Vi har oppnådd målet i 11 av 23 forløp (48% av forløpene).

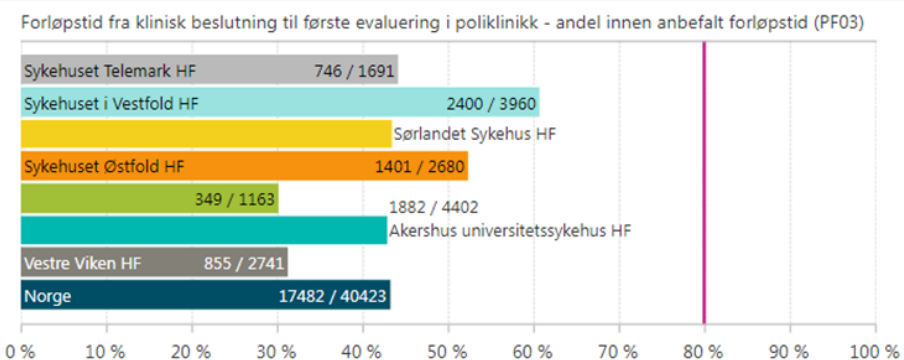
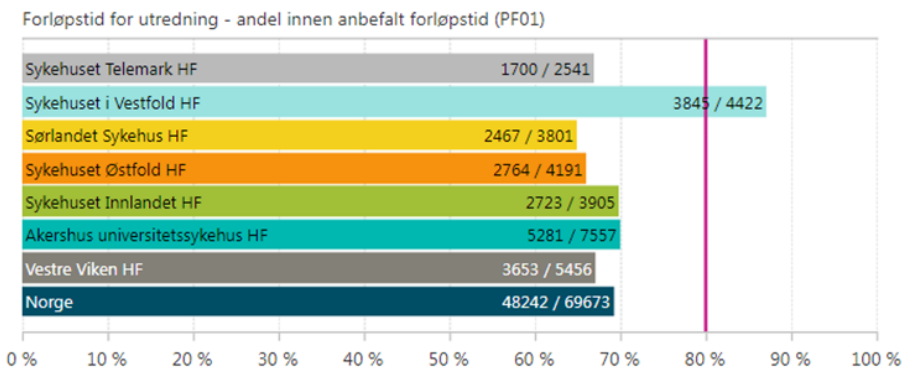
Oppnåelsen innen standard tid for pakkeforløp for kreft, er på 88% i desember, og 75% hittil i år, målt på totalt antall pasienter.

Den totale oppnåelsen hittil i år er litt lavere enn tidligere år pga det lave volumet av malignt melanom. Flere av de store forløpene har bedre resultater i 2021 (Tarm, Prostata, Bryst).

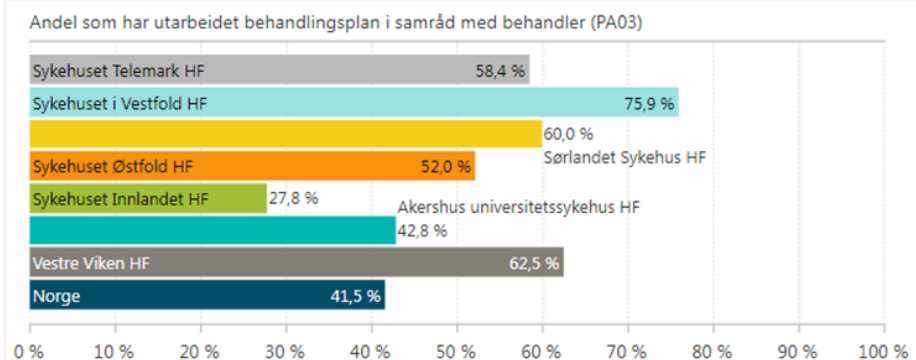
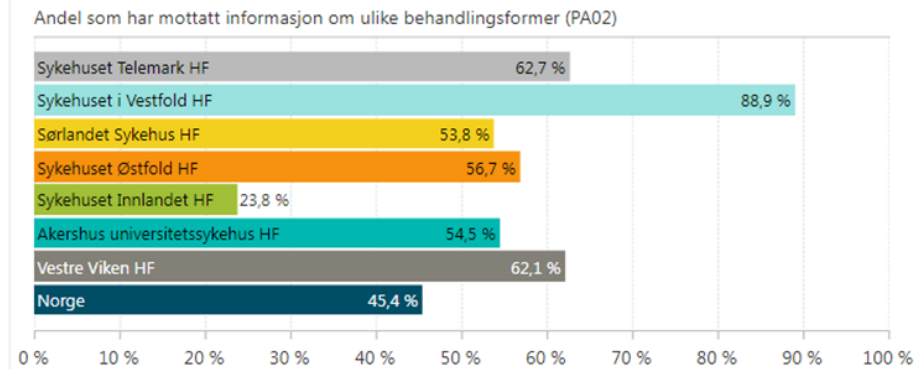
Men innen Lunge går utviklingen feil vei. Her er det iverksatt tiltak som forventer å gi effekt i løpet av høsten. I oktober så vi effekten av tiltakene, 83% innen frist, men kun 50% i november. I desember er oppnåelsen her på 71%.

Pakkeforløp PHV/TSB

MÅLOPPNÅELSE PER FORLØPSINDIKATOR



MÅLOPPNÅELSE PER AKTIVITETSINDIKATOR

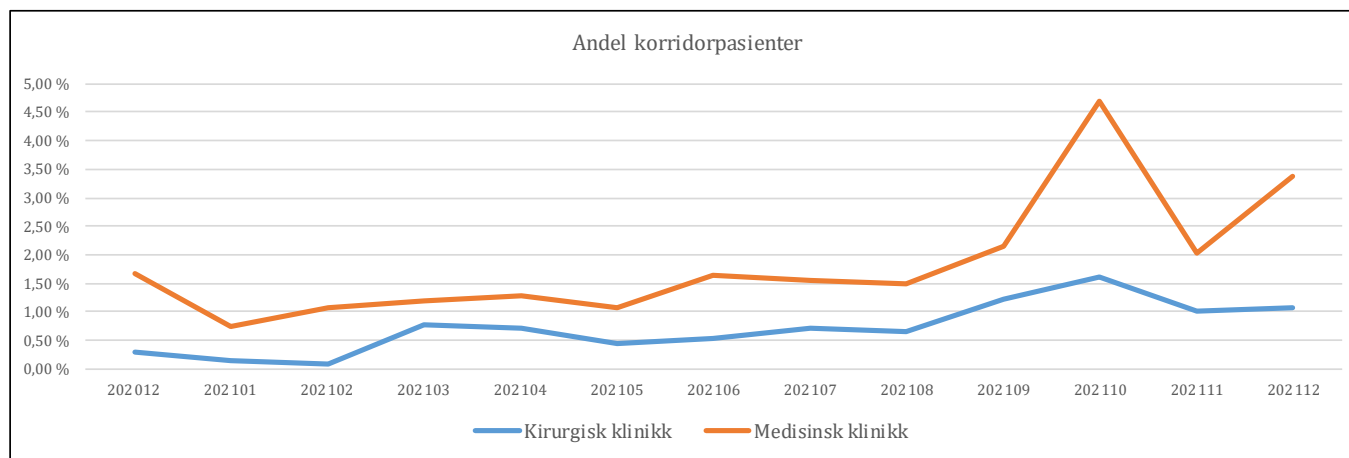
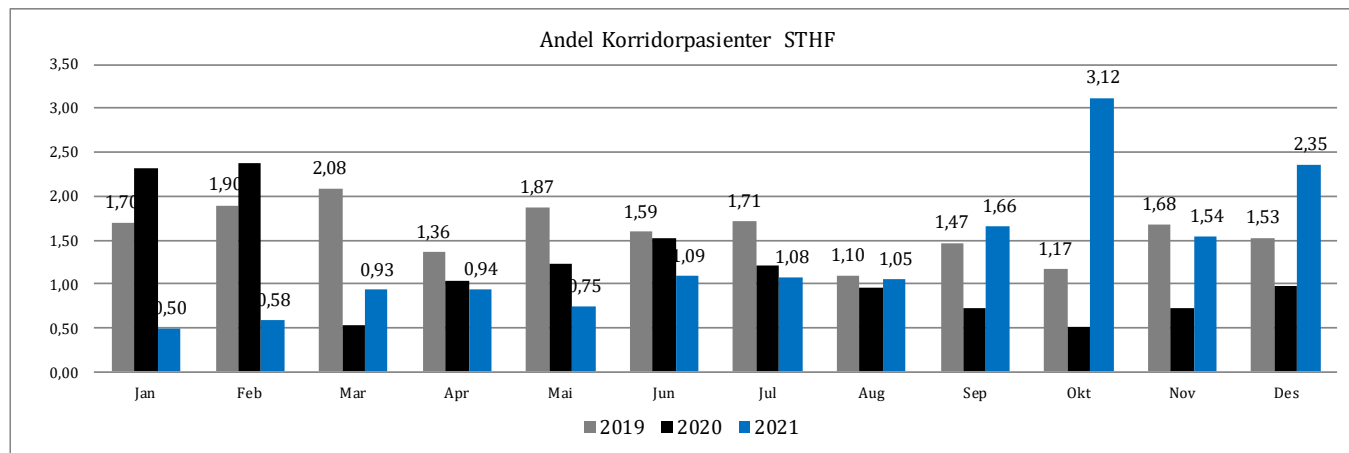


Kommentarer:

Innenfor TSB er måloppnåelsen på 85 % på parameteren forløpstid utredning. Dette innfrir HSØ-målet og er høyere enn landsgjennomsnittet. Innenfor voksenpsykiatrien er måloppnåelsen 71 %, noe som er 3 % - poeng lavere enn landsgjennomsnittet. Innenfor BUP er det kun 58 % av utredningene som innfrir målet, men på tross av lav måloppnåelse så er det allikevel 2 % - poeng høyere enn landsgjennomsnittet.

På parameteren for første evaluering ligger STHF på 44 % måloppnåelse. Denne måleparameteren strever de fleste foretakene med, og STHF ligger 1 % - poeng over landsgjennomsnittet. STHF ligger godt over landsgjennomsnittet når det kommer til måleparameterne «informasjon om ulike behandlingsformer» og «utarbeidet behandlingsplan i samråd med behandler».

Korridorpasienter



Kommentarer:

I denne perioden har vi 178 korridorpasienter, det er en markant økning i forhold til forrige periode. Andel korridorpasienter for desember er 2,3 % som også er en økning fra forrige periode.

5 poster med høyt antall korridorpasienter:
Blod og kreft 61, Lunge Skien 32, Hjerte, nyre og hormon 20, samt Kirurgisk post 3 har 20.

Antall korridorpasienter målt kl. 07:00 totalt for denne og forrige periode:

Definisjon av indikatoren

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

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

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

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

ISF-berettigede konsultasjoner

| 202112 | Denne periode | | | | Hittil i år | | | | Årsestimat mot årsbudsjett | | | | Endring HiÅ 2021 - 2020 | | |
|-------------------|---------------|----------|----------------|---------|-------------|----------|----------------|-----------------|----------------------------|----------|---------|-----------------|-------------------------|---------|---------|
| | Faktisk | Budsjett | Budsjett-avvik | % | Faktisk | Budsjett | Budsjett-avvik | Avvik i prosent | Estimat | Budsjett | Avvik | Avvik i prosent | HiÅ 2020 | Endring | % |
| Somatikk | 13 922 | 13 484 | 438 | 3,2 % | 179 026 | 182 123 | -3 097 | -1,7 % | 180 000 | 182 123 | -2 123 | -1,2 % | 167 930 | 11 096 | 6,6 % |
| Psykisk helsevern | 5 997 | 6 209 | - 212 | -3,4 % | 80 343 | 85 350 | -5 007 | -5,9 % | 80 343 | 85 350 | -5 007 | -5,9 % | 76 761 | 3 582 | 4,7 % |
| VOP | 3 244 | 3 934 | - 690 | -17,5 % | 43 550 | 54 100 | -10 550 | -19,5 % | 43 550 | 54 100 | -10 550 | -19,5 % | 45 102 | -1 552 | -3,4 % |
| BUP | 2 753 | 2 275 | 478 | 21,0 % | 36 793 | 31 250 | 5 543 | 17,7 % | 36 793 | 31 250 | 5 543 | 17,7 % | 31 659 | 5 134 | 16,2 % |
| TSB | 875 | 885 | - 10 | -1,1 % | 8 398 | 12 150 | -3 752 | -30,9 % | 8 000 | 12 150 | -4 150 | -34,2 % | 11 812 | -3 414 | -28,9 % |

Kommentarer:

Aktiviteten innenfor somatikken er 7% høyere enn i fjor (pandemi-start), men er 2% lavere enn budsjettet per 12 måneder. Enkelte gruppebehandlinger innen fysioterapi/rehabilitering har i 1. halvår måttet utsettes på grunn av pandemien, men disse har nå startet opp igjen.

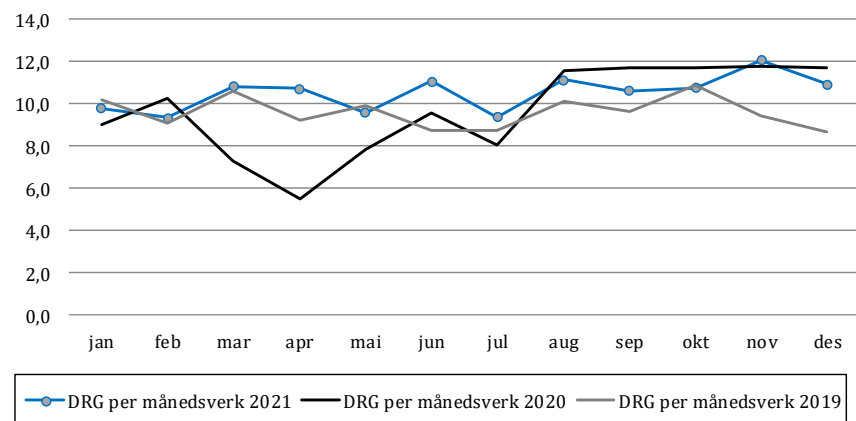
Antall konsultasjoner innenfor PHV og TSB endte i år 9% lavere enn budsjettet, men 0,2% høyere enn fjoråret. Veksten er stor i BUP, men VOP og TSB viser nedgang. Desember isolert viser et negativt budsjettavvik på 3,1%, og 2,2% lavere enn i desember i fjor.

Innenfor TSB har både aktivitets- og produktivitetstallene vært svært lave første halvår. Tok seg noe opp etter sommeren og har økt betraktelig i november og desember. Antall behandlere er i gjennomsnitt redusert med 8% i år mot i fjor. Produktiviteten i desember er høyere enn de to foregående år.

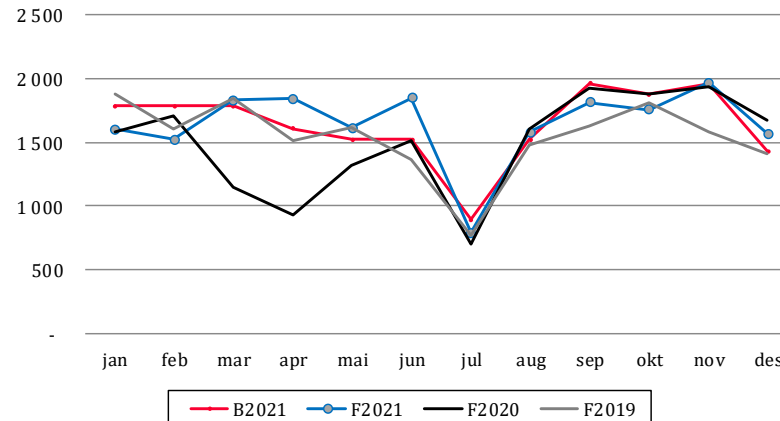
ISF-poeng PHV og TSB utført ved STHF

| 202112 | Denne måned | | | | Hittil i år | | | | Faktisk 2020 | Budsjett 2021 | ISF avvik (1000 kr) |
|--|--------------|--------------|------------|-------------|---------------|---------------|---------------|--------------|---------------|---------------|---------------------|
| | Faktisk | Budsjett | Avvik | Avvik% | Faktisk | Budsjett | Avvik | Avvik% | | | |
| DPS nedre Telemark | 217 | 274 | -57 | -21 % | 3 156 | 3 768 | -611 | -16 % | 2 981 | 3 768 | -1 932 |
| DPS øvre Telemark | 109 | 129 | -19 | -15 % | 1 450 | 1 769 | -319 | -18 % | 1 516 | 1 769 | -1 009 |
| Psykiatrisk sykehusavdeling | 63 | 28 | 36 | 128 % | 615 | 381 | 234 | 61 % | 378 | 381 | 738 |
| Poliklinisk avdeling TSB og psykose | 307 | 243 | 64 | 26 % | 2 579 | 3 342 | -763 | -23 % | 3 167 | 3 342 | -2 412 |
| Raskere tilbake PHV og TSB (underlagt Medisinsk klinikk) | 7 | 6 | 1 | 24 % | 82 | 84 | -2 | -2 % | 45 | 84 | -6 |
| Klinikk for PHV og TSB + Raskere tilbake | 704 | 680 | 24 | 4 % | 7 882 | 9 345 | -1 462 | -16 % | 8 087 | 9 345 | -4 621 |
| Avdeling for barn og unges psykiske helse - ABUP | 865 | 748 | 117 | 16 % | 11 843 | 10 302 | 1 541 | 15 % | 9 820 | 10 302 | 4 869 |
| Barne- og ungdomsklinikken | 865 | 748 | 117 | 16 % | 11 843 | 10 302 | 1 541 | 15 % | 9 820 | 10 302 | 4 869 |
| SUM ISF psykisk helsevern og TSB på STHF | 1 569 | 1 427 | 141 | 10 % | 19 725 | 19 647 | 78 | 0 % | 17 907 | 19 647 | 248 |

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



ISF-poeng PHV og TSB ved STHF

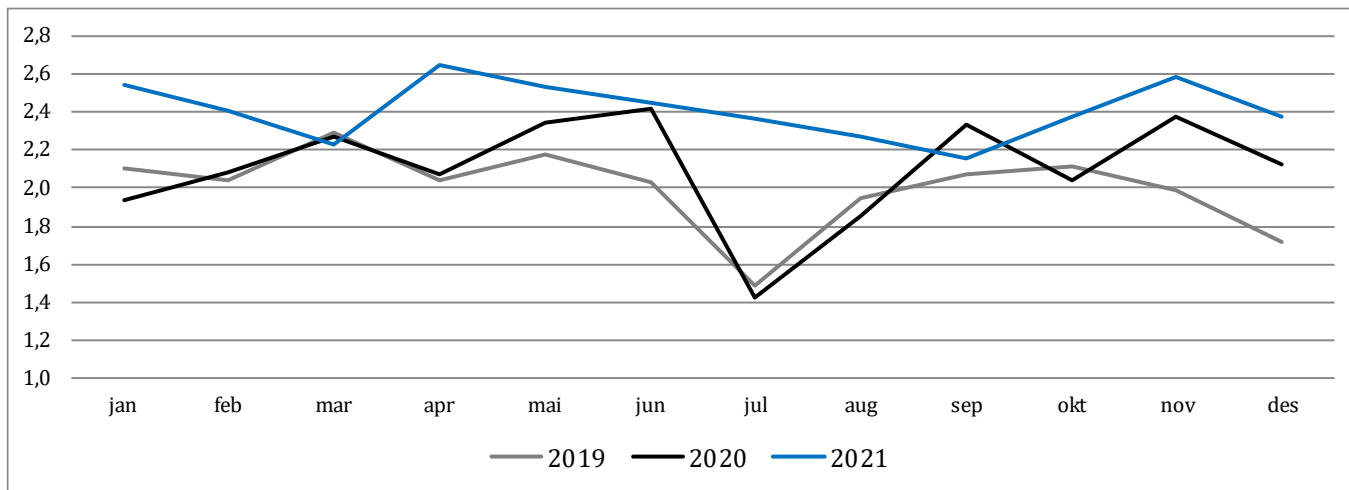


Kommentarer:

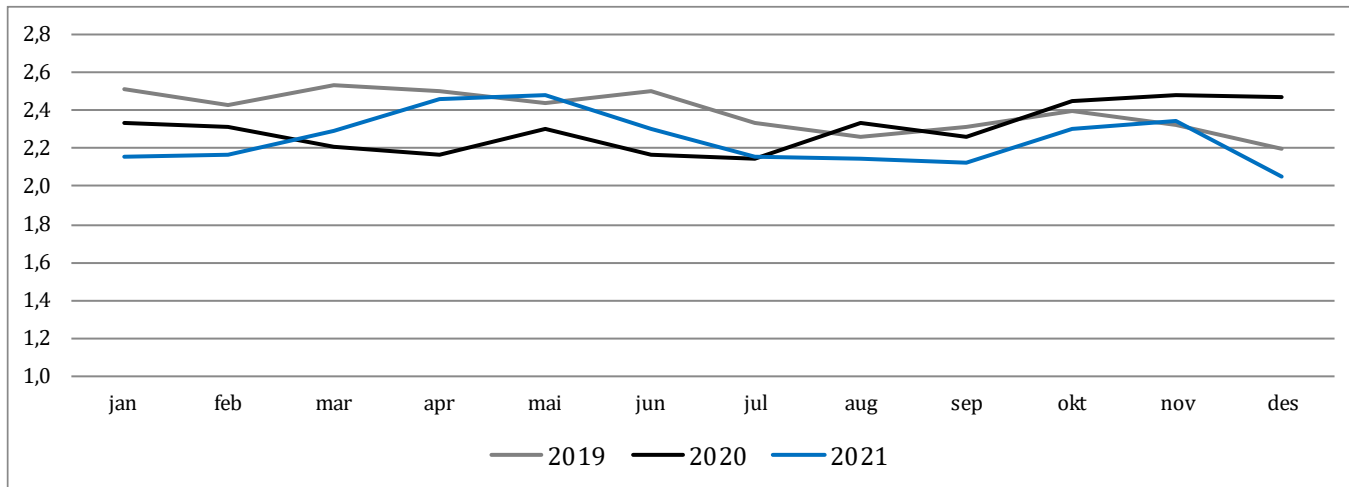
DRG-resultatene viser et samlet positivt avvik på 0,4 %. ISF-inntektene innen VOP og TSB er lav (-17 %), mens BUP rapporterer et positivt avvik på hele 15,9 %. Desember isolert viste et samlet positivt budsjettavvik på 10 %.

ISF-berettigede konsultasjoner per behandler.

Konsultasjoner BUP per behandler per dag.



Konsultasjoner VOP per behandler per dag.



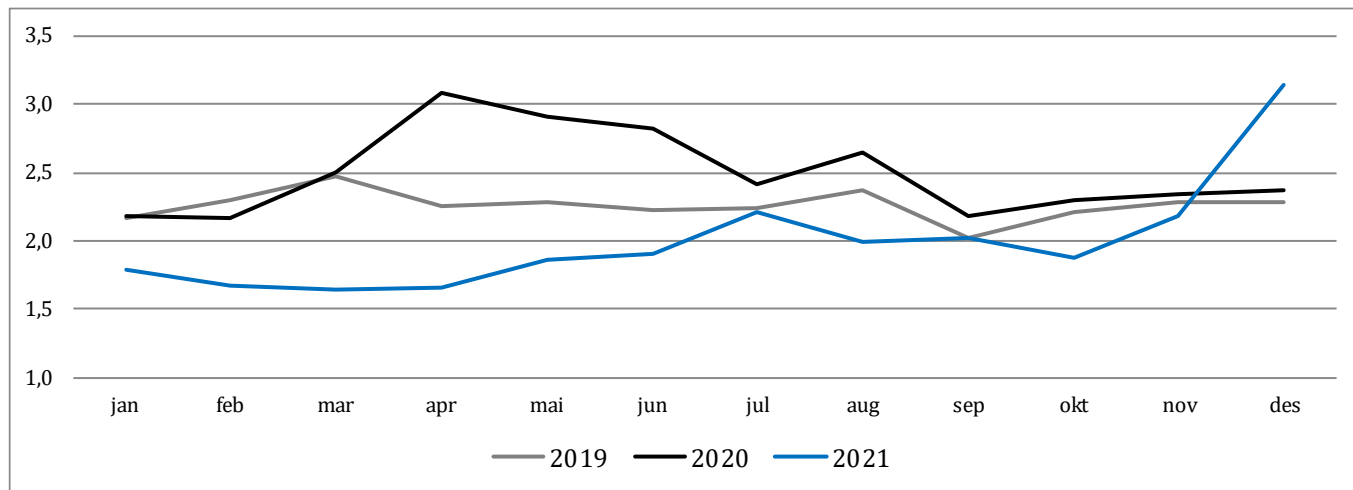
Kommentarer:

Produktiviteten i år ligger vesentlig høyere enn tidligere år.

VOP hadde i første kvartal lavere produktivitet enn i de to foregående år. Andre kvartal var produktiviteten langt bedre enn fjoråret, men fra juli og ut året har nivået vært lavere enn de to foregående år.

ISF-berettigede konsultasjoner per behandler.

Konsultasjoner TSB per behandler per dag.

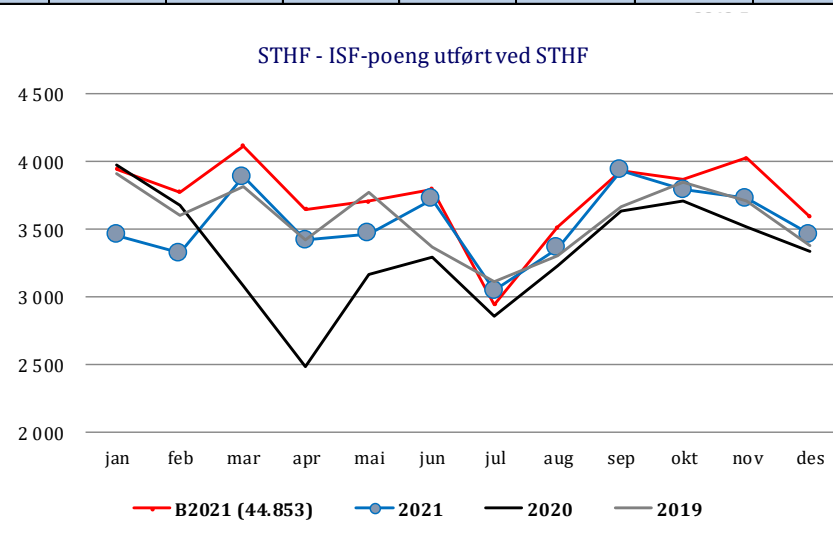


Kommentarer:

Markant fall i produktiviteten fra desember 2020 til januar 2021. Produktiviteten var økende fra april og frem mot sommeren, og i september måned var den på 2019 nivå. November og desember måned viste en god vekst i produktiviteten

ISF-poeng somatikk.

| 202112 | Denne måned | | | | Hittil i år | | | | Faktisk 2020 | Budsjett 2021 | ISF budsj.-avvik (1000 kr) |
|--|--------------|--------------|-------------|-------------|---------------|---------------|---------------|-------------|---------------|---------------|----------------------------|
| | Faktisk | Budsjett | Avvik | Avvik% | Faktisk | Budsjett | Avvik | Avvik% | | | |
| Kirurgisk klinikk | 1 473 | 1 664 | -191 | -12 % | 19 204 | 20 305 | -1 101 | -5 % | 18 428 | 20 305 | -25 722 |
| Medisinsk klinikk | 1 746 | 1 642 | 105 | 6 % | 19 984 | 20 989 | -1 004 | -5 % | 18 409 | 20 989 | -23 462 |
| BUK | 210 | 250 | -40 | -16 % | 2 876 | 3 050 | -174 | -6 % | 2 563 | 3 050 | -4 054 |
| Akutt og beredskap | 10 | 8 | 2 | 20 % | 114 | 100 | 14 | 14 % | 80 | 100 | 318 |
| MSK | 19 | 30 | -11 | -38 % | 361 | 400 | -39 | -10 % | 432 | 400 | -920 |
| Ernæringspoliklinikk | 0 | 1 | -0 | -46 % | 19 | 10 | 9 | 94 % | 10 | 10 | 220 |
| Ufordelt/kvalitetssikring | 5 | - | 5 | 0 % | 23 | - | 23 | 0 % | 61 | 0 | 0 |
| SUM DRG utført ved STHF | 3 463 | 3 594 | -132 | -4 % | 42 581 | 44 853 | -2 272 | -5 % | 39 983 | 44 853 | -53 620 |
| SUM ISF-poeng (inkl. legemidler, FBV) "sørge-for" | 3 610 | 3 889 | -279 | -7 % | 45 816 | 48 388 | -2 573 | -6 % | 43 378 | 48 388 | |



Kommentarer:

Koronasituasjonen påvirket foretakets drift, betydelig i 1. halvår. Nivået på øyeblikkelig hjelp-pasienter innen medisin var i årets 5 første måneder betydelig lavere sammenlignet med budsjett og nivået før pandemien, men fra juni var nivået tilbake på tilnærmet samme nivå som i 2019. Samtidig kom nivået på elektiv kirurgisk aktivitet tilbake på budsjettet nivå.

I desember var ISF-aktiviteten tilnærmet lik budsjett.

Forklaring:

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

Aktivitet – dag, døgn og poliklinikk

Alle tjenesteområder

| desember 2021 | Denne periode | | | | Hittil i år | | | | Endring HiÅ 2021 - 2020 | | |
|---|---------------|----------|----------------|---------|-------------|----------|----------------|-----------------|-------------------------|---------|---------|
| | Faktisk | Budsjett | Budsjett-avvik | % | Faktisk | Budsjett | Budsjett-avvik | Avvik i prosent | HiÅ 2020 | Endring | % |
| Somatikk | | | | | | | | | | | |
| Antall utskrivninger døgnbehandling | 1 968 | 2 325 | - 357 | -15,4 % | 24 582 | 28 200 | -3 618 | -12,8 % | 23 159 | 1 423 | 6,1 % |
| Antall liggedøgn døgnbehandling | 7 867 | 8 079 | - 212 | -2,6 % | 87 750 | 98 000 | -10 250 | -10,5 % | 82 424 | 5 326 | 6,5 % |
| Antall oppholdsdager dagbehandling | 2 252 | 2 041 | 211 | 10,3 % | 27 408 | 25 661 | 1 747 | 6,8 % | 24 898 | 2 510 | 10,1 % |
| Antall inntektsgivende polikliniske opphold | 13 922 | 13 484 | 438 | 3,2 % | 179 026 | 182 123 | -3 097 | -1,7 % | 167 930 | 11 096 | 6,6 % |
| VoP - Psykisk helsevern for voksne | | | | | | | | | | | |
| Antall utskrivninger døgnbehandling | 123 | 117 | 6 | 5,1 % | 1 423 | 1 550 | - 127 | -8,2 % | 1 474 | - 51 | -3,5 % |
| Antall liggedøgn døgnbehandling | 2 702 | 2 450 | 252 | 10,3 % | 31 741 | 31 000 | 741 | 2,4 % | 29 267 | 2 474 | 8,5 % |
| Antall inntektsgivende polikliniske opphold | 3 244 | 3 934 | - 690 | -17,5 % | 43 550 | 54 100 | -10 550 | -19,5 % | 45 102 | -1 552 | -3,4 % |
| BUP - Psykisk helsevern for barn og unge | | | | | | | | | | | |
| Antall utskrivninger døgnbehandling | 8 | 12 | - 4 | -33,3 % | 140 | 120 | 20 | 16,7 % | 116 | 24 | 20,7 % |
| Antall liggedøgn døgnbehandling | 170 | 174 | - 4 | -2,3 % | 2 187 | 2 200 | - 13 | -0,6 % | 2 085 | 102 | 4,9 % |
| Antall inntektsgivende polikliniske opphold | 2 753 | 2 275 | 478 | 21,0 % | 36 793 | 31 250 | 5 543 | 17,7 % | 31 659 | 5 134 | 16,2 % |
| Tverrfaglig spesialisert rusbehandling | | | | | | | | | | | |
| Antall utskrivninger døgnbehandling | 35 | 31 | 4 | 12,9 % | 365 | 390 | - 25 | -6,4 % | 359 | 6 | 1,7 % |
| Antall liggedøgn døgnbehandling | 237 | 226 | 11 | 4,9 % | 3 176 | 3 500 | - 324 | -9,3 % | 2 621 | 555 | 21,2 % |
| Antall inntektsgivende polikliniske opphold | 875 | 885 | - 10 | -1,1 % | 8 398 | 12 150 | -3 752 | -30,9 % | 11 812 | -3 414 | -28,9 % |

Kommentarer:

Somatikk

Aktiviteten knyttet til døgnbehandling er per 12 måneder ca. 13 % lavere enn budsjettet. Avviket refererer seg hovedsakelig til den lave øyeblikkelig hjelp-aktiviteten ved Medisinsk klinikk i årets første måneder og til dels den planlagte aktiviteten ved Kirurgisk klinikk. Antall sykehusopphold (døgn) var 4 % høyere i desember 2021 sammenlignet med året før. Dag-aktiviteten er 7 % høyere enn budsjettet per 12 måneder, mens den polikliniske aktiviteten er på tilnærmet budsjettet nivå.

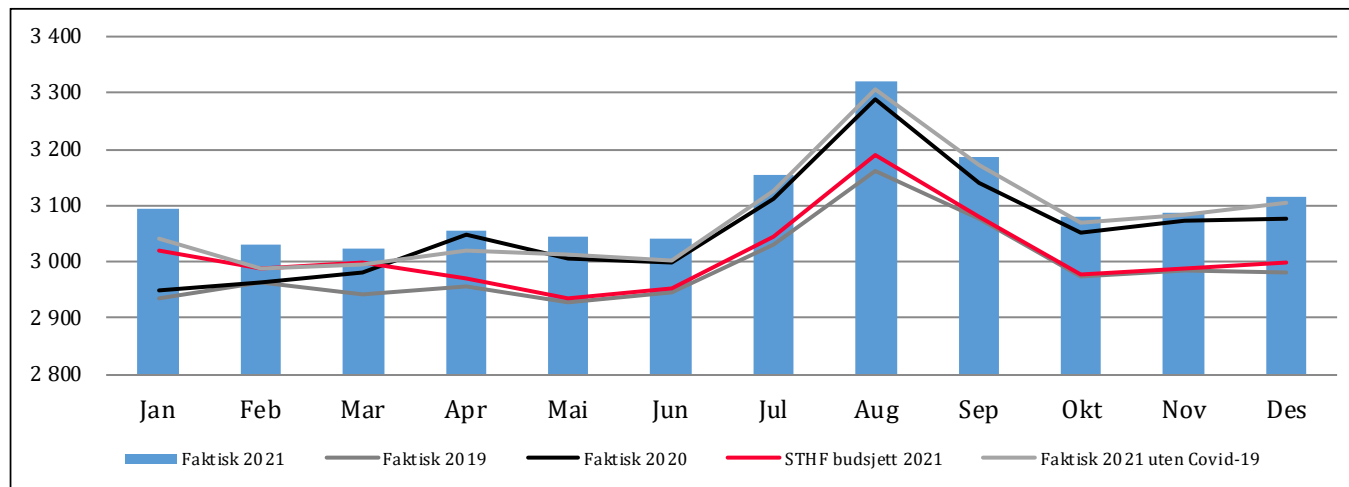
PHV og TSB:

Trykket på sengepostene er økende. På den ungdomspsykiatriske sengeposten har det vært høy aktivitet i hele år, og antall sykehusopphold økte med hele 21 % målt mot fjoråret. Det er også en økning i antall liggedager på 5 % fra i fjor.

Døgnaktiviteten innen VOP og TSB har tatt seg kraftig opp de siste månedene. I desember måned isolert er antall sykehusopphold økt med 11 % og antall liggedager økt med 14 % fra i fjor. På tross av lav aktivitet i starten av året som følge av kapasitetsutfordringer, så endte antall liggedager 1 % høyere enn budsjettet nivå. Antall sykehusopphold ligger lavere enn både budsjett og målt mot fjoråret innenfor både VOP og TSB. Det rapporteres om et forverret sykdomsbilde og lengre liggetider på innlagte pasienter. Den polikliniske aktiviteten er høy i BUP, men har falt fra i fjor innenfor VOP og TSB.

PHV/TSB samlet sett hadde i 2021 en økning på 9 % i antall liggedager, men det er 1 % færre sykehusopphold enn i fjor.

Brutto månedsverk



Kommentarer:

Utbetalingen i november viser 3089 brutto månedsverk. Dette er hele 100 brutto månedsverk høyere enn budsjettert nivå.

Dette er 17 årsverk høyere enn november i fjor. I tillegg så var det 8 flere Covid-19 årsverk utbetalt i fjor enn i år

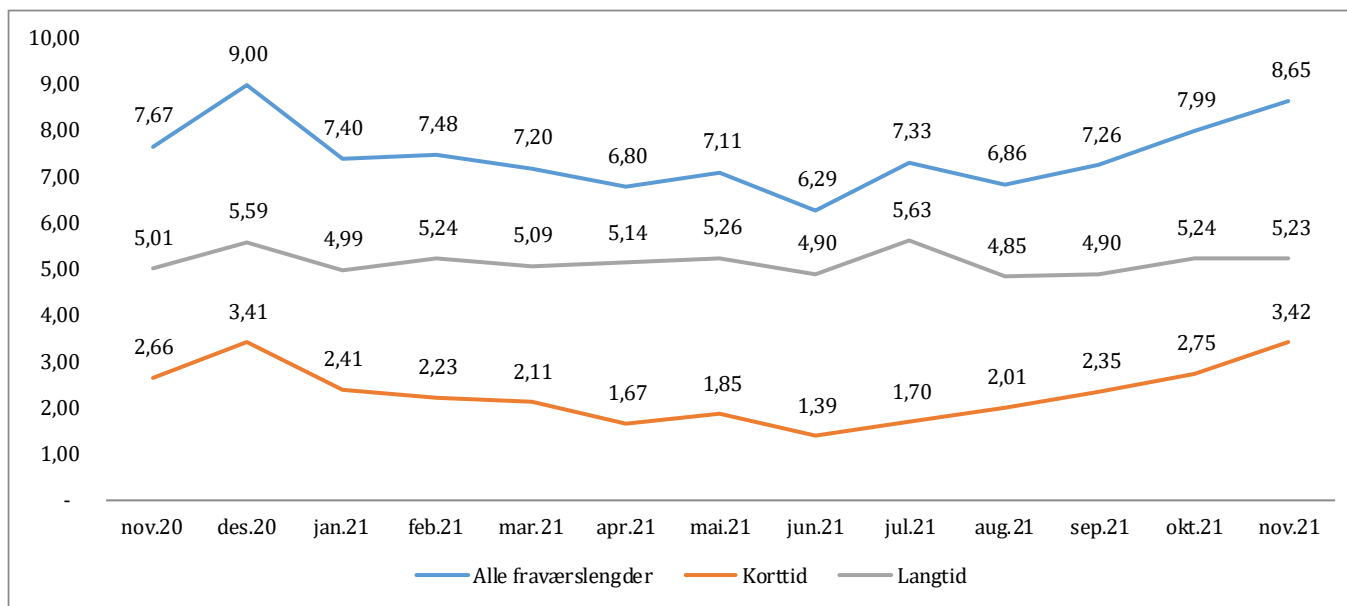
Gjennomsnittlig forbrukte årsverk per november er 3101. Dette er 88 flere enn vi har budsjettert. 26 av disse er direkte knyttet til innleie i forbindelse med Covid-19. I tillegg er det også i gjennomsnitt i overkant av 10 månedsverk som er eksternt finansiert og som da ikke ligger inne i våre budsjetterte årsverk.

| 202112 | Denne periode | | | | Hittil i år (gjennomsnitt) | | | | Endring HiÅ 2021 - 2020 | | |
|--|---------------|--------------|----------------|---------------|----------------------------|--------------|----------------|-----------------|-------------------------|-----------|--------------|
| | Faktisk | Budsjett | Budsjett-avvik | % | Faktisk | Budsjett | Budsjett-avvik | Avvik i prosent | HiÅ 2020 | Endring | % |
| Somatikk | 2 158 | 2 083 | - 75 | -3,6 % | 2 165 | 2 093 | - 72 | -3,5 % | 2 127 | 38 | 1,8 % |
| VoP | 549 | 537 | - 12 | -2,2 % | 535 | 539 | 4 | 0,7 % | 534 | 1 | 0,2 % |
| BUP | 169 | 152 | - 17 | -11,1 % | 163 | 153 | - 10 | -6,8 % | 159 | 4 | 2,8 % |
| Psykisk helsevern | 718 | 689 | - 29 | -4,2 % | 699 | 692 | - 7 | -1,0 % | 693 | 6 | 0,8 % |
| Tverrfaglig spesialisert rusbehandling | 58 | 62 | 4 | 7,1 % | 60 | 62 | 2 | 3,4 % | 58 | 2 | 3,3 % |
| Prehospitaltjenester | 166 | 146 | - 20 | -13,7 % | 161 | 147 | - 14 | -9,9 % | 159 | 2 | 1,6 % |
| Annet | 15 | 18 | 3 | 18,8 % | 17 | 18 | 1 | 6,9 % | 19 | - 2 | -11,8 % |
| Tota | 3 114 | 2 998 | - 116 | -3,9 % | 3 102 | 3 012 | - 90 | -3,0 % | 3 056 | 46 | 1,5 % |

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

Sykefravær

Sykefravær (HSØ)



Kommentarer:

Sykefraværet har økt kraftig fra august til november og ligger hele 1,0 % - poeng høyere enn november måned i fjor. Vi må helt tilbake til desember 2020 for å finne høyere sykefravær.

Korttidsfraværet har økt gradvis fra 1,4 % i juni opp til hele 3,4 % i november.

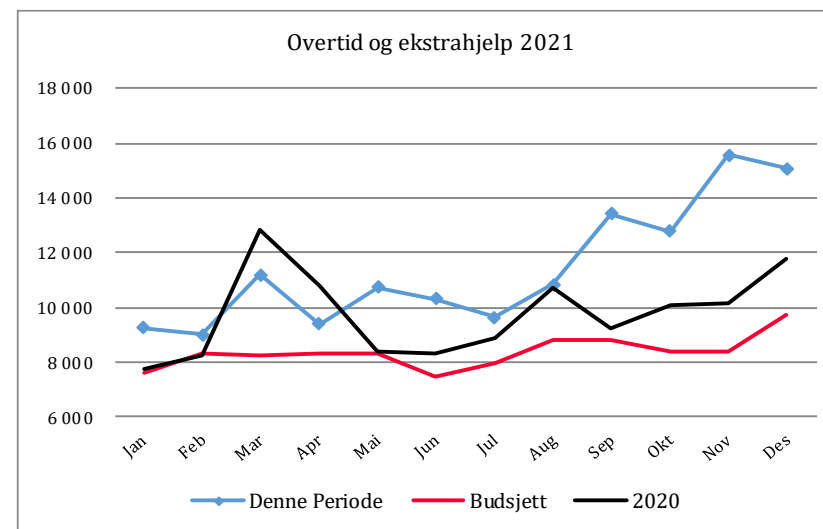
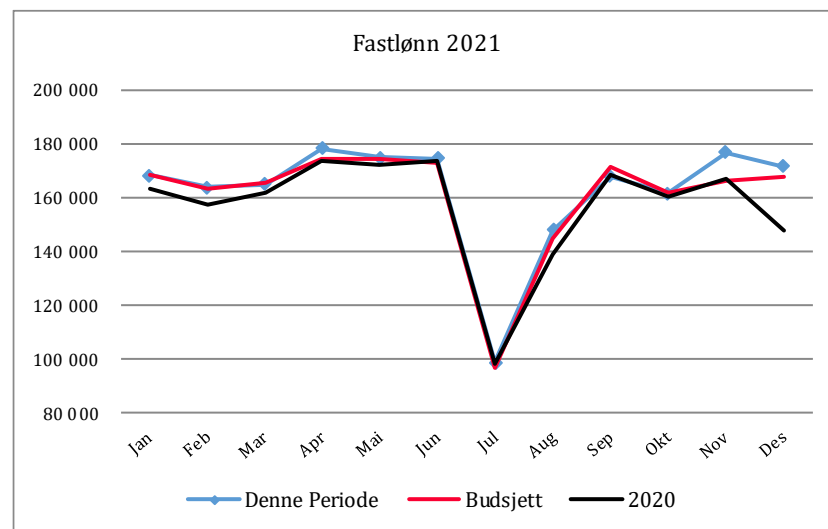
STHF hadde lavere sykefravær i starten av året målt mot fjoråret, så på tross av økende trend de tre siste månedene ligger sykefraværet 0,3 % - poeng lavere hittil i år enn på samme tid i fjor. Deler av årsaken til dette er mars og desember måned i 2020 hvor sykefraværet var hhv 11 % og 9 %.

Bemanning

Lønnskostnader/innleie helsepersonell

| 202112 Tall i hele tusen | Denne periode | | | | Hittil i år | | | | Endring HiÅ 2021 - 2020 | | |
|---------------------------------------|---------------|----------|----------------|----------|-------------|----------|----------------|-----------------|-------------------------|---------|--------|
| | Faktisk | Budsjett | Budsjett-avvik | % | Faktisk | Budsjett | Budsjett-avvik | Avvik i prosent | HiÅ 2020 | Endring | % |
| Lønn til fast ansatte | 171 858 | 168 102 | -3 757 | -2,2 % | 1953 121 | 1931 877 | -21 244 | -1,1 % | 1884 916 | 68 205 | 3,6 % |
| Overtid og ekstrahjelp | 15 088 | 9 737 | -5 352 | -55,0 % | 137 240 | 100 509 | -36 731 | -36,5 % | 117 153 | 20 087 | 17,1 % |
| Total lønn* | 233 981 | 224 550 | -9 431 | -4,2 % | 2667 423 | 2538 451 | -128 971 | -5,1 % | 2411 776 | 255 647 | 10,6 % |
| Innleid arbeidskraft - del av kto 468 | 3 618 | 1 141 | -2 477 | -217,0 % | 28 918 | 15 218 | -13 700 | -90,0 % | 23 157 | 5 761 | 24,9 % |

Lønnskostnader/innleie helsepersonell. Negativt budsjettavvik er her et merforbruk ift budsjett.



Kommentarer:

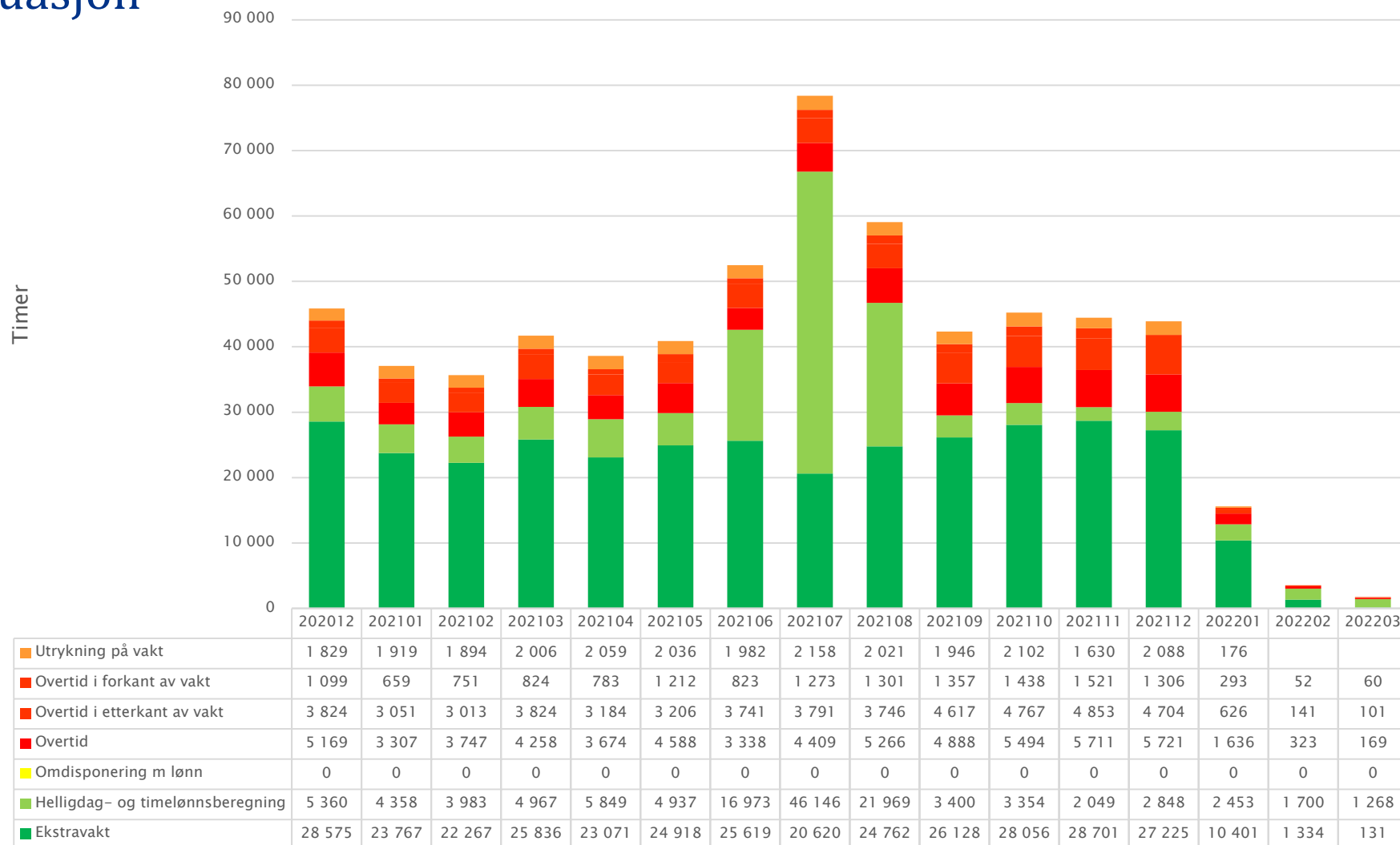
Samlede lønnskostnader (eksklusiv pensjon) for egne ansatte utgjorde 2273,2 millioner kr per desember, mot budsjett 2208,5. Dette er omlag 112 millioner kr høyere enn i 2020.

Innleie utgjorde 28,9 millioner kr. per desember, mot budsjett 15,2 millioner kr.

Merforbruket på overtid og ekstrahjelp er fortsatt høyt i desember. Dette har sammenheng med høyt belegg og høyt sykefravær i perioden. Antall EFO-timer i desember er 4% lavere enn i tilsvarende periode i 2020, som lå på et svært høyt nivå.

*«Total lønn» inkluderer innleie fra bemanningsbyrå, pensjon, EFO og fast lønn

EFO-timer er på et høyt nivå gjennom hele 3. tertial og gjenspeiler en krevende driftssituasjon



Resultat

| 202112 | Denne Periode | | | Hittil | | | Helår | |
|--|----------------|----------------|----------------|------------------|------------------|----------------|------------------|------------------|
| | Faktisk | Budsjett | Avvik Budsjett | Faktisk | Budsjett | Avvik Budsjett | Årsbudsjett | Estimat |
| STHF intern | | | | | | | | |
| Basisramme inkl. KBF | 233 246 | 225 923 | 7 322 | 2 583 546 | 2 510 786 | 72 760 | 2 510 786 | 2 583 546 |
| ISF egne pasienter | 67 374 | 70 575 | -3 201 | 810 182 | 862 350 | -52 169 | 862 350 | 810 182 |
| ISF somatisk poliklinisk aktivitet | 16 896 | 13 815 | 3 081 | 188 836 | 190 427 | -1 591 | 190 427 | 188 836 |
| ISF - refusjon poliklinisk PHV/TSB | 5 056 | 4 601 | 455 | 63 574 | 63 321 | 253 | 63 321 | 63 574 |
| ISF - refusjon pasientadministrative legemidler (H-resepter) | 6 821 | 6 462 | 359 | 69 435 | 77 554 | -8 119 | 77 554 | 69 435 |
| Poliklinikk inntekter | 7 668 | 8 408 | -740 | 104 786 | 107 388 | -2 603 | 107 388 | 104 786 |
| Egenandel Poliklinikk inkl HELFO | 8 995 | 7 487 | 1 508 | 97 927 | 95 608 | 2 319 | 95 608 | 97 927 |
| Egenandel HELFO pasientreiser | 1 941 | 3 492 | -1 551 | 30 008 | 32 868 | -2 860 | 32 868 | 30 008 |
| Annen inntekt | 42 946 | 27 447 | 15 499 | 470 753 | 348 026 | 122 727 | 348 026 | 470 753 |
| SUM DRIFTSINNTEKTER | 390 942 | 368 209 | 22 732 | 4 419 046 | 4 288 328 | 130 718 | 4 288 328 | 4 419 046 |
| Varekostnad | 110 584 | 81 743 | 28 840 | 1 105 560 | 993 352 | 112 208 | 993 352 | 1 105 560 |
| Lønn eks. pensjon | 202 502 | 196 024 | 6 478 | 2 273 218 | 2 208 526 | 64 692 | 2 208 526 | 2 273 218 |
| Pensjonskostnader | 27 861 | 27 385 | 476 | 365 287 | 314 708 | 50 579 | 314 708 | 365 287 |
| Andre driftskostnader | 61 430 | 59 297 | 2 133 | 663 591 | 726 732 | -63 141 | 726 732 | 663 591 |
| SUM DRIFTSKOSTNADER | 402 377 | 364 449 | 37 927 | 4 407 657 | 4 243 318 | 164 339 | 4 243 318 | 4 407 657 |
| DRIFTSRESULTAT | -11 435 | 3 760 | -15 195 | 11 389 | 45 010 | -33 620 | 45 010 | 11 389 |
| Finansresultat | 475 | 407 | 69 | 4 732 | 4 990 | -258 | 4 990 | 4 732 |
| ÅRSRESULTAT | -10 959 | 4 167 | -15 126 | 16 122 | 50 000 | -33 878 | 50 000 | 16 122 |
| Pensjonskostnader | - | - | - | 0 | - | 0 | - | 0 |
| ÅRSRESULTAT JUSTERT FOR PENSJONSKOSTNADER | -10 959 | 4 167 | -15 126 | 16 122 | 50 000 | -33 878 | 50 000 | 16 122 |

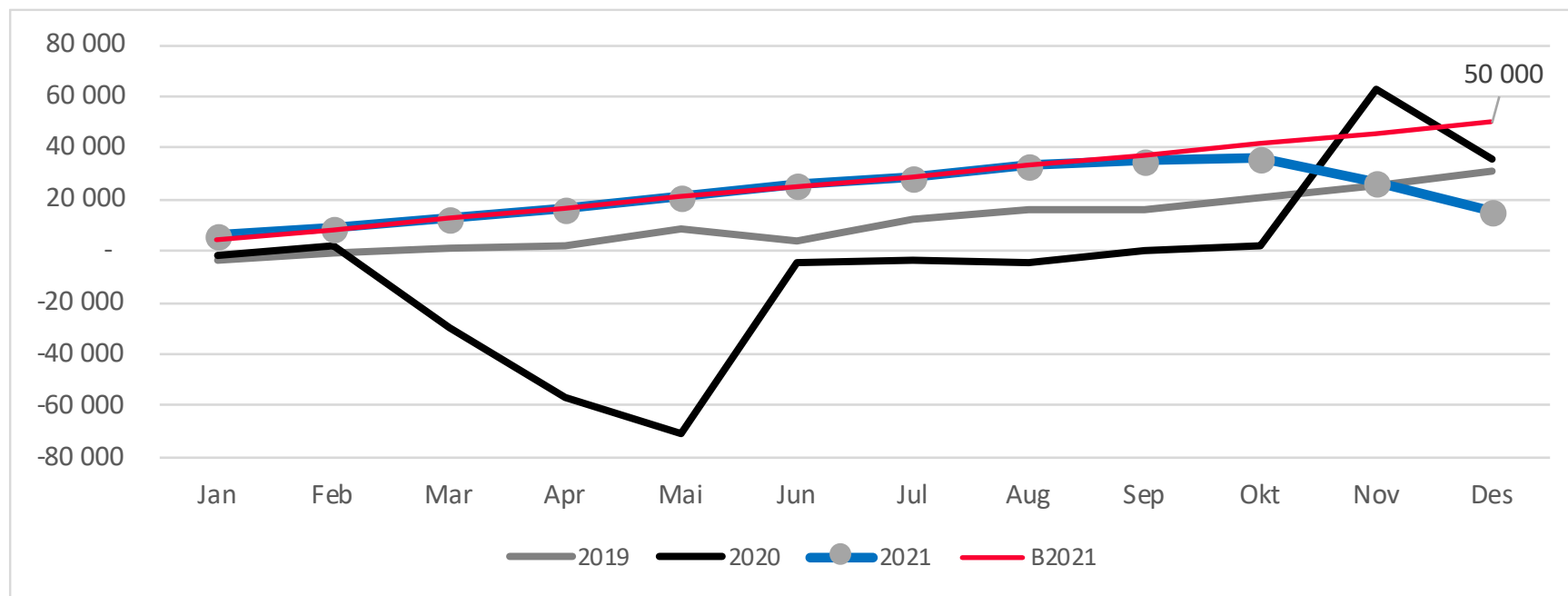
Kommentarer:

Resultatet i desember er -11,0 millioner kr., som er 15,1 millioner kr. svakere enn budsjettet. Hovedforklaringen til det store avviket er 10 millioner kr i udekket koronaeffekt denne måneden. I tillegg gir kjøp og salg av helsetjenester (FBV rusbehandling), innleie og overtid/ekstravakter negative avvik.

Koronasituasjonen har påvirket foretakets drift negativt med 21 millioner kr. i desember. Dette er en dobling sammenlignet med foregående måned. Det rapporteres tapte inntekter på 2,2 millioner kroner og økte kostnader på 18,8 millioner kroner. Koronaeffektene på kostnadssiden er relatert til testing, flere innleide vikarer som følge av høyt sykefravær og økte kostnader for kjøp av mikrobiologiske analyser.

Resultat

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



| Sykehuset Telemark HF | Jan | Feb | Mar | Apr | Mai | Jun | Jul | Aug | Sep | Okt | Nov | Des |
|---|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|
| Akkumulert resultat justert for pensjonskostnader | 5 973 | 9 381 | 12 435 | 16 754 | 21 232 | 25 537 | 28 820 | 33 074 | 34 924 | 35 944 | 27 081 | 16 122 |
| Akkumulert budsjettavvik | 1 806 | 1 048 | -65 | 87 | 398 | 537 | -347 | -259 | -2 576 | -5 722 | -18 752 | -33 878 |

Kommentarer:

Sykehuset Telemark rapporterer et resultat på 16,1 millioner kr. pr. desember, som er 33,9 millioner kr. lavere enn budsjettet.

Viktigste årsaker til budsjettavviket for 2021 er:

- Udekket koronaeffekt (ca 10 mill.)
- Nettoeffekt lønnsoppgjør, pensjonskostnader (ca 5 mill.)
- Høyere kostnader H-reseptor, FBV, ressurskrevende pasienter i psykiatrien (ca 15 mill.)

Koronaeffektene i desember er kun delvis kompensert. Gjenstående koronamidler på 10,8 millioner kr er inntektsført i desember. For 2021 er det inntektsført 132,8 millioner kr. av øremerkede COVID-19 midler.

Risikovurdering per 3. tertial 2021

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

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

Koronasituasjonen preger risikobildet og drift for hele sykehuset, men det har vært en god utvikling siden 2020. Sykehuset har i forbindelse med koronasituasjonen tatt grep for å sikre tilgang på personell og utstyr etter behov, samt opprettholde god balanse mellom beredskap og øvrig drift. Vaksinerings er gjennomført for de fleste ansatte. En ny smittebølge mot slutten av året har likevel hatt store konsekvenser for drift, og det forventes ytterligere risiko særlig knyttet til økt sykefravær hos ansatte i første kvartal 2022. Inntektsbortfall og kostnadspådrag i forbindelse med pandemien utgjør en betydelig økonomisk risiko.

| Risikomatrixe 3. tertial 2021 STHF | | | | | | |
|------------------------------------|---|------------|---|------|---|---|
| | | Konsekvens | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sannsynlighet | 5 | | | 7 | | |
| | 4 | | | 2, 5 | 3 | |
| | 3 | | 4 | | | |
| | 2 | | | 1, 6 | 8 | |
| | 1 | | | | | |

| Risikoområder | Sannsynlighet | | | | | Konsekvens | | | | | Historisk utvikling | | | |
|---|---------------|---|---|---|---|------------|---|---|---|---|---------------------|-------|-------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | T3-20 | T1-21 | T2-21 | T3-21 |
| 1 Tilgjengelighet | | x | | | | | | x | | | | | | |
| 2 Økonomi | | | | x | | | | x | | | | | | |
| 3 Bemanning | | | → | x | | | | → | x | | | | | |
| 4 Prioriteringsregelen | | | x | | | | x | | | | | | | |
| 5 Informasjonssikkerhet | | | | x | | | | x | | | | | | |
| 6 Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring | | x | | | | | | x | | | | | | |
| 7 Koronaberedskap | | | → | → | x | | | → | x | | | | | |
| 8 Aktivitet | | x | | | | | | | x | | | | | |

1. Kvalitet og tilgjengelighet – Uendret. Ventetidene øker mot slutten av året etter en nedgang etter sommeren. Ventetid for ventende og påstartet er hhv. 72 og 57 dager. Fristbrudd har økt til 4,3 %. Majoriteten av økningen i fristbrudd ligger hos Plast, som har hatt kapasitetsproblemer i legestaben store deler av året.

2. Økonomi – Uendret. Økonomiske resultater er svekket gjennom koronasituasjonen, men har i stor grad blitt kompensert gjennom ekstraordinært tilskudd. Regjeringen har varslet at det vil gis tilskudd også i 2022 som skal kompensere for koronarelaterte kostnader.

Sykehuset rapporterer et driftsresultat på 16,1 millioner kr. per desember, som er -33,9 millioner kroner lavere enn budsjett. Samlet koronaeffekt utgjør -143 millioner kroner per desember. Koronaeffekten kompenseres i regnskapet gitt at det er tilstrekkelige midler. Udekket koronakostnad for året utgjør 10 millioner kroner. Det er viktig at driftskostnader nedjusteres til et normalt driftsnivå i samsvar med utviklingen i koronasituasjonen. Underliggende utviklingstrekk, demografi i Telemark gjør det krevende å sikre økonomisk bærekraft over tid.

3. Bemanning – Økt sannsynlighet og konsekvens. Koronasituasjonen og tilhørende omstillinger har ført til et midlertidig økt behov for bemanning. Sykehuset er rustet til å håndtere svingninger i beredskapsnivået, og samtidig opprettholde et godt nivå på øvrig drift. Det forventes imidlertid at økt sykefravær på grunn av koronasmitte kan få konsekvenser for drift og bemanning i første kvartal 2022. Parallelt med den pågående koronasituasjonen jobbes det med å forbedre produktiviteten for å etablere en bærekraftig drift og skape handlingsrom til egen utvikling. Enkelte fagområder har rekrutteringsvansker.

4. Prioriteringsregelen – Uendret. Målet om høyere vekst innen PHV og TSB for poliklinisk aktivitet er oppfylt for BUP, men ikke for VOP og TSB. Aktiviteten i 2021 har vært lav innen VOP og TSB grunnet store rekrutteringsutfordringer i terapeutstaben, samt driftsendringer ifm Koronavirus. Prioriteringsregelen målt i ventetider er oppfylt innenfor VOP og TSB, men ikke innenfor BUP.

Prioriteringsregelen målt i ventetid er hittil i år oppfylt innenfor VOP med sine 35 og TSB med 23 dager. BUP ligger på 40 dager, noe som er 5 dager for lenge. Deler av årsaken er den store økningen av henvisninger innenfor barne- og ungdomspsykiatrien.

5. Informasjonssikkerhet - Uendret. Risiko for eksterne dataangrep anses økt. Ansatte informeres om risiko for phishing-angrep, og får anbefalinger om hvordan

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

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

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

IT-løsning for regional protokoll etter Artikkel 30 er levert. Arbeidet med komplettering av protokollen videreføres, og systematikk og ansvars plassering for ajourføring av protokollen er definert. Ledergruppesak ble gjennomført 14.09.2021 med tiltak.

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

7. Koronaberedskap – Økt sannsynlighet og konsekvens. Sykehuset skal sikre tilgang på utstyr, ressurser og kompetanse i forbindelse med koronapandemien, samt til enhver tid sikre god balanse mellom beredskap og øvrig drift. Ansatte på sykehuset er i stor grad fullvaksinerte. Det ligger et fokus på å opprettholde smittevern for å beskytte utsatte. Forventet høyt smittetrykk øker risiko for sykefravær blant ansatte i første kvartal 2022, som kan bevege seg opp mot 20 %. Det vurderes at sykehuset har god oversikt og tilgang på frivillige, pensjonister og klinisk personell i admin-funksjoner som kan tilkalles ved behov, og det er sikret lager og leveranse av testutstyr. Klinikken har ansvar for å justere tiltak slik at det samsvarer med sykehusets beredskapsnivå.

8. Aktivitet – Uendret. Ø-hjelpsaktiviteten i Medisinsk klinikk har tatt seg opp igjen. Kirurgisk klinikk har vært tilbake på et normalt aktivitetsnivå for ø-hjelp, mens elektiv aktivitet er svært sårbar for endring i sykehusets beredskapsnivå angående smittespredning. I tredje kvartal har mange elektive operasjoner blitt avlyst som følge av koronarelaterte driftsendringer, og dette vil fortsette et stykke ut i 2022. Avlyste operasjoner gir mulighet til å øke poliklinisk aktivitet. Antall døgnopphold er lavere enn tidligere år, som har konsekvenser for inntektsgrunnlaget per opphold, samt

omstillinger av drift. Det er høy aktivitet på poliklinikk, og det jobbes godt med ventelister, men budsjetterte inntektsforventninger vil ikke bli innfridd.

Lav aktivitet på Voksenpsykiatri og TSB målt mot tidligere år. Deler av aktivitetsnedgangen skyldes rekrutteringsutfordringer og 9 % færre terapeuter enn i 2019. Det har i 2021 vært en stor turnover, noe som medfører en noe lavere aktivitet og produktivitet enn ved erfarne behandlere. Et annet aspekt er utviklingen i avvsningsraten. Den er halvert siden i fjor, flere unike individer blir behandlet, noe som er bra isolert sett. Nedsiden ved dette er at det er økt grad av pasienter som har svært korte behandlingsforløp, og dokumentasjon og det administrative arbeidet ved oppstart og avslutning av en konsultasjonsserie er den samme som ved lange forløp. Dette gir en lavere produktivitet enn ved lange behandlingsforløp.

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

| | K | S | Risikoområder | Beskrivelse / mulig konsekvens | Tiltak | Effekt | Ansvar | Frist | |
|--------------------------|---|---|---------------|--------------------------------|---|---|---|-------------------------|---------|
| 1 Tilgjengelighet | | | | | | | | | |
| | K | 3 | → | Ventetid | <p>Økte ventetider reduserer sykehusets attraktivitet, og kan være et tegn på lav lønnsomhet. STHF er i gul beredskap fra medio desember, og ventetidene forventes å øke noe fremover.</p> | <p>• HSØ har tildelt 8,7 millioner til konkrete poliklinikktiltak for å redusere ventetider (Plast, ØNH, Gastromedisin, BUP, PHV/TSB)</p> <p>• Økt bruk av telefonkonsultasjoner for å opprettholde elektiv aktivitet der det er mulig</p> | Redusere unødig ventetid og administrative feil. Bidrar til økt kompetanse og felles praksis. | Klinikksjefer og ledere | Løpende |
| | S | 3 | → | | | | | | |
| | K | 4 | → | Fristbrudd | <p>Pasienter får ikke oppfylt sin rett til nødvendig helsehjelp. Spesialisthelsetjenesten overholder ikke juridisk bindende forpliktelse til å oppfylle pasientens rettighet, og pasientens rettslig krav på behandling innen den fristen som er fastsatt. Kraftig økning på Plast pga kapasitetsutfordringer.</p> | <p>• Fokus på lengre planleggingshorisont. Sekretærstyrt timebok.</p> <p>• Kontinuerlig rydding i ventelister for å unngå fristbrudd, langventere, unødig ventetid og løftebrudd.</p> <p>• Det er pågått økt poliklinisk aktivitet og dagbehandling med sikte på å redusere ventelister og unngå fristbrudd.</p> <p>• Medisin har gjennomført opplæring av LIS for økt kapasitet i skoperinger</p> <p>• Rekruttering på Plast pågår. Forventes effekt i løp av våren.</p> | Pasientene skal ikke oppleve fristbrudd | Klinikksjefer og ledere | Løpende |
| | S | 2 | ↑ | | | | | | |
| 2 Økonomi | | | | | | | | | |
| | K | 3 | → | Økonomisk bærekraft | <p>• STHF må skape økonomisk handlingsrom for å sikre nødvendige investeringer.</p> <p>• Styring og kontroll med ressursbruken er viktig for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen</p> <p>• Akkumulert resultatet pr desember er 16,2 millioner, som er 33,9 millioner under budsjett.</p> <p>• Underliggende utviklingstrekk, demografi i Telemark gjør det krevende å sikre økonomisk bærekraft over tid.</p> | <p>• Det jobbes kontinuerlig med gjennomgang av egen drift og identifisering av tiltak både på inntekt- og kostnadssiden.</p> <p>• Arbeid med sykehusovergripende tiltak pågår. Pågående oppfølging av omorganiserte kirurgiske sengeposter for å sikre økonomisk effekt.</p> <p>• Klinikkene følger opp sine respektive tiltaksplaner jevnlig, og det er et kontinuerlig fokus på kostnadseffektivisering.</p> | Sikre økonomisk økonomisk bærekraft nødvendig for å opprettholde investeringer og vedlikehold og sikre bærekraft også etter USS | Klinikksjefer og stab | Løpende |
| | S | 3 | → | | | | | | |
| | K | 2 | → | Koronaeffekt | <p>Redusert aktivitet og høye kostnader ifm Koronavirus har en sterk negativ effekt på sykehusets økonomi. STHF har fått tildelt kompenserende midler og har overført resterende midler fra</p> | <p>• God kostnadskontroll og ressursplanlegging i klinikken</p> <p>• Det holdes løpende oversikt over kostnadseffekten av koronatiltakene</p> <p>• Følge opp at overgang til normaldrift fører til reduserte</p> | Opprettholde aktivitet i så stor grad som mulig gjennom pandemien. Jobbe ned oppsamlinger i ventelistene. | Klinikksjefer og stab | Løpende |
| | S | 4 | → | | | | | | |

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

| K | S | Risikoområder | Beskrivelse / mulig konsekvens | Tiltak | Effekt | Ansvar | Frist |
|--------------------|-------|-----------------------------------|---|--|--|------------------------|---------|
| | | | 2020. Totale koronakostnader utgjør 143 millioner i 2021. Sum udekt koronakostnad i 2021 er 10 millioner. Det er viktig at driftskostnader reduseres til normalnivå i samsvar med utvikling i koronasituasjonen. | koronakostnader og årsverk <ul style="list-style-type: none"> • Tettere oppfølging av koronakostnader i klinikkene • Regjeringen har besluttet at det vil også gis tilskudd i 2022 som skal kompensere for koronarelaterte kostnader. | | | |
| 3 Bemanning | | | | | | | |
| K 4 → | S 3 → | Årsverk, variabel lønn og innleie | Økte årsverk, variabel lønn og innleie utover budsjett er kostnadsdrivende, og et mulig tegn på ineffektiv planlegging og drift. Lønnskostnader er sykehusets største kostnadspost. God kostnadskontroll og planlegging på dette området kan derfor forbedre økonomien betydelig. Forventer bedre håndtering av korona i 2021 blant annet mht læringseffekt fra 2020 og vaksinerings av ansatte. Budsjett er økt med 58 årsverk fra 2020. | <ul style="list-style-type: none"> • Det arbeides med omstilling, nedbemanning og bedre ressursutnyttelse. • Aktivitetsstyrt bemanning på sengeposter • Læringseffekt fra tidligere perioder vil bidra til mer effektiv håndtering av eventuell ny smitte • Følge opp at overgang til normaldrift fører til reduserte koronakostnader og årsverk • Forventer effekt fra sengepostprosjekt, som ikke er lagt i budsjett. • Sikre god gjennomføring av sommerdrift | Sikre økonomisk bæreevne og effektiv drift. | Klinikkjefer og ledere | Løpende |
| K 4 ↑ | S 4 ↑ | Sykefravær | Høyt sykefravær er kostnadsdrivende, en belastning for kontinuerlig drift på de ulike seksjonene, og kan være et tegn på et problematisk arbeidsmiljø. Offisielle tall foreligger per november på 7,3 %. Det forventes et betydelig høyere koronarelatert sykefravær i første kvartal. | <ul style="list-style-type: none"> • Samarbeid med NAV for å redusere sykefraværet • Prosjekt "Tett på" i HR 2020 • Har inngått avtaler med ansattorganisasjoner for å kunne sikre bemanning ved krevende situasjoner. • Tiltak rundt forventet økt koronarelatert sykefravær vurderes fortløpende i beredskapsmøter. | Redusert sykefravær og tilhørende kostnader. | HR-enhet / ledere | Løpende |
| K 3 → | S 4 → | AML-brudd | AML-brudd er lovbrudd. Det er gjerne overtidsarbeid som fører til AML-brudd hos STHF. En høy andel AML-brudd kan derfor ses i sammenheng med en juridisk, økonomisk og arbeidsmiljørelatert risiko. | <ul style="list-style-type: none"> • Forbedre arbeidet med tjenesteplaner og vaktplaner, som i minst mulig grad gir rom for AML brudd. • Prosjekt "bemanningsplanlegging og ressursstyring". • Pågående oppryddingsarbeid for å fjerne feilregistreringer | Bemanningsplanlegging og drift skal utføres iht arbeidsmiljøloven. | HR-enhet / ledere | Løpende |
| K 3 → | S 4 → | Kompetanse og | Kompetansemangel vil ha en negativ effekt på pasienttilbud og kvalitet. | <ul style="list-style-type: none"> • Følge opp STHFs vedtatte strategi for å rekruttere og beholde spesialistkompetanse ved STHF. • Langsiktig mål om å utdanne egne spesialister i fag med rekrutteringsvansker | Riktig kompetanse på rett sted og til rett tid | HR-enhet / ledere | Løpende |

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

| | K | S | Risikoområder | Beskrivelse / mulig konsekvens | Tiltak | Effekt | Ansvar | Frist |
|--------------------------------|-------|-------|------------------------------|---|---|---|--------------------------------|---------|
| | | | rekruttering | | <ul style="list-style-type: none"> • Utdanning av spesialsykepleiere innenfor anestesi, intensiv og operasjon. | | | |
| | K 4 → | S 3 → | Ressursplanlegging | Mangelfull ressursplanlegging kan føre til dårlig ressursutnyttelse, manglende kompetanse, høyere variable lønnskostnader og lavere aktivitet. Pasienten vil kunne oppleve lengre ventetider og flere fristbrudd. Særlig viktig i forbindelse med beredskap for Koronavirus og gradvis normalisering av drift | <ul style="list-style-type: none"> • Aktivitetsstyrt bemanning pågår • Riktig effektivitetsnivå ved tverrfaglig arbeid, for eksempel tidsbruk på møter, antall deltagere etc. • Riktig bruk av bemanningssenteret • Operasjonskoordinator ansatt for bedre flyt og videreføring av prosesser fra Operasjon 2020-prosjektet • Prosjekt "ressursstyring i et økonomisk perspektiv" • Prosjekt "Pasientflyt 24/7" | Mer kostnadseffektiv drift, økt planleggingshorisont | HR-enhet / analyse / klinikker | Løpende |
| 4 Prioriteringsregelen | | | | | | | | |
| | K 2 → | S 2 → | Aktivitet og ventetider | <ul style="list-style-type: none"> • Målet om høyere vekst innen PHV og TSB for poliklinisk aktivitet er oppfylt for BUP, men ikke for VOP og TSB. Aktiviteten hittil i år har vært lav innen VOP og TSB grunnet store rekrutteringsutfordringer i terapeutstaben, samt driftsendringer ifm Koronavirus • Prioriteringsregelen målt i ventetider er oppfylt innenfor VOP og TSB, men ikke innenfor BUP. | <ul style="list-style-type: none"> Økt aktivitet og reduserte ventetider innen PHV/TSB krever økt produktivitet og alle behandlerstillinger besatt: • Rekruttere og beholde medarbeidere • Oppfølging medarbeidere • Planlegging – logistikk • Effektivisere teamsamarbeid – flerfaglig arbeidsform • Økt bruk av telefon- og videokonsultasjoner når mulig • Samarbeid med 1. linje og avtalespesialister <ul style="list-style-type: none"> o Riktige/riktigere henvisninger o Spesialist ut til fastlegekontor o Samarbeid med avtalespesialister | Større vekst i aktivitet og reduserte ventetider: Flere pasienter får behandling. Mer intensive behandlingsforløp og pasientene unngår unødig venting. Reduserte ventetider | Klinikksjefer og ledere | Løpende |
| | K 3 → | S 4 ↑ | Kostnader per tjenesteområde | Prioriteringsregelen er ikke oppfylt som følge av lavere kostnadsvekst innenfor BUP og VOP enn veksten i somatikken. Prioriteringsregelen er oppfylt innenfor TSB med en vekst på 8,1. Somatikken har en kostnadsvekst på 7,0. BUP og VOP har lavere vekst enn somatikken med hhv 3,6 % og 1,2 % vekst. Rekrutteringsvansker og turnover gir reduserte lønnskostnader. | <ul style="list-style-type: none"> Bedre kostnadskontroll innen somatikken vil muliggjøre oppfyllelse av prioriteringsregelen. Rekruttering av ressurser utover budsjett pågår i BUP, og samtidig som det forsøkes å rekruttere i vakante stillinger i poliklinikken innenfor voksenpsykiatrien og rusbehandlingen | Oppfylt prioriteringsregel | Klinikksjefer og ledere | Løpende |
| 5 Informasjonssikkerhet | | | | | | | | |
| | K 3 → | | | | | | | |

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

| K | S | Risikoområder | Beskrivelse / mulig konsekvens | Tiltak | Effekt | Ansvar | Frist |
|--|-----|---|---|---|--|--|---------|
| S | 5 → | Covid-19 Forsinkelse i ordinære prosjekter og STIM | Gamle løsninger blir ikke oppgradert eller skiftet ut | Strengere endringskontroll i Sykehuspartner Strengt fokus på etterlevelse av sikkerhetskrav. Streng prioritering av prosjekter | | Systemeiere | Løpende |
| K | 4 → | Datainnbrudd | Risiko for pasientsikkerhet og personvern. Det er et kontinuerlig risikoområde. | Behov for å kartlegge ytterlige oversikt over hvilken risiko som foreligger. Etablering av prosjekt. Nedbetaling av teknisk gjeld, eks.; | | Utviklingsavdelingen | |
| S | 2 → | | | i. Sanere legacy STHF-domene ii. Migrere WinXP/Win7 over på Win10 iii. Sanere gamle løsninger og standardisere/regionalisere Leverandørkontroll Sikre nyanskaffelser iht krav Sikkerhetskultur | | | |
| K | 2 → | Ikke tilstrekkelig oversikt over all behandling av personopplysninger | Sykehuset kan ikke fremlegge fullstendig oversikt over behandlinger til registrerte pasienter og ansatte, eller ved eventuelle tilsyn. Dette kan medføre høye overtredelsesgebyr. | Arbeidet med komplettering av protokollen videreføres, og systematikk og ansvars plassering for ajourføring av protokollen er definert. Ledergruppesak ble gjennomført 14.09.2021 med tiltak. | | Utviklingsdirektør | |
| S | 3 → | | | | | | |
| 6 Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring | | | | | | | |
| K | 3 → | | Pasientskader er et stort samfunnsproblem og medfører store konsekvenser for pasienter, pårørende og involvert helsepersonell- Det kan i verste tilfelle føre til varige skader eller tap av liv. Samtidig er pasientskader samfunnsøkonomisk kostbart. | Gjennomføre tiltak innen innsatsområder pasientsikkerhet i alle relevante enheter. Redusere antall pasientskader målt med metoden GTT - Global Trgger Tool | Færre pasientskader | Klinikksjefer, koordinators Kvalitetsavdelingen | 2020 |
| S | 2 → | Pasientskader | | | | | |
| K | 2 → | | God meldekultur er en forutsetning for at avvik blir registrert og bidrar til forbedring. | Opplæring i avvik og meldekultur Registrere grad av samsvar mellom meldte avvik og NPE-saker der pasienten har fått medhold. | God meldekultur sikrer at avvik blir registrert og bidrar til forbedring . God pasientsikkerhetskultur | Klinikksjefer, koordinators Kvalitetsavdelingen | 2020 |
| S | 2 → | Pasientsikkerhetskultur | God pasientsikkerhetskultur er en | | | | |

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

| K | S | Risikoområder | Beskrivelse / mulig konsekvens | Tiltak | Effekt | Ansvar | Frist |
|--------------------------|-------|--|---|---|---|--|---------|
| | | | forutsetning for åpenhet og læring etter uønskede hendelser | | sikrer åpenhet og læring etter uønskede hendelser | | |
| K 3 → | S 2 → | System og struktur for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring | Utrangerte systemer hemmer registrering av data og tilgang til styringsinformasjon om pasientskader og forbedringsarbeid | Anskaffelse og implementering av nytt avvikssystem | Informasjon om avvik og data i sanntid er tilgjengelig og brukes aktivt i foretakets forbedringsarbeid. | Prosjektleder / fagdirektør | 2020 |
| K 3 → | S 2 → | Infeksjoner | Helsetjenesterelaterte infeksjoner er blant de hyppigste pasientskadene målt med GTT. | Prevalensmålinger og insidensmålinger med tilbakemeldinger Smittevernvisitter Antibiotikastyringsprogram | Redusert antall infeksjoner | Klinikksjefer: Koordinator: Smittevern/fagdirektør | 2020 |
| K 2 → | S 2 → | Korridorpasienter | Høy andel korridorpasienter gir dårligere kvalitet i pasientbehandling og kan øke risiko for infeksjoner. Utviklingen har vist en økning i Medisinsk klinikk i 2019. Stigende trend mot slutten av 2021, både for KIR og MED. | En del medisinske pasienter har hatt ønske om å slippe å ligge på 4-mannsrom. Avdelingslederne forsøker å motivere de ansatte om at pasienter i minst mulig grad bør ligge på korridor. Klinikken intensiverer arbeidet med å praktisere samme-dagsinnleggelse for pasienter som skal ha pacemaker. Klinikken har uttalt god nytte av en velfungerende og aktiv AK 2 og ser at høy bruk av den gir betydelig færre korridorpasienter. Dette innlemmes i prosjekt "Pasientflyt 24/7". | Ingen korridorpasienter | Klinikksjefer og ledere | Løpende |
| 7 Koronaberedskap | | | | | | | |
| K 3 → | S 1 → | Intensivkapasitet | Kan havne i en situasjon med mangel på pleiepersonell og intensivpersonell med nøkkelkompetanse. | - Nasjonalt opplæringsprogram (sengepost) - Opplæring av reservestykke (intensiv) | | | |
| K 4 ↑ | S 3 ↑ | Covid-19 smitterisiko | Det er fare for at pasienter og ansatte kan bringe med seg smitte av koronavirus på sykehuset. Smitte kan få helsemessige konsekvenser for den smittede, og vil være en belastning for sykehuspersonellet. Særlig risiko for spesielt utsatte pasientgrupper. | • God tilgang på smittevernustyr og håndsprit • Ansatte får god opplæring i smittevernprosedyrer • Målrettede smitteverntiltak knyttet til særlig utsatte pasientgrupper | Redusere sannsynlighet for spredning av viruset. Redusere kostnader for sykehuset. Opprettholde sykehusets behandlingsskapasitet. | Klinikksjefer | Løpende |
| K 3 → | | | | | | Klinikksjefer | Løpende |

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

| | K | S | Risikoområder | Beskrivelse / mulig konsekvens | Tiltak | Effekt | Ansvar | Frist |
|--------------------|---|---|---------------|----------------------------------|--|---|---|----------------------------------|
| | S | 3 | → | Koronakostnader | Viktig å reversere koronakostnader og komme tilbake på et driftsnivå som i større grad sammenfaller med beredskapsnivået. | <ul style="list-style-type: none"> • Klinikker sørger for at ekstraordinære koronarelaterte kostnader avsluttes. | | |
| 8 Aktivitet | | | | | | | | |
| | K | 3 | → | Svingninger i pasientgrunnlag ØH | | <ul style="list-style-type: none"> • Bedre utnyttelse av tilgjengelig arbeidstid i operasjonsplanlegging (operasjon 2020) • Kartlegge muligheter for mer dynamisk styring • Pågående tiltak for poliklinikk | Mer effektiv pasientbehandling. | Klinikkssjef/ledere KIR/ABK |
| | S | 2 | → | | ØH-tilbudet må opprettholdes, men er kostnadskrevende. | | Kostnadsreduksjoner Effektiv ressursutnyttelse | Klinikkssjef / ledere Løpende |
| | K | 3 | → | Voksenpsykiatri og TSB | Lav aktivitet målt mot tidligere år. Aktiviteten og produktiviteten har falt betraktelig innenfor Rus-feltet fra nyttår. Mye av dette skyldes det store fallet i inntektsbringende telefonkontakt. Ventetidene er fremdeles veldig lave, avvisningsratene er historisk lave, så ingenting tyder på at det er pasienter som ikke får et tilbud. | Har fra 1. mai gjort endringer i DIPS slik at telefonkontakten som ikke er fullverdig konsultasjon kun blir notert i journal uten å opprette egen konsultasjon. Årsak til dette, er at det ble gjort en nasjonal føring på hvordan fullverdige telefonkonsultasjoner skulle kodes etter 1. januar. Denne endringen kan ha ført til at kodingen ikke tilfredstiller kodekravene, noe som igjen gir lav aktivitet/produktivitet og lave inntekter. Det jobbes kontinuerlig med opplæring og forbedring, og etter sommeren har både aktivitet og produktivitet bedret seg. | Ønsket effekt er korrekt koding, flere tellende konsultasjoner, vise bedre produktivitet og samtidig øke inntektene | Klinikkssjef Løpende |

Saksfremlegg

Saksgang:

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| Styre | Møtedato |
| Styret i Sykehuset Telemark HF | 15.02.2022 |

| | | | | | | |
|------------------------------|--|--------------|--|-------------|---|------|
| Type sak (sett kryss) | | | | | | |
| Beslutning | | Etterretning | | Orientering | X | Tema |

Sak: 008-2022 Virksomhetsrapport per januar 2022

Hensikten med saken

Saken beskriver oppnådde resultater per januar 2022.

Forslag til vedtak

Styret tar virksomhetsrapport per januar til orientering.

Skien, 11.02.2022

Tom Helge Rønning
Administrerende direktør

0 Sammendrag

Sykehuset Telemark rapporterer et resultat på -14,1 millioner kr. i januar, som er 19,1 millioner kr. lavere enn periodisert styringsmål.

Årsakene til budsjettavviket i januar er:

- Udekket koronaeffekt (16 millioner kr.)
- Høyere kostnader med fritt behandlingsvalg (3 millioner kr.)

I desember ble driftssituasjonen mer krevende med økende smitte i samfunnet, flere covid-19 pasienter og økning i sykefravær blant ansatte. Denne utviklingen fortsatte i januar. Elektiv kirurgi har blitt redusert for å sikre tilstrekkelig intensivkapasitet, og flere operasjoner er avlyst som følge av sykdom hos pasient. Inntak til flere sengeposter har i perioder vært redusert grunnet smitteutbrudd. Sykehuset har vært i grønn beredskap gjennom hele måneden. Det er gjennomført beredskapsmøter to ganger per uke. Antall innlagte pasienter med covid-19 har variert noe gjennom måneden men viser ikke noe klar fallende trend.

Belegget ved somatiske sengeposter er noe høyere enn foregående måned. I akuttpsykiatrien har belegget vært økende de siste månedene og gitt en krevende driftssituasjon. Generelt har kombinasjonen høyt sykefravær og ressurskrevende pasienter til tider skapt en krevende driftssituasjon med økte lønnskostnader. Samlet DRG-aktivitet er noe lavere enn budsjettet grunnet nedtak av elektive kirurgi og redusert inntak på sengeposter. Det har imidlertid vært god poliklinisk aktivitet i somatikken på nivå med tidligere januarmåneder. Planlagt forbedringsarbeid er betydelig forsinket på grunn av pandemien og den krevende driftssituasjonen.

Koronasituasjonen har påvirket foretakets drift negativt med 17,4 millioner kr. i januar. Dette er en liten nedgang fra foregående måned. Det rapporteres tapte inntekter på 8,9 millioner kroner og økte kostnader på 8,5 millioner kroner. Koronaeffektene på kostnadssiden er relatert til testing og flere innleide vikarer som følge av høyt sykefravær. Det er inntektsført 1,3 millioner kr av gjenstående koronakompensasjon fra 2021. Størstedelen av koronaeffektene er ikke kompensert.

Antall pasienter på den offisielle ventelisten er stabilt. Ventetidene fortsetter å øke både for ventende og påstartet. Antall elektive henvisninger mottatt i januar er høyere enn 2021, men noe lavere enn tidligere år. Den største økningen i antall henvisninger sammenlignet med 2021 er til barne- og ungdomspsykiatrien, Endo-mammo, Gastro, Plast og Fertilitet. Antall pasienter passert planlagt tid fortsetter økningen fra tidligere måneder.

Det er en reduksjon i antall og andel fristbrudd for ventende pasienter. Det er fortsatt Plast og Mata som står for størstedelen av fristbruddene. Plast har en betydelig reduksjon i antall fristbrudd i januar.

Det er lavere operasjonsaktivitet enn budsjettet i januar, men antall operasjoner er 25 % høyere enn utført i januar 2021. Beredskapssituasjonen og behov for å sikre intensivkapasitet har ført til nedtak av aktivitet. Venteliste til operasjon reduseres litt i januar.

Barne- og ungdomspsykiatrien har hatt stor økning i henvisninger siste året, og henvisningsmengden øker også i januar. Økt produktivitet og tilsetting av flere behandlere har så langt håndtert økt behandlingsvolum. Aktiviteten i januar er svært høy målt i antall konsultasjoner. Rekrutteringsvansker

i psykiatrien (VOP/TSB) har over tid ført til nedgang i behandlingsvolum ved poliklinikkene, men aktiviteten øker i januar 2022 og er 7 % høyere enn i januar 2021.

Andelen telefon/video-konsultasjoner endte på 15,7 % for alle fagområdene samlet i januar. Det er høyere andel i desember og januar enn tidligere, og økningen sammenfaller med nedstenging og strengere smittetiltak i samfunnet. Det er noe variasjon mellom fagområdene. I BUP har høy andel telefon/video-konsultasjoner bidratt til høy aktivitet.

Prioriteringsregelen målt i ventetid er kun oppnådd innenfor VOP. Den store økningen i henvisninger til BUP siste halvåret kan forklare at kravet ikke er innfridd her. Det er som tidligere år lengre ventetid etter en ferie, men det normaliserer seg påfølgende måned. Ventetid ventende er lavere ved utgangen av januar enn ved forrige månedsskifte.

Innhold

| | | |
|-----|---|----|
| 0 | Sammendrag | 2 |
| 1 | Nasjonale og regionale styringsmål beskrevet i OBD | 5 |
| 1.1 | Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen..... | 5 |
| | Ventelister og ventetider | 5 |
| | Pakkeforløp kreft..... | 7 |
| 1.2 | Prioritere psykisk helsevern og TSB | 8 |
| | Prioriteringsregelen | 8 |
| | Bruk av tvang | 8 |
| | Pakkeforløp psykisk helsevern og TSB..... | 9 |
| 1.3 | Bedre kvalitet og pasientsikkerhet..... | 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 definert tre målområder:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

1.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

| Redusere unødvendig ventetid | mål 2022 | | | | | jan.22 | | | | | |
|--|---|--------|--------|--------|--------|--------|-------|-------|-----------|------------|---------|
| | | des.19 | des.20 | des.21 | jan.22 | KIR | MED | MSK | BUK (som) | BUK (psyk) | VOP/TSB |
| Gjennomsnitt ventetid i dager | 50 dager somatikk 30 dager BUP/VOP/TSB | 54 | 50 | 55 | 60 | 65 | 54 | 76 | 70 | 38 | 36/35 |
| Fristbrudd avviklede, antall pr mnd | 0 | 62 | 21 | 98 | 83 | 33 | 47 | 0 | 3 | | |
| Fristbrudd andel avviklede per mnd | 0 | 2,2 % | 0,8 % | 4,0 % | 3,0 % | 2,5 % | 4,9 % | 0,0 % | 2,2 % | 0,0 % | 0,0 % |
| Antall som venter | reduksjon | 7 534 | 6 416 | 7 349 | 7 239 | 4 191 | 1 924 | 461 | 277 | 94 | 186 |
| Antall med ventetid over 1 år | 0 | 42 | 33 | 71 | 56 | 53 | 1 | - | - | 1 | 1 |
| Andel telefon/videokonsultasjoner | Som: 10% PHV/TSB: 25% | | | 17,8 % | 15,9 % | 5 % | 17 % | 8 % | 17 % | 36 % | 22 % |
| Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp (OA1) | 70 % | 80 % | 79 % | 77 % | | | | | | | |
| Andel innen definert forløpstid | 70 % | 75 % | 77 % | 75 % | | | | | | | |
| Antall passert planlagt tid | reduksjon | 4 834 | 4 774 | 5 529 | 5 432 | | | | | | |
| Andel passert planlagt tid % | <5% | 8 % | 9 % | 9 % | 9 % | | | | | | |

Sykehuset har over noen år valgt å ha mer ambisiøse lokale mål for tilgjengelighet enn de nasjonale målene. For 2021 betyr dette mål for ventetider innen somatikk på 50 dager og 30 dager for BUP, VOP og TSB. I tabellen ovenfor er dette reflektert.

Ventelister og ventetider

Kapasitetsutfordringer

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

Antall på venteliste og passert planlagt tid

Antall pasienter på total venteliste og antall med tildelt time øker fra forrige periode. Antall pasienter på total venteliste er 56.105. Den totale ventelisten fordeler seg på 21.072 pasienter som har fått time, og 35.033 pasienter som ikke har fått time. Endring antall pasienter som venter er jevnt fordelt på flere fagområder. Helseforetaket har god oversikt over de ventende.

Passert planlagt tid øker til 5.432 som utgjør 8,8 % som er høyere enn målkravet på 5 %. HSØ totalt for perioden er ca. 11 %. Det er ØNH, Plast, Hjerne og Barn som har høyest antall pasienter med passert planlagt tid, jfr kommentaren om kapasitetsutfordringer ovenfor.

Utviklingen i offisielle ventelisten har stabilisert seg siste 12 måneder, og det er for denne perioden 7.239 pasienter som venter. Dette er en liten reduksjon forrige periode.

Primær henvisninger

Antall elektive henvisninger mottatt i år er høyere enn 2021, men noe lavere enn tidligere år. Den største økningen i antall henvisninger sammenlignet med 2021 er til barne- og ungdomspsykiatrien, Endo-mammo, Gastro, Plast og Fertilitet.

Øyeblikkelig hjelp ligger noe under tidligere normal år, men høyere enn i fjor. Fagområder innen medisin har et antall som er mer likt med tidligere år.

Ventetider

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter med påstartet behandling ligger for denne perioden på 60 dager for alle tjenesteområdene samlet, som er en økning fra desember på 5 dager, og en økning på 8 dager i forhold til samme tid i fjor. Ventetid påstartet: (denne periode/forrige periode) somatikk 62 (57) dager, VOP 36 (34), BUP 38 (35) og TSB 35 (23).

Gjennomsnittlig ventetid for ventende pasienter for alle tjenesteområder er 71 (70) dager, dette er en økning på 1 dag i forhold til forrige periode. Ventetid ventende: somatikk 72 (72) dager, VOP 25 (28), BUP 30 (27) og TSB 15 (28). Plast har snitt ventetid på 148 (147) dager, hvor 1.432 pasienter venter på behandlingsstart.

Antall ventende pasienter over 1 år er for denne perioden 56 (71), endring -15 pasienter fra forrige periode. Dette fordeler seg på Plast 51 (66) (-15), øvrige avdelinger har 1 eller 0 pasient

Fristbrudd

Andel fristbrudd påstartet er for perioden på 3 % (4 % forrige periode), antallet er 83 (98) fristbrudd.

Plast har 23 (45) brudd og en andel på 13 % (20 %), og Mage-tarm har 39 (38) brudd og en andel på 22 % (23 %).

Andel fristbrudd ventende for alle tjenesteområder er 1,6 % (2 % forrige periode), antallet er 116 (151), som er endring -35 brudd fra forrige periode. Plast har 26 (49) brudd og en andel på 1,8 % (3 %) og Mage og tarm har 63 (70) brudd og en andel på 23 % er likt med forrige periode.

Korridorpasienter

I denne perioden har vi 196 (178) korridorpasienter, det er en markant økning i forhold til forrige periode. Andel korridorpasienter for perioden er 2,6 % (2,3 %) som er en økning fra forrige periode, økningen er markant innen medisinske fagområder.

Belegg

Snitt belegg i somatikken for denne perioden er på 202 pasienter, som gir en beleggprosent på 99.

Planleggingshorisont og operasjoner

Økt smitte og nye nasjonale tiltak har resultert i forstyrrelser i operasjonsaktiviteten for januar. Mange operasjonsteam er blitt avlyst. Elektive operasjoner i januar er 13 % under budsjett, mens ø-hjelpsoperasjoner er 18 % over budsjett. Strykningsprosenten er 4,9% i januar. Fristilte legeressurser fra operasjon er overført til poliklinikk. Perioden er også preget av høyt sykefravær som har ført til redusert aktivitet på poliklinikken. Planleggingshorisonten er forbedret i januar. Strykningsprosenten er 4,9% i januar.

Pakkeforløp kreft

Tallunderlaget for pakkeforløp kreft var ikke tilgjengelig fra H-dir på tidspunktet for ferdigstilling av foretaksrapporten. Resultater forventes å kunne presenteres i styremøtet 15/2.

1.2 Prioritere psykisk helsevern og TSB

Prioriteringsregelen

Ventetider

Noe etterslep etter ferien har ført til høyere ventetider i januar, men ventetid ventende er to dager lavere enn ved utgangen av forrige måned. VOP og TSB har falt, mens ventetid ventende BUP øker. Dette skyldes den store økningen i antall henvisninger.

I januar måned var ventetiden påstartede på 35 dager innenfor både VOP og TSB, mens BUP har en ventetid påstartet på 38 dager.

Prioriteringsregelen målt i ventetid er da oppfylt innenfor VOP, mens hverken TSB eller BUP innfrir målet denne måneden. Innenfor TSB falt ventetiden på de ventende ned til 15 dager ved månedsskifte, så den lange ventetiden i januar skyldes ferien. Barne- og ungdomspsykiatrien har som sagt en stor henvisningsmengde som fører til en økning i ventetiden.

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

Polikliniske konsultasjoner

Antall polikliniske konsultasjoner har økt innenfor alle tjenesteområdene målt mot fjoråret. BUP har økt med hele 15 %, og VOP og TSB har økt med 7 % hver for seg. Prioriteringsregelen er dermed oppfylt i januar måned.

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

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

Bruk av tvang

Det var 32 tvangsinnlagte i januar, noe som er nærmere en dobling fra januar i fjor. Utviklingen fra i fjor høst ser ut til å fortsette inn i 2022. Dette tilsvarer et gjennomsnitt på 0,19 per 1000 innbyggere. Med 169 antall innlagte, så er andelen tvangsinnlagte oppe på 18,9 % i januar. Andelen tvangsinnlagte var 13,6 % 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 % | 18,9 % |
| Antall pasienter i døgnbehandling som har minst ett tvangsmiddelvedtak | reduseres | 11 | 11 | 12 | 12 |

Pakkeforløp psykisk helsevern og TSB

Seks pakkeforløp for psykisk helse og rus ble innført i 2019. I 2022 er det 7 pakkeforløp. Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene skal sørge for at praksis i spesialisthelsetjenesten blir endret i tråd med anbefalingene i pakkeforløpene. Målet er likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor, unngå unødig ventetid for utredning, behandling og oppfølging, økt brukermedvirkning og brukertilfredshet, sammenhengende og koordinerte pasientforløp og bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner. Det brukes fortsatt mye tid og ressurser på å følge opp koding av pakkeforløp.

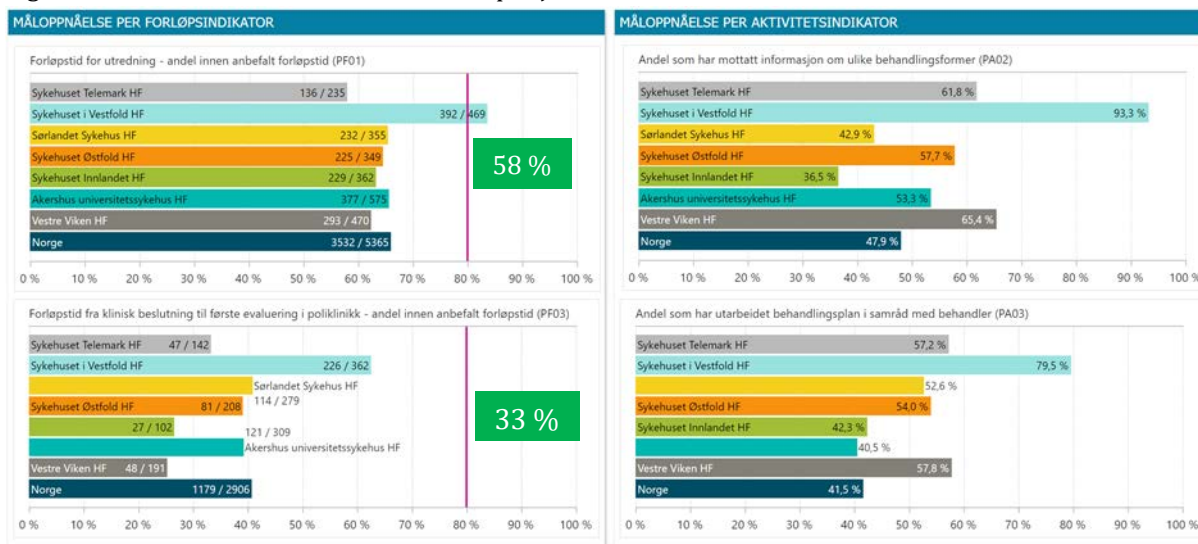
Det er store forskjeller i måloppnåelse innenfor de ulike pakkeforløpene i januar.

Hittil i år har STHF en måloppnåelse på 58 % på forløpstid for utredning. Dette er 22 % - poeng bak HSØ-målet, og 8 % - poeng bak landsgjennomsnittet. Pakkeforløp innenfor BUP er nede på 38 % måloppnåelse, mens OCD (D07) og pakkeforløp psykisk helsevern voksen (D11) leverer over landsgjennomsnittet.

Når vi kommer til parameteren for første evaluering ligger STHF på 33 % måloppnåelse, noe som er langt unna målet. Denne måleparameteren strever de fleste foretakene med, og landsgjennomsnittet viser 41 % måloppnåelse. Pakkeforløp TSB (D01) og Spiseforstyrrelser (D08) ligger over landsgjennomsnittet i januar.

STHF ligger godt over landsgjennomsnittet når det kommer til måleparameterne «informasjon om ulike behandlingsformer» og «utarbeidet behandlingsplan i samråd med behandler».

Figuren under viser det samlede resultatet per januar:



| Januar | Målekort STHF | Denne periode | | | Hittil i år | | |
|--------|-----------------------------|---------------|-----|-------|-------------|-----|-------|
| | | Faktisk | Mål | Avvik | Faktisk | Mål | Avvik |
| | Pakkeforløp VOP - utredning | 71 | 80 | -9 | 71 | 80 | -9 |
| | Pakkeforløp TSB - utredning | 64 | 80 | -16 | 64 | 80 | -16 |
| | Pakkeforløp BUP - utredning | 38 | 80 | -42 | 38 | 80 | -42 |

1.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

| Bedre kvalitet og pasientsikkerhet | mål 2022 | des.19 | des.20 | des.21 | jan.22 | jan.22 | | | | | VOP/ TSB | |
|--|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|------|-------|------|-------------|--|
| | | | | | | KIR | MED | MSK | ABK | BUK | | |
| Sykehusinfeksjoner % | <3% | | | | | | | | | | | |
| Korridorpasienter - antall | 0 % | 121 | 66 | 178 | 196 | 40 | 156 | | | | | |
| Korridorpasienter % | 0,0 % | 1,5 % | 1,0 % | 2,4 % | 2,4 % | 1,1 % | 3,4 % | | | | | |
| Direkte time i % | 100 % | 84 % | 85 % | 79 % | 77 % | 83 % | 67 % | 98 % | 100 % | 85 % | 87 % | |
| Antall åpne dokumenter > 14 dager | <2800 | 3 951 | 3 662 | 4 205 | 4 158 | 1 003 | 1 403 | 28 | 6 | 920 | 798 | |
| Antall pasienter med åpen henvisningsperiode | reduseres | 1 068 | 794 | 1 589 | 1 642 | 403 | 1 013 | 22 | 27 | 148 | 29 | |
| Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse | >30% | 28 % | 28 % | 23 % | 23 % | | 23 % | | | | | |

Koronasituasjonen 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 er de fleste indikatorene tilbake på nivået før pandemien.

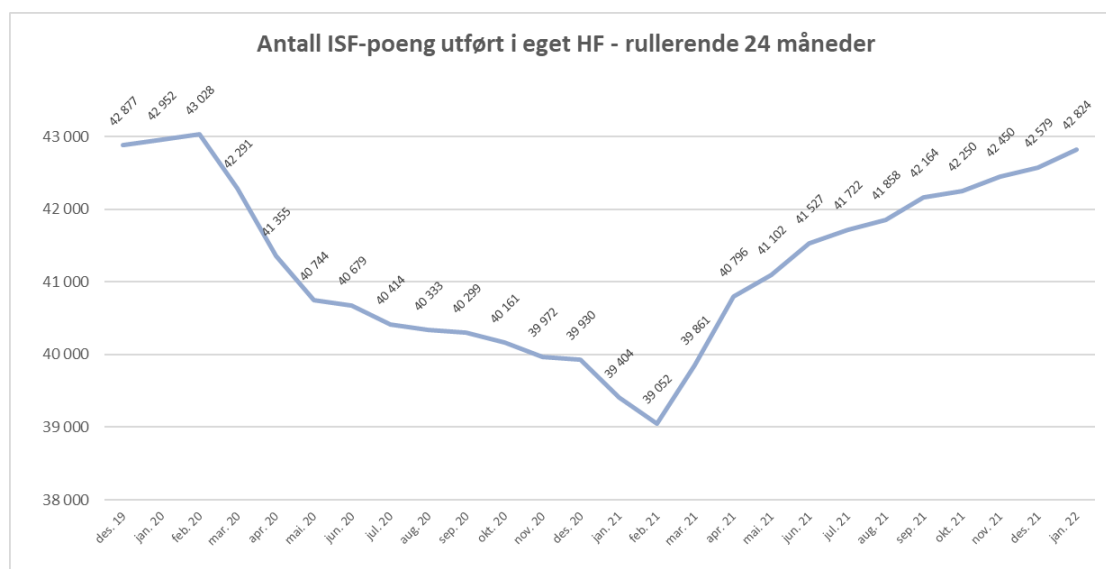
2 Aktivitet

2.1 Somatikk

Koronasituasjonen påvirker fortsatt foretakets drift og aktivitet. Nivået på øyeblikkelig hjelp-pasienter er betydelig lavere enn budsjettert og i januar i 2020 (før pandemien). Antall døgnpasienter har i januar vært 12 % færre enn budsjettert, og 7 % færre enn i januar 2020. Dette gir seg utslag i form av betydelig lavere ISF-inntekter enn budsjettert.

Samlet budsjettavvik knyttet til ISF poeng utført i eget HF (dag, døgn, poliklinikk og legemidler) er for januar 2022 -266 poeng (-6 %).

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



| ISF-poeng somatikk | | | | | | | | | | | |
|---|--------------|--------------|-------------|-------------|--------------|--------------|-------------|-------------|--------------|---------------|-----------------------------|
| | Denne måned | | | | Hittil i år | | | | Faktisk 2021 | Budsjett 2022 | ISF budsjet-avvik (1000 kr) |
| | Faktisk | Budsjett | Avvik | Avvik% | Faktisk | Budsjett | Avvik | Avvik% | | | |
| Kirurgisk klinikk | 1 673 | 1 749 | -77 | -4 % | 1 673 | 1 749 | -77 | -4 % | 1 593 | 19 657 | -1 833 |
| Medisinsk klinikk | 1 782 | 1 889 | -107 | -6 % | 1 782 | 1 889 | -107 | -6 % | 1 554 | 21 412 | -2 549 |
| BUK | 198 | 278 | -80 | -29 % | 198 | 278 | -80 | -29 % | 232 | 3 040 | -1 915 |
| Akutt og beredskap | 12 | 11 | 1 | 9 % | 12 | 11 | 1 | 9 % | 9 | 118 | 25 |
| MSK | 29 | 30 | -1 | -3 % | 29 | 30 | -1 | -3 % | 27 | 400 | -24 |
| Ernæringspoliklinikk | 0 | - | 0 | | 0 | - | 0 | | 10 | 0 | 3 |
| Ufordelt | 4 | - | 4 | | 4 | - | 4 | | 61 | 0 | |
| SUM ISF-poeng utført ved STHF | 3 698 | 3 958 | -260 | -7 % | 3 698 | 3 958 | -260 | -7 % | 3 486 | 44 627 | -6 293 |
| SUM ISF-poeng utført ved STHF "sørge-for" | 3 709 | 3 975 | -266 | -7 % | 3 709 | 3 975 | -266 | -7 % | 3 649 | 44 847 | |
| SUM ISF-poeng (inkl. legemidler, FBV) "sørge-for" | 3 953 | 4 218 | -266 | -6 % | 3 953 | 4 218 | -266 | -6 % | 6 881 | 47 767 | |

| Sykehuset Telemark | jan.22 | | | | Hittil i år | | | | Endring HiÅ 2022 - 2021 | | |
|---|---------|----------|----------------|-------|-------------|----------|----------------|-----------------|-------------------------|---------|------|
| | Faktisk | Budsjett | Budsjett-avvik | % | Faktisk | Budsjett | Budsjett-avvik | Avvik i prosent | HiÅ 2020 | Endring | % |
| Somatikk | | | | | | | | | | | |
| Antall utskrivninger døgnbehandling | 2 089 | 2 370 | - 281 | -12 % | 2 089 | 2 370 | - 281 | -12 % | 1 897 | 192 | 10 % |
| Antall liggedøgn døgnbehandling | 7 386 | 8 339 | - 953 | -11 % | 7 386 | 8 339 | - 953 | -11 % | 6 506 | 880 | 14 % |
| Antall oppholdsdager dagbehandling | 2 271 | 2 397 | - 126 | -5 % | 2 271 | 2 397 | - 126 | -5 % | 2 148 | 123 | 6 % |
| Antall inntektsgivende polikliniske opphold | 15 771 | 16 965 | -1 194 | -7 % | 15 771 | 16 965 | -1 194 | -7 % | 14 384 | 1 387 | 10 % |

Antall dagbehandlinger (hovedsakelig dialyse-behandlinger og cytostatika-kurer for kreftpasienter) har vært 5 % lavere enn budsjettet og 6 % høyere enn i januar fjor. Den polikliniske aktiviteten har vært 7 % lavere enn budsjettet og tilnærmet lik med i fjor. Januar 2022 hadde 1 arbeidsdag mer enn januar i fjor.

Andel video- og telefonkonsultasjoner i januar 10,7 %. Regional målsetting er 15 % totalt. Vår interne målsetting på 10 % for somatikk og 25 % for PHV/TSB gir en samlet andel på 15%.

Kirurgisk klinikk ligger 77 ISF-poeng bak budsjett pr januar. Avviket gjelder endringer i operasjonsprogrammet som følge av koronatiltak, lav legebemannning på GYN og Plast, samt høyt sykefravær, særlig hos ØHN. Ventelister til operasjon ligger på et lavere nivå enn tidligere år, men har tatt seg noe opp de siste par månedene på enkelte fag. Indeks for dagopphold er 7,4 % over budsjett i perioden, mens indeks for døgnopphold er 2 % under budsjett.

Aktiviteten i **Medisinsk klinikk**, målt i antall ISF-poeng, har i januar vært 107 poeng (-6 %) lavere enn budsjettet, og 13 % høyere enn i samme periode i fjor. Avviket skyldes for en stor del den pågående pandemien; nivået på øyeblikkelig hjelp-pasienter er lavere enn budsjettet. Aktiviteten knyttet til poliklinikk/dagbehandling var i januar i tilnærmet budsjettbalanse og 14 % høyere enn i fjor.

Barne- og ungdomsklinikken har et negativt budsjettavvik på -80 ISF-poeng (-29 %) i januar. 75 poeng skyldes færre døgnopphold. Av dette er 10 poeng knyttet til friske nyfødte. Det har de siste månedene vært høyt sykefravær blant legene og dette har medført redusert poliklinisk aktivitet.

Medisinsk serviceklinikk har ISF-aktivitet som budsjettet i januar.

2.2 Psykisk helsevern og TSB

Trykket på sengepostene fortsetter inn i det nye året, og antall liggedager er 3 % høyere enn budsjettet samlet sett. Målt mot fjoråret er antall liggedager 26 % høyere enn i fjor. Antall utskrevne pasienter ligger også høyt, og har en vekst på 29 % fra i fjor. Den store veksten skyldes både økt trykk og økt

kapasitet målt mot i fjor. Kapasiteten var redusert i starten av fjoråret som følge av spesialistmangel innenfor voksenpsykiatrien.

Målt mot budsjettet nivå, så er det på den ungdomspsykiatriske sengeposten 50 % flere utskrevne enn budsjettet, men færre liggedager. TSB viser også en stor vekst i antall utskrevne og reduksjon i antall liggedager. Voksenpsykiatrien viser et annet bilde hvor det er færre utskrevne enn budsjettet men antall liggedager er 6 % høyere enn budsjettet.

| 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 | 304 | 337 | -32 | -10 % | 304 | 337 | -32 | -10 % | 3 156 | 3 612 | -106 061 |
| DPS øvre Telemark | 145 | 180 | -35 | -20 % | 145 | 180 | -35 | -20 % | 1 450 | 1 930 | -115 717 |
| Psykiatrisk sykehusavdeling | 78 | 50 | 28 | 57 % | 78 | 50 | 28 | 57 % | 615 | 534 | 93 619 |
| Poliklinisk avdeling TSB og psykose | 232 | 202 | 30 | 15 % | 232 | 202 | 30 | 15 % | 2 579 | 2 457 | 99 643 |
| Raskere tilbake PHV og TSB (underlagt Med.kl) | 17 | 8 | 9 | 108 % | 17 | 8 | 9 | 108 % | 82 | 84 | 29 754 |
| Klinikk for PHV og TSB + Raskere tilbake | 777 | 777 | 0 | 0 % | 777 | 777 | 0 | 0 % | 7 882 | 8 616 | 1 237 |
| Avdeling for barn og unges psykiske helse - ABUP | 933 | 1 194 | -262 | -22 % | 933 | 1 194 | -262 | -22 % | 11 843 | 12 954 | -861 992 |
| Barne- og ungdomsklinikken | 933 | 1 194 | -262 | -22 % | 933 | 1 194 | -262 | -22 % | 11 843 | 12 954 | -861 992 |
| SUM ISF psykisk helsevern og TSB på STHF | 1 710 | 1 971 | -261 | -13 % | 1 710 | 1 971 | -261 | -13 % | 19 725 | 21 571 | -860 756 |

| Sykehuset Telemark | jan.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 døgntilrettelagt | 104 | 122 | -18 | -15 % | 104 | 122 | -18 | -15 % | 95 | 9 | 9 % |
| Antall liggedøgn døgntilrettelagt | 2 878 | 2 715 | 163 | 6 % | 2 878 | 2 715 | 163 | 6 % | 2 218 | 660 | 30 % |
| Antall oppholds dager dagbehandling | | | | | | | | | | | |
| Antall inntektsgivende polikliniske opphold | 3 790 | 4 350 | -560 | -13 % | 3 790 | 4 350 | -560 | -13 % | 3 552 | 238 | 7 % |
| BUP - Psykisk helsevern for barn og unge | | | | | | | | | | | |
| Antall utskrivninger døgntilrettelagt | 20 | 13 | 7 | 54 % | 20 | 13 | 7 | 54 % | 10 | 10 | 100 % |
| Antall liggedøgn døgntilrettelagt | 179 | 216 | -37 | -17 % | 179 | 216 | -37 | -17 % | 177 | 2 | 1 % |
| Antall oppholds dager dagbehandling | | | | | | | | | | | |
| Antall inntektsgivende polikliniske opphold | 3 573 | 3 640 | -67 | -2 % | 3 573 | 3 640 | -67 | -2 % | 3 106 | 467 | 15 % |
| Tverrfaglig spesialisert rusbehandling | | | | | | | | | | | |
| Antall utskrivninger døgntilrettelagt | 35 | 29 | 6 | 21 % | 35 | 29 | 6 | 21 % | 18 | 17 | 94 % |
| Antall liggedøgn døgntilrettelagt | 246 | 277 | -31 | -11 % | 246 | 277 | -31 | -11 % | 226 | 20 | 9 % |
| Antall oppholds dager dagbehandling | | | | | | | | | | | |
| Antall inntektsgivende polikliniske opphold | 771 | 838 | -67 | -8 % | 771 | 838 | -67 | -8 % | 723 | 48 | 7 % |

Antall konsultasjoner innenfor PHV og TSB var i januar 7,9 % lavere enn budsjettet, men hele 10,2 % høyere enn i fjor. Veksten er størst i BUP med 15 %, og VOP og TSB viser hver for seg en vekst på nærmere 7 %.

Antall behandlere tilstede i januar er økt innenfor BUP, mens det er redusert innenfor TSB målt mot fjoråret, grunnet sykefravær, vakanser og rekrutteringsutfordringer. VOP er på samme nivå som i fjor.

TSB viser en stor produktivitetsvekst målt mot fjoråret, og selv med 7 færre terapeuter tilstede har aktiviteten økt med 7 %.

DRG-resultatene viser et samlet negativt avvik, hvor ISF-inntektene innen BUP er vesentlig lavere enn budsjettet og vesentlig større enn aktivitetsavviket skulle tilsi. STHF har ikke i tilstrekkelig grad hensyntatt den store dreiningen i DRG-vekten mellom VOP/TSB og BUP. Budsjettavvikene på aktivitet og inntekt innenfor tjenesteområdene vil derfor ikke harmonere i 2022. Vi har bedt Analysesenteret/ Logex om en sammenligning av aktivitet 2021 med 2021-logikk og 2022-logikk for å se effektene av endringene i vekter.

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

videokonsultasjoner skal overstige 25 % for PHV/TSB. PHV/TSB leverte i januar en andel på 22,2 % på telefonkonsultasjoner alene, og har i tillegg en andel videokonsultasjoner på 4,8 %. Den regionale oversikten viser at vi ligger 0,6 % - poeng over gjennomsnittet i HSØ.

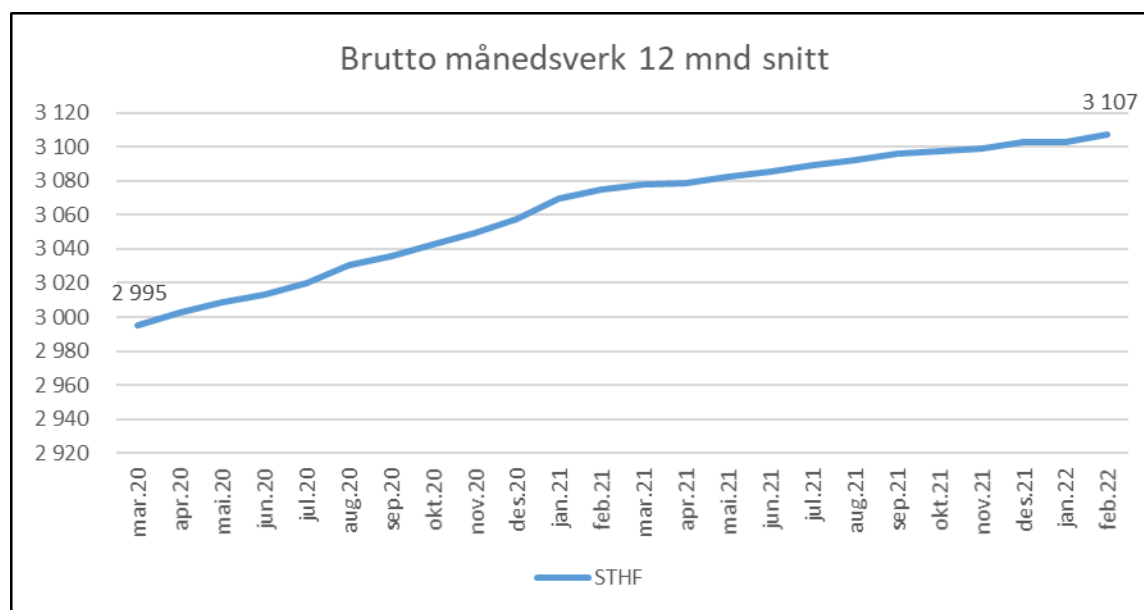
3 Bemanning - brutto månedsverk, samlet lønnskostnad og innleie

Brutto månedsverk som ble utbetalt i januar var 3093, noe som er 1,4 % over budsjettet bemanningsforbruk og på samme nivå som i januar i fjor. Det er i januar utbetalt 37 månedsverk direkte knyttet til den økte beredskapen som følge av pandemien.

Når vi trekker ut koronarelatert bemanning, er bemanningsforbruket kun 7 månedsverk høyere enn budsjettet. I dette tallet inngår også årsverk som er eksternt-finansiert og ikke budsjettet.

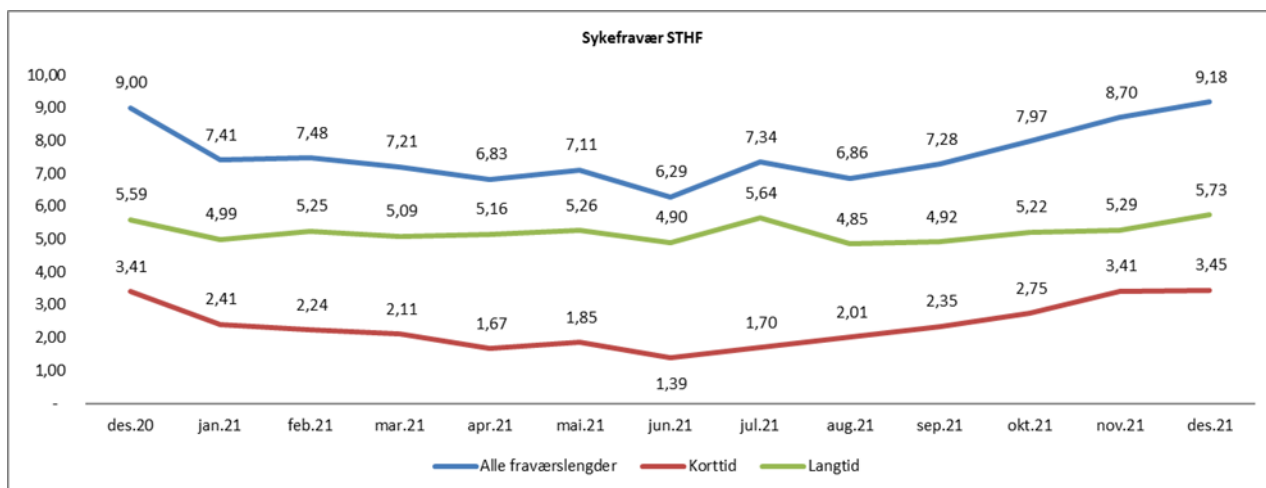
Med et sykefravær på 9,2 i desember måned ga dette et høyt forbruk av variabel lønn og brutto månedsverk som ble utbetalt i januar. Med økning i antall Covid-19 tilfeller og høyere sykefravær vil bemanningsbudsjettet bli vanskelig å holde.

Som vist i graf 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 204,2 millioner kr i januar, mot budsjett 203,4 millioner kroner. Dette er 14,5 millioner kr høyere enn i januar 2021. Innleie utgjorde 1,9 millioner kr i januar mot budsjett 1,7 millioner kr.

Tall for sykefravær rapporteres med en måneds forsinkelse. Som vist under har sykefraværet økt betydelig fra august 2021 og frem til årsslutt. Sykefraværet i desember måned 2021 var høyere enn desember 2020, noe som resulterte i et høyt antall utbetalte årsverk i januar 2022. Det rapporteres om fortsatt høyt sykefravær i januar, og det foreløpige tallet ligger på 8,5 %.



4 Økonomi

Sykehuset Telemark rapporterer et resultat på -14,1 millioner kr. i januar, som er 19,1 millioner kr. lavere enn periodisert styringsmål.

Årsakene til budsjettavviket i januar er:

- Udekket koronaeffekt (16 millioner kr.)
- Høyere kostnader med fritt behandlingsvalg (3 millioner kr.)

I desember ble driftssituasjonen mer krevende med økende smitte i samfunnet, flere covid-19 pasienter og økning i sykefravær blant ansatte. Denne utviklingen fortsatte i januar.

Koronasituasjonen har påvirket foretakets drift negativt med 17,4 millioner kr. i januar. Dette er en liten nedgang fra foregående måned. Det rapporteres tapte inntekter på 8,9 millioner kroner og økte kostnader på 8,5 millioner kroner. Koronaeffektene på kostnadssiden er relatert til testing og flere innleide vikarer som følge av høyt sykefravær.. Det er inntektsført 1,3 millioner kr av gjenstående koronakompensasjon fra 2021. Størstedelen av koronaeffektene er ikke kompensert.

| Regnskapsresultat pr. januar 2022 | regnskap januar | budsjett januar | avvik januar | Budsjett 2022 | Prognose 2022 | avvik 2022 |
|---|----------------------------|----------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Basisramme | 226 591 | 226 591 | -0 | 2 622 312 | 2 622 312 | - |
| Kvalitetsbasert finansiering | 1 252 | 1 252 | - | 15 021 | 15 021 | - |
| ISF-refusjon dag- og døgnbehandling | 71 179 | 76 385 | -5 206 | 861 196 | 861 196 | - |
| ISF somatisk poliklinisk aktivitet | 17 306 | 18 339 | -1 033 | 207 439 | 207 439 | - |
| ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB | 5 632 | 6 493 | -861 | 71 054 | 71 054 | - |
| ISF fritt behandlingsvalg | 63 | 159 | -97 | 1 910 | 1 910 | - |
| ISF refusjon pasientadministrerte legemiddel (H-resepter) | 5 809 | 5 809 | -0 | 69 703 | 69 703 | - |
| Utskrivningsklare pasienter | 3 017 | 1 695 | 1 321 | 20 343 | 20 343 | - |
| Gjestepasienter | 2 317 | 1 686 | 631 | 22 325 | 22 325 | - |
| Konserninterne gjestepasientinntekter | 6 948 | 6 959 | -11 | 95 970 | 95 970 | - |
| Polikliniske inntekter | 8 870 | 10 083 | -1 213 | 113 067 | 113 067 | - |
| Øremerket tilskudd "Raskere tilbake" | - | - | - | - | - | - |
| Andre øremerkede tilskudd | 3 573 | 1 768 | 1 805 | 22 018 | 22 018 | - |
| Andre driftsinntekter | 23 426 | 24 540 | -1 114 | 313 985 | 313 985 | - |
| SUM DRIFTSINNTEKTER | 375 982 | 381 758 | -5 776 | 4 436 342 | 4 436 342 | - |
| Kjøp av offentlige helsetjenester | 4 563 | 3 794 | -769 | 45 895 | 45 895 | - |
| Kjøp av private helsetjenester | 13 297 | 10 519 | -2 778 | 127 636 | 127 636 | - |
| Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen | 52 047 | 48 324 | -3 723 | 574 304 | 574 304 | - |
| Innleid arbeidskraft - del av kto 468 | 1 880 | 1 811 | -69 | 20 162 | 20 162 | - |
| Konserninterne gjestepasientkostnader | 26 366 | 26 830 | 464 | 305 576 | 305 576 | - |
| Lønn til fast ansatte | 175 693 | 179 539 | 3 846 | 2 044 532 | 2 044 532 | - |
| Overtid og ekstrahjelp | 12 627 | 8 205 | -4 422 | 107 209 | 107 209 | - |
| Pensjon inkl arbeidsgiveravgift | 32 446 | 31 474 | -972 | 358 911 | 369 995 | -11 085 |
| Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft | -12 042 | -11 943 | 99 | -137 767 | -137 767 | - |
| Annen lønn | 27 941 | 27 588 | -353 | 312 123 | 312 123 | - |
| Avskrivninger | 8 497 | 8 629 | 132 | 105 907 | 105 907 | - |
| Nedskrivninger | - | - | - | - | - | - |
| Andre driftskostnader | 48 374 | 42 624 | -5 750 | 518 965 | 518 965 | - |
| SUM DRIFTSKOSTNADER | 391 688 | 377 393 | -14 295 | 4 383 452 | 4 394 537 | -11 085 |
| DRIFTSRESULTAT | -15 706 | 4 365 | -20 071 | 52 890 | 41 805 | -11 085 |
| Finansinntekter | 967 | 923 | 44 | 11 073 | 11 073 | - |
| Finanskostnader | 318 | 288 | -30 | 3 963 | 3 963 | - |
| FINANSRESULTAT | 649 | 635 | 14 | 7 110 | 7 110 | - |
| (ÅRS)RESULTAT | -15 057 | 5 000 | -20 057 | 60 000 | 48 915 | -11 085 |
| Pensjonskostnader | 972 | - | 972 | - | 11 085 | 11 085 |
| RESULTAT JUSTERT FOR PENSJONSKOSTNADER | -14 085 | 5 000 | -19 085 | 60 000 | 60 000 | -0 |

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 januar 2022 | lønn | andre driftskostnader | driftsinntekter | Sum | herav akkumulert effekt korona |
|---|---------------|-----------------------|-----------------|----------------|--------------------------------|
| Kirurgi | 5 | -838 | -2 269 | -3 102 | -2 785 |
| Medisin | -1 398 | -461 | -2 059 | -3 919 | -4 070 |
| Barne- og ungdomsklinikken | 313 | -62 | -2 490 | -2 239 | -3 000 |
| Akutt og beredskap | -1 366 | -1 584 | 106 | -2 844 | -2 115 |
| Medisinsk serviceklinikk | 1 206 | -4 375 | -1 237 | -4 407 | -4 125 |
| Psykiatri og rus | -632 | -772 | -266 | -1 670 | -1 060 |
| Service og systemledelse | 90 | -1 199 | -897 | -2 006 | -1 000 |
| SUM klinikker | -1 783 | -9 292 | -9 111 | -20 186 | -18 155 |
| Administrasjon | 463 | 761 | -871 | 353 | -280 |
| Kjøp og salg av helsetjenester | | -1 515 | 1 762 | 247 | |
| - biologiske legemidler og kreftlegemidler | | 0 | -0 | 0 | |
| - gjestepasientoppjør somatikk (inkl lab, rad) | | 1 266 | 1 582 | 2 849 | |
| - psykiatri og TSB - gjestepasienter og fritt behandlingsvalg | | -2 782 | 179 | -2 602 | |
| Felles poster | 490 | -2 432 | 2 444 | 502 | 2 340 |
| BUDSJETTAVVIK per januar 2022 | -830 | -12 478 | -5 776 | -19 084 | -16 095 |

Kirurgisk klinikk har et negativt resultat i januar på -3,1 millioner kroner, hvorav 2,3 millioner kroner gjelder inntektssiden og 0,8 millioner gjelder kostnadssiden. Koronarelaterte kostnader i perioden er anslått til 1,0 million kroner. Inntektstapet er relatert koronarelaterte driftsendringer i operasjon, utfordringer i legekapasiteten for Gyn og Plast, samt høyt sykefravær særlig i ØNH. Ø-hjelpen i januar er på nivå med samme periode tidligere år.

Medisinsk klinikk har et negativt avvik på -3,9 millioner kroner i januar. I all hovedsak relaterer dette seg til lavere ISF-inntekter fra øyeblikkelig hjelp-pasienter (ca. 2 millioner kroner) og høyere lønnskostnader som en følge av høyt sykefravær ved de medisinske sengepostene. En stor del av sykefraværet er knyttet til Covid-19. Koronarelaterte kostnader utgjør til sammen 1,5 millioner kroner i januar.

Barne- og ungdomsklinikken har et negativt avvik på -2,2 millioner kroner i januar. Avviket skyldes lavere ISF-inntekter i somatikken og lavere inntekter enn budsjettet i Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP). Endringer i kostnadsvekter fra 2021 til 2022 for ISF psykisk helse er ikke tatt hensyn til i budsjettet. ABUP har dessuten høye kostnader med innleie av lege- og psykologspesialister, men dette dekkes opp av lavere lønnskostnader.

Akutt og beredskapsklinikken har et resultat per januar som viser et budsjettavvik på 2,8 millioner kroner. Avviket er hovedsakelig på lønn, vikarbyrå, medikamenter og medisinske forbruksvarer. Det er identifisert utgifter med 2,2 millioner kroner knyttet til Covid-19 og disse kan knyttes til økt aktivitet og høyt sykefravær på seksjoner med spesialkompetanse og da især akuttmedisinsk avdeling (anestesi/akuttmottak/intensiv).

Klinikken er rammefinansiert og DRG inntekter som genereres av økt aktivitet inntektsføres i medisinsk og kirurgisk klinikk.

Sykefraværet i klinikken i januar er 7,8 % og dette er tilnærmet likt nivå som i desember. Klinikken har fokus på optimal ressursstyring av bemanning, sykefravær og kostnadskontroll.

Medisinsk serviceklinikk har et negativt avvik på 4,4 millioner kroner per januar. Koronaeffekten er beregnet til 4,1 millioner kroner, og skyldes i hovedsak reagenser til covid-19 analysene, samt inntektstap som følge av noe lavere aktivitet enn budsjettet innen radiologi og laboratoriemedisin. Høye sykepengerefusjoner samt vakanser bidrar til lave lønnskostnader i klinikken. Lavere

lønnskostnader enn budsjett kompensere for økte kostnader med innleie av legerressurser til patologi og radiologi. Klinikken har et sykefravær på 9,1 % hvorav 5 % gjelder langtidssykefravær. Per januar er det påløpt utgifter til LMVS-prosjektet med 0,1 mill.kr.

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling leverer et negativt budsjettavvik på 1,7 millioner kroner per januar. Prosjektførte koronakostnader utgjør 0,7 millioner denne måneden. Det var et Covid-19 utbrudd i akuten, noe som førte til høyt forbruk av variabel lønn i januar. Sengepostene leverte dermed et negativt budsjettavvik på 0,8 millioner.

Klinikken har et økt og høyt trykk på sengepostene, så aktiviteten overgår både budsjett og fjoråret. Den polikliniske aktiviteten viser også en vekst og ligger i januar 7 % høyere enn i januar i fjor. Da antall terapeuter viser nedgang så er det denne måneden produktivitetsveksten som står for det gode resultatet. Som følge av mangel på spesialister er det for øyeblikket 4 innleide leger, og klinikken har januar brukt 0,7 millioner på innleie av leger. Resten av avviket skyldes klinikkens uløste budsjettutfordringen i 2022.

Service- og Systemledelse har et resultat på minus 2 millioner kroner. Herav utgjør Covid-19 kostnadene 1 million kroner. Størst usikkerhet er innen avdeling for pasientreiser. Med ekstraordinære prisøkninger i 2022 og fortsatt manglende samkjøring på grunn av smittevern, går denne avdelingen med 1,1 millioner kroner i minus (uten C-19 effekt). Men det er for tidlig å tolke det for en trend. Service- og Systemledelse bruker 1 årsverk over budsjett, dette er relatert til Covid-19 aktivitet.

Administrasjonen har et 0,4 millioner kroner bedre enn budsjettet i januar. Hovedårsak er vakanser og høye sykepengerefusjoner.

Felles: Positivt avvik skyldes inntektsføring av koronakompensasjon samt inntekter for utskrivningsklare pasienter

Vedlegg:

- Foretaksrapport STHF 2022_01

Foretaksrapport

**Sykehuset Telemark HF
januar 2022**

Innhold

1. Oversikt og statusbilde

2. Kvalitet

3. Aktivitet

4. Prioritering av psykisk helsevern og rus

5. Bemanning

6. Økonomi/ finans

Oversikt

| 202201 | Faktisk Hiå | Budsjett Hiå | Avvik Hiå | Avvik % | Årsbudsjett | Årsestimat |
|-----------------------------|-------------|--------------|-----------|----------|-------------|------------|
| Økonomi (hele tusen) | | | | | | |
| Driftsinntekter | 375 982 | 381 758 | -5 776 | -1,5 % | 4 436 342 | 4 436 342 |
| Driftskostnader | 391 688 | 377 393 | 14 295 | 3,8 % | 4 383 452 | 4 394 537 |
| Driftsresultat | -15 706 | 4 365 | -20 071 | -459,8 % | 52 890 | 41 805 |
| Finansresultat | 649 | 635 | 14 | 2,2 % | 7 110 | 7 110 |
| Årsresultat | -14 085 | 5 000 | -19 085 | -381,7 % | 60 000 | 60 000 |
| Aktivitet | | | | | | |
| Polikliniske konsultasjoner | | | | | | |
| Somatikk | 15 771 | 16 965 | -1 194 | -7,0 % | 192 600 | 192 600 |
| VOP | 3 790 | 4 350 | -560 | -12,9 % | 46 700 | 46 700 |
| BUP | 3 573 | 3 642 | -69 | -1,9 % | 39 500 | 39 500 |
| TSB | 771 | 838 | -67 | -8,0 % | 9 000 | 9 000 |
| Bemanning | | | | | | |
| Brutto månedsverk | | | | | | |
| Somatikk | 3 093 | 3 049 | -44 | -1,4 % | 3 050 | 3 050 |
| VOP | 2 158 | 2 130 | -28 | -1,3 % | 2 131 | 2 131 |
| VOP | 532 | 534 | 2 | 0,3 % | 534 | 534 |
| BUP | 160 | 161 | 1 | 0,8 % | 161 | 161 |
| TSB | 56 | 58 | 2 | 2,6 % | 58 | 58 |
| Prehospitale tjenester | 170 | 148 | -22 | -14,6 % | 148 | 148 |
| Annet | 16 | 18 | 2 | 9,5 % | 18 | 18 |

Målekort

| 202201 | Målekort STHF | Denne periode | | | Hittil i år | | |
|--|---------------------------|---------------|-------|--------|-------------|------|-------|
| | | Faktisk | Mål | Avvik | Faktisk | Mål | Avvik |
| Kvalitet | | | | | | | |
| Ventetid påstartet | | 60 | | | 60 | | |
| | Somatikk | 62 | 50 | -12 | 62 | 50 | -12 |
| | VOP | 36 | 30 | -6 | 36 | 30 | -6 |
| | BUP | 38 | 30 | -8 | 38 | 30 | -8 |
| | TSB | 35 | 30 | -5 | 35 | 30 | -5 |
| Ventetid venter | | 71 | | | | | |
| | Somatikk | 72 | 50 | -22 | | | |
| | VOP | 25 | 30 | 5 | | | |
| | BUP | 30 | 30 | 0 | | | |
| | TSB | 15 | 30 | 15 | | | |
| Andel kontakter passert planlagt tid | | 9 % | 5 % | 4 % | NA | NA | NA |
| Pakkeforløp kreft - andel behandlet innen standard forløpstid alle fag | | | | | | | |
| | Pakkeforløp VOP utredning | 71 % | 80 % | -9 % | 71 % | 80 % | -9 % |
| | Pakkeforløp TSB utredning | 64 % | 80 % | -16 % | 64 % | 80 % | -16 % |
| | Pakkeforløp BUP utredning | 38 % | 80 % | -42 % | 38 % | 80 % | -42 % |
| Korridorpasienter somatikk | | 2,6 % | 0,0 % | -2,6 % | | | |

Kommentarer:

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter med påstartet behandling ligger for denne perioden på 60 dager for alle tjenesteområdene samlet, som er en økning på 5 dager fra desember, og 8 dager mer enn til samme tid i fjor

Gjennomsnittlig ventetider (påstartet og ventende) innenfor somatikken er noe svakere enn i januar i fjor. BUP og TSB har lavere ventetid i januar enn i januar i fjor, mens VOP har økt sin ventetid påstartet med 2 dager.

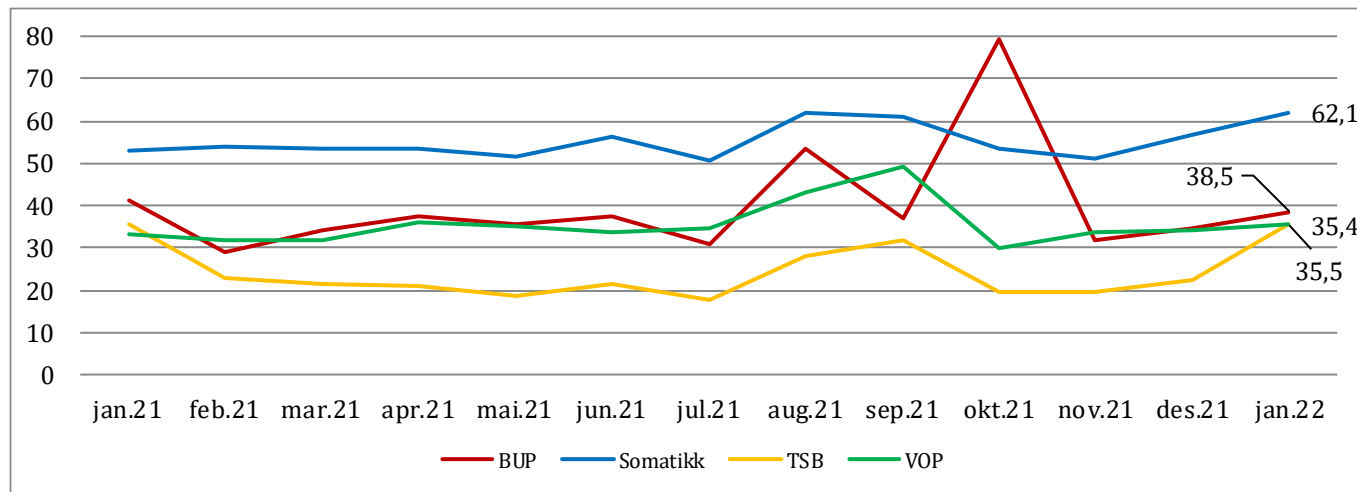
PHV/TSB har lave ventetider på de ventende i denne perioden, slik at ventetid påstartet forventes å være lave de kommende månedene.

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

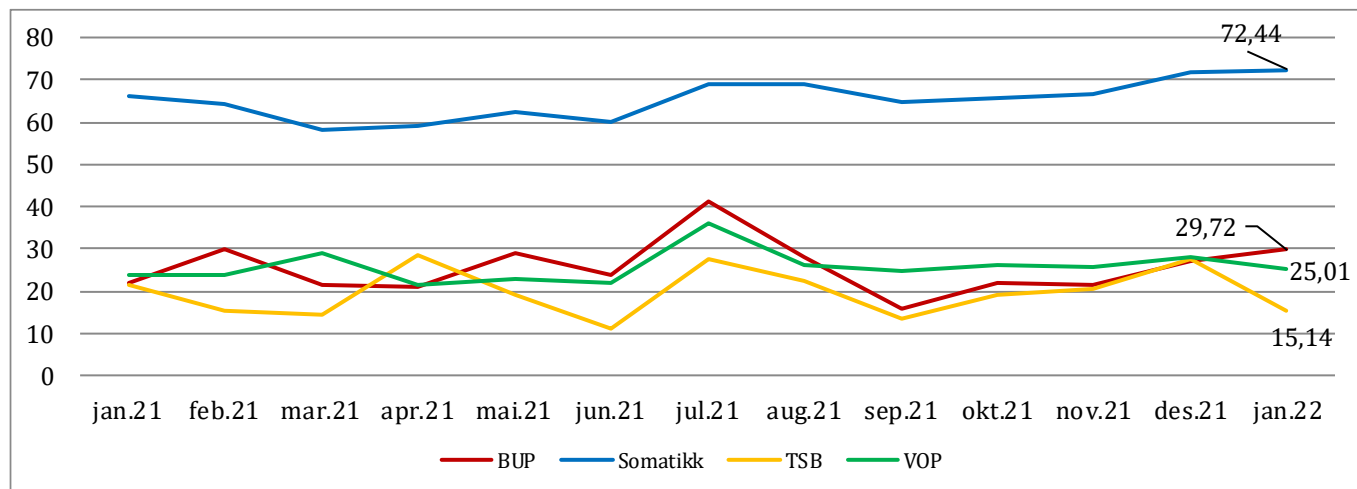
Antall polikliniske konsultasjoner har økt innenfor alle tjenesteområdene målt mot fjoråret. Prioriteringsregelen er dermed oppfylt i januar måned. Kravet måles ved at aktiviteten i 2022 skal være høyere enn i 2021.

Ventetid

Påstartet



Ventende



Kommentarer:

Ventetid påstartet:

Somatikk har ventetid 62 dager som er en økning på 5 dager fra desember, og 9 dager i forhold til samme tid i fjor

Psykisk helsevern voksne (VOP) har ventetid 35 dager som er en økning på 1 dag fra desember og 2 dager mer enn i januar i fjor

Tverrfaglig spesialist rusbehandling (TSB) har ventetid 35 dager som er en økning på 12 dager fra desember. Ventetid i år er lik som i fjor

Barne- og ungdomspsykiatrisk (BUP) har ventetid 38 dager som er en økning på 3 dager fra forrige periode, men 3 dager lavere enn på samme tid i fjor

Ventetid ventende:

Gjennomsnittlig ventetid for **ventende** pasienter for alle tjenesteområder er 71 dager, en økning på 1 dag fra desember.

Somatikk har ventetid 72 dager som er uendret fra forrige periode

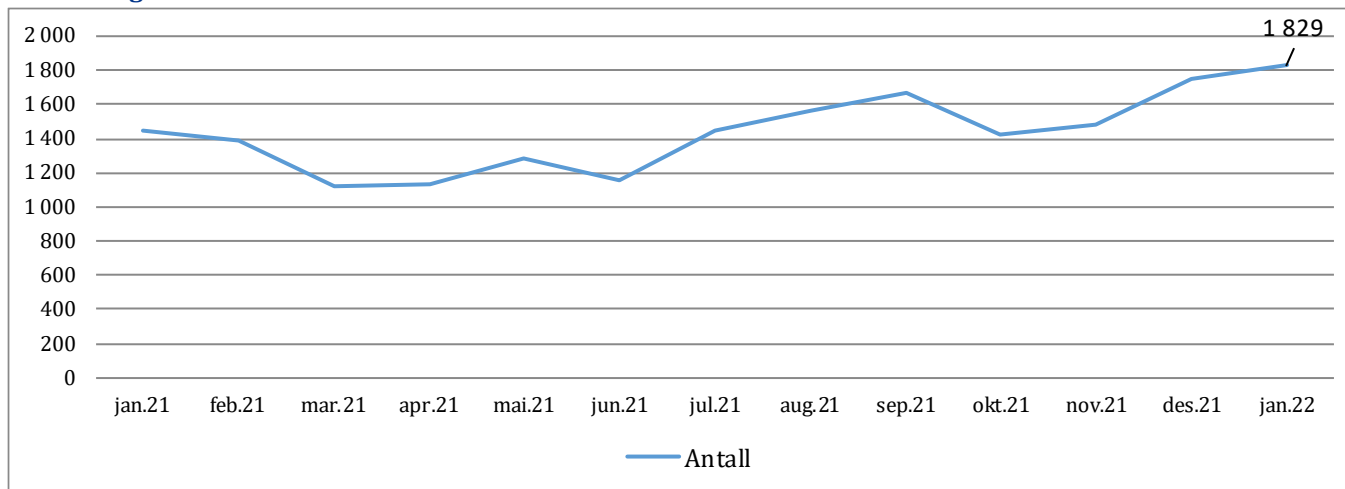
Psykisk helsevern voksne (VOP) har ventetid 25 dager, en reduksjon på 3 dager fra desember.

Tverrfaglig spesialist rusbehandling (TSB) har ventetid ventende på 15 dager, en nedgang på 13 dager siste periode.

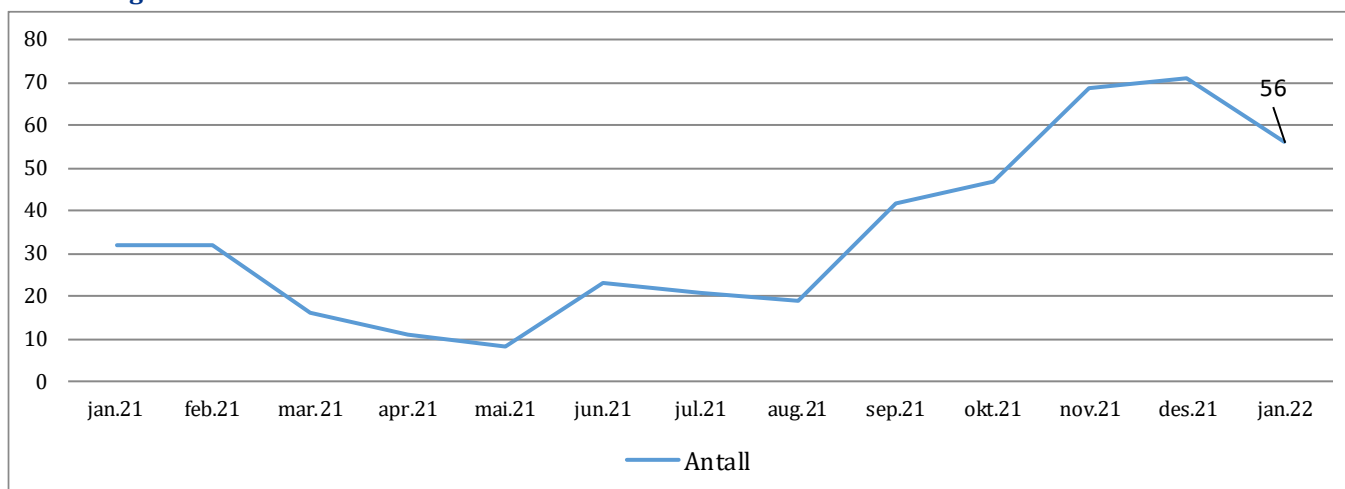
Barne- og ungdomspsykiatrisk (BUP) har 30 dager som er en økning på 3 dager fra desember.

Pasienter som venter

Venter og ventet mer enn 3 måneder.



Venter og ventet mer enn et år.



Kommentarer:

Utviklingen i offisielle ventelisten har stabilisert seg siste 12 måneder, og det er ved utgangen av januar 7.239 pasienter som venter. Dette er en liten reduksjon forrige periode.

Ventet mer enn tre mnd (90 dg)

Sykehuset har en økning på 83 pasienter som har ventet mer enn 3 mnd., sammenlignet med forrige periode.

Sammenlignet med samme periode i fjor er økningen på 386 pasienter som har ventet mer enn 3 mnd.

5 fagområder som har størst antall pasienter som venter over 90 dager: Plast 865 (849), ØNH 363 (292), Fert 141 (161), GYN 146 (126), Nevro 78 (67)

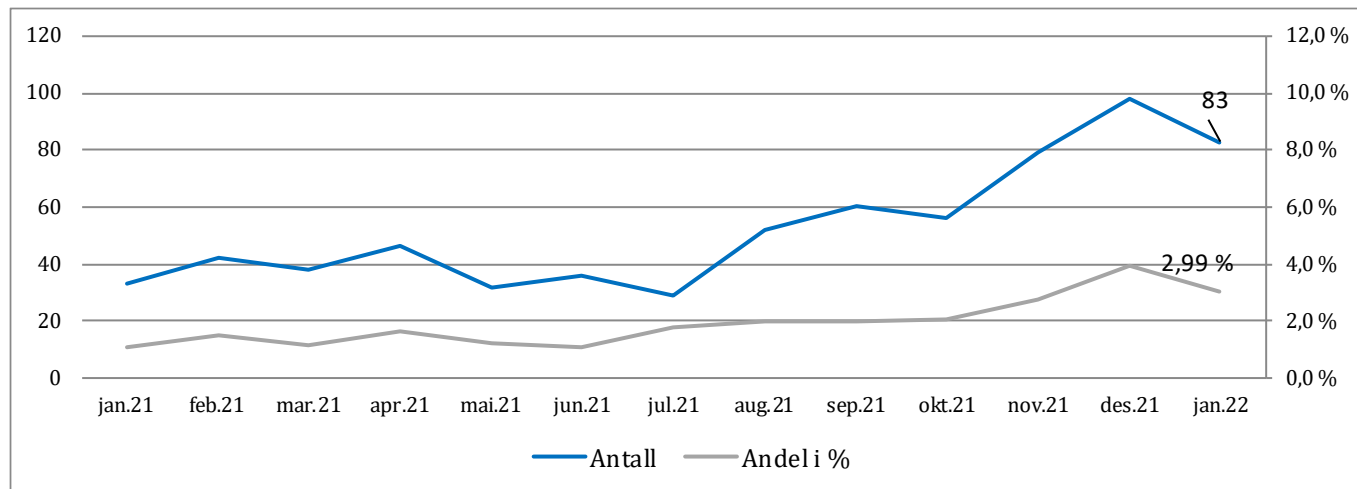
Ventet mer enn ett år (o/365dg)

Antall ventende pasienter som har ventet i over 1 år er for denne perioden 56, som er en reduksjon på 15 pasienter fra forrige periode.

51 av pasientene hører til på Plast.
Øvrige avdelinger har 1 eller 0 pasient

Fristbrudd

Påstartet



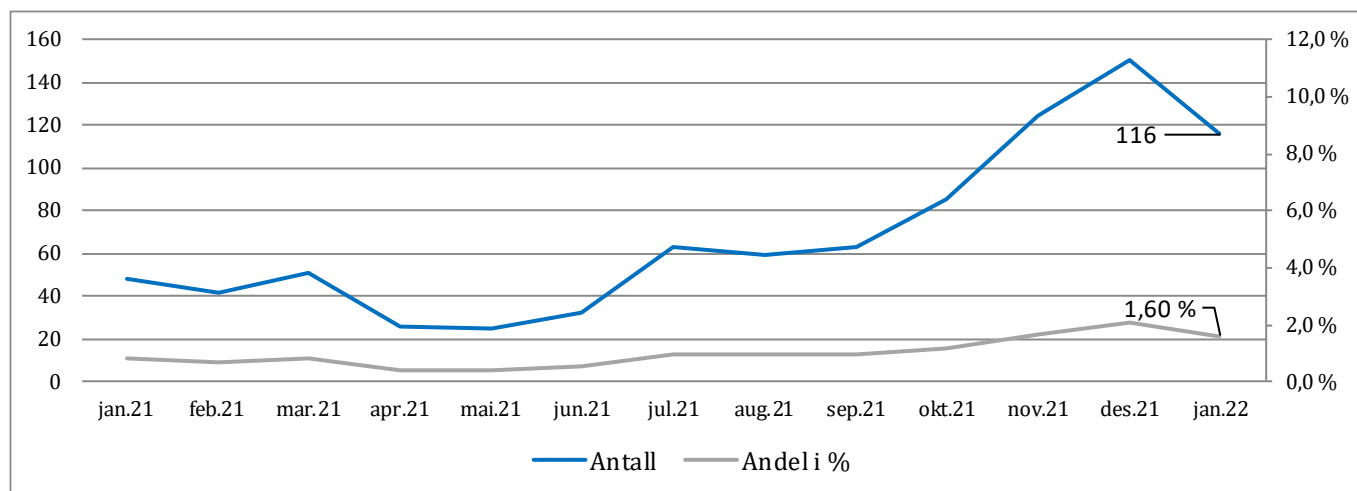
Kommentarer:

Andel fristbrudd påstartet er for perioden på 3 % (4 % forrige periode), antallet er 83) fristbrudd, en nedgang på 15 fra forrige periode.

Plast har 23 brudd og en andel på 13 %, og Mage-tarm har 22 brudd og en andel på 22 %.

Ingen brudd på PHV, BUP og TSB

Ventende



Andel fristbrudd ventende for alle tjenesteområder er 1,6 % (2 % forrige periode), antallet er 116 , som er en reduksjon på 35 brudd fra forrige periode.

Plast har 26 (49 i desember) brudd og en andel på 1,8 % og Mage og tarm har 63 (70 i desember) brudd og en andel på 23 %.

Ingen brudd på PHV og TSB

Forklaring:

Fristbrudd:

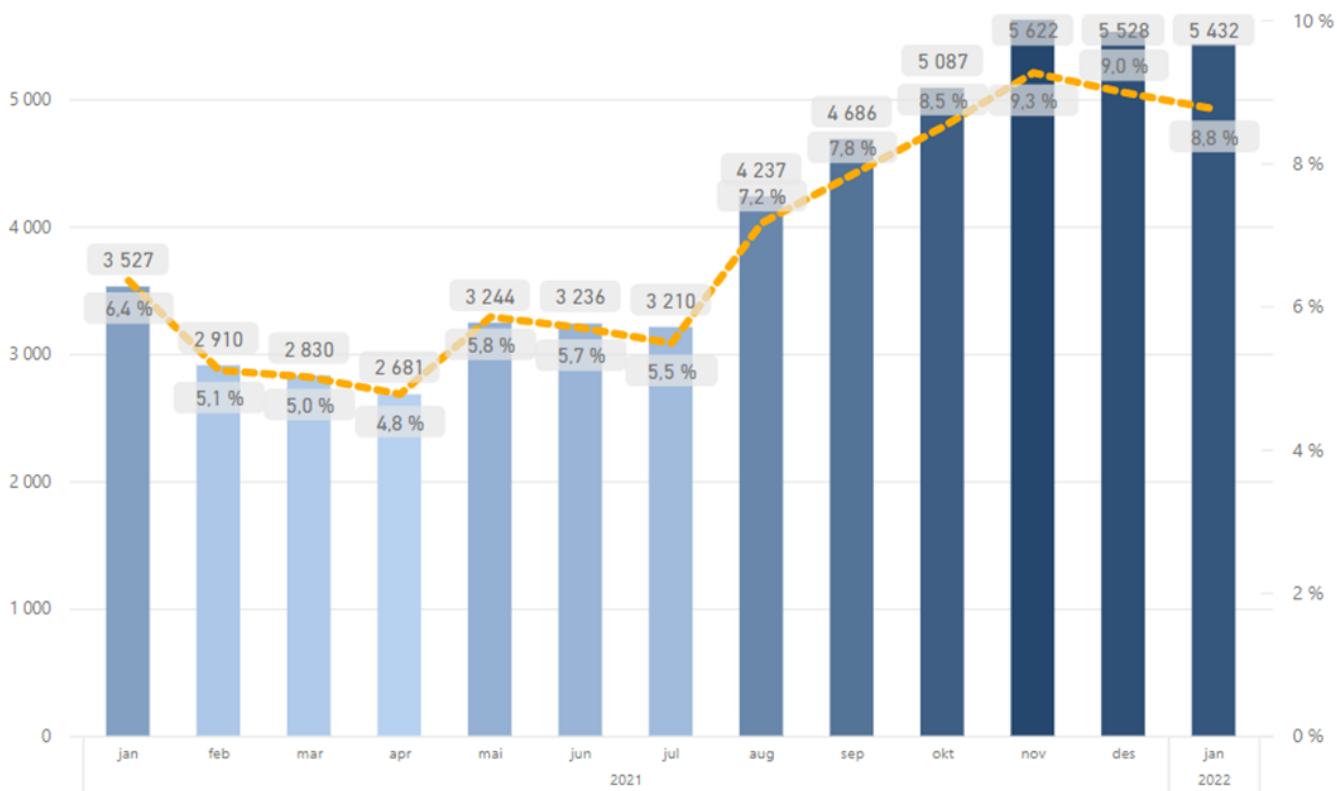
Frist for start helsehjelp:

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

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

Passert planlagt tid

● Antall kontakter passert ● Andel kontakter passert



Kommentarer:

Antall pasienter passert planlagt tid øker til 5.432 som utgjør 8,8 %. Dette er høyere enn målkravet på 5 %.

For HSØ totalt for perioden er ca. 11 % av pasientkontaktene passert planlagt tid

Ved STHF er det ØNH, Plast, Hjerte og Barn som har høyest antall pasienter med passert planlagt tid.

Forklaring:

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

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

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

Pasientsikkerhet*

| Sykehuset Telemark HF | Snitt 2021 | nov.21 | des.21 | jan.22 |
|---|------------|--------|--------|--------|
| Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning til vurdering av henvisning er fullført. | | | | |
| Gjennomsnitt vurderingstid (dager) | 1,75 | 1,68 | 2,33 | 1,57 |
| Antall henvisninger vurdert | 5 847 | 6 683 | 5 358 | 5 900 |
| Andel vurdert innen 10 virkedager | 97,9 % | 99 % | 97 % | 97 % |
| Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle | | | | |
| Totalt antall som er mer enn 14 dager gamle | 3 135 | 4 409 | 4 205 | 4 158 |
| Herav antall legedokumenter | 1 456 | 1 870 | 1 667 | 1 769 |
| Herav antall sykepleierdokumenter | 618 | 1 085 | 1 132 | 1 142 |
| Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt | 1 130 | 1 446 | 1 589 | 1 642 |
| Andel direkte time (Rapporteres en måned på etterskudd) | 82,1 % | 78,5 % | 77,2 % | |

* «Glemt av sykehuset»

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

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

Kommentarer:

Gjennomsnitt vurderingstid av henvisninger er for perioden på 1,57 dager, som er høyere enn tidligere perioder. Lavere enn snitt i fjor.

Andel vurdert innen 10 dager av henvisninger er tilbake på et normalt nivå, og i snitt ligger vi på ca. 97 %.

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

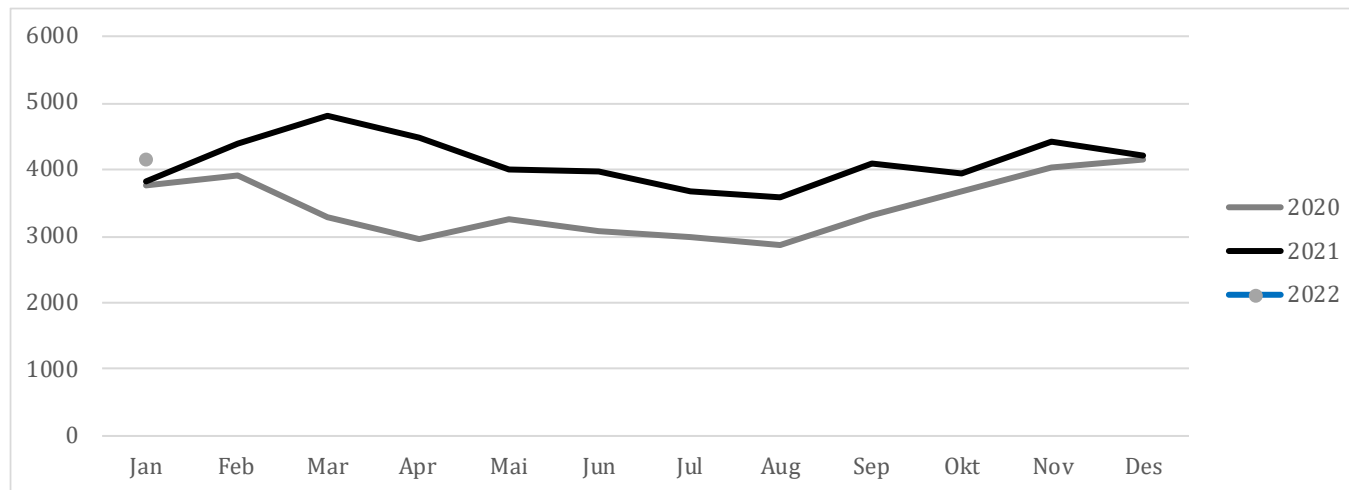
Definisjonen på denne indikatoren er under utredning i HSØ, hvor det sees nærmere på hvilke dokumenter som har betydning for pasientsikkerhet.

Åpen henvisning uten planlagt kontakt øker:

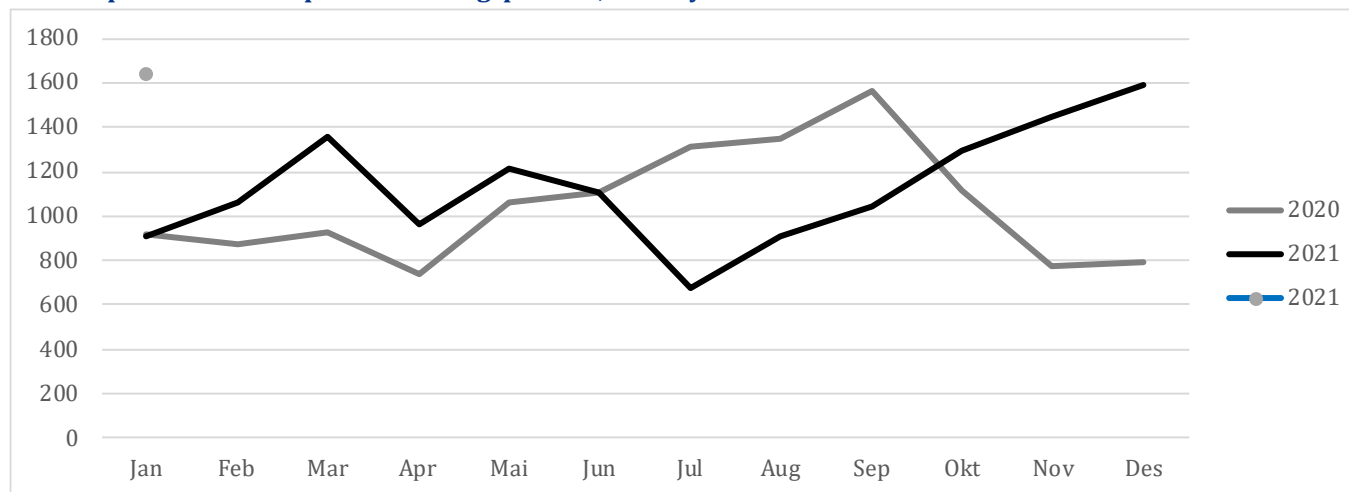
Fagområder med høyeste antall ved utgangen (denne periode/forrige periode): 5 fagområder med høyest antall, Mata 244 (281), Blod og kreft 236 (237), GAS 231 (196), Hjerne 279 (191), BUP 108 (164)

Pasientsikkerhet*

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



Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt.



Kommentarer:

Se foregående foil

Forklaring

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

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

Pakkeforløp Kreft – resultater ikke tilgjengelige pt

Kommentarer:

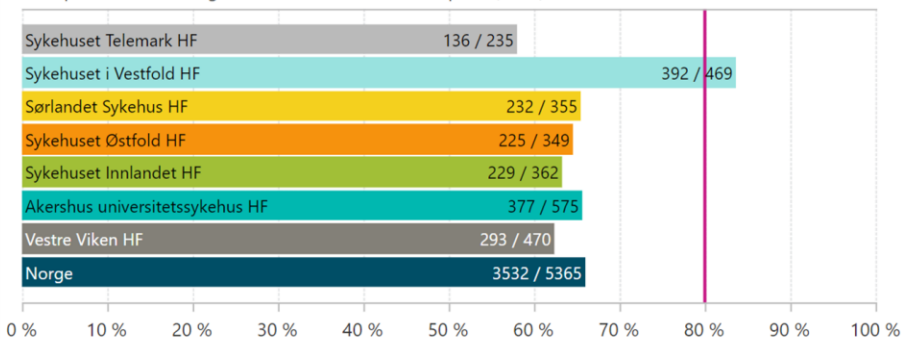
Pakkeforløp Kreft – resultater ikke tilgjengelige pt

Kommentarer:

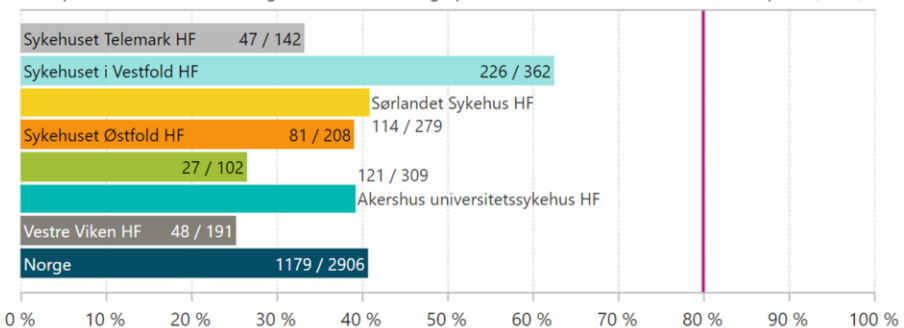
Pakkeforløp PHV/TSB

MÅLOPPNÅELSE PER FORLØPSINDIKATOR

Forløpstid for utredning - andel innen anbefalt forløpstid (PF01)

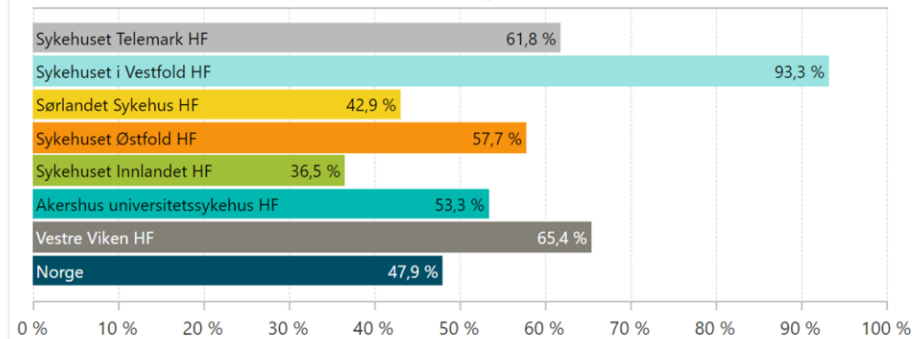


Forløpstid fra klinisk beslutning til første evaluering i poliklinikk - andel innen anbefalt forløpstid (PF03)

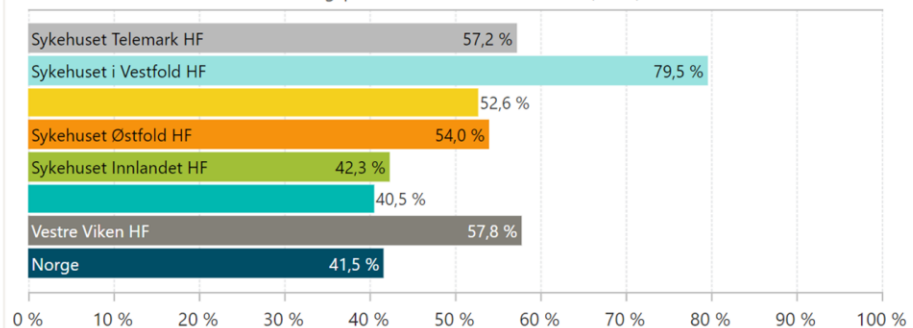


MÅLOPPNÅELSE PER AKTIVITETSINDIKATOR

Andel som har mottatt informasjon om ulike behandlingsformer (PA02)



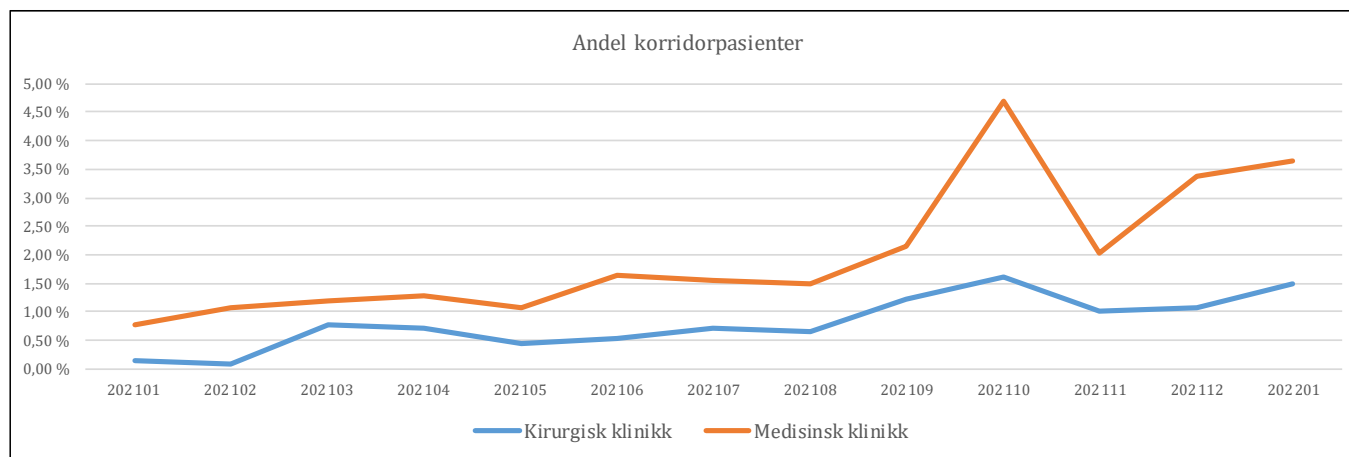
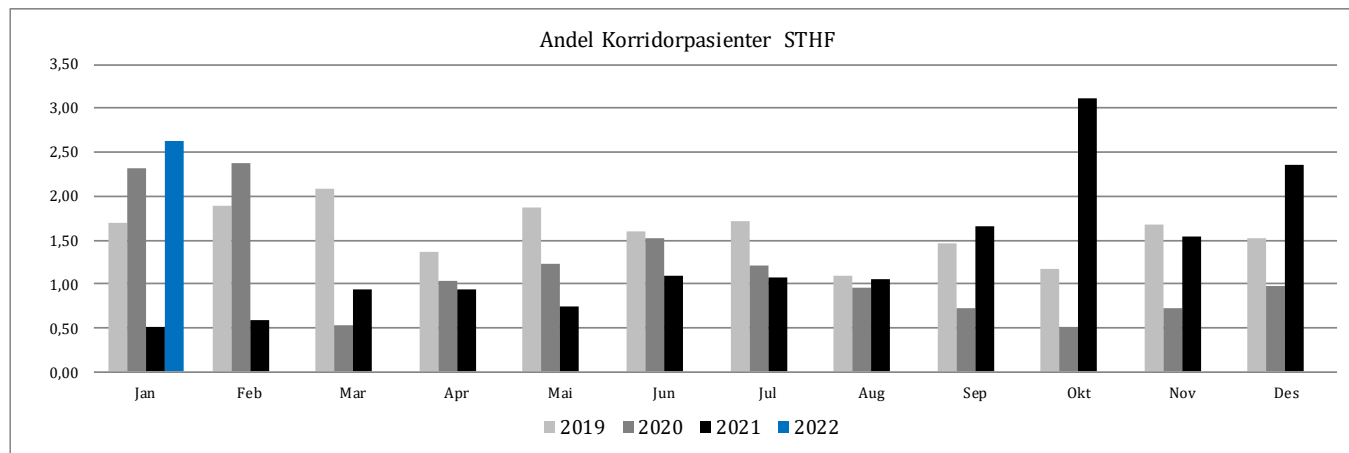
Andel som har utarbeidet behandlingsplan i samråd med behandler (PA03)



Kommentarer:

Pakkeforløp måles som hittil i år. Resultatene over viser følgende kun januar-tall.

Korridorpasienter



Kommentarer:

I denne perioden har vi 196 korridorpasienter. Det er en økning i forhold til forrige periode (178 i desember) .

Andel korridorpasienter for perioden er 2,6 (2,3 %) som også er en økning fra forrige periode.

5 poster med høyt antall korridorpasienter:
Blod og kreft 47 (61), Lunge Skien 36 (32), Hjerte, nyre og hormon 37 (20), Nevro 21, Kirurgisk post 3 har 19

Definisjon av indikatoren

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

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

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

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

ISF-berettigede konsultasjoner

| 202201 | Denne periode | | | | Hittil i år | | | | Årsestimat mot årsbudsjett | | | | Endring HiÅ 2022 - 2021 | | |
|-------------------|---------------|----------|----------------|---------|-------------|----------|----------------|-----------------|----------------------------|----------|---------|-----------------|-------------------------|---------|--------|
| | Faktisk | Budsjett | Budsjett-avvik | % | Faktisk | Budsjett | Budsjett-avvik | Avvik i prosent | Estimat | Budsjett | Avvik | Avvik i prosent | HiÅ 2021 | Endring | % |
| Somatikk | 15 771 | 16 965 | -1 194 | -7,0 % | 15 771 | 16 965 | -1 194 | -7,0 % | 180 000 | 182 123 | -2 123 | -1,2 % | 14 384 | 1 387 | 9,6 % |
| Psykisk helsevern | 7 363 | 7 990 | - 627 | -7,8 % | 7 363 | 7 990 | - 627 | -7,8 % | 80 343 | 85 350 | -5 007 | -5,9 % | 6 658 | 705 | 10,6 % |
| VOP | 3 790 | 4 350 | - 560 | -12,9 % | 3 790 | 4 350 | - 560 | -12,9 % | 43 550 | 54 100 | -10 550 | -19,5 % | 3 552 | 238 | 6,7 % |
| BUP | 3 573 | 3 640 | - 67 | -1,8 % | 3 573 | 3 640 | - 67 | -1,8 % | 36 793 | 31 250 | 5 543 | 17,7 % | 3 106 | 467 | 15,0 % |
| TSB | 771 | 838 | - 67 | -8,0 % | 771 | 838 | - 67 | -8,0 % | 8 000 | 12 150 | -4 150 | -34,2 % | 723 | 48 | 6,6 % |

Kommentarer:

Aktiviteten innenfor somatikken er 10% høyere enn i fjor, men er 7 % lavere enn budsjettet i januar. Enkelte gruppebehandlinger innen fysioterapi/rehabilitering har måttet utsettes på grunn av pandemien.

Antall konsultasjoner innenfor PHV og TSB var i januar 7,9 % lavere enn budsjettet, men hele 10,2 % høyere enn i fjor. Veksten er størst i BUP med 15 %, og VOP og TSB viser hver for seg en vekst på nærmere 7 %.

Antall behandlere tilstede i januar er økt innenfor BUP, mens det er redusert innenfor TSB målt mot fjoråret, grunnet sykefravær, vakanser og rekrutteringsutfordringer. VOP er på samme nivå som i fjor.

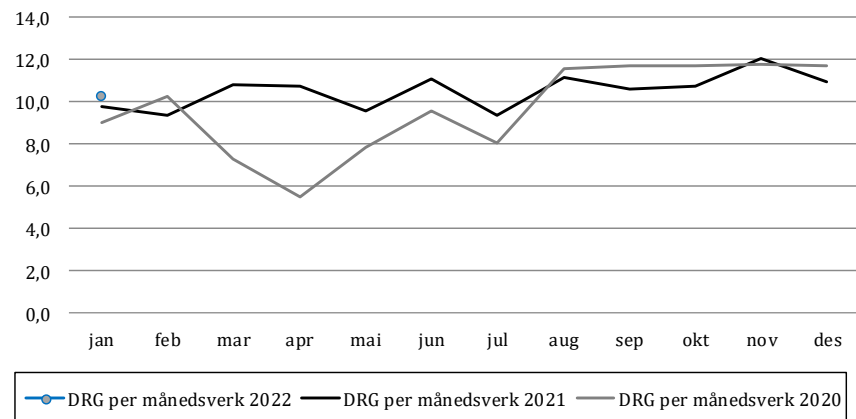


SYKEHUSET TELEMARK

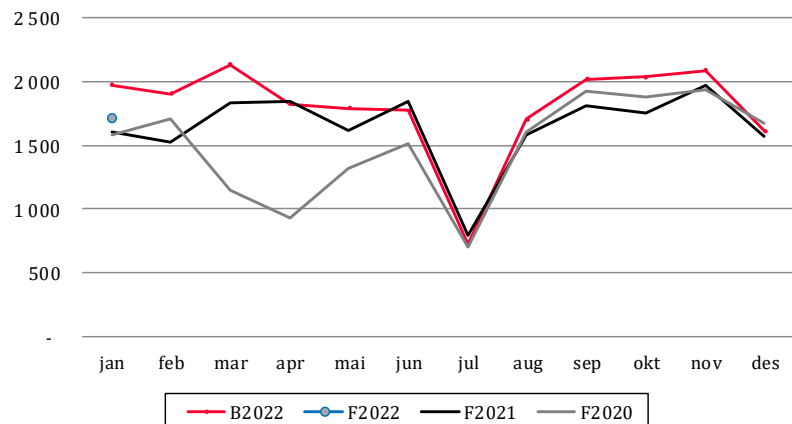
ISF-poeng PHV og TSB utført ved STHF

| 202201 | Denne måned | | | | Hittil i år | | | | Faktisk 2021 | Budsjett 2022 | ISF avvik (1000 kr) |
|--|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------|---------------|---------------|---------------------|
| | Faktisk | Budsjett | Avvik | Avvik% | Faktisk | Budsjett | Avvik | Avvik% | | | |
| DPS nedre Telemark | 304 | 337 | -32 | -10 % | 304 | 337 | -32 | -10 % | 3 156 | 3 612 | -106 |
| DPS øvre Telemark | 145 | 180 | -35 | -20 % | 145 | 180 | -35 | -20 % | 1 450 | 1 930 | -116 |
| Psykiatrisk sykehusavdeling | 78 | 50 | 28 | 57 % | 78 | 50 | 28 | 57 % | 615 | 534 | 94 |
| Poliklinisk avdeling TSB og psykose | 232 | 202 | 30 | 15 % | 232 | 202 | 30 | 15 % | 2 579 | 2 457 | 100 |
| Raskere tilbake PHV og TSB (underlagt Medisinsk klinikk) | 17 | 8 | 9 | 108 % | 17 | 8 | 9 | 108 % | 82 | 84 | 30 |
| Klinikk for PHV og TSB + Raskere tilbake | 777 | 777 | 0 | 0 % | 777 | 777 | 0 | 0 % | 7 882 | 8 616 | 1 |
| Avdeling for barn og unges psykiske helse - ABUP | 933 | 1 194 | -262 | -22 % | 933 | 1 194 | -262 | -22 % | 11 843 | 12 954 | -862 |
| Barne- og ungdomsklinikken | 933 | 1 194 | -262 | -22 % | 933 | 1 194 | -262 | -22 % | 11 843 | 12 954 | -862 |
| SUM ISF psykisk helsevern og TSB på STHF | 1 710 | 1 971 | -261 | -13 % | 1 710 | 1 971 | -261 | -13 % | 19 725 | 21 571 | -861 |

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



ISF-poeng PHV og TSB ved STHF



Kommentarer:

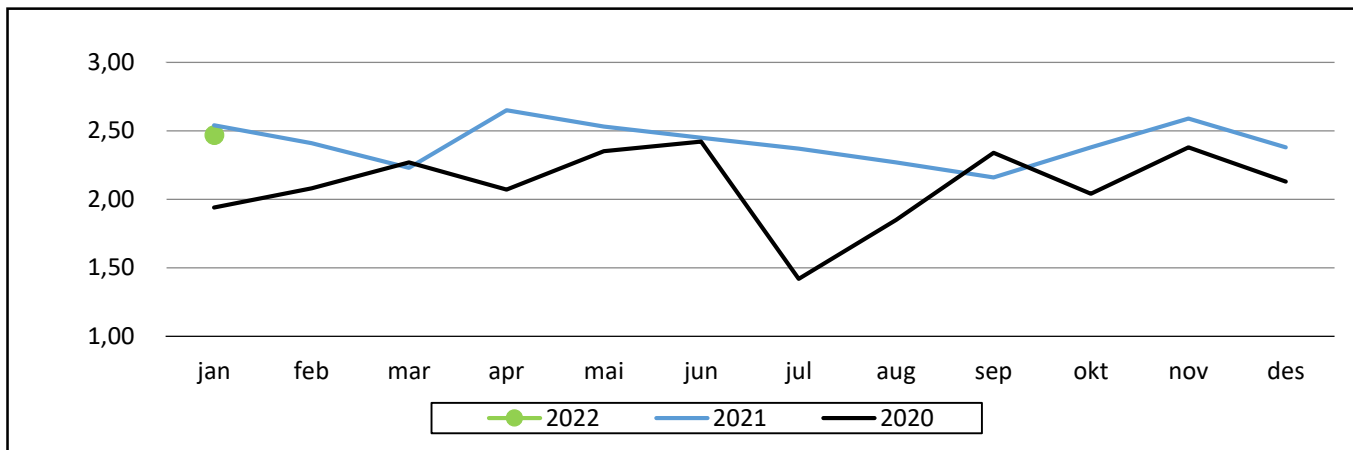
DRG-resultatene viser et samlet negativt budsjettavvik på 13 %. ISF-inntektene innen VOP og TSB er som budsjettet, mens BUP rapporterer et negativt avvik på hele 22 %.

DRG-poeng per terapeut er høyere enn de to siste årene.

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

ISF-berettigede konsultasjoner per behandler.

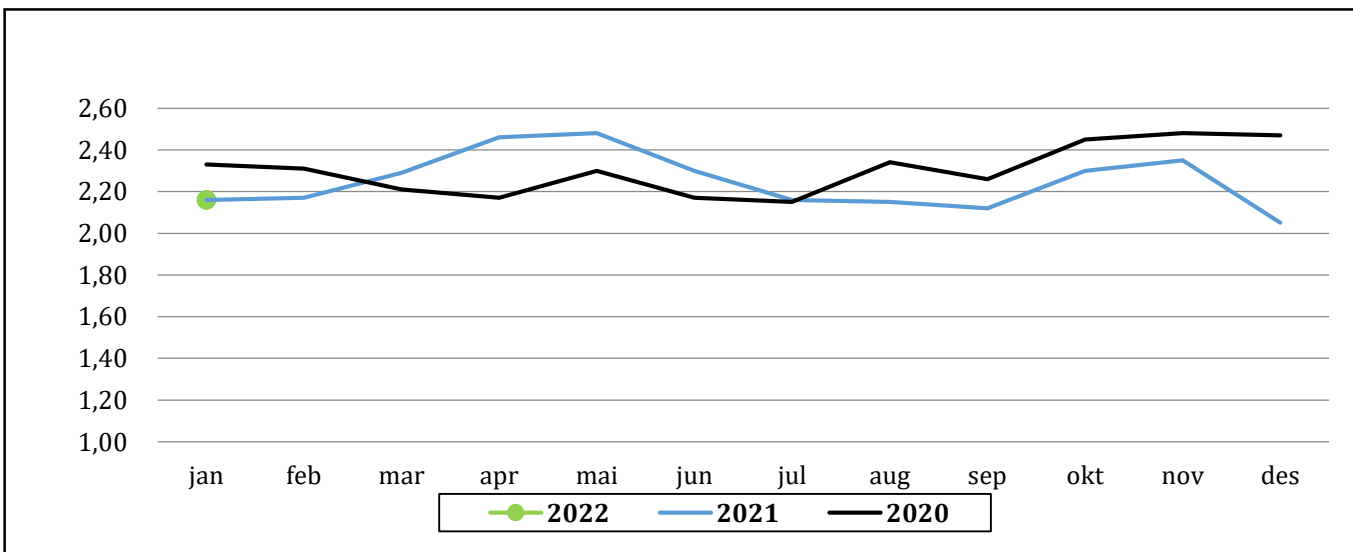
Konsultasjoner BUP per behandler per dag.



Kommentarer:

Produktiviteten i januar er på ligger litt under januar i fjor, og på samme nivå som i forrige måned.

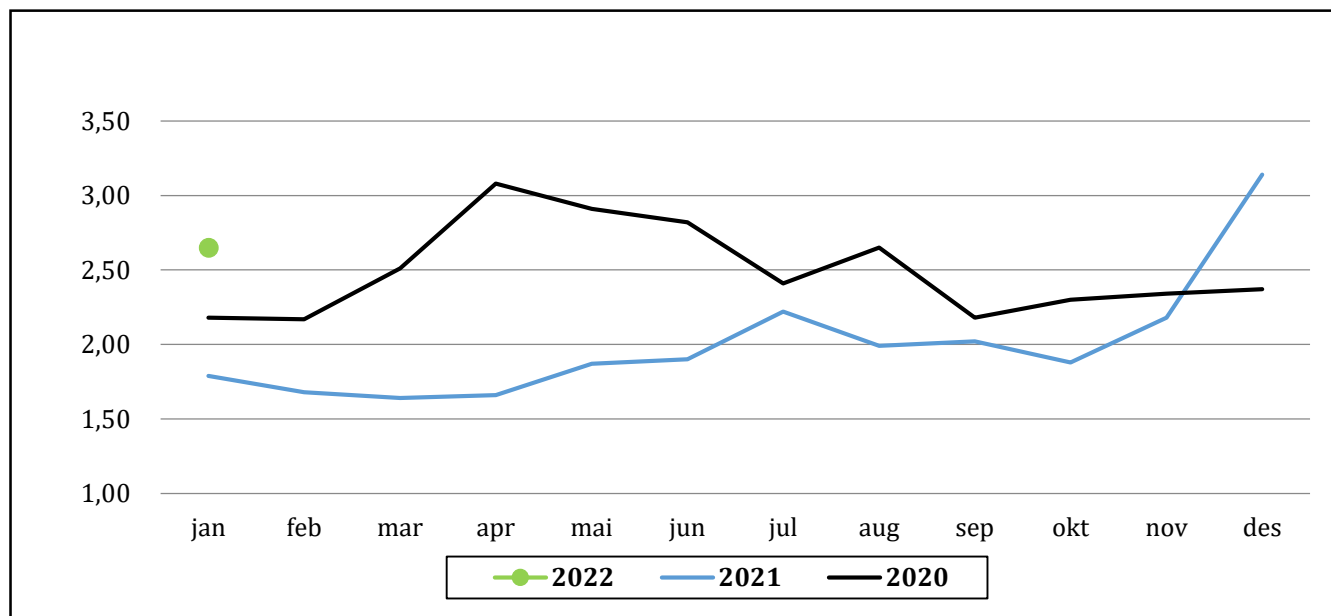
Konsultasjoner VOP per behandler per dag.



VOP har helt lik produktivitet sammenlignet med januar i fjor, men viser en vekst fra forrige måned.

ISF-berettigede konsultasjoner per behandler.

Konsultasjoner TSB per behandler per dag.



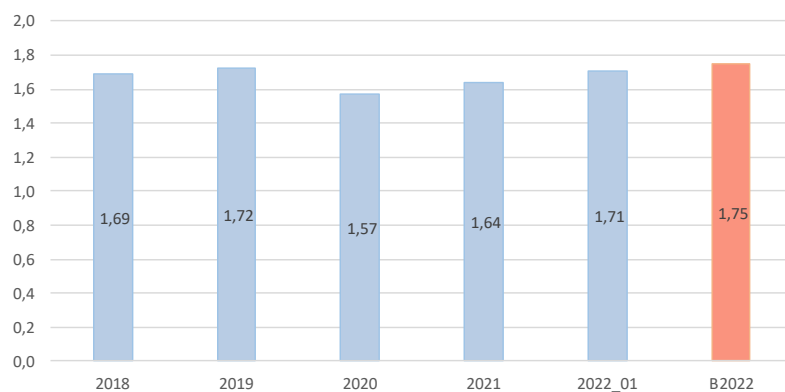
Kommentarer:

Markant vekst fra i produktiviteten i desember måned i fjor, og januar måned ligger også langt over de to foregående år.

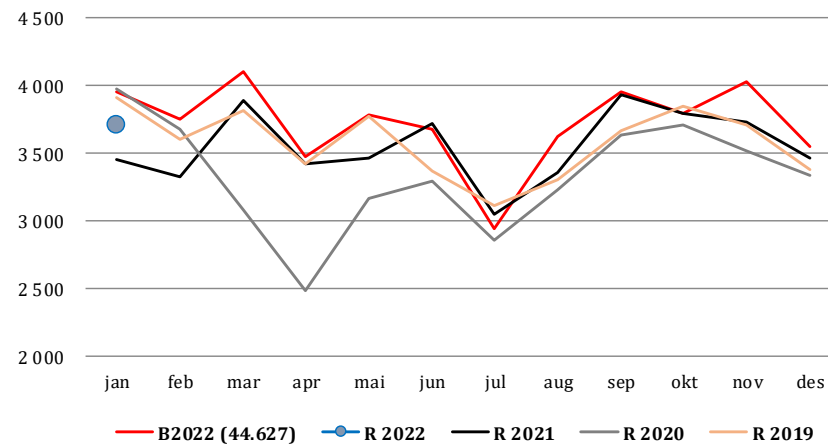
ISF-poeng somatikk.

| 202201 | Denne måned | | | | Hittil i år | | | | Faktisk 2021 | Budsjett 2022 | ISF budsj.-avvik (1000 kr) |
|--|--------------|--------------|-------------|-------------|--------------|--------------|-------------|-------------|--------------|---------------|----------------------------|
| | Faktisk | Budsjett | Avvik | Avvik% | Faktisk | Budsjett | Avvik | Avvik% | | | |
| Kirurgisk klinikk | 1 673 | 1 749 | -77 | -4 % | 1 673 | 1 749 | -77 | -4 % | 1 593 | 19 657 | -1 833 |
| Medisinsk klinikk | 1 782 | 1 889 | -107 | -6 % | 1 782 | 1 889 | -107 | -6 % | 1 554 | 21 412 | -2 549 |
| BUK | 198 | 278 | -80 | -29 % | 198 | 278 | -80 | -29 % | 232 | 3 040 | -1 915 |
| Akutt og beredskap | 12 | 11 | 1 | 9 % | 12 | 11 | 1 | 9 % | 9 | 118 | 25 |
| MSK | 29 | 30 | -1 | -3 % | 29 | 30 | -1 | -3 % | 27 | 400 | -24 |
| Ernæringspoliklinikk | 0 | - | 0 | 0 % | 0 | - | 0 | 0 % | 10 | 0 | 3 |
| Ufordelt/kvalitetssikring | 4 | - | 4 | 0 % | 4 | - | 4 | 0 % | 61 | 0 | 0 |
| SUM DRG utført ved STHF | 3 698 | 3 958 | -260 | -7 % | 3 698 | 3 958 | -260 | -7 % | 3 486 | 44 627 | -6 293 |
| SUM ISF-poeng (inkl. legemidler, FBV) "sørge-for" | 3 953 | 4 218 | -266 | -6 % | 3 953 | 4 218 | -266 | -6 % | 6 881 | 47 767 | |

ISF produktivitet somatikk 2018 - 2022



STHF - ISF-poeng utført ved STHF



Kommentarer:

Koronasituasjonen påvirker fortsatt foretakets drift og aktivitet. Det har vært nedtak av elektive operasjoner, økt omfang av strykninger (syke pasienter) og redusert inntak på sengeposter. Nivået på øyeblikkelig hjelp-pasienter er betydelig lavere enn budsjettet og i januar 2020 (før pandemien). Antall døgnpasienter har i januar vært 12 % færre enn budsjettet, og 7 % færre enn i januar 2020. Dette gir seg utslag i form av betydelig lavere ISF-inntekter enn budsjettet.

Samlet negativt budsjettavvik knyttet til ISF poeng utført i eget HF (dag, døgn, poliklinikk og legemidler) er for januar 266 poeng (-6 %).

Forklaring:

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

Aktivitet – dag, døgn og poliklinikk

Alle tjenesteområder

| januar 2022 | Denne periode | | | | Hittil i år | | | | Endring HiÅ 2022 - 2021 | | |
|---|---------------|----------|----------------|---------|-------------|----------|----------------|-----------------|-------------------------|---------|---------|
| | Faktisk | Budsjett | Budsjett-avvik | % | Faktisk | Budsjett | Budsjett-avvik | Avvik i prosent | HiÅ 2021 | Endring | % |
| Somatikk | | | | | | | | | | | |
| Antall utskrivninger døgnbehandling | 2 089 | 2 370 | - 281 | -11,9 % | 2 089 | 2 370 | - 281 | -11,9 % | 1 897 | 192 | 10,1 % |
| Antall liggedøgn døgnbehandling | 7 386 | 8 339 | - 953 | -11,4 % | 7 386 | 8 339 | - 953 | -11,4 % | 6 506 | 880 | 13,5 % |
| Antall oppholdsdager dagbehandling | 2 271 | 2 397 | - 126 | -5,3 % | 2 271 | 2 397 | - 126 | -5,3 % | 2 148 | 123 | 5,7 % |
| Antall inntektsgivende polikliniske opphold | 15 771 | 16 965 | -1 194 | -7,0 % | 15 771 | 16 965 | -1 194 | -7,0 % | 14 384 | 1 387 | 9,6 % |
| VoP - Psykisk helsevern for voksne | | | | | | | | | | | |
| Antall utskrivninger døgnbehandling | 104 | 122 | - 18 | -14,8 % | 104 | 122 | - 18 | -14,8 % | 95 | 9 | 9,5 % |
| Antall liggedøgn døgnbehandling | 2 878 | 2 715 | 163 | 6,0 % | 2 878 | 2 715 | 163 | 6,0 % | 2 218 | 660 | 29,8 % |
| Antall inntektsgivende polikliniske opphold | 3 790 | 4 350 | - 560 | -12,9 % | 3 790 | 4 350 | - 560 | -12,9 % | 3 552 | 238 | 6,7 % |
| BUP - Psykisk helsevern for barn og unge | | | | | | | | | | | |
| Antall utskrivninger døgnbehandling | 20 | 13 | 7 | 53,8 % | 20 | 13 | 7 | 53,8 % | 10 | 10 | 100,0 % |
| Antall liggedøgn døgnbehandling | 179 | 216 | - 37 | -17,1 % | 179 | 216 | - 37 | -17,1 % | 177 | 2 | 1,1 % |
| Antall inntektsgivende polikliniske opphold | 3 573 | 3 640 | - 67 | -1,8 % | 3 573 | 3 640 | - 67 | -1,8 % | 3 106 | 467 | 15,0 % |
| Tverrfaglig spesialisert rusbehandling | | | | | | | | | | | |
| Antall utskrivninger døgnbehandling | 35 | 29 | 6 | 20,7 % | 35 | 29 | 6 | 20,7 % | 18 | 17 | 94,4 % |
| Antall liggedøgn døgnbehandling | 246 | 277 | - 31 | -11,2 % | 246 | 277 | - 31 | -11,2 % | 226 | 20 | 8,8 % |
| Antall inntektsgivende polikliniske opphold | 771 | 838 | - 67 | -8,0 % | 771 | 838 | - 67 | -8,0 % | 723 | 48 | 6,6 % |

Kommentarer:

Somatikk

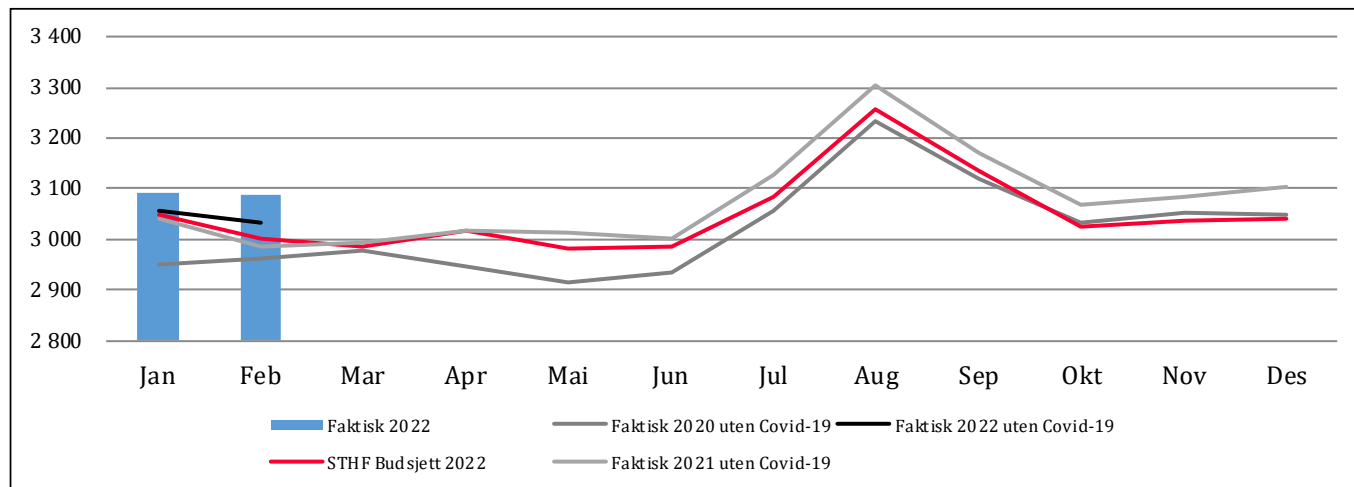
Aktiviteten knyttet til døgnbehandling er i januar ca. 12 % lavere enn budsjettet. Avviket refererer seg hovedsakelig til den lave øyeblikkelig hjelp-aktiviteten ved Medisinsk klinikk i årets første måneder og til dels den planlagte aktiviteten ved Kirurgisk klinikk. Dag-aktiviteten er 5 % lavere enn budsjettet i januar, mens den polikliniske aktiviteten er 7 % lavere enn budsjettet.

PHV og TSB:

Høy trykk på sengepostene fortsetter inn i det nye året, og samlet antall liggedøgn er 3 % høyere enn budsjettet. Målt mot fjoråret er samlet antall liggedøgn 26 % høyere enn i fjor. Antall utskrevne pasienter ligger også høyt, og har en vekst på 29 % fra i fjor.

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

Brutto månedsverk



Kommentarer:

Brutto månedsverk som ble utbetalt i januar var 3093, noe som er 1,4 % over budsjettert bemanningsforbruk og på samme nivå som i januar i fjor. Det er i januar utbetalt 37 månedsverk direkte knyttet til den økte beredskapen som følge av pandemien.

Når vi trekker ut koronarelatert bemanning, er bemanningsforbruket kun 7 månedsverk høyere enn budsjettert. I dette tallet inngår også årsverk som er eksternt-finansiert og ikke budsjettert.

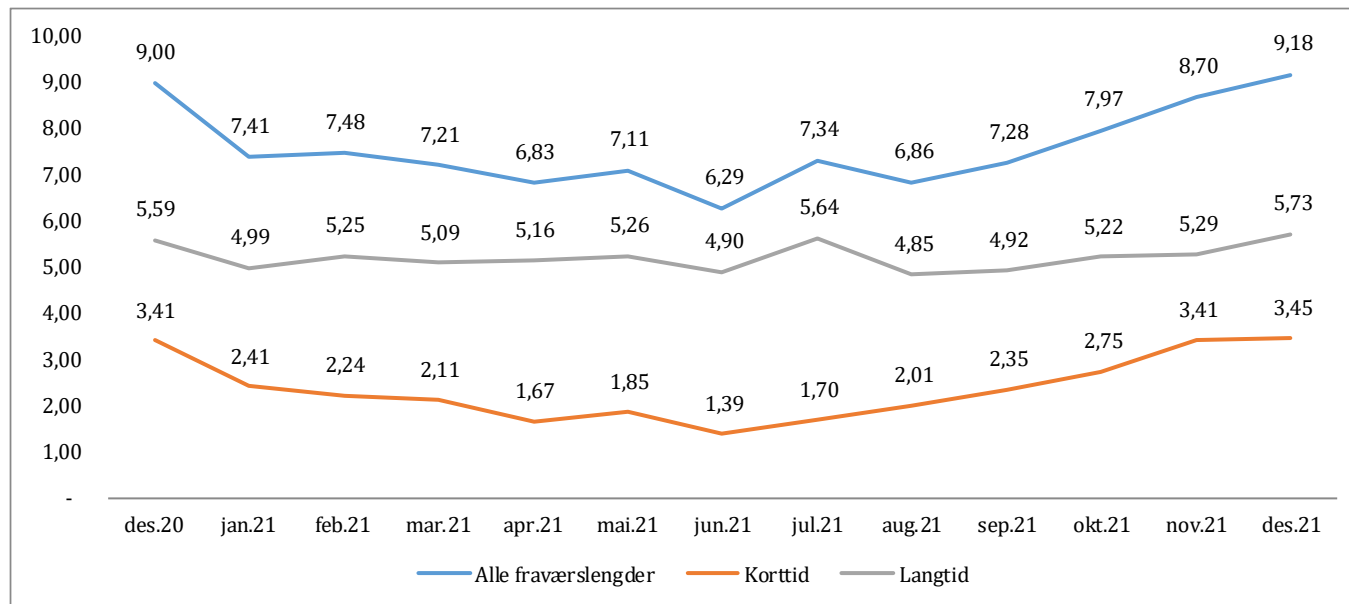
Med et sykefravær på 9,2 i desember måned ga dette et høyt forbruk av variabel lønn og brutto månedsverk som ble utbetalt i januar. Med økning i antall Covid-19 smittede og høyere sykefravær vil bemanningsbudsjettet bli vanskelig å holde de nærmeste månedene.

| 202201 | Denne periode | | | | Hittil i år (gjennomsnitt) | | | | Endring HiÅ 2021 - 2020 | | |
|--|---------------|--------------|----------------|---------------|----------------------------|--------------|----------------|-----------------|-------------------------|----------|--------------|
| | Faktisk | Budsjett | Budsjett-avvik | % | Faktisk | Budsjett | Budsjett-avvik | Avvik i prosent | HiÅ 2020 | Endring | % |
| Somatikk | 2 158 | 2 130 | - 28 | -1,3 % | 2 158 | 2 130 | - 28 | -1,3 % | 2 157 | 2 | 0,1 % |
| VoP | 532 | 534 | 2 | 0,3 % | 532 | 534 | 2 | 0,3 % | 539 | - 7 | -1,3 % |
| BUP | 160 | 161 | 1 | 0,8 % | 160 | 161 | 1 | 0,8 % | 161 | - 1 | -0,6 % |
| Psykisk helsevern | 692 | 695 | 3 | 0,4 % | 692 | 695 | 3 | 0,4 % | 700 | - 8 | -1,1 % |
| Tverrfaglig spesialisert rusbehandling | 56 | 58 | 2 | 2,6 % | 56 | 58 | 2 | 2,6 % | 59 | - 3 | -4,9 % |
| Prehospitaltjenester | 170 | 148 | - 22 | -14,6 % | 170 | 148 | - 22 | -14,6 % | 159 | 10 | 6,5 % |
| Annet | 16 | 18 | 2 | 9,5 % | 16 | 18 | 2 | 9,5 % | 17 | 0 | -1,9 % |
| Tota | 3 093 | 3 049 | - 44 | -1,4 % | 3 093 | 3 049 | - 44 | -1,4 % | 3 092 | 1 | 0,0 % |

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

Sykefravær

Sykefravær (HSØ)



Kommentarer:

Tall for sykefravær rapporteres med en måneds forsinkelse. Sykefraværet har økt betydelig fra august 2021 og frem til årsslutt.

Sykefraværet i desember måned 2021 var høyere enn desember 2020, noe som resulterte i et høyt antall utbetalte årsverk i januar 2022. Det rapporteres om fortsatt høyt sykefravær i januar, og det foreløpige tallet ligger på 8,5 %.

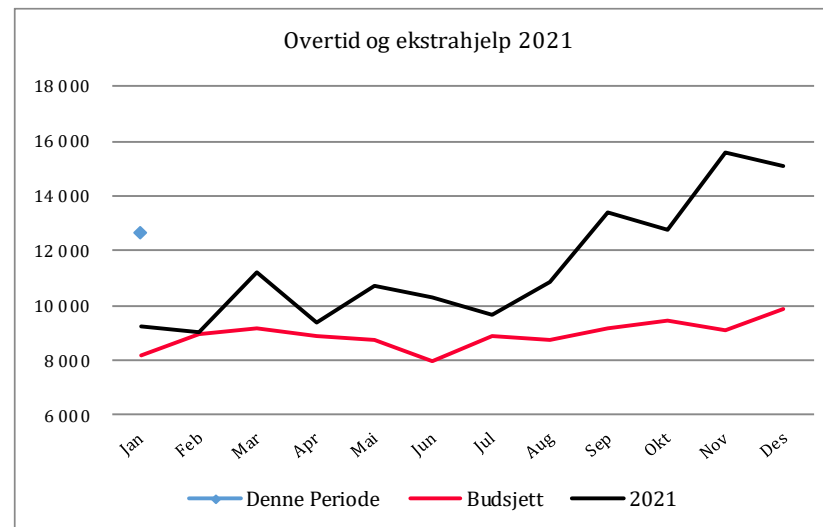
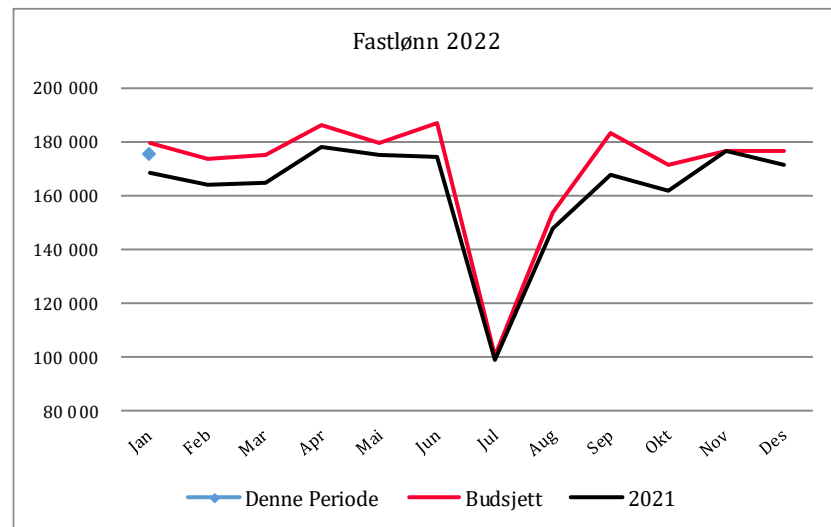
Veksten fra august til desember er størst innenfor korttidsfraværet, men langtidsfraværet er også økende.

Bemanning

Lønnskostnader/innleie helsepersonell

| 202201 Tall i hele tusen | Denne periode | | | | Hittil i år | | | | Endring HiÅ 2022 - 2021 | | |
|---------------------------------------|---------------|----------|----------------|---------|-------------|----------|----------------|-----------------|-------------------------|---------|--------|
| | Faktisk | Budsjett | Budsjett-avvik | % | Faktisk | Budsjett | Budsjett-avvik | Avvik i prosent | HiÅ 2021 | Endring | % |
| Lønn til fast ansatte | 175 693 | 179 539 | 3 846 | 2,1 % | 175 693 | 179 539 | 3 846 | 2,1 % | 168 531 | 7 162 | 4,2 % |
| Overtid og ekstrahjelp | 12 627 | 8 205 | -4 422 | -53,9 % | 12 627 | 8 205 | -4 422 | -53,9 % | 9 248 | 3 378 | 36,5 % |
| Total lønn* | 238 544 | 236 673 | -1 871 | -0,8 % | 238 544 | 236 673 | -1 871 | -0,8 % | 223 733 | 14 812 | 6,6 % |
| Innleid arbeidskraft - del av kto 468 | 1 880 | 1 811 | -69 | -3,8 % | 1 880 | 1 811 | -69 | -3,8 % | 1 666 | 215 | 12,9 % |

Lønnskostnader/innleie helsepersonell. Negativt budsjettavvik er her et merforbruk ift budsjett.



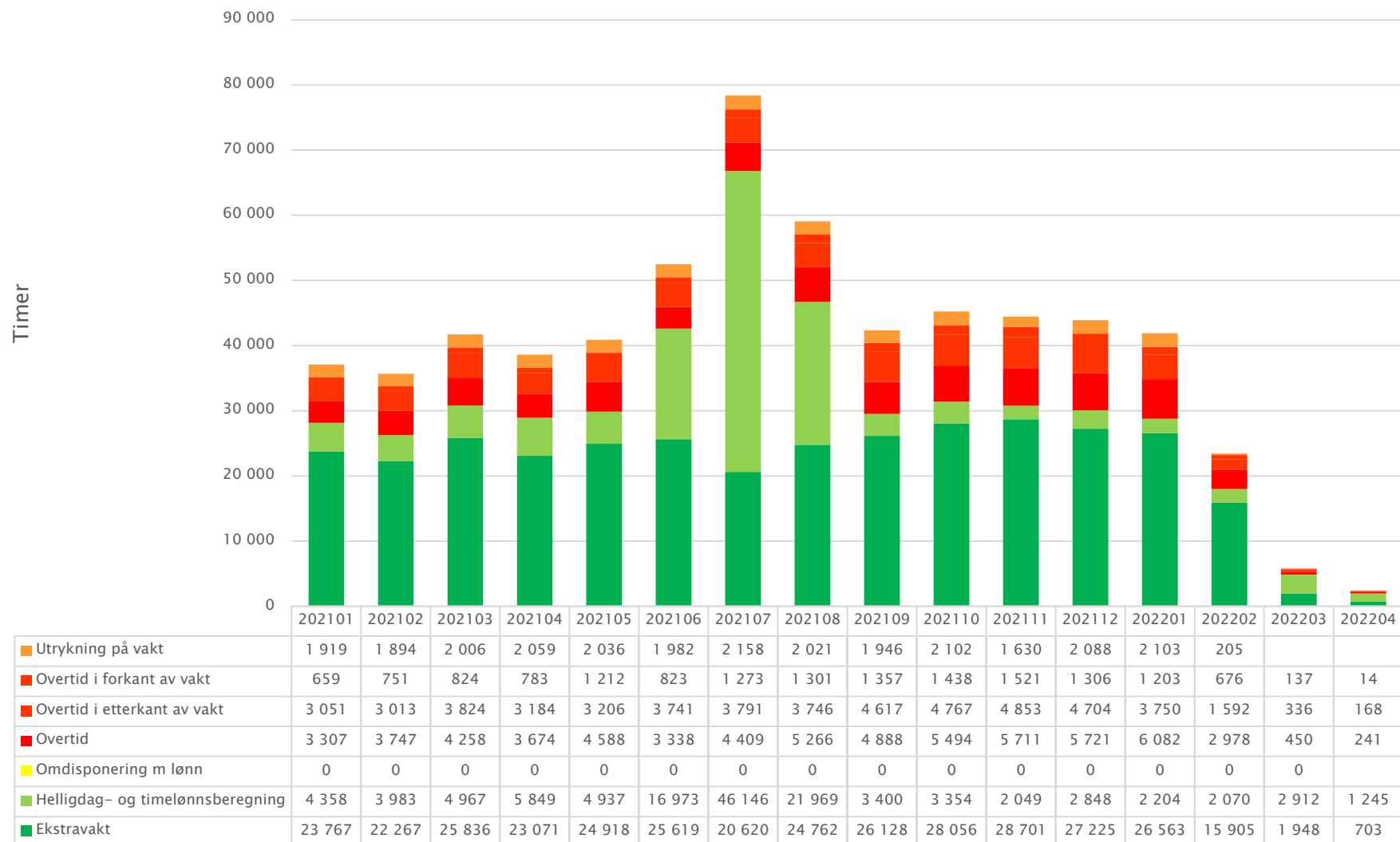
Kommentarer:

Samlede lønnskostnader for egne ansatte utgjorde 204,2 millioner kr i januar, mot budsjett 203,4 millioner kroner. Dette er 14,5 millioner kr høyere enn i januar 2021.

Innleie utgjorde 1,9 millioner kr i januar mot budsjett 1,7 millioner kr.

Merforbruket på overtid og ekstrahjelp er fortsatt høyt i januar. Dette har sammenheng med høyt belegg og høyt sykefravær i perioden.

*«Total lønn» inkluderer innleie fra bemanningsbyrå, pensjon, EFO og fast lønn


Kommentarer:

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

Ekstravakt
Forskjøvet arbeidstid
Overtid

Resultat

| 202201 | Denne Periode | | | Hittil | | | Helår | |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|------------------|
| | Faktisk | Budsjett | Avvik Budsjett | Faktisk | Budsjett | Avvik Budsjett | Årsbudsjett | Estimat |
| STHF intern | | | | | | | | |
| Basisramme inkl. KBF | 227 842 | 227 842 | -0 | 227 842 | 227 842 | -0 | 2 637 333 | 2 637 333 |
| ISF egne pasienter | 71 242 | 76 545 | -5 303 | 71 242 | 76 545 | -5 303 | 863 106 | 863 106 |
| ISF somatisk poliklinisk aktivitet | 17 306 | 18 339 | -1 033 | 17 306 | 18 339 | -1 033 | 207 439 | 207 439 |
| ISF - refusjon poliklinisk PHV/TSB | 5 632 | 6 493 | -861 | 5 632 | 6 493 | -861 | 71 054 | 71 054 |
| ISF - refusjon pasientadministrative legemidler (H-reseptor) | 5 809 | 5 809 | -0 | 5 809 | 5 809 | -0 | 69 703 | 69 703 |
| Poliklinikk inntekter | 8 870 | 10 083 | -1 213 | 8 870 | 10 083 | -1 213 | 113 067 | 113 067 |
| Egenandel Poliklinikk inkl HELFO | 8 689 | 9 235 | -546 | 8 689 | 9 235 | -546 | 106 743 | 106 743 |
| Egenandel HELFO pasientreiser | 2 135 | 1 653 | 481 | 2 135 | 1 653 | 481 | 34 346 | 34 346 |
| Annen inntekt | 28 457 | 25 760 | 2 697 | 28 457 | 25 760 | 2 697 | 333 551 | 333 551 |
| SUM DRIFTSINNTEKTER | 375 982 | 381 758 | -5 776 | 375 982 | 381 758 | -5 776 | 4 436 342 | 4 436 342 |
| Varekostnad | 98 153 | 91 278 | 6 875 | 98 153 | 91 278 | 6 875 | 1 073 572 | 1 073 572 |
| Lønn eks. pensjon | 204 218 | 203 388 | 830 | 204 218 | 203 388 | 830 | 2 326 097 | 2 326 097 |
| Pensjonskostnader | 32 446 | 31 474 | 972 | 32 446 | 31 474 | 972 | 358 911 | 369 995 |
| Andre driftskostnader | 56 871 | 51 253 | 5 618 | 56 871 | 51 253 | 5 618 | 624 872 | 624 872 |
| SUM DRIFTSKOSTNADER | 391 688 | 377 393 | 14 295 | 391 688 | 377 393 | 14 295 | 4 383 452 | 4 394 537 |
| DRIFTSRESULTAT | -15 706 | 4 365 | -20 071 | -15 706 | 4 365 | -20 071 | 52 890 | 41 805 |
| Finansresultat | 649 | 635 | 14 | 649 | 635 | 14 | 7 110 | 7 110 |
| ÅRSRESULTAT | -15 057 | 5 000 | -20 057 | -15 057 | 5 000 | -20 057 | 60 000 | 48 915 |
| Pensjonskostnader | 972 | - | 972 | 972 | - | 972 | - | 11 085 |
| ÅRSRESULTAT JUSTERT FOR PENSJONSKOSTNADER | -14 085 | 5 000 | -19 085 | -14 085 | 5 000 | -19 085 | 60 000 | 60 000 |

Kommentarer:

Sykehuset Telemark rapporterer et resultat på -14,1 millioner kr. i januar, som er 19,1 millioner kr. lavere enn periodisert styringsmål.

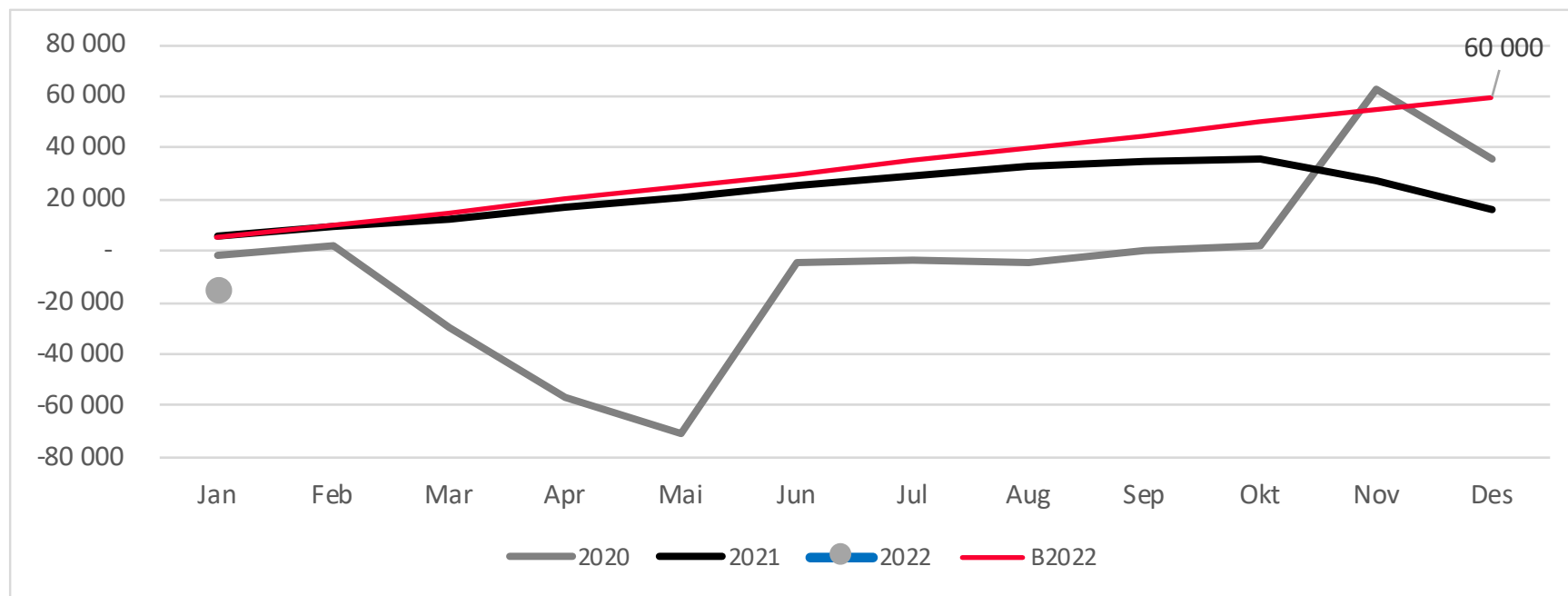
Hovedårsakene til budsjettavviket i januar er:

- Udekket koronaeffekt (16 millioner kr.)
- Høyere kostnader med fritt behandlingsvalg (3 millioner kr.)

Koronasituasjonen har påvirket foretakets drift negativt med 17,4 millioner kr. i januar. Dette er en liten nedgang fra foregående måned. Det rapporteres tapte inntekter på 8,9 millioner kroner og økte kostnader på 8,5 millioner kroner. Koronaeffektene på kostnadssiden er relatert til testing og flere innleide vikarer som følge av høyt sykefravær. Det er inntektsført 1,3 millioner kr av gjenstående koronakompensasjon fra 2021.

Resultat

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



| Sykehuset Telemark HF | Jan | Feb | Mar | Apr | Mai | Jun | Jul | Aug | Sep | Okt | Nov | Des |
|---|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Akkumulert resultat justert for pensjonskostnader | -14 085 | | | | | | | | | | | |
| Akkumulert budsjettavvik | -19 085 | | | | | | | | | | | |

Kommentarer:

Sykehuset Telemark rapporterer et resultat på -14,1 millioner kr. i januar, som er 19,1 millioner kr. lavere enn periodisert styringsmål.

Det er inntektsført 1,3 mill kr av gjenstående koronakompensasjon fra 2021. Størstedelen av koronaeffektene er dermed ikke kompensert.

Drøftingsprotokoll

| | |
|------------------|--------------------|
| Sak til drøfting | Årlig melding 2021 |
| Møtedato | 01.02.2022 |

Til stede på møtet

| | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Fra de ansattes organisasjoner | Anne Trønnes Borgen | Hovedverneombud |
| | Christina Stavdal | Delta |
| | Janne Olimstad Guldbjørnsen | Norsk sykepleierforbund |
| | Thor Severinsen | Den norske legeforening |
| | Olaug Straume | Norsk sykepleierforbund |
| | Thor Helge Gundersen | Fagforbundet |
| | Annette Holm Øyvang | Norsk sykepleierforbund |
| | Arne Runde | Den norske legeforening |
| | Spomenka Savic Balac | Den norske psykologforening |
| Fra Sykehuset Telemark | Tom Helge Rønning | Administrerende direktør |
| | Tone Pedersen | Spesialrådgiver |

Drøftingsmøte Årlig melding 2021

Bakgrunn

Utkast til Årlig melding 2021 for Sykehuset Telemark versjon 24012022 er sendt ut i forkant av drøftingsmøtet.

Årlig melding ble justert i henhold til innspill i møtet. Oppdatert dokument ble sendt til møtedeltakerne. Tillitsvalgte gav følgende tilbakemelding:

Tillitsvalgte har diskutert nytt utkast til Årlig melding og har denne teksten til drøftingen: De tillitsvalgte har skrevet en bekymringsmelding om manglende medvirkning i noen sentrale prosesser i sykehuset og bedt om at det ble omtalt i Årlig melding. De andre synspunktene vi har kommet med er inkludert i meldingen

Signering

01.02.2022

For Arbeidsgiver



Tom Helge Rønning



Tone Pedersen

For tillitsvalgte og hovedverneombud



Anne Trønnes Borgen

Christina Stavdal



Janne Olimstad Guldbjørnsen

Thor Severinsen

Olaug Straume

Thor Helge Gundersen

Annette Holm Øyvang

Arne Runde

Spomenka Savic Balac

Saksfremlegg

Saksgang:

| | |
|--------------------------------|------------------|
| Styre | Møtedato |
| Styret i Sykehuset Telemark HF | 15. februar 2022 |

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

Sak: 009 – 2022

Årlig melding 2021

Hensikten med saken

Sykehuset Telemark HF skal i henhold til § 14 i vedtektene sende en melding (Årlig melding) hvert år til Helse Sør-Øst RHF, som omfatter styrets plandokument for virksomheten og styrets rapport for foregående år. I følge administrerende direktørs instruks skal administrerende direktør utarbeide forslag til den Årlige meldingen styret plikter å levere til Helse Sør-Øst RHF.

Årlig melding er helseforetakets rapportering på det regionale helseforetakets oppdragsdokument for samme år, samt beslutninger i foretaksmøter. I den Årlige meldingen rapporterer Sykehuset Telemark HF på og kvitterer ut alle deloppdragene.

Som vedlegg til saken følger administrerende direktørs forslag til Årlig melding 2021 for STHF.

Forslag til vedtak

1. Styret gir sin tilslutning til det fremlagte forslaget til Årlig melding 2021 for Sykehuset Telemark HF.
2. Styreleder og administrerende direktør gis fullmakt til å utforme endelig dokument basert på styrets innspill i møtet.
3. Årlig melding 2021 sendes Helse Sør-Øst RHF for videre behandling innen fristen 1. mars 2022.

Skien, 7. februar 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Hva saken gjelder

Årlig melding 2021 ligger som vedlegg til saken. Sykehuset har benyttet mal utarbeidet av Helse Sør-Øst RHF i utarbeidelsen av meldingen.

I henhold til § 34 i helseforetaksloven skal regionalt helseforetaket hvert år utarbeide en melding om foretaket og foretakets virksomhet, som forelegges departementet. Meldingen skal også omfatte de helseforetak som det regionale helseforetaket eier. Det enkelte helseforetak skal redegjøre for virksomheten i det foregående år, herunder gjennomføringen av krav departementet har stilt til virksomheten. Meldingen skal inneholde en plan for virksomheten i de kommende år.

Tilsvarende bestemmelse er tatt inn i § 14 i vedtektene for Sykehuset Telemark. I vedtektene fremkommer det at styret hvert år skal sende en melding til Helse Sør-Øst RHF, som omfatter styrets plandokument for virksomheten og styrets rapport fra foregående år. I følge administrerende direktørs instruks skal administrerende direktør utarbeide forslag til den Årlige meldingen styret plikter å levere til Helse Sør-Øst RHF.

I Årlig melding skal den samlede virksomheten dokumenteres. Dette er viktig som informasjon utad og internt i sykehuset, men først og fremst til eier. Plandokumentet skal være av strategisk og overordnet karakter, samt vise hovedtrekkene i virksomhetens fremtidige drift innenfor de rammebetingelser som er gitt av eier, Helse Sør-Øst RHF. Meldingen skal også vise hvordan pålegg og bestemmelser som er gitt i foretaksmøter, i egne brev i løpet av året, eller satt som vilkår for økonomisk kompensasjon, er fulgt opp.

Frist for oversending av styrebehandlet Årlig melding 2021 fra Sykehuset Telemark HF til Helse Sør-Øst RHF er 1. mars 2022. Meldingen skal behandles i foretaksmøte innen utgangen av juni 2022, jmfør § 6 i vedtektene for Sykehuset Telemark HF og § 34 i helseforetaksloven.

Det er et krav at Årlig melding fra Helse Sør-Øst RHF også skal omfatte underliggende helseforetak. For å få til dette uten å gi kortere frist for innsending av Årlig melding, er det innført en praksis med å avgi egen rapport for oppfølging av oppgavene helseforetaket er pålagt. Frist for tilbakemelding på alle relevante opplysninger, som skal inngå i Årlig melding for Helse Sør-Øst RHF, var 20. januar 2022. Rapporten, som tilsvarer del II: rapporteringer i Årlig melding 2021, skal ikke styrebehandles før innsendelse. Rapporten er sendt til Helse Sør-Øst RHF innen fristen.

Det ligger et omfattende arbeid bak Årlig melding 2021, hvor klinikker og administrerende direktørs stab har bidratt for å gi en sammenstilling av virksomheten. De tillitsvalgte, hovedverneombudet og brukerutvalget har hatt anledning til å gi innspill i prosessen. I forkant av styrebehandlingen har Årlig melding 2021 vært fremlagt og behandlet av brukerutvalget 27. januar, av tillitsvalgte og hovedverneombudet i drøftingsmøte 1. februar og av direktørens ledergruppe 8. februar.

Vedlegg

1. Forslag til Årlig melding 2021 for Sykehuset Telemark HF
2. Protokoll fra drøftingsmøte 1. februar 2022



SYKEHUSET TELEMARKE HF

ÅRLIG MELDING 2021

til Helse Sør-Øst RHF

Skien, 8. februar 2022

Innhold

| | |
|---|-----------|
| DEL I: INNLEDNING OG VURDERING..... | 4 |
| 1. Innledning..... | 4 |
| 1.1 Oppgaver og organisering | 4 |
| 1.2 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag | 5 |
| 1.3 Mål for virksomheten | 7 |
| 1.4 Virksomhetsstyring - styrets arbeid, herunder intern styring og kontroll | 8 |
| 1.5 Medvirkning fra brukere og ansatte | 10 |
| 2. Vurdering av virksomheten..... | 12 |
| 2.1 Positive resultater og uløste utfordringer | 12 |
| 2.2 Evaluering av egen virksomhet og organisering | 19 |
| DEL II: RAPPORTERINGER..... | 23 |
| 3. Oppfølging av styringsbudskap for 2021 | 23 |
| 3.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen | 23 |
| 3.1.1 Ventetid somatikk | 23 |
| 3.1.2 Pasientavtaler | 23 |
| 3.1.3 Pakkeforløp kreft | 24 |
| 3.1.4 Uønsket variasjon | 24 |
| 3.1.5 Kapasitetsutnyttelse | 25 |
| 3.2 Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling | 26 |
| 3.2.1 Høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk | 26 |
| 3.2.2 Ventetid psykisk helsevern og TSB | 27 |
| 3.2.3 Pakkeforløp psykisk helsevern og TSB | 28 |
| 3.2.4 Epikriser psykisk helsevern og TSB | 28 |
| 3.2.5 Henvisninger psykisk helsevern | 29 |
| 3.2.6 Tvangsbruk psykisk helsevern | 29 |
| 3.2.7 Samarbeidspartnere innen psykisk helsevern og TSB | 29 |
| 3.2.8 Døgnkapasitet | 30 |
| 3.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet | 30 |
| 3.3.1 Pasientsikkerhet og sikkerhetskultur | 30 |
| 3.3.2 Legemidler | 30 |
| 3.3.3 Korridorpasienter | 31 |
| 3.3.4 Epikriser somatikk | 31 |
| 3.3.5 Behandlingstilbud | 32 |
| 3.3.6 Behandlingskapasitet | 34 |
| 3.3.7 Forskning og innovasjon | 34 |
| 3.3.8 Bemanning og kompetanse | 35 |
| 3.3.9 Ny teknologi for bedre helsehjelp | 37 |
| 3.3.10 Helsefelleskap | 37 |
| 3.4 Øvrige krav og rammer for 2021 | 38 |
| 3.4.1 Beredskap og sikkerhet | 38 |
| 3.4.2 Informasjonssikkerhet | 38 |
| 3.4.3 Oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelser | 39 |
| 3.5 Tildeling av midler og krav til aktivitet | 40 |
| 3.5.1 Økonomiske krav og rammer | 40 |
| 3.5.2 Aktivitetskrav | 41 |
| 4. Andre rapporteringer | 43 |
| 4.1 Andre forhold ved driften | 43 |

| | |
|---|-----------|
| DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT | 44 |
| 5. Utviklingstrender og rammebetingelser | 44 |
| 6. Strategier og planer | 44 |

1. Innledning

1.1 Oppgaver og organisering

Sykehuset Telemark helseforetak er et helseforetak innen sykehusområdet Telemark-Vestfold og det er eid av Helse Sør-Øst.

Pasientenes behov for spesialisthelsetjeneste legges til grunn for sykehusets samlede virksomhet. Virksomheten drives med sikte på å nå nasjonale helsepolitiske-, forskningspolitiske- og utdanningspolitiske mål. Helseforetaksgruppens samlede målsetting, resultatkrav og rammer blir fastsatt gjennom lover, vedtekter, instruksjoner, avtaler og beslutninger som blir truffet i foretaksmøter, samt gjennom tildelte bevilgninger.

Sykehuset Telemark har flere regionale oppgaver. Sykehuset har en robust og allsidig plastikkirurgisk avdeling, og delregionfunksjon og spesialkompetanse innen medisinsk genetikk, fertilitetsbehandling og arbeidsmedisin.

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

Opptaksområdet for sykehuset dekker om lag 173 000 innbyggere.

Sykehuset har lokaliteter i Skien, Porsgrunn, Bamble, Tinn, Notodden, Kragerø, Midt-Telemark og Seljord. Hovedadministrasjonen ligger i Skien.

Sykehuset Telemark er et allsidig akutt sykehus. Det største sykehuset ligger i Skien. Dette har traumemottak og et bredt tjenestetilbud innen somatikk. I Skien har sykehuset også sykehusavdelinger for psykisk helsevern og rusbehandling. På Notodden, Seljord og i Porsgrunn er det distriktpsykiatriske sengeposter og polikliniske tilbud innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Sykehuset har også polikliniske tilbud innen TSB og psykisk helsevern i Skien, på Stathelle og i Kragerø. Dagsykehuset i Porsgrunn ivaretar planlagte dag- og polikliniske tjenester og drives i tett samarbeid med sykehuset i Skien.

Lokalsykehuset på Notodden har akutfunksjoner innen indremedisin, generell kirurgi og ortopedi.

Ved dagsykehusene på Rjukan og i Kragerø ytes dag- og polikliniske spesialisthelsetjenester innen både indremedisinske og kirurgiske fag.

Sykehuset driver et rehabiliteringstilbud på Nordagutu.

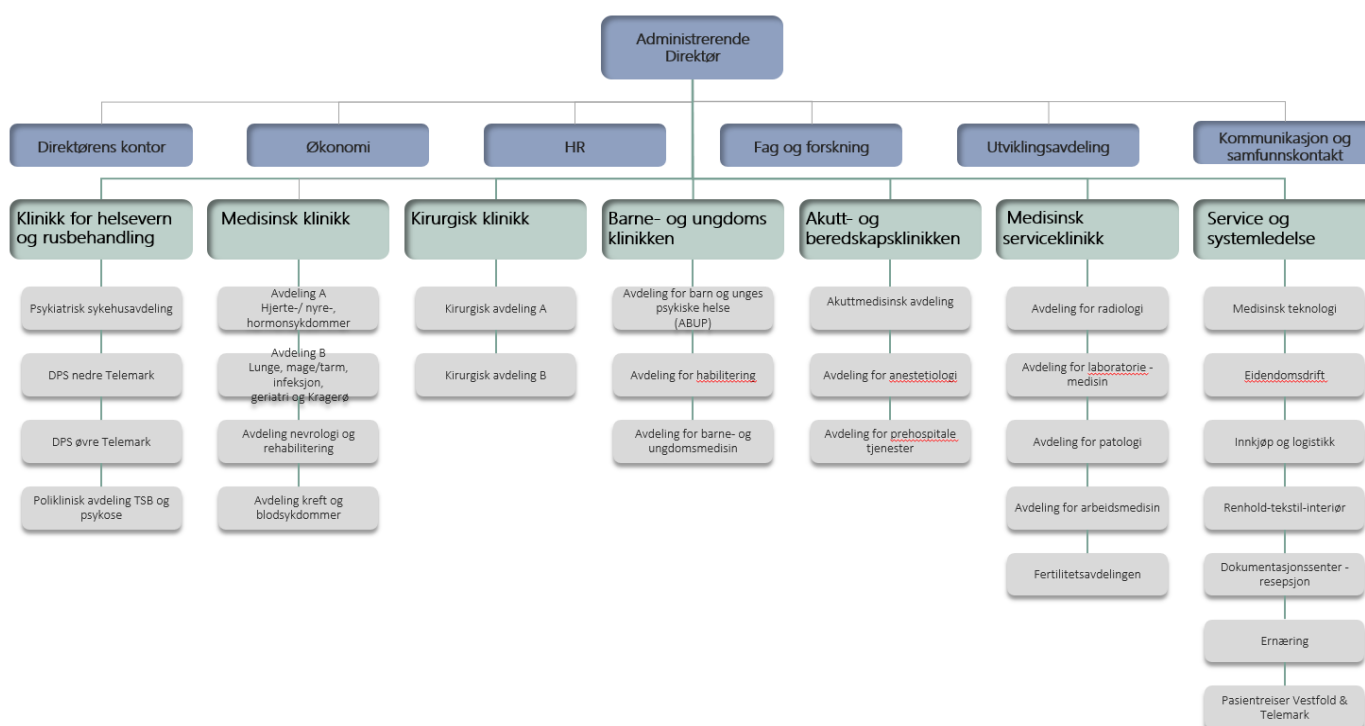
Sykehuset samhandler med Tokke kommune om desentralisert enkel cellegiftbehandling i Vest-Telemark. Sykehuset tilbyr dialysebehandling ved fem lokasjoner i tillegg til hjemmedialyse.

Sykehuset driver også ambulant virksomhet innen palliasjon og i tillegg innen fagene pediatri, psykiatri, rehabilitering og nevrologi.

Fritt sykehusvalg, fritt behandlingsvalg og flere spesialfunksjoner fører til at det kommer pasienter til sykehuset fra andre deler av landet. Betanien ivaretar behandlingsansvaret innen øyefaget og reumatologi.

Budsjettet er på om lag 4,5 milliarder kroner og Sykehuset Telemark har ca. 3.900 ansatte fordelt på 3.100 årsverk.

Sykehuset Telemark ledes av administrerende direktør og er organisert i sju klinikker og seks stabsområder:



1.2 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

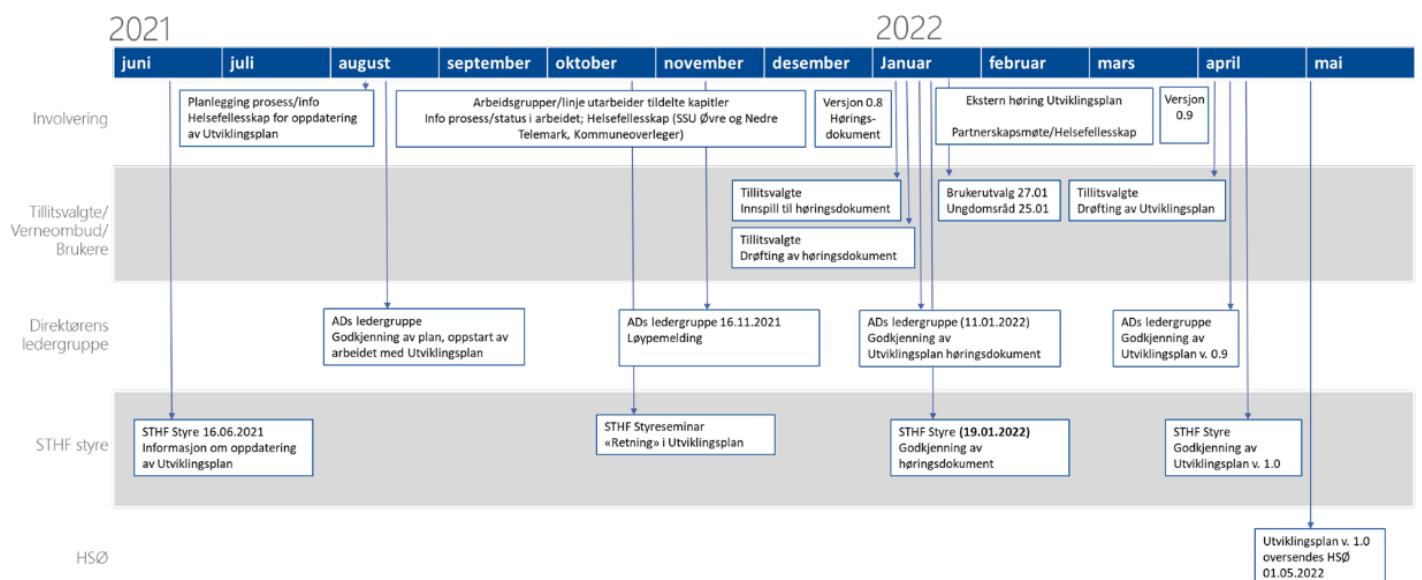
Utviklingsplanen er Sykehuset Telemarks øverste strategiske dokument. Den understøttes av mer detaljerte planer innen de ulike fagområdene, og er plan for hvordan Sykehuset Telemark vil utvikle sin virksomhet for å møte framtidig behov for spesialisthelsetjenester. Utviklingsplanen peker på ønsket utviklingsretning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



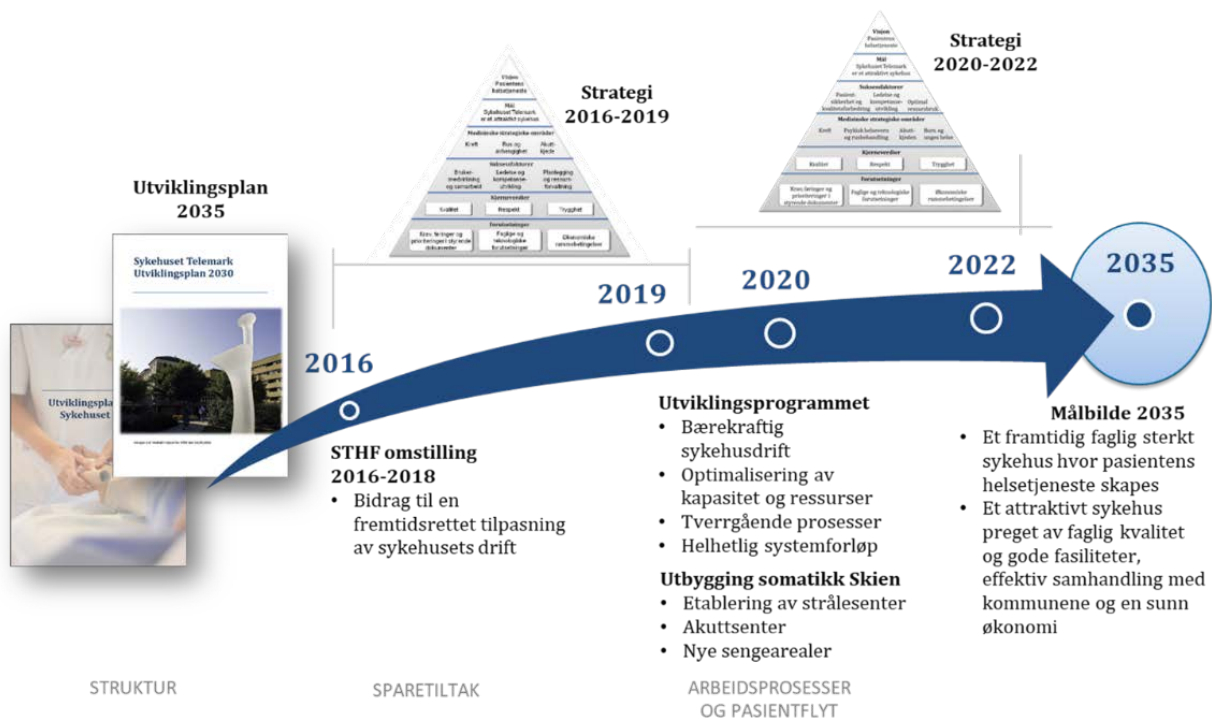
Sykehuset Telemark har arbeidet målrettet med utvikling av sykehuset siden den første utviklingsplanen ble vedtatt i 2014. Siden da har foretaket gjort både omfattende strukturelle endringer, gjennomført større omstillingsprosesser, samt jobbet aktivt med flere virksomhets-utviklingsprosjekter for å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

Sykehuset Telemark har i 2021 arbeidet med å oppdatere sykehusets utviklingsplan 2035. Planen skal vedtas av styret i Sykehuset Telemark før 1. mai 2022.

Oppdatering av utviklingsplanen har fulgt følgende tidslinje og prosess:



Et viktig verktøy for å strukturere utviklingsplanarbeidet er Sykehuset Telemarks strategi:



For mer informasjon om strategien vises det til strategidokumentet: [Sykehuset Telemarks strategi 2020 - 2022](#)

1.3 Mål for virksomheten

Sykehuset Telemarks strategiplan, som er i 3-års intervaller, er et viktig element i virksomhetsstyringen for å sikre nødvendige tiltak for å løfte frem de medisinske strategiske områdene og suksessfaktorene som kreves for å realisere målbildet.

Sykehuset Telemark sine viktigste og mest omfattende aktiviteter/prosjekter er knyttet til fokusområdene i Sykehuset Telemarks strategi, samt det pågående utbyggingsprosjektet Utbygging Somatikk Skien.

I strategien under *suksessfaktorer* og *optimal ressursbruk* ligger flere av de store virksomhetsutviklingsprosjektene til sykehuset:

- **Pasientflyt 24/7**
Sikre riktig dimensjonering og bruk av somatisk sengekapasitet i Skien og forberede til innflytting i nytt sengebygg
- **Operasjon 2020**
Strømleutforme utredningsforløpene til operasjon, sikre helhetlig operasjonsplanlegging og forbedre gjennomføring av operasjonsdagen

- Kontorfaglige støttefunksjoner
Øke tilgjengelighet på elektiv behandling, utnytte muligheter i bruk av digitale verktøy og frigi tid for lege/behandler til pasientrettet arbeid
- Helselogistikk
Fjerne ikke-medisinske hindringer for effektiv håndtering fra pasienten kommer inn til pasienten forlater sykehuset ved interne prosessforbedringer om implementasjon av IKT verktøy

Prosjektene er viktige og nødvendig for å sikre gode pasient- og personalflyter med riktig bruk av ressurser. Prosjektene legger videre grunnlaget for langsiktig bærekraft og muliggjør gjennomføring av sykehusets ønskede og nødvendige investeringer. Fremdriften av disse prosjektene er imidlertid forsinket grunnet Covid-19 pandemien.

1.4 Virksomhetsstyring - styrets arbeid, herunder intern styring og kontroll

Hele organisasjonen involveres i praktiseringen av virksomhetsstyringen. Ulike råd, utvalg og grupper arbeider kontinuerlig for måloppnåelse innen blant annet helse, miljø og sikkerhet (HMS), kvalitet og pasientsikkerhet basert på gode beslutninger, kunnskap og fakta, læringsløyper og delingskultur.

Direktørens ledergruppe (bestående av administrerende direktør, klinikkjefer og stabsdirektører) har møte hver annen uke.

Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget (KPU) har møte om lag én gang per måned. Dette utvalget er en viktig arena for kvalitetsarbeidet og læring på tvers mellom klinikkene. Det er også etablert klinikkvise KPU.

Arbeidsmiljøutvalget (AMU) skal medvirke for gjennomføring av et fullt forsvarlig arbeidsmiljø. Utvalget skal delta i planleggingen av verne- og miljøarbeidet, og nøye følge utviklingen i spørsmål som angår arbeidstakernes sikkerhet, helse og velferd.

Administrerende direktør har dialogmøter med de hovedtillitsvalgte, samt hovedverneombudet omlag hver fjortende dag, i tillegg til drøftingsmøter. Som følge av pandemien er det gjennomført flere dialogmøter.

Brukerutvalget ved Sykehuset Telemark og ungdomsrådet har møter jevnlig. Rådene omtales nærmere under punkt 1.5.

Sykehusets øverste beslutningsnivå er styret. Styret skal settes i stand til å ta kvalitativt gode beslutninger og å etterspørre og få nødvendig informasjon, samt stille de krav til administrasjonen som styret til enhver tid finner nødvendig for å nå overordnede mål og krav. Brukerutvalgets leder og nestleder har møte- og talerett i styret. Styret har avholdt ti styremøter og tre styreseminar, hvorav ett seminar i fellesskap med styret ved Sykehuset i Vestfold. Fem av styremøtene ble avholdt elektronisk via Skype.

Styrets sammensetning ved utgangen av året

- Per Anders Oksum, styreleder
- Kine Jordbakke, nestleder
- Kristian Bogen, styremedlem
- Turid Ellingsen, styremedlem
- Per Christian Voss, styremedlem
- Marjan Farahmand, styremedlem
- Trygve Kristoffer Nilssen, styremedlem
- Inger Ann Aasen, ansattvalgt styremedlem
- Kristian Wiig, ansattvalgt styremedlem
- Johanne Haugan, ansattvalgt styremedlem
- Thor Severinsen, ansattvalgt styremedlem

Saker som styret har behandlet:

- Status og sluttrapport prosjekter, utviklingsprogram, Helsefelleskap og ambulanseplan, oppdatering av Sykehuset Telemarks utviklingsplan
- Utbygging Somatikk Skien
- Årlig melding 2020, årsrapport HMS, årsmelding Pasient- og brukerombudet i Telemark
- Oppdrag og bestilling 2021 samt tilleggsdokument
- Styrets beretning, årsregnskap, budsjett, virksomhetsrapporter, økonomisk langtidsplan, investeringer og fullmakter ved Sykehuset Telemark HF
- Internrevisjon resultater 2020 og plan 2021
- Forskning
- Uønskede pasienthendelser 2020 - statistikk og analyse (NOKUP), oppfølging av alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser 2020
- Resultater fra kartlegging av habilitetsrisiko ved Sykehuset Telemark HF
- Forankring av Regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, kvalitetsregistre og kvalitetsindikatorer
- Resultater ForBedring 2021
- Oppnevning av medlemmer til brukerutvalget og valg av leder og nestleder for perioden 2021-2023
- Informasjonssikkerhetsrisiko
- Rammeverk for beredskap Sykehuset Telemark HF – rullering
- Orientering om tjenestetilbudet innen psykisk helsevern i Telemark
- Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2022
- Ledelsens gjennomgang 2021 og styrende dokumenter for Sykehuset Telemark
- Styrket oppmerksomhet om pasientsikkerhet på legemiddelområdet
- Styrets årlige evaluering av administrerende direktørs arbeid og resultater
- Møte med brukerutvalget 5. mai (styreleder og administrerende direktør)

Styret ved Sykehuset Telemark informeres jevnlig om status og oppfølging av uønskede hendelser, klagesaker, tilsyn og revisjoner i forbindelse med tertialrapporteringen. I tillegg legges samlede vurderinger fram i årlige styresaker. Det informeres særskilt om de alvorligste sakene og hvordan disse følges opp (§ 3-3a varsler).

I ledelsens gjennomgåelse vurderes årlig måloppnåelse og risiko innen det systematiske kvalitetsforbedringsarbeidet.

Styret etterspør systematisk planer, tiltak, effekt og resultater som skal sikre etterlevelse av styrende krav til ledelse av pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i hele foretaket.

1.5 Medvirkning fra brukere og ansatte

Samarbeid med tillitsvalgte og hovedverneombudet blir gjennomført i overensstemmelse med prinsippene for medvirkning. Det er utfordrende å gjennomføre dette på alle nivå i sykehuset. Sykehuset har egne retningslinjer, for organisasjonsendringer og omstillingsprosesser som er utviklet i samarbeid med tillitsvalgte og verneombud. Tillitsvalgte og verneombud deltar i styringsgrupper og prosjektgrupper som gjelder utviklingsarbeid og organisasjonsendringer.

I Sykehuset Telemark er det en fast møtestruktur mellom sykehusets ledelse og foretakstillitsvalgte (FTV) og hovedverneombud (HVO). Administrerende direktør har faste møter med FTV/HVO. HR-direktør og økonomidirektør deltar også på disse møtene ved behov. Fagdirektør, HR-direktør og klinikkjefer har i tillegg egne møter med tillitsvalgte og verneombud.

Sykehuset Telemark har avtale om frikjøp av foretakstillitsvalgte og hovedtillitsvalgte som til sammen utgjør syv årsverk. De største arbeidstakerorganisasjonene har også klinikktilitsvalgte. Sykehuset jobber kontinuerlig med skolering av sine lokale verneombud. Vernetjenesten er organisert med verneombud i definerte verneområder, og med et klinikkverneombud i hver klinikk. Leders HMS-ansvar og kravet om involvering av verneombudet i arbeidsmiljø saker inngår i lederavtalene på alle nivåer. Hovedverneombudet deltar på møter med øverste ledelse på lik linje med foretakstillitsvalgte, samt i separate møter ved behov.

Sykehuset har et eget varslingsutvalg. Etter konsernrevisjonens gjennomgang har sykehuset jobbet aktivt med revidering av prosedyrer og rutiner knyttet til varsling. Det er etablert en egen side på intranett og ansatte har fått informasjon/opplæring i hvordan melde fra om uønskede hendelser.

Brukerutvalget ved Sykehuset Telemark HF

Brukerutvalget (BU) skal være rådgiver og samarbeidspartner for ledelsen i utviklingen av tjenestetilbudet ved sykehuset, og bidra aktivt med brukerkompetanse i planarbeidet og i aktuelle prosjekter. Brukerutvalget skal også koordinere og behandle høringer som berører helsetilbudet, foreslå brukerrepresentanter til råd og utvalg, samt bidra med innspill til brukerundersøkelser og kvalitetsarbeid. Brukerutvalget skal ta initiativ i saker som har betydning for pasienter og pårørende og være et forum for tilbakemelding fra bruker-organisasjonene, pasienter og pårørende.

Brukerutvalget legger prinsipper for brukermedvirkning til grunn for sitt arbeid. Prinsippene er vedtatt av Helse Sør-Øst og styret i Sykehuset Telemark HF. Medlemmene av utvalget er valgt fra ulike brukerorganisasjoner i Telemark. Utvalget har gjennomført syv møter og behandlet 58 saker. Tre av møtene har vært lagt til direktørens møterom ved Sykehuset Telemark i Skien, fire har vært gjennomført digitalt som Skype-møte. I tillegg er det gjennomført ett møtet med styreleder og

administrerende direktør. Dette møtet ble avholdt på direktørens møterom ved Sykehuset Telemark.

Deltakelse og medvirkning

- Brukerutvalget har vært representert på helseforetakets styremøter og styreseminar
- Brukerutvalgets leder og nestleder møter fast i kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget
- Brukerutvalgets medlemmer har engasjert seg i prosjekter og arbeider der brukermedvirkning har vært etterspurt (ca. 15 ulike prosjekter og utvalg).
- Brukerutvalget har vært representert på møte mellom ledere og nestledere i brukerutvalg i Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene i september
- Møte med styreleder og administrerende direktør 5. mai som erstatning for møte med hele styret, grunnet covid-19-situasjonen.

Sammensetning av utvalget ved utgangen av året

- Rita Andersen, Psoriasis og Eksemforbundet Telemark (PEF), leder
- Sondre Ottervik, A-larm, nestleder
- Anette Slåtta, FFO Telemark / Norsk Revmatikerforbunds barne- og ungdomsgruppe Telemark (Burg/NRF)
- Hanne Kittilsen, Kreftforeningen
- Olav Kristiansen, Prostatakraftforeningen (PROFO)
- Gun Inger Heibø, Multippel sklerose (MS)
- Rita Slåbakk FFO Telemark / Hørselshemmedes Landsforbund (HLF Vestfold og Telemark)
- John Arne Rinde, Pensjonistforbundet i Telemark
- Anne Iversen, Norges Handikapforbund (NHF)

Noen saker som brukerutvalget har behandlet

- Kvalitet, pasientsikkerhet, korridorpasienter, ventetider, fristbrudd, sykehusinfeksjoner
- Covid-19-situasjonen og Hendelsesanalyse Covid-19
- Regnskap og budsjett
- Prosjekt: Pasientflyt 24/7
- Prosjekt: Kontorfaglige støttefunksjoner
- Ny funksjonalitet for rekvirerte pasientreiser
- Pakkeforløp TSB og fokus på dette i et brukermedvirkningsperspektiv
- Erfaringskonsulenter og bruken av disse i KPR (Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling)
- Service og tilgjengelighet ved Hørselssentralen
- Røntgen og MR tilbud ved Sykehuset Telemark
- Barn som pårørende

Ungdomsrådet ved Sykehuset Telemark

Ungdomsrådet består av ungdommer som har erfaring som pasienter og/eller pårørende i sykehus. Ungdomsrådet har to koordinatorene. Rådet har gjennomført seks møter og behandlet 33 saker.

Rådets verdier er åpenhet og gjensidig respekt og rådet skal bidra til å sikre god brukermedvirkning for unge ved helseforetaket. Medvirkningen skal skje på ungdommenes premisser og rådet skal fremme synspunkter og saker, som kan bidra til å forbedre pasienttilbudet for unge brukere. Ungdomsrådet skal likestilles med brukerutvalget vedrørende involvering og inkludering.

Deltakelse og medvirkning

- Prosjekt Kontorfaglig støttefunksjoner - referansegruppe
- Prosjekt Pasientflyt 24/7 – høringsgruppe
- BUP-prosjektet ved Sykehuset Telemark - prosjektgruppe
- Fagutvalget for barn- og unge
- Prosjektgruppe for oppfølging av barn og unges psykiske helse

Sammensetning av rådet ved utgangen av året

- Ada-Marie Riis, leder
- Sebastian Gundersen, nestleder
- Thea Tomine Borge
- Happy Sapai
- Christie Malek
- Amalie Hansen

Koordinatorer:

- Hege Arvesen, psykiatrisk sykepleier, Barne- og ungdomsmedisin
- Elise Haugerø, barnevernspedagog, BUP-Skien

Noen saker som ungdomsrådet har behandlet

- Ungdomsrådets ansikt utad
- Overgang barn - voksen
- Ungdom på voksenavdeling
- Prosjekt: Pasientflyt 24/7
- Prosjekt: Kontorfaglige støttefunksjoner
- Covid-19

2. Vurdering av virksomheten

2.1 Positive resultater og uløste utfordringer

Generelt lav befolkningsvekst, økende andel eldre i fylkets befolkning og økte forventninger til helsetjenestene forventes å gi sykehuset ressursmessige utfordringer i årene som kommer. Sykehuset har de siste årene hatt en positiv produktivitetsutvikling totalt sett, men har fremdeles behov for forbedringer for å nærme seg de beste i foretaksgruppen. Dette betyr at sykehuset framover må utvikle tjenestetilbudet slik at mer helse skapes for de pengene som sykehuset har til disposisjon. Det er i tillegg nødvendig å bedre investeringskraften for å bedre bygningsmessige forhold og sikre nødvendige investeringer i medisinsk teknisk utstyr.

De to siste årene har vært spesielt krevende på grunn av pandemien. Det har vært behov for å omdisponere og øke ressurser for å ivareta beredskap og smittevern. Samtidig ble

aktivitetsbaserte inntekter redusert og en rekke forbedringsprosjekter satt på pause. Økte kostnader og inntektsbortfall har i hovedsak blitt finansiert med ekstraordinære bevilgninger, men kombinasjonen av etterslep i pasientbehandlingen og forsinkelser i forbedringsarbeidet vil utfordre økonomien i fortsettelsen.

Tillitsvalgte ønsker å være med i sykehusets prosesser som bidragsyttere til å komme med gode tiltak for å møte utfordringer på en best mulig måte. Sykehuset har fått tilbakemelding fra de tillitsvalgte om at det settes i gang og gjennomføres prosesser hvor de i henhold til bestemmelsene i hovedavtalene mener de skulle ha medvirket.

ForBedring

Undersøkelsen ForBedring er godt etablert og bidrar til en god tilbakemeldingskultur. Sykehuset Telemark hadde 82 prosent deltakelse, og dette er en høy deltakelse sammenlignet med andre helseforetak i Helse Sør-Øst. Sykehuset har fremgang på flere områder. Blant annet viser resultatene at ansatte gir tilbakemelding om at arbeidsmiljøet er stabilt og godt.

Studenter

Sykehuset har etablert et godt samarbeid med Universitetet i Sør-Øst Norge (USN) knyttet til studenter til, sykepleierutdanningen, vernepleierutdanningen og radiografutdanningen. Også når det gjelder videreutdanninger samarbeides det godt, og det holdes jevnlig samarbeidsmøter knyttet til alle helsefaglige utdanningsløp.

Sykefraværsoppfølging etter metoden «Tett på»:

Sykehuset Telemark har i samarbeid med NAV etablert en kurspakke med fem kurs knyttet til sykefraværsoppfølging. Samarbeidet med NAV er godt og det gjennomføres møter annenhver uke. I møtene behandles «vanskelige» og langvarige sykefraværssaker, og man ser sammen på mulige løsninger.

Det er gjennomført internt kurs i sykefraværsoppfølging for mange klinikker.

Verktøy tatt i bruk

Ny HMS handlingsplan fra Conformat er innført og tatt i bruk.

Kompetanseportalen er innført, og opplæring i bruk av dette verktøyet er godt i gang.

Lederutviklingsprogram

Det er gjennomført lederutviklingsprogram for ledere på alle nivåer i de tre klinikkene:

- Kirurgisk klinikk
- Medisinsk klinikk
- Klinikk for Service- og systemledelse

Tilbakemeldingene i etterkant av gjennomføringen har vært gode, og det planlegges å følge opp lederne med et veiledningsprogram.

Veiledning

Sykehuset har to programmer for veiledning, som begge får svært gode tilbakemeldinger:

- Veiledningskurs i to deler for overleger
- Veiledningskurs for leger i spesialisering (LIS) «Fire gode vaner»

Sykehuset har utfordringer på følgende områder:

- *LIS-legeutdanningen*
Sykehuset har ikke hatt en stabil løsning når det gjelder utdanningsansvarlig overlege. Til tross for dette har introuke for LIS blitt gjennomført på en tilfredsstillende måte og oppfølgingsarbeidet er i rute. Det er fremdeles utfordrende oppgaver knyttet til LIS-utdanningen.
- *GAT- arbeidsplanlegging*
Arbeidstidsplanlegging er delegert til linjeledelsen. Det er imidlertid nødvendig å bistå ledere med kompetanse i forhold til ressursplanlegging og generell bruk av GAT, men har sykehuset liten kapasitet.
- *Heltidskultur*
Sykehuset har et mål om å tilby ansatte fulle stillinger. Dette har sykehuset ikke lykkes med i tilstrekkelig grad.
- *Statistisk logganalyse*
Mandat for arbeidet er utarbeidet. Prosjektleder og prosjektgruppen er etablert men arbeidet er ikke igangsatt. Arbeidet fortsetter i 2022.
- *Inkluderingsdugnad*
Det er fremdeles svært utfordrende å rekruttere medarbeidere med hull i CV og nedsatt funksjonsevne.

Prevalens

Sykehusinfeksjoner, målt ved prevalens, skal i henhold til føringer fra Helse Sør-Øst være under tre prosent. Målingene viser en nedadgående trend over år. I 2021 var resultatene av prevalensmålingene 3,4 prosent, 2,0 prosent, 1,7 prosent og 3,1 prosent. Med flere målinger under målsettingen på tre prosent fortsetter den gode trenden fra 2020, og målingen på 1,7 prosent er den laveste noen sinne. Det vil fortsatt være et høyt fokus på infeksjonsområdet, ikke minst på å holde postoperative sårinfeksjoner på et lavt nivå.

Tilgjengelighet

Covid-19-pandemien medførte en sterkt redusert aktivitet i starten av året. Dette resulterte igjen til en økning i ventetider og antall fristbrudd. Sykehusets drift var tilnærmet normal fra sommeren, og økning i poliklinisk aktivitet resulterte i reduserte ventetider og reduksjon i antall fristbrudd. Som en følge av utviklingen i Covid-19-pandemien økte sykehuset på slutten av året igjen beredskapen. Operasjonskapasiteten ble redusert som igjen har medført en rekke utsettelse av operasjoner, økte ventelister og en ny økning i antall fristbrudd ved enkelte spesialiteter.

Sykehuset har på flere områder arbeidet med å forbedre tilgjengeligheten. Øre Nese Hals (ØNH) er en seksjon, som har arbeidet godt med et forbedringsprogram. Seksjonen har et høyt pasientgrunnlag. I tillegg til aktiviteten som gjennomføres av lege, er det en betydelig pasientgruppe som ivaretas av sykepleiere og audiografer. Med inspirasjon fra tidligere forbedringsarbeid og metodikk utviklet sammen med E&Y, samt gjennomført prosjekt i ortopedisk poliklinikk, ble det igangsatt tiltak for å bedre tilgjengeligheten og redusere ventelistene. Det er gjennomført en rekke tiltak som fjerner flaskehals og bedrer logistikken i seksjonen. Av de viktigste tiltakene kan nevnes:

- Omrokkering av rom for å frigjøre arealer til vaksine og CPAP (pustestøtte)
- Utvidet åpningstid og endring av arbeidsplaner for audiografer
- Etablert en felles seksjon for leger, sykepleiere og audiografer

- Bedret samarbeidet med avtalespesialister
- Bruk av kveldspoliklinikk ved behov
- Prioritert ekstra operasjonsteam
- Ansatt ny inntakssekretær, bedret planleggingshorisont
- Generell opprydding i ventelistene

Det er fremdeles forbedringspotensial på flere områder, mens man på noen områder helt har fjernet ventelisten, for eksempel innen allergivaksinering.

Telefon- og videokonsultasjoner

Pandemien har medført behov for elektroniske verktøy for blant annet å gjennomføre pasientkonsultasjoner via telefon og video. I 2020 fikk sykehuset på plass løsning for videokonsultasjon der hvor dette var mulig å benytte. Sykehuset erfarte økt bruk av telefon- og videokonsultasjoner i starten av dette året. En nedgang i bruk ble det utover sommeren og høsten, mens bruken igjen økte i takt med den negative pandemiutviklingen på slutten av året.

Kreft

Andel pakkeforløp gjennomført innenfor normert forløpstid er samlet sett, for alle kreftformer og i hele perioden, 73 prosent. Målet på 70 prosent er innfridd. Imidlertid varierer resultatene for de ulike kreftformene. For eksempel er andelen 70 prosent for tykk- og endetarmskreft, 67 prosent for prostatakreft og 85 prosent for brystkreft. Målrettet forbedringsarbeid er gjennomført på områder. Her nevnes pakkeforløp lunge.

Forskning

Sykehuset blir i år kreditert for 48 vitenskapelige artikler og 2 gjennomførte doktorgrader. Det er en liten nedgang i forskningspoeng fra foregående år.

En annen komponent i inntektsmodellen for forskning er rekruttering av pasienter til kliniske behandlingsstudier (KBS). Her har sykehuset økt med mer enn 15 prosent fra 2020 og minst 14 KBS inkluderte pasienter i løpet av 2021, men sykehuset deltar i langt flere. Sykehuset har hatt stort fokus på KBS i år og har i samarbeid med Sykehuset i Vestfold hatt en egen utlysning av driftsmidler for KBS. Flere nye kliniske behandlingsstudier er derfor under oppstart.

En stor økning i tilføring av eksterne forskningsmidler gjorde det også mulig å starte flere nye studier hvorav flere er multisenter-studier. Sykehuset forventer derfor en økning i publikasjonsvolum når funnene fra de nye studiene skal publiseres. Flere av de nye studiene har også fått positiv omtale i media.

Forskningen har fått et tydeligere fokus hos sykehusledelsen. Forskningsgrupper ved sykehuset er under etablering. Infrastrukturen for deltakelse i kliniske studier er under oppbygging og det er tildelt økte ressurser til i 2021.

Miljø

Sykehuset deltar i et nytt og spennende forskningsprosjekt sammen med Porsgrunnsfirmaet Sustaintech AS. Sustaintech har fått tildelt 2,9 millioner kroner av Regionalt Forskningsfond Vestfold og Telemark for prosjektet sammen med Sykehuset

Telemark: «Rensing av avløp fra sykehus for å redusere spredning av antibiotikaresistens og hindre utslipp av skadelige miljøgifter». Renseanlegget er installert på Sykehuset Telemark høsten 2021. Prosjektet avsluttes 31. desember 2022.

Målet er å utvikle, kvalifisere og teste et nytt konsept for å fjerne legemidler, antibiotika resistente bakterier og antibiotika resistente bakteriers gener i sykehusets avløpsvann. Som sykehus er vi opptatt av miljøet og vi synes det er bra å få være med å utvikle en teknologi som kan bety mye for miljøet mange steder i verden.

Medisinske akutt-team

Sykehuset har i lengre tid hatt traume-team og slag team. Teamene er tverrfaglig sammensatt og øver regelmessig på akutte situasjoner. Nå har sykehuset også opprettet medisinske akutt-team som kan rykke ut ved behov for å begrense sykdomsutvikling og redde liv hos pasienter med tidskritiske og akutte medisinske tilstander. Ved rask utrykking, med rett kompetanse og riktig behandling er målet å stanse negativ sykdomsutvikling og redde flere liv. Teamene er underlagt medisinsk klinikk og det er opprettet et eget fagråd som gir råd i akuttmedisinske spørsmål. Akuttmedisinsk fagråd skal sikre høy faglig kvalitet på den akuttmedisinske behandlingen, og passe på at den er i tråd med nasjonale og regionale føringer.

Teamene er opprettet både i Skien og på Notodden og hensikten er å begrense sykdomsutvikling og redde liv hos pasienter med tidskritiske, akutte, non-traumatiske problemstillinger. Dette skal sikres gjennom å sørge for rask varsling, kompetent personale tilstede og godt samarbeid i teamet, samt optimal og tidseffektiv bruk av ressursene. Det er utarbeidet en overordnet prosedyre som blant annet beskriver kriteriene for når teamene skal varsles.

Tiltaket er anbefalt av både Helsedirektoratet og i Nasjonal sykehusplan. Hensikten er å bedre pasientsikkerheten og sikre best mulig behandling for de kritisk syke pasientene.

Opprettelse av fagråd for kreft

Sykehuset Telemark oppretter et fagråd for kreft (besluttet av direktørens ledergruppe 30. november). Fagrådet skal bidra til ytterligere standardisering av pasientbehandlingen og derved redusert uønsket variasjon. Det skal fungere som et rådgivende organ både for administrerende direktør og fagdirektør. I løpet av de siste to årene har det vært avviklet to samlinger med fagmiljøene og lederne innen kreftområdet. Her har kreftregisterets årlige rapporter vært gjennomgått med fokus på utfordringer og forslag til forbedringer. Den siste samlingen munnet ut i støtte til etablering av et fagråd for kreft. Det skal kunne analysere og gi lokale råd knyttet til kreftbehandling.

Fagrådet får flere oppgaver, blant annet skal man anbefale nødvendige endringer og samordning av prosedyrer og retningslinjer innen kreftbehandling, på tvers av hele Sykehuset Telemark. Fagrådet skal utrede faglige spørsmål fra klinikkene og fra sykehuset kvalitetsutvalg (KPU). Det skal også gjennomgå kvalitetsregistre og kvalitetsindikatorer som er viktige i kreftbehandling, og sammenligne sykehusets praksis opp mot disse. Rådet skal i tillegg behandle saker/forespørsler fra klinikkjefer, fagdirektør og kvalitetssjef i saker som handler om forbedringsarbeid på tvers.

Sykehuset har fagfolk med lang erfaring og oppdatert kunnskap i kreftbehandling. Det er disse som skal sitte i fagrådet. Som benevnelsen tilsier, skal rådet nettopp gi råd, mens det naturligvis fremdeles er linjeledelsen som vil ha ansvaret for å implementering.

Samhandling med kommunene

Helsefelleskapet i Telemark hadde sitt første møte 21. januar 2021 med alle ordførere, rådmenn/ kommunedirektører, tillitsvalgte, fastleger og brukere samt administrerende direktør, fagdirektør og styreleder ved sykehuset. Det er også åpnet for observatører og KS, pasient og brukerombudet, Universitetet i Sør-Øst Norge og Utviklingscenteret for hjemmetjenester og sykehjem har observasjonsstatus i de to øverste nivåene i Helsefelleskapet. Det ble gitt føringer og mandat til det strategiske nivået i Helsefelleskapet, som hadde sitt første møte i februar. I løpet av 2021 er alle fem faglige samarbeidsutvalg etablert, satsningsområder for de fem fagutvalgene er definert og arbeidet med områdene igangsatt. Det er god fremgang i Helsefelleskapet. Årlig statusmelding er laget og protokoller fra møtene publiseres på Sykehuset Telemark sin hjemmeside.

Pandemien har også gjort at det er etablert en egen møtearena med dette fokuset. Her deltar alle kommuneoverleger og kommunalsjefer.

På individnivå fokuset på god samhandling mellom fastleger/kommune og behandlere i spesialisthelsetjenesten opprettholdt. Målsettingen er å skape helhetlige og godt koordinerte pasientforløp. Sentrale tema er behandlingsplan og videre oppfølging av pasienten. Videre er legemiddelbruk et aktuelt tema. Gjennom mange år har det blitt brukt spesielt mye psykofarmaka og opioider av befolkningen i Telemark. Klinikkleidelsen og praksiskonsulenten ved klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling har i samarbeid med fylkeslegen, kommuneoverleger, fastleger og Mental Helse Telemark arbeidet med riktigere bruk av satt i gang en satsning for riktigere bruk i vårt område av psykofarmaka og opioider.

Det er fortsatt lite bruk av kommunale ø-hjelp senger innen psykisk helse og rus og det er utfordringer med overliggerproblematikk i perioder.

Sykehuset Telemark har praksiskoordinator og to praksiskonsulenter, en i somatikk og en innen psykisk helse. Disse jobber med å forbedre kommunikasjon og praksis i grensesnittet mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten.

Etablert samarbeidsutvalg for leger i Telemark: SULT fungerer bra. Målgruppen er fastleger, kommunalt ansatte allmennleger, avtalespesialister og leger på HF-nivå. SULT er en samhandlingsarena for å arbeide fram felles anbefalinger om arbeids- og ansvarsdeling.

Virksomhetsutvikling

Sykehuset Telemark har i 2021 hatt flere sykehusovergripende virksomhetsutviklingsprosjekter (OU) i gang. De viktigste er:

- Operasjon 2020
- Pasientflyt 24/7
- Kontorfaglige støttefunksjoner

For å kunne realisere de beregnede driftsgevinstene blant annet knyttet til Utbygging Somatikk Skien (USS) er det behov for et betydelig OU-arbeid. Med utgangspunkt i dagens drift og organisering ble det i idefasen identifisert flaskehals og tidstyver i forhold til pasientforløp og personalets arbeidsprosesser, med målsetting om å bedre pasientens flyt gjennom sykehuset. Begrunnelsen for dette var å sikre at alle elementene i utrednings- og behandlingsprosessen henger så godt sammen som mulig, at unødvendig venting unngås, og at ressursene utnyttes effektivt. Basert på føringer fra Utviklingsplanen og framskrevet aktivitet ble det utarbeidet fremtidige faglige driftskonsepter, som nå ligger til grunn for både arealutforming og gevinstberegninger i prosjektet.

Utbygging Somatikk Skien (USS)

Styret ved Sykehuset Telemark behandlet og godkjente konseptrapport for utbygging i sak 070-2020. Senere ble saken behandlet i styret i Helse Sør-Øst, den 26. november 2020 og regionen godkjente med det konseptrapporten (B3-beslutning).

Økonomisk styringsramme for prosjektet ble fastsatt til 1 089 millioner kroner (P50, juni 2020-kroner). Det ble søkt Helse- og omsorgsdepartementet om lån i henhold til gjeldende retningslinjer. I Statsbudsjettet for 2022 er det bevilget penger til prosjektet i henhold til søknaden.

Sykehuset har i 2021 gjennomført forberedelser til forprosjektet, blant annet for å ivareta momenter som fremkom i KSK-rapporten. Sykehuset Telemark har i siste kvartal 2021 arbeidet sammen med Sykehusbygg for å utarbeide kontraktstrategi. Sykehuset er, som følge av det forberedende arbeidet, godt forberedt til å starte arbeidet med forprosjektet så snart mandatet gis av Helse Sør-Øst. Sykehuset Telemark vil selv være prosjekteier og inngå en avtale med Sykehusbygg om prosjektledelse.

Økonomiske forhold

Arbeidet med beredskapshåndtering og smittevern har også i år forsinket forbedringsarbeidet ved sykehuset. Sykehuset har så langt mulig fortsatt arbeidet med løpende forbedringstiltak i klinikkene og på tvers av organisasjonen, men har i perioder måttet prioritere pandemisituasjonen på bekostning av forbedringsarbeidet. Av større forbedringsarbeid har Kirurgisk klinikk likevel fått gjennomført en nødvendig kapasitetstilpasning i sengepostdriften.

Prosjektet Operasjon 2020, som skal sikre god pasientflyt i forbindelse med operasjoner gjennom å strømlinjeforme utredningsforløpene før operasjon, sikre helhetlig operasjonsplanlegging og å forbedre flyt på selve operasjonsdagen, har fortsatt i 2021. Til tross for forsinket fremdrift på grunn av covid-19-pandemien har prosjektet gitt viktig bidrag til den raske reduksjonen av ventelister gjennom høsten. Det er også etablert noen varige ledelsesstrukturer som har bidratt til å øke fleksibiliteten og evnen til løpende å tilpasse kapasitet til forventet behov. Det har vi hatt fordel av i en situasjon hvor vi på relativt kort varsel har vært tvunget til å gjøre kapasitetstilpasninger for å ivareta intensivbehandlingen mest mulig effektivt.

Sykehuset har gjennom 2021 arbeidet med prosjektet Pasientflyt 24-7 som blant annet skal legge til rette for arbeid med optimal ressursutnyttelse under varierende belegg og

innstrøm av pasienter, både samlet for sykehuset og mellom klinikker og sengeposter. De viktigste innsatsområdene har vært

- Ressurser på tvers
- Optimalisert bruk av bemanningssenteret
- Visitt og utskrivelse
- Pasientflyt Sykehuset Telemark/Primærhelsetjenesten

Arbeid med å forbedre logistikken og realisere økonomiske og kvalitative gevinster vil fortsette inn i 2022.

Covid-19-pandemien har også i 2021 hatt stor innvirkning på driftskostnadene i sykehuset. Også de aktivitetsbaserte inntektene er redusert, selv om effekten her ikke er like stor som i foregående år. Uavhengig av pandemien erfarer sykehuset også i år at kostnader til kreftlegemidler, behandlingshjelpemidler og fritt behandlingsvalg i psykiatri og rus øker og gir negative budsjettavvik. Kostnadene til fritt behandlingsvalg utgjør ca. 48 millioner kroner, som er en økning på 10 millioner kroner i forhold til foregående år. Sykehuset Telemark konstaterer med tilfredshet at Regjeringen planlegger å avvikle ordningen, som dessverre har påført sykehuset en uforholdsmessig økonomisk belastning.

Sykehuset Telemark rapporterer et overskudd på 16,1 millioner kroner, noe som er 33,9 millioner kroner dårligere enn styringsmålet. De viktigste årsakene til avviket er ca. 10 millioner kroner i udekkede kostnader som følge av pandemien, mens ca. 10 millioner kroner er overskridelse på budsjettet for fritt behandlingsvalg. Det konstateres merforbruk på lønnskostnader på ca. 14 millioner kroner, som følge av at lønnsoppgjøret ble høyere enn forutsatt i budsjettet. Dette er dels oppveid gjennom lavere pensjonskostnader enn budsjettet (ca. 10 millioner kroner). Videre vokser kostnader til pasientadministrerte legemidler (H-reseptor) og behandlingshjelpemidler betydelig i 2022 og bidrar til det negative budsjettavviket.

Samlet økonomisk effekt av koronasituasjonen i 2021 (inntektstap og følgekostnader) er på 143 millioner kroner, hvorav 133 millioner kroner er nøytralisert i regnskapet ved inntektsføring av ekstraordinære midler tilført sykehuset.

Bedrede økonomiske resultater over de senere år har gitt sykehuset mulighet til å øke investeringer og vedlikehold også i år. Det er imidlertid fortsatt store behov og derfor nødvendig med grundige prioriteringer for å sikre riktig bruk av disse midlene.

2.2 Evaluering av egen virksomhet og organisering

Etter at driften i stor grad ble påvirket av covid-19-pandemien gjennom både første og annet kvartal, registrerte helseforetaket en god driftsperiode frem til og med november. På det tidspunktet var tilgjengelighets- og kvalitetsparameter på de fleste områder tilbake på nivå med tilsvarende periode før pandemien inntraff.

Med utgangspunkt i den rådende situasjonen er styret generelt godt fornøyd med resultatene i de medisinskfaglige måleparameterne. Sykehuset skårer godt sammenlignet med andre helseforetak, selv om det fremdeles er potensial for ytterligere forbedring innen enkelte fagområder. Spesielt gjelder dette ventetider og fristbrudd i somatikken.

På grunn av økende smittetrykk, økende sykefravær og et pågående smitteutbrudd på Notodden sykehus ble det 5. desember satt grønn beredskap i helseforetaket. Det var nødvendig å redusere den planlagte operasjonsaktiviteten med 25-30 prosent for å ivareta beredskapssituasjonen. Sykehuset opplevde derfor forverring av tallene i desember ut over det som er normalt for måneden.

Det er fortsatt god utvikling på ventetider i voksenpsykiatrisk poliklinikk (VOP) og barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). Imidlertid har økte antall henvisninger i BUP gitt utfordringer med kapasiteten, selv om sykehuset var tidlig ute med å øke antall behandlerstillinger. Antallet avvisninger har holdt seg på et lavt nivå innen VOP, mens det konstateres en økning innen BUP, dog fra et meget lavt nivå i utgangspunktet.

Antallet pasienter som har ventet mer enn ett år har økt marginalt, men på tross av pandemien er nivået fremdeles relativt lavt. Utfordringen er nå stort sett begrenset til plastikk-kirurgi. Enkelte pasienter til plastikk-kirurgi må, av medisinske årsaker, påregne å vente et år.

Når det gjelder pakkeforløp kreft har sykehuset en høy andel pasienter inn i forløpene, og andelen pasienter som er behandlet innen standard forløpstid ligger godt over målsettingen. Det registreres imidlertid store variasjoner innen de ulike fagområdene og det er derfor fremdeles en viktig jobb å gjøre for å forbedre resultatene innen noen fag. I 2021 har det vært jobbet spesielt med forløpet for lungekreft, som har vist en forbedring mot slutten av året.

Det registreres generelt en god utvikling på postoperative infeksjoner.

Korridorpasienter har gjennom året vært på et tilfredsstillende nivå, med unntak av siste kvartal. Mange innleggelses på de medisinske sengepostene og høyt belegg, særlig i oktober og desember har ført til for mange korridorpasienter disse månedene.

Prioriteringsregelen oppleves som krevende og sykehuset har samlet sett ikke oppnådd målsettingen. Sykehuset er imidlertid godt fornøyd med arbeidet som er gjort for å redusere ventetidene i psykiatrien.

Med unntak av en relativt god driftsperiode fra sommeren og frem til oktober, har 2021 i stor grad blitt preget av den pågående pandemien. I september ble det foretatt en kapasitetstilpasning i de kirurgiske sengepostene, hvor antall senger ble redusert med totalt 9 senger i ukedagene og 3 senger i helgene. En av sengepostene ble gjort om til en 5-døgnspost. Det ble gjennomført en omstilling, samt endringer i pasientlogistikken for å tilpasse kapasiteten til endringer i behov, blant annet som en følge av dreiningen fra døgn- til dagbehandling. Isolert sett gikk omstillingen bra, men et høyt antall innleggelses i de medisinske sengepostene i siste kvartal av året, har medført at sykehuset i enkelte perioder har hatt for høyt belegg i de somatiske sengepostene. Utfordringene har vært størst i de medisinske postene, blant annet fordi det ikke har vært mulig å ha satellittpasienter i kirurgiske sengeposter i samme grad som tidligere. Det vil i 2022 bli arbeidet videre med kapasitetstilpasninger, hvor pasientflyter og arbeidsprosesser står sentralt for å optimalisere sengepostdriften.

Det er besluttet å organisere operasjonssykepleiere og sterilsentral i samme klinikk. Denne løsningen kom også opp i forbedringsprosjektet Operasjon 2020. Den viktigste grunnen for å gjøre en slik endring er å knytte sterilsentralen, operasjonssykepleiere og kirurger tettere sammen i et faglig fellesskap. Målet er å få til økt felles kompetansebygging ved blant annet flere undervisnings seanser sammen. Det vil også gi et godt helhetsperspektiv for planlegging av operasjonspasienten. Organisasjonsendringen har vært behandlet i klinikkene og med berørte tillitsvalgte. Alle lokasjonene med operasjonsaktivitet, Skien, Porsgrunn og Notodden blir berørt av organisasjons-endringen. Endringen gjøres gjeldende fra 1. januar 2022.

Det har gjennom de siste årene vært et betydelig fokus på forbedringsarbeid med sikte på å bedre bærekraften og sikre fremtidig handlingsrom for investeringer. Arbeidet ble også i 2021 påvirket av pandemien, men organisasjonen er innstilt på å forsere arbeidet igjen så snart situasjonen tilsier det.

Styret mener sykehuset i 2021 har arbeidet godt med å videreutvikle planverket for økt behandlingsskapasitet i forbindelse med covid-19-epidemien. I utgangspunktet var det imidlertid en krevende oppgave å legge planer for en kapasitet tilsvarende en topp i covid-19-epidemien, som angitt i Folkehelseinstituttets analyser. Sykehuset Telemark er klar over at det kan bli nødvendig å finne løsninger som ikke gjør det mulig å opprettholde samme standard som under alminnelige driftsforhold. Sykehuset har i sitt planverk lagt til grunn å kunne øke kapasiteten til totalt 39 intensiv plasser og 109 ordinære senger for covid-19-pasienter. I det siste trinnet av planen, med full kapasitetsutnyttelse, er det planlagt at sengepost for blod-/kreftbehandling og kreftpoliklinikken blir lokalisert til Betanien.

Hovedutfordringen ved å øke kapasiteten for C-19-pasienter er først og fremst knyttet til bemanning og kompetanse. Ved oppdatering av planverket vårt ved årsskiftet 2021/2022, har Sykehuset Telemark meldt til Helse Sør-Øst at en kapasitet på 22 intensivsenger og 56 ordinære C-19 senger er den kapasiteten som sykehuset med rimelig grad av realisme kan etablere på relativt kort tid. Selv om det gjennom pandemien har vært arbeidet godt med aktiviteter innen opplæring og kompetanseheving, samt personellforflytning har vi erfart at det er stor usikkerhet knyttet til bemanning når det må legges til grunn betydelig økning av sykdom og fravær blant ansatte som en følge av økt smitte.

Styret finner det også i 2021 vanskelig å gjøre en god og presis vurdering av den økonomiske utviklingen gjennom året. De aktivtetsbaserte inntektene har falt også i 2021 og kostnader til beredskap og smittevern har vedvart. Samlet sett vurderer styret at overføringene fra eier ikke er tilstrekkelig til å dekke faktisk inntektsbortfall og økte kostnader i sin helhet. I denne sammenheng pekes det spesielt på høye kostnader til testing siden foretaket ikke har egen analysekapasitet. I tillegg ble lønnsoppgjøret for 2021 langt høyere enn forutsatt i budsjettet.

Sykehuset har gjennomført betydelige investeringer, hvorav den største enkelt investeringen er en ny laboratorielinje til omtrent 30 millioner kroner. Sykehuset har også aktivert kostnadene for konseptfasearbeidet USS, som er overført fra Helse Sør-Øst.

Det har fremdeles ikke lyktes å selge Rjukan sykehus. Imidlertid er det i 2021 inngått intensjons- og opsjonsavtale med Tinn kommune om kjøp av sykehuset. Det arbeides

sammen med kommunen om å utrede muligheter for tjenesteutvikling i sykehuset og i kommunen.

Det er ikke gjennomført organisatoriske endringer av større betydning i løpet av året.

Sykehuset Telemark konstaterer med tilfredshet bevilgningen over Statsbudsjettet til å gjennomføre utbygging i Skien. Det har gjennom 2021 blitt arbeidet med forberedelser til forprosjekt, som sykehuset håper å starte opp tidlig i 2022. Sammen med Sykehusbygg er det allerede igangsatt arbeid for å etablere prosjektarbeidet og det er blant annet konkludert med en anbefaling når det gjelder kontraktstrategi.

I arbeidet med Helsefellesskap ble det første partnerskapsmøtet gjennomført 21. januar og representerte den formelle starten på arbeidet. I forkant var det utarbeidet og signert formelle avtaler med kommunene. Det er etablert to strategiske utvalg og fem faglige samarbeidsutvalg som arenaer for å gjennomføre felles arbeid for å operasjonalisere mandatet fra partnerskapsmøtet.

I arbeidet med å skape pasientens helsetjeneste vil god dialog og samarbeid med brukerne stå sentralt. I denne sammenheng er brukerutvalget et viktig organ for Sykehuset Telemark og det gode samarbeidet er i år videreført og videreutviklet med ledelsen ved sykehuset. Ungdomsrådet har arbeidet for å utvikle rådet som en verdiskapende møteplass med de unge brukerne av sykehusets tjenester.

3. Oppfølging av styringsbudskap for 2021

3.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

3.1.1 Ventetid somatikk

- Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres i alle helseforetak sammenliknet med 2020.

- I 2021 skal gjennomsnittlig ventetid innen somatiske tjenester være under 54 dager i helseforetakene i Helse Sør-Øst. Målet er å oppnå gjennomsnittlig ventetid under 50 dager i 2022.

De to punktene over besvares samlet.

I desember er gjennomsnittlig ventetid for året 54,5 dager, som er tilnærmet likt med målsettingen om 54 dager. Gjennomsnittlig ventetid er redusert i 2021 sammenliknet med 2020.

Pandemi og sterkt redusert aktivitet i starten av året medførte økning i ventetider og antall fristbrudd. Tilnærmet normal drift fra i sommer og økning i poliklinisk aktivitet, resulterte i reduserte ventetider og reduksjon i antall fristbrudd. På slutten av året har sykehuset igjen økt beredskapen og man har vært nødt til å foreta en rekke utsettelse av operasjoner. Dette har ført til en ny økning i antall fristbrudd ved enkelte spesialiteter.

3.1.2 Pasientavtaler

- Helseforetaket skal overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2019 (passert planlagt tid). Helseforetaket skal overholde minst 95 pst. av avtalene innen utgangen av 2021.

Helseforetaket har ikke klart målet innen utgangen av 2021. Andel pasienter passert planlagt tid har variert gjennom 2021, og har økt mot slutten av året blant annet på grunn av utsettelse av avtaler på grunn av lavere operasjonskapasitet og utsettelse av avtaler som følge av pandemien. Andelen var lavest, og ned mot 5 prosent fra februar til juli, men økte deretter til 9 prosent de siste månedene. Vakanser og sykefravær blant legene innen enkeltfag bidrar til kapasitetsproblemer og har økt antall pasienter passert planlagt tid. Rekruttering av spesialister vil bøte på dette.

- Helseforetaket skal øke andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder i 2021, sammenliknet med andre halvår 2020: Dette skal måles ved indikatoren planleggingshorisont.

Andel pasienter som har fått tildelt time er redusert fra 51 prosent ved årsskiftet 2020/2021, til 50 prosent ved rapportering 1. desember 2021. Sykehuset har flere tildelte timeavtaler nå enn tidligere, men antall som ikke har fått time har økt mer, slik at prosentvis får færre tildelt time nå enn før.

ØNH er en av enhetene som har arbeidet for å øke planleggingshorisonten og som har lykket med dette.

- *Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 pst.*

Flere fagområder har gjennomført egne prosjekter for å finne riktig andel samt hvilke pasientgrupper og i hvilke deler av pasientforløpet det kan være hensiktsmessig å gjennomføre polikliniske konsultasjoner på telefon eller video.

I perioder med høyt smittepress lokalt og nedstengning av samfunnet ser vi at andelen telefon- og videokonsultasjoner er høy. Etter hvert som smittetallene har gått ned og samfunnet åpnet opp igjen i høst, gikk andelen markant ned. Dette forklares med behov for igjen å møte pasientene fysisk.

For året som helhet er det oppnådd 14 prosent og målsettingen om 15 prosent telefon- og videokonsultasjoner er dermed ikke nådd i 2021. Det er ny registreringsmåte for telefon og video i 2021 sammenlignet med 2020. Antall telefonkonsultasjoner i 2021 sammenlignet med året før er tilnærmet likt. Antall videokonsultasjoner er tredoblet.

3.1.3 Pakkeforløp kreft

- *Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 pst. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres.*

Andel pakkeforløp gjennomført innenfor normert forløpstid er samlet sett, for alle kreftformer og i hele perioden, 73 prosent. Andelen er 70 prosent for tykk- og endetarmskreft, 67 prosent for prostatakreft og 85 prosent for brystkreft. Andelen har vært økende gjennom året for prostatakreft. Det har blitt gjennomført et målrettet forbedringsarbeid for lungekreft med iverksetting av tiltak fra høsten 2021, som har bidratt med å redusere interne flaskehals og forløpstider. I tillegg er det etablert et regionalt nettverk for pakkeforløp lunge for å redusere forløpstider i samhandling med Oslo universitetssykehus for pasienter som har behov for stråleterapi eller kirurgi. Prosessen følges tett og andel pakkeforløp som er gjennomført innenfor normert forløpstid for desember 2021 er 71 prosent og samlet sett for 2021 er 46 prosent gjennomført innenfor normert forløpstid.

3.1.4 Uønsket variasjon

- *Uønsket variasjon skal reduseres og data fra helseatlas og kvalitetsregistre skal brukes.*

Resultater fra helseatlas, kvalitetsregistre og nasjonale kvalitetsindikatorer formidles til ledere og fagmiljøer ved publisering. Resultatene gjennomgås også årlig i sentral ledergruppe. Ledere på alle nivå utfordres på forbedringsområder. Sykehuset Telemark har definert to særskilte områder for å redusere uønsket variasjon:

30 dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse

Dette fokusområdet inngår i Helsefelleskapet og håndteres av Faglig samarbeidsutvalg for kvalitet og tjenesteutvikling. Det var planlagt et større felles fagseminar med kommunene 9. desember 2021 med dette som tema, men seminaret måtte dessverre avlyses grunnet pandemien.

5 års overlevelse etter kreft

Det har vært arrangert to samlinger med fagmiljøene og ledere der rapportene for kreftregisterets årlige rapporter har vært gjennomgått med fokus på utfordringer og forslag til forbedringer. Disse samlingene blir nå formalisert ved etablering av et fagråd kreft, med deltakere fra de ulike kreftområdene. Formålet er bidra til ytterligere heving av kvaliteten på kreftbehandlingen, samt bidra til standardisering av behandlingen og redusere uønsket variasjon.

3.1.5 Kapasitetsutnyttelse

- *Helseforetaket skal gjennomføre tiltak som gir kortere ventetider ved poliklinikker i 2021.*

Ventetidene ved sykehuset har vært relativt stabile gjennom året. Pandemi og sterkt redusert aktivitet i starten av året medførte økning i ventetider. Tilnærmet normal drift fra i sommer resulterte i reduserte ventetider. På slutten av året har sykehuset igjen økt beredskapen og ventetidene har økt noe.

Sykehuset Telemark har fått har tildelt midler til flere prosjekter innenfor prioriterte områder, som skal gi økt poliklinisk aktivitet og dermed kortere ventetider:

- Plast – Det har vært lav fremdrift i prosjektet grunnet kapasitetsproblemer i legestaben. Legegruppen har vært underbemannet store deler av året, som har ført til negativ utvikling i kvalitetsparametere, til tross for iverksatte tiltak
- ØNH – Det har vært forsinkelser i prosjektet grunnet sen anskaffelsesprosess av nødvendig utstyr. Prosjektet vil fortsette frem til sommeren 2022
- Gastromedisin – I prosjektperioden har styrking av merkantile ressurser gitt bedre arbeidstidsplanlegging og flyt mellom faggrupper. Ventelister er nøye gjennomgått og fristbrudd og pasienter passert planlagt tid er redusert
- Barne- og ungdomspsykiatrien har hatt svært stor henvisningsøkning det siste året, og særlig har det vært krevende med økt antall svært dårlige pasienter med spiseproblematikk. Spiseteamet er styrket med familieterapeut og lege, og bemanningsressursene er økt både i poliklinikk og ved ungdomspsykiatrisk sengepost for å styrke samarbeidet og flyten mellom poliklinikk og sengepost. Målsettingen er å unngå innleggelser, samtidig som bedre oppfølging i etterkant av innleggelse, skal hindre reinnleggelser.

Generelt er det flere fagområder i sykehuset som opplever stor henvisningsstrøm. Særlig etter at samfunnet åpnet etter nedstenging, kom det en bølge av henvisninger. Det jobbes systematisk med å holde høy poliklinisk aktivitet for å redusere ventetider og unngå økning i antall pasienter passert tentativ tid. Likevel er det innen enkelte fagområder bemanningsutfordringer som påvirker kapasiteten.

3.2 Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

3.2.1 Høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk

- *Det skal være høyere vekst i aktivitet innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk på regionnivå. Når det gjelder mål for kostnadsvekst, legges til grunn et særlig mål for å ta hensyn til pandemisituasjonen. Den prosentvise veksten i kostnader innen psykisk helsevern og TSB skal være høyere enn den var for somatikk i 2019.*

Barne- og ungdomspsykiatrien har hatt stor økning i henvisninger siste året. Den polikliniske aktiviteten har økt med hele 28 prosent målt mot 2019. Aktivitetsveksten i somatikken har økt med 7 prosent. BUP har dermed innfridd målet. Innenfor psykisk helsevern og TSB så viser aktiviteten en nedgang fra 2019. Deler av aktivitetsnedgangen skyldes rekrutteringsutfordringer og 9 prosent færre terapeuter enn i 2019. Den resterende nedgangen forklares med en reduksjon i henvisninger, redusert tilbud av gruppebehandling som følge av pandemien, og dermed noe fall i produktiviteten.

Når det gjelder kostnadsveksten fra 2019 til 2021, så har somatikken en vekst på 11,1 prosent. Både BUP og TSB viser en høyere kostnadsvekst enn somatikken, med henholdsvis 12,9 prosent og 23,5 prosent. Veksten i BUP kommer som følge av økt bemanning i poliklinikkene for å håndtere den økte henvisningsmengden, mens veksten innenfor TSB skyldes i hovedsak en vekst på 20 millioner i gjestepasientkostnader. Med en vekst på 3,3 prosent så innfrir ikke VOP prioriteringsregelen.

- *Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern.*

Avdeling for barn- og unges psykiske helse (ABUP) skal tilby spesialisthelsetjeneste til 5 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen i Telemark (målet om at BUP skal gi et behandlingstilbud til 5 prosent av barnebefolkningen i Norge er omtalt flere steder, blant annet i opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008).

Prioriteringsregelen er innfridd på aktivitetsøkning.

- *Det er økt oppmerksomhet om barn og unges psykiske helsesituasjon under koronapandemien. Helse Sør-Øst RHF har fulgt opp helseforetakenes arbeid med ivaretagelse av psykisk helsevern, særlig for barn og unge, tett under hele pandemien. Tilbakemelding fra helseforetak og sykehus og tall fra Norsk Pasientregister indikerer en økning i behandlingsbehov for barn og unge innen psykisk helsevern, spesielt innenfor spiseforstyrrelser. Videre pekes det på at smitteverntiltak i samfunnet har ført til flere og mer alvorlige lidelser blant barn og unge. Foretaksrådet er ikke fornøyd med årets utvikling innen psykisk helsevern og særlig for barn og unge. Det understrekes at det fortsatt er viktig med tett oppfølging av mål- og resultatstyringen innen psykisk helsevern for barn og unge i helseforetakene. Foretaksrådet legger til grunn at arbeidet med å innfri prioriteringsregelen prioriteres høyt i 2021. Helseforetaket skal i 2021 utarbeide konkrete tiltaksplaner og avsette nødvendige ressurser til arbeidet med psykisk helsevern. Tiltak rettet mot barn og unge skal ha særskilt oppmerksomhet.*
 - *Helseforetaket skal utarbeide konkrete tiltaksplaner og avsette tilstrekkelige ressurser for å nå målet om høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk. Tiltak rettet mot barn og unge skal prioriteres.*

Barne- og ungdomspsykiatrien ved Sykehuset Telemark har fått om lag 30 prosent flere henvisninger i 2021 sammenlignet med 2020 og 2019. Den store pågangen har utfordret både kompetanse og kapasitet. En betydelig andel av de henviste har alvorlige lidelser. Dette viser seg både i henvisningene til poliklinikkene og i innleggelsene i den psykiatriske sengeposten for ungdom (UPS).

Det økte behovet er møtt gjennom økning i produktivitet, og ansettelse av flere behandlere. Antall behandlerstillinger har økt med om lag 12 prosent i løpet av 2021. Sykehuset har prioritert bruk av egne midler til dette, i tillegg til å bruke midler tildelt fra HSØ til dette formålet. Økningen i behandlerstillinger er videreført i budsjettet for 2022. Det er imidlertid utfordrende å rekruttere erfarne fagpersoner.

Pasienter med spiseforstyrrelser er særlig prioritert, og sykehuset har også fått prosjektmidler til styrking av spiseteamet, styrking av UPS, samt styrking av samarbeidet mellom poliklinikkene og sengeposten. I tillegg til å forsterke behandlingstilbudet med flere fagpersoner, er det iverksatt kompetanseheving for alle ansatte som jobber med spiseforstyrrelser.

Prioriteringsregelen er oppfylt målt i aktivitet. I perioder med nedstenging på grunn av pandemi har en stor andel av konsultasjonene vært gjennomført på telefon eller video, og dette har bidratt til høy aktivitet. På grunn av den store henvisningsøkningen er målsettingen for ventetider ikke nådd. Ventetidene har imidlertid vært lavere enn 35 dager i store deler av året, og det er høy oppmerksomhet rettet mot økt produktivitet og aktivitet, og dermed reduserte ventetider. Seksjonsledere arbeider systematisk med pasientflyt, effektive behandlingsserier, fordeling av pasienter mellom behandlere og antall konsultasjoner per dag.

3.2.2 Ventetid psykisk helsevern og TSB

- *Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne.*

Ventetiden innenfor psykisk helsevern voksne har innfridd målet gjennom hele året. Den gjennomsnittlige ventetiden ble 35,4 dager i 2021.

- *Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge.*

Ventetiden innenfor psykisk helsevern barn og unge voksne har ikke innfridd målet for 2021. Dette skyldes den store økningen i antall henvisninger. Aktiviteten økte med 16 prosent fra i fjor, og på tross av økt bemanning så ble ventetiden 40 dager i 2021.

- *Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 30 dager for TSB.*

Ventetiden innenfor TSB har vært lav i 2021 og målet er nådd. Den gjennomsnittlige ventetiden er på 23,1 dager i 2021.

3.2.3 Pakkeforløp psykisk helsevern og TSB

- *Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.*

Andelen innenfor TSB innfrir målet med 86 prosent.

Andelen innenfor voksenpsykiatrien (70 prosent) og barne- og ungdomspsykiatrien (57 prosent) innfrir ikke målet i 2021. Dette handler blant annet om kodepraksis. Sykehuset har gjennomført systematisk opplæring av alle nyansatte. Forløpskoordinator gjennomfører individuell opplæring av alle ansatte som har behov for det og sekretærer skriver inn beskjeder i timeboken til ansatte som påminnelser når det er tid for koding.

- *Andel pakkeforløp som har gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.*

Sykehuset Telemark har med en måloppnåelse på 44 prosent ikke innfridd målet. Ingen av tjenesteområdene oppnådde målsetningen.

Det er utfordringer med å nå målet. Dette gjelder også for mange av de øvrige helseforetakene i landet.

- *Andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan skal være minst 80 pst.*

Med en måloppnåelse på 58 prosent så er ikke målet innfridd. Ingen av tjenesteområdene oppnådde målsetningen.

For en stor del handler dette også om kodepraksis og etterlevelse av rutiner. Stikkprøvekontroller har vist at klinikere lager behandlingsplaner og at disse utarbeides sammen med pasientene. For å øke etterlevelse av kodepraksis gjennomføres det som tidligere beskrevet systematisk opplæring av nyansatte, individuell opplæring ved behov og praksis om at sekretærer gir påminnelser til klinikere om å kode riktig. Generelt er det fortsatt metodiske og tekniske utfordringer knyttet til registrering og oppfølging av pakkeforløpene. Behandlere opplever at dette tar mye tid og fokus. BUP har ansatt mange nye behandlere i løpet av året. Det tar tid både å komme i gang med pasientbehandling og sikre god kvalitet i registrering for nyansatte som ikke er kjent med ordningene fra før.

3.2.4 Epikriser psykisk helsevern og TSB

- *Minst 60 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB.*

Med en måloppnåelse på 50 prosent så er målet ikke innfridd.

Det er en sammenheng mellom å ferdigstille epikriser innen kravet og tilgang til spesialister. Det er jobbet med rekruttering av spesialister gjennom hele 2021, og dette tiltaket vil videreføres inn i 2022. Vi har tiltak knyttet til planlegging av behandlingsløpet slik at pasienter kan skrives ut når spesialister er tilgjengelig for kontrasignering.

3.2.5 Henvisninger psykisk helsevern

- *Avvisningsrater ved poliklinikkene i psykisk helsevern skal reduseres.*

Avvisningsraten i 2021 på 12 prosent er en av de laveste i landet. Dette er en reduksjon på 12 prosent-poeng fra 2020.

3.2.6 Tvangsbruk psykisk helsevern

- *Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i døgntilrettelagt i psykisk helsevern skal reduseres i 2021.*

Sykehuset har jobbet for å få ned tallene for tvangsmiddelvedtak. Hovedstrategiene for dette er beskrevet i Helse Sør-Øst sitt dokument «prosjekt Redusert bruk av tvangsmidler i Helse Sør øst». Sykehuset har hatt et særlig fokus på tre strategier som kommer i tillegg til de som allerede er implementert (som for eksempel etisk refleksjonsgruppe). Det første er fjerning av «ferdigmontert belteseng». Det andre er innføringen av «trinnsvis tilnærming til tvang» og det siste er bruk av «unntaksregelen». For øvrig følges tiltak som er beskrevet i rapporten: «prosjekt Redusert bruk av tvangsmidler i Helse Sør-Øst» opp.

Årsaken til at tvangsmiddelvedtak ikke er redusert i 2021 kan skyldes flere forhold herunder endret registreringspraksis, endret pasientgruppe innlagt under pandemien med mer. Det er forventet at innførte tiltak fører til en reduksjon når situasjon for øvrig normaliseres.

3.2.7 Samarbeidspartnere innen psykisk helsevern og TSB

- *Helseforetaket skal etablere områdefunksjoner innen psykisk helsevern og TSB for innsatte. Dette skal sikre faste stedlige tjenester til faste tider innenfor begge fagområder i alle fengsler, jf. plan som er utarbeidet i samarbeid med Kriminalomsorgsdirektoratet. Det forutsettes at helseforetaket gjennomfører lokale planprosesser i samarbeid med Kriminalomsorgen lokalt.*

Sykehuset Telemark har stedlig tjeneste ved Skien Fengsel. Dette tilbudet består av en 40 prosent stilling innen psykisk helsevern og en 100 prosent stilling innen TSB som begge har oppmøtested i fengselet. Det er tilrettelagt for ytterligere oppfølging utover denne stillingsprosenten ved behov.

Ved Kragerø Fengsel gis det helsehjelp innen psykisk helsevern og TSB ved klinikk for psykisk helseverns seksjoner lokalisert i Kragerø, i kort avstand fra fengselet. Tilbudet gis enten som oppmøtetimer i poliklinikk eller poliklinisk ambulant virksomhet i fengselet.

Det er tildelt øremerkede midler for å øke dette tilbudet ytterligere. Klinikk for psykisk helsevern forventer å starte opp planprosesser i samråd med Kriminalomsorgen, tidlig i 2022.

Sykehusets eksisterende samarbeid med fengslene reguleres gjennom samarbeidsavtaler med de respektive fengslene.

3.2.8 Døgnkapasitet

- *Helseforetaket skal ikke redusere døgnkapasiteten i psykisk helsevern før det er foretatt en ny vurdering på grunnlag av en samlet analyse av fremtidig kapasitetsbehov, jf. oppdrag til Helse Sør-Øst RHF i revidert oppdragsdokument 2019.*

Døgnkapasiteten er ikke redusert siste to år og det er et pågående utviklingsarbeid for å møte økt behov for døgnplasser i sikkerhetspsykiatrien. Dette vil særlig gjelde plassbehov for personer dømt til behandling, døgnplasser benyttet til varetektssurrogati (dreier seg for Sykehuset Telemark at plasser i psykisk helsevern benyttes i stedet for fengsling) og døgnplasser for pasienter med alvorlige psykiske lidelser som er i behov av lengre behandlingsopphold.

3.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

3.3.1 Pasientsikkerhet og sikkerhetskultur

- *Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres til 10 prosent eller lavere.*

Målet er nådd. GTT 2020 var 7,9 prosent. Dette er basert på gjennomgang av 240 pasientjournaler. Sykehuset Telemark deltar videre i Helsedirektoratets prosjekt vedrørende videreutvikling av GTT.

- *Andel enheter med godt sikkerhetsklima i et helseforetak skal være minst 75 prosent, målt gjennom undersøkelsen Forbedring og beregnet med Helsedirektoratets definisjon på indikatoren.*

Sykehuset Telemark gikk frem fra 81 til 82 på temaet «Sikkerhetsklima» i undersøkelsen Forbedring. Sikkerhetsklima kartlegger varslingskulturen, og hvor trygg og åpen denne er. Sykehuset har også revidert varslingsordningen og gjort denne kjent for alle parter gjennom internundervisning, gjennomgang i ledergrupper, arbeidsmiljøutvalg, hos tillitsvalgte, for vernetjenesten og øvrige ansatte.

3.3.2 Legemidler

30 pst. reduksjon i samlet forbruk av bredspektret antibiotika i 2021 sammenliknet med 2012. 2021 er siste året for Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten og målepunkt for planperioden.

Antibiotikateam har vært i funksjon over flere år, og helseforetaket har deltatt i læringsnettverket for Antibiotikastyring i Helse Sør-Øst, med tredje samling 11. november 2021.

Målet var oppnådd ved utgangen av 2019, med så vidt over 30 prosent reduksjon i forbruk av bredspektret antibiotika i forhold til 2012. Under pandemien har imidlertid forbruket økt igjen. Økning er knyttet til bruken av Cefotaxime, Peperacilling/Tazobactam og Ciprofloxacin. Målet vil ikke være nådd i 2021. Det jobbes videre med tiltak fra antibiotikateamet sin side for å redusere forbruket i 2022.

- *Helse Sør-Øst RHF skal i samarbeid med Norsk Helsenett legge til rette for at En vei inn-løsningen/melde.no tas i bruk for melding av uønskede hendelser, herunder bivirkninger av legemidler og vaksiner. Helseforetaket skal følge opp dette arbeidet.*

En vei inn/melde.no er tatt i bruk ved Sykehuset Telemark.

- *Helseforetaket skal øke bruken av elektronisk identifiserbare legemidler på dosenivå etter hvert som Sykehusapotekene HF kan fremskaffe disse enten gjennom egenproduksjon eller via LIS-avtaler (legemiddelinnkjøpssamarbeidet). Dette som forberedelse til innføring av lukket legemiddelsøyfe.*

Sykehuset Telemark har per andre kvartal i 2021 en dekningsgrad for elektronisk identifiserbare endoser (ikke pasientmerkede) på 36 prosent. Sykehuset har i tillegg elektronisk identifiserbare endoser som er pasientmerkede på tre sengeposter. Den samlede dekningsgraden er 42 prosent.

3.3.3 Korridorpasienter

- *Ingen korridorpasienter.*

Målsettingen om ingen korridorpasienter er ikke nådd. Andel og antall korridorpasienter har økt markant utover høsten, samtidig med økende beleggspersent og høyt aktivitetsnivå på sengepostene. Reduksjon i den kirurgiske sengekapasiteten har redusert mulighetene for satellitt pasienter, noe som i perioder har ført til flere korridorpasienter i medisinsk klinikk. Smittesituasjonen har også lagt begrensninger på mulighetene til å flytte pasienter fra moderpost. En annen årsak er at sykehuset i 2021 igjen har måttet registrere en økning i utskrivningsklare pasienter. Det er, spesielt i Skien kommune, utfordringer med kapasitet til å ta imot ferdig behandlede pasienter. Dette har i perioder under pandemien blitt forsterket.

Det er fortsatt mulig å forbedre samarbeidet mellom sengeposter for å redusere antallet korridorpasienter. Denne problemstillingen er tatt inn i det sykehusovergrepene prosjektet Pasientflyt 24/7. Prosjektet jobber også med prosessene rundt utskrivning av pasienter, samt pasientflyt og behandling på riktig omsorgsnivå.

3.3.4 Epikriser somatikk

- *Minst 70 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.*

I desember er 62 prosent av epikrisene sendt ut innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste, og målsettingen er ikke nådd. Det er stor variasjon mellom avdelinger og fagområder i sykehuset. Kirurgiske fag sendte ut 77 prosent innen 1 dag i desember, mens medisinske fag ligger i gjennomsnitt på 61 prosent.

3.3.5 Behandlingstilbud

- *Helseforetaket skal følge opp Stortingets vedtak om bioteknologiloven:*
 - *forberede innføring av tilbud om tidlig ultralyd og NIPT til gravide over 35 år og andre med indikasjon for fosterdiagnostikk slik at dette kan gis fra høsten 2021. Behovet for kompetansehevede tiltak, mer personell, tilstrekkelig analysekapasitet og investeringer i utstyr må blant annet vurderes i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF.*
 - *starte opp med kompetansehevede tiltak for jordmødre, leger og annet personell, og sørge for kapasitet på sykehusene slik at tilbud om tidlig ultralyd til alle gravide kan innføres i 2022.*

Sykehuset kan fra starten av 2022 tilby kvinner over 35 år tidlig ultralyd og NIPT behandling i en begrenset grad. Etterspørselen vil antakelig øke utover året, og sykehuset jobber med å lage en robust plan for å imøtekomme denne pasientgruppen. To ultralydjordmødre har formell godkjenning på tidlig ultralydkompetanse. Ytterligere en jordmor vil fullføre videreutdanningen i løpet av året 2022 og ha praksis ved Sykehuset Telemark under veiledning av de to som allerede er godkjent. Videre er sykehuset i kontakt med en jordmor med aktuell kompetanse og som planlegger flytting til Telemark.

Sykehuset har en lege i spesialisering 3 som har fått sin godkjenning ved Oslo universitet sykehus, som vil være tilbake ved Sykehuset Telemark i mars 2022. Flere overleger ved sykehuset har generell ultralydkompetanse.

Tre avtalespesialister i Telemark, som sykehuset samarbeider tett med, er også godkjent for å utføre NIPT og tidlig ultralyd.

Når det gjelder utstyr så er dette for øyeblikket det som reduserer tilbudet ved sykehuset. 2 nye ultralydapparater, som skal betjenes av ultralydjordmødrene, er bestilt. Det vurderes kveldspoliklinikk for å kompensere for manglende utstyr og fremdrift i sentralt anskaffelsesprosjekt.

Sykehuset vil i løpet av 2022 kunne tilby alle kvinner som har rett på dette tilbudet aktuell behandling.

- *Kvinner som skal gjennomføre et planlagt svangerskapsavbrudd, skal få tilbud om å gjennomføre dette på sykehus dersom kvinnen selv ønsker det. Alle kvinner som blir behandlet på sykehus ved spontanabort, skal få tilbud om oppfølging fra helsepersonell.*

Kvinner som skal gjennomføre et planlagt svangerskapsavbrudd får tilbud om å gjøre dette på sykehuset ved en kirurgisk seksjon For kvinner, som velger medisinsk abort hjemme, følges opp av sykepleiere på samme post ved telefon kontakt.

- *Helseforetaket skal etablere en Kontaktfamilieordning for gravide som skal føde et barn med diagnose påvist i svangerskapet, og for gravide med foster hvor det er påvist en diagnose og hvor kvinnen er usikker på om hun vil søke om å avbryte svangerskapet. Tilbudet skal etableres i tjenesten i samarbeid med aktuelle pasientorganisasjoner. Det vises til omtale Prop. 1 S (2020-2021) under kap. 732, postene 72-75.*

Ved Sykehuset Telemark blir gravide som får mistenkt diagnose hos barn i svangerskap henvist videre til Oslo, hvor de blir fulgt opp videre. Sykehuset Telemark har ingen direkte avtaler med organisasjoner om samarbeid, annet enn med interesseforeninger.

Det er ofte Nyfødt/intensiv hos oss som er kontaktperson og som formidler videre kontakt til organisasjonene om den gravide ønsker dette. Det har i de senere årene vært et samarbeid mellom Sykehuset Telemark, seksjon Føde og Amathea, som skal ivareta rådgivning til vanskeligstilte gravide, om kvinnen selv ønsker noe mere enn det gynekologisk poliklinikk hos oss kan gi.

- *Helseforetaket skal sørge for at det er mer tilrettelagte tilbud om lindrende behandling og omsorg i spesialisthelsetjenesten for de aller sykeste barna og deres familier, og tilstrekkelig kompetanse gjennom barnepalliative team.*

Barnepalliativt team er opprettet. Dette er et tverrfaglig team på tvers av avdelinger, somatikk/habilitering, med bistand fra BUP ved behov.

- *Helseforetaket skal vurdere behov for økte ressurser for å sikre faglig kvalitet, kompetanse, likeverdige tjenestetilbud og samhandling i habiliteringstjenestene, i samsvar med Helsedirektoratets veileder.*

Det er utført en risikovurdering med hensyn til kompetanse og ressurser på kort og lang sikt. Betydelig henvisningsøkning i voksenhabilitering medfører økte ventetider og redusert tilbud. Habiliteringspasienter har ofte svært sammensatt problematikk, som også grenser mot psykisk sykdom. Ressursutfordringen må arbeides videre med på foretaksnivå. Det må arbeides med å vurdere rett pasientfordeling mellom habiliteringstjenesten og klinikk for psykiatri og rus (KPR).

- *Helseforetaket skal i tråd med Opptappingsplan mot vold og overgrep, sørge for at tilstrekkelig klinisk kompetanse på behandling av seksuelle atferdsproblemer blant barn og unge er etablert i regionen. Oppgaven gjøres i samarbeid med nasjonalt klinisk nettverk for behandling av barn og unge med skadelig seksuell adferd.*

Det er gjennomført kompetansekartlegging og kompetanseheving for ansatte i 2021. Sykehuset ønsker å heve kompetansen ytterligere for flere ansatte, da sykehuset har få ansatte med spesialkompetanse innen kartlegging og tiltak. En årsak til dette er generasjonsskifte.

Sykehuset samarbeider med politiet og Barnehuset i Sandefjord.

- *I forbindelse med eggdonasjon skal helseforetaket dekke donors kostnader til medikamenter og egenandeler mv. Det må etableres hensiktsmessige systemer som sørger for at donorene ikke må legge ut for slike utgifter.*

Sykehuset ved fertilitetsavdelingen sør har startet opp behandling med donorsæd, Sykehuset Telemark har ingen egen sædbank, men importerer fra to store sædbanker i Danmark.

Sykehuset har ikke lagt til rette for eggdonasjon i 2021. Så lenge vi ikke har startet med å ta imot donorer her, er ikke problemstillingen relevant enda. Etablering av hensiktsmessige systemer som sørger for at donorene må legge ut for medikamenter og egenandeler mv. vil bli tatt med i vurderinger og planlegging i forkant av en eventuell oppstart av eggdonasjon

- *Helseforetaket bes om å sikre at rehabiliteringstilbud innen spesialisthelsetjenesten ikke legges ned før man har sikret at kommunene eventuelt er i stand til å overta ansvaret for de aktuelle pasientgruppene.*

Sykehuset Telemark har ingen planer om å legge ned spesialiserte rehabiliteringstilbud og overføre disse til kommunene. Det er startet et arbeid for å se om Sykehuset Telemark og Sykehuset i Vestfold sammen kan drifte et mer faglig robust rehabiliteringsalternativ samtidig som ambulante tjenester og videoassistert desentral rehabilitering, der det er riktig, ivaretas og styrkes.

- *Det vises til vedtak i foretaksmøte 15. juni 2021 for Helse Sør-Øst RHF om tverrfaglige senfølgeklinikker etter covid-19. Helseforetakene skal sørge for at pasienter som henvises med senfølger etter covid-19 får et behandlingstilbud tilpasset pasientens behov. Det vises her til veiledning for rehabilitering etter covid-19 utarbeidet av Regional koordinerende enhet (RKE) i Helse Sør-Øst. Pasienter med langvarige, komplekse og sammensatte symptomer etter covid-19 infeksjon og hvor funksjonsnivået påvirkes i uttalt grad skal henvises til tverrfaglige regionale senfølgeklinikker.*

I helseforetakets opptaksområde ivaretas, etter avtale med Sykehuset i Vestfold, rehabilitering av senfølger etter covid-19 sykdom ved Kysthospitalet i Stavern.

3.3.6 Behandlingskapasitet

- *Helse Sør-Øst RHF skal utrede fremtidige behov for intensivkapasitet i spesialisthelsetjenesten. Utredningen skal omfatte organisering, sammensetning av kompetanse, utforming og utstyrsnivå. Variasjoner i behov ved intensivheter skal ivaretas i utredningen. Arbeidet må sees i sammenheng med oppdrag om plan for tilstrekkelig tilgang til- og opprettelse av nye utdanningsstillinger for intensivsykepleiere. Helseforetaket skal ta del i arbeidet etter nærmere kontakt fra Helse Sør-Øst RHF.*

Sykehuset Telemark har en deltakende lege med i arbeidet med å utrede fremtidig behov for intensivkapasitet i spesialisthelsetjenesten.

3.3.7 Forskning og innovasjon

- *Antall kliniske behandlingsstudier i helseforetakene som inkluderte pasienter i 2021 skal økes med minst 15 pst. sammenliknet med året før.*

Sykehuset Telemark har gjennomført flere tiltak for å øke deltakelse i kliniske behandlingsstudier (KBS) i 2021. Det er ansatt en ny forskningsrådgiver som skal koordinere interne ressurser ved oppstart og gjennomføring av kliniske studier.

Etablering av en sentralt plassert forskningspoliklinikk, der studiepasienter kan tas imot, undersøkes og registreres er vedtatt.

Den nasjonale handlingsplanen for KBS har vært i fokus i ledermøter og fag -og forskningsmøter. En tematisk utlysning av forskningsmidler sammen med Sykehuset i Vestfold for drift og deltakelse i KBS (søknadsfrist 1. desember 2021) er gjennomført.

Kriteriet for å søke om forskningsmidlene er at begge helseforetakene skal rekruttere pasienter til KBS. Syv søknader om driftsmidler til nye KBS er mottatt gjennom denne utlysningen.

I 2020 rapporterte sykehuset deltakelse i 21 KBS, hvorav 12 av disse studiene inkluderte pasienter i 2020 og ga KBS-poeng til sykehuset.

Målet for 2021 er nådd. Flere nye KBS har startet opp i år og i to av de nye studiene er sykehuset koordinerende senter. Sykehuset har økt antall KBS, som inkluderte pasienter, med minst 15 prosent sammenliknet med 2020 og flere nye KBS vil starte inklusjon av pasienter i 2022.

- *Helseforetakene skal gi god informasjon til MS-pasienter om muligheten for å delta i klinisk utprøving av stamcellebehandling i Norge, og vurdere strategier for å øke antall pasienter som deltar i den pågående kliniske studien med stamcellebehandling i Norge.*

Leger som er ansvarlige for MS-behandlingen ved Sykehuset Telemark har tett samarbeid med legene ved Haukeland Universitetssykehus (HUS), som står bak stamcellestudien RAM-MS. Sykehuset deltar ved nasjonale møter og følger med i oppdateringer og tilbakemeldinger fra studieledelsen. Sykehuset har også hatt kontakt med HUS/studieledelsen om flere konkrete pasienter for eventuelt stamcellebehandling, både i og utenfor studien.

Sykehuset Telemark har så langt ikke hatt pasienter som både fyller inklusjonskriterier og selv ønsker deltakelse.

3.3.8 Bemanning og kompetanse

- *Kompetanse og kapasitet i intensivbehandling skal styrkes. Dette omfatter blant annet at Helse Sør-Øst RHF skal opprette minst 54 nye utdanningsstillinger i intensivsykepleie. Utdanningsstillingene skal opprettes i tillegg til eksisterende utdanningsstillinger i intensivsykepleie i samarbeid med universiteter og høyskoler. Helseforetakene skal følge opp dette arbeidet.*

Syv sykepleiere er i gang med videreutdanning i intensivsykepleie. Sykehuset fikk øremerkede midler for å øke antallet kandidater. På grunn av at søknadsfristen var utløpt, er midlene overført til 2022. Høsten 2022 planlegges oppstart for åtte kandidater.

- *Helse Sør-Øst RHF skal utarbeide en behovsanalyse og plan for å sikre tilstrekkelig tilgang til intensivsykepleiere på kort, mellomlang og lang sikt. Planarbeidet skal også inkludere en vurdering av sammensetning av kompetanse. Relevante aktører skal involveres i arbeidet. Planen skal bidra til å ivareta behovet for å utdanne, rekruttere og beholde intensivsykepleiere og deres kompetanse i spesialisthelsetjenesten. Metodene som brukes i planleggingen skal kunne overføres til planlegging for andre spesialsykepleiegrupper, inkludert jordmødre. Arbeidet må sees i sammenheng med oppdrag gitt i 2020 om å lage en helhetlig plan for å sikre tilstrekkelig kompetanse, oppdrag om opprettelse av nye utdanningsstillinger og oppdrag om å utrede fremtidig behov for intensivkapasitet i spesialisthelsetjenesten. Helseforetaket skal ta del i dette arbeidet etter nærmere kontakt fra Helse Sør-Øst RHF.*

Sykehuset Telemark har tatt del i arbeidet. Innspill er utarbeidet og rapportert til Helse Sør-Øst.

- *Arbeidet med å øke utdanningskapasiteten, beholde ansatte, rekruttere bedre og øke kompetansen skal prioriteres.*

Innføring av Kompetanseportalen som verktøy har vært med på å gi god oversikt over all planlagt, pågående og fullført opplæring både for medarbeidere og for ledere. Rekrutteringssituasjonen er utfordrende på noen områder, særlig knyttet til spesialsykepleiere og spesialister i psykiatri. Videre har sykehuset fokus på å utdanne flere intensivsykepleiere, og antallet har økt fra tre i 2020 til syv i 2021 og økes ytterligere i 2022. HR har i lederutviklingsprogrammet gjennomført opplæring for noen ledere i temaet «rekrutteringsprosessen». Sykehuset v/HR har jevnlig møter med avdelingsledere i aktuelle klinikker for å se muligheten for å øke antall studenter. Det sees også på gjennomføring av veiledning i praksis.

- *Helseforetaket skal sørge for jevnlig vurdering av bemanningsplaner i lys av scenarier fra Folkehelseinstituttet om smitteutviklingen.*

Vurdering og evaluering av bemanningsplaner og arbeidsplaner er en kontinuerlig prosess. Det er etablert plan for ulike scenarier ved en eventuell eskalering av pandemien.

- *Helseforetaket skal iverksette tiltak for å ivareta medarbeiderne på en god måte og ha særskilt oppmerksomhet på arbeidsmiljø og arbeidsforhold i lys av koronapandemien.*

Sykehuset har iverksatt psykososial støtte i forbindelse med smitteutbrudd. Det er utarbeidet et opplegg og implementering er påbegynt i organisasjonen.

Pandemien har også vært et eget tema i ForBedring, og på påstanden «Jeg har følt meg trygg på jobb under pandemien» endte sykehusets resultat på 76 på en skala fra 1-100.

- *I foretaksmøte 25. juni 2020 ble frist for å rapportere på status for sluttrapportering for lokale forsøk/piloter i arbeidet med inkluderende rekruttering forlenget til 1. mai 2021.*

Sykehuset Telemark har rapportert innen fristen 1. mai 2021.

Sykehuset har tilpasset sine rekrutteringsrutiner ved å implementere mangfoldserklæring i stillingsannonser som standard, samt iverksetting av ny funksjon i Webcruiter der søkere kan få sin søknad særskilt vurdert med hensyn til kriterier definert i tråd med inkluderingsdugnaden. Videre er prosedyre for rekruttering og ansettelser revidert, inkludert krav til logging av rekrutteringsprosessen i Webcruiter

I tillegg har sykehuset inngått en samarbeidsavtale med NAV Skien om et samarbeid som er en variant av «Springbrett», et konsept for gi arbeidssøkere praksis og arbeidserfaring som kan øke mulighetene til å få jobb. Avtalen implementeres etter planen vår 2022.

3.3.9 Ny teknologi for bedre helsehjelp

- *Helseforetaket skal ha beredskap for å prioritere digitaliseringstiltak som understøtter håndtering av pandemien.*

Sykehuset Telemark har satt i gang omfattende digitaliseringstiltak for å sikre kvalitet og volum i pasientbehandlingen. Dette har blant annet resultert i utstrakt bruk av hjemmekontor og digital oppfølging av pasienter utenfor sykehuset. I tillegg er det gjort betydelige investeringer i teknologi for å legge til rette for gjennomføring av digitale møter, både interne og eksterne. Som følge av dette, er IKT-kostnadene økt vesentlig de siste to årene.

- *Ny teknologi skal tas i bruk for bedre helsehjelp og eldre applikasjoner skal utfases.*

Etablering av mobile digitale tjenester for klinikere og pasienter er et satsingsområde i Sykehuset Telemark, og er prioritert i virksomhetens utviklingsplan for kommende periode. Det er derfor gjort avrop på regional avtale for innføring av funksjonalitet knyttet til digital hjemmeoppfølging.

Konkret legges det her til rette for samhandling og kommunikasjon ved at det tas i bruk løsninger for digitale skjemaer, målinger, chat og videokonsultasjoner. Løsningene tilpasses den enkelte pasients behov for oppfølging og tilrettelegging utenfor sykehuset. Data fra disse prosessene vil integreres med kliniske kjernesystemer som Dips og MetaVision for effektiv dokumentasjon og informasjonsdeling.

Dette muliggjør blant annet:

- Sømløs kommunikasjon mellom sykehus og pasient hjemme gjennom bruk av tekst, bilder og video.
- Støtte for selvregistrering av målinger, skjemaer og symptomkartlegging for pasienter.
- Registrering og selvrapporing fra pasient til aktuelt system på sykehuset (DIPS og Metavision)
- Forenklet og automatisert journalføring, sømløs kommunikasjon og mobil tilgang til pasientinformasjon for helsepersonell på sykehuset.
- Automatiserte påminnelser og varslinger om viktig informasjon eller aktiviteter knyttet til pasienters behandlingsforløp eller kommunikasjon med sykehuset.

Sykehuset Telemark deltar aktivt i prosessen med standardisering og sanering av lokal applikasjonsportefølje i henhold til gjeldende retningslinjer. Dessverre er arbeidet med regional standardisering foreløpig ikke fullført, noe som bremser fremdriften med hensyn til å nå målet om 50 prosent reduksjon av porteføljen.

3.3.10 Helsefellesskap

- *Helseforetaket skal delta i nasjonalt nettverk for erfaringsutveksling og informasjonsdeling mellom helsefellesskap som fasiliteres av Helsedirektoratet.*

Helsefellesskapet i Telemark har vært i drift siden januar 2021. Strukturen med tre nivåer er etablert med fastleger og brukerrepresentanter på alle nivå. Alt arbeidet som

gjøres i Helsefelleskapet er transparent og ligger ute på Sykehuset Telemark sin hjemmeside, inkludert årsmelding 2021

Samhandlingskoordinator for sykehuset deltar i det nasjonale nettverket. Her deltar samhandlingskoordinator for Vest-Telemark, som representerer kommunene i Telemark.

3.4 Øvrige krav og rammer for 2021

3.4.1 Beredskap og sikkerhet

- *Helseforetaket må videreutvikle sine beredskaps- og smittevernplaner i lys av erfaringer med og evalueringer av koronapandemien og tidligere hendelser og øvelser.*

Delplan pandemi og alvorlig smittsom sykdom er revidert og oppdatert i tråd med førende nasjonale og regionale dokumenter og egne erfaringer. Helseforetakets styrende dokumenter for smitteverntiltak og smittesporing holdes løpende oppdatert.

Plan for opptrapping av intensivkapasitet og behandlingsskapasitet for Covid-19 syke er gjennomgått jevnlig og justert ved behov for endringer.

3.4.2 Informasjonssikkerhet

- *Helseforetaket skal benytte Sykehuspartner HF's og Norsk helsenett SF's årlige rapport om trusler, trender, sårbarheter og relevante tiltak i sitt arbeid med risiko- og sårbarhetsvurderinger.*

Helseforetaket benytter tilgjengelige årlige rapporter i arbeidet med risiko- og sårbarhetsvurderinger.

- *Helseforetaket skal videreføre arbeidet med systematisk innføring av Nasjonal sikkerhetsmyndighets grunnprinsipper for IKT-sikkerhet, og sikre systematisk adressering av arbeidet med informasjonssikkerhet på alle nivåer.*

Sykehuset Telemark er kjent med grunnprinsippene og det inngår i arbeidet med informasjonssikkerhet. Sykehuset har initiert et arbeid som kalles «Digital sårbarhet», som forventes å bidra til å sikre en mer systematisk tilnærming i ulike deler av organisasjonen.

- *Helseforetaket skal presentere status fra arbeidet med informasjonssikkerhet, herunder ledelsens årlige gjennomgang, i de etablerte oppfølgingsmøtene med Helse Sør-Øst RHF og i årlig melding.*

Helseforetaket presenterer status i ledelsens årlige gjennomgang og i tertial-rapporteringen.

- *Helseforetaket skal ta i bruk regional protokoll over behandlingsaktiviteter og bidra i Sykehuspartner HF's arbeid med å videreutvikle den regionale protokollen slik at den understøtter gode arbeidsprosesser i helseforetakene.*

Sykehuset Telemark har importert lokal protokoll inn i regional IT-løsning og jobber med Sykehuspartner for å heve kvaliteten; fjerne irrelevante oppføringer og eliminere duplikater. Deretter skal alle oppføringer gjennomgås på nytt med ressurser i linja som kjenner arbeidsprosessene og behandling av personopplysninger.

- *Helseforetaket skal ha oversikt over informasjonssikkerhetsrisikoen og -tilstanden i helseforetaket, herunder trusselbildet, sårbarheter, tiltak og hendelser. De største risikoområdene skal prioriteres. Etter nærmere spesifisering skal status rapporteres i ordinær tertialrapportering.*

- Identifiserte risikoer/fokusområder:
 - Forsvarlig helsehjelp og pasientsikkerhet (beredskapsøvelser, nødprosedyrer). Dette er også funn fra Helsetilsynets undersøkelse i 2021.
 - Nedbetaling av teknisk gjeld, som;
 - Sanere legacy Sykehuset Telemark-domene pågår
 - Migrere WinXP/Win7 over på Win10 ferdigstilles snart
 - Sanere gamle løsninger og standardisere/regionalisere pågår
 - Leverandørkontroll
 - Sikre nyanskaffelser i henhold til krav

- *Helseforetaket skal rapportere antall innmeldte avvik innen informasjonssikkerhet og antall brudd på konfidensialitet, integritet og/eller tilgjengelighet.*

Dette inngår i tertialrapporteringen og sykehuset har ca. 20-30 avvik per kvartal som vedrører IKT og personvern. For 2021 er det tre avvik som ble meldt til Datatilsynet:

1. Pasientopplysninger i arbeidsantrekk som er sendt vaskeriet. Tiltak iverksatt og Datatilsynet lukket saken
2. Sammenlåing av pasientidentifikasjon. Datatilsynet har lukket saken
3. Mangelfull tilgangsstyring på filområdet som leverandørene har tilgang til. Saken er korrigeret umiddelbart. Det foreligger ikke (per 11. januar 2022) tilbakemelding fra Datatilsynet

3.4.3 Oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelser

- *Riksrevisjonens undersøkelse av kvaliteten på informasjon om forventede ventetider i ordningen fritt behandlingsvalg viser at det er til dels store avvik mellom ventetidene pasientene faktisk opplever og de forventede ventetidene som oppgis på nettsiden helsenorge.no/velgbehandlingssted. Det er stor variasjon mellom behandlingssteder. Det kan føre til at pasientene foretar valg av behandlingssted på feil informasjonsgrunnlag. Helseforetaket må følge opp Riksrevisjonens undersøkelse av kvaliteten på informasjon om forventede ventetider i ordningen fritt behandlingsvalg, også med sikte på å legge til rette for mer ensartet registrering av forventede ventetider.*

Oppfølging av oppdatering av ventetider på helsenorge.no er behandlet i administrerende direktørs ledergruppe. Det er stilt krav til klinikkene og fagområdene om å følge dette opp regelmessig, med sikte på jevnlig oppdatering.

- *Riksrevisjonen gjennomførte i 2018 en oppfølging av undersøkelsen om helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser fra 2015. Riksrevisjonens vurdering var at helseforetakene fremdeles har utfordringer når det gjelder meldekultur og læring av meldte hendelser. Det vises også til Dokument 3:2 (2019–2020) Kontroll med forvaltningen av statlige selskaper, hvor Riksrevisjonen har varslet at de vil følge opp saken. Helseforetaket må følge opp at tiltakene som er satt i verk faktisk fungerer og at tilgjengelige virkemidler som kan bidra til å bedre meldekulturen er tatt i bruk. Arbeidet må sees i sammenheng med oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse i 2018 av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten, samt krav i 2020 om å rapportere på etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.*

I 2021 anskaffet Sykehuset Telemark nytt forbedringssystem. Forbedringssystemet vil gi støtte til registrering og oppfølging av uønskede hendelser og forbedringsforslag. Systemet har egen rapportmodul og Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser (NOKUP) er integrert i systemet.

I forbindelse med at systemet tas i bruk våren 2022, skal det gjennomføres et omfattende kompetanseprogram. Formålet er å styrke meldekulturen, sikre at alle ansatte kan registrere uønskede hendelser – og at meldingene blir fulgt opp systematisk og brukes til læring og forbedring.

Sykehuset gjennomfører hendelsesanalyser i saker med alvorlige pasientskader. Hendelsesanalysene følges opp i sykehusets kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg og administrerende direktørs oppfølgingsmøter med klinikkssjefene. Hvert år legges det fram egne ledergruppe og styresaker med statistikk og analyse av uønskede pasienthendelser. Uønskede hendelser inngår også i tertialrapporteringen og er fast tema på internrevisjoner. Sykehuset har etablert en egen indikator for meldekultur.

3.5 Tildeling av midler og krav til aktivitet

3.5.1 Økonomiske krav og rammer

- *Sykehuset Telemark HF skal i 2021 basere sin virksomhet på de tildelte midler.*
- *Sykehuset Telemark HF skal benytte midlene som er stilt til rådighet på en effektiv måte og slik at de kommer pasientene til gode. Resultatkrav skal nås gjennom god drift og riktig bruk av ressurser.*
- *Helseforetaket skal innrette virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som er gitt fra Helse Sør-Øst RHF i oppdrag og bestilling og foretaksmøter, slik at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.*

Ovennevnte tre punkter besvares samlet:

Sykehuset Telemark bruker basisbevilgningene i tråd med regionale føringer og foretar en fortløpende intern prioritering av midlene til rådighet for å sikre gode helsetjenester for pasientene. Drifts- og investeringsbudsjettet er utarbeidet i tråd med tildelte midler og virksomheten styres godt innenfor disse rammene. På grunn av covid-19-pandemien har sykehuset også i 2021 blitt tilført økte rammer for å kompensere for inntektsbortfall og økte kostnader. De økte rammene har ikke fullt ut dekket de økonomiske

konsekvensene av pandemien i 2021. Samtidig ble lønnsoppgjøret mer kostbart enn budsjettet og sykehuset opplever økte kostnader innen fritt behandlingsvalg og pasientadministrerte legemidler. Sykehuset har derfor oppnådd et økonomisk resultat som er svakere enn budsjett.

Gjennom forbedrede økonomiske resultater de senere år har sykehuset evnet å øke investeringsnivået betydelig. Fortsatt er det imidlertid ikke mulig å imøtekomme alle behov og akkumulert etterslep. Det ble derfor også i år gjort stramme prioriteringer.

- **Resultatkrav**

• *Årsresultat 2021 for Sykehuset Telemark HF skal minst være på 50 millioner kroner.*

Sykehuset Telemark rapporterer et overskudd på 16,1 millioner kroner, noe som er 33,9 millioner kroner lavere enn styringsmålet. De viktigste årsakene til avviket er ca. 12 millioner kroner i udekkede kostnader som følge av pandemien, mens ca. 10 millioner kroner er overskridelse på budsjettet for fritt behandlingsvalg. Det konstateres merforbruk på lønnskostnader på ca. 14 millioner kroner, som følge av at lønnsoppgjøret ble høyere enn forutsatt i budsjettet. Dette er dels oppveid gjennom lavere pensjonskostnader enn budsjettet (ca. 10 millioner kroner). Videre vokser kostnader til pasientadministrerte legemidler (H-resepter) og behandlingshjelpemidler betydelig i 2022 og bidrar til det negative budsjettavviket.

- **Likviditet og investeringer**

• *Helseforetakets styring av samlet likviditet skal skje innenfor tilgjengelige rammer til drift og investeringer.*

• *Etablerte prinsipper for likviditetsstyring skal følges opp. Budsjettet resultat for 2021 skal ikke benyttes til investeringer i 2021 uten etter særskilt avtale med Helse Sør-Øst RHF.*

• *Det skal tas høyde for resultatrisiko og risiko ved pågående investeringsprosjekter før etablering av nye investeringsforpliktelser.*

Ovennevnte tre punkter besvares samlet:

Sykehuset Telemark forholder seg til føringene for likviditetsstyring og avtalte rammer for likviditetsbruk. God økonomistyring vektlegges og sammen med de ekstraordinære midlene sykehuset er tilført har man sikret god drift og forsvarlig investeringsnivå i løpet av året.

Sykehuset Telemark har drevet sin virksomhet innenfor gjeldende driftskredittrammer. Det har ikke vært nødvendig å be om midlertidig utvidelse av driftskredittrammene.

3.5.2 Aktivitetskrav

• *Sykehuset Telemark HF skal i 2021 ha en aktivitet innen sine tjenesteområder i samsvar med aktivitetskravene fra Helse Sør-Øst RHF. (En oversikt over de detaljerte kravene er tatt inn i vedlegg til OBD 2021).*

Nivået på øyeblikkelig hjelp-pasienter innen medisinske fag var i årets fem første måneder betydelig lavere sammenlignet med budsjett og nivået før pandemien. Fra og med juni var nivået på tilnærmet samme nivå som i 2019. Samtidig var nivået på elektiv kirurgisk aktivitet kommet tilbake på budsjettert nivå. Dette resulterer i at sykehuset i høst kunne registrere tilnærmet budsjettbalanse på måneds-regnskapet.

Antall døgnpasienter har per 11 måneder vært 13 prosent færre enn budsjettert, og 6 prosent flere enn i fjor. Dette gir seg utslag i form av betydelig lavere ISF-inntekter enn budsjettert.

Samlet budsjettavvik knyttet til ISF poeng sørge-for (dag, døgn, poliklinikk og legemidler) er per 11 måneder 2021 -2.547 poeng (-6 prosent). Dette avviket utgjør nær 60 millioner kroner i reduserte inntekter som er kompensert ved bruk av ekstraordinære midler tilført sykehuset gjennom pandemien.

Døgnaktiviteten innenfor psykiatrien har vært høy i 2021. Antall liggedager har økt med 9 prosent fra året før, og det er en økning innenfor alle tjenesteområdene. Antall sykehusopphold er redusert med 1 prosent. Det er vekst på den ungdomspsykiatriske sengeposten (+21 prosent) og avrusningen (+2 prosent), mens voksenpsykiatrien har redusert sine sykehusopphold med 3 prosent. Da voksenpsykiatrien står for den største delen av aktiviteten så viser totalen en reduksjon.

Innenfor den polikliniske aktiviteten er det kun barne- og ungdomspsykiatrien som når årets budsjett med et positivt budsjettavvik på 18 prosent. Det er en vekst på 16,2 prosent fra året før. Verken voksenpsykiatrien eller TSB oppnådde årets mål. Voksenpsykiatrien fikk et negativt budsjettavvik på 19,5 prosent. Det er en nedgang på 3,4 prosent fra året før. TSB endte på et negativt budsjettavvik på 31 prosent, noe som er en nedgang på hele 29 prosent fra året før. Nedgangen i aktivitet skyldes både lavere antall henvisninger, færre terapeuter og lavere produktivitet. Aktiviteten har tatt seg opp på slutten av året, og i desember måned var nivået som budsjettert og produktiviteten høyere enn begge de to foregående år.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• <i>Aktiviteten innen psykisk helsevern og TSB skal være høyere enn for somatikk. Aktivitetsutviklingen skal ta utgangspunkt i nivået i 2019, konf. vedtak i styresak 008-2021 i Helse Sør-Øst RHF.</i> |
|--|

Innenfor den polikliniske aktiviteten var veksten i somatikk på 7 prosent målt mot 2019. BUP viser en vekst på hele 28 prosent og innfrir prioriteringsregelen. Den polikliniske aktiviteten er redusert innenfor VOP og TSB, og innfrir dermed ikke prioriteringsregelen.

4. Andre rapporteringer

4.1 Andre forhold ved driften

Smitteutbrudd Covid-19

I desember 2020 var det smitteutbrudd på sykehuset i Skien. På nyåret 2021 ble det gjennomført en hendelsesanalyse som skulle belyse hendelsesforløpet, hva som gikk galt og hvorfor, og foreslå forbedringstiltak for å hindre at tilsvarende skjer igjen. Analysen omhandlet smittespredning, testing og kommunikasjon internt og eksternt.

Involverte pasienter, pårørende, kommuner, medarbeidere og ledere ved avdelingene med smitteutbrudd, smittevernheten, sykehusets ledelse og beredskapsledelse, bidro til å belyse den alvorlige hendelsen. Sannsynligvis ble 17 pasienter internt smittet. Fem av pasientene døde. I tillegg ble 25 ansatte sannsynligvis smittet mens de var på jobb. Utbruddet førte også til betydelige konsekvenser med videresmitte, karantenisering og driftsproblemer i flere kommuner.

De viktigste årsakene som analysen avdekket, var knyttet til mangelfullt planverk ved utbrudd og mangelfull risikovurdering ved bruk av flersengsrom og fellesareal ved økende smittetrykk. Svikt i informasjon og kommunikasjon internt og eksternt fremheves også som en sentral medvirkende årsak.

De fleste forbedringstiltakene fra analysen er i tråd med Folkehelseinstituttet (FHI) sin utbruddsveileder som ble introdusert samtidig med utbruddet i desember 2020. Spesielt fremheves plan for smitteutbrudd, inkludert utbruddsgruppe og plan for intern og eksternt informasjon under utbrudd.

De resterende forbedringstiltakene gjaldt risikovurdert bruk av flersengsrom og fellesarealer ved økt smittetrykk, tydeliggjøring av ansvarsforhold, gjennomgående risikovurderinger med planlegging, gjennomføring og evaluering av smitteverntiltak og oppfølging av ansatte.

Dødsfallene ble varslet til Statens helsetilsyn som oversendte saken til Statsforvalteren i Vestfold og Telemark. På bakgrunn av sykehusets systematiske forbedringsarbeid med hendelsesanalyse og forbedringstiltak ble det ikke åpnet tilsyn.

I desember 2021 var det smitteutbrudd på Notodden sykehus. Da to ansatte testet positivt, ble det raskt iverksatt smittesporing og utbruddsgruppe. Utbruddet involverte sannsynligvis 7 pasienter og 14 ansatte. To pasienter døde. Hendelsene ble varslet til Statens helsetilsyn som oversendte saken til Statsforvalteren i Vestfold og Telemark. Statsforvalteren besluttet at saken skal følges opp av virksomheten selv, med tilbakemelding til Statsforvalteren. Sykehuset har iverksatt en hendelsesanalyse som slutføres i januar 2022.

5. Utviklingstrender og rammebetingelser

Vedrørende disse punktene forholder Sykehuset Telemark seg til sist gjeldende dokumenter; Nasjonal Helse og sykehusplan, Helse Sør-Øst regional utviklingsplan og Sykehuset Telemarks Utviklingsplan 2030 med vedlegg (Utviklingsplan 2035). Det har vært arbeidet med en oppdatering av Sykehuset Telemarks Utviklingsplan høsten 2021. Høringsdokument skal behandles av administrerende direktørs ledergruppe og styret i januar 2022. Planen vedtas av styret ved Sykehuset Telemark innen 1. mai 2022.

6. Strategier og planer

På bakgrunn av ovennevnte dokumenter i pkt. 5 og basert på foretakets utfordringsområder er det etablert en strategi for perioden 2020-2022. Denne er en videreføring av strategien fra forrige strategiperiode. I tillegg til den nasjonale visjonen om å skape «Pasientens helsetjeneste», har foretaket et overordnet mål om å være et «Attraktivt sykehus; - for pasientene, for gode fagpersoner og for samfunnet (godt omdømme). I strategien er det valgt fire medisinske strategiske områder (Kreft, Psykisk helsevern og rusbehandling, Akuttkjeden og Barn – og unges helse). For å lykkes i å nå de strategiske målene er tre suksessfaktorer definert (Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, Ledelse og kompetanseutvikling og Optimal ressursbruk). Innenfor alle syv områder er det definert egne mål samt detaljerte årlige handlingsplaner. Foretakets strategi benyttes aktivt i kommunikasjonen med ansatte.

Drøftingsprotokoll

| | |
|------------------|--------------------|
| Sak til drøfting | Årlig melding 2021 |
| Møtedato | 01.02.2022 |

Til stede på møtet

| | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Fra de ansattes organisasjoner | Anne Trønnes Borgen | Hovedverneombud |
| | Christina Stavdal | Delta |
| | Janne Olimstad Guldbjørnsen | Norsk sykepleierforbund |
| | Thor Severinsen | Den norske legeforening |
| | Olaug Straume | Norsk sykepleierforbund |
| | Thor Helge Gundersen | Fagforbundet |
| | Annette Holm Øyvang | Norsk sykepleierforbund |
| | Arne Runde | Den norske legeforening |
| | Spomenka Savic Balac | Den norske psykologforening |
| Fra Sykehuset Telemark | Tom Helge Rønning | Administrerende direktør |
| | Tone Pedersen | Spesialrådgiver |

Drøftingsmøte Årlig melding 2021

Bakgrunn

Utkast til Årlig melding 2021 for Sykehuset Telemark versjon 24012022 er sendt ut i forkant av drøftingsmøtet.

Årlig melding ble justert i henhold til innspill i møtet. Oppdatert dokument ble sendt til møtedeltakerne. Tillitsvalgte gav følgende tilbakemelding:

Tillitsvalgte har diskutert nytt utkast til Årlig melding og har denne teksten til drøftingen: De tillitsvalgte har skrevet en bekymringsmelding om manglende medvirkning i noen sentrale prosesser i sykehuset og bedt om at det ble omtalt i Årlig melding. De andre synspunktene vi har kommet med er inkludert i meldingen

Signering

01.02.2022

For Arbeidsgiver



Tom Helge Rønning



Tone Pedersen

For tillitsvalgte og hovedverneombud

Anne Trønnes Borgen

Christina Stavdal

Janne Olimstad Guldbjørnsen

Thor Severinsen

Olaug Straume

Thor Helge Gundersen

Annette Holm Øyvang

Arne Runde

Spomenka Savic Balac

Saksfremlegg

Saksgang:

| Styre | Møtedato |
|--------------------------------|------------------|
| Styret i Sykehuset Telemark HF | 15. februar 2022 |

| Type sak (sett kryss) | | | | | | | |
|-----------------------|---|--------------|--|-------------|--|------|--|
| Beslutning | X | Etterretning | | Orientering | | Tema | |

Sak: 010 – 2022

Framtidige driftsavtaler for ambulansedrift, *unntatt offentlighet*

Saken er delvis unntatt offentligheten i medhold av Offl. §23

Saksfremstillingen (vedlegg) er unntatt offentligheten i medhold av Offl. §23 jf. §12 bokstav C.

Bakgrunn for saken

Ambulanseplanen 2035 ble vedtatt i styret i februar 2019, og et av tiltakene i planen, Punkt 10.1 – overordnet struktur, punkt 1.2, gjelder fremtidig struktur av ambulansetjenesten.

Gjeldende driftsavtaler utløper 30. mars 2023 og har da hatt en varighet på 5 + 1 + 1 + 1 år.

Nåværende avtale utløper samtidig for alle dagens privat drevne stasjoner. I sammenheng med utløp av avtalene må det fattes vedtak om valg av modell for framtidige driftsavtaler.

Forslag til vedtak

Styrets vedtak vil fremgå av B-protokoll.

Skien, 7. februar 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Vedlegg

- Vedlegg til saksfremstilling_unntatt offentligheten jfr. Offl. §23 jf. §12 bokstav C
- Presentasjon

Saksfremlegg

Saksgang:

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| Styre | Møtedato |
| Styret i Sykehuset Telemark HF | 15.02.2022 |

| | | | | | | |
|------------------------------|--|--------------|--|-------------|---|------|
| Type sak (sett kryss) | | | | | | |
| Beslutning | | Etterretning | | Orientering | X | Tema |

Sak: 011 - 2022

Overordnet HMS mål- og handlingsplan 2022

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 2022.

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 2022 til orientering.

Skien, 7. februar 2022

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 2022 bygger på vedtatt plan og evaluering av resultater innen HMS for 2021. Arbeid med rullering av HMS handlingsplanen har i år vært preget av pandemisituasjonen og grunnlag for mål og tiltak innen de ulike fagområdene er spilt inn fra HR, ledere og fagansvarlige innen de ulike HMS områdene som er omtalt. Resultater fra HMS mål og handlingsplan 2021 og annet relevant arbeid innen HMS vil oppsummeres i den kommende årsrapporten for HMS 2021.

3. Administrerende direktørs anbefaling

Administrerende direktør anbefaler styret å ta overordnet HMS mål- og handlingsplan for 2022 til orientering.

Vedlegg:

Overordnet HMS mål- og handlingsplan for 2022

Overordnet HMS mål og handlingsplan STHF 2022

HMS handlingsplanen er et overordnet styringsdokument som angir 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 2022 | Forbedringstiltak | Tiltaks-ansvarlig | Gjennomførings ansvar | Måling/ dokumentasjon | Mål 2021/ Resultat 2021 |
|--|--|-------------------|-----------------------|---|-----------------------------|
| Sykefravær – mål 2022: 6,7 % | Ny metode for sykefraværsoppfølging (Tett på). Metoden innebærer 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%/ 7,3% |
| Inkluderingsdugnad: 5 % av de vi ansetter har hull i CV og nedsatt funksjonsevne | Rekruttering – tiltak v/ «hull i CV» og «nedsatt funksjonsevne» (WebCruiter), systematisk samarbeid med NAV om arbeidstrening. | HR | Leder | Årsrapport HMS | Resultat 2021: 4 er tilsatt |

| | | | | | |
|--|--|----|-------|--|---|
| Oppfølging av gravide arbeidstakere Mål 2022: Stå i arbeid til uke 33 | Dele ut brosjyre til alle gravide. Gravide følges opp av leder, lege og jordmor i kommunen. Samtaler mellom jordmor, den gravide og leder for tilrettelegging. Vurdere omplasseres til vikariater. Tjenesten bedriftsjordmor avvikles medio januar 2022. Oppfølging av gravide blir fulgt opp fra leder og kommunejordmor | HR | Leder | Manuell telling, årsrapport HMS | Uke 33/ resultat for 2021 foreligger ikke. |
| Mål 2022: 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 2021: 3 ansatte har fått arbeids-utprøving utenfor egen seksjon. |
| Hindre internt frafall fra arbeidslivet Mål 2022: 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 2021: Snittalder uførepensjon: 57,11 år |
| Mål 2022: Avgangsalder 64 år /Snittalder AFP og 85-årsregelen. | Seniortiltak for medarbeidere fra 58 år | HR | Leder | Tall fra KLP, årsrapport HMS | Resultat 2021: 63,68 (AFP), 64,71 (alderspensjon) |

1.2. Arbeidsmiljøloven og lokalt forbedringsarbeid

| Mål og satsningsområder 2022 | Forbedringstiltak | Tiltaks-ansvarlig | Gjennomførings ansvar | Måling/ dokumentasjon | Mål 2021/ Resultat 2021 |
|---|---|-------------------|-----------------------|---|--|
| AML-brudd Fortsette arbeidet med fokus på reduksjon av aml brudd | Vurdere flere oppfølgingspunkter og mer målrettet fokus på enkelte typer AML-brudd. | HR | Leder | Månedlig enhets-rapport, Kvartals-rapport AMU, årsrapport HMS | Mål om fortsatt nedgang i 2021 ikke nådd grunnet økt fravær og økning i aml brudd under pandemien. |
| Forbedring Svarprosent over 90 % | Systematisk plan for informasjon, gjennomføring og oppfølging som involverer | HR | Leder | Resultat ForBedring | 90%/82% |

| | | | | | |
|--|---|----|-----------------------------------|--|--|
| ForBedring 2022 blir nok utsatt til enten høsten 22` eller til våren 23. | ledere, tillitsvalgte og ansatte. Uavhengig av om undersøkelsen utsettes eller ei, er målet at resultatene fra forrige undersøkelse følges opp og at man har kontinuerlig fokus på arbeidsmiljøet. | | | | |
| 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 | 75%/ resultat 2021: 78% |
| Varslingsordningen er kjent for alle ansatte. | Videre oppfølging av varslingsordningen i henhold til etablerte prosedyrer og rutiner. | HR | HR/ Varslingsutvalg, Ledere | Årsrapport varslingsutvalg, Årsrapport HMS | Resultat 2021: Varslingsutvalget har behandlet 9 varslingsaker Varslingsordningen ved sykehuset er revidert. Ny prosedyre for saksbehandling og varsel er etablert og det er laget mal for aktivitetsplan for varslingsaker. Det er gjennomført lederopplæring for ledere ved sykehuset (digitalt) og etablert egen temaside på intranett for Varsling. |

2. Mål og tiltak innen miljø og klima (Ytre miljø) 2020-2022.

Eierskapsmeldingen (Meld.St.8 (2019-2020)) sier at for å nå klimamålene, vedtatt i Paris-avtalen i 2015, vil det være behov for overgang til en grønnere og mer sirkulær økonomi. FN's bærekraftsmål frem mot 2030 (vedtatt i 2015) skal bidra til en bærekraftig utvikling der miljø, økonomi og sosial utvikling ses i sammenheng. Regjeringen har bestemt at bærekraftsmålene utgjør det politiske hovedsporet for å ta tak i vår tids største nasjonale og globale utfordringer. Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst gir føringer om å legge FN's bærekrafts mål til grunn for arbeidet med samfunnsansvar. STHF' miljømål for 2022 bygger på disse føringene.

Det er nylig utarbeidet et felles «Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten» som beskriver felles klima- og miljømål, aktiviteter, organisering og samarbeid på tvers av regionene. Felles mål og indikatorer ble vedtatt i styret i Helse Sør-Øst RHF i november 2021.

Sykehusets mål og tiltak innen miljø og klima vil oppdateres og legges til denne plan som vedlegg i henhold til nytt oppdrag som forventes å komme i oppdrag og bestilling 2022.

| Mål 2022 | Mål og Forbedringstiltak | Tiltaks-ansvarlig | Gjennomførings-ansvar | Måling/ dokumentasjon | Mål og Resultat 2021 |
|--------------------------------------|---|---|--|--|---|
| Redusere sykehusets CO2 utslipp | <p>Redusere unødig forbruk av energi.</p> <p>Sentrale energisparetiltak/ reduksjon i energiforbruk 2022:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skifte ut ventilasjonsanlegg med energieffektiv løsning i 2022 - Følge opp Krav til energi og miljø i USS konseptrapport. <p>Lokale energisparetiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Slå av lys, varme, PC-skjerm etc. og maskiner som ikke er i bruk | Eiendoms-utvikling/ Energi- leder, | Eiendoms-utvikling/ energiled er, SSL/ Leder | Lokale tiltak dokumenteres lokalt, jevnlig oppfølging av energiforbruk, årlig el-forbruk rapporteres til HSØ, årsrapport HMS | 2021: Gjennomført utskifting av ventilasjonsanlegg. Skiftet til energieffektive vinduer på sykehusbygg Porsgrunn. |
| | <p>Redusere klimagassutslipp fra transport:</p> <p>Sentrale tiltak 2022:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Optimalisere bruk av sykehusets biler/ el-biler - Bestilt to nye el-biler, tilrettelegge logistikk ladekapasitet, - Bytte leverandør for kjørebok for alle egne biler (-ABK) - Optimalisere pasienttransport med bl.a. samkjøring (pasientreiser) - Forbedret tilbud om sykkelparkering på psykiatriområdet Skien. <p>Lokale transportsparetiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skype møter - Samkjøring/ kollektivkjøring - Oppfordre til å sykle til jobb | SSL/ Transport / HMS koordinat or/pasient -reiser | SSL/ Transport, Leder | Lokale tiltak dokumenteres lokalt, Årlig rapportering til HSØ på sentral transport-aktivitet, årsrapport HMS. | Økt bilbruk pga. jobb-rotasjon og økt ambulant tjeneste under pandemien. På grunn av korona restriksjoner som har lagt føringer for samkjøring har man ikke fått optimalisert samkjøring på pasienttransport. |
| Redusere unødig forbruk av ressurser | <p>Redusere unødig forbruk av forbruksmaterieell, legemidler og medisinske forbruksvarer.</p> <p>Redusere sum varer utgått på dato fra sentrallager (SL) (unntatt beredskapslager) – måles i kr. på SL</p> <p>Mulige tiltak:</p> <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 | 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 måloppnåelse: Redusert antall og verdi på vareuttak av varer utgått på dato (svinn) fra sentrallager fra 2020 til 2021. Uttak 2021 var 51 artikler med totalsum på 51.700 kr. som tilsvarer 0,78% av lagerverdien. |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Informasjon/holdningsskapende arbeid - Redusere andel ubrukt materiell bl.a. fra smitterom som går i smitteavfall. | | | | |
| | <p>Redusere matsvinn med 30% innen 2022 (fra 2019). Tiltak 2022:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informasjon – og holdnings-skapende arbeid - Rett bestilling til rett pasient til rett tid iht. ernærings screening i DIPS - Forbedret veiemetode for matavfall i samarbeid med innkjøp | Leder ernæring | Leder – alle enheter | Matsvinn måles og rapporteres sentralt kvartalsvis og årlig. Årsrapport HMS | Forbedret bestillingsrutiner, varemottak, meny, produksjonsplanlegging og servering Redusert matavfall i produksjon og kantine med over 30%. |
| | <p>Redusert bruk av helse og miljøfarlige kjemikalier:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oversikt over bruk av helse- og miljøfarlige kjemikalier ved STHF (klinikknivå) - Dialog med aktuelle fagmiljø om redusert bruk av helse- og miljøfarlige kjemikalier - Systematisk opplæring Eco online. | Miljø-koordinator med bistand fra yrkeshygieniker (BHT). | Leder | Oppdatert prosedyre for eksponeringsregis-ter, 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 kjemikaliebruk. Lite systematisk opplæring i løpet av 2021 pga. pandemi-situasjonen. Veiledning og opplæring gjennomført etter behov. |
| Rent vann, redusere unødig utslipp | <ul style="list-style-type: none"> • Utprøving fullskala anlegg for rensing av avløpsvann i samarbeid med Sustaintech | Utviklingsavdelingen/ Eiendoms-utvikling | Eiendoms-utvikling | | NY: Gjennomført forarbeid for utprøving rensing av avløp i samarbeid med Sustaintech. |
| Økt fokus på miljøhensyn ved anskaffelser | <p>Øke andel av lokale anskaffelser som har satt miljøkrav (og evt. livsløpsvurdering):</p> <p>Mulige tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pådriver til miljøvennlige innkjøp og anskaffelser (krav til materialvalg, utslipp, energiforbruk etc.) - Øke kunnskapen om livsløpsperspektivet ved anskaffelser | SSL/ Innkjøp og logistikk, innkjøper e | SSL/Innkjøp og logistikk, Ledere | Måle antall lokale anskaffelser med miljøkrav, Årsrapport HMS | Det er ikke satt konkrete miljøkrav ved noen av sykehusets lokale avtaler i 2021. Det vil settes større fokus på dette i 2022 i dialog med sykehusinnkjøp. |
| Samhandling om miljømål | <p>Samhandling om miljøtiltak på tvers av enheter.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Økt samarbeid om miljøtiltak med eksterne samarbeids-partnere som kommuner og andre aktører. | Klinikk-sjef SSL, Miljø-koordinator, fagansvarlige, | Miljø-koordinator, fagansvarlige og ledere | Årsrapport HMS | STHF v/SSL deltar i Klima - og energinettverk i Vestfold og Telemark fylkeskommune. |
| Opprinnelig mål: Redusert | Nytt møte planlegges i antibiotika-teamet våren 2022 for ny målsetning og planer. Tiltak vil | Smittever-noverlege, | Leder – alle enheter | Rapportering på antibiotika-bruk, årsrapport HMS | Antibiotikabruken har økt i 2021 pga. pandemi- |

| | | | | | |
|---|---|------------------|------------------------|--|--|
| forbruk av bredspektret antibiotika med 30% med 2012. Nytt mål settes for 2022. | defineres i henhold til smittevernplan, innsatsområde antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI). | antibiotika-team | som bruker antibiotika | | situasjonen. Deltatt i digitale møter og HSØ nettverk. |
|---|---|------------------|------------------------|--|--|

3. Mål og tiltak innen sikkerhet og sikkert arbeidsmiljø

| Mål og satsning 2022 | Forbedringstiltak | Tiltaks-ansvarlig | Gjennomføringsansvar | Måling/dokumentasjon | Mål 2021/ resultat 2021 |
|---|---|-----------------------------|----------------------|---|--|
| Vold og trusler: Ferdigstille innføring av systematisk arbeid med vold og trusler 2022. | Oppdatere overordnet prosedyre (tiltakskort, kartleggingsskjema, risikovurdering etc.). Ha etablert struktur for opplæringsaktiviteter. Gjennomføre opplæring etter plan. | HR-rådgiver/HMS koordinator | Leder | Tertialrapport og årsrapport HMS på tiltak i henhold til plan. Opplæring dokumenteres i kompetanseportalen. | Prosjekt forsinket 2021 grunnet pandemi-situasjonen. Gjennomført opplæring på områder med forhøyet risikonivå i somatikken |
| Sikkerhet i sykehus: Installere alarmanlegg KPR – bygg 28 | Tiltak for innstallering av alarmanlegg KPR lagt inn i plan og vil gjennomføres dersom finansiering ok. | SSL/Eiendomsdrift | Leder | Gjennomførte tiltak i henhold til plan. | Status 2021: De fleste tiltak gjennomført. Gjenstående tiltak søkt overført til 2022. |
| Strålevern: Implementere E-Læringskurs i strålevern (kurs i Læringsportalen) Definere mål iht. yrkesgrupper og strålevern-opplæring i Kompetanseportalen. | Opplæringsplaner etableres alle steder for personell i målgruppen | Nærmeste leder | Leder | Opplæring dokumenteres i kompetanseportalen. | Ny i HMS-plan 2021 |
| Brannvern: Re-etablere rapporterings-system for ettersyn/egenkontroll branntekniske installasjoner. Opplæringskrav brannvern skal etableres i kompetanseportalen. | Re-lansere dokumentasjons-system for internkontroll av branntekniske installasjoner (i Lydia) til bruk for utsjekk/egenkontroll og dokumentasjon for brannvernansvarlige. | Brannvernleder | Brannvernansvarlige | Dokumentasjon av egenkontroll i re-etablert system. Opplæring brannvern i kompetanseportalen. | Startet arbeid med re-etablering av system for ettersyn/egenkontroll branntekniske installasjoner. |

4. Mål og tiltak innen HMS systemutvikling

| Mål 2022 | Forbedringstiltak | Tiltaks-ansvarlig | Gjennomføringsansvar | Måling/dokumentasjon | Mål 2021/resultat 2021 |
|--|---|----------------------|----------------------|--|--|
| 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 | Det nye systemet registrerer antall tiltak ikke antall aktive planer. Resultat 2021: 374 tiltak totalt 71 påbegynte 207 startet 14 arkivert |
| Etablere system-tiltak for HMS risiko-vurdering og HMS oppfølging i EQS. | Systematisk kategorisering og oppfølging av HMS avvik (i EQS). Etablere mal for kartlegging og risikovurdering innen HMS (vold og trusler, arbeidsplaner etc.). Tilrettelegge for gjennomføring av vernerunder i EQS. | Kvalitets-avdelingen | HMS koordinat or | Rapport – statistikk HMS avvik. Oversikt risikoområder innen HMS. Årsrapport HMS | HMS system 2021: Forbedret HMS kurs VO og AMU medlemmer. Forberedelse innføring av EQS som systemstøtte. |
| Plan for bruk av BHT Mål 2022: Forbruk 5.650 timer i hht plan | Plan for bruk av BHT er revidert og gjennomgått og følges opp i 2022. Det er satt mål for antall timer som skal brukes fra BHT i 2022 og fordeling framgår av planverket. Smitteverntiltak og vaksinerings vil ha prioritet. | HR | HR/ BHT | Årsrapport BHT/ årsrapport HMS. | Oppdatert og vedtatt ny prosedyre og plan for bruk av BHT i 2021. |

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 2022 | Innhold/ omfang | Tiltaks-ansvarlig | Gjennomføringsansvar | Måling/dokumentasjon | Status gjennomført 2021 |
|-------------------------------|---|-------------------|----------------------|-----------------------------------|--|
| Årlig HMS kurs for ledere | Det er planlagt gjennomføring av HMS-kurs for ledere. Dette samkjøres med 40 timers HMS-kurs for nye verneombud og AMU-medlemmer. | HR | HR | Antall ledere m/ gjennomført kurs | Det er ikke gjennomført samlinger for ledere i 2021. |

| | | | | | |
|---|---|----------|----------|---|---|
| HMS kurs for nye verneombud og AMU medlemmer | Det er planlagt som fire dagers kurs, med forelesninger, gruppearbeid og hjemmeoppgaver. | HR | HR / BHT | Antall deltakere | 26 deltakere på obligatorisk 40-timers kurs i 2021 |
| 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 2022. | Arrangere HMS seminar ila 2022 for ledere og verneombud Gi tilbud om oppdateringskurs/fagsamling i aktuelle HMS tema for alle ledere ila året. | HR/HMS | HR/ HMS | Gjennomført HMS dag. | HMS seminar ikke gjennomført i 2021. Utgikk grunnet C-19 |
| E-læringskurs HMS | <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 kurs-gjennomføring for sine ansatte. |

Bedriftshelsetjenesten:

Ved behov for bistand fra Bedriftshelsetjenesten (BHT) bør tiltak innarbeides i den enkelte enhets HMS handlingsplan, se «Plan for bruk av Bedriftshelsetjenesten (BHT) ved STHF».

Oppdatering av planen:

HMS handlingsplanen vil kunne oppdateres ved aktuelle tilleggsoppdrag, som oppdrag og bestilling (OBD)2022.

Saksfremlegg

Saksgang:

| | |
|--------------------------------|------------------|
| Styre | Møtedato |
| Styret i Sykehuset Telemark HF | 15. februar 2022 |

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

Sak: 012 – 2022

Hvordan sikrer Sykehuset Telemark tilgang på kvalifiserte fagpersoner?

Hensikten med saken

Styret har gitt administrasjonen ved Sykehuset Telemark i oppdrag å redegjøre for hvordan vi best mulig kan sikre tilgangen på kvalifiserte fagpersoner på kort, mellomlang og lang sikt.

Utgangspunktet er nasjonale utfordringer og demografisk utvikling i forhold til å utdanne, utvikle og beholde kvalifiserte medarbeidere. Utviklingsplanen for Sykehuset Telemark belyser utfordringsbildet ytterligere.

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Skien, 7. februar 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Bakgrunnen for saken

Det nasjonale utfordringsbildet tilsier at vi på landsbasis vil mangle et sted mellom 25- og 28 000 sykepleiere i 2035. Den tilsvarende prognosen for leger er 15-17 000 leger. Det er lite sannsynlig at disse prognosene vil slå til, fordi det rett og slett ikke vil være bærekraftig for det norske samfunnet med en slik utvikling. Det er naturlig og nødvendig å forutsette at nye arbeidsmetoder, teknologisk utvikling og annen organisering av spesialisthelsetjenesten vil kunne avhjelpe situasjonen en god del. Imidlertid vil det uansett bli utfordrende å tiltrekke seg medarbeidere med rett erfaring og kompetanse i årene som kommer. Det er derfor viktig at vi i sykehuset har bevissthet om hvordan vi skal jobbe med suksessjonsplanlegging, samtidig som vi planlegger for å utvikle kompetente fagmiljøer i tråd med den medisinske utviklingen. Dette både på kort og lengre sikt.

Konkrete utfordringer for Sykehuset Telemark

Sykepleiere:

Det er vanskelig å rekruttere både på kort og lang sikt når det gjelder spesialsykepleiere, spesielt intensivsykepleiere. Nyfødt intensiv har også lav dekning når det gjelder spesialsykepleiere ut fra normert standard. Det er også mangel på jordmødre.

Generelt har rekruttering av nyutdannede sykepleiere blitt mer krevende. Sykehuset Telemark konkurrerer med kommunehelsetjenesten og Sykehuset Vestfold om nyutdannede sykepleiere. Øvre Telemark:

Notodden sykehus har på både kort og mellomlang sikt utfordringer med å rekruttere leger og sykepleiere. De samme utfordringene har sykehusene i Rjukan og i Kragerø.

Sykehuset har over flere år erstattet helsefagarbeidere/hjelpepleiere med sykepleiere. Dette er ikke noe som er spesielt for Sykehuset Telemark, men har skjedd i alle sykehus i Norge. Endringen medfører at oppgaver som tidligere ble løst av helsefagarbeidere, nå blir utført av sykepleiere. Dette gir de et økt press på sykepleiekapasiteten, og medfører en utvikling som må vurderes både når det gjelder økonomi og kvaliteten på tjenestetilbudet. Det kan stilles spørsmålsteget ved om kvaliteten på pasientbehandlingen øker, og om sykehuset utnytter sine ressurser (menneskelige og økonomiske) på en optimal måte dersom denne utviklingen fortsetter.

Leger og psykologer:

Klinikksjefene vurderer kompetansebehovet for sin klinikk. Det foretas en årlig gjennomgang i hver klinikk for å kartlegge behovene. Resultatene av kartleggingene formidles til HR-avdelingen. HR-avdelingen er i dialog med klinikkene for å vurdere hvilke tiltak som kan gjøres for å bli et attraktivt sykehus for leger.

Det er krevende å rekruttere radiologer. Dette har vært et vedvarende problem i mange år. Det samme gjelder patologer som det er mangel på i hele Skandinavia. Universitetssykehusene er mer attraktive for nyutdannede leger, så vi mister leger som oppfatter at Sykehuset Telemark ikke kan gi de samme faglige utviklingsmulighetene. Sykehuset Telemark har små fagmiljøer innen mange medisinske disipliner, noe som også gjør det krevende å gi leger tilstrekkelige faglige utviklingsmuligheter. Det er et mål å sikre utviklingsmuligheter gjennom forsknings- og utviklingsprosjekter.

Det er også krevende å rekruttere overleger innen både pediatri (barn/unge) og psykiatri. Det samme gjelder barnepsykologer og psykologspesialister til voksenpsykiatri. Det er også vanskelig å rekruttere til stillinger innen akutt- og mottaksmedisin, gynekologi, blodsykdommer, infeksjonsmedisin, lungemedisin og voksenpsykiatri. Dette er dagens bilde av situasjonen.

Sykehuset må derfor aktivt arbeide langsiktig med sin rekrutteringsstrategi innen disse fagområdene. Vi har ingen utsikter som tilsier at dette vil bli lettere de kommende årene.

Andre yrkesgrupper:

Når det gjelder rekruttering av andre yrkesgrupper er det generelt god tilgang på kvalifiserte søkere. Det er imidlertid viktig at vi planlegger for fremtidig endringer slik at vi er i stand til å møte behov som oppstår. I løpet av relativt kort tid vil vi ha behov for stråleterapeuter som skal betjene det nye strålesenteret. Dette vil mest sannsynlig bare kunne dekkes i en kombinasjon av utdanning av eget personell og nyansettelser.

Sykehusets plan for å sikre riktig og nødvendig kompetanse

Innføring av Kompetanseportalen i 2021-23 er et strategisk verktøy som gir oversikt og informasjon om eksisterende kompetanse og hva behovene blir fremover. Verktøyet gir bedre oversikt enn vi har hatt før i forhold til hvilken kompetanse vi besitter til enhver tid, og gir mulighet for å planlegge tiltak. Sykehuset ønsker å være mer proaktive i forhold til selv å utdanne medarbeidere som det er stor mangel på. Dette gjelder spesialsykepleiere, og spesielt intensivsykepleiere. Vi må også bli mer bevisst på å utdanne LIS-leger i de spesialitetene sykehuset har behov for. God veiledning og oppfølging vil kunne sikre at vi klarer å beholde den arbeidskraften vi utdanner. Sykehuset skal i gang med å styrke veiledningskompetansen til både ledere og overleger.

Rekruttering og kompetanseutvikling

Sykehuset Telemark er en viktig utdanningsinstitusjon og utdanning er en av våre primær oppgaver som spesialisthelsetjeneste. Vi har årlig 40 LIS-leger og 376 sykepleierstudent er i praksis hos oss. I tillegg kommer lærlinger innen flere fagområder, ikke bare helsefagarbeidere og innen ambulanse. Vi har lærlinger innen kokk- og servitør, portør, renhold, elektrofag, anleggsgartner og IT. Vår viktigste utfordring er å bruke dette som rekrutteringsbase for faste stillinger som blir ledige ved sykehuset. Det er avgjørende at sykehuset tar godt imot studenter fra alle disipliner for å bygge godt omdømme. Det arbeides løpende med å utvikle og forbedre vårt program for å motta og veilede studenter og nyansatte.

Sykepleiere:

Sykehuset Telemark har et godt samarbeid med utdanningsinstitusjonene, både universitet og øvrige utdanningsinstitusjoner. USN er vår viktigste samarbeidspartner når det gjelder utdanning av sykepleiere. Høsten 2022 startes en ny desentralisert sykepleierutdanning på Notodden. Dette er en god mulighet for sykehuset til å sikre bedre tilgang til sykepleiere på Notodden og Rjukan.

Antall plasser til videreutdanning i intensivsykepleie er økt fra 6 til 10, og det er opprettet plasser for utdanning i akuttsykepleie og AKS (avansert klinisk sykepleie). Dette er en god begynnelse, men det er ikke tvil om at behovet for denne spesialkompetansen er økende. Det er gitt signaler om at Helse Sør-Øst vil etablere nye utdanningsstillinger for spesialsykepleiere. Fordeling av stillinger og midler til dette skal styrebehandles 10.mars i HSØ. Sykehuset Telemark ser behovet for å få styrket finansieringen av utdanningsstillingene, da studentene skal ha 90 % lønn under utdanningsforløpet.

Helsefagarbeidere:

Høsten 2022 øker vi fra 6 til 10 lærlinger i helsefag. Dette er en begynnelse, men vi antar at antall helsefagarbeidere i sykehus generelt må øke mer, dersom vi skal klare å ivareta pleiebehovet til pasientene i årene som kommer. Arbeidet må skje i tett samhandling med andre sykehus i HSØ.

En større grad av jobbglidning og en annen oppgavefordeling vil bli nødvendig for å få til dette. I dette arbeidet må det også arbeides med å forankre bruk av helsefagarbeidere i større skala hos ledere og andre helsefaglige grupper. Vi har i forbindelse med partssamarbeidet med LO/YS-forbundene startet en kartlegging av hvordan kompetansen og eventuell videreutdanning hos helsefagarbeidere utnyttes i sengepostene.

Leger:

Det er også langsiktige planer for at STHF skal ta imot studenter som fra det ordinære legestudiet for å gi disse gode praksisperioder. Dette er en del av et landsomfattende tiltak som tar sikte på å utdanne flere leger i Norge.

For å sikre at legestudenter og LIS-leger får god opplæringen, supervisjon og veiledning, vil vi satse mer på å utdanne overleger til å utføre denne oppgaven på en bedre måte. God pedagogisk metodelære er en forutsetning, og arbeidet kan organiseres på en bedre måte enn vi gjør i dag. Dette arbeidet påbegynnes i 2022, og kommer i tillegg til veiledningskursene vi gjennomfører i dag.

Arbeidsmiljø:

Fokus på å skape godt arbeidsmiljø og god kultur jobbes det løpende med for å få medarbeidere til å bli, og utvikle seg i jobben. Resultatene av ForBedringsundersøkelsen er med på å skape grunnlaget for å definere forbedrings- og læringspunkter. Dette er avgjørende for å beholde kvalifisert arbeidskraft, og medvirker til at vi bruker innspill fra våre medarbeidere i utvikling av organisasjonen.

Det samme gjelder mulighetene til etter- og videreutdanning. Ressurser må settes av og styres slik at vi bruker midlene der behovet til sykehuset er størst. Det er en lederutfordring i linjen å sikre at prioriteringer gjøres på en god måte. Kompetansegap kartlegges i den årlige medarbeidersamtalen og danner grunnlag for individuelle utviklingsplaner.

Noen vellykkede satsninger

Samarbeid med Universitetet i Sørøst-Norge (USN):

Høsten 2019 inngikk sykehuset en samarbeidsavtale med USN som skal regulere det overordnede samarbeidet, og klargjøre ansvarsforholdet mellom USN og STHF. Samarbeidet skal bidra til at kapasiteten i de respektive utdanningene samsvarer med spesialisthelsetjenestens fremtidige behov for relevante utdanninger, bedre behandlingstilbud og styrke kvaliteten på utdanningen. Samarbeidet bidrar også til at utdanning, utvikling og innovasjon er i tråd med befolkningen i Telemarks behov og sykehuset trenger av kompetanse fremover.

Rekruttering fra ELTE Universitetet:

STHF fikk mulighet til å ta inn 8 utdannede psykologer fra ELTE Universitetet i Budapest. Disse studentene fikk ikke utdanningen godkjent i Norge uten å få tilført praksis og tilleggskompetanse. Sykehuset Telemark har hatt godt utbytte av denne ordningen, og psykologene er svært godt fornøyd med å få godkjent sin utdanning. Flere av psykologene fra ELTE Universitetet er nå ansatt i faste stillinger.

Prosjekt BUP:

Psykisk helsevern for barn og unge er et satsningsområde i Helse Sør-Øst. Høsten 2018 startet Helse Sør-Øst RHF et 2-årig BUP-prosjekt. Målet var et felles løft for alle BUP i helseregionen,

ved at HF-ene/sykehusene fikk strukturert støtte til eget arbeid med å beholde ansatte, rekruttere bedre, øke kompetansen og utvikle tjenesten.

Innspill fra ledelsen i Helse Sør-Øst, dialogmøter, faglige arenaer, fagpersoner, brukere og tillitsvalgte har gitt retningen til arbeidet. Det har vært en tydelig prosjektstruktur med tydelige mål. Samtidig har det vært et dynamisk arbeid, med tilpasninger underveis. Prosjektgruppen og arbeidsgruppene har vært handlings- og resultatorientert. Helse Sør-Øst RHF har bidratt økonomisk.

Resultatmålene for prosjektperioden er i stor grad oppnådd ved STHF ved at sykehuset har bedret sitt omdømme og kunnskap om hvordan vi skal rekruttere og beholde medarbeidere. Tidsplanen ble noe justert på grunn av pandemien Tjenestedesignrapporten som ble utarbeidet er et nyttig grunnlag videre for lokalt forbedringsarbeid.

Seniorpolitikk:

I 2012 vedtok sykehuset en egen retningslinje for seniorpolitikk ved Sykehuset Telemark. Formålet med denne er å beholde senioransatte med verdifull kompetanse og erfaring, og å være en attraktiv arbeidsplass også for senioransatte. Det å legge til rette for at erfarne medarbeidere med lang tjenestetid velger å fortsette å jobbe etter fylte 62 år, er av stor betydning i forhold til kompetanseoverføring og supervisjon av nye medarbeidere. Resultatet av dette arbeidet er at gjennomsnittlig pensjonsalder har økt med over ett år fra 2020 - 2021 og er per i dag 64,71 år.

Tiltak for å styrke kompetanse og ressursutnyttelse

Sykehuset Telemark har igangsatt to prosjekter, Pasientflyt 24/7 og Kontorfaglige støttefunksjoner. Begge prosjektene tar sikte på å utnytte ressurser på best mulig måte, og vil påvirke hvordan vi fremover skal utvikle våre medarbeidere og samarbeide på tvers. Å jobbe mer i team og ha oppgaveglidning mellom helsefaggrupper og andre faggrupper vil utvikle seg ytterligere i tiden fremover. Mer jobbing i team gjelder for eksempel innen det medisintekniske området og innen stråling.

Sykehuset vurderer flere kompetansetiltak, blant annet kompetanseprogram for nyutdannede sykepleiere, trainee-program, simuleringstrening i samarbeide med USN. «Train the Trainer»-metoder innen supervisjon. Det gjennomføres i dag fagkurs innen en rekke områder og det satses på mer lederopplæring- og utvikling og økt basiskunnskap i HMS for ledere. Sykehuset har deltaker på topplederprogrammet til HSØ.

Sykehuset satser på å optimalisere bruken av Bemanningssenteret. Medarbeidere knyttet til Bemanningssenteret opparbeider en tverrfaglig kompetanse som er verdifull siden den kan brukes på tvers av klinikkene. Dette er et område sykehuset må styrke videre. Det gir sykepleiere mulighet til å få 100 % stilling noe som styrker vår rekrutteringsevne. God generalistkompetanse vil bli verdifull fremover.

Deltakelse på rekrutterings- og utdanningsmesser for leger bidrar i rekrutteringen. Legers deltakelse på kurs og konferanser er viktig for å bygge nettverk og skaper et godt omdømme som kan øke sykehusets attraktivitet. I et marked hvor flere sykehus konkurrerer om arbeidskraften, er det viktig å bygge et godt renommé.

Vi legger også til rette for at medarbeidere på alle nivåer i alle klinikker kan ta poenggivende studier i regi av universitet og høyskoler, eller fagbrev. Prioriteringer gjøres i forhold til sykehusets budsjetttrammer.

Administrerende direktørs vurderinger

Det synes å være økende nasjonale utfordringer innen flere fagområder for å sikre tilgang til helsepersonell. Framskrivningene viser at helsetjenesten vil ha et økende behov for å utdanne, utvikle og beholde kvalifiserte medarbeidere. Utviklingsplanen for Sykehuset Telemark belyser at utfordringsbildet er krevende og at det er påtrengende å ha nødvendig tiltak for å sikre kvalifiserte fagpersoner i årene som kommer.

Administrerende direktør ber styret ta saken til orientering og støtte opp under det viktige arbeidet som må gjøres for å sikre og utvikle god pasientbehandling for Telemarks befolkning i årene som kommer.

Saksfremlegg

Saksgang:

| | |
|--------------------------------|------------------|
| Styre | Møtedato |
| Styret i Sykehuset Telemark HF | 15. februar 2022 |

| | | | | | | | |
|-----------------------|---|--------------|--|-------------|--|------|--|
| Type sak (sett kryss) | | | | | | | |
| Beslutning | X | Etterretning | | Orientering | | Tema | |

Sak: 013 – 2022

Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår

Hensikten med saken

Formålet med denne saken er å vedta erklæring om ledernes ansettelsesvilkår, jf. Vedtekter for Sykehuset Telemark HF:

§ 8 a Om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansatte

Ved utarbeidelse av egne retningslinjer skal Sykehuset Telemark HF følge "*Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel*", fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet med virkning fra 13.2.2015. Retningslinjene kan utformes strengere og mer detaljerte enn de statlige retningslinjene, men skal ellers ikke fravikes.

Sykehuset Telemark HF skal utarbeide en årlig erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansatte. Denne skal tas inn som en note i årsregnskapet.

Erklæringen skal ha et innhold som angitt i allmennaksjeloven § 6-16 a, herunder:

- retningslinjer for fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse som nevnt i første ledd for det kommende regnskapsåret
- en redegjørelse for den lederlønnspolitikken som har vært ført det foregående regnskapsåret
- en redegjørelse for virkningene av avtaler om godtgjørelse som er inngått eller endret det foregående regnskapsåret

Erklæringen skal i tillegg inneholde en redegjørelse for hvordan statens retningslinjer er fulgt opp i underliggende virksomheter.

Erklæringen skal behandles på tilsvarende vis som angitt i allmennaksjeloven § 6-16 a i foretaksmotet som avholdes i Sykehuset Telemark HF innen utgangen av juni hvert år. Det vises til allmennaksjeloven § 5-6 tredje ledd.

Forslag til vedtak

Styret vedtar fremlagt erklæring om ledernes ansettelsesvilkår, som innarbeides i note til årsregnskapet for 2021.

Skien, 7. februar 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Vedlegg

1. Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår
2. Retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper med statlig eierandel

Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår

Sykehuset Telemark HF definerer personer i stillingene administrerende direktør, fagdirektør, økonomidirektør, HR-direktør, utviklingsdirektør og kliniksjefer som ledende ansatte.

Sykehuset Telemark HF følger "Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel", fastsatt med virkning fra 13. februar 2015. Hovedprinsippet er at lederlønningene i selskaper med helt eller delvis statlig eierskap skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper. Selskapene skal bidra til moderasjon i lederlønningene.

Redegjørelse for lederlønnspolitikken i 2021

Årslønn til administrerende direktør ble fastsatt av styret i styresak 080-2021. Lønn og godtgjørelse for øvrige ledende ansatte er fastsatt administrativt.

Den gjennomsnittlige lønnsveksten til medlemmene av ledergruppen var i 2021 i tråd med årets generelle ramme på 2,82 prosent.

Lønnsjusteringene for ledergruppen gjelder fra 1. januar.

Lønn for ledende ansatte er i all hovedsak fast lønn.

Fastsettelse av basislønn

Ved fastsettelse av basislønn skal følgende kriterier legges til grunn:

- Lønnsutviklingen i Sykehuset Telemark HF generelt
- Lønnsutviklingen i sammenlignbare stillinger

Ledende ansatte får ytelser som gratis telekommunikasjon og tilsvarende basert på behov, dog begrenset til å gjelde:

- Mobiltelefon
- Internett
- Avisabonnement

Pensjonsordning

Pensjonsvilkår skal være på linje med andre ansattes vilkår i foretaket, det vil si gjennom ordinære vilkår i KLP

Sluttvederlag

Administrerende direktør har avtale om sluttvederlag. Ved fastsettelse av sluttvederlag gjelder følgende prinsipper:

- Avtale om sluttvederlag kan inngås for inntil 12 måneders avtalt lønn
- Til fradrag i sluttvederlag kommer andre inntekter opptjent i perioden

- Sluttvederlag gis kun når det oppstår situasjoner av slik karakter at styret/ administrerende direktør av hensyn til virksomhetens videre drift beslutter at den ledende ansatte må avslutte sitt ansettelsesforhold og fratre sin stilling umiddelbart

Variable godtgjørelser eller særskilte ytelser som kommer i tillegg til basislønn

Det finnes ikke variable elementer i selskapets godtgjørelse til ledende ansatte.

Andre bestemmelser

Personer i ledelsen skal ikke ha særskilt godtgjørelse for styreverv i andre foretak i samme foretaksgruppe.

Sykehuset Telemark HF har i 2021 hatt som målsetting å tilby ledende ansatte konkurransedyktige arbeidsvilkår. Lederlønnspolitikken i inneværende regnskapsår har bygget på de prinsipper som beskrevet over.

Lønnspolitikken i 2021 har vært i tråd med de statlige retningslinjene.

Retningslinjer for 2022

Sykehuset Telemark HF vil det kommende år ha som målsetting å tilby ledende ansatte konkurransedyktige arbeidsvilkår. Lederlønnspolitikken bygger på vedtatte retningslinjer og er i tråd med prinsipper som beskrevet over.

Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel

(fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet med virkning fra 13.2.2015)

Retningslinjene erstatter retningslinjene av 31.3.2011.

Formål

Retningslinjene angir hvilke forhold staten som eier vil legge vekt på i sin stemmegivning når styrets erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte behandles på selskapets generalforsamling, foretaksmøte eller lignende. Retningslinjene reflekterer også statens holdning til lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i selskaper der dette ikke er egen sak på generalforsamlingen. Retningslinjene endrer ikke selskapslovgivningens regulering av styrets ansvar eller rolledelingen mellom generalforsamling og styre eller mellom styre og daglig leder. Der hvor næringsspesifikt regelverk stiller strengere eller mer detaljerte krav til selskapene enn disse retningslinjene, har slikt regelverk forrang.

Retningslinjenes virkeområde

Retningslinjene gjelder for ledende ansatte, jf. definisjon nedenfor, i selskaper¹ hvor staten har en direkte eierandel. Staten forventer at selskaper hvor staten har en eierandel på over 90 pst., sikrer at statens retningslinjer også gjelder for heleide daterselskaper.

Definisjoner

- *Ledende ansatte* omfatter daglig leder og andre ledende ansatte, jf. Ot.prp. nr. 55 (2005-2006) som viser til forståelsen av begrepet i allmennaksjeloven § 4-12 og regnskapsloven §§ 7-26 og 7-31.
- Med *godtgjørelsesordning* menes ett eller flere av følgende elementer: fastlønn, variabel lønn (bonus, aksjeprogram, opsjoner og tilsvarende),

annen godtgjørelse (naturalytelser og lignende), pensjonsytelser og sluttvederlag.

- Med *opsjoner* som avlønningsform menes rett til å kjøpe aksjer til på forhånd avtalt pris. Retningslinjene sidestiller opsjonsavtaler hvor eventuell gevinst utbetales direkte uten foregående fysiske transaksjoner (syntetiske opsjoner) med alminnelige opsjoner, jf. regnskapslovens krav til rapportering.
- Med *aksjeprogram* menes ordninger med direkte aksjeeierskap uten foregående opsjon. Dette kan innebære at den ansatte får aksjen som betaling, rabatt ved aksjekjøp eller bonusutbetaling med betingelse om å kjøpe aksjer. Såkalte langtidsinsentivordninger (LTI) anses som et aksjeprogram. Aksjespareprogram for alle ansatte omfattes ikke av retningslinjene.
- *Sluttvederlag* omfatter her kompensasjon i tilknytning til fratredelse og kan inneholde etterlønn, arbeidsfrie perioder, andre finansielle ytelser og naturalytelser.

Styrets erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse

- Det følger av bestemmelser i allmennaksjeloven § 5-6 (3) og § 6-16a at styret i allmennaksjeselskaper skal utarbeide erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse for daglig leder og andre ledende ansatte. Erklæringen skal behandles på den ordinære generalforsamlingen og skal inneholde styrets retningslinjer for fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse for daglig leder og andre ledende ansatte for det kommende regnskapsåret. Allmennaksjelovens regler om lederlønnserklæring gjøres gjeldende gjennom vedtektsbestemmelser² for alle selskaper som staten har eierandel i, og som ikke defi-

¹ Statsforetak, regionale helseforetak, særlovselskaper, statsaksjeselskaper, allmennaksjeselskaper og aksjeselskaper.

² I deleide selskaper må staten enten alene eller sammen med andre aksjonærer ha 2/3 flertall for å gjøre nødvendige vedtektsendringer.

Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel

(fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet med virkning fra 13.2.2015)

- neres som «små foretak» etter regnskapsloven.
- Styrets erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte skal også inneholde en redegjørelse for den lederlønnspolitikken som har vært ført det foregående regnskapsåret, herunder hvordan styrets retningslinjer for fastsettelsen av lønn og annen godtgjørelse er blitt gjennomført. Dersom styret i en avtale fraviker egne retningslinjer, bør det opplyses om dette i redegjørelsen.
 - I selskaper hvor staten har en direkte eierandel på over 90 pst., skal vedtektene inneholde en bestemmelse om at det i styrets erklæring om lønn og annen godtgjørelse også skal redegjøres for hvordan statens retningslinjer er fulgt opp i hel- eller datterselskaper.
 - Styret skal ha en oversikt over den totale verdien av den enkelte leders avtalte godtgjørelse og redegjøre for denne på en lett tilgjengelig måte i selskapets årsregnskap.
 - Den samlede godtgjørelsen skal ses under ett når styret vurderer denne i forhold til statens retningslinjer.
 - Styret skal påse at godtgjørelsesordningene ikke gir uheldige virkninger for selskapet eller svekker selskapets omdømme.
 - Ledende ansatte skal ikke ha særskilt godtgjørelse for styreverv i andre selskaper i samme konsern.
 - Avtaler inngått før ikrafttreden av disse retningslinjene kan opprettholdes.

«Følg eller forklar»-prinsippet

- Staten vil legge til grunn et «følg eller forklar»-prinsipp ved håndhevelsen av statens retningslinjer. Det vil si at styrene i sin erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse bør redegjøre for i hvilken grad styrets retningslinjer for fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte for kommende regnskapsår er i overensstemmelse med statens retningslinjer. Eventuelle avvik begrunnes.
- I selskaper hvor staten har en direkte eierandel på over 90 pst., legges det til grunn at statens retningslinjer for lederlønn skal følges. Dette innebærer at styret ikke kan fravike statens retningslinjer når styret utarbeider sine retningslinjer.

Hovedprinsipper for fastsettelse av godtgjørelsesordninger

- Det er styrets ansvar å fastsette retningslinjer for godtgjørelse til ledende ansatte. Daglig leders godtgjørelse fastsettes av styret.
- Godtgjørelsen til ledende ansatte skal være konkurransedyktig, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper.
- Styret skal bidra til moderasjon i godtgjørelsen til ledende ansatte.
- Hovedelementet i en godtgjørelsesordning bør være fastlønnen.
- Ordningene skal utformes slik at det ikke oppstår urimelig godtgjørelse på grunn av eksterne forhold som ledelsen ikke kan påvirke.

Variabel lønn

Eventuell variabel lønn skal bygge på følgende prinsipper:

- Det skal være en klar sammenheng mellom de mål som ligger til grunn for den variable lønnen, og selskapets mål.
- Variabel lønn skal være basert på objektive, definerbare og målbare kriterier som lederen kan påvirke. Flere relevante målekriterier bør legges til grunn.
- En ordning med variabel lønn skal være transparent og klart forståelig. Ved redegjørelse for ordningen er det vesentlig å få belyst forventet og potensiell maksimal utbetaling for hver enkelt deltaker i programmet.
- Ordningen skal være tidsbegrenset.
- Samlet oppnåelig variabel lønn, dvs. hva som maksimalt kan opptjenes det enkelte år, bør ikke overstige 50 pst. av fastlønn, med mindre særskilte hensyn tilsier det.
- Aksjeprogrammer, som LTI, kan benyttes av børsnoterte selskaper dersom de er særlig egnet til å nå langsiktige mål for selskapets utvikling. Aksjebasert avlønning skal utformes slik at den bidrar til langsiktig innsats for selskapet og bør innebære bindingstid på aksjene på minst tre år. For børsnoterte selskaper kan staten støtte en tilleggsramme øremerket slike aksjeprogrammer, hvor verdien av det tildelte beløpet ikke skal overstige 30 pst. av fastlønn.
- Opsjoner og andre opsjonslignende ordninger skal ikke benyttes.

Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel

(fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet med virkning fra 13.2.2015)

Pensjonsytelser – tjenestepensjon

- Pensjonsvilkår for ledende ansatte skal være på linje med andre ansattes vilkår i selskapet.
- Pensjonsgrunnlaget for alderspensjon skal ikke overstige maksimalgrensen i de skattefaviserte kollektive pensjonsordningene i Norge (p.t. 12 G), jf. innskuddspensjonsloven, foretakspensjonsloven og tjenestepensjonsloven.
- Ved avtaler om ytelsespensjon skal det tas hensyn til eventuell ytelsespensjon som er opptjent fra andre stillinger. Samlet pensjonsutbetaling bør ikke overstige 66 pst. av lønn opp til 12 G.
- Når en leder ikke lenger er ansatt i selskapet skal det ikke lenger påløpe pensjonskostnader ut over hva som følger av en eventuell skattefavisert ytelsesordning.

Sluttvederlag

- I forhåndsavtaler hvor virksomhetens øverste leder fraskriver seg bestemmelsene om oppsigelsesvern i arbeidsmiljøloven, kan det avtales sluttvederlag i overensstemmelse med arbeidsmiljøloven § 15-16 (2). Sluttvederlag bør ikke benyttes når lederen har tatt initiativ til oppsigelsen.
- Sluttvederlag og lønn i oppsigelsestiden bør i sum ikke overstige 12 månedslønner.
- Ved ansettelse i ny stilling eller ved inntekt fra næringsvirksomhet som vedkommende er aktiv eier av, bør sluttvederlaget reduseres med et forholdsmessig beløp beregnet på grunnlag av den nye årsinntekten. Reduksjon kan først skje etter at vanlig oppsigelsestid for stillingen er ute.
- Sluttvederlag kan holdes tilbake hvis vilkårene for avskjed foreligger, eller hvis det i perioden hvor det ytes sluttvederlag oppdages uregelmessigheter eller forsømmelser som kan lede til erstatningsansvar eller at vedkommende blir tiltalt for lovbrudd.
- For øvrige ledende ansatte kan det ikke inngås forhåndsavtale om sluttvederlag hvor kompensasjon ved fratredelse er endelig fastsatt. Det kan i stedet inngås forhåndsavtale om rimelig sluttvederlag som får virkning dersom den ansatte ikke bestrider oppsigelsen. For slikt sluttvederlag vil ovennevnte retningslinjer gjelde tilsvarende.

Saksfremlegg

Saksgang:

| | |
|--------------------------------|------------------|
| Styre | Møtedato |
| Styret i Sykehuset Telemark HF | 15. februar 2022 |

| | | | | | | | |
|------------------------------|--|--------------|--|-------------|---|------|--|
| Type sak (sett kryss) | | | | | | | |
| Beslutning | | Etterretning | | Orientering | X | Tema | |

Sak: 014 – 2022

Status og oppfølging av styresaker i Sykehuset Telemark

Hensikten med saken

Hensikten med saksfremlegget er å sikre styret en systematisk og regelmessig tilbakemelding om status og oppfølging av utestående styresaker. Styret skal to ganger per år få fremlagt en oversikt over administrasjonens oppfølging av styrets vedtak som krever videre håndtering av administrasjonen. Oversikten gjelder også administrasjonens håndtering av innspill/kommentarer gitt av styret i møter.

Vedlagte oversikt gjelder saker fra andre halvdel av 2021. Ikke avsluttede saker inngår også i oversikten.

Forslag til vedtak

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

Skien, 7. februar 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Vedlegg

- Oversikt over status og oppfølging av styresaker

Vedlegg til sak 014-2022 Status og oppfølging av styresaker i Sykehuset Telemark

Oversikten blir oppdatert fortløpende og fremlagt for styret to ganger per år. Saker som er innfridd (markert med grønn farge) fjernes fra listen etter styrets behandling av saken.

| Sak og dato | Vedtak/oppfølging | Tiltak | Status |
|---|---|---|--|
| 007-2019 Ambulanseplan 2035 Møtedato 12.02.2019 | 3. Styret ber administrerende direktør å sende en henvendelse til RHF'et og be om en kvalitetsssikring av kriteriesettet i inntektsmodellen for prehospitaler tjenester, med bakgrunn i driftsmodellen beskrevet i Ambulanseplanen og i lys av de faktiske forhold i Telemark. | Det er i 2019 satt i gang et nasjonalt inntektsmodellarbeid, som også omfatter modellen for prehospitaler tjenester. Dette arbeidet pågår og vi har valgt å avvente henvendelser til RHF'et inntil resultatet av dette arbeidet foreligger. | <i>Det vises til ADs brev til HSØ av 7. oktober 2021 (fremlagt for styret under posten Andre orienteringer styremøte 27. oktober 2021)</i> <i>HSØ er i gang med en oppdatering av den regionale inntektsmodellen, hvor modell for prehospitaler tjenester inngår.</i> |
| 030-2020 Administrerende direktør sin redegjørelse om situasjonen på sykehuset vedrørende koronaviruset Møtedato 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. | | Dette arbeidet har vært satt på vent på grunn av covid-19. Sykehuset Telemark ønsker å evaluere bruken av telefon- og videokonsultasjoner. Vi har fått informasjon om at en gruppe helseforetak i HSØ har tatt initiativ til en brukerundersøkelse rettet mot pasienter. Dette som et kvalitetsforbedrende tiltak. Det er laget utkast til undersøkelse og opprettet bestilling hos Sykehuspartner. Sykehuset Telemark vil vurdere dette arbeidet og ønsker å ta del i dette tilpasset vårt sykehus. Vi vil komme |

Vedlegg til sak 014-2022 Status og oppfølging av styresaker i Sykehuset Telemark

Oversikten blir oppdatert fortløpende og fremlagt for styret to ganger per år. Saker som er innfridd (markert med grønn farge) fjernes fra listen etter styrets behandling av saken.

| Sak og dato | Vedtak/oppfølging | Tiltak | Status |
|--|--|---|---|
| | | | tilbake til styret med informasjon og dette arbeidet. |
| 009-2021 Internrevisjon resultater 2020 og plan 2021 <i>Møtedato</i> <i>17.02.2021</i> | 1. Styret tar Årsrapport Internrevisjon 2020 til etterretning og ber administrerende direktør sørge for at relevante anbefalinger til forbedring og læring fra årsrapport blir fulgt opp. 2. Styret gir sin tilslutning til Plan internrevisjon 2021 og ber om at Årsrapport Internrevisjon legges fram for styret ved årsskiftet | Saken lukkes ikke før årsrapport internrevisjon 2021 er behandlet | <i>Årsrapport 2021 er oppført til behandling av styret i møte 24. mars 2022</i> |
| 020-2021 Status Ambulansplan 2035 Sykehuset Telemark HF <i>Møtedato</i> <i>24.03.2021</i> | Kommentarer i møtet Styret takket for en meget god presentasjonen. Styret er fornøyd med at mange av de vedtatte tiltakene har hatt god effekt og at planen følges med nødvendig løpende justeringer. <i>Styremedlemmene Thor Severinsen og Johanne Haugan ba om at det vurderes en overtakelse av Bamble i 2022 og en ny vurdering av felles ambulansestasjon for Skien og Porsgrunn.</i> | Vurdering vil gjennomføres og presenteres for styret | <i>Sak fremlegges og presenteres for styret i møte 15. februar 2022</i> |
| 043-2021 Oppfølging av alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser 2020 | 1. Styret tar redegjørelsen for alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser i 2020 til orientering. 2. <i>Styret gir sin tilslutning til ny prosess for oppfølging av hendelsesanalysene og ber om å bli orientert om resultatene når evalueringen foreligger.</i> | | <i>I slutten av 2021 ble klinikkjefene bedt om å gi innspill til form og innhold på oppfølgingsprosessen. På bakgrunn av innspillene vil følgende testes ut fra 2022:</i> |

Vedlegg til sak 014-2022 Status og oppfølging av styresaker i Sykehuset Telemark

Oversikten blir oppdatert fortløpende og fremlagt for styret to ganger per år. Saker som er innfridd (markert med grønn farge) fjernes fra listen etter styrets behandling av saken.

| Sak og dato | Vedtak/oppfølging | Tiltak | Status |
|--|--|---|---|
| <i>Møtedato</i> 19.05.2021 | | | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Oppfølging av hendelsesanalyser er tema hvert kvartal i adm. direktørs oppfølgingsmøter med klinikkjefene. Ofte ved behov.</i> • <i>I hver hendelsesanalyse skal analyseteamet anbefale hvilke tiltak som bør gis prioritet i oppfølgingsmøtene.</i> • <i>Fagdirektør deltar som hovedregel i oppfølgingsmøtene.</i> • <i>Adm. direktørs oppfølgingsplan for hendelsesanalysene oppdateres fortløpende. Planen sjekkes ut med klinikkjefene senest 14. dager før hvert oppfølgingsmøte. Første gang i februar 2022.</i> • <i>Ledergruppesak med evaluering legges fram i november 2022</i> |
| 056-2021 Oppdatering av Sykehuset Telemarks utviklingsplan <i>Møtedato</i> 16.06.2021 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Styret slutter seg til presentert forslag til prosess for oppdatering av STHFs utviklingsplan. 2. For å sikre gode, bærekraftige helsetjenester til befolkningen i Telemark bør planarbeidet inneholde vurderinger om på hvilke måte samarbeid med Sykehuset Vestfold HF kan bidra til å utvikle bedre | Styrevedtak i juni for SiV og ST om utvidet samarbeid Felles styreseminar med styret i SiV og styret i ST 22. september 2021 | Gjennomført. <i>Oppdatert utviklingsplan, etter at høringsperioden er avsluttet, skal behandles av styret 27.april 2022</i> |

Vedlegg til sak 014-2022 Status og oppfølging av styresaker i Sykehuset Telemark

Oversikten blir oppdatert fortløpende og fremlagt for styret to ganger per år. Saker som er innfridd (markert med grønn farge) fjernes fra listen etter styrets behandling av saken.

| Sak og dato | Vedtak/oppfølging | Tiltak | Status |
|---|---|---|---|
| | <p>løsninger for pasientene og mer effektiv drift enn hva helseforetaket kan utvikle alene.</p> <p>3. Basert på vurderingene i punkt 1, bør utviklingsplanarbeidet inkludere et utvidet samarbeid med Sykehuset i Vestfold, hvor man utreder mulige samarbeidsløsninger innenfor minimum 2 tjenesteområder.</p> <p>4. <i>Styret ber om å bli holdt oppdatert om fremdriften i arbeidet.</i></p> | <p>Styreseminar ST 27. oktober 2021</p> <p>Høringsutkast behandlet i ekstraordinært styremøte 19. januar 2022</p> | |
| <p>062-2021</p> <p>Driftsorienteringer fra administrerende direktør</p> <p><i>Møtedato</i> 22.09.2021</p> | <p>Kommentarer i møtet</p> <p>Styret var tilfreds med at administrasjonen gjennomfører evaluering av prosessen med anskaffelse av ny lab-linje. Det bes om at styret blir orientert etter at evalueringen er gjennomført.</p> | | <p><i>Styret orienteres om gjennomført evaluering av prosessen med anskaffelse av ny lab-linje i styresak 006-2022 Driftsorienteringer fra administrerende direktør</i></p> |
| <p>066-2021</p> <p>Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2022</p> <p><i>Møtedato</i> 22.09.2021</p> | <p>Styret vedtok å spille inn temaene <i>tvang i psykisk helsevern og rusbehandling</i>, samt <i>innkjøpsprosessen</i> som tema til konsernrevisjonens revisjonsplan 2022 innen fristen 6. oktober 2021.</p> | <p>Styrets valgte tema sendes til konsernrevisjonen innen fristen</p> | <p><i>Gjennomført</i></p> |

Vedlegg til sak 014-2022 Status og oppfølging av styresaker i Sykehuset Telemark

Oversikten blir oppdatert fortløpende og fremlagt for styret to ganger per år. Saker som er innfridd (markert med grønn farge) fjernes fra listen etter styrets behandling av saken.

| Sak og dato | Vedtak/oppfølging | Tiltak | Status |
|--|---|---|---|
| 067-2021 Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2021 fra Helse Sør-Øst RHF <i>Møtedato</i> 22.09.2021 | 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. 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. | Bestilling operasjonaliseres og status for gjennomføring rapporteres i årlig melding 2021 | Kommer tilbake igjen til styret. |
| 074-2021 Virksomhetsrapport per september 2021 <i>Møtedato</i> 27.10.2021 | Kommentarer i møtet Styret ber administrasjonen å ta inn en oversikt over EFO-kostnader, innleie-kostnader og sykefravær på overordnet nivå i virksomhetsrapporten fra og med november 2021. | Virksomhetsrapport oppdateres med styrets innspill | <i>Gjennomført</i> |
| 086-2021 Styrket oppmerksomhet om | 1. Styret tar Konsernrevisjonens rapport 2/2021 Revisjon av Legemiddelhåndtering og legemiddelfeil ved Sykehuset Telemark HF til etterretning. | Tiltak følges opp i STHFs handlingsplan for legemiddelsikkerhet | <i>Oppfølging av handlingsplanen er i startfasen. Enkelte av aktivitetene kan fort bli påvirket av koronasituasjonen.</i> |

Vedlegg til sak 014-2022 Status og oppfølging av styresaker i Sykehuset Telemark

Oversikten blir oppdatert fortløpende og fremlagt for styret to ganger per år. Saker som er innfridd (markert med grønn farge) fjernes fra listen etter styrets behandling av saken.

| Sak og dato | Vedtak/oppfølging | Tiltak | Status |
|--|--|--------------------------------------|--|
| pasientsikkerhet på legemiddelområdet <i>Møtedato</i> <i>15.12.2021</i> | 2. Revisjonsrapportens anbefalinger følges opp i tråd med STHFs Handlingsplan for legemiddelsikkerhet 2022 og videre i årlige rullinger av planen. | 2022 og i årlige rullinger av planen | <i>Spesielt om kompetanseprogram for legemiddelhåndtering: Vårens kursplan er distribuert. Kurskrav og gjennomførte kursaktiviteter skal registreres i den nye Kompetanseportalen. Dette vil utgjøre datagrunnlaget for målinger og rapportering på kursaktivitetene. Arbeidet med oppsettet er i gang og gis prioritet.</i> |

Saksfremlegg

Saksgang:

| | |
|--------------------------------|------------------|
| Styre | Møtedato |
| Styret i Sykehuset Telemark HF | 15. februar 2022 |

| | | | | | | |
|------------------------------|--|--------------|--|-------------|----------|------|
| Type sak (sett kryss) | | | | | | |
| Beslutning | | Etterretning | | Orientering | X | Tema |

Sak: 015 – 2022

Styrets årsplan 2022 - oppdatert

Som ledd i virksomhetsstyringen ved Sykehuset Telemark HF utarbeides det en plan for styrets arbeid for det enkelte år. Styrets årsplan 2021 arbeidstidfester styremøter, styreseminar og kjente foretaksmøter. Planen gir oversikt over de viktigste kjente sakene, som skal behandles i hvert av styremøtene i løpet av året og ble vedtatt av styret i desember 2021 (sak 088-2021).

Det legges fram oppdatering av årsplanen i hvert styremøte. Ytterligere saker vil således tilkomme etter hvert i løpet av året.

Forslag til vedtak

Styret slutter seg til oppdatert styrets årsplan 2022.

Skien, 7. februar 2022

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

Vedlegg:

- Styrets årsplan 2022 - oppdatert

Årsplan 2022 for styret i Sykehuset Telemark

Ajourført per 8. februar 2022

| Styremøter 2022 | | | |
|--|---|--|--|
| Dato, tid og sted | Saker til beslutning/etterretning | Saker til orientering | Temasaker |
| Ekstraordinært styremøte 19. januar Kl. 0900 – 1200 Skype-møte | <ul style="list-style-type: none">Høringsdokument Sykehuset Telemarks utviklingsplan 2035 | | |
| Styremøte 15. februar Kl. 0830 – 1330 Skype-møte | <ul style="list-style-type: none">Godkjenning av innkalling og sakslisteGodkjenning av protokollÅrlig melding 2021 | <ul style="list-style-type: none">Driftsorienteringer fra ADVirksomhetsrapport per 3. tertial 2021Virksomhetsrapport per januarFramtidige driftsavtaler for ambulansedriftOverordnet HMS mål- og handlingsplan 2022Hvordan sikrer Sykehuset Telemark tilgang på kvalifiserte fagpersonerÅrlig erklæring om ledernes ansettelsesvilkårStyresaker i Sykehuset Telemark HF - status og oppfølgingÅrsplan styresaker | |
| Styremøte 24. mars Kl. 0930 – 1530 Vrangfoss møterom | <ul style="list-style-type: none">Godkjenning av innkalling og sakslisteGodkjenning av protokollÅrsregnskap og årsberetning 2021Fullmakter ved STHFProtokoll fra foretaksmøte 15. og 16. februar og oppdragsdokument 2022 | <ul style="list-style-type: none">Driftsorienteringer fra ADInternrevisjon resultater 2021 og plan 2022Virksomhetsrapport per februarUSS status (anskaffelsesprosess)Forskningsåret 2021Årsrapport 2021 HMSNytt fra forskning | <ul style="list-style-type: none">Styrets egenevaluering – lukket møte |

Årsplan 2022 for styret i Sykehuset Telemark

Ajourført per 8. februar 2022

| Styremøter 2022 | | | |
|---|---|---|--|
| Dato, tid og sted | Saker til beslutning/etterretning | Saker til orientering | Temasaker |
| | | <ul style="list-style-type: none">• Årsplan styresaker | |
| Styremøte 27. april Kl. 0930 – 1530 Vrangfoss møterom | <ul style="list-style-type: none">• Godkjenning av innkalling og saksliste• Godkjenning av protokoll• Sykehuset Telemarks utviklingsplan 2035• Økonomisk langtidsplan 2023-2026• Møteplan for styret 2023 | <ul style="list-style-type: none">• Driftsorienteringer fra AD• Virksomhetsrapport per mars• Uønskede pasienthendelser 2021 - statistikk og analyse (NOKUP)• Alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser 2021• Årsmelding 2021 Pasient- og brukerombudet i Telemark• Samdata 2020• Årsplan styresaker | <ul style="list-style-type: none">• Styrets egevaluering – lukket møte |
| Styremøte 25. mai Kl. 0930 – 1530 Vrangfoss møterom | <ul style="list-style-type: none">• Godkjenning av innkalling og saksliste• Godkjenning av protokoll• Styrende dokumenter for Sykehuset Telemark HF | <ul style="list-style-type: none">• Driftsorienteringer fra AD• Virksomhetsrapport per 1. tertial• Status forbedringsprosjekter• Resultater av undersøkelsen ForBedring• Årsplan styresaker | <ul style="list-style-type: none">• Styrets egevaluering – lukket møte |
| Styremøte 23. juni Kl. 0930 – 1530 Vrangfoss møterom | <ul style="list-style-type: none">• Godkjenning av innkalling og saksliste• Godkjenning av protokoll• Protokoll fra foretaksmøte xx.xx | <ul style="list-style-type: none">• Driftsorienteringer fra AD• Virksomhetsrapport per mai• USS status (valgt entreprenør)• Kategorisering av HMS-avvik• ADs driftsorienteringer• Årsplan styresaker | <ul style="list-style-type: none">• Styrets egevaluering – lukket møte |
| Styremøte 21. september Kl. 0930 – 1530 Vrangfoss møterom | <ul style="list-style-type: none">• Godkjenning av innkalling og saksliste• Godkjenning av protokoll• Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2023 | <ul style="list-style-type: none">• Driftsorienteringer fra AD• Virksomhetsrapport per 2. tertial• Status forbedringsprosjekter• Status oppdrag og bestilling 2022 STHF | <ul style="list-style-type: none">• Styrets egevaluering – lukket møte |

Årsplan 2022 for styret i Sykehuset Telemark

Ajourført per 8. februar 2022

| Styremøter 2022 | | | |
|--|---|--|---|
| Dato, tid og sted | Saker til beslutning/etterretning | Saker til orientering | Temasaker |
| | <ul style="list-style-type: none">Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2022 | <ul style="list-style-type: none">Styresaker i Sykehuset Telemark HF - status og oppfølgingÅrsplan styresaker | |
| Styremøte 26. oktober Kl. 0930 – 1530 Vrangfoss møterom | <ul style="list-style-type: none">Godkjenning av innkalling og sakslisteGodkjenning av protokollUSS ForprosjektÅrlig evaluering AD | <ul style="list-style-type: none">Driftsorienteringer fra ADVirksomhetsrapport per septemberStatus budsjett 2023Kvalitetsregistre og kvalitetsindikatorerLedelsens gjennomgang 2022Årsplan styresaker | <ul style="list-style-type: none">Styrets egenevaluering – lukket møte |
| Styremøte 14. desember Kl. 0930 – 1530 Vrangfoss møterom | <ul style="list-style-type: none">Godkjenning av innkalling og sakslisteGodkjenning av protokollBudsjett 2023Årsplan styresaker 2023 | <ul style="list-style-type: none">Virksomhetsrapport per novemberOverordnet HMS mål- og handlingsplan 2023Nytt fra forskningStatus forbedringsprosjekter | <ul style="list-style-type: none">Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring – status 2022/prioriteringer 2023 |

Årsplan 2022 for styret i Sykehuset Telemark

Ajourført per 8. februar 2022

Foretaksmøter og styreseminar:

Årlige faste foretaksmøter: Februar og mai/juni

Styreseminar: 24. mars

21. september

14. desember - Tema: Årlig egenevaluering av styrets arbeid og arbeidsform

**PROTOKOLL
FRA
FORETAKSMØTE I SYKEHUSET TELEMARKE HF**

Torsdag 16. desember 2021 klokken 16:00 ble det avholdt foretaksmøte i Sykehuset Telemark HF. Møtet ble gjennomført som telefonmøte som felles foretaksmøte for helseforetakene i Helse Sør-Øst.

Dagsorden:

1. Foretaksmøtet konstitueres
2. Dagsorden
3. Beredskap framover

Til stede var:

Helse Sør-Øst RHF, 100 % eier av foretaket, representert ved administrerende direktør Terje Rootwelt på fullmakt for styreleder Svein Gjedrem. Han ledet også møtet.

I tillegg møtte fra administrasjonen i Helse Sør-Øst RHF:
Eierdirektør Tore Robertsen, som også førte protokollen

Fra styret i Sykehuset Telemark HF møtte:
Styreleder Per Anders Oksum

I tillegg møtte fra administrasjonen i Sykehuset Telemark HF:
Administrerende direktør Tom Helge Rønning

Foretakets revisor var varslet i samsvar med helseforetaksloven.
Riksrevisjonen var varslet i samsvar med riksrevisjonsloven.

Sak 1: Foretaksmøtet konstitueres

Som øverste eiermyndighet og møteleder ønsket administrerende direktør Terje Rootwelt velkommen og spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

Styreleder Per Anders Oksum ble valgt til å underskrive protokollen sammen med møteleder.

Foretaksmøtet vedtok:

Innkallingen godkjennes. Foretaksmøtet er lovlig satt.

Sak 2: Dagsorden

Administrerende direktør Terje Rootwelt spurte om noen hadde merknader til den utsendte dagsorden. Det var ingen merknader til dagsorden.

Foretaksmøtet vedtok:

Dagsorden godkjennes.

Sak 3: Beredskap framover

Foretaksmøtet viste til foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF 7. desember 2021, sak 3 Beredskap fremover:

«Regjeringen har [revidert strategi og beredskapsplan for å håndtere covid-19 pandemien](#). Det overordnede målet i strategien er å beholde kontrollen på pandemien, slik at den ikke fører til en betydelig sykdomsbyrde og betydelig belastning på kapasiteten i kommunehelsetjenesten og i sykehusene. Samtidig skal offentlige tjenester ytes på et forsvarlig nivå og økonomien beskyttes. Samfunnet står overfor en ny situasjon der smitten øker og belastningen på helse- og omsorgstjenesten er stor, samtidig som det er stor usikkerhet knyttet til den nye virusvarianten omikron. Det er derfor innført flere nasjonale og regionale tiltak.

For å beholde kontroll på pandemien, er det viktig at lokale og nasjonale myndigheter overvåker situasjonen nøye og innfører tiltak når det er nødvendig. Regjeringen har derfor besluttet at dagens beredskapsnivå skal opprettholdes ut april 2022.

I planen fremgår det at de regionale helseforetakene må ha planer for at mange pasienter kan bli innlagt med covid-19. Samtidig vil sykehusene ha mange pasienter innlagt med andre luftveisinfeksjoner, inkludert barn med RS-virusinfeksjoner. Sykehusene må ha planer for isolasjon, smittevern og eventuell omdisponering av personell, arealer og utstyr. Videre må helseforetakene ha planer for å kunne håndtere alvorlig syke pasienter med

COVID-19 og andre luftveisinfectionsjoner samtidig, dvs. planer for å øke intermediær- og intensivkapasiteten ved behov. Det må også foreligge planer om nedskalering av elektiv aktivitet som kan iverksettes ved behov.

De regionale helseforetakene må foreta sine vurderinger opp mot målbildet for spesialisthelsetjenesten, som er at sykdomsbyrden holdes innenfor det som er håndterbart slik at pasienter får faglig forsvarlige tjenester. Dersom helseforetakene vurderer at de nærmer seg overskridelse av kapasitet, må de regionale helseforetakene umiddelbart melde fra om dette til Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet.

Det er nødvendig å vedlikeholde kompetanse for håndtering av pandemien og ha beredskap for raskt å kunne omdisponere personellressurser, arealer og utstyr. Samarbeid med andre helseforetak innen samme region og interregionalt samarbeid må også vurderes fortløpende og iverksettes ved behov.

TISK-arbeidet har vært avgjørende for å holde pandemien under kontroll. Kommunene og helseforetakene må ha beredskap til hhv. å teste og analysere prøver til 1 prosent av befolkningen per uke og kunne øke kapasiteten i løpet av 5 dager til 5 prosent av befolkningen per uke. Kapasiteten må opprettholdes ut april 2022.

Videre skal det planlegges for tilstrekkelig analysekapasitet i laboratoriene til å diagnostisere og overvåke luftveispatogener gjennom en vinter med antatt høyere belastning enn normalt.

Helseforetakene må gi opplysninger om kapasitet, belegg og utsettelse av aktivitet, samt konsekvenser av dette til kommunene i sitt opptaksområde. Dette avklares gjennom samhandlingsprosessene mellom kommuner og sykehus.

Foretaksmøtet viste til brev fra Helsedirektoratet av 28. november, der alle helseforetakene ble bedt om å starte screening av alle testpositive SARS-CoV-2 påvisninger. Ved å ta opp igjen screeningmetodene for deltavarianten vil laboratoriene hurtig kunne påvise en ikke-deltavariant. Disse bør med det samme testes for omikron-spesifikke mutasjoner. Dersom det ikke er kapasitet til å screene alle SARS-CoV-2 positive, så bør prøver fra innreisende/personer smittet i utlandet, inneliggende pasienter eller større/alvorlige utbrudd prioriteres.

Foretaksmøtet viste videre til oppdrag til Helsedirektoratet vedr. innkjøp av legemidler for behandling av COVID-19 til bruk utenfor sykehus. I den sammenheng er de regionale helseforetakene bedt om å bidra i anskaffelsen gjennom sitt felleseide helseforetak Sykehusinnkjøp HF.

Foretaksmøtet viste til at mange ansatte i spesialisthelsetjenesten har opplevd situasjonen som svært krevende. Situasjonen har utviklet seg slik at de ansatte også framover må være forberedt på å fortsatt gjøre en stor innsats. Det er et ledelsesansvar å ivareta et godt arbeidsmiljø for de ansatte. Når krisen varer så lenge, er det et særlig ansvar å sørge for at belastningen blir fordelt slik at det er mulig for alle ansatte å leve så normalt som mulig.

Foretaksmøtet viste for øvrig til statsminister Jonas Gahr Støre sin redegjørelse for Stortinget om koronapandemien 30.11.21. Der fremgår det blant annet at regjeringen vil følge den økonomiske utviklingen i sykehusene, og at det ved behov vil bli foreslått økte bevilgninger.»

Foretaksmøtet vedtok:

Helseforetaket skal legge regjeringens reviderte strategi og beredskapsplan for å håndtere covid-19-pandemien til grunn.

Møtet ble hevet klokken 16:15.

Oslo, 16. desember 2021.

Adm. dir. Terje Rootwelt
Helse Sør-Øst RHF

Styreleder Per Anders
Oksum
Sykehuset Telemark HF

Protokollen er elektronisk godkjent og har derfor ikke håndskrevne signaturer

Møteprotokoll

Styre: Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Digitalt møte
Dato: Torsdag 16. desember 2021
Tidspunkt: Kl 09:15 – 14:45

Følgende styremedlemmer møtte:

| | |
|------------------------|------------|
| Svein I. Gjedrem | Styreleder |
| Anne Cathrine Frøstrup | Nestleder |
| Kirsten Brubakk | |
| Olaf Qvale Dobloug | |
| Christian Grimsgaard | |
| Bushra Ishaq | Forfall |
| Vibeke Limi | |
| Einar Lunde | |
| Lasse Sølvsberg | |
| Sigrun E. Vångeng | |

Fra brukerutvalget møtte:

Nina Roland
Lilli-Ann Stendal

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Terje Rootwelt
Spesialrådgiver Hilde Jacobsen
Viseadministrerende direktør Jan Frich, eierdirektør Tore Robertsen, økonomidirektør Hanne Gaaserød, direktør teknologi og e-helse Rune Simensen, direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø og konserndirektør Atle Brynestad

Saker som ble behandlet:

| | |
|-----------------|--|
| 137-2021 | Godkjenning av innkalling og sakliste |
|-----------------|--|

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og sakliste til styremøte 16. desember 2021.

| | |
|-----------------|---|
| 138-2021 | Godkjenning av protokoll fra styremøte 25. november 2021 |
|-----------------|---|

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 25. november 2021 godkjennes.

| | |
|-----------------|---|
| 139-2021 | Virksomhetsrapport per november 2021 |
|-----------------|---|

Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapport for november 2021.

Administrerende direktør innledet til saken med å vise til foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 7. desember 2021 og statssekretærens innledning til behandlingen av sak om beredskap fremover:

«Jeg vil starte med å si at dette har vært en krevdende situasjon for helseforetakene over lang tid, og vil fortsette å være det i tiden fremover. Det er viktig at alle pasienter ivaretas på en god og forsvarlig måte, også gjennom pandemien. Mange av tiltakene som regjeringen nå har innført, er innført for å skjerme sykehusene fra en altfor stor belastning.

Jeg er klar over at mange ansatte opplever situasjonen som svært krevende – ikke minst fordi vi ikke har noen sluttdato for pandemien. Alle ansatte har gjort en enestående innsats så langt, men må dessverre fortsatt være forberedt på å gjøre en stor innsats. Det krever anerkjennelse og tilrettelegging så langt det lar seg gjøre.»

Kommentarer i møtet

Styret viser til administrerende direktørs orientering om foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 7. desember 2021 og behandlingen av sak om beredskap fremover. Styret ber om at de

forhold som pekes på her også bringes videre til helseforetakene. Styret viser også til at lederes omsorgsansvar er viktig i den krevende situasjonen helseforetakene er i.

Styret noterer seg at vi så langt ikke har sett større ustabilitet i kritisk personell enn før pandemien, men vektlegger samtidig at undersøkelser som er gjort viser at det er en stor risiko for å få en større flukt av kritiske personell fremover. Styret understreker behovet for en særskilt oppmerksomhet på dette.

Styret merker seg at en vesentlig del av etterslepet etter den forrige pandemibølgen ble hentet inn. Den nåværende bølgen vil imidlertid sette oss noe tilbake. Styret peker på at en kan bygge videre på de positive erfaringene tidligere i pandemien, men understreker samtidig at utfordringer fremover er store. Styret ber administrasjonen ha særlig oppmerksomhet på disse forholdene og forutsetter at det ligger forsvarlighetsvurderinger til grunn for utslettelse av operasjoner.

Det er en viss bekymring for at det tar tid å sette i gang og gjennomføre investeringsprosjekter, men styret ønsker samtidig ikke en uforsvarlig forsering av prosjekter.

Styret merker seg at oppetidene på IKT-systemer har gått ned den senere tiden. Styret ber om at det rettes en særskilt oppmerksomhet på dette området i oppfølgingen av Sykehuspartner HF.

Styret merker seg på den positive siden gode resultater på pakkeforløp for kreftpasienter til tross for en krevende driftssituasjon. Styret merker seg også den gode innsatsen som er gjort innen psykisk helsevern, særlig for barn og unge.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport per november 2021 til etterretning.

| | |
|-----------------|---|
| 140-2021 | Revisjonsplan 2022 for konsernrevisjonen Helse Sør-Øst |
|-----------------|---|

Oppsummering

Saken gjelder fremleggelse av forslag til revisjonsplan 2022 for konsernrevisjonen Helse Sør-Øst. Revisjonsutvalget skal i henhold til instruks for styrets revisjonsutvalg utforme forslag til revisjonsplan og fremlegge denne for styret for godkjenning. I henhold til helseforetakslovens § 21 a skal styret godkjenne planen.

Kommentarer i møtet

Styret understreker betydningen av at valg av revisjonsområder og -tema er risikobasert. Styret peker samtidig på at det må være en god dialog med helseforetakene i forkant av etableringen av revisjonsplan og dialog med styrelederne i helseforetakene i etterkant om de valg som er gjort. Styret takker revisjonsutvalget for godt arbeid med planen.

Styret stiller seg bak den fremlagte revisjonsplanen, men ber samtidig revisjonsutvalget se på forslag fra Akershus universitetssykehus HF om håndtering av flytting av pasienter. Styret anerkjenner at revisjonen av praktiske hensyn kan avgrenses til hovedstadsområdet, men peker samtidig på at revisjonen kan ha relevans og læringsverdi for hele regionen.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret slutter seg til forslag til revisjonsplan for 2022. Styret ber revisjonsutvalget vurdere å ta inn forslaget fra Akershus universitetssykehus HF om flytting av pasienter i hovedstadsområdet i planen

| | |
|-----------------|---|
| 141-2021 | Tildeling av regionale, konkurranseutsatte forskningsmidler for 2022 |
|-----------------|---|

Oppsummering

Regionale forskningsmidler i Helse Sør-Øst skal støtte helseforskning i regionen og bidra til videreutvikling og kvalitetsforbedring av tjenestene gjennom utvikling av ny kunnskap og kompetanse. Forskningsmidlene benyttes for å realisere de regionale forsknings- og innovasjonsstrategiene og for å understøtte hovedmålene i Regional utviklingsplan 2035.

De regionale midlene til forskning og innovasjon omfatter det øremerkede tilskuddet til forskning fra Helse- og omsorgsdepartementet («HOD-midlene») og forsknings- og innovasjonsmidler fra det regionale helseforetakets eget budsjett. Styret vedtok i sak 25-2021 å målrette 10 millioner kroner av de av regionale forskningsmidlene til prioriterte områder for prosjekter som tildeles midler med oppstart i 2022. I sak 127-2021 vedtok styret i Helse Sør-Øst RHF budsjetttrammen for de regionale forskningsmidlene for 2022 og fastsatte utlysningsspotten til i alt 135 millioner kroner, inkludert midler til prioriterte områder.

Saken redegjør for forslag til tildeling av regionale, konkurranseutsatte forskningsmidler for 2022, inkludert tildeling av regionale forskningsmidler til prioriterte områder.

Kommentarer i møtet

Styret er tilfreds med den prosessen som har vært gjennomført frem mot valg av forskningsprosjekter og stiller seg bak en fortsatt øremerking av midler til forskning innen prioriterte områder.

Styret merker seg at det i denne runden ikke tildeles midler til forskningsprosjekter om forhold som leder til selvmord og ber om at det rettes oppmerksomhet mot dette området frem mot senere tildelinger. Styret er for øvrig tilfreds med det systemet som er utviklet for å bedømme søknader.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret slutter seg til innstilling vedtatt i Samarbeidsorganet for forskning, innovasjon og utdanning i Helse Sør-Øst om fordeling av det øremerkede tilskuddet fra Helse- og omsorgsdepartementet og vedtar tildeling av de samlede regionale, konkurranseutsatte forskningsmidler for 2022.
2. Styret slutter seg til innstilling fra vurderingskomité og vedtar tildeling av regionale forskningsmidler til prosjekter innen prioriterte områder, jf. styresak 25-2021.

| | |
|-----------------|---|
| 142-2021 | Sørlandet sykehus HF – videreføring til konseptfase for akuttbygg Kristiansand |
|-----------------|---|

Oppsummering

Denne saken er en oppfølging av styresak 045-2021; *Sørlandet sykehus HF –oppstart prosjektinnramming for nytt akuttbygg Kristiansand*. Styret orienteres om arbeidet som er utført i forbindelse med prosjektinnrammingen. Styret skal i tråd med gjeldende fullmaktstruktur for bygginvesteringer, godkjenne videreføring av prosjektet til konseptfase.

Prosjektet innebærer nybygg og ombygging ved eksisterende sykehus i Kristiansand, som skal romme somatiske mottaksfunksjoner, intensiv- og intermediærbehandling.

Kommentarer i møtet

Styret er tilfreds med at det også planlegges for et tilhørende organisasjonsutviklingsprosjekt. Styret noterer seg også at det åpnes opp for at prosjektet skal omfatte nyfødtintensiv.

Styret viser til at dette er et prosjekt som skal styres av Sørlandet sykehus HF, men at kunnskapsoverføring ivaretas gjennom at Helse Sør-Øst RHF har en observatørrolle og at Sykehusbygg HF vil ha en rolle i utbyggingen.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret godkjenner at planleggingen for akuttbygg Kristiansand ved Sørlandet sykehus HF videreføres til konseptfase.
2. Styret legger til grunn at Sørlandet sykehus HF er prosjekteier for konseptfasen, basert på godkjent mandat fra Helse Sør-Øst RHF.
3. Administrerende direktør gis fullmakt til å godkjenne mandat for konseptfasen.

| | |
|----------|---|
| 143-2021 | Standard for klima og miljø i sykehusprosjekter |
|----------|---|

Oppsummering

Sykehusbygg HF har på oppdrag fra eierne utarbeidet dokumentet «Standard for klima og miljø i sykehusprosjekter». Formålet med standarden er å innføre effektive klima og miljøtiltak i byggeprosjektene.

Kommentarer i møtet

På generelt grunnlag understreker styret at klima- og miljøtiltak er viktige hensyn som bringer samfunnet fremover. Det presiseres likevel at det i alle prosjekter må gjøres en avveining mellom flere hensyn.

Styret vektlegger en bred tilnærming ved planlegging av sykehusprosjekter og at standarden for klima og miljø skal inngå som en del av beslutningsunderlaget.

Styret ber administrerende direktør se hen til alternative finansieringskilder for miljøtiltak og støtter å søke om særskilt finansiering av klimatiltak når dette blir tilgjengelig.

Styret gir sin tilslutning til «Standard for klima og miljø i sykehusprosjekter», men understreker at statens veileder for samfunnsøkonomiske analyser skal benyttes for å sikre en god kost – nytte vurdering. Dette innarbeides i styrets vedtak.

Styrets

VEDTAK

Styret gir sin tilslutning til «Standard for klima og miljø i sykehusprosjekter» og ber om at standarden inngår som en del av beslutningsgrunnlaget i alle sykehusprosjekter, både for nybygging og rehabilitering. Statens veileder for samfunnsøkonomiske analyser skal benyttes for å sikre gode kost-nytte vurderinger.

Votering:

Vedtatt mot en stemme.

Stemmeforklaring fra styremedlem Kirsten Brubakk:

Representanten Brubakk voterte for opprettholdelse av opprinnelig vedtak foreslått fra administrerende direktør.

| | |
|----------|---|
| 144-2021 | Gjennomføring av fase 1 for prosjektet prosessplattform og digital hjemmeoppfølging |
|----------|---|

Oppsummering

Helse Sør-Øst har vedtatt regional utviklingsplan (styresak 114-2018) og regional utviklingsplan delområde teknologi (styresak 049-2020) som er i tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan (Meld. St. 7, 2019-2020). Ved behandling av saken om utviklingsplan for delområde teknologi understreket styret behovet for å få innovative og utprøvde ideer

raskere i produksjon. Nasjonal helse- og sykehusplan beskriver også behovet for å legge til rette for raskere og gradvis innføring av nye teknologier.

Denne saken legges frem for beslutning om å gjennomføre anskaffelsesprosessen for en prosessplattform. En slik plattform skal forenkle muligheten til å støtte arbeidsprosesser på tvers av kjernesystemene og fagområdene. Prosjektet er planlagt gjennomført i to faser. I fase 1 gjennomføres selve anskaffelsesprosessen og i fase 2 kontraheres anskaffelsen og teknologien tas i bruk i Sykehuset i Vestfold HF og Vestre Viken HF innenfor digital hjemmeoppfølging. Det vil bli lagt frem en egen beslutningssak før fase 2 igangsettes.

Kommentarer i møtet

Styret vektlegger hensynet til informasjonssikkerhet i vurderinger om bruk av skybaserte løsninger og understreker at videre utredninger må bygge på grundige risiko- og sårbarhetsvurderinger.

Styret presiserer at løsninger for digital hjemmeoppfølging og bedre digitale løsninger er nødvendige virkemidler for å levere helsetjenester på en god måte. Samarbeid på tvers av tjenestenivå fremheves som en viktig gevinst ved innføring av digitale samhandlingsløsninger.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret godkjenner gjennomføring av fase 1 for prosjektet *prosessplattform og digital hjemmeoppfølging* med en kostnadsramme på 30 millioner kroner (P85; 2021-kroner). Usikkerhetsavsetningen på fire millioner kroner forutsettes disponert av administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF, slik at prosjektet tildeles fullmakt inntil styringsrammen på 26 millioner kroner, inklusive merverdiavgift (P50-estimat; 2022-kroner).

| | |
|-----------------|--|
| 145-2021 | Sykehuspartner HF – finansieringsfullmakt for modernisering av nett, inngåelse av rammeavtale og gjennomføring – fase 2 A |
|-----------------|--|

Saken ble behandlet i lukket møte, jf. helseforetakslovens § 26 a, annet ledd

Kommentarer i møtet

Styrets enstemmige

VEDTAK

Saken er unntatt offentlighet jf. offl. §§ 23, første ledd, offl. § 13 jf. fvl. § 13 første ledd nr. 2 og offl. § 12 bokstav c

Styrets vedtak fremgår i B-protokoll.

| | |
|----------|---|
| 145-2021 | Vestre Viken HF – Avhending av andel av eiendom ved Nytt sykehus i Drammen, Brakerøya |
|----------|---|

Saken ble behandlet i lukket møte, jf. helseforetakslovens § 26 a, annet ledd

Kommentarer i møtet

Styrets enstemmige

VEDTAK

Saken er unntatt offentlighet jf. Offl. §23, 1. ledd

Styrets vedtak fremgår i B-protokoll.

| | |
|----------|--------------------|
| 147-2021 | Årsplan styresaker |
|----------|--------------------|

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker i 2022 tas til orientering.

| | |
|----------|--|
| 148-2021 | Driftsorienteringer fra administrerende direktør |
|----------|--|

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 23. november 2021
3. Foreløpig protokoll fra møte i revisjonsutvalget 24. november 2021
4. Protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 7. desember 2021

Temasak

- STIM – felles plattform

Møtet hevet kl. 1500

Oslo, 16. desember 2021

Svein I. Gjedrem
styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
nestleder

Kirsten Brubakk

Olaf Qvale Dobloug

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Vibeke Limi

Einar Lunde

Lasse Sølvberg

Sigrun E. Vågeng

Hilde Jacobsen
styresekretær

Protokoll

| | | | |
|------------------------|--|--------------|----------------|
| Protokoll: | Ungdomsråd STHF | Dato: | 25.januar 2022 |
| Møteleder: | Elise Haugerø | Tid: | 1800 – 2100 |
| Referent: | Anne Borge Kallevig | Sted: | Skype-møte |
| Deltakere: | Ada-Marie Riis, Amalie Hansen, Christie Malek, Sebastian Gundersen, Happy Sapai, Linnea Pedersen Bøe Hege Arvesen, Elise Haugerø, Anne Borge Kallevig | | |
| Fravær: | Thea Tomine Borge - sluttet | | |
| I tillegg møtte | Annette Fure, utviklingsdirektør | | |

| Saksnr. | Sak |
|----------------|--|
| 00-2022 | Innkallelse og saksliste til møtet Vedtak: Innkalling og saksliste ble godkjent |
| 01-2022 | Godkjenning av protokoll Vedtak: Ungdomsrådet godkjenner protokoll fra ungdomsrådsmøte 07.12.2021. |
| 02-2022 | Godkjenning av Årsrapport Ungdomsrådet 2021 Vedtak: Ungdomsrådet godkjenner Årsrapport 2021. |
| 03-2022 | Utviklingsplanen 2035 v/Annette Fure, utviklingsdirektør Annette Fure presenterte høringsdokumentet av Utviklingsplanen 2035, og belyste noen av de viktigste utfordringene som sykehuset står overfor og hvilke innsatsområder sykehuset jobber med blant annet innenfor barn og unge <ul style="list-style-type: none"> • Styrke pasientens kompetanse og evne til å leve med kroniske sykdommer. Styrke arbeidet med kronikergruppene i klinikken og mot kommunale samarbeidspartnere • God tilgjengelighet til Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP) • Videreutvikle intensivkompetansen, Avdeling for barne- og ungdomsmedisin (ABUM) • Foregangsklinikk for overgang ungdom - voksen • Helsefelleskapet i Telemark <p>Høringsfrist er 30.03.22. Ungdomsrådet ønsker ikke å gi innspill til høringsdokumentet.</p> <p>Den fullstendige versjonen av Utviklingsplanen ligger på sykehusets nettsider på www.sthf.no under «Utviklingsplan, føringer, mål og strategier»</p> |

| Saksnr. | Sak |
|---------|--|
| 04-2022 | <p>Status prosjekter (oppdatering):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fagutvalget for barn og unge v/Ada-Marie Ikke vært nytt møte siden sist. Spørsmål om hva ungdomsrådet kan bidra med videre. • Prosjektgruppa for oppfølging barn og unges psykiske helse v/Christie Christie tar kontakt med prosjektgruppen. Uklart hva hun/ungdomsrådet kan bidra med videre. Mye tall og budsjettgjennomgang. • Ungdomsrådets ansikt utad v/Amalie, Christie og Happy Infoskriv om ungdomsrådet. Enighet om at skrivet sendes Diabetesforbundet og CP forbundet. Christie holder i dette. Gruppa sjekker også med Lærings- og mestringssenteret om de kan hjelpe til med en oversikt over ungdomsgrupper i forskjellige organisasjoner/forbund. • BUP prosjektet ved Sykehuset Telemark HF v/ Sebastian Sebastian kan ikke se å ha fått referater fra gjennomførte møter. Dette sjekkes opp til neste møte. • Ungdom på voksenavdeling På et tidligere ungdomsrådsmøte ble det besluttet å sende en felles mail til avdelingsledere på sengeposter for fakta innsamling om hvordan de ivaretar ungdom på avdelingen. Denne mailen er ikke sendt enda. Christie har forfattet mailen – den har vært sendt på «messenger» til alle i rådet til godkjenning. Mailen videresendes Anne som vil hjelpe til med distribusjon. |
| 05-2022 | <p>Psykisk helse for barn og unge på somatisk sykehus Dette er et tema ungdomsrådet er opptatt av. Følgende spørsmål ble diskutert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvordan ivaretas psykisk helse for unge på somatisk sykehus ? - Hvordan tenker Barne- og ungdomsklinikken på dette ? - Hva er målet for dette ? - Hvordan jobbes det med dette ? - Hvordan fungerer samarbeidet mellom somatikk og psykiatri ? <p>Ungdomsrådet var enige om å sende en møteinvitasjon til avdelingslederne i BUK, Torhild Rødseth Haugen og ABUP, Ove Kleppa til neste møte (22.03.22) med spørsmål om de kan komme og belyse temaet. Christie sender invitasjonen.</p> |
| 06-2022 | <p>Status rekruttering Thea Tomine Borge sluttet i ungdomsrådet ved nyttår. Linnea Pedersen Bøe er med på møtet i dag for å se om ungdomsrådet er noe hun kan tenke seg å være med i. Pr nå ingen flere kandidater. Koordinatorerne jobber videre med rekrutteringen.</p> |

| Saksnr. | Sak |
|----------------|---|
| | |
| 07-2022 | Oppsummering/ evaluering aktivitetsdag Aktivitetsdagen 15. januar ble dessverre avlyst denne gangen også grunnet koronasituasjonen. Tar temaet opp igjen på møtet i mars, og prøver å finne en dag i løpet av våren. |
| 08-2022 | Eventuelt <ul style="list-style-type: none">➤ Helse Nord har sendt ut informasjon om at de vil inviterer alle leder, nestleder og koordinatore i ungdomsrådene til felles landssamling i Tromsø i slutten av september 2022. (23.-25.09 ?) Interessen for samlingen er stor – mange av ungdomsrådene har allerede svart positivt på henvendelsen. Invitasjon, program og priser kommer.➤ «Ungdomsrommet» på barneavdelingen – oppgradering pågår. Bl.a. er TV og saccosekker kjøpt inn. Ungdomsrådet er velkommen på befaring |

Møtet ble avsluttet kl. 21.00

Skien, 25.januar 2022
Anne Borge Kallevig

Protokoll

| | | | |
|-------------------|--|--------------|-----------------|
| Protokoll: | Brukerutvalg STHF | Dato: | 27. januar 2022 |
| Møteleder: | Rita Andersen | Tid: | 1000 – 1300 |
| Referent: | Anne Borge Kallevig | Sted: | Skype-møte |
| Deltakere: | <p>Rita Andersen, Psoriasis og Eksemforbundet Telemark (PEF) John Arne Rinde, Pensjonistforbundet Telemark Olav Kristiansen Prostatakreftforeningen (profo) Gun Inger Heibø, Multippel sklerose (MS) Anette Slåtta, Burg / NRF Telemark Hanne Kittilsen, Kreftforeningen Sondre Otervik A-larm – til kl 10.30</p> <p>Egil Rye-Hytten, regional brukerrepresentant</p> <p>Linda Charlotte Grunnreis, Pasient og brukerombud Vestfold og Telemark, kontor Skien,</p> <p>Per Urdahl, klinikkssjef medisin Anne Borge Kallevig, administrasjonskonsulent/koordinator brukerutvalg, referent</p> <p>Tone Pedersen, spesialrådgiver, sak 03-2022 Geir Olav Ryntveit, økonomidirektør, sak 04-2022 Vibeke Rystad, prosjektleder, sak 07-2022 Martine Aukrust Stensaas, sak 07-2022 Heidi Glenna Mjaaseth, sak 07-2022 Harald Strøm, IKT-sjef, sak 08-2022</p> | | |
| Fravær: | <p>Anne Iversen, Norges Handikapforbund (NHF) Rita Slåbakk, HLF Vestfold og Telemark Tom Helge Rønning, administrerende direktør Halfrid Waage, fagdirektør Anne Brynjulfsen, rådgiver klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling (KPR)</p> | | |

| Saksnr. | Sak |
|----------------|---|
| 00-2022 | Godkjenning av innkalling og sakliste Vedtak: Brukerutvalget godkjenner innkalling og sakliste. |
| 01-2022 | Godkjenning av protokoll fra 9.desember 2022 Vedtak: Brukerutvalget godkjenner protokoll fra brukerutvalgsmøte 9.desember 2021. |
| 02-2022 | Godkjenning av Årsrapport Brukerutvalget ved Sykehus Telemark HF 2021 Vedtak: Brukerutvalget godkjenner Årsrapport 2021. |

| Saksnr. | Sak |
|---------|---|
| 03-2022 | <p>Årlig Melding 2021 Tone Pedersen, spesialrådgiver direktørens stab presenterte Årlig Melding 2021.</p> <p>Vedtak: Brukerutvalget tar Årlig melding 2021 til orientering. Synes det var gjort et godt arbeid.</p> |
| 04-2022 | <p>Virksomhetsrapport per desember 2021</p> <p><i>Oppsummering:</i> Saken beskriver oppnådde resultater per desember 2021.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Henvisninger <ul style="list-style-type: none"> ○ Normalt lavt desember-nivå av nye henvisninger inn. ○ BUP har fortsatt stor pågang av nye henvisninger. • Poliklinisk aktivitet <ul style="list-style-type: none"> ○ Somatikk: Normalt desember-nivå av aktivitet, totalt sett. ○ Psykiatri følger samme utvikling som før, der BUP har høy aktivitet mens VOP/TSB har lav. • Operasjon <ul style="list-style-type: none"> ○ Svært lav aktivitet, grunnet nedtak av team / beredskap. 273 operasjoner lavere enn budsjettet. Som en følge av dette, øker ventelistene til operasjon. • Ventelistene: <ul style="list-style-type: none"> ○ ventelisten ble noe redusert pga. lavere inngang av nyhenviste • Andel telefonkonsultasjoner øker i desember, for 2021 totalt endte vi på 13,9 % mot målet på 15 %. • Belegget reduseres fra 97 % i november til 94 % i desember, som er høyt for perioden. Til sammenligning var det 92 % i desember 2019. • ISF-poeng desember om lag på budsjett • Årsresultat (desember 1): 16,1 millioner kroner • Viktigste årsaker til budsjettavviket: <ul style="list-style-type: none"> ○ Udekket koronaeffekt (ca. 10 millioner kroner) ○ Nettoeffekt lønnsoppgjør, pensjonskostnader (ca .5 millioner kroner) ○ Høyere kostnader H-reseptor, FBV, ressurskrevende pasienter i PHV (ca. 15 millioner kroner) • Koronaeffekt desember = 21 millioner kroner (hovedsakelig kostnader) <ul style="list-style-type: none"> ○ Kostnader = 18,8 millioner kroner / Inntekter = 2,2 millioner kroner ○ Kompensert 10,8 millioner kroner • Koronaeffekt 2021 = 143 millioner kroner <ul style="list-style-type: none"> ○ Kostnader 85,6 millioner kroner / Inntekter 57,4 millioner kroner ○ Kompensert 138,3 millioner kroner <p>Vedtak: Brukerutvalget tar saken til orientering.</p> |

| Saksnr. | Sak |
|---------|--|
| | Presentasjonen sendes i egen mail. |
| 05-2022 | <p>Orientering fra regionalt brukerutvalg Egil Rye-Hyppen orienterte fra regionalt brukerutvalg:</p> <p><i>Oppsummering:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Brukerutvalget Helse Sør-Øst RHF - ny funksjonsperiode fra 01.01.2022 Ny leder: Aina Nybakke, representerer Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) og Mental Helse. Ny nestleder: Odvar Jacobsen, representerer Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO) og Norges Handicapforbund. • Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF, Terje Rootwelt opptatt av brukermedvirkning • Overgang til Dips Arena – lang tid, forventet i midten av 2025 • Mange fastlegers praksis – sender henvisninger til flere sykehus på samme pasient. Det jobbes med å endre denne praksisen • Lokalisering av Regional seksjon psykiatri og utviklingshemning/autisme (PUA) Brukerutvalget i HSØ ønsker ikke at dette legges til Ila hvor det også bygges regional sikkerhetsavdeling. Brukerutvalget i PUA ønsker heller ikke at det legges til Ila, men brukerutvalget i OUS er for • Prosjektmandat for fagplan for habiliteringstjenestene for barn, unge og voksne. Brukerutvalget i HSØ er positive til fagplanen |
| 06-2022 | <p>Pasient- og brukerombudets orientering Linda Charlotte Grunnreis, Pasient og brukerombud Vestfold og Telemark, kontor Skien</p> <p><i>Oppsummering:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nasjonal og Regional Årsmelding for Pasient- og brukerombudet 2021 vil bli presentert på møtet i mars. • Hittil i år mottatt 11 saker vedr Sykehuset Telemark – syketransport, medisiner, omsorg, info, språk, oppfølging • Flere henvendelser i 2021 enn 2020 – nedgang ved stenging • Pasientbehov - god kommunikasjon pasient – sykehus – kommune |
| 07-2022 | <p>Helselogistikk Prosjektleder Vibeke Rystad orienterte om status i prosjektet</p> <p><i>Oppsummering:</i> Helselogistikk skal fjerne unødvendig venting både for pasienter og helsepersonell og bidra til å forbedre og styrke pasientflyten.</p> <p>Helselogistikk –Innsjekk og oppgjør «Fra å få hjelp til å klare seg selv» ØNH poliklinikk vil teste ut løsningen i Skien før det breddes til øvrige poliklinikker</p> <p>Presentasjonen sendes i egen mail.</p> |

| Saksnr. | Sak |
|---------|---|
| 08-2022 | <p>Digital hjemmeoppfølging v/IKT-sjef Harald Strøm</p> <p><i>Oppsummering:</i> Digital Hjemmeoppfølging (DHO) er kort forklart spesialisthelsetjenester levert «hjemme», understøttet av digitale verktøy (programvare, mobile enheter, sensorer, medisinsk-teknisk utstyr, nettverksutstyr for overføring og mottak av data)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Testes nå først i en gruppe KOLS – pasienter • Helsevesenet – betydelige kapasitetsutfordringer i årene som kommer • Mer formålstjenlig og kostnadseffektivt å levere digitale hjemmeoppfølgingstjenester • Vanskelig for helsepersonell å danne seg helhetlig bilde av pasienten • Prosessplattform • Hovedprinsipp: Fra kalenderstyrt til behovs og hendelsesbasert oppfølging • Digital Hjemmeoppfølging som satsingsområde i STHFs Utviklingsplan 2035 <p>Presentasjonen sendes i egen mail</p> |
| 09-2022 | <p>Status prosjekter Brukerutvalget hadde en kort gjennomgang av prosjektene.</p> |
| 10-2022 | <p>Eventuelt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fagdag 24.03.22 – Rus og psykisk helse. Brukermedvirkning generelt. Invitasjon kommer. Pris kr 500,-. • Ulik praksis på sykehusets poliklinikker vedr betaling av egenandel. Brukerutvalget fremmer ønske om at spørsmål om betaling av egenandel blir obligatorisk ved innsjekking på alle poliklinikker. |

Møtet ble avsluttet kl 13.05.

Neste møte i brukerutvalget er 10.03.22

Brukerutvalget ønsker å ha «eget» møte rett etter første fysiske møte i 2022.

Tema: «Hvordan forberede og presentere saker»

Skien, 27.januar 2022

Anne Borge Kallevig
referent