

ons. 01. februar 2023, 09.00 - 16.00

Administrerende direktørs møterom




## Agenda

---

### 09.00 - 09.05 **001-2023 Godkjenning av innkalling og saksliste**

5 min



*Beslutning* *Anne Biering*

-  001-2023 Godkjenning av innkalling og saksliste.pdf (1 sider)
-  \_Innkalling til styremøte i Sykehuset Telemark HF 1. februar 2023.pdf (1 sider)
-  \_Saksliste med kjøreplan til styremøte 1. februar 2023.pdf (2 sider)

### 09.05 - 09.05 **002-2023 Godkjenning av protokoll fra styremøte 14. desember 2022**

0 min


*Beslutning* *Anne Biering*

-  002-2023 Godkjenning av protokoll.pdf (1 sider)
-  002-2023 Vedlegg\_Foreløpig protokoll styremøte 14. desember STHF.pdf (9 sider)

### 09.05 - 09.30 **003-2023 Driftsorienteringer fra administrerende direktør**

25 min




*Orientering* *Tom Helge Rønning*

-  003-2023 Driftsorienteringer fra administrerende direktør.pdf (4 sider)

### 09.30 - 10.30 **004-2023 Virksomhetsrapport per 3. tertial 2022**

60 min

*Orientering* *Geir Olav Ryntveit*

-  004-2023 Virksomhetsrapport per 3. tertial 2022.pdf (47 sider)
-  004-2023 Vedlegg 1\_Ledelsesrapporten STHF 2022.pdf (26 sider)
-  004-2023 Vedlegg 2\_Risikovurdering 3 tertial 2022 STHF.pdf (10 sider)




### 10.30 - 10.40 **Pause**

10 min

### 10.40 - 11.00 **005-2023 Fullmakter ved STHF**

20 min

*Orientering* *Geir Olav Ryntveit*

-  005-2023 Fullmakter ved Sykehuset Telemark.pdf (3 sider)
-  005-2023 Vedlegg 1\_Administrerende direktørs fullmakter, ajourført pr. 13.12.2022.pdf (5 sider)
-  005-2023 Vedlegg 2\_Administrerende direktørs interne delegasjon i linjen, revidert pr. 13.12.2022.pdf (31 sider)

### 11.00 - 11.30 **006-2023 Avvikling av fritt behandlingsvalg – status og tiltak**

30 min

*Orientering* *Tom Helge Rønning*

---

**11.30 - 12.00 007-2023 Varslingsutvalgets årsrapport 2022**

30 min

Orientering *Mai Torill Hoel*

007-2023 Varslingsutvalgets årsrapport for 2022.pdf (2 sider)

007-2023 Vedlegg\_Varslingsutvalgets årsrapport for 2022.pdf (8 sider)

---

**12.00 - 12.45 Lunsj**

45 min

---

**12.45 - 13.15 008-2023 Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester**

30 min

Etterretning *Halfriid Waage*

008-2023 Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester.pdf (10 sider)

008-2023 Vedlegg\_Konsernrevisjonens rapport 9\_2021\_Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester.pdf (34 sider)

---

**13.15 - 13.45 009-2023 Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern**

30 min

Etterretning *Kjetil Christensen*

009-2023 Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern.pdf (2 sider)

009-2023 Vedlegg\_Konsemrevisjonens rapport 5-2022 Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern.pdf (22 sider)

---

**13.45 - 13.55 Pause**

10 min

---

**13.55 - 14.25 010-2023 Forskningsåret 2022 samt nytt fra forskning**

30 min

Orientering *Halfriid Waage*

010-2023 Forskningsåret 2022 samt nytt fra forskning.pdf (2 sider)

---

**14.25 - 14.55 011-2023 Samdata 2021**

30 min

Orientering *Geir Olav Ryntveit*

011-2023 Samdata 2021.pdf (1 sider)

011-2023 Vedlegg\_Presentasjon Samdata 2021.pdf (52 sider)

---

**14.55 - 15.00 012-2023 Styrets årsplan 2023 - oppdatert**

5 min

Orientering *Tom Helge Rønning*

012-2023 Styrets årsplan 2023 - oppdatert.pdf (1 sider)

012-2023 Vedlegg\_Styrets oppdaterte årsplan 2023.pdf (5 sider)




---

**15.00 - 15.45 Kommunikasjon, intern og ekstern**

45 min

**15.45 - 15.45 Andre orienteringer**

0 min

- Styreleder orienterer
  - Foreløpig protokoll BU møte 8. desember 2022
  - Foreløpig protokoll styremøte HSØ 16. desember 2022
  - Foreløpig protokoll ungdomsrådet 12. desember 2022
-  Andre orienteringer 02\_Foreløpig protokoll brukerutvalg 8. desember 2022.pdf (4 sider)
-  Andre orienteringer 03\_Foreløpig protokoll ungdomsråd 13. desember 2022.pdf (4 sider)
-  Andre orienteringer 04\_Foreløpig protokoll fra styremøter 16. desember 2022.pdf (18 sider)

## Saksfremlegg

### Saksgang

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
<b>Styret i Sykehuset Telemark HF</b>	1. februar 2023

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

## 001-2023 Godkjenning av innkalling og saksliste

### Forslag til vedtak

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Skien, 23. januar 2023

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

### Vedlegg

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

Styret i Sykehuset Telemark HF  
Brukerutvalgets leder og nestleder

**Vår referanse:**

Saksbehandler: Tone Pedersen +47 957 94 426

**Dato:**

23. januar 2023

**Innkalling til styremøte i Sykehuset Telemark HF**

Det innkalles til styremøte i Sykehuset Telemark HF

Tid: Onsdag 1. februar 2023 kl. 09.00 – 16.00

Møtested: Administrerende direktørs møterom, Skien

Vedlagt følger saksliste og saksfremlegg til møtet.

Vararepresentanter møter kun etter særskilt innkalling.

Forfall meldes til styrets sekretær, Tone Pedersen telefon 957 94 426 eller e-post  
[tone.pedersen@sthf.no](mailto:tone.pedersen@sthf.no)

Med vennlig hilsen  
Sykehuset Telemark HF

Anne Biering  
styreleder

## Ekstraordinært styremøte i Sykehuset Telemark HF

Dato og kl.: 1. februar 2023, kl. 0900 – 1600

Sted: Administrerende direktørs møterom

Møteleder: Styreleder Anne Biering

### Saksliste

Tentativ plan	Saksnr.	Sakstittel	Sakstype
0900 – 0905	001 – 2023	<b>Godkjenning av innkalling og saksliste</b> v/Styreleder	<b>Beslutning</b>
	002 – 2023	<b>Godkjenning av protokoll styremøte 14. des. 2022</b> v/Styreleder	<b>Beslutning</b>
0905 – 0930	003 – 2023	<b>Driftsorienteringer fra administrerende direktør</b> v/Administrerende direktør	<b>Orientering</b>
0930 – 1030	004 – 2023	<b>Virksomhetsrapport per 3. tertial 2022</b> v/Økonomidirektør	<b>Orientering</b>
1030 – 1040		<b>Pause</b>	
1040 – 1100	005 – 2023	<b>Fullmakter ved STHF</b> v/Økonomidirektør	<b>Beslutning</b>
1100 – 1130	006 – 2023	<b>Avvikling Fritt behandlingsvalg – status og tiltak</b> v/Administrerende direktør	<b>Orientering</b>
1130 – 1200	007 – 2023	<b>Varslingsutvalgets årsrapport 2022</b> v/Administrerende direktør og foretaksjurist, Åsne Dingsør-Dehlin	<b>Orientering</b>
1200 – 1245		<b>Lunsj</b>	
1245 – 1315	008 – 2023	<b>Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester</b> v/Fagdirektør og konsernrevisor Hans Petter Eide	<b>Etterretning</b>
1315 – 1345	009 – 2023	<b>Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern</b> v/Klinikkjef KPR og konsernrevisor Torun Melhus Vedal	<b>Etterretning</b>
1345 – 1355		<b>Pause</b>	
1355 – 1425	010 – 2023	<b>Forskningsåret 2022 samt nytt fra forskning</b> v/Fagdirektør og forskningsjef Hege Kersten	<b>Orientering</b>
1425 – 1455	011 – 2023	<b>Samdata 2021</b> v/Økonomidirektør og rådgiver Øyvind Westeng	<b>Orientering</b>

1455 – 1500	012 – 2023	<b>Styrets årsplan 2023 - oppdatert</b> v/Styreleder	<b>Orientering</b>
1500 – 1545		<b>Kommunikasjon, intern og ekstern</b> v/Kommunikasjonssjef	<b>Tema</b>
1545 – 1600		<b>Andre orienteringer</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styreleder orienterer</li> <li>• Foreløpig protokoll BU møte 8. des. 2022</li> <li>• Foreløpig protokoll ungdomsrådet 13. des. 2022</li> <li>• Foreløpig protokoll styremøte HSØ 16. des. 2022</li> </ul>	<b>Orientering</b>

## Saksfremlegg

### Saksgang

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
<b>Styret i Sykehuset Telemark HF</b>	1. februar 2023

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

## 002-2023 Godkjenning av protokoll

### Hensikten med saken

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

### Forslag til vedtak

Protokoll fra styrets møte 14. desember 2022 godkjennes.

Skien, 23. januar 2023

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

### Vedlegg

- Protokoll fra styremøte 14. desember 2022 i Sykehuset Telemark HF



**PROTOKOLL FRA STYREMØTE I SYKEHUSET TELEMARK HF**

Dato: 14. desember Tidspunkt: 09.00 – 17.30

Sted: Skien sykehus

**Følgende medlemmer møtte**

Anne Biering Styreleder

Kine Cecilie Jordbakke Nestleder

Kristian Wiig

Nils Kristian Bogen

Per Christian Voss

Turid Ellingsen

Marjan Farahmand, forfall

Trygve Kristoffer Nilssen

Inger Ann Aasen

Johanne Haugan

Thor Severinsen

**Observatører med tale og forslagsrett:**

Rita Andersen, leder brukerutvalget

Sondre Otervik, nestleder brukerutvalget

**Fra administrasjonen deltok**

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

**Presentasjon av saker:**

Sak 099, 100 og 112: Anne Biering, styreleder

Sak 101: Anestesilege, Hanne Engen

Sak 102: Renate Hansen, påtroppende prosjektsjef USS

Sak 103, 109 og 111: Tom Helge Rønning, administrerende direktør

Sak 104: Trygve Skarning, seniorrådgiver informasjonssikkerhet Sykehuspartner

Sak 105 og 106: Geir Olav Ryntveit, økonomidirektør

Sak 107: Annette Fure, utviklingsdirektør

Sak 108: Liv Carlsen, HMS-koordinator

Sak 110: Rita Andersen, leder av brukerutvalget

Styreleder leder møtet

<b>099-2022</b>	<b>Godkjenning av innkalling og saksliste</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og saksliste til styremøte 14. desember 2022.

<b>100-2022</b>	<b>Godkjenning av protokoll og B-protokoll fra styremøte 26. oktober 2022</b>
-----------------	---

Protokoll og B-protokoll fra styremøte 26. oktober 2022 er godkjent elektronisk av styrets medlemmer før møtet.

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Protokoll og B-protokoll fra styremøte 26. oktober 2022 godkjennes.

<b>101-2022</b>	<b>Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark – presentasjon av forbedringsprosjektet Opioider ved utskriving fra sengepost</b>
-----------------	---

Hensikten med saken er å gi styret et innblikk i anestesilege Hanne Engen sitt forbedringsprosjekt Opioider ved utskriving fra sengepost.

**Kommentarer i møtet**

Styret takker for en veldig god presentasjon for et praktisk orientert forbedringsprosjekt. Det er viktig med fokus på forebyggende tiltak i samspill med fastlegene.

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret tar saken til orientering.

<b>102-2022</b>	<b>Forprosjekt Utbygging somatikk Skien – Status</b>
-----------------	--

Hensikten med saken er å orientere styret om status i arbeidet med forprosjektet.

Som en del av forprosjektet var det planlagt en foreløpig kalkyle 1.0 i november. Foreløpig kalkyle ligger over basiskalkylen i konseptfasen. Prosjektet arbeider med å gjennomgå og kvalitetssikre grunnlaget og orienterte styret om det pågående arbeidet.. Hovedfokus i perioden har derfor vært å forstå innholdet og premisene som er lagt inn i kalkylen. Det har vært gjennomført møteserie med hvert fagområde, med representanter både fra Sykehusbygg, Sykehuset Telemark HF, prosjekteringsansvarlig og kalkulatør. Påtroppende

prosjektsjef, Renate Hansen deltok i møtet. Hovedfokuset i statusoppdateringen ble lagt på å redegjøre for prosjektets kalkyle 1.5.

#### **Kommentarer i møtet**

Styret takker for en god presentasjon av prosjektets kalkyle 1.5.

Styret uttrykte bekymring for prosjektets foreløpige kalkulerte kostnader. Styret ber prosjektet holde styret informert om arbeidet fremover og alternative løsninger.

#### **Styrets enstemmige**

#### **VEDTAK**

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

<b>103-2022</b>	<b>Driftsorienteringer fra administrerende direktør</b>
-----------------	---

I tillegg til skriftlige driftsorienteringer informerte administrerende direktør om følgende:

- Samarbeid med Sykehuset i Vestfold om et prosjekt, som skal se på faglige synergier i sykehusområdet Telemark og Vestfold innen somatisk rehabilitering. Prosjektmandat er inngått denne uken. Arbeidet starter opp 2. januar 2023. Etter 4 måneder skal det foreligge en projektrapport.
- Oppstart DIPS Arena ved Sykehuset Telemark er utsatt fra regionalt hold. Planlagt oppstarten var 4. juni 2023 og ny dato er enda ikke avklart. Sykehuset vurderer konsekvenser mtp prosjektressurser.

#### **Styrets enstemmige**

#### **VEDTAK**

Styret tar saken til orientering.

<b>104-2022</b>	<b>Trusselvurdering for digital sikkerhet i spesialisthelsetjenesten</b>
-----------------	--

Hensikten med saken er å gi styret informasjon om trusselbildet for digital sikkerhet i spesialist-helsetjenesten.

#### **Kommentarer i møtet**

Styret takker for en god og interessant presentasjon av et relevant og aktuelt emne.

Digitaliseringen av helsevesenet skaper nye muligheter og økt tilgjengelighet av tjenester og viktig informasjon. Kontroll av risiko på dette området er vesentlig for å sikre trygg og sikker pasientbehandling.

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret tar sak om vurdering av trusselbildet for digital sikkerhet i Spesialisthelsetjenesten til orientering.

<b>105-2022</b>	<b>Virksomhetsrapport per november 2022</b>
-----------------	---

Saken presenterer virksomhetsrapport per november 2022.

**Kommentarer i møtet**

Styret takker for en god presentasjon.

Styret uttrykte bekymring for sykehusets forverrede økonomiske situasjon, som ikke er bærekraftig. Det er positivt at helseforetaket får tilført ekstraordinære midler i 2022, som bidrar til investeringsbudsjett for 2023. Utfordringen med å sikre bærekraftig drift er imidlertid uendret. Styret peker på betydningen av god kommunikasjon og informasjon for å sikre forståelse og engasjement for igangsetting av økonomiske tiltak.

Styret er bekymret for et proaktivt innleiemarked og utfordringer dette innebærer med tanke på å beholde kritisk kompetanse og kapasitet. Styret peker på behovet for at foretaksgruppen samlet må adressere utfordringen.

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret tar virksomhetsrapport per november 2022 til orientering.

<b>106 -2022</b>	<b>Budsjett 2023</b>
------------------	----------------------

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

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

**Kommentarer i møtet**

Styret peker på at helseforetaket må ha fokus på og prioritere å arbeide med omstillings-tiltak i 2023. Den negative styringsfarten fra 2022, samt at pris- og lønnsveksten i 2022 ikke fullt ut blir kompensert i budsjettet for 2023, gjør situasjonen krevende.

Det vil være behov for innovative tiltak og ekstraordinær innsats fra alle ledd for at helseforetaket skal oppnå vedtatte resultatmål for 2023. Styret ber helseforetaket vurdere

og prioritere kjerneaktiviteter. Styret vil i hvert møte fremover følge opp sykehusets aktiviteter og klinikkenes omstillingsplaner for å sikre økonomisk bærekraft.

### Styrets enstemmige

### VEDTAK

1. Styret slutter seg til foreslått drifts- og investeringsbudsjett for 2023, med målsettingene for kvalitet, aktivitet, bemanning og økonomi som beskrevet i saken.
2. Styret ser alvorlig på helseforetakets økonomiske situasjon i 2023. Det vil kreve at konkrete tidsangitte tiltak gjennomføres for å bringe virksomheten i balanse innen de rammebetingelser som er gitt Sykehuset i Telemark. Styret forutsetter løpende dialog med de tillitsvalgte og ansattvalgte i dette arbeidet

#### Stemmeforklaring fra styremedlemmene Aasen, Haugan, Severinsen og Wiig:

*Det er svært stor risiko i budsjett for 2023 og en forutsetning for å stemme for dette er at styret forholder seg til budsjettet slik som i 2022.*

*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 1,5 % i pasientbehandlingen og en driftseffektivisering på 70 mill. Etter mange års nedskjæringer blir dette for stor belastning på organisasjonen og antall stillinger i pasientbehandlingen må opprettholdes, og man må ha en forutsetning om lavere EFO-utgifter og lavere sykepengeutbetalinger. Styret må også hensynta den store slitasjen pandemien, fullt sykehus og økt forventning om økt drift har hatt på de ansatte.*

*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 gir en bedring i pasienttilbudet når det etableres en økning av plassene på sikkerhetsposten og belastningen vil kunne bli mindre på de lukkede postene for en periode.*

107-2022	Sykehuset Telemarks strategi 2023-2025
----------	--

Etter en omfattende prosess og flere innspillsrunder foreligger nå innstillingen til strategi 2023-2025 for Sykehuset Telemark til godkjenning av styret. De ansvarlige for de strategiske områdene omhandlet i planen vil være ansvarlige for implementering av definerte tiltak. Det er klare politiske signaler om at det vil bli strammere rammer for helseforetakene de kommende årene. Dette innebærer at helseforetakene i større grad enn tidligere også må prioritere noe ned. Disse perspektivene er ikke omtalt i strategiplanen.

**Kommentarer i møtet**

Styret anser at sykehuset har hatt en god prosess i utarbeidelse av strategien for 2023-2025 og at styrets innspill underveis i prosessen er hensyntatt. I det videre arbeidet med å realisere strategien er det sentralt at det legges gode forutsetninger for å oppnå visjonen Pasientens beste. Det er også viktig at det legges opp til og iverksettes en god kommunikasjonsplan, både internt og eksternt.

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

1. Styret vedtar Sykehuset Telemarks Strategi 2023-2025.
2. Strategien gir retning, mål og ambisjon for perioden. Dersom endrede rammebetingelser inntreffer i perioden ber styret om at eventuelle konsekvenser mtp prioriteringer fremlegges for styret.

<b>108-2022</b>	<b>Overordnet HMS mål- og handlingsplan 2023</b>
-----------------	--

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

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

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

<b>109-2022</b>	<b>Valg av ansattevalgte styremedlemmer - oppnevning av valgstyre</b>
-----------------	---

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

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

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

1. Ny valgperiode for ansattvalgte styremedlemmer er for 2 år med virkning fra 16. mars 2023. Valgperioden tas til etterretning.

2. Styret oppnevner følgende valgstyre:
  - Ansattrepresentant Brita Bekkevold (Fagforbundet)
  - Ansattrepresentant Wenche Kongerød (FO)
  - Ansattrepresentant Ann Iserid Vik-Johansen (NSF)
  - Ansattrepresentant Birgit Kastet (NSF)
  - Ansattrepresentant Christoffer Neverdal (Legeforeningen)
  - Avdelingsleder HR Sigrid Christie
  - Spesialrådgiver direktørens stab Tone Pedersen
3. Valgstyret oppnevner selv leder og nestleder
4. Styret legger til grunn at den praktiske valggjennomføringen følger samordningen innen Helse Sør-Øst.

<b>110-2022</b>	<b>Brukerutvalgets leders orientering</b>
-----------------	---

Leder og nestleder av brukerutvalget orienterte om saker som brukerutvalget er opptatt opp, blant annet:

- Sykehusets negative økonomiske utvikling
- Utbygging somatikk Skien
- Ungdomsrådet og brukerutvalget ved sykehuset var invitert til et felles møte med Sykehusapotekene 1. desember
- Bekymring rundt avviklingen av Fritt behandlingsvalg og ivaretagelse av pasientene. Samhandlingen mellom helseforetaket og kommunene er viktig for denne pasientgruppen

**Styrets enstemmige**

#### **V E D T A K**

Styret tar redegjørelsen til orientering.

<b>112-2022</b>	<b>Styresaker i Sykehuset Telemark HF - status og oppfølging</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

#### **V E D T A K**

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

<b>113-2022</b>	<b>Styrets årsplan 2023</b>
-----------------	-----------------------------

Saken presenterer årsplan 2023 som arbeidstidfester styremøter, styreseminar og kjente foretaksmøter. Planen gir oversikt over de viktigste kjente sakene, som skal behandles i hvert av styremøtene. Ytterligere saker kan legges inn i løpet av året og en oppdatert årsplan

vil derfor legges fram for styret i hvert styremøte.

### **Styrets enstemmige**

### **VEDTAK**

Styret slutter seg til fremlagt årsplan for 2023.

### **Andre orienteringer**

- Styreleder orienterer
- Protokoll styremøte HSØ 21. oktober
- Foreløpig protokoll styremøte HSØ 18. november
- Foreløpig protokoll ekstraordinært styremøte HSØ 29. november
- Protokoll BU møte 1. september
- Foreløpig protokoll BU møte 27. oktober

### **Temasak/lukket møte:**

- Årlig egevaluering av styrets arbeid og arbeidsform og planlegging av 2023

*Møtet hevet kl. 17.30*



Skien, 14. desember 2022

Elektronisk signatur

Anne Biering  
styreleder

Elektronisk signatur

Kine Cecilie Jordbakke  
nestleder

Elektronisk signatur

Turid Ellingsen

Elektronisk signatur

Nils Kristian Bogen

Elektronisk signatur

Marjan Farahmand (Sett)

Elektronisk signatur

Per Christian Voss

Elektronisk signatur

Kristian Wiig

Elektronisk signatur

Trygve K. Nilssen

Elektronisk signatur

Johanne Haugan

Elektronisk signatur

Inger Ann Aasen

Elektronisk signatur

Thor Severinsen

Elektronisk signatur

Tone Pedersen  
styresekretær

## Saksfremlegg

### Saksgang

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
<b>Styret i Sykehuset Telemark HF</b>	1. februar 2023

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

### 003-2023 Driftsorienteringer fra administrerende direktør

#### Forslag til vedtak

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Skien, 23. januar 2023

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

## Driftsorienteringer fra administrerende direktør:

### 1. Fullt sykehus - Beredskap

De siste månedene av 2022 har vært preget av relativt høyt pasientbelegg, spesielt på de medisinske sengepostene. Det har vært høyt belegg over tid og stor belastning på mange ansatte. Selve julehelgen var forholdsvis rolig, men så tiltok det med innleggelser fra og med annen dag jul og utover i romjulen. På denne tiden opplevde vi at flere av sykehusene rundt oss gikk i beredskap, hvor hovedgrunnen var fullt sykehus og sykefravær blant ansatte. Nyttårshelgen hos oss var krevende, men fortsatt håndterbar med bruk av ordinære virkemidler i linjeorganisasjonen. Inn i 2023 var det ingen tegn til forbedring, vi opplevde mange relativt syke pasienter og innleggelser med covid, influensa, RS og andre virusvarianter. Mandag 3. januar valgte vi derfor å heve beredskapen i sykehuset til nivå «Grønn» og etablere beredskapsledelse. Det er gjennomført faste møter i beredskapsledelsen mandag, torsdag og lørdag.

I forbindelse med situasjonen er det iverksatt flere tiltak og nedenfor er det en oversikt over de viktigste:

- Gjennom høsten 2022 har vi, som nevnt ovenfor hatt perioder med veldig høyt belegg. Som et tiltak for å være forberedt på ytterligere eskalering, frigjorde vi to 4-mannsrom på sengeposten i annen etasje (lungeposten). I disse rommene var det poliklinisk aktivitet og denne ble flyttet til Bygg 57 (Gamlebygget). Dermed kunne disse rommene klargjøres som sengerom og når vi gikk i beredskap ble det besluttet å bemanne 8 senger her så raskt som praktisk mulig. Dette kom på plass fra den ene dagen til den andre.
- I en beredskapssituasjon vil det være behov for noe omrokking av personell for å avhjelpe situasjonen der trykket er størst. Det lånes ut personell mellom enheter og Bemanningssenteret prioriterer medisinske poster på bekostning av kirurgiske.
- Akuttmottakene i Skien og Notodden (AK24 og FOVA) har økt sin kapasitet gjennom høyere bemanning.
- Forflytning av pasienter mellom sengeposter intensiveres og det mottas flere satelittpasienter på kirurgiske sengeposter.
- Det er igangsatt arbeid mellom Medisinsk klinikk og Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling for å etablere inntil fem senger på Alderspsykiatri og/eller DPS akutt. Disse sengene skal benyttes til utskrivningsklare somatiske pasienter.
- Det er etablert tettere dialog med kommunene for at disse skal ta imot sine pasienter som er ferdig behandlet hos oss.
- Vi har formidlet til omverdenen en sterk henstilling om ikke å besøke sykehuset i den situasjonen vi er i nå, med fullt sykehus, korridorpasienter og stort arbeidspress på våre ansatte.
- Det er etablert ekstra tjenester fra Klinikk for service og systemledelse (SSL). I hovedsak er det:
  - Renhold både i Skien og på Notodden er forsterket.
  - Ernæringsstøtten er økt slik at åtte sengeposter nå få ekstra tjenester med kokk tilstede fra kl. 08:00 til 20:00.
  - Portørstøtten i Skien er forsterket.
  - «ren-seng»-leveranse er forsterket.
  - Avfallshåndtering er forsterket.

Mandag 23. januar gjorde beredskapsledelsen en ny vurdering av behovet for å være i beredskap og konkluderte med å gå tilbake til ordinær linjeledelse og «normal drift». Samtidig ble det lagt vekt på at en del av de etablerte tiltakene fremdeles måtte opprettholdes en stund framover, fordi det fremdeles er stor belastning med høyt belegg sengepostene.

I møtet blir det gitt en muntlig oppdatert status vedrørende beredskapssituasjon og driften på sykehuset.

## **2. Status etablering av BUP-hus i Gjerpensgate 14**

Etter vedtak i styret i juni 2022 om styrking av psykisk helsevern, har BUP jobbet aktivt med organisering og planlegging av flytting til leide lokaler i Gjerpensgate 14.

### Prosess og forankring

Høsten 22 jobbet lederne i avdelingen med å innhente synspunkter og tanker om ny organisering fra ansatte. Dette resulterte i at seksjonslederne la fram forslag til ny organisering fra sin seksjon. Forslagene ble drøftet i ledergruppen i klinikken, og satt sammen til tre ulike organisasjonsmodeller som ble sendt ut på en skriftlig intern høring. Høringsinnspillene ble gått gjennom og drøftet, det ble deretter gjort ROS analyser på to modeller. De foretakstillitsvalgte og verneombud har vært involvert i prosessen. Konklusjonen ble informert ut til alle ansatte i ABUP før jul.

### Konklusjon organisering

Det ble bestemt at fire BUP seksjoner blir til tre når vi flytter. De tre nye seksjonene i Gjerpensgate blir BUP Grenland Nord, BUP Grenland Sør og BUP Familiebehandling. Vi ønsker at felles navnet for BUP aktiviteten i Gjerpensgate skal være BUP Grenland. Opptaksområdet til de to BUP Grenland poliklinikkene vil fortsatt være Skien, Porsgrunn, Siljan og Nome kommune. Seksjon for autismspekterforstyrrelser skal fortsatt gi behandling til barn og unge med autisme, de blir ikke en egen seksjon videre, men et autismeteam i BUP Grenland Sør.

Det er ønskelig at de skal jobbe tettere med poliklinikkene. Det blir en felles ekspedisjon i 1. etasje der sekretærer vil ta imot pasienter og deres pårørende, samt telefoner. Det vil bli lagt vekt på å informere godt ut til pasienter og pårørende om nytt oppmøtested i perioden før og etter flytting.

Vi ønsker å jobbe videre med å utvikle behandlingstilbudet i Gjerpensgate, og gjøre vurderinger av hvordan vi bør prioritere pasientarbeidet videre framover.

### Bygningsmessige arbeid og praktiske forberedelser til flytting

Det er gjennomført lydisolering mellom kontorer og ut mot korridor i 1. og 2. etasje i henhold til lydkrav for spesialisthelsetjenesten. Den økonomiske rammen har gjort at kontorene i 3. etasje ikke blir lydisolert. Dører til kontorene i 1. og 2. etasje er byttet, og vil bli byttet i en fløy i 3. etasje. BUP skal kun benytte 1., 2. og 3. etasje. Vi jobber med å undersøke muligheten for samhandling med de nærmeste kommunen(e) i 4. etasje. BUP vil legge fram forslag om å opprette et felles FACT team der det vil jobbe fagfolk fra kommunehelsetjenesten og fra spesialisthelsetjenesten.

Det er gjort noen romendringer for å utbedre ventesoner, samt muliggjøre spesialrom som lekerom og observasjonsrom. Det blir flere spesialrom der enn i dagens lokaler, f.eks. familierom, testrom og legeundersøkelsesrom. Det er godt med møterom i bygget.

Ledningsnettverket i Gjerpensgate er kablet om til en oppgradert versjon som Sykehuspartner satt krav om. Det jobbes nå med å klargjøre to pc rom. Sykehuspartner har nylig informert om kablet nett inn til bygget vil være på plass medio februar. Trådløst nett kommer etter innflytting.

Det er videre avklart type telefonsystem som skal brukes der.

Det er bestilt nye møbler til ventesoner, kontorer og møterom. Samtidig flytter vi med en del gjenbruksmøbler som er godt egnet til BUP drift fra dagens lokaler.

Parkeringsordning for ansatte blir lik som på sykehuset for øvrig.

Det er lagt detaljerte planer for når de bygningsmessige arbeidene skal være ferdigstilt, byggeier skal gjøre gulvbehandling på noen gulv, deretter blir det gjort renhold før innflytting,

Det er gjort en god og omfattende jobb for å få alle detaljer knytta til bygg og det praktiske ifm. flytting på plass. Det er kablet om til en oppgradert versjon som tilfredsstill

Sykehuspartner sitt krav. Det planlegges trådløst nett og det er avklart telefonsystem.

Eksempler på andre aktiviteter er montering av IT utstyr, montering av nye møbler og flytting av gjenbruksmøbler, samt utstyr til BUP drift som leker og kartlegging og testutstyr.

Imidlertid er vi i rute for innflytting som er planlagt til 16. og 17. mars 2023.

Det planlegges en formell åpning av bygget i løpet av våren.

**Øvrig informasjon kan bli gitt muntlig i møtet**

## Saksfremlegg

### Saksgang

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
<b>Styret i Sykehuset Telemark HF</b>	1. februar 2023

Type sak (sett kryss)							
Beslutning		Etterretning		Orientering	X	Tema	

## 004-2023 Virksomhetsrapport per 3. tertial 2022

### Hensikten med saken

Saken beskriver oppnådde resultater per 3. tertial 2022

### Forslag til vedtak

Styret tar virksomhetsrapport per 3. tertial 2022 til orientering.

Skien, 25. januar 2023

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

### Vedlegg

1. Ledelsesrapporten STHF 2022\_12
2. Risikovurdering per 3. tertial

## Sammendrag

Sykehuset Telemark rapporterer et økonomisk resultat på –55,4 millioner kr. for 2022. Dette er 115,4 millioner kr. lavere enn budsjettet. Avviket skyldes en rekke forhold, blant annet:

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

Resultatet for desember isolert er meget svakt med -22,1 millioner kr mot budsjett + 5,0 millioner kr., og er en fortsettelse av særlig svake resultater i november og oktober. Hovedårsak til det store avviket i desember er de samme forholdene som nevnt over. Det er fortsatt store avvik knyttet til variabel lønn og innleie og i tillegg unormalt høye kostnader knyttet til varekjøp, gjestepasienter og Fritt Behandlingsvalg. Inntektene (ISF og poliklinikk) er om lag som budsjettet. Det svake resultatet i desember etterfølger svake resultater gjennom høsten og bekrefter at den økonomiske situasjonen er svært krevende og at det vil kreve tid og kraftfulle omstillinger å reetablere en bærekraftig økonomi.

Sykehuset iverksatte i september et program for å bremse kostnadsveksten på kort sikt. Programmet har gitt samla effekter i tråd med plan, men disse har ikke vært tilstrekkelige til å kompensere for den negative utviklingen på andre områder. Det har blant annet vært en forventningen om redusert forbruk av variabel lønn og innleie som ikke har materialisert seg. Sykefraværet i desember har vært høyt og falt sammen med en fortsatt krevende driftssituasjon med høyt belegg og mange akutte ankomster. Dette har bidratt til høyt forbruk av variabel lønn og dermed til det svake resultatet.

Det har vært høyt belegg på somatiske sengeposter også i desember. Spesielt medisinske sengeposter har gjennomgående hatt høyere belegg i år enn foregående år. Belegget på enkeltposter har i flere måneder vært langt over 100%. Generelt har kombinasjonen høyt sykefravær og ressurskrevende pasienter til tider skapt en krevende driftssituasjon med økte lønnskostnader. Samlet DRG-aktivitet i somatikken har siden april vært over eller som budsjett og også høyere enn nivået før pandemien (2019). Planlagt forbedringsarbeid er betydelig forsinket på grunn av den krevende driftssituasjonen.

Som påpekt også i tidligere månedsrapporteringer fortsetter antall pasienter på venteliste å øke. Antallet fristbrudd har økt gjennom 2022 men har vist en fallende utvikling de siste månedene som fortsetter i desember. Antall og andel pasienter passert planlagt tid reduseres litt i perioden.

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

Barne- og ungdomspsykiatrien har over lengre tid hatt stor økning i henvisninger. I 2022 har antallet henvisninger vært om lag på nivå med rekordåret 2021. Antall henvisninger i desember er også høyt. Økt produktivitet og tilsetting av flere behandlere har så langt håndtert økt behandlingvolum, men det er krevende å rekruttere spesialister. Aktiviteten de siste månedene er litt lavere enn budsjettet, men for året under ett er aktiviteten i BUP høyere enn i 2021. Store rekrutteringsvansker i voksenpsykiatrien (VOP/TSB) har over tid ført til nedgang i behandlingvolum ved poliklinikkene. Innenfor TSB har aktiviteten de fem siste månedene ligget over 2021-nivå. I desember måned viste TSB en aktivitet som var 32,5 % bedre enn budsjettet.

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

Målsetninger for ventetid er oppnådd for VOP i desember måned. For 2022 sett under ett er målsettingene nådd for VOP og TSB, men ikke for BUP.



## Innhold

Sammendrag .....	2
1 Risikovurderinger per 3. tertial .....	5
2 Nasjonale og regionale styringsmål beskrevet i OBD .....	5
2.1 Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling .....	6
Prioriteringsregelen .....	6
Bruk av tvang .....	6
Nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus .....	7
2.2 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet .....	7
2.3 Tilgjengelighet og sammenhengende pasientforløp .....	8
Ventetider og ventende .....	8
Korridorpasienter .....	10
Belegg .....	10
Planleggingshorisont og operasjoner .....	11
Pakkeforløp kreft – andel behandlet innen standard forløpstid og antall nye pasienter i pakkeforløp .....	11
3 Aktivitet .....	12
3.1 Somatikk .....	12
3.2 Psykisk helsevern og TSB .....	13
4 Bemanning - brutto månedsverk, samlet lønnskostnad og innleie .....	15
5 Økonomi .....	17
5.1 Sykehuset Telemark .....	17
5.2 Klinikkene .....	18
6 Tertialvise forhold .....	21
6.1 Forskning .....	21
Kliniske behandlingsstudier .....	21
Personvern, IKT og innovasjon .....	22
Forskningsgrupper og ledelsesforankring .....	22
Resultat .....	22
6.2 Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring .....	23
Pasientskader – målt med Global Trigger Tool (GTT) .....	23

Prevalensundersøkelser – pasientsikkerhet .....	23
Handlingsplan for legemiddelsikkerhet 2022 .....	25
Pasientsikkerhetskonferansen 2022 ved Sykehuset Telemark.....	25
Uønskede pasienthendelser .....	26
Pasientklager .....	27
Tilsynssaker .....	27
NPE-saker .....	27
Eksterne tilsyn og revisjoner .....	28
Nytt forbedringssystem- EQS Implementering.....	29
6.3 HMS og arbeidsmiljø.....	30
6.4 Personvern og informasjonssikkerhet .....	31
6.5 Status tiltaksplan for ledelsens gjennomgang 2022 .....	32

## 1 Risikovurderinger per 3. tertial

Risikovurdering per 3. tertial rapporteres til Helse Sør-Øst med frist 23. januar.

## 2 Nasjonale og regionale styringsmål beskrevet i OBD

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

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

### 2.1 Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

#### Prioriteringsregelen

##### Ventetider

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

Prioriteringsregelen målt i ventetid er oppfylt innenfor VOP med sine 35,5 dager. TSB har stabilt lave ventetider, og har hittil i år en gjennomsnittlig ventetid på 26,4 dager. BUP har fremdeles et høyt antall henvisninger, og ventetiden er hittil i år 37,0. BUP hadde lav ventetid i oktober og november, men ventetiden økt i desember. Ventetiden økte innenfor PHV/TSB i desember, og ventetiden i 2022 ble 35,0 dager.

##### Polikliniske konsultasjoner

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

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

STHF innfrir ikke prioriteringsregelen samlet sett.

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

#### **Bruk av tvang**

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

Det er 392 tvangsinnlagte hittil i år, noe som er en økning på 22 % fra samme periode i fjor. Utviklingen fra i fjor høst har ikke avtatt i 2022. Dette tilsvarer et gjennomsnitt på 0,19 per 1000 innbyggere. Med 2314 antall innlagte er andelen tvangsinnlagte oppe på 16,9 % hittil i år. Andelen tvangsinnlagte var 16,5 % 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 %	16,9 %
Antall pasienter i døgnbehandling som har minst ett tvangsmiddelvedtak	reduseres	11	11	12	9

### Nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus

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

Mål 2022:

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

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

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

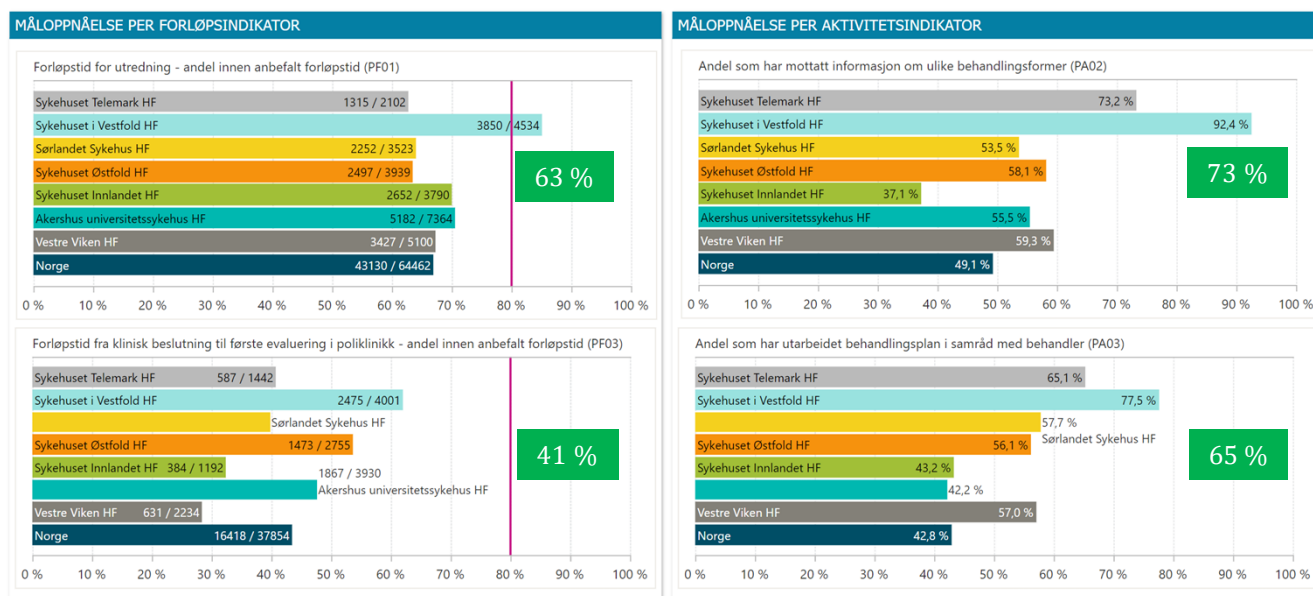
Det er store forskjeller i måloppnåelse innenfor de ulike forløpene. I 2022 har STHF en måloppnåelse på 63 % på forløpstid for utredning. Dette er 17 % - poeng bak HSØ-målet, og 4,0 % - poeng bak landsgjennomsnittet. Pasientforløp innenfor BUP er nede på 44 % måloppnåelse, mens psykose (D06), OCD (D07) og pasientforløp psykisk helsevern voksen (D11) leverer som landsgjennomsnittet på 72 % måloppnåelse.

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

Side 7 av 47

og generell utredning og behandling barn og unge (D12) ligger 11 % - poeng over landsgjennomsnittet.

STHF ligger langt over landsgjennomsnittet når det kommer til måleparameteren «utarbeidet behandlingsplan i samråd med behandler». STHF leverer en måloppnåelse på 65 %, mens landsgjennomsnittet er nede på 43 %. HSØ samlet har 49 % måloppnåelse.



## 2.2 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	mål 2022											des. 22					VOP/TSB
		des.19	des.20	des.21	jun.22	jul.22	aug.22	sep.22	okt.22	nov.22	des.22	KIR	MED	MSK	ABK	BUK	
Sykehusinfeksjoner %	<3%							4,5 %			4,7 %						
Korridorpasienter - antall	0 %	121	66	178	218	105	213	305	237	289	286	29	257				
Korridorpasienter %	0,0 %	1,5 %	1,0 %	2,4 %	2,7 %	1,6 %	2,7 %	3,8 %	3,1 %	3,8 %	3,7 %	1,1 %	5,6 %				
Direkte time i %	100 %	84 %	85 %	79 %	79 %	78 %	69 %	72 %	72 %	70 %	70 %	79 %	55 %	99 %	100 %	55 %	83 %
Antall åpne dokumenter > 14 dager	<2800	3 951	3 662	4 205	3 659	3 386	3 300	3 827	4 002	4 217	4 500	558	1 626	46	5	1 143	1 122
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode	reduseres	1 068	794	1 589	1 102	1 323	1 270	1 324	1 438	1 620	1 858	617	607	9	77	433	115
Andel dialysepasienter som får hjemme	>30%	28 %	28 %	23 %	24 %	23 %	24 %	27 %	27 %	26 %	28 %						

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

## 2.3 Tilgjengelighet og sammenhengende pasientforløp

Redusere unødvendig ventetid	mål 2022											des.22					
		des.19	des.20	des.21	jun.22	jul.22	aug.22	sep.22	okt.22	nov.22	des.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	62	59	72	72	68	63	65	69	61	40	70	38	39/54
Fristbrudd avviklede, antall pr mnd	0	62	21	98	103	58	117	198	132	144	109	21	70	1	17	-	
Fristbrudd andel avviklede per mnd	0	2,2 %	0,8 %	4,0 %	3,6 %	3,8 %	4,8 %	6,4 %	4,8 %	4,9 %	4,2 %	1,4 %	9,1 %	1,4 %	15,3 %	0,0 %	0,0 %
Antall som venter	reduksjon	7 534	6 416	7 349	7 482	7 690	7 782	7 785	8 008	8 254	8 086	4 734	2 044	427	380	137	255/17
Antall med ventetid over 1 år	0	42	33	71	61	64	70	78	56	68	74	51	17	1	-	-	-
Andel telefon/videokonsultasjoner	Som: 10% PHV/TSB: 25%			17,8 %	11,3 %	11,9 %	11,6 %	10,5 %	11,1 %	11,9 %	12,9 %	5 %	16 %	5 %	12 %	26 %	15%/37%
Antall passert planlagt tid	reduksjon	4 834	4 774	5 529	8 117	8 140	8 188	7 989	7 744	8 026	7 729						
Andel passert planlagt tid %	<5%	8 %	9 %	9 %	13 %	13 %	13 %	12 %	12 %	13 %	12 %						

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

### Ventetider og ventende

#### Kapasitetsutfordringer

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

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

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

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

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

#### Antall på venteliste og passert planlagt tid

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

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

For rapporteringsperioden er det nå 59.366 pasienter som venter (+258 fra forrige periode), og sammenlignet med desember 2021 er det en økning på 3.477 (+ 6 %).

Den totale ventelisten fordelte seg på 20.067 og er på nivå med forrige periode, og 39.299 pasienter som ikke hadde fått time (+ 283 fra forrige periode). Med alle planlagte kontakter menes, alle kontakter i venteliste og oppmøteliste (timebok) frem i tid.

Sammenlignet med desember 2021 har følgende klinikker en økning, Medisinsk klinikk +1.166, Barne- og ungdomsklinikken med en økning på +524 pasienter og Kirurgisk klinikk +1.658.

Passert planlagt tid er fortsatt høyt, men reduseres fra forrige periode med 297 kontakter

(7.729 vs 8.026 forrige periode). Dette utgjør en andel på 11,8 % som er høyere enn målkravet på 5 %, og over snittet i HSØ (11,5 %). Fra samme tid i fjor er økningen på 2.184 kontakter med passert planlagt tid.

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

Utviklingen i offisielle ventelisten har hatt en jevn økning siste året, og er på det høyeste antall ventende sammenlignet med siste tre år (+ 7 %). For denne perioden har vi 8.086 som venter, det er en reduksjon på 168. fra forrige periode. Økningen er størst innen Gyn, Mage-tarm, Ort, Øre-nese-hals og Uro.

#### Primær henvisninger

Elektive: Antall elektive henvisninger hittil i år er 52.585. Dette er noe lavere enn sammenlignet med i fjor (- 1.324), og 5.844 færre enn i 2019.

Ø-hjelp (akutt-ankomster): Antall ø-hjelpshenvisninger har siden mars i år ligget på et tilsvarende nivå som før covid, men totalt for året er det 1.598 henvisninger lavere enn 2019. Desember i år er på samme nivå som 2019.

Avdelinger med økt antall henvisninger sammenlignet med 2019 (elektivt/ØH) er: Fertilitet, INF, Plast, BUP.

#### Ventetider

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter med påstartet behandling ligger for denne perioden på 65 dager for alle tjenesteområdene samlet, og er en økning på 2 dager fra forrige periode.

Sammenlignet med samme periode i fjor er det en økning på 10 dager.

Ventetid påstartet øker for alle tjenesteområdene i denne perioden: (denne periode/forrige periode) Somatikk 66 (65) dager, VOP 39 (36), BUP 38 (32) og TSB 54\* (22). Avdelinger med høyest ventetid

påstartet er: Plast 118 (121), Barn 72 (62), ØNH 74 (80), Ort 67 (73), Hjerte 61 (66). \*TSB administrativ feil som er korrigeret i DIPS.

Gjennomsnittlig ventetid for ventende pasienter for alle tjenesteområder er 75 (68) dager, som er +7 dager fra forrige periode.

Ventetid ventende: Somatikk 77 (70) dager, VOP 41 (28), BUP 32 (28) og TSB 25 (18). Avdelinger med lengst ventetid: Plast 151 (142), Mage-tarm 81 (69)

Antall ventende pasienter over 1 år er for denne perioden 74 pasienter, endring på + 6 pasienter fra forrige periode. Plast har den største andelen som venter med 44 (49) pasienter, og Magetarm 7 (5) pasienter.

#### Fristbrudd

Andel fristbrudd påstartet er for perioden på 4,2 % (4,9 %), antallet er 109 (144) fristbrudd, endring på - 35 fra forrige periode. Mage-tarm har 33 (37) fristbrudd og en andel på 26 %, Barn har 17 (23) og en andel på 17 %, Hjerte 9 (20) andel på 5 %.

Andel fristbrudd ventende for alle tjenesteområder er 2,8 % (2,9 % forrige periode), antallet er 229 endring på -13 brudd fra forrige periode. Mage-tarm har 140 brudd, endring på + 13 fra forrige periode og en andel på 34 %, Barn har 17 (13) brudd og en andel på 5,4 %.

#### **Korridorpasienter**

I denne perioden har vi 280 (289 forrige periode) korridorpasienter. Andel korridorpasienter for perioden er 3,6 %. Det er medisinske fagområder som har de fleste av korridorpasientene. Dette samsvarer også med at det er de medisinske sengepostene som har hatt høyeste belegget.

#### **Belegg**

Snitt belegg i somatikken denne perioden (barneposten ekskludert), er på 202 pasienter. Dette tilsvarer en beleggsprosent på 103. Det er fortsatt et høyt belegg på alle medisinske sengeposter.

Det har vært gjennomgående høyt belegg hiå. både antall senger i bruk og beleggsprosent har vært høyere enn tidligere år. Gjennomsnittlig antall senger i bruk for hele 2022 er på 190 med snittbelegg på 95 % samlet.

#### **Planleggingshorisont og operasjoner**

Utviklingen i ventelister til operasjon har vært flat siden sommeren. Antall planlagte operasjoner neste 8 uker er 700. Det er redusert totalt 19 operasjonsteam i desember blant annet grunnet sykefravær og lave ventelister hos enkelte fag, hvorav 13 operasjonsteam er overført til andre fag



som har hatt behov og kapasitet. Det er dermed redusert netto 6 team i desember mot plan. Elektive operasjoner i desember er 15 % under budsjett, og ø-hjelpsoperasjoner er 5 % under budsjett. Samlet er antall operasjoner 12 % under budsjett i perioden. Strykningsprosenten er 4,8 % i desember.

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

Samlede resultater (alle pakkeforløp) per 12 måneder viser at 78% av pasientene i pakkeforløp behandles innen standard forløpstid, det er bedre enn tilsvarende periode i fjor (75 %) og beste resultat i foretaksgruppen.

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 sykehuset avhengig av samarbeid med OUS. For føflekkreft (malignt melanom) oppnås 98 % av pasientene behandlet innen standard forløpstid. Her utføres hele forløpet ved STHF.

Brystkreft er en stor pasientgruppe hvor det jobbes godt; 86 % er behandlet innen standard forløpstid.

54 % av pasientene med lungekreft er behandlet innen standard forløpstid. Tilgang på PET er i utgangspunktet ikke lenger en utfordring, men det er krevende at man i ferieperioder stenger. Leger og forløpskoordinator jobber nå aktivt for å redusere alle interne flaskehalsen samtidig som sykehuset har tett kontakt med OUS. HSØ har for tiden en utfordring med tilgang på lungekirurgi.

53 % av alle lymfomer (kun 19 pasienter) behandlet innen standard forløpstid. Diagnostikken (flow cytometri) utføres ved patologisk avdeling ved OUS, og man venter ofte lenge på svar. Det er startet et regionalt MDT (Multi Disiplinært Team) på lymfom. Fagledernetverk kreft i HSØ har både lunge og lymfom pakkeforløp som tema.

92 % av våre pasienter med myelomatose har startet behandling innen standard forløpstid. Innen dette pakkeforløpet har man jobbet systematisk for å sikre god logistikk.

Innen tykk- og endetarmkreft er 77 % av pasientene inkludert i pakkeforløp hittil i år. 71 % av pasientene er behandlet innen standard forløpstid.

## **3 Aktivitet**

### **3.1 Somatikk**

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

Samlet budsjettavvik vedrørende ISF poeng utført i eget HF (dag, døgn, poliklinikk) er for desember 2022 90 poeng høyere enn budsjettet. Akkumulert per 12 måneder er budsjettavviket tilnærmet balanse (+118 poeng).

## ISF-poeng somatikk

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

Denne periode					Hittil i år						
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2021	ISF bud-avvik* (1000 kr)	
Kirurgisk klinikk	1 501	1 598	-98	-6 %	19 342	19 657	-315	-2 %	19 203	19 657	-7 524
Medisinsk klinikk	1 910	1 661	248	15 %	22 213	21 412	801	4 %	19 958	21 412	19 116
BUK	188	249	-61	-24 %	2 712	3 040	-328	-11 %	2 884	3 040	-7 832
Akutt og beredskap	10	11	-1	-10 %	128	118	10	8 %	114	118	237
MSK	14	30	-16	-54 %	340	400	-60	-15 %	363	400	-1 441
Ufordelet/kvalitetssikring	2		2	0 %	11		11	0 %	42		258
DRG Somatikk utført ved STHF	3 624	3 550	74	2 %	44 745	44 627	118	0 %	42 562	44 627	2 814
Total ISF-poeng Somatikk (inkl. legemidler, FBV) *sørge for*	3 985	3 812	174	5 %	48 260	47 767	493	1 %	45 632	47 767	11 758

## Aktivitet dag, døgn og poliklinikk - alle tjenesteområder

Denne periode					Hittil i år				Endring HiÅ 2022 - 2021		
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2021	Endring	%
<b>Somatikk</b>											
Antall utskrivninger Døgnbehandling	2 108	2 217	-109	-4,9 %	25 839	27 000	-1 161	-4,3 %	24 670	1 169	4,7 %
Antall liggedøgn Døgnbehandling	7 760	7 800	-40	-0,5 %	94 234	95 000	-766	-0,8 %	87 508	6 726	7,7 %
Antall oppholdsdager Dagbehandling	2 337	2 140	197	9,2 %	27 741	26 888	853	3,2 %	27 590	151	0,5 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	14 222	13 963	259	1,9 %	181 766	192 603	-10 837	-5,6 %	179 946	1 820	1,0 %

Antall sykehusopphold var i desember 5 % færre enn budsjettet men 7 % flere enn i fjor. Antall sykehusopphold i desember var identisk med antallet i desember 2019, altså før pandemien.

Den polikliniske aktiviteten i desember var tilnærmet likt som budsjettet, og 2 % lavere enn i fjor. Desember 2022 hadde 20 arbeidsdager – 2 færre enn i fjor. Akkumulert per 12 måneder var antall ISF-berettigede konsultasjoner 5,6 % lavere enn budsjettet, men marginalt høyere enn i fjor.

Antallet dagbehandlinger (dagkirurgi, dialyse-behandlinger og cytostatika-kurer for kreftpasienter) har i desember vært 9 % flere enn budsjettet og 4 % flere enn i fjor. Antall dagbehandlinger i 2022 var marginalt høyere enn budsjettet og tilnærmet likt med i fjor.

Andel video- og telefonkonsultasjoner er 9,5 % i desember, noe under STHF's interne målsetting for somatikken som er 10 %. Hittil per 12 måneder er faktisk andel 8,7 %.

**Kirurgisk klinikk** ligger 315 ISF-poeng bak budsjett pr. desember som er en forverring på 98 ISF-poeng siden forrige rapportering. Det er særlig Føba, Gastro og Uro som har hatt svakere aktivitet i perioden enn tidligere år. Antallet fødsler har vært svært lavt i 2022. Indekser i 2022 er svakere enn budsjett for dag (-1,1 %) og døgn (-3,8 %), og noe sterkere for poliklinikk (+1,6 %).

Aktiviteten i **Medisinsk klinikk**, målt i antall ISF-poeng, har per 12 måneder vært 801poeng (+3,7 %) høyere enn budsjettet, og hele 11 % høyere enn i samme periode i fjor. Nivået på øyeblikkelig hjelp-pasienter var spesielt i januar og februar lavere enn budsjettet pga. den pågående pandemien, men har fra i vår vært tilbake på budsjettet nivå og endog høyere. Fra april har det i gjennomsnitt vært gjennomsnittlig over 100 % belegg ved de medisinske sengepostene. Belegget i november og desember var respektive hele 105 % og 107 % ved sengepostene i Medisinsk klinikk.

Aktiviteten knyttet til poliklinikk/dagbehandling var per 12 måneder 3 % lavere enn budsjettet, men 5 % høyere enn i fjor.

**Barne- og ungdomsklinikken** har et negativt budsjettavvik på -328 ISF-poeng (-11 %) for 2022. 255 poeng skyldes færre døgnopphold, og av disse er 193 poeng knyttet til friske nyfødte. Det har i første halvår vært høyt sykefravær og flere vakanser i legegruppa og dette har medført redusert poliklinisk aktivitet. Det forventes økende poliklinisk aktivitet framover når alle stillinger er besatt.

### 3.2 Psykisk helsevern og TSB

Trykket på de voksenpsykiatriske sengepostene er høyere enn tidligere i år, og målt mot fjoråret er det en vekst på 1,6 % i antall liggedager og 20,0 % i antall sykehusopphold. Antall liggedager er 0,8 % over budsjettet nivå, mens antall sykehusopphold ligger 17,7 % over budsjett. Den store veksten i voksenpsykiatrien skyldes både økt trykk og økt kapasitet på starten av året. Antall liggedager viste en reduksjon i november, men desember isolert viste en vekst på 3,1 %. Antall sykehusopphold ligger fremdeles langt over budsjett og fjoråret.

Avrusningen viser en aktivitet som har en vekst på 3,1 % i antall liggedager og 23 % vekst i antall sykehusopphold. Den gjennomsnittlige liggetiden er redusert fra 8,7 i fjor til 7,3 dager i år.

I den ungdomspsykiatriske sengeposten viser tallene en stor nedgang i antall liggedager, men en vekst i antall sykehusopphold. Veksten i antall sykehusopphold er på 16,4 %, noe som gir en aktivitet som ligger 12,4 % høyere enn budsjettet nivå. Nedgangen i antall liggedager er på hele 34 % målt mot både budsjett og fjoråret. Den gjennomsnittlige liggetiden er redusert fra 15,6 til 8,9 dager.

Sykehuset Telemark	des.22				Hittil i år				Endring HiÅ 2022 - 2021			
	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	Avvik i prosent	HiÅ 2021	Endring	%	
<b>VoP - Psykisk helsevern for voksne</b>												
Antall utskrivninger døgnbehandling	152	105	47	45 %	1 708	1 450	258	18 %	1 423	285	20 %	
Antall liggedøgn døgnbehandling	2 786	2 397	389	16 %	32 256	31 942	314	1 %	31 741	515	2 %	
Antall oppholdsdager dagbehandling												
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	3 299	3 449	- 150	-4 %	41 723	46 700	-4 977	-11 %	43 550	-1 827	-4 %	
<b>BUP - Psykisk helsevern for barn og unge</b>												
Antall utskrivninger døgnbehandling	12	10	2	20 %	163	145	18	12 %	140	23	16 %	
Antall liggedøgn døgnbehandling	106	173	- 67	-39 %	1 444	2 190	- 746	-34 %	2 187	- 743	-34 %	
Antall oppholdsdager dagbehandling												
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	2 583	2 727	- 144	-5 %	36 965	39 500	-2 535	-6 %	36 793	172	0 %	
<b>Tverrfaglig spesialisert rusbehandling</b>												
Antall utskrivninger døgnbehandling	40	28	12	43 %	449	370	79	21 %	365	84	23 %	
Antall liggedøgn døgnbehandling	338	211	127	60 %	3 274	3 200	74	2 %	3 176	98	3 %	
Antall oppholdsdager dagbehandling												
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	881	666	215	32 %	8 303	9 000	- 697	-8 %	8 398	- 95	-1 %	

ISF-poeng PHV og TSB utført ved STHF											
	Denne måned				Hittil i år				Faktisk 2021	Budsjett 2022	ISF avvik hittil
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik%			
DPS nedre Telemark	260	267	-7	-3 %	3 229	3 612	-382	-11 %	3 156	3 975	-1 259 676
DPS øvre Telemark	96	143	-47	-33 %	1 483	1 930	-447	-23 %	1 450	2 124	-1 471 376
Psykiatrisk sykehusavdeling	28	40	-11	-29 %	874	534	340	64 %	615	588	1 120 238
Poliklinisk avdeling TSB og psykose	364	262	102	39 %	3 048	2 457	591	24 %	2 579	2 703	1 947 852
Raskere tilbake PHV og TSB (underlagt Med.kl)	-	6	-6	-100 %	30	84	-54	-65 %	82	92	-177 993
<b>Klinikk for PHV og TSB + Raskere tilbake</b>	<b>748</b>	<b>717</b>	<b>31</b>	<b>4 %</b>	<b>8 665</b>	<b>8 616</b>	<b>48</b>	<b>1 %</b>	<b>7 882</b>	<b>9 482</b>	<b>159 045</b>
Avdeling for barn og unges psykiske helse - ABUP	692	895	-203	-23 %	9 627	12 954	-3 328	-26 %	11 843	12 089	-10 961 450
<b>Barne- og ungdomsklinikken</b>	<b>692</b>	<b>895</b>	<b>-203</b>	<b>-23 %</b>	<b>9 627</b>	<b>12 954</b>	<b>-3 328</b>	<b>-26 %</b>	<b>11 843</b>	<b>12 089</b>	<b>-10 961 450</b>
<b>SUM ISF psykisk helsevern og TSB på STHF</b>	<b>1 441</b>	<b>1 612</b>	<b>-172</b>	<b>-11 %</b>	<b>18 291</b>	<b>21 571</b>	<b>-3 279</b>	<b>-15 %</b>	<b>19 725</b>	<b>21 571</b>	<b>-10 802 405</b>

Antall konsultasjoner innenfor PHV og TSB var i desember 1,2 % lavere enn budsjettet, og 1,6 % lavere enn i fjor. Hittil i år ligger antall konsultasjoner 8,6 % lavere enn budsjettet, og 2,0 % lavere enn fjoråret. BUP viser en vekst på 0,5 %, mens VOP og TSB viser en nedgang med hhv 4,2 % og 1,1 %. Aktiviteten i både VOP og TSB var i desember måned høyere enn i fjor, og TSB leverte hele 32,5 % over budsjettet nivå denne måneden.

Antall behandlere tilstede hittil i år viser en vekst på 2,5 % i BUP, mens innenfor VOP og TSB er det hhv 3,7 % og 15,2 % færre terapeuter tilstede hittil i år målt mot fjoråret. Nedgangen innenfor VOP og TSB skyldes rekrutteringsutfordringer.

DRG-resultatene viser et samlet negativt avvik på 15,2 %, hvor ISF-inntektene spesielt innen BUP er lavere enn budsjettet, og avviket er vesentlig større enn aktivitetsavviket skulle tilsi. ISF-veksten i BUP er lagt med gammel vektning, så på tross av aktivitetsvekst så vil ikke ISF-avviket vise vekst. Det viser seg at effekten ved endringen i vektene fører til at Sykehuset Telemark taper i overkant av 3 millioner ved lik aktivitet i 2021 og 2022.

Som følge av pandemien, har andelen telefon- og videokonsultasjoner økt. Det er i 2022 satt et nasjonalt mål på 15 % samlet for alle tjenesteområdene, og et internt mål om at andelen telefon- og videokonsultasjoner skal overstige 25 % for PHV/TSB. PHV/TSB per desember viser en andel på 18,8 % på telefonkonsultasjoner alene, og har i tillegg en andel videokonsultasjoner på 1,9 %. Det er TSB som har den høyeste andelen med sine 31,4 %.

Den regionale oversikten viser at vi samlet ligger 1,4 % - poeng over gjennomsnittet i HSØ.

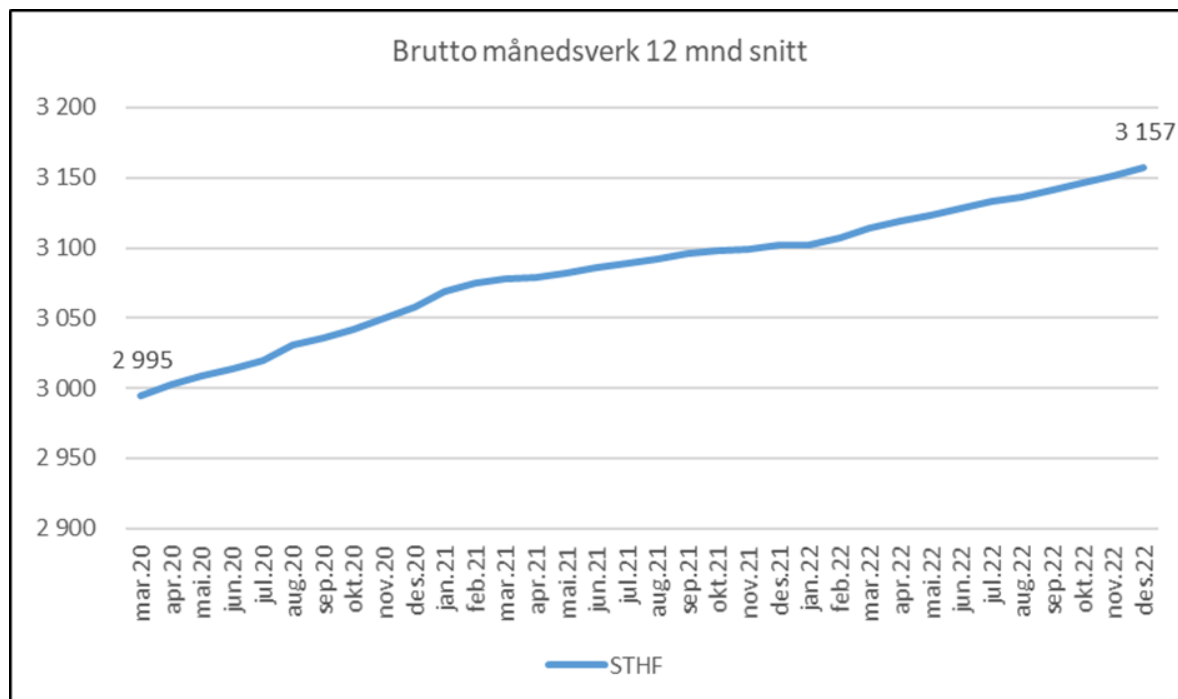
#### 4 Bemanning - brutto månedsverk, samlet lønnskostnad og innleie

Brutto månedsverk som ble utbetalt i desember var 3189, noe som er 4,8 % over budsjettet bemanningsforbruk og 75 månedsverk over fjorårsnivået. Det er i desember utbetalt 2 månedsverk direkte knyttet til den økte beredskapen som følge av pandemien.

Det ble i 2022 utbetalt 3157 brutto månedsverk, noe som er 3,5 % over budsjett, og 56 månedsverk over fjorårsnivået. Når vi trekker ut koronarelatert bemanning, er bemanningsforbruket 85 månedsverk høyere enn budsjettet. I dette tallet inngår også årsverk som er eksternt-finansiert og ikke budsjettet.

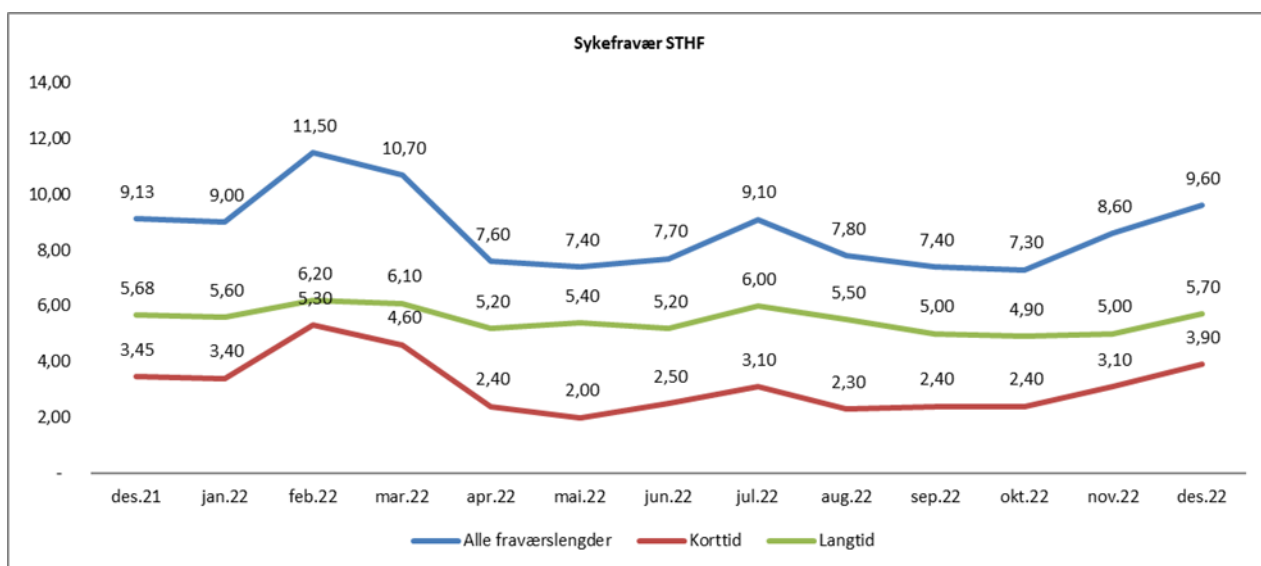
Med et sykefravær på 9,6 % i desember måned og 8,6 % hittil i år gir et høyt forbruk av variabel lønn. Målt mot fjoråret har forbruket av variable årsverk økt med 7,0 %. Sykefraværet var til sammenligning 7,4 % i fjor.

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



Samlede lønnskostnader for egne ansatte utgjorde 2408 millioner kr i 2022, mot budsjett 2326 millioner kroner. Dette er 135 millioner kr høyere enn i 2021. Innleie utgjorde 54,5 millioner kr i 2022, mot et budsjett på 20,2 millioner kr.

Grafen viser at sykefraværet har økt betydelig de to siste månedene, og i desember var sykefraværet hele 2,3 % - poeng høyere enn i oktober. Målt mot desember i fjor har sykefraværet økt med 0,5 % - poeng. Tallene som rapporteres i desember måned kan øke ved neste rapportering som følge av etterslep i registreringer.



## 5 Økonomi

### 5.1 Sykehuset Telemark

Sykehuset Telemark rapporterer et økonomisk resultat på –55,4 millioner kr. for 2022. Dette er 115,4 millioner kr. lavere enn budsjettet. Avviket skyldes en rekke forhold, blant annet:

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

Resultatet for desember isolert er meget svakt med -22,1 millioner kr mot budsjett + 5,0 millioner kr., og er en fortsettelse av særlig svake resultater i november og oktober. Hovedårsak til det store avviket i desember er de samme forholdene som nevnt over. Det er fortsatt store avvik knyttet til variabel lønn og innleie og i tillegg unormalt høye kostnader knyttet til varekjøp, gjestepasienter og Fritt Behandlingsvalg. Inntektene (ISF og poliklinikk) er om lag som budsjettet. Det svake resultatet i desember etterfølger svake resultater gjennom høsten og bekrefter at den økonomiske situasjonen er svært krevende og at det vil kreve tid og kraftfulle omstillinger å reetablere en bærekraftig økonomi.

Sykehuset iverksatte i september et program for å bremse kostnadsveksten på kort sikt. Programmet har gitt samla effekter i tråd med plan, men disse har ikke vært tilstrekkelige til å kompensere for den

negative utviklingen på andre områder. Det har blant annet vært en forventningen om redusert forbruk av variabel lønn og innleie som ikke har materialisert seg. Sykefraværet i desember har vært høyt og falt sammen med en fortsatt krevende driftssituasjon med høyt belegg og mange akutte ankomster. Dette har bidratt til høyt forbruk av variabel lønn og dermed til det svake resultatet.

<b>Regnskapsresultat pr.desember 2022</b>	<b>regnskap desember</b>	<b>budsjett desember</b>	<b>avvik desember</b>	<b>Budsjett 2022</b>	<b>Prognose 2022</b>	<b>avvik 2022</b>
Basisramme	2 642 103	2 622 312	19 791	2 622 312	2 642 103	19 791
Kvalitetsbasert finansiering	15 021	15 021	-	15 021	15 021	-
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	871 911	861 196	10 715	861 196	870 744	9 548
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	199 929	207 439	-7 510	207 439	197 891	-9 548
ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	60 252	71 054	-10 802	71 054	59 457	-11 597
ISF fritt behandlingsvalg	2 600	1 910	690	1 910	1 910	-
ISF refusjon pasientadministrerte legemiddel (H-resepter)	76 426	69 703	6 722	69 703	75 942	6 239
Utskrivningsklare pasienter	31 008	20 343	10 666	20 343	30 343	10 000
Gjestepasienter	25 051	22 325	2 726	22 325	25 325	3 000
Konserninterne gjestepasientinntekter	95 949	95 970	-22	95 970	96 970	1 000
Polikliniske inntekter	113 848	113 067	781	113 067	115 067	2 000
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake	-	-	-	-	-	-
Andre øremerkede tilskudd	105 009	22 018	82 991	22 018	100 018	78 000
Andre driftsinntekter	321 536	313 985	7 552	313 985	318 985	5 000
<b>SUM DRIFTSINNTEKTER</b>	<b>4 560 643</b>	<b>4 436 342</b>	<b>124 301</b>	<b>4 436 342</b>	<b>4 549 775</b>	<b>113 433</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	49 691	45 895	-3 797	45 895	47 895	-2 000
Kjøp av private helsetjenester	154 643	127 636	-27 007	127 636	147 636	-20 000
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	598 010	574 304	-23 706	574 304	592 304	-18 000
Innleid arbeidskraft - del av kto 468	54 535	20 162	-34 373	20 162	54 162	-34 000
Konserninterne gjestepasientkostnader	317 216	305 576	-11 641	305 576	309 576	-4 000
Lønn til fast ansatte	2 042 864	2 044 532	1 667	2 044 532	2 044 532	-
Overtid og ekstrahjelp	166 837	107 209	-59 628	107 209	168 209	-61 000
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	368 634	358 911	-9 723	358 911	369 995	-11 085
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-137 247	-137 767	-520	-137 767	-135 767	-2 000
Annen lønn	335 534	312 123	-23 410	312 123	334 123	-22 000
Avskrivninger	103 929	105 907	1 978	105 907	104 107	1 800
Nedskrivninger	-2 675	-	2 675	-	-	-
Andre driftskostnader	574 895	518 965	-55 931	518 965	568 613	-49 648
<b>SUM DRIFTSKOSTNADER</b>	<b>4 626 867</b>	<b>4 383 452</b>	<b>-243 415</b>	<b>4 383 452</b>	<b>4 605 385</b>	<b>-221 933</b>
<b>DRIFTSRESULTAT</b>	<b>-66 224</b>	<b>52 890</b>	<b>-119 114</b>	<b>52 890</b>	<b>-55 610</b>	<b>-108 500</b>
Finansinntekter	16 828	11 073	5 755	11 073	16 573	5 500
Finanskostnader	5 955	3 963	-1 992	3 963	5 963	-2 000
<b>FINANSRESULTAT</b>	<b>10 874</b>	<b>7 110</b>	<b>3 763</b>	<b>7 110</b>	<b>10 610</b>	<b>3 500</b>
<b>(ÅRS)RESULTAT</b>	<b>-55 351</b>	<b>60 000</b>	<b>-115 351</b>	<b>60 000</b>	<b>-45 000</b>	<b>-105 000</b>

## 5.2 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 2022	lønn	andre driftskostnader	driftsinntekter	Sum	justering resultat per juni
Kirurgi	-15 086	-22 968	10 944	-27 110	18 127
Medisin	-27 965	-17 227	37 018	-8 174	13 715
Barne- og ungdomsklinikken	682	-4 589	-7 744	-11 651	9 248
Akutt og beredskap	-22 907	-20 541	17 619	-25 829	17 418
Medisinsk serviceklinikk	6 198	-26 833	9 703	-10 931	9 173
Psykiatri og rus	-10 960	-22 906	17 486	-16 380	16 001
Service og systemledelse	-3 039	-7 607	10 974	328	9 169
SUM klinikker	-73 077	-122 673	96 001	-99 749	92 853
Administrasjon	1 403	6 928	-9 233	-903	
Kjøp og salg av helsetjenester		-21 837	1 651	-20 186	
- biologiske legemidler og kreftlegemidler		7 755	-3 627	4 128	
- gjestepasientoppjør somatikk (inkl lab, rad)		-785	2 770	1 985	
- psykiatri og TSB - gjestepasienter og fritt behandlingsvalg		-28 807	2 508	-26 299	
Felles poster	-8 509	-10 455	24 451	5 487	-92 853
BUDSJETTAVVIK per desember 2022	-80 183	-148 037	112 870	-115 351	0

**Kirurgisk klinikk** har et negativt resultat per desember på -27,1 millioner, som er -8,5 millioner kroner forverring fra forrige periode. Avviket i 2022 gjelder hovedsakelig lønnskostnader (-8,3 millioner kroner), innleie fra byrå (-2,5 millioner kroner), uløst sparekrav (-7,1 millioner kroner), og lavere inntekter (-6,6 millioner kroner). Det er særlig november og desember som har hatt lav aktivitet. Det har også vært noe lavere legekapasitet i hos enkelte fag grunnet permisjoner, ferieavvikling og kurs, som har gjort driften mer sårbar for ytterligere uforutsett fravær. Sykefraværet har vært økende mot slutten av året, som har ført til økte variable lønnskostnader.

**Medisinsk klinikk** har et negativt avvik på -8,2 millioner kroner per desember. Sykefraværet er økende; 10,6 % i desember. Sykefraværsprosenten hittil i år er 8,8 % - dette er en økning på 1,4 % sammenlignet med i fjor. Forbruket av variabel lønn er fortsatt betydelig på grunn av et svært høyt pasientbelegg ved samtlige av de medisinske sengepostene i Skien og Notodden. De direkte pasientrelaterte varekostnadene har også vært høyere enn budsjettet som en konsekvens av høy døgn- aktivitet. Klinikken melder at antall kombinasjonsbehandlinger øker innenfor kreftbehandlingen, samt at enkelte kostbare kreftmedikamenter tas i bruk for stadig flere pasientgrupper. ISF-inntektene har vært 3,7 % høyere enn budsjettet, og bidrar dermed med betydelige positive budsjettavvik. Denne meraktiviteten har imidlertid ikke klart å kompensere for de økte driftskostnadene, spesielt i oktober og november. Desember måned viser imidlertid et moderat pluss (1,0 MNOK) på «bunntinjen».

**Barne- og ungdomsklinikken** har et negativt avvik på 11,7 millioner kroner per desember. Avviket skyldes lavere ISF-inntekter i somatikken og lavere inntekter enn budsjettet i Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP) grunnet endrede kostnadsvekter samt lavere aktivitet enn budsjettet.. ABUP har høye kostnader med innleie av lege- og psykologspesialister, men dette dekkes for en stor del av lavere lønnskostnader. Høyt sykefravær på sengepost for barn har gitt utfordringer å dekke vakter med tilstrekkelig kompetanse, og ført til økte kostnader med overtid.



**Akutt og beredskapsklinikken** har et akkumulert resultat per desember som viser et negativt budsjettavvik på 25,8 millioner kroner, og dette er en forverring med 4,3 millioner kroner fra forrige periode. Avviket er hovedsakelig på lønn, innleie fra vikarbyrå, medikamenter og medisinske forbruksvarer. Aktiviteten i ambulanse, akuttmottak og intensiv er mye høyere enn budsjettet og med fast ramme/rammefinansiering gir dette kostnadsavvik. DRG inntekter som genereres av økt aktivitet inntektsføres i medisinsk og kirurgisk klinikk. Driften av klinikken konsentreres om å gi pasientbehandling med høy kvalitet i kombinasjon med aktiv daglig ressursstyring, blant annet med bruk av ressurser på tvers av seksjoner og lokasjoner. Sykefraværet i klinikken øker med 0,7 % fra november måned og er i desember på 9,9 %.

**Medisinsk serviceklinikk** har et negativt avvik på 10,9 millioner kroner per desember, og dette er en forverring med 2,5 millioner kroner fra forrige periode. Fertilitetsavdelingen sør fikk fra og med høsten 2022 konkurranse med landets største private aktør; klinikk Hausken. Dette har medført at ansatte har sluttet i ved klinikken og avdelingen blir erstattet med nye leger som er under opplæring. Dette medføre lavere aktivitet ut året. Høye sykepengerefusjoner samt vakanser bidrar til lave lønnskostnader i klinikken. Lavere lønnskostnader enn budsjett kompenserer for økte kostnader med innleie av legeressurser til patologi og radiologi. Klinikken har hatt høyt aktivitetsnivå i 2022. Sykefraværet er noe redusert siste måned og viser nå 7,9 %.

**Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling** leverer et negativt budsjettavvik på 16,3 millioner kroner per november. Dette er en forverring på 4,2 millioner i november måned.

Klinikken har i hele år hatt et høyt trykk på de voksenpsykiatriske sengepostene. Aktiviteten overgår både budsjett og fjoråret. På grunn av både det høye trykket og høyt sykefravær har driftssituasjonen på de lukkede akuttpostene ført til høyt forbruk av overtid og variabel lønn. Det skal legges til at bruken av overtid og ekstrahjelp den siste måneden ligger 13 % lavere enn gjennomsnittsforkullet i per november.

Rekrutteringsutfordring på spesialister fører til høyt forbruk av innleie fra byråer. Dette gir en stor utfordring både på aktivitet og økonomi. Klinikken har i år brukt 20,2 millioner på dette.

Den polikliniske aktiviteten viser en nedgang fra i fjor. Nedgangen skyldes en vesentlig nedgang i antall terapeuter, spesielt innenfor TSB. TSB har økt produktiviteten, og har på tross av stor nedgang i antall terapeuter kun en reduksjon på 1,1 % i aktivitet. VOP har også en reduksjon i antall terapeuter som samsvarer med aktivitetsnedgangen. Produktiviteten i har økt med 15 % innenfor TSB, mens VOP er på samme nivå som i fjor. TSB viser de fem siste måneder en høyere aktivitet enn i fjor. Klinikken har et samlet negativt avvik på polikliniske inntekter tilsvarende 2,9 millioner i 2022. Desember isolert var som budsjettet.

**Service- og Systemledelse** avslutter 2022 med et positiv resultat på 0,3 millioner kroner. Resultatet er preget av en del ekstraordinære positive effekter innen medisinsk teknisk avdeling. Både kostnader for serviceavtaler og medisinsk teknisk insulinutstyr er betydelige lavere enn opprinnelig

budsjettert. Hvis man ser kun på driftsavdelingene i SSL, dvs. uten MTU og pasientreiser, slutter dem på minus 2 millioner kroner. Der ligger en god del ekstraaktivitet med i kostnadsmassen, for eks. ekstraaktivitet på grunn av høy pasientbelegg eller ekstraansettelser ivm med pilotprosjekt for kontorfaglige støttefunksjoner. Bare disse utgjør 1,3 millioner kroner. Brutto årsverk i 2022 er 7,7 årsverk over budsjett, derav 4,2 årsverk relatert til Covid-19. Sykefraværet ligger på 9% etter siste oppdatering (nov).

**Administrasjonen** har et resultat 0,9 millioner kroner dårligere enn budsjettert per desember. Økte kostnader i bemanningssenteret dekkes delvis opp av vakanser og høye sykepengerefusjoner i de andre avdelingene. Utleie av personell fra Teknologi og e-helse bidrar positivt til resultatet.

**Felles:** Fellesposter har et resultat 5,5 millioner kroner bedre enn budsjett for 2022. Det er inntektsført 63,7 millioner kroner i koronakompensasjon i år, samt 9,4 millioner kroner i ekstrabevilgning i november. Nullstilling av resultatene i klinikkene med 92,9 millioner kroner bidrar negativt til resultatet. Høyere inntekter for utskrivningsklare pasienter dekker delvis opp for uløst utfordring og effekt av lønnsoppgjøret.

## 6 Tertianvise forhold

### 6.1 Forskning

Sykehuset Telemark har i 2022 utvidet og forbedret støttefunksjonene for forskning og innovasjon ved helseforetaket.

#### **Kliniske behandlingsstudier**

I samarbeid med sykehuset i Vestfold har vi tildelt strategiske forskningsmidler til gjennomføring av kliniske behandlingsstudier (KBS) som rekrutterer pasienter fra begge helseforetakene. Vi har hatt fokus på kliniske behandlingsstudier i styret, i ledergruppen, i utvidet ledergruppe, og på ulike fagmøter. Vi har etablert nye rutiner for lettere samarbeid mellom tjenesteavdelingene og eksternt og lokal utprøver. Vi har styrket samarbeidet med Inven2, de andre forskningsadministrasjonene og sentral forskningsstøtte for kliniske studier. Vi har standardisert oppstart av kliniske studier og utarbeidet prosedyrer for dette. Alle tiltakene har medført at vi har innfridd kravet om 15 % økning i aktive KBS siden 2021. Vi hadde 11 aktive studier i 2021 og 14 aktive studier i 2022 og flere studier skal startes første halvdel av 2023. Vi er også koordinerende senter for et par store multisenterstudier. Sykehuset tilbyr nå flere pasientgrupper utprøvende behandling enn tidligere.

### **Personvern, IKT og innovasjon**

Forskningsavdelingen har etablert et tett samarbeid med personvernombud og informasjonssikkerhetsansvarlig. Personvernombudets tilrådning til forskningsprosjekter er delegert til spesialrådgiver i forskningsavdelingen. Det avholdes jevnlig møter med IKT og e-helse og forskningsstøtte for å sikre at forvaltning av applikasjonene for forskning ikke kommer i konflikt med etablert teknologi og personvernpolicy. Vi har ansatt en IKT-rådgiver for forskning og innovasjon som starter i forskningsavdelingen 1. april-23. Den nyansatte rådgiveren skal videreutvikle og forvalte nye IKT-løsninger for forskning og tjenesteinnovasjon og drive brukerveiledning. IKT-rådgiveren vil også få ansvar for å digitalisere det medisinske kvalitetsregisteret Gastronet noe som vil styrke infrastrukturen og forskningsaktiviteten knyttet til dette kvalitetsregisteret som STHF har nasjonalt ansvar for.

IKT-rådgiver for forskning og innovasjon vil dessuten kunne bidra til at STHF i større grad kan utvikle IKT-baserte tjenester i samarbeid med de andre helseforetakene, lokalt næringsliv, USN, innovasjonssenteret i Vestfold og andre relevante aktører i regionen. Økt realisering av innovasjonspotensialet i STHFs forskning, samt utvikling av nye løsninger som medfører kortere ventetider, økt pasientsikkerhet, bedre tilgjengelighet og økt kvalitet i pasientbehandlingen, bør styrkes på sykehuset.

### **Forskningsgrupper og ledelsesforankring**

Forskningen har fått et tydeligere fokus i ledelsen og vi har etablert fem forskningsgrupper (EPIDEMIOLOGI, KREFT, MEDISINSK GENETIKK, PERSON, PSYKISK HELSE) ved sykehuset. Den største utfordringen vi står ovenfor er rekruttering av nye forskere til sykehuset slik at nye ideer kan utvikles, prosjekter kan gjennomføres, innovasjonspotensialet kan utnyttes og nye og forbedrede tjenester og behandlinger kan tilbys våre pasienter.

Vi håper forskningsgruppene vil skape mer robuste og konkurransedyktige forskningsmiljøer som vil være rekrutterende for forskningsinteresserte.

### **Resultat**

STHF vil bli kreditert for 55-60 vitenskapelige artikler og 7 kliniske behandlingsstudier som startet å rekruttere pasienter i 2022. Ingen doktorgrader ble avsluttet i 2022, men det forventes 5-6 doktorgrader i 2023. Antall vitenskapelige publikasjoner er nå tilbake til samme nivå som før pandemien, med en økning på ca 10 artikler fra 2021. Vi publiserer en relativt stor andel (ca 25 %) i nivå 2 tidsskrift (høy impact) sammenliknet med tidligere og også sammenliknet med andre helseforetak i HSØ. Dette betyr at kvaliteten på forskningspublikasjonene er høyere enn tidligere, noe som også gjenspeiles i medieoppmerksomheten noen av publikasjonen har fått. Dette er svært positivt for omdømmet til sykehuset.

## 6.2 Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

### Pasientskader – målt med Global Trigger Tool (GTT)

Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 har mål om at sykehusene skal redusere andel pasientopphold med minst én pasientskade - alle alvorlighetsgrader, med 25 % fra 2017 til 2023, målt med Global Trigger Tool (GTT). For Sykehuset Telemark innebærer dette en reduksjon fra 15,8 % (2017) til 11,9 % (2023).

Tabellen viser utviklingen i GTT-målinger ved Sykehuset Telemark:

År	2017	2018	2019	2020	2021
GTT	15,8 %	9,2 %	6,7 %	7,1 %	5,4 %

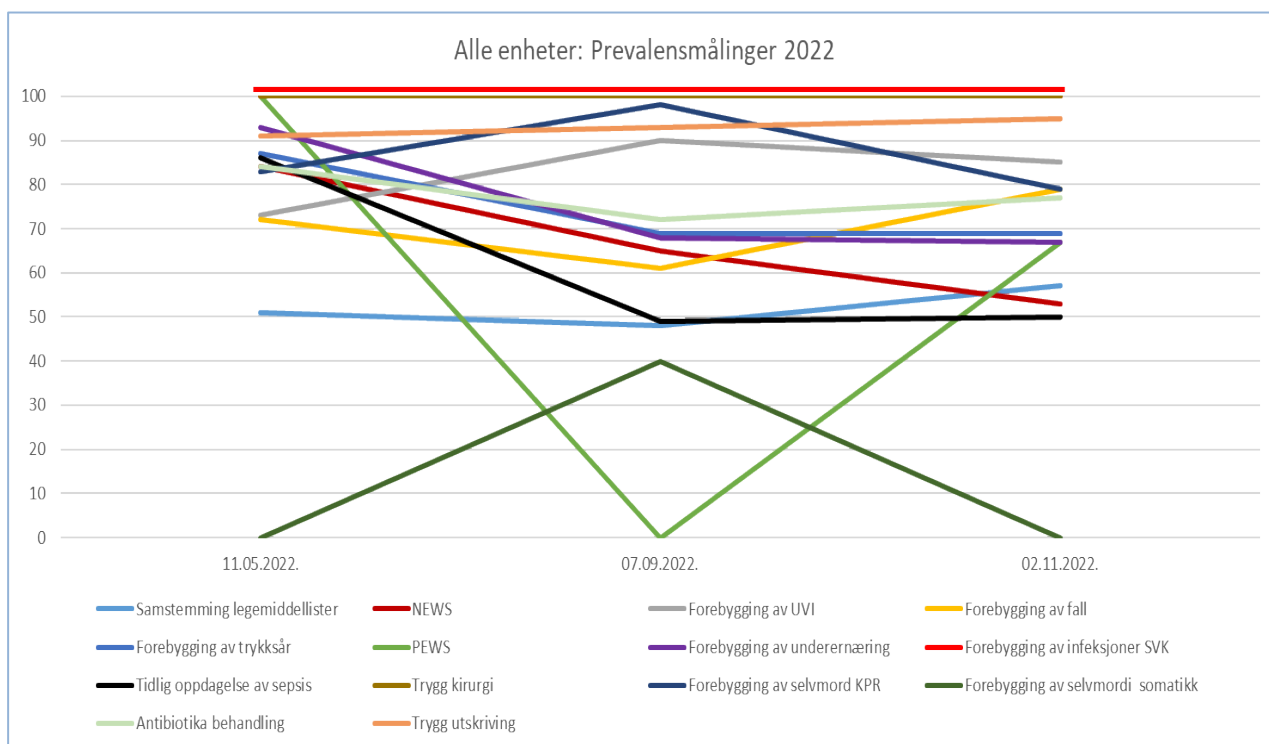
Kilde: Pasientskader i Norge målt med Global Trigger Tool, Helsedirektoratet

Målingene ved Sykehuset Telemark er basert på gjennomgang av 240 pasientjournaler årlig i medisinsk og kirurgisk klinikk. GTT-målingene har de siste årene holdt seg lavt med små variasjoner. Resultatene fra 2021 er de beste som er gjennomført ved Sykehuset Telemark.

Sykehuset deltar i nasjonalt GTT-prosjekt, der målet er å videreutvikle GTT-metoden og etablere en nasjonal kvalitetsindikator for pasientskade. Prosjektet har trukket ut i tid og sykehusene avventer informasjon om videre framdrift fra Helsedirektoratet som prosjekteier.

### Prevalensundersøkelser – pasientsikkerhet

Prevalensmålinger pasientsikkerhet 2022



*Merknad: Prevalensmålingene gjennomføres 4 ganger årlig. I 2022 ble det kun gjennomført 3 målinger. På grunn av pandemisituasjonen vinteren tidlig i 2022, ble den første målingen avlyst.*

Prevalensundersøkelser pasientsikkerhet, gjennomføres fire ganger årlig for å sikre implementeringen av de nasjonale innsatsområder fra I trygge hender - 24/7 - det tidligere pasientsikkerhetsprogrammet og nye nasjonale fagråd.

Prevalensmålingene viser 100 % måloppnåelse for innsatsområdene «Forebygging av infeksjoner SVK» og «Trygg kirurgi» for alle målingene. Innsatsområdene «forebygging av UVI og forebygging av fall» har en positiv utvikling, mens «NEWS», «PEWS» og «Tidlig oppdagelse av sepsis» har forbedringspotensial.

Resultatene fra prevalensundersøkelsene behandles fortløpende av administrerende direktørs ledergruppe og følges opp i felles prevalensmøter som er møteplasser for læring på tvers for seksjonene.

#### Spesielt om NEWS

NEWS er systematiske målinger av vitale parameter som skal sikre tidlig oppdagelse av forverret tilstand. Opplæring og re-opplæring NEWS er sentrale tiltak i sykehusets forbedringsarbeid for å sikre kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen. NEWS ses i sammenheng med oppfølgingen av den nasjonale kvalitetsindikatoren 30-dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse uansett årsak.

Tabellen under viser utvikling i opplæringsaktiviteter for NEWS i regi av SIM-senteret

Rapportering	Antall gjennomførte NEWS kurs for instruktører	Antall nye / reopplærte NEWS instruktører	Antall grunnkurs for nyansatte i regi av SIM
--------------	--	---	--

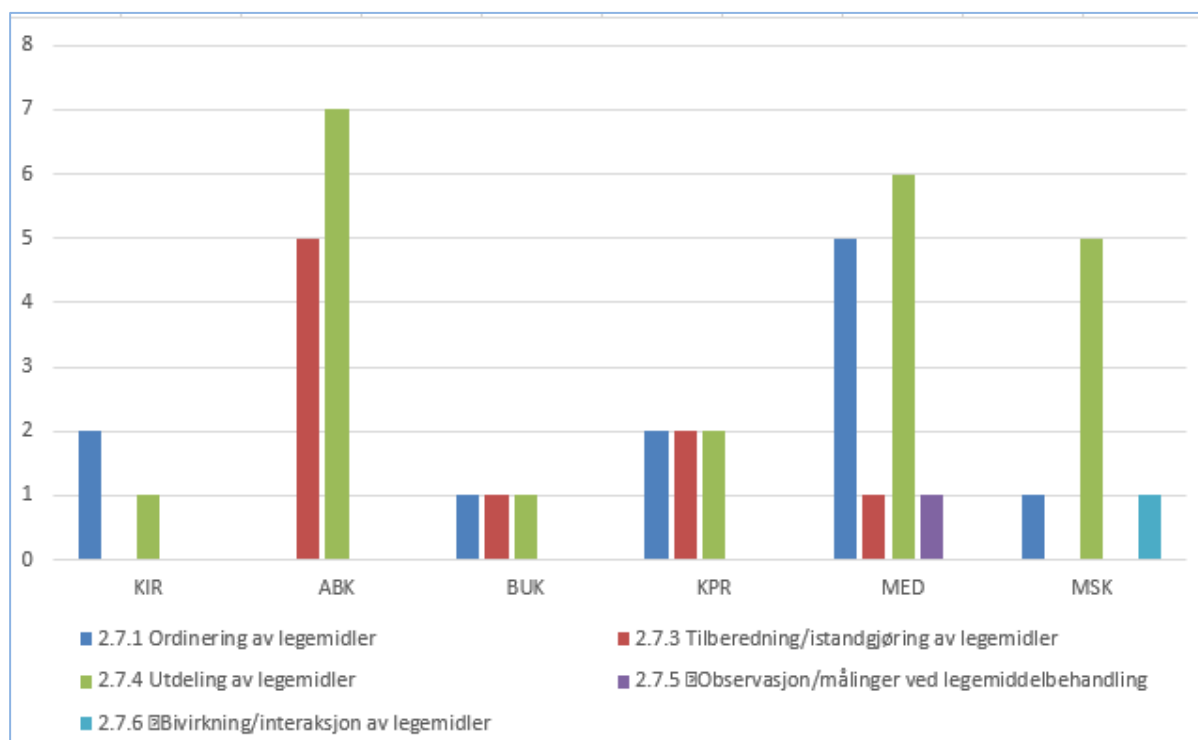
Side 24 av 47

2021	12	21/10	
1.tertiel 2022	3	2/0	
2.tertiel 2022	0	0/0	1
<b>3.tertiel 2022</b>	<b>2</b>	<b>3/0</b>	<b>6</b>
<b>2022</b>	<b>5</b>	<b>5/0</b>	<b>7</b>

### Handlingsplan for legemiddelsikkerhet 2022

Legemiddelopplæringen er under omlegging. Re-opplæring søkes primært gjennomført på seksjonenes fagdager. Opplæring av nyansatte har høy prioritet og ordinære klasseromkurs gjennomføres hver måned. Nøkkeltall for opplæring mangler på grunn av etterslep i registreringen av gjennomførte kurs i Kompetanseportalen.

*Pasienthendelser på legemiddelområdet, klassifisert med NOKUP (hendelsestyper) - 3. tertial 2022*



### Pasientsikkerhetskonferansen 2022 ved Sykehuset Telemark

Den første pasientsikkerhetskonferansen ved Sykehuset Telemark ble arrangert i november. Tema for konferansen var legemiddelsikkerhet, selvmordsforebygging, kommunikasjon og pandemi. Det ble også delt ut to forbedringspriser.

I hele konferanse uka, var det aktiviteter og arrangementer med fokus på pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring; Pasientsikkerhetsvisitter og kveldsvisitter, fremlegg av forbedringsprosjekter og

Side 25 av 47

seminar om " Ledelse og kvalitet i helsetjenesten-arbeidsglede og orden i eget hus" ved Elisabeth Arntzen. Oppslutningen var stor og det kan konkluderes med at Pasientsikkerhetskoneransen ble en suksess. Evalueringen av konferansen og videre veivalg, behandles som egen ledergruppesak i februar 2023.

### Uønskede pasienthendelser

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

Sykehuset arbeider kontinuerlig for å sikre en god meldekultur.

Uønskede pasienthendelser behandles hver vår som egen sak i adm. direktørs ledergruppe og sykehusets styre.

#### Utviklingen i uønskede pasienthendelser, varsler om alvorlige hendelser og hendelsesanalyser

Rapportering	Uønskede pasienthendelser	Varsel om alvorlige hendelser til Helsetilsynet og Ukom (Sph.tjl. § 3-3a)	Hendelsesanalyser
2018	934	22	
2019	1078	18	
2020	1036	16	
2021	1260	28	20
1.tertial 2022	440	12	7
2.tertial 2022	502	6	5
3.tertial 2022	612	6	1
2022	1554	24	13

Kilde: TQM, EQS og Public 360. Merk: På grunn av etterregistreringer og inaktivering av saker gjennom året, vil det forekomme mindre justeringer av tallene.

Det er en jevn økning i registrering av uønskede pasienthendelse gjennom året. Dette ses i sammenheng med implementeringen av det nye avviks- og forbedringssystemet EQS,

Antallet § 3-3a varsler har holdt seg på samme nivå gjennom 2. - og 3. tertial.

Det har vært satt i gang kun 1 ny hendelsesanalyse i 3. tertial. Det er imidlertid gjennomført flere hendelsesanalyser, som ble bestilt i slutten av 2. tertial. Hendelsesanalyser vurderes gjennomført i alle 3-3a saker. Gjennomførte hendelsesanalyser med tiltaksplaner legges fram i sykehusets felles og

klinikkvise kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg. Status og effekt av forbedringstiltak følges opp i administrerende direktørs oppfølgingsmøter med klinikksefene.

## Pasientklager

### Utviklingen i pasientklager

Rapportering	Pasientklager
2018	138
2019	221
2020	151
2021	188
2022	317

Kilde: Public 360/HelseNorge

Antallet klager har økt i 2022. Dette kan sees i sammenheng med at det har blitt veldig enkelt å klage via elektronisk klageskjema på Helse Norge. Informasjon og lenke til klageskjema er lagt inn i sykehusenes brevmaler. Økningen kan også være relatert til pågående forbedringsarbeid som blant annet skal sikre at alle saker registreres i Public 360.

## Tilsynssaker

I 2022 behandlet Statsforvalteren i Vestfold og Telemark totalt 31 tilsynssaker der det ble tatt stilling til lovbrudd. Det ble påvist lovbrudd i 18 av sakene.

## NPE-saker

### Utvikling NPE saker

År	Antall saker til NPE	Antall vedtak medhold	Antall vedtak avslag
2020	92	34	54
2021	120	32	62
2022	116	17	68

Kilde: NPE

Antall saker som er meldt til Norsk pasientskadeerstatning (NPE) i 2022 holder seg på samme nivå som i 2021. I 2022 har det vært en nedgang i medholdsaker, mens antallet avlagsaker er relativt stabilt.



### Indikator for meldekultur

Utviklingen i antall medholdsaker NPE og om de registreres som avvik, følges opp som egen kvalitetsindikator for meldekultur i Sykehuset Telemark. Forbedringsarbeidet har utgangspunkt i NPE's rapport «Undersøkelse av samsvar mellom NPE-saker og saker i sykehusenes avvikssystemer» fra 2019. Rapporten viste at Sykehuset Telemark i likhet med de fleste andre sykehus, hadde stort forbedringspotensial for registrering av pasientskader i avvikssystemet.

Antall nye medholdsaker NPE som er meldt i avvikssystemet/ antall nye medholdsaker					
Rapportering	STHF samlet	KPR	KIR	MED	ABK
3. tertial 2020 (Ny)	0/1	0/0	0/1	0/0	0/0
1.tertial 2021	3/5	0/0	0/2	2/2	1/1
2. tertial 2021	3/4	0/0	1/2	2/2	0/0
3. tertial 2021	1/4	0/0	0/2	1/2	0/0
Resultat 2021	7/13	0/0	1/6	5/6	1/1
1.tertial 2022	0/1	0/0	0/0	0/0	0/0
2.tertial 2022	1/2	1/1	0/1	0/0	0/0
3.tertial 2022	3/5	0/0	1/2	1/2	1/1
Resultat 2022	4/8	1/1	1/3	1/2	1/1

Kilde: NPE og TQM/EQS. STHFs målinger inkluderer saker med hendelsesdato etter 01.01.20.

I 3.tertial er 3 av 5 medholdsaker NPE meldt som uønsket hendelse i avvikssystemet. Totalt for 2022 er 4 av 8 medholdsaker NPE, meldt som uønsket hendelse i avvikssystemet. Til sammenligning var antallet 7 av 13 meldt i avvikssystemet i 2021. Dette viser at om lag halvparten av medholdsakene blir meldt i avvikssystemet. Det må tas høyde for at tallene er små.

NPE har på nytt undersøkt samsvarsgraden av medholdsaker og avviksregistrering i 2022. Sykehuset Telemark deltok også denne gangen. Rapporten skal etter planen publiseres våren 2023.

### 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, eierkrav og egne definerte krav og målsetninger.

God forberedelse og oppfølging av tilsyn og revisjoner er en sentral del av det systematiske forbedringsarbeidet innen kvalitet, pasientsikkerhet og HMS.

Under pandemien var tilsyns- og revisjonsaktiviteten på et minimum. I 2022 har aktiviteten vært økende. Tabellen under gir en kortfattet oversikt med status for tilsyn og revisjoner

Tid	Tilsyns-organ	Enhet	Tema	Funn	Status
Mars 2022-	Konsern-revisjonen	KIR (ort) /MED/ FAG - STHF	Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester		Rapporten presenteres i januar 2023
Mars 2022-	Konsern-revisjonen	KPR	Rådgivningsrevisjon Bruk av tvangsmidler		Rapport presenteres i januar 2023
April 2022-	Arkivverket	DOK/SSL/STHF	Arkivhold		Utsatt
Sept 2022	Arbeids-tilsynet	KPR Rus Notodden	Forebygging arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager og psykiske plager		Pågå
Nov 2022	Kiwa AS Miljø-revisjon	Ledelse og administrasjon, utvalgte enheter i Skien og på Notodden	Periodisk revisjon av sykehuset miljøsystem i henhold til ISO 14001	2 avvik: manglende miljømål og handlingsplan, mangler ved drift  2 observasjoner: manglende handlingsplan, mangler i LGG	Avsluttet

### Nytt forbedringssystem- EQS Implementering

Nytt forbedringssystem EQS ble tatt i bruk 4. april 2022 ved sykehuset. Det er gjennomført opplæring for alle ansatte og ledere og etablert en forvaltning av systemet med systemadministrator og lederstøtte i klinikkene.

Tabellen under viser at meldefrekvensen i EQS for perioden 1/5 til 31/12 2022 er større og nesten lik som i TQM for samme periode året før for uønskede pasienthendelser og ansatt skader. Det

forventes at antall meldte hendelser vil øke ettersom organisasjonen erfarer at systemet gir økte muligheter for dokumentasjon og oppfølging gjennom tilgjengelige rapporter og statistikker.

Periode/system:	Pasienthendelser	Ansatt skade hendelser	Generelle avvik (pasient/ansatt ikke involvert)	HMS/annet hendelser (uten ansattskade)
1/5-31/12 2021 TQM	893	270	877	
1/5-31/12 2022 EQS	1040	206		534

Det er etablert en gevinstrealiseringsplan for EQS som følges opp jevnlig i KPU STHF.

Det er etablert et forum med systemadministrator for hver klinikk som bidrar til support og oppfølging av klinikkens implementering av EQS. Det er utarbeidet NOKUP (Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser) rapporter for alle klinikkene som grunnlag for videre forbedringsarbeid, og det er fokus på videre opplæring i å ta ut relevante rapporter i sanntid.

### 6.3 HMS og arbeidsmiljø

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

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

Sykehuset har over tid vært i en krevende situasjon med vedvarende høyt arbeidspress. Sykehuset har i perioden hatt et høyt pasientbelegg i kombinasjon med mye sykefravær blant ansatte. Rekrutteringsutfordringer har gitt behov for økt bruk av overtid på fast ansatte og vikarer. Dette bidrar til økt belastning på ansatte i flere seksjoner og påvirker arbeidsmiljø.

Det er i flere klinikker utfordringer knyttet til å rekruttere inn kvalifisert helsepersonell. Dette medfører merarbeid og dyre, økonomiske løsninger for å sikre tilstrekkelig faglig forsvarlighet i pasientarbeidet.

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/ Arbeidsmiljøindikatorer 1- 3 tertial 2022
--

Indikator/ tertial	1.tertial 2021	2. tertial 2022	3. tertial 2022
Fraværsskader	19	6	6
Antall registrerte HMS hendelser	174	351	390
Antall lukkede HMS hendelser	87	167	201
Antall registrerte vold og trusselhendelser (somatikk)	6	13	17
Antall registrerte vold og trusselhendelser (psykiatri)	48	19	13
Totalt antall vold og trussel hendelser registrert	54	33	30

Det har vært en stor nedgang i meldte fraværsskader fra 19 i første tertial til 6 i andre og 6 i tredje tertial. Noe kan skyldes overgang til nytt meldesystem (EQS), bl.a må hendelsen være behandlet av leder før kategorisering vises og vi ser også en stor nedgang i antall meldte covid-19 relaterte personskademeldinger. Generelt har antall meldte HMS hendelser økt utover året og det forventes en videre økning ettersom ansatte vil erfare mulighet for oppfølging via statistikk av ulike type hendelser som grunnlag for forbedringsarbeid.

Det har vært en nedgang i meldte volds- og trussel hendelser i psykiatrisk klinikk etter overgang til nytt meldesystem EQS. Psykiatrisk klinikk følger opp dette og jobber bl.a. med opplæring og informasjon om bruk av nytt system og det forventes at meldte hendelser vil øke etter hvert.

#### 6.4 Personvern og informasjonssikkerhet

Risiko for eksterne dataangrep anses økt noe, bl.a. ppa situasjonen med Ukraina. Trusselvurderinger tilsier noe økt risiko og Sykehuspartner vurderer fortløpende trusselsituasjon og melder til oss om endringer av trusselnivået. Vi får også direkte informasjon fra HelseCERT og deres vurderinger. Medarbeidere er informert om risiko for phishing-angrep, og får anbefalinger om hvordan man skal forholde seg til dette. Hoxhunt er rullet ut for at medarbeidere skal kunne rapportere mistenkelige e-poster og heve kompetansen. Sykehuspartner HF har i perioder hatt økt beredskap og overvåkning av situasjonen.

IT-løsning for regional protokoll etter Artikkel 30 er levert, men har ikke hatt ønsket kvalitet. Sykehuspartner er nå iferd med å gi oss en ny versjon med høyere kvalitet slik at det er lettere for oss å få oversikten og vedlikeholde.

Vi må ha fortsatt fokus på å etterleve sikkerhetskrav i nyanskaffelser. Det er pågående utfordringer med nyanskaffelser og bruk av spesielt amerikanske skytjenester, evt. der hvor leverandør har

amerikanskeid morselskap. Lokalt må vi risikovurdere denne type løsninger fra gang til gang, gjennom en totalvurdering vektet mot oppsider for f.eks. pasient, kombinert med kompenserende tiltak. Det pågår som kjent dialog med Datatilsynet, og EU jobber med et nytt rammeverk for å kunne behandle personopplysninger i USA.

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

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

Etter innføringen av nytt forbedringssystem EQS 01.04.2022 får personvernombud og informasjonssikkerhetsleder automatisk kopi av registrerte meldinger innen informasjonssikkerhet og personvern (der meldinger er registrert slik). Det gir en bedre oversikt over avvik på området og at det også vil identifiseres flere hendelser som kan være meldepliktig til Datatilsynet. Det er meldt to avvik til Datatilsynet i 2022 (juni og august).

## **6.5 Status tiltaksplan for ledelsens gjennomgang 2022**

Direktørens ledergruppe gjennomførte Ledelsens gjennomgang den 30. august. Hensikten med ledelsens gjennomgang er å følge opp og vedlikeholde de systematiske aktivitetene for styring og kontroll av en virksomhet. Ledelsens gjennomgang skal gjennomføres årlig i henhold til definert årsplan og inngå som underlag til budsjett, strategi og virksomhetsplan. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten beskriver sykehusets plikt til å evaluere jfr. § 8f.

*«minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten»*

Ledelsens gjennomgang av miljøsystemet inngår som en integrert del av foretakets gjennomgang.

Tabellen under viser *Status tiltaksplan for Ledelsens gjennomgang 2022*. Det ble vedtatt 51 tiltak, som har følgende status per 31. desember:

- 35 prosent rapporteres som gjennomført (status grønn)
- 59 prosent rapporteres som påbegynt eller utsatt (status gul)
- 6 prosent rapporteres som ikke startet. Tiltakene skal gjennomføres, men er forsinket. De skal ikke erstattes av andre tiltak (status rød)

## Ledelsens gjennomgang (LGG) 2022

### *Rapportering av status per 31.12.2022 for tiltaksplan*

#### 1. Oppfølgingstiltak etter tidligere LGG

##### Resultat /måloppnåelse:

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

##### Utfordringsbilde på systemnivå:

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

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Måloppnåelse/ status per 31.12.22	Status/ farge
Ta i bruk nytt forbedringssystem til ledelsens gjennomgang på foretaks- og klinikknivå	Kvalitet/ spes.rådgiver	2023	Arbeid påstartet	

#### 2. Vurdering av prestasjoner og måloppnåelse

##### Resultat / måloppnåelse:

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

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

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

**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 31.12.22	Status/ farge
Løpende arbeid med forbedre virksomhetsstyring/rapportering og tilgjengeliggjøre relevant styringsinformasjon for leder på ulike nivå. Bygge på datafangst som blir tilrettelagt for gjennom RDAP.	Øk.direktør	Løpende utvikling	Pågår. Fremdrift styres av innføring og utrulling av RDAP	
Vurdere å ta i bruk risikostyringsmodul i EQS.	Øk.direktør.	31.12.2022	Forsinket, fokus 1H-23	
Samordne vurdering av ulike risikoområder på tvers av styringsaktiviteten ved sykehuset. Aktivt bruke identifiserte risikoområder som utgangspunkt for forbedringsarbeid, revisjoner osv	Øk.direktør	Løpende	Ikke startet. Videre arbeid vurderes med bakgrunn i rapport fra Riksrevisjonen vedr. risiko-styring i helseforetak (rapport forventes ca. juni 2023).	
Restanser til oppfølging fra tidligere LGG: Enhetlig oppbevaring og arkivering av risikovurderinger (P360 med varsling).	Kl.sjef SSL	Ikke fastlagt	Arbeid ikke utført. Starter opp arbeidet i januar -23	

**2.1 Vurdering av prestasjoner og måloppnåelse – HMS**

**Resultat/måloppnåelse:**

Resultat fra måloppnåelse i overordnet HMS handlingsplan legges fram og gjennomgås i årlig rullering av HMS mål og plan i AMU, ledergruppa og styre og presenteres i årsrapport HMS.

Det meldes tertialvis på HMS indikatorer til HSØ, AMU og i sykehusets tertialrapport

Resultatene synliggjør måloppnåelse og gir grunnlag for forbedringsarbeid innen de ulike HMS områder.

Det er etablert helhetlig og systematisk oppfølging av HMS som del av sykehusets virksomhetsstyring.

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

HMS kurs for VO tilbys alle ledere

HMS kurs og opplæring er lagt inn i kompetanseportalen

Etablert struktur for opplæring vold og trusler

Implementert forbedringssystemet EQS (ivaretar klassifisering av uønskede hendelser innen HMS)

Oppdatere oversikt og samsvursvurdering av krav og ansvar innen HMS

#### Utfordringsbilde på systemnivå:

Mangelfull system støtte for oversikt og oppfølging innen HMS områder som vernerunde og risikovurdering

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Måloppnåelse/ status per 31.12.22	Status/ farge
Etablere systematikk for gjennomføring av vernerunde i EQS	Kvalitets-avdelingen/ HMS koordinator	Pilot i 2022	Vernerundeskje ma utarbeidet, pilot Fag og forskning, test og ferdigstilling januar 2023	
Gjennomføre vernerunder elektronisk i EQS	Alle ledere	2023	Under arbeid	
Etablere systematikk for gjennomføring av risikovurdering innen HMS områder i EQS	Kvalitets-avdelingen/ HMS koordinator	Pilot vår 2023	Ikke påbegynt	
Gjennomføre risikovurderinger elektronisk i EQS	Alle ledere	Høst 2023	Ikke påbegynt	

### 3. Opplæring, kompetanse og rekruttering

#### Resultat / måloppnåelse:

De fleste klinikker etterlever strategisk kompetansestyring i henhold til Heliks ID 6918. Kartlegging av kompetansebehov gjennomføres årlig.

Sykehuset har god oversikt over hva som er behovene når det gjelder rekruttering av ulike yrkesgrupper på kort, mellomlang og lang sikt.

Kompetanseportalen og Personalportalen er gode verktøy for å skaffe slik oversikt.

#### Utfordringsbilde på systemnivå

Innføring av Kompetanseportalen har vært og er ressurskrevende prosess. En krevende driftssituasjon medfører at progresjonen er ulik fra klinikk til klinikk.

Sykehuset skal i 2022/23 innføre en rekke nye teknologiske løsninger. Disse vil kreve ressurser i form av avsatt tid til opplæring, supervisjon og etablering av nye arbeidsmetoder.

Sykehuset har fremdeles utfordringer med å rekruttere sykepleiere, spesialsykepleiere, gynekologer, psykiatere, psykologspesialister og jordmødre. Risikoen er at sykehuset ikke har tilstrekkelig kvalifisert arbeidskraft på rekrutteringssvake områder på lang sikt.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Måloppnåelse/ status per 31.12.22	Status/ farge
---------	------------	------------	---	------------------



Utvikle og gjennomføre det vedtatte Traineeprogrammet for sykepleiere	HR-avdelingen i samarbeid med klinikkene	Oppstart juni 2023	Arbeidet er påstartet.	
Ivareta studenter/hospitanter på en slik måte at de ønsker å jobbe her etter endt utdanning	Lederne i klinikkene	Løpende	Pågående	
Fortsette lederutviklingsprogrammene for seksjonsledere og avdelingsledere	HR-avdelingen	Løpende	Arbeidet er i gang. 4 kull har gjennomført.	
Oppstart og gjennomføring av lederveiledning	HR-avdelingen	Høsten 2022	4 grupper er i gang med kollega-veiledning for ledere som har gjennomført lederutviklingsprogrammet	
Tilby ledere støtte og veiledning i rekrutteringsprosesser	HR-avdelingen	Løpende 2022		
Samarbeide tett med kommunikasjonsavdelingen om profilbyggende tiltak som vil være rekrutteringsfremmende	HR-avdelingen/kom. avdelingen	Løpende 2022		
Økt bruk av sosiale medier i rekruttering	HR-avdelingen/kom. avdelingen	Løpende 2022		
Nødvendige kompetansetiltak for DIPS Arena	Utviklingsavdelingen	Våren 2023	DIPS arena er utsatt	
Innføring av basisplan for ledere i Kompetanseportalen	HR-avdelingen	Høsten 2022		

#### 4. Brukermedvirkning

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

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

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

- Sak på intranett
- Utbedre undersøkelsen

Under «Behov for endring» er det to punkter som relaterer til selve undersøkelsen:

- Tilrettelegge undersøkelsen slik at den blir relevant for alle pasientgrupper
- Legge inn alle kliniske seksjoner i undersøkelsen (MSK)

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

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

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

Det må også klargjøres hva som menes med å «tilrettelegge undersøkelsen slik at den blir relevant for alle pasientgrupper». Hva er utfordringen med dagens undersøkelse? Bør det splittes i ulike undersøkelser for ulike pasientgrupper?  
Hva ønsker vi å måle - hvilke kvalitetsindikator(er)?  
Hva må svarprosenten være for at resultatene skal kunne benyttes som representative?  
Kommunikasjonsavdelingen kan koordinere arbeidet med spørsmålsstilling i undersøkelsen og markedsføring av undersøkelsen, men har hverken kompetanse eller kapasitet til å gjøre det praktiske arbeidet i verktøyet for å tilrettelegge og vedlikeholde undersøkelsen, samt uttak av rapporter.  
Ville det vært en ide at ansvaret for det praktiske arbeidet med undersøkelsen og rapportuttak legges til Analyse?  
Som nevnt må først digital løsning for å gjøre undersøkelsen lett tilgjengelig være avklart før vi gjør endringer i undersøkelsen, primært via SMS eller stedlige Ipads på poliklinikker ev. sengeposter. Ansvaret for dette er tillagt IKT.  
For å gjennomføre arbeidet bør det etableres en arbeidsgruppe fra hhv IKT, Analyse, Kvalitet, noen fra klinikkene og Kommunikasjon.

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Måloppnåelse/ status per 31.12.22	Status/ farge
Etablere en arbeidsgruppe fra hhv. IKT, Analyse, Kvalitet, representanter fra klinikkene og Kommunikasjon for å utbedre sykehusets brukerundersøkelse	Kommunikasjon	2022/2023	Det er ikke igangsatt eget arbeid rundt dette ved STHF da det viser seg at SiV har kommet langt i å utarbeide en SMS løsning. Sammen med kvalitet vil vi se på om den løsningen kan implementeres også hos oss.	

## 5. Beredskap

### Resultat / måloppnåelse:

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

### Utfordringsbilde på systemnivå

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

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Måloppnåelse/ status per 31.12.22	Status/ farge
Jevnlige ROS vurderinger som fremlegges ledergruppa	Beredskapsleder	Løpende	Gjennomført	
Gjennomføre TableTop øvelser på mulige risikosituasjoner 3-4 ganger pr. år	Beredskapsleder	Løpende	Gjennomført	
<b>6. Kvalitet og pasientsikkerhet</b>				
<p><b>Resultat / måloppnåelse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Resultater prevalensmålinger 2022; 2. feb avlyst pga korona, 11. mai 14/29 enheter har besvart Kvalitetsavdelingen arrangerer dialogmøter med presentasjon av resultatene, refleksjon og erfaringsutveksling. I hvert møte er det faglig påfyll om et av innsatsområdene. Godt oppmøte.</li> <li>Utdanningsprogram for klinisk forbedringskompetanse etablert i samarbeid med SiV og SiØ.</li> <li>Årlig temasak ledergruppe og styre om pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring – status og planer</li> <li>Etablert kvalitetsindikatorer for status/utvikling opplæring legemiddelsikkerhet og NEWS/PEWS.</li> <li>Implementere samvalg 2022/2023 (ledergruppesak september)</li> </ul> <p><b>Utfordringsbilde på systemnivå</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Behov for tettere oppfølging av innsatsområder pasientsikkerhet</li> <li>Krav til bruk av Teams i regionalt forbedringsarbeid (ikke innført/prioritert ved STHF)</li> <li>HELIKS – mange finner ikke fram – for høy brukerterskel. I tillegg for mange systemer <ul style="list-style-type: none"> <li>Behov for å erstatte HELIKS med EQS og regionale/nasjonale fagprosedyrer (Metodebok.no)</li> </ul> </li> </ul>				
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Måloppnåelse/ status per 31.12.22	Status/ farge
Etablere handlingsplan for pasientsikkerhet 24/7	Kvalitet/ klinikkene	November 2022/ Pasient- sikkerhets-konf.	Gjennomført pasient-sikkerhetskonf. Utarbeidet handlingsplan med årlig rullering. (Tilgjengelig på intranett.)	
Etablere ryddeplan i HELIKS	Kvalitet/ klinikkene	2023	Ikke påbegynt	
Ta i bruk regionale/nasjonale fagprosedyrer (Metodebok.no)	Kvalitet/ klinikkene	Pilot høst 2022	Forsinket oppstart, LG sak nov 2022: retn.linje er godkjent, lage tidsplan for metodebøker for godkjenning v STHF, oppstart vår 23, ses i	

			sammenheng rydding Heliks	
<i>Restanse fra LGG 2021:</i> Utrede elektroniske tavler til oppfølging av risikoområder pasientsikkerhet (Helselogistikk-prosjektet)	Utviklingsavd./ Kvalitet	Ikke avklart	Det regionale prosjektet Helselogistikk er forsinket. Pilotering av tavler på 2 sengeposter er p.t. planlagt til høst 2023.	
Restanse fra LGG 2021:  Forbedring av utskrivningsprosessen – gjennom delprosjekt Trygg utskrivning – pilot i samarbeid med Skien kommune, ref samhandlingsavvik. (Pasientflyt 24/7)	Utviklingsavd./ Kvalitet	31.12.22	Seksjonene har implementert hjelpetekstene i helse-opplysninger og gjennomført opplæring i PLO – meldingsflyt for bedre informasjonsutveksling med kommune-helsetjenesten	
<b>7. Uønskede hendelser/ avvik og korrigerende tiltak</b>				
<p><b>Resultat / måloppnåelse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Innføring EQS</li> <li>• Opplæringsprogram EQS inkl. NOKUP</li> <li>• Rapportering på gevinstrealisering EQS fast punkt i KPU-STHF møtene</li> <li>• Årlige saker – ledergruppe og styre: Uønskede hendelser med NOKUP og § 3-3a varsler og Hendelsesanalyser</li> <li>• Hendelsesanalyser: Statusgjennomgang i ADs oppfølgingsmøter med klinikkjefene (kvartalsvis)</li> <li>• Rapportering på status og utvikling i virksomhetsrapportene</li> <li>• GTT – deltakelse i forbedringsprosjekt i regi av Helsedirektoratet (forsinket)</li> </ul> <p><b>Utfordringsbilde på systemnivå</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gevinstrealisering forbedringsarbeid – EQS</li> <li>• Elektronisk samhandling ikke tatt i bruk - Lang saksbehandlingstid og hyppige feil knyttet til papirbasert administrering av samhandlingsavvik</li> <li>• GTT team mangler ressurser</li> <li>• Hendelsesanalyseteam: turnover, behov for flere med medisinsk kompetanse</li> </ul>				
<b>Tiltak:</b>	<b>Ansvarlig:</b>	<b>Tidsfrist:</b>	<b>Måloppnåelse/ status per 31.12.22</b>	<b>Status/ farge</b>

Plan for opplæring forbedringsarbeid og innføring EQS: Måle og forbedre effekt og realisere gevinster	Kvalitet/ klinikkene	Ultimo 2022	Systematisk opplæringsaktivitet etablert, oppfølging effekt i KPU og EQS klinikk systemadm.	
Forbedret samarbeid med kommunene om samhandlingsavvik (videreført fra 2021): Optimalisere og standardisere arbeidsprosessene (Samarbeidsavtaler, P 360, EQS/NOKUP og sikker e-formidling)	Kvalitet/ samhandling/ dokumentasjons-senteret/ klinikkene (Avhenger av tilslutning fra kommunene for full effekt)	Ultimo 2022	Under arbeid, etablering av e-formidling (forankret i SSU nov 22), videre fokus på praktiske løsninger og oppdatering av samarbeidsavtaler	
<i>Restanse fra LGG 2021:</i> Øke sikkerhetsklimaet på sykehuset. Se dette i sammenheng med implementering EQS	Kvalitet/ledere alle nivå	Høsten 2022	Opplæring og bruk av EQS gir økt fokus på forbedringsarbeid, måles i ForBedring fra 2023, følges opp videre i gevinstrealiseringen for EQS	
<i>Restanse fra LGG 2021:</i> Forbedre avviksarbeidet med kommunene ved implementering av EQS	Kvalitet/ledere alle nivå	Ultimo 2022	Ses i sammenheng med punkt over	

## 8. Interne revisjoner

### Resultat / måloppnåelse på vurderingsområde

- Faste revisjonstema skal sikre at krav til internkontroll blir ivaretatt. I tillegg prioriteres områder som har særskilt aktualitet hvert år. Disse områdene er tradisjonelt blitt identifisert på bakgrunn av risiko- og hendelsesanalyser, uønskede hendelser, klager, tilsyn og revisjoner.
- Både i 2020 og 2021 har de fleste revisjonstema vært vinklet mot covid-19, for å gi støtte til arbeidet med kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og HMS under pandemien.
- Av smittevern hensyn har de fleste revisjonene vært gjennomført som digitale egenvurderinger.
- I 2021 har det kun vært gjennomført stedlige revisjonen innen legemiddelområdet.
- Resultatene fra internrevisjonen i 2021 er sammenstilt i Årsrapport internrevisjon 2021. Årsrapporten inneholder vurderinger med anbefalte forbedringsområder/tiltak for hvert tema. Rapporten behandles i klinikkens kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg (KPU-klinikk). Kvalitetsavdelingen tilbyr klinikkene gjennomgang av årsrapporten i KPU-møtene.
- Effekten av igangsatte forbedringstiltak evalueres i Ledelsens gjennomgang (LGG) 2022 både på klinikk og foretaksnivå.

### Utfordringsbilde på systemnivå

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usikkerhet knyttet til gjennomføring av stedlige revisjoner - i tillegg til digitale egenvurderinger. Vil avhenge av utviklingen i pandemien.</li> <li>• Behov for systemstøtte i EQS til forbedringsarbeidet etter internrevisjonene.</li> </ul>				
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Måloppnåelse/ status per 31.12.22	Status/ farge
Etablere systemstøtte EQS – interne revisjoner	Kvalitet	Oktober 2022	Forsinket, fokus vår 2023	
<b>9. Eksterne revisjoner/eksterne tilsyn</b>				
<b>Utfordringsbilde på systemnivå</b> Behov for systemstøtte i EQS til forbedringsarbeidet etter eksterne revisjoner/eksterne tilsyn.				
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Måloppnåelse/ status per 31.12.22	Status/ farge
Etablere systemstøtte i EQS til forbedringsarbeidet etter eksterne revisjoner/tilsyn	Kvalitet	Oktober 2022	Forsinket, fokus vår 2023	
<i>Restanse fra LGG 2021:</i> Sikre god saksbehandlerstøtte fra EQS og P360	Kvalitet/ Dokumentsent.	Ultimo 2022	Forsinket, fokus vår 2023 på å ferdigstille prosess for saksbehandling i P360 og EQS.	
<b>10. Klage- og tilsynssaker</b>				
<b>Resultat / måloppnåelse på vurderingsområde:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Feil og mangler i statistikk fra TQM</li> <li>• P360 – feil/mangelfull bruk av saks/arkivsystemet</li> <li>• Manglende overholdelse av svarfrister</li> <li>• Saksbehandlingsfeil medfører at saker eskalerer</li> </ul>				
<b>Utfordringsbilde på systemnivå</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Feil og mangler i statistikk – med følgefeil i virksomhetsrapportering og styringsinformasjon</li> <li>• Manglende optimalisering og standardisering av arbeidsprosesser</li> <li>• Saksbehandlerfeil: saksbehandlere og ledere mangler relevant kompetanse</li> <li>• Sikre innføring av nye krav til klagesaksbehandling (Prop. 57 L (2021-2022))</li> </ul> <p>Endringen gjaldt presisering av plikt til å besvare henvendelser fra pasienter m.m. om kvalitet og pasientsikkerhet (§ 3-11) <a href="#">Sakens dokumenter</a> (lovforslag, komitéinnstilling, vedtak m.m.) Endringen trådte i kraft 1. juli 2022 (lov nr. 29)</p>				
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Måloppnåelse/ status per 31.12.22	Status/ farge
Optimalisere og standardisere foretakets arbeidsprosesser for klage- og tilsynssaker (inkl systemstøtte - HelseNorge, sikker e-formidling, EQS, P360 etc.)	Kvalitet, juridisk team, Dokumentasjonssenteret /SSL, Klinikkene	Desember 2022	I prosess, ferdigstilles ila 2023	

Side 41 av 47

Styrke kompetansen innen saksbehandling av klage- og tilsynssaker med utvikling av et helhetlig program for saksbehandleropplæring i Kompetanseportalen	Kvalitet, juridisk team Dokumentasjons-senteret	Desember 2022	Henger sammen med punktet over. Videreutvikles i 2023	
Forbedre statistikken for klage- og tilsynssaker	Kvalitet, juridisk team, Dokumentasjons-senteret	Desember 2022	Henger sammen med punktet over. Videreutvikles i 2023	
Innarbeide presisering av plikt til å besvare henvendelser fra pasienter m.m. om kvalitet og pasientsikkerhet (§ 3-11) i styrende dokumenter og opplæring	Kvalitet, Juridisk team	September 2022	Henger sammen med punktet over. Videreutvikles i 2023	
Oppsummering tiltak under pkt 8,9,10: det er en gjennomgående svikt i registrering og klassifisering av klage og tilsynssaker, det er avdekket stor kompleksitet i problemstillingen som krever omfattende og gjennomgripende tiltak der kvalitet, dok.senter, juridisk team og klinikker samhandler. Tiltakene under de ulike punktene må ses i sammenheng og forbedringsarbeidet må gjennomføres i samarbeid med eksterne samarbeidspartnere (NPE og statsforvalter).	Kvalitetsavdelingen m/ dokumentasjons-senteret og juridisk team	Desember 2022	I løpet av 2023. Vurdere behov for langsiktig plan og involvering av ny helsejurist, involvere ledergruppen og nøkkel-personer i arbeidet	

#### 11. Samhandling med kommuner

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

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

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

Det kan være utfordringer med å ha to Strategiske samarbeidsutvalg. Sakene behandles i to ulike møter, der STHF har lik representasjon i begge møtene. Ordningen med to SSU kan lett føre til at det utvalget som har møter først, legger føringer for det andre strategiske utvalget.

Det er gjennomført en evaluering av ordningen med to SSU'er – resultatet av denne evalueringen er for så vidt klar, og skal presenteres for SSU 9. september som så vil komme med en anbefaling til Partnerskapsmøte i september 2022.

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

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

Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Måloppnåelse/ status per 31.12.22	Status/ farge
Fremme for partnerskapsmøtet viktigheten av at sekretariatsfunksjonen fungerer – kommunene må bidra sterkere	Samhandling	Sept. 2022	Det har vært innkalt til to møter med representanter for Grenlandssamarbeidet der dette er tatt opp. Vi forventer at på partnerskapsmøte januar 23 vil bli forlagt en løsning, med tanke på nedre Telemarks bidrag inn i sekretariatet.	
<i>Restanse fra LGG 2021:</i> Øke 30-dagers totaloverlevelse: Etablere møtearenaer med aktuelle kommuner for å identifisere og implementere risikoreduserende tiltak. Stikkord: NEWS og Trygg utskrivning (Pasientflyt 24/7)	FSU Tjenesteutvik. og kvalitet/ Fagdirektør/ klinikkene	31.12.22	Oppdatert resultater for 30 dagers totaloverlevelse foreligger ikke. Det er etablert et eget FSU for kvalitet og tjeneste-utvikling hvor tema adresseres.	

## 12. Informasjonssikkerhet og personvern

### Resultat / måloppnåelse:

- Protokoll – mangelfull fremdrift
- Overføring av personopplysninger til 3. land (utenfor EU/EØS) - utfordrer fremdrift i prosjekter, bistå beslutningstaker
- Oppfølging av Helsetilsynets rapport og funn er mangelfull – ansvar for oppfølging må diskuteres og plasseres

### Utfordringsbilde på systemnivå:

Delt ledelsessystem med RHF og Sykehuspartner, uklart eierskap og beslutning av styrende dokumenter.



Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Måloppnåelse/ status per 31.12.22	Status/ farge
Protokoll; følge opp ledergruppesak fra aug. 2021 med utpeking av lokale forvaltere av protokoll på systemeiers vegne.	Utv.dir. ISL med bistand fra PVO	22-Q4	«Opprydding» i protokoll må gjennomføres av SP før lokale forvaltere i linjen inviteres inn for kvalitetssikring og løpende ajourføring.	
Overføring til drift/linja med videre oppfølging av mangler i protokoll eks. formål, avtaleoppfølging med leverandør, risikovurderinger, personvernkonsekvensvurderinger (DPIA) overføring til 3. land	Utv.dir./ Systemeier forvalter/alv	23-Q1	Sykehuspartnerh ar i jan.-23 startet å «rydde», men har støtt på noen problemer. Håper på en snarlig løsning slik at vi kan utpeke og invitere linja inn i 2023 Q1.	
Overføring av personopplysninger til 3. land (utenfor EU/EØS), eks. Skytjenester: Risikoeier bør konferere med ISL og PVO for bistand med beslutningsgrunnlag. Fortløpende vurdere risiko opp mot nytte i hvert enkelt tilfelle.	Utv.dir.	Avventer avklaringer på RHF-nivå	HSØ har juridisk vurdert og godkjent bruk av skytjenester i forbindelse med Helselogistikk, område A (Innsjekk og betaling). STHF forholder seg løpende til de vurderinger som gjøres av HSØ.	
Med utgangspunkt i Helsetilsynets rapport gjøre risikovurdering av lengre (dager) bortfall av IKT-systemer.	Utv.dir./ ISL	23-Q1	Klinikkene hevder at egne planer for å håndtere bortfall av IKT-systemer over flere dager er tilstrekkelige. Egen table-top øvelse skal planlegges og gjennomføres.	

			Ansvar: leder av beredskaps-rådet	
<i>Restanse fra LGG 2021</i> Prosjekt Digital sårbarhet, inkl. oppfølging av Riksrevisjon 2019	Utv.dir.	2021-2024?	Arbeidet med å redusere digital sårbarhet ledes i hovedsak av Sykehuspartner og inngår i flere av de regionale prosjektene. STHF deltar i arbeidet. Dette arbeidet vil pågå over lang tid. (Punktet kan gå ut av denne listen)	
<i>Restanse fra LGG 2021</i> Oppfølging av funn i Helsetilsynets revisjon av IKT-beredskap og forsvarlig helsehjelp 2020, rapport ble levert 2021.	Utv.dir./ fagdirektør	2022	Som punkt over	

### 13. Ledelsens gjennomgåelse av miljøledelsessystemet

#### Konklusjon/ behov for endring:

1. Oppfølgingstiltak etter tidligere LGG miljø (Ref. saksunderlag pkt. 1)
  - De fleste tiltak fra tidligere LGG er fulgt opp og gjennomført. De fleste restanser er knyttet til overgang til nytt rammeverk for klima og miljø.
  - Det er planlagt en informasjonskampanje ila høsten 2022
2. Endrede forutsetninger som angår virksomhetens miljøaspekter (Ref. saksunderlag pkt. 2)
  - Kontekstvurdering for miljø er oppdatert for 2021 og vil gjennomgås og oppdateres i organisasjonen ila høsten 2022
  - Nytt rammeverk med felles miljømål skal innarbeides i henhold til krav i OBD 2022
3. Miljømål, halvårsstatus (Ref. saksunderlag pkt. 3)
  - Miljømål er fulgt opp med status i HMS årsrapport våren 2022 og gjennomgått i AMU, direktørens ledergruppe og sykehusets styre.
4. Organisasjonens miljøprestasjoner (Ref. saksunderlag pkt. 4)
  - Rapporterte avvik og uønskede hendelser innen miljø følges opp av ansvarlig leder. Trender tas opp i felles møter med ledere og fagansvarlige.
  - Utvalgte miljøindikatorer og klimaregnskap rapporteres og følges opp i HSØ i tillegg til i respektive fagmiljøer internt, samt i HMS årsrapport.
  - Samsvarsforpliktelse innen miljø gjennomgås og oppdateres årlig med aktuelle ledere og fagansvarlige og viser stor grad av samsvar.
  - Interne og eksterne revisjoner og tilsyn innen ytre miljø inngår i felles årlig rapportering og gjennomgang i ledelsen.
5. Bidrar miljøledelsessystemet til å identifisere relevante risikoområder hvor det er fare for manglende måloppnåelse eller svikt? (Ref. saksunderlag kap. 6)

<ul style="list-style-type: none"> <li>– Det er etablert et system med jevnlig gjennomgang av aktuelle krav (samsvarsvurdering), oppdatering og oppfølging av mål og måloppnåelse, og jevnlig rapportering og oppfølging av indikatorer og klimaregnskap i sykehusets ledelse og i HSØ.</li> <li>– Implementering av felles rammeverk for klima og miljø i spesialisthelsetjenesten vil bidra til å styrke miljøarbeidet på vesentlige områder som gjennomføring av felles klima- og miljømål og oppfølging av disse i oppfølgingsmøte mellom STHF og HSØ RHF.</li> </ul>				
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Måloppnåelse/ status per 31.12.22	Status/ farge
Oppdatere sykehuset miljøstyringssystem i henhold til krav i rammeverk for klima og miljø i spesialisthelsetjenesten; herunder konkretisering og ansvarliggjøring av felles miljømål i organisasjonen og vurdering av sykehusets miljøpolitikk.	Fagdirektør / Miljø koordinator	Høst 2022	Miljømål er oppdatert i hht. nytt ramme-verk, behov for oppdatering av miljøsystem/ håndbok og prosedyrer i hht. krav i nytt rammeverk. Vil gjennomføres våren 2023.	
<b>Nytt tiltak innspilt i møtet:</b> Administrerende direktørs ledergruppe vurderer om det er hensiktsmessig å gjennomføre tredjeparts revisjon av miljøledelsessystemet med eksternt revisjonsselskap	Fagdirektør/ Miljø koordinator	Desember 2022	Spørsmål avklart i ledermøte 13/12.22	
<b>14. Evaluering av styringssystemet ved STHF - Forbedringsbehov i system eller gjennomføring</b>				
<b>Konklusjon/ behov for endring:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Videre bruk av EQS</li> <li>• Utfordring med dagens malverk for LGG (både regneark, powerpont og word dokumenter benyttes)</li> <li>• Videreutvikle prosess <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vurdere spørreskjema for hver seksjon</li> <li>○ Knytte tiltak til det enkelte forbedringspunkt i et elektronisk system</li> <li>○ Mulig å benytte et elektronisk system for å sammenstille resultater for hver klinikk og samlet for helseforetaket?</li> </ul> </li> </ul>				
Tiltak:	Ansvarlig:	Tidsfrist:	Måloppnåelse/st atus per 31.12.22	Status/ farge
Etablere arbeidsgruppe for forbedring av systematikk og tidspunkt for gjennomføring av LGG. Forslag til arbeidsgruppens sammensetning: Tone Pedersen,	Spes.rådg.	Høst 2022 /Vår 2023	Arbeid påbegynt. Ikke trukket inn alle deltakere i arbeidsgruppen enda.	

Annette Fure, Geir Olav Ryntveit, 2 klinikksjefer, Liv H Carlsen				
<i>Restanse fra LGG 2021:</i> Avklare hvilke innmeldte ønsker/behov for systemforbedringer som skal følges opp i nytt forbedringssystem.	Kvalitet/ aktuelle stabsavd. og klinikker	2022	Dette følges opp løpende i dialog med klinikkens systemadm. EQS	
<i>Restanse fra LGG 2021:</i> LG-sak: Plan for implementering av Helse Sør-Øst Portal for metodebøker	Kvalitet/ Fagdirektør	Ultimo 2022	Avklart i ledermøte	

# Ledelsesrapporten

**Sykehuset Telemark HF  
desember 2022**

# Oversikt

Periode 2022-12	Faktisk HiÅ	Budsjett HiÅ	Budsjett-avvik HiÅ	Avvik %	Årsbudsjett	Årsestimat
<b>Aktivitet</b>						
Polikliniske konsultasjoner						
Somatikk	181 766	192 603	-10 837	-5,6 %	192 603	181 766
VOP	41 723	46 700	-4 977	-10,7 %	46 700	41 724
BUP	36 965	39 500	-2 535	-6,4 %	39 500	36 965
TSB	8 303	9 000	-697	-7,7 %	9 000	8 303
<b>Bemanning</b>						
Brutto Månedverk STHF	3 157	3 051	-107	-3,5 %	3 051	3 157
Somatikk	2 211	2 133	-78	-3,7 %	2 133	2 211
VOP	541	530	-11	-2,0 %	530	541
BUP	165	160	-4	-2,7 %	160	165
TSB	59	61	2	3,8 %	61	59
Prehospitale tjenester	164	148	-16	-10,9 %	148	164
Annet	17	17	0	1,9 %	17	17
<b>Økonomi (tall i 1.000 kr)</b>						
SUM DRIFTSINNTEKTER	4 560 643	4 436 342	124 301	2,8 %	4 783 427	4 560 643
SUM DRIFTSKOSTNADER	4 626 867	4 383 452	243 415	5,6 %	4 799 533	4 626 867
DRIFTSRESULTAT	-66 224	52 890	-119 114	-225,2 %	-16 106	-66 224
Finansresultat	10 874	7 110	3 763	52,9 %	26 106	10 874
Endrede pensjonskostnader	0		0			0
ÅRSRESULTAT	-55 351	60 000	-115 351	-192,3 %	60 000	-55 351

# Målekort STHF

Kvalitet

 Periode  
2022-12

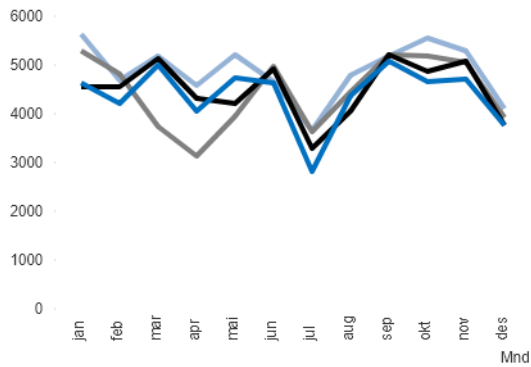
	Denne periode			Hittil i år		
	Faktisk	Mål	Avvik	Faktisk	Mål	Avvik
<b>Ventetid påstartet (antall dager)</b>						
STHF	65			64		
Somatikk	66	50	-16	66	50	-16
VOP	39	30	-9	36	30	-6
BUP	38	30	-8	37	30	-7
TSB	54	30	-24	26	30	4
<b>Ventetid venter (antall dager)</b>						
STHF	75					
Somatikk	77	50	-27			
VOP	41	30	-11			
BUP	32	30	-2			
TSB	25	30	5			
<b>Andel kontakter passert planlagt tid</b>						
STHF	11,8 %	5,0 %	-6,8 %			
<b>Pakkeforløp kreft - andel behandlet innen standard forløpstid alle fag</b>						
STHF	89 %	70 %	19 %	78 %	70 %	8 %
<b>Nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus - andel til utredning iht. anbefaling</b>						
Pasientforløp BUP Utredning	42 %	80 %	-38 %	46 %	80 %	-34 %
Pasientforløp TSB Utredning	100 %	80 %	20 %	77 %	80 %	-3 %
Pasientforløp VOP Utredning	62 %	80 %	-18 %	71 %	80 %	-9 %
<b>Korridorpasienter Somatikk</b>						
STHF	3,7 %	0,0 %	-3,7 %			

Confidential, Pedersen, Tone, 26.01.2023 08:29:59

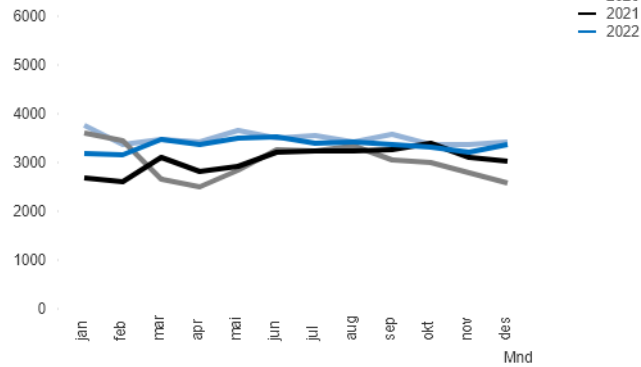
# Mottatte henvisninger - fordelt på elektive og øyeblikkelig hjelp

Henvisninger mottatt fordelt på hastegrad

Elektiv

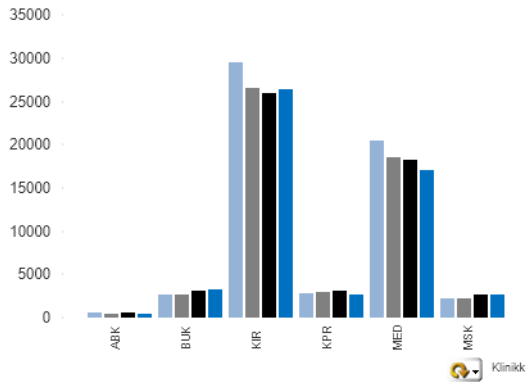


Øhjelp

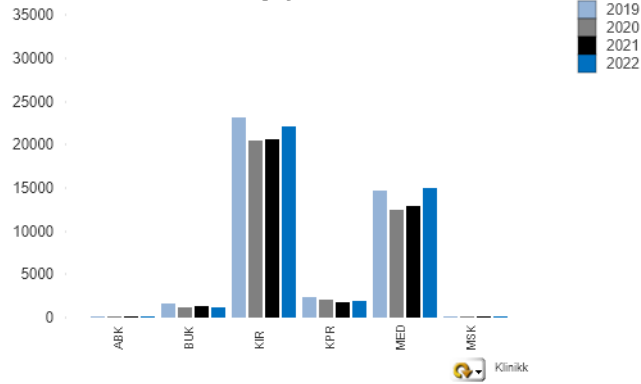


Hittil i år - pr klinikk

Elektiv

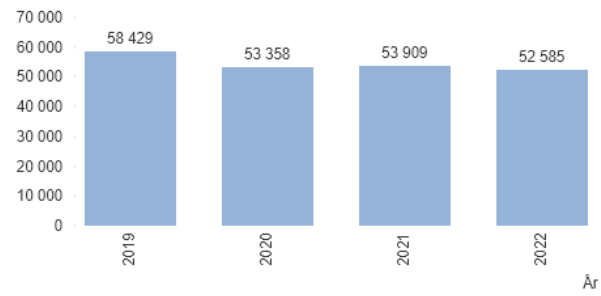


Øhjelp

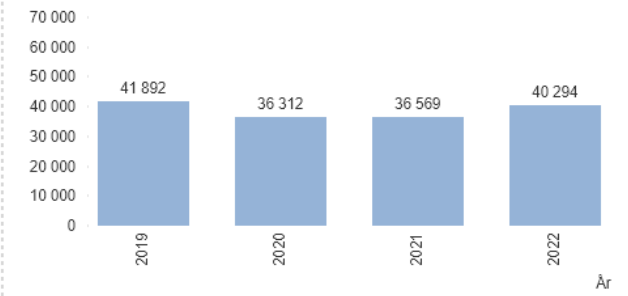


Hittil i år

Elektiv



Øhjelp





# Utvikling i ventende pasienter, ventetid og fristbrudd

Enhet: STHF

Status ved utgangen av måned: 2022-12

**Grønn:** Ved siste rapportering var det 8 086 pasienter på STHF som ventet på å starte sin helsehjelp. Disse hadde så langt ventet i 75 dager i snitt. Av de som ventet, var 229 blitt fristbrudd (2,8%).

**Blå:** I løpet av siste måned fikk 2 593 pasienter påstartet sin helsehjelp. Av disse ble 109 fristbrudd (4,2%). De som fikk påstartet helsehjelp i forrige måned, hadde ventet i 65 dager i snitt.

## Definisjoner:

### Ventetid påstartet:

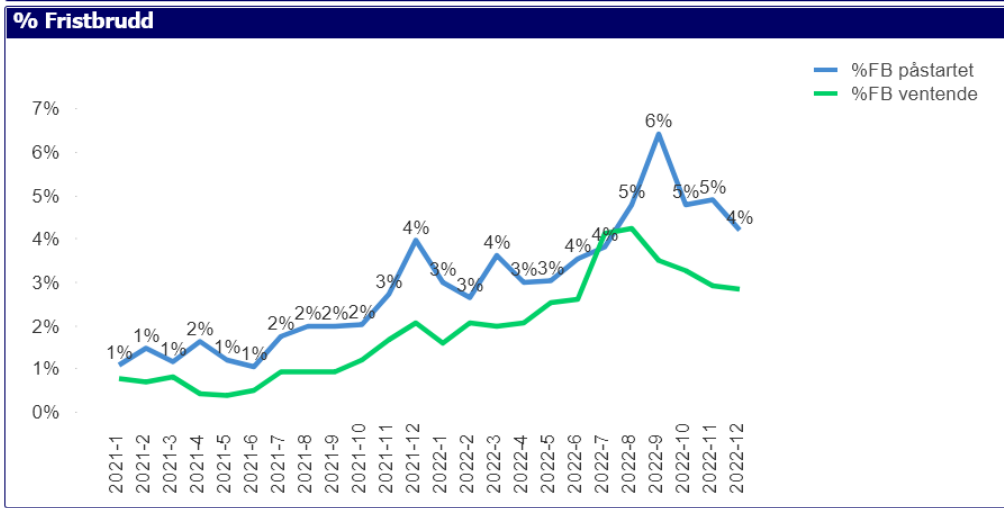
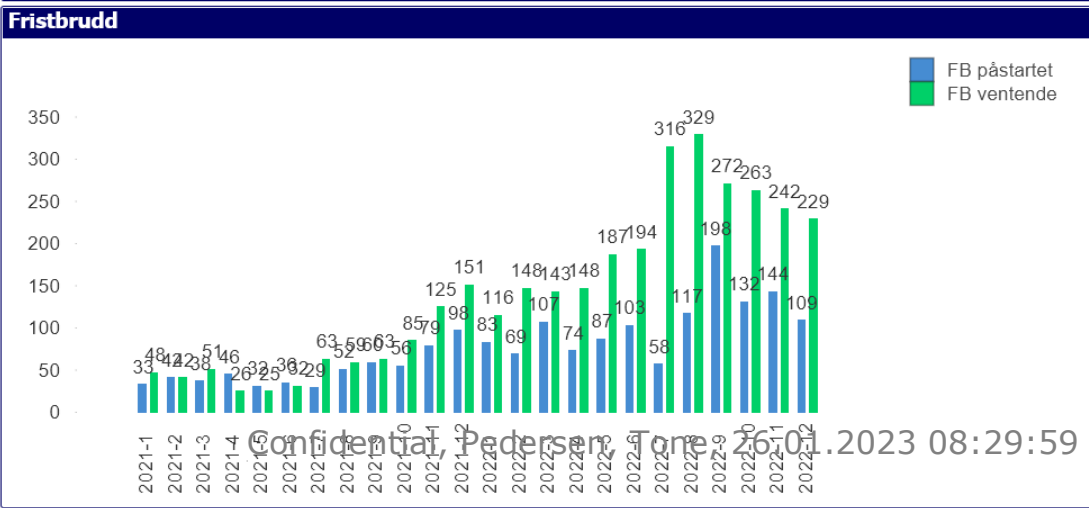
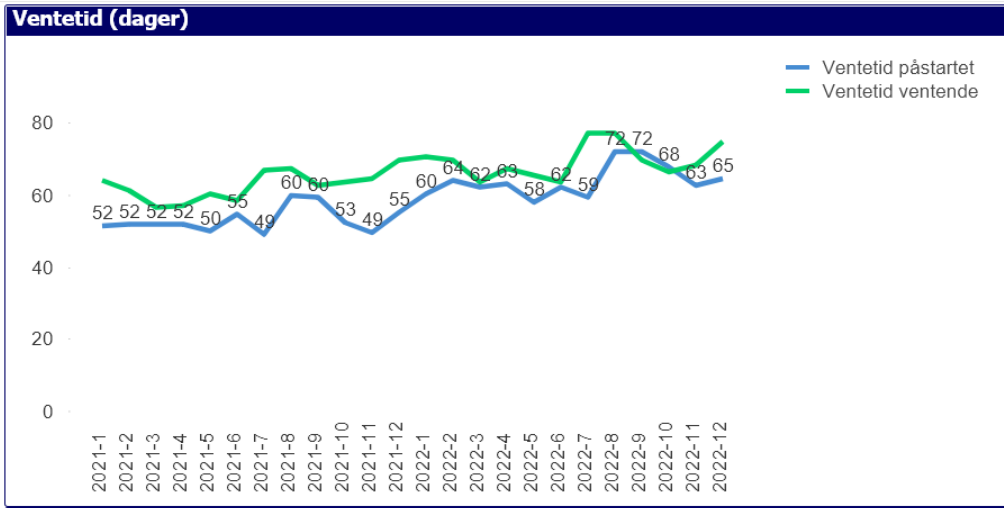
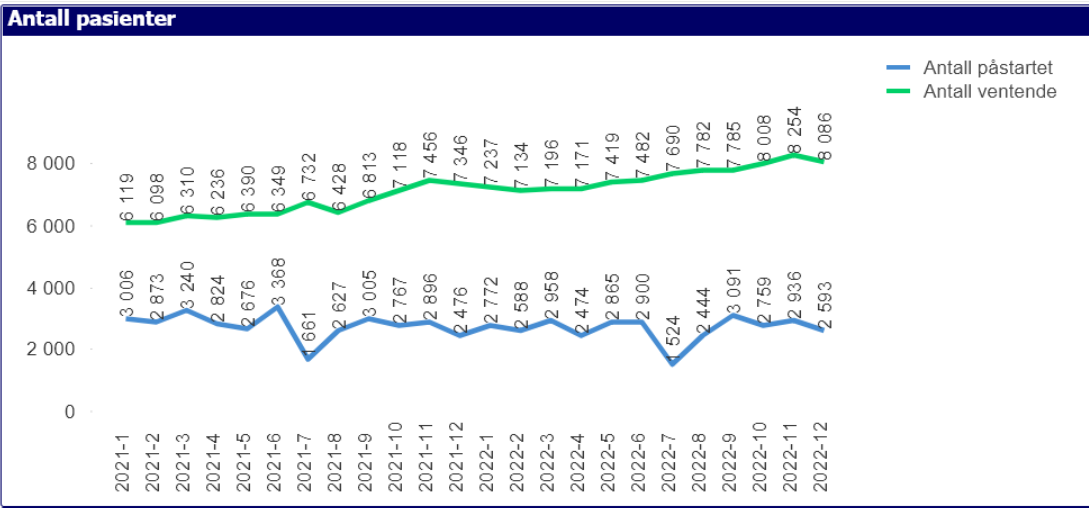
"Ventetid påstartet" sier hvor mange dager pasientene måtte vente fra henvisning ble mottatt til helsehjelp påstartet.

### Ventetid ventende:

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

### Fristbrudd:

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



Confidential - Pedersen, Tom 26.01.2023 08:29:59

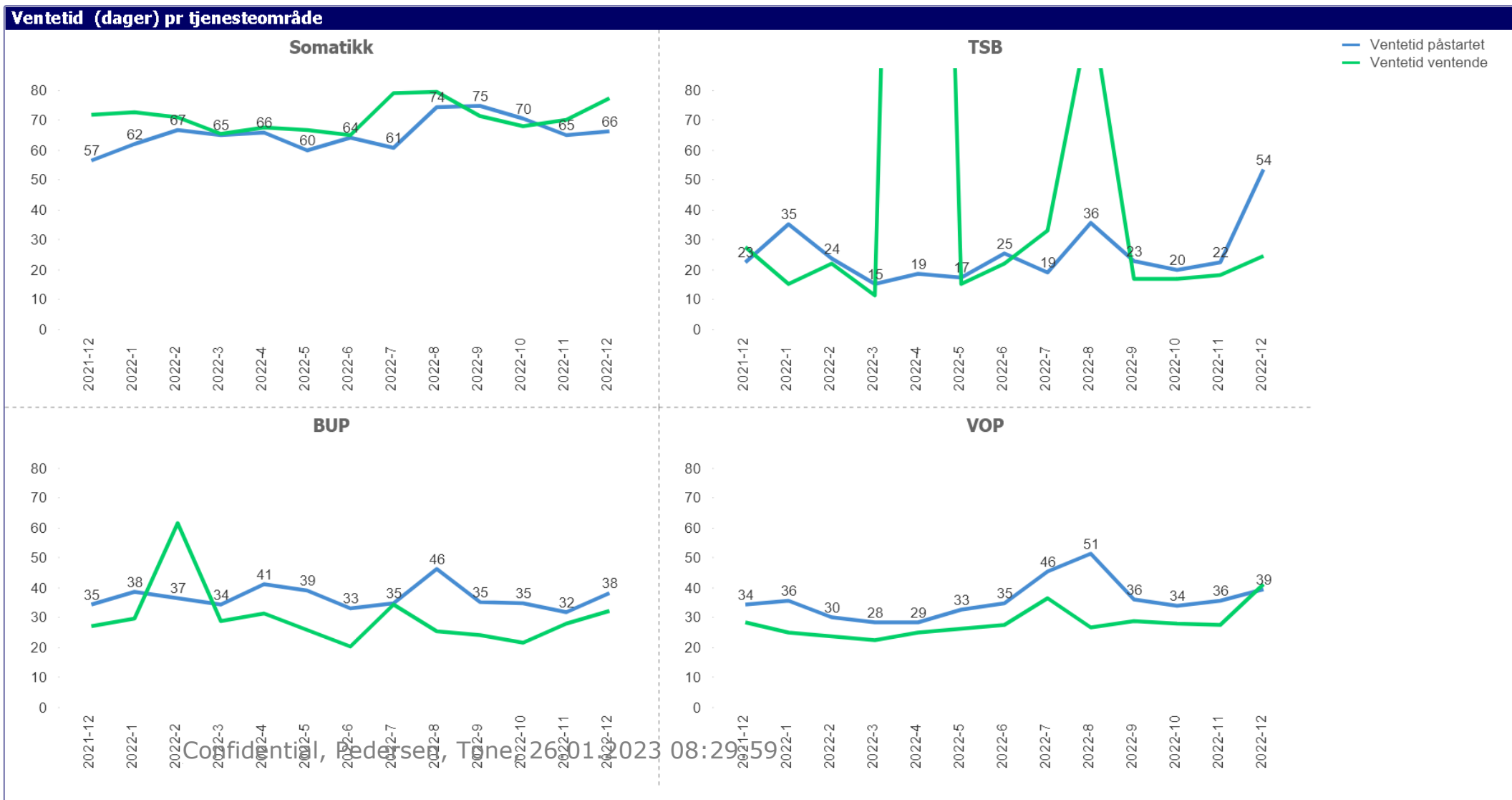
# Ventetider per tjenesteområde (ventende og påstartede pasienter)

**Definisjoner:**

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

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

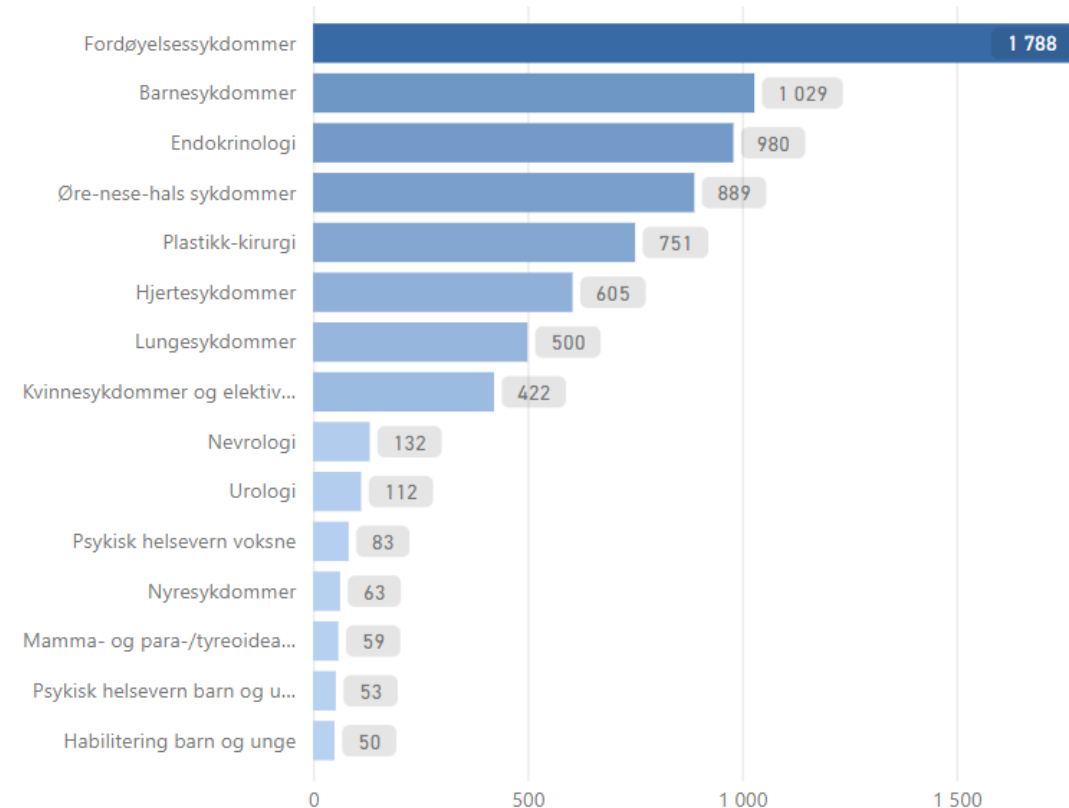
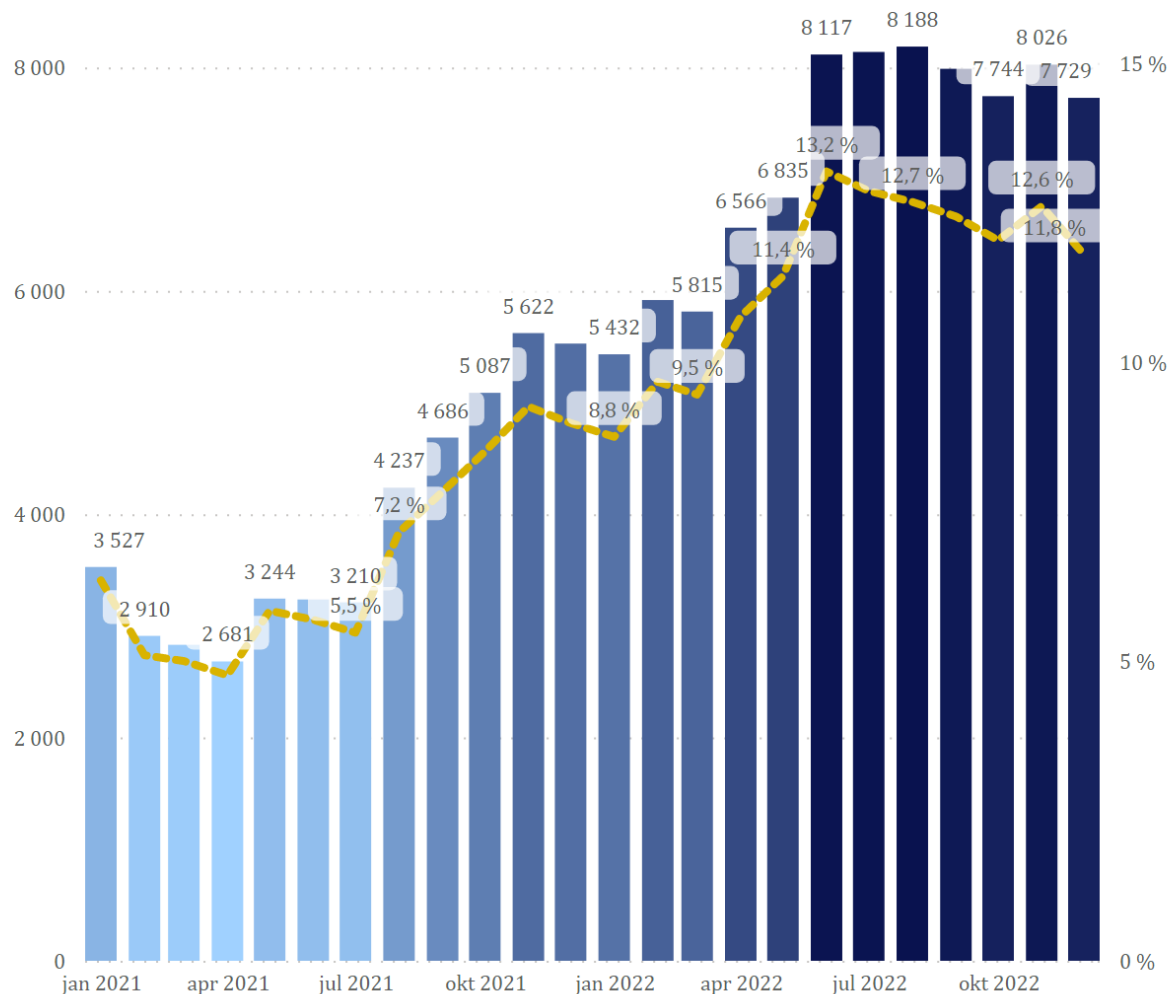
Fristbrudd:  
Et "fristbrudd" oppstår når en pasient med rett til helsehjelp ikke har fått påbegynt sin helsehjelp innen den satte fristen for senest forsvarlig oppstart av behandling.



Confidential, Pedersen, Tone 26.01.2023 08:29:59

# Passert planlagt tid

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



Confidential, Pedersen, Tone, 26.01.2023 08:29:59

**Forklaring:**  
 Passert planlagt tid beskriver antall og andel pasientavtaler som er forsinket i forhold til tidspunkt for planlagt kontakt.  
 Alle planlagte pasientkontakter skal være registrert med dato/klokkeslett for neste pasientavtale, eller en tentativ uke/ måned. Tidspunkt settes ut fra en medisinsk vurdering.

## Passert planlagt tid - sammenligning med andre foretak i HSØ

Helseforetaksnavn	Antall planlagte kontakter	Kontakter ikke passert planlagt tid	Kontakter med passert planlagt tid	Andel passert planlagt tid
Akershus Universitetssykehus	180 575	158 640	21 935	12,1 %
Oslo Universitetssykehus	306 877	281 219	25 658	8,4 %
Sykehuset Innlandet	129 878	116 387	13 491	10,4 %
Sykehuset i Vestfold	110 514	92 761	17 753	16,1 %
Sørlandet Sykehus	130 854	113 444	17 410	13,3 %
Sykehuset Telemark	65 476	57 747	7 729	11,8 %
Sykehuset Østfold	133 410	113 774	19 636	14,7 %
Vestre Viken	189 149	167 302	21 847	11,6 %
Sunnaas Sykehus	4 496	4 306	190	4,2 %
Diakonhjemmet Sykehus	39 165	34 543	4 622	11,8 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	50 192	45 304	4 888	9,7 %
Betanien Hospital	10 855	9 670	1 185	10,9 %
Martina Hansen Hospital	16 652	15 618	1 034	6,2 %
Revmatismesykehuset Lillehammer	5 317	4 187	1 130	21,3 %
<b>Totalt</b>	<b>1 373 410</b>	<b>1 214 902</b>	<b>158 508</b>	<b>11,5 %</b>

Confidential, Pedersen, Tone, 26.01.2023 08:29:59

## Pasientsikkerhet - utvikling i indikatorer siste tre måneder

	2022-10	2022-11	2022-12	Snitt 2021
<b>8a) Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning til vurdering av henvisning er fullført</b>				
Gjennomsnitt vurderingstid (dager)	2,1	2,0	2,4	2,1
Antall henvisninger vurdert	5 550	5 591	4 299	5 261
Andel henvisninger vurdert innen 10 dager	96,8 %	98,1 %	96,1 %	96,8 %
<b>8b) Andel åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle</b>				
Totalt antall åpne dokumenter som er mer enn 14 dager gamle	4 048	4 267	4 571	3 249
Herav antall legedokumenter	1879	1878	1960	1 508
Herav antall sykepleierdokumenter	945	1 004	1 087	621
<b>8c) Antall pasienter med åpen henvisningsperiode</b>				
Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	1 438	1 620	1 858	1 130
<b>8d) Andel pasienter som har fått direkte time innen 10 virkedager</b>				
Andel direkte time (rapporteres en måned på etterskudd)	70 %	70 %		82,0 %
<b>Andel epikriser sendt innen 7 dager og 1 dag</b>				
Andel epikriser innen 7 dager	82 %	81 %	82 %	84 %
Andel epikriser innen 1 dag	59 %	59 %	58 %	60 %

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

### Definisjoner

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

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

Antall pasienter med åpen henvisningsperiode:

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

Andel pasienter som har fått direkte time innen 10 virkedager:

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

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

# Andel epikriser innen 1 dag per klinikk og avdeling

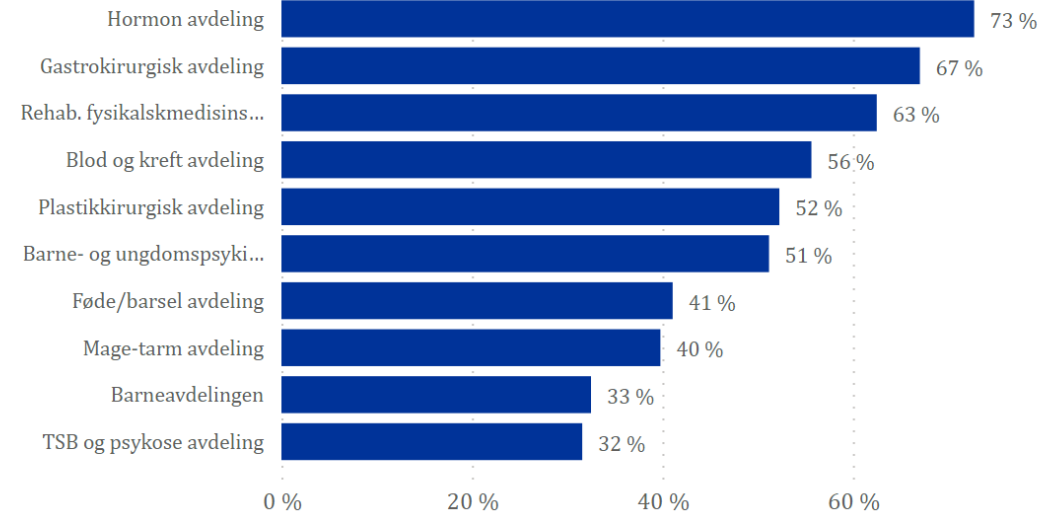
## Om indikatoren:

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

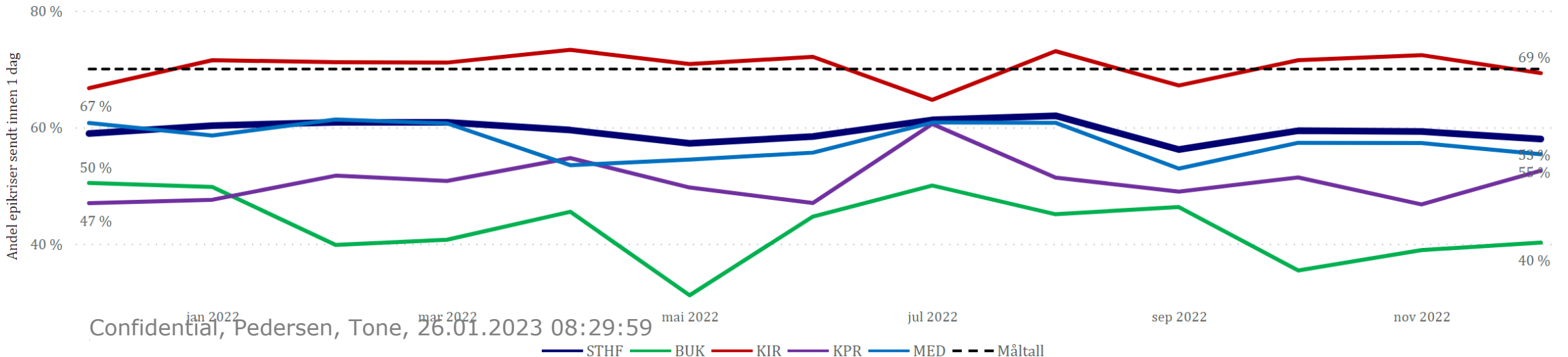
Lang epikrisetid svekker pasientens mulighet til å få kontinuitet i behandlingen og sikker oppfølging etter utskrivning fra behandling. Gjennom måling av epikrisetid rettes oppmerksomheten mot å redusere uønsket lang epikrisetid.

Andel epikriser sendt innen 1 dag per Klinikk	2022-09	2022-10	2022-11	2022-12
BUK	46 %	35 %	39 %	40 %
KIR	67 %	72 %	72 %	69 %
KPR	49 %	51 %	47 %	53 %
MED	53 %	57 %	57 %	55 %
<b>STHF</b>	<b>56 %</b>	<b>59 %</b>	<b>59 %</b>	<b>58 %</b>

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

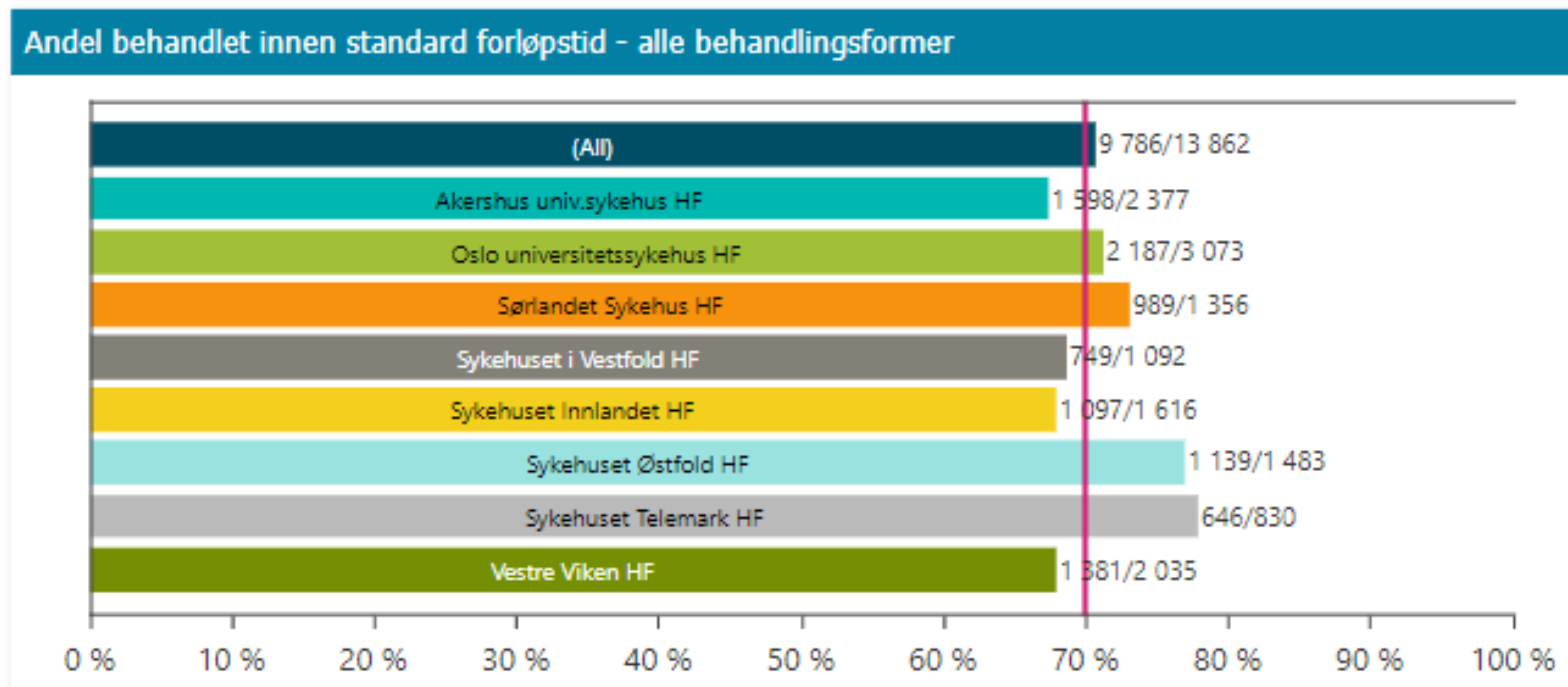


Utvikling i andel epikriser innen 1 dag per klinikk

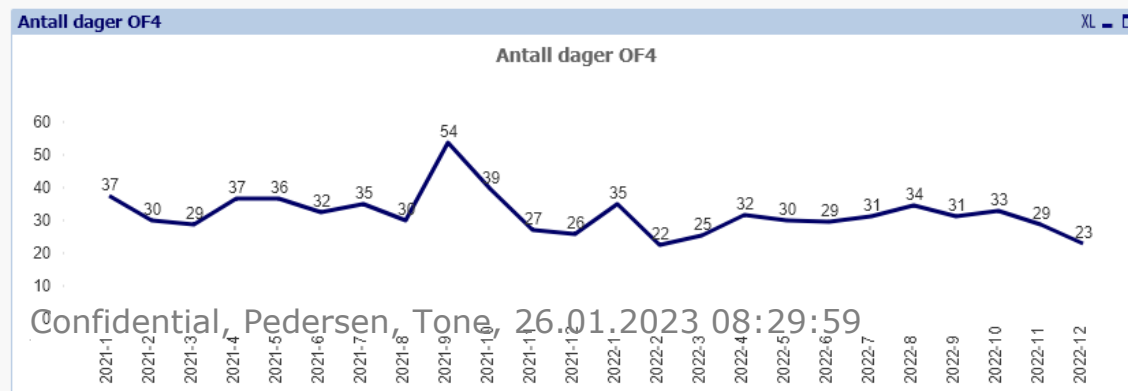
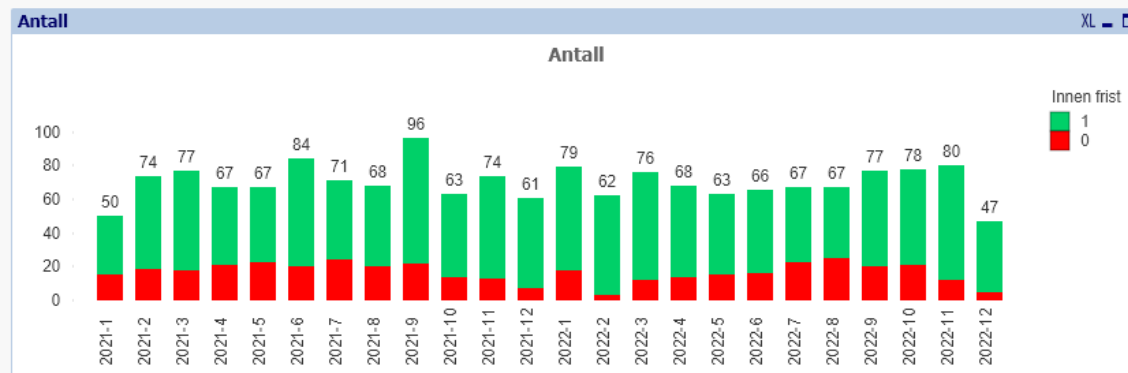
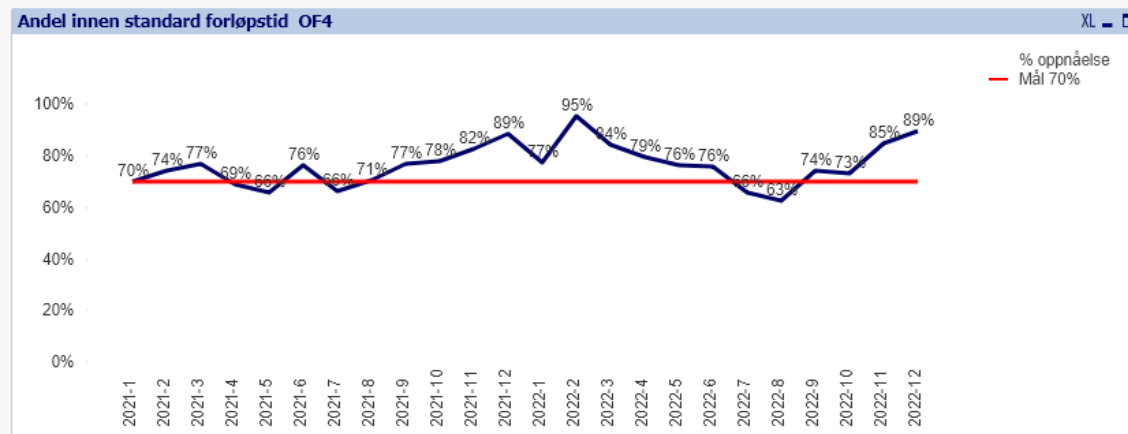


# Pakkeforløp kreft - sammenligning med andre helseforetak

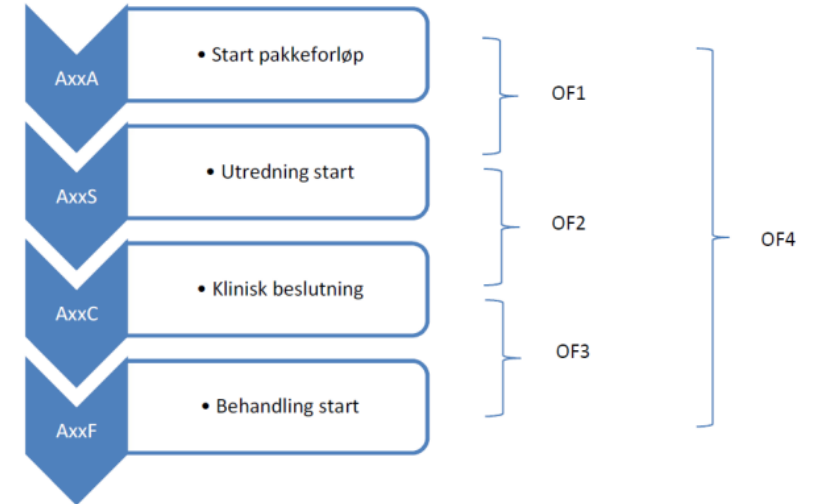
Hittil i år-verdier



# Pakkeforløp kreft - utvikling i indikatorer for STHF



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



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



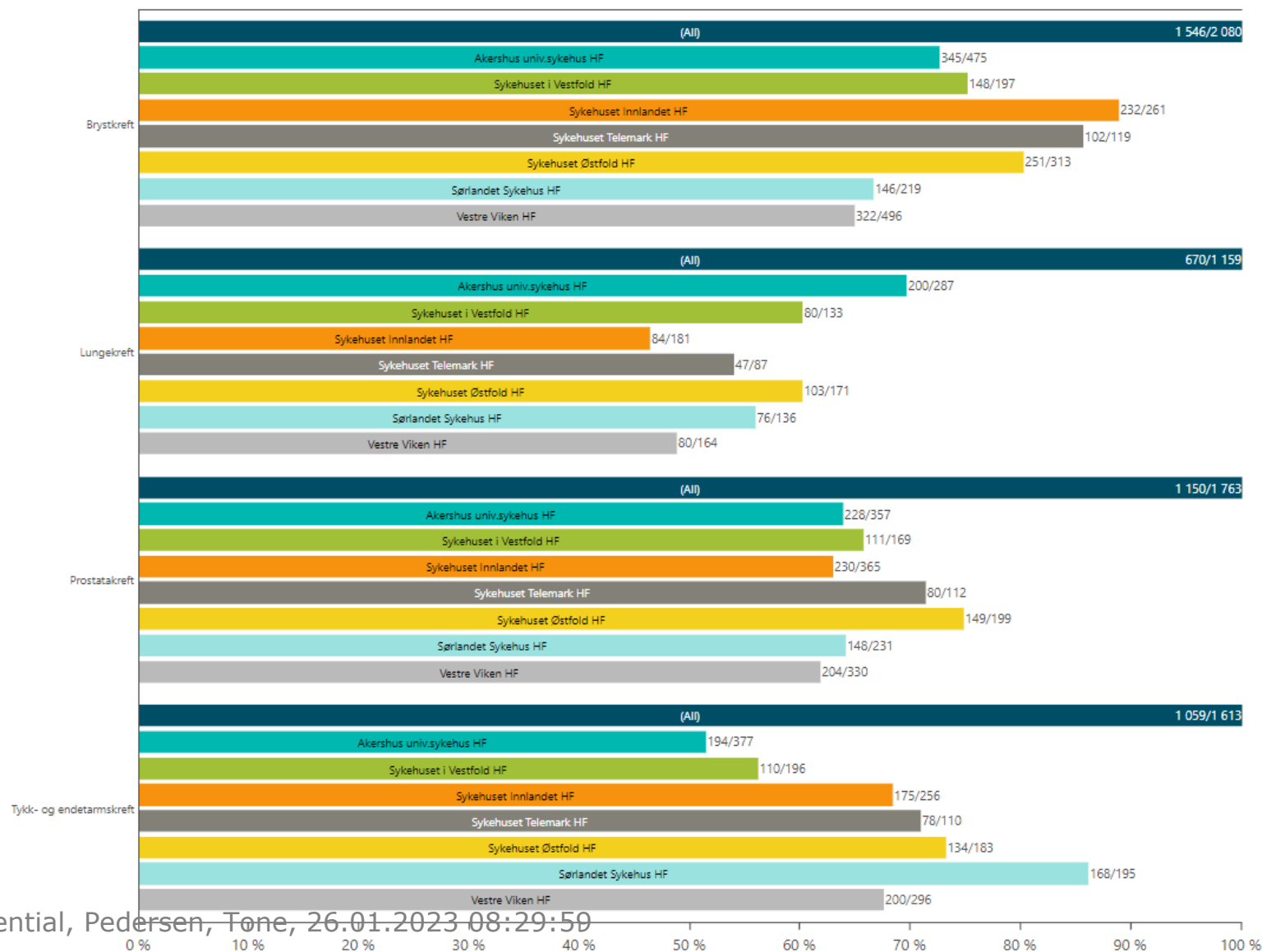
## Pakkeforløp kreft - detaljer om pakkeforløp per krefttype

Pakkeforløp	2022-12			2022		
	Antall	Herav innen std forløpstid	Andel innen std forløpstid	Antall	Herav innen std forløpstid	Andel innen std forløpstid
Blærekreft	3	3	100 %	59	53	90 %
Brystkreft	8	8	100 %	119	102	86 %
Bukspyttkjertelkreft				9	3	33 %
Eggstokkreft (ovarial)				11	7	64 %
Galleveiskreft				3	2	67 %
Hjernekreft						
Kreft hos barn				2	1	50 %
Kreft i spiserør og magesekk	1	1	100 %	13	5	38 %
Livmorhalskreft (cervix)	1	1	100 %	4	3	75 %
Livmorkreft (endometrie)	1	0	0 %	24	16	67 %
Lungekreft	3	1	33 %	87	47	54 %
Lymfomer	1	0	0 %	19	10	53 %
Malignt melanom	17	17	100 %	205	201	98 %
Myelomatose	1	1	100 %	13	12	92 %
Nevroendokrine svulster				4	4	100 %
Nyrekreft				25	14	56 %
Peniskreft				2	2	100 %
Primær leverkreft (HCC)				2	2	100 %
Prostatakreft	5	5	100 %	112	80	71 %
Sarkom						
Skjoldbruskkjertelkreft				1	0	0 %
Testikkelkreft	1	0	0 %	6	4	67 %
Tykk og endetarmskreft	5	5	100 %	110	78	71 %
<b>Totalt</b>	<b>47</b>	<b>42</b>	<b>89 %</b>	<b>830</b>	<b>646</b>	<b>78 %</b>

Confidential, Pedersen, Tone, 26.01.2023 08:29:59

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

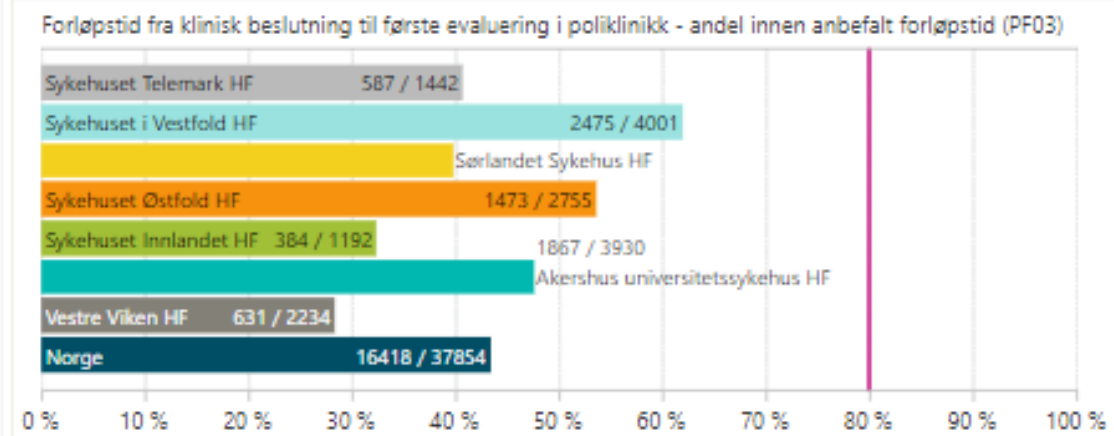
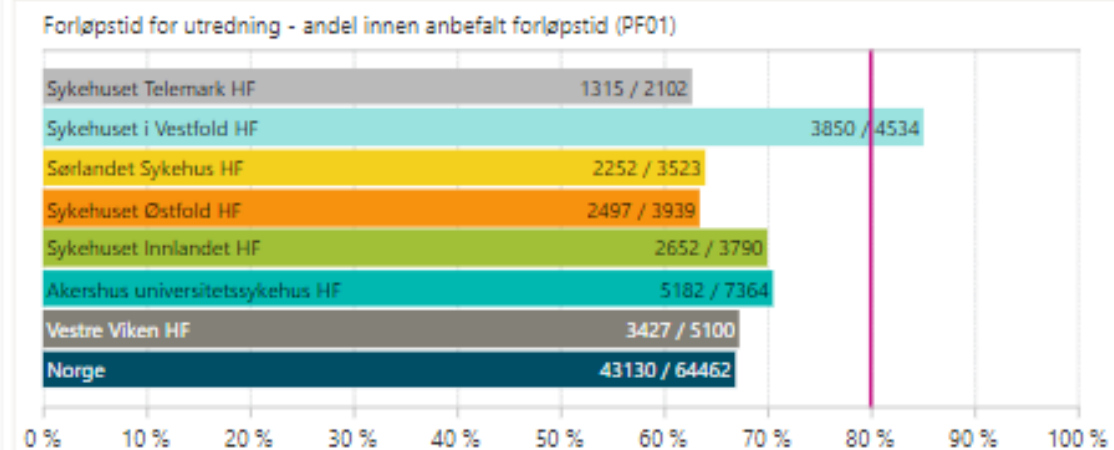
# Pakkeforløp kreft - måloppnåelse for prioriterte kreftformer sammenlignet med andre HF



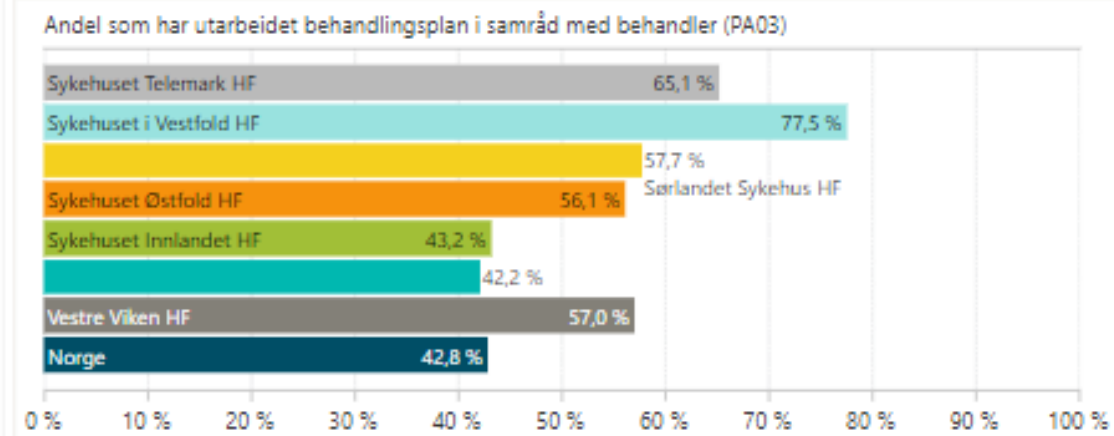
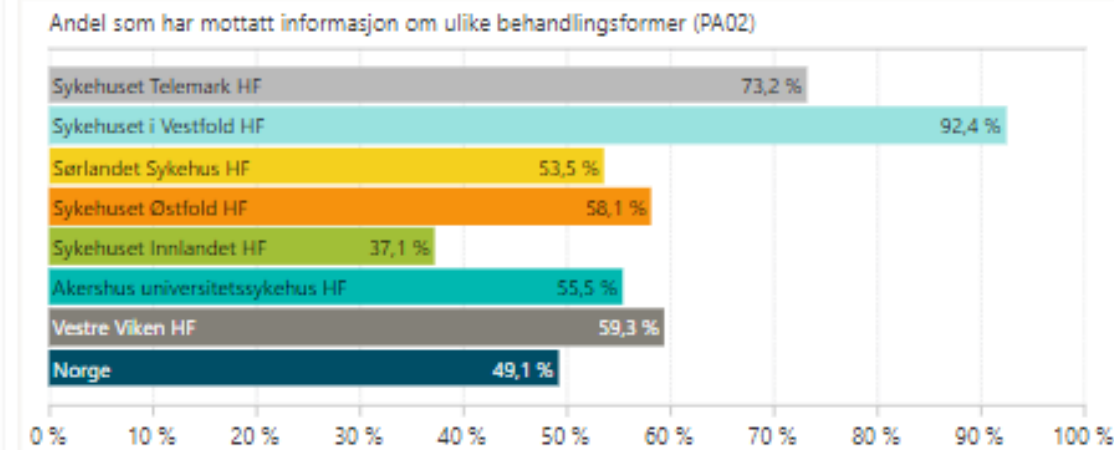
Confidential, Pedersen, Tone, 26.01.2023 08:29:50

# Nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus

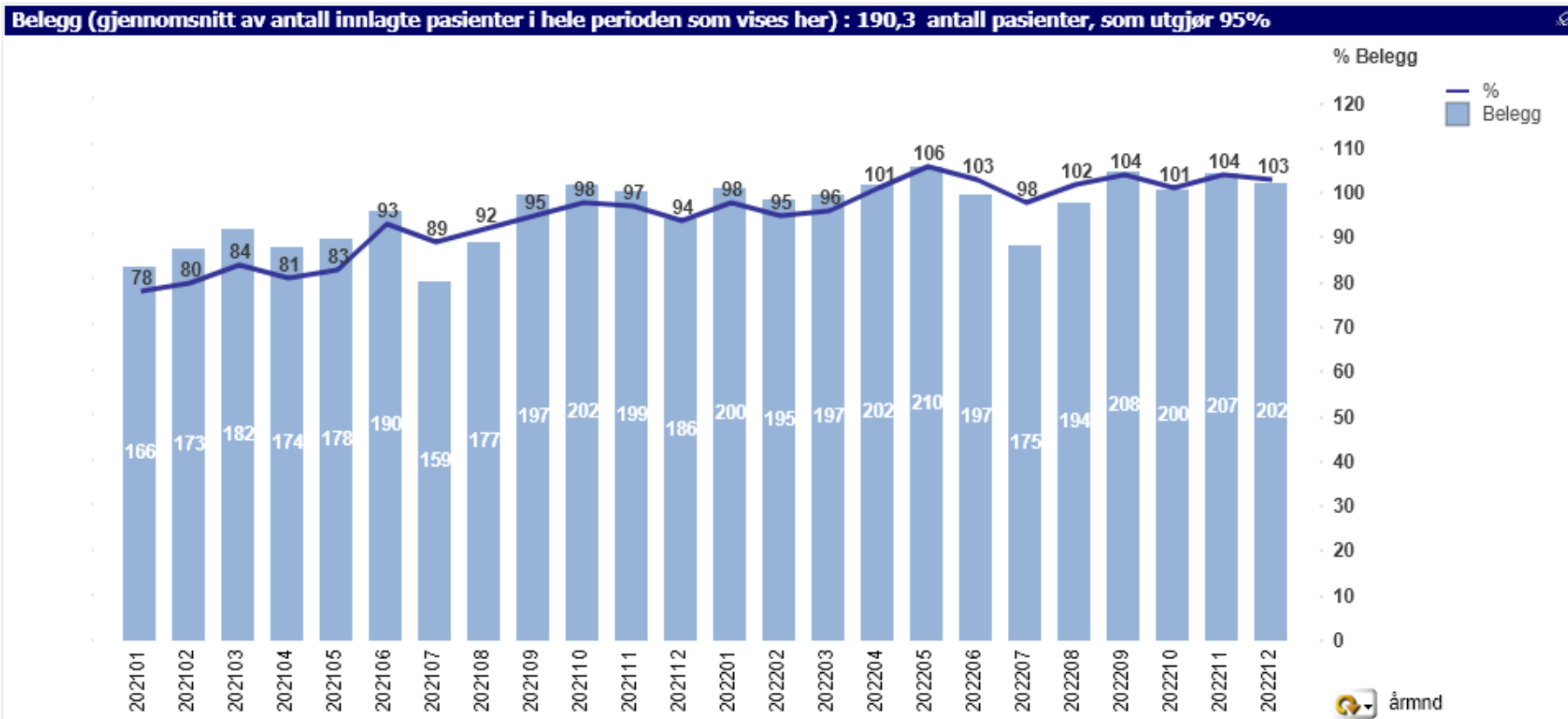
## MÅLOPPNÅELSE PER FORLØPSINDIKATOR



## MÅLOPPNÅELSE PER AKTIVITETSINDIKATOR



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



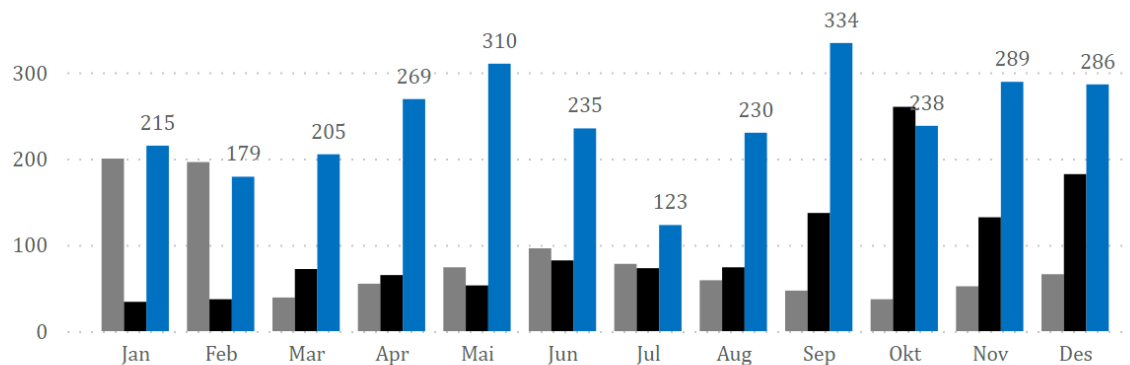
**Belegg pr post - siste måned**

Post	Belegg	Senger	Beleggs%
	<b>202,1</b>	<b>196</b>	<b>103%</b>
Lunge-geriatri Skien	22,5	20	113%
Infeksjon-mage-tarm post Skien	22,2	20	111%
Blod-kreft post Skien	19,8	18	110%
Hjerte-nyre-hormon Skien	26,2	24	109%
Medisinsk post Notodden	23,8	22	108%
Nevrologi-slag-rehab Skien	21,1	20	105%
Kirurgisk post 6. etg Skien	24,5	25	99%
Kirurgisk post 3. etg Skien	25,9	28	92%
Kirurgisk post Notodden	11,3	13	87%
Kirurgisk post 1. etg Skien	6,9	8	84%

# Korridorpasienter

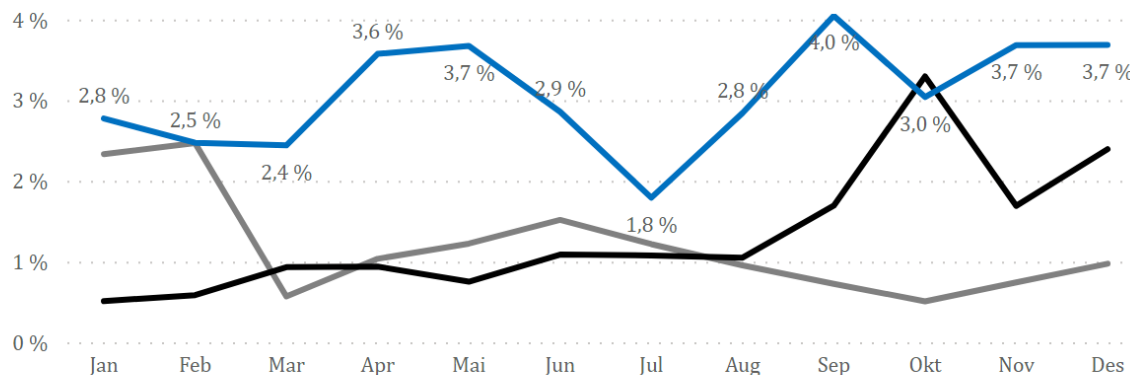
Antall korridorpasienter STHF

● 2020 ● 2021 ● 2022



Andel korridorpasienter STHF

● 2020 ● 2021 ● 2022



## Definisjon av indikatoren (HSØ definisjonskatalog)

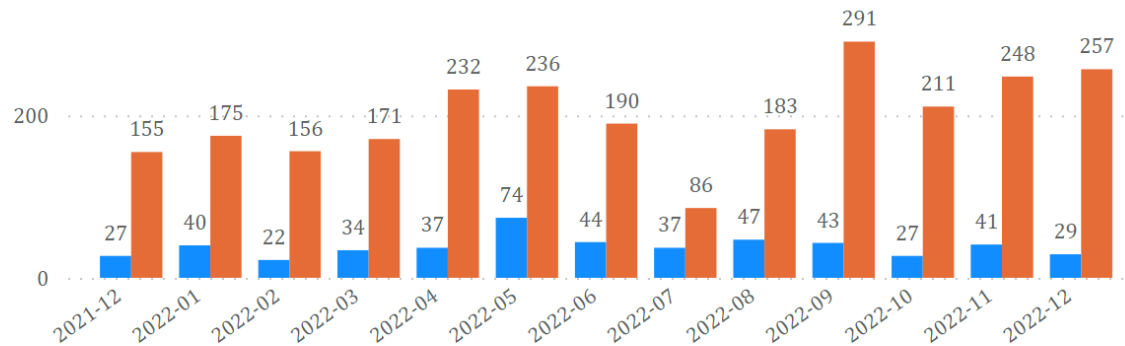
Antall og andel pasienter som kl. 07.00 er plassert i seng på korridor, bad, skyllerom, dagligstue m.m.

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

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

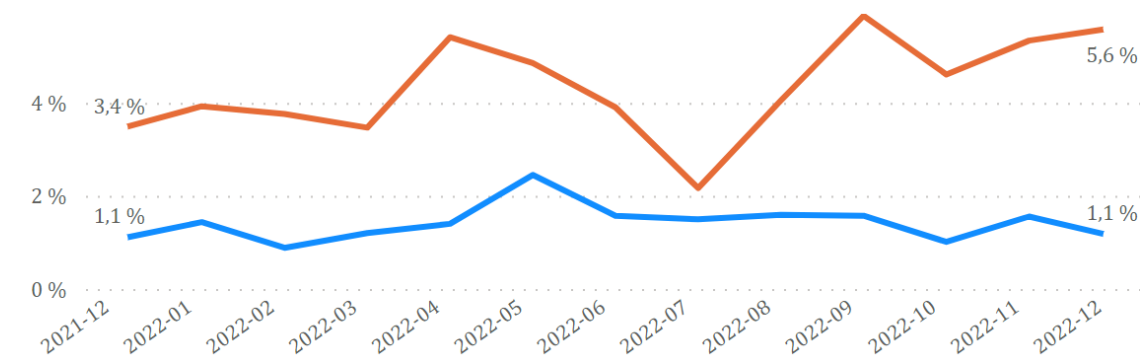
Antall korridorpasienter per klinikk siste 13 mnd

● Kirurgisk klinikk ● Medisinsk klinikk



Andel korridorpasienter per klinikk siste 13 mnd

● Kirurgisk klinikk ● Medisinsk klinikk



## Aktivitet dag, døgn og poliklinikk - alle tjenesteområder

Denne periode	Hittil i år				Endring HiÅ 2022 - 2021						
<b>Somatikk</b>											
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2021	Endring	%
Antall utskrivninger Døgnbehandling	2 108	2 217	-109	-4,9 %	25 839	27 000	-1 161	-4,3 %	24 670	1 169	4,7 %
Antall liggedøgn Døgnbehandling	7 760	7 800	-40	-0,5 %	94 234	95 000	-766	-0,8 %	87 508	6 726	7,7 %
Antall oppholdsdager Dagbehandling	2 337	2 140	197	9,2 %	27 741	26 888	853	3,2 %	27 590	151	0,5 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	14 222	13 963	259	1,9 %	181 766	192 603	-10 837	-5,6 %	179 946	1 820	1,0 %
<b>VOP - Psykisk helsevern for voksne</b>											
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2021	Endring	%
Antall utskrivninger Døgnbehandling	152	105	47	44,8 %	1 708	1 450	258	17,8 %	1 423	285	20,0 %
Antall liggedøgn Døgnbehandling	2 786	2 397	389	16,2 %	32 256	31 942	314	1,0 %	31 741	515	1,6 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	3 299	3 449	-150	-4,3 %	41 723	46 700	-4 977	-10,7 %	43 550	-1 827	-4,2 %
<b>BUP - Psykisk helsevern for barn og unge</b>											
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2021	Endring	%
Antall utskrivninger Døgnbehandling	12	10	2	20,0 %	163	145	18	12,4 %	140	23	16,4 %
Antall liggedøgn Døgnbehandling	106	173	-67	-38,7 %	1 444	2 190	-746	-34,1 %	2 187	-743	-34,0 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	2 583	3 998	-1 415	-35,4 %	36 965	39 500	-2 535	-6,4 %	36 793	172	0,5 %
<b>TSB - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling</b>											
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2021	Endring	%
Antall utskrivninger Døgnbehandling	40	28	12	42,9 %	449	370	79	21,4 %	365	84	23,0 %
Antall liggedøgn Døgnbehandling	338	211	127	60,2 %	3 274	3 200	74	2,3 %	3 176	98	3,1 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	881	666	215	32,3 %	8 303	9 000	-697	-7,7 %	8 398	-95	-1,1 %

## ISF-berettigede konsultasjoner

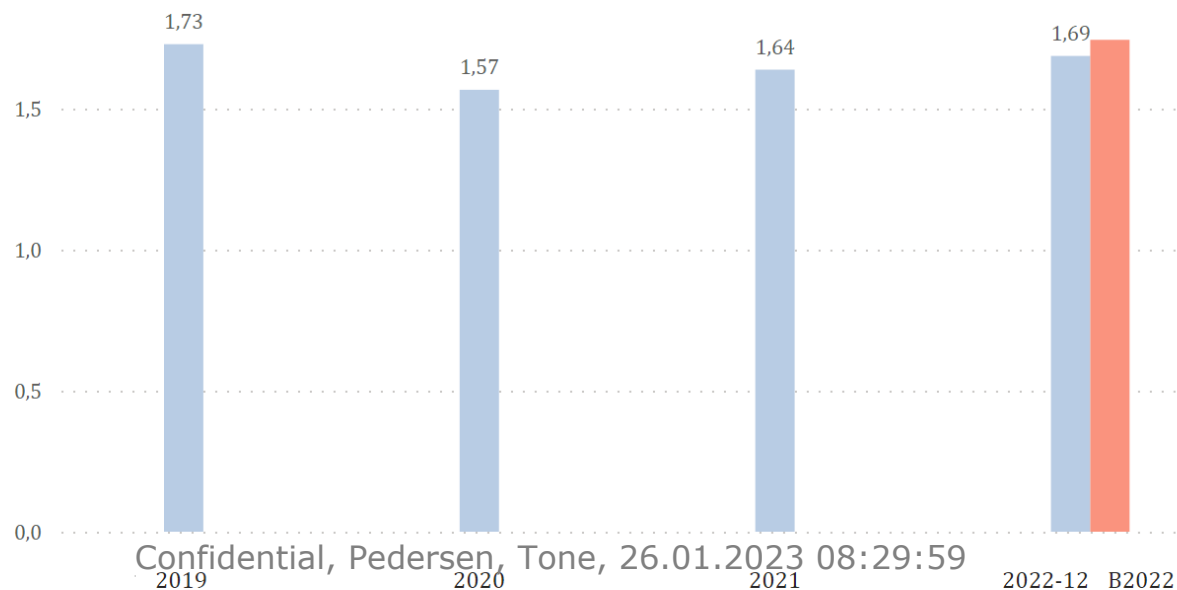
	Denne periode				Hittil i år				Årsestimat mot årsbudsjett				Endring HiÅ 2021-2022		
	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjett-avvik	%	Estimat	Budsjett	Avvik	%	HiÅ 2021	Endring	%
Somatikk	14 222	13 963	259	1,9 %	181 766	192 603	-10 837	-5,6 %	181 766	192 603	-10 837	-5,6 %	179 946	1 820	1,0 %
Psykisk helsevern	5 882	7 447	-1 565	-21,0 %	78 688	86 200	-7 512	-8,7 %	78 689	86 200	-7 511	-8,7 %	80 343	-1 655	-2,1 %
VOP	3 299	3 449	-150	-4,3 %	41 723	46 700	-4 977	-10,7 %	41 724	46 700	-4 976	-10,7 %	43 550	-1 827	-4,2 %
BUP	2 583	3 998	-1 415	-35,4 %	36 965	39 500	-2 535	-6,4 %	36 965	39 500	-2 535	-6,4 %	36 793	172	0,5 %
TSB	881	666	215	32,3 %	8 303	9 000	-697	-7,7 %	8 303	9 000	-697	-7,7 %	8 398	-95	-1,1 %

# ISF-poeng somatikk

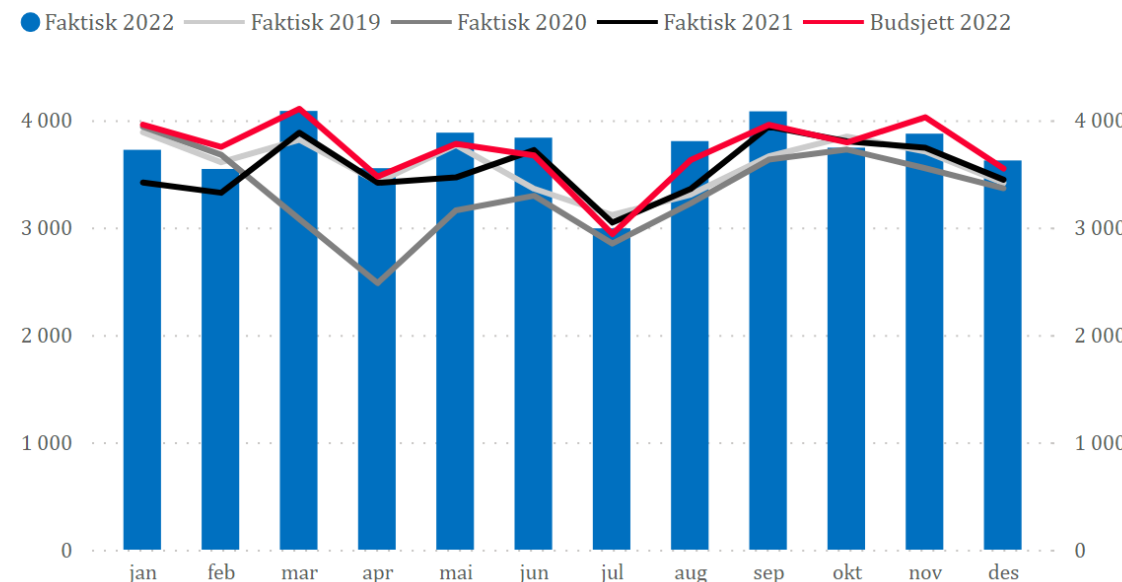
\* ISF-budsjettavvik =  
Budsjettavvik hittil i år (inneværende år) x ISF enhetspris

Denne periode					Hittil i år						
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2021	Budsjett 2022	ISF bud.-avvik* (1000 kr)
Kirurgisk klinikk	1 501	1 598	-98	-6 %	19 342	19 657	-315	-2 %	19 203	19 657	-7 524
Medisinsk klinikk	1 910	1 661	248	15 %	22 213	21 412	801	4 %	19 958	21 412	19 116
BUK	188	249	-61	-24 %	2 712	3 040	-328	-11 %	2 884	3 040	-7 832
Akutt og beredskap	10	11	-1	-10 %	128	118	10	8 %	114	118	237
MSK	14	30	-16	-54 %	340	400	-60	-15 %	363	400	-1 441
Ufordelt/kvalitetssikring	2		2	0 %	11		11	0 %	42		258
DRG Somatikk utført ved STHF	3 624	3 550	74	2 %	44 745	44 627	118	0 %	42 562	44 627	2 814
Total ISF-poeng Somatikk (inkl. legemidler, FBV) "sørge for"	3 985	3 812	174	5 %	48 260	47 767	493	1 %	45 632	47 767	11 758

ISF produktivitet somatikk 2019-2022



ISF-poeng Somatikk utført ved STHF





# ISF-poeng PHV og TSB utført ved STHF

Denne periode

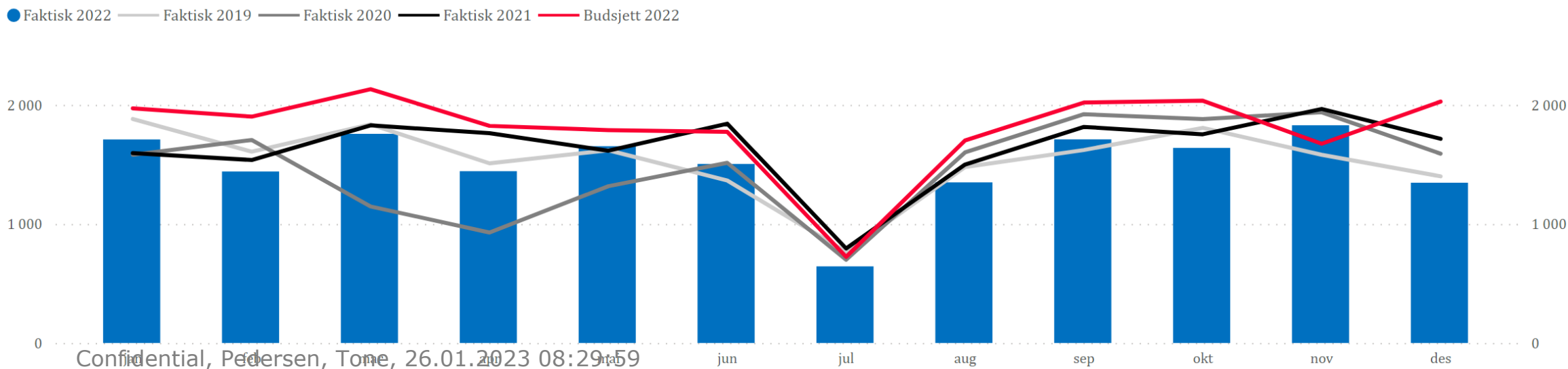
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%
DPS Nedre Telemark	257	267	-10	-4 %
DPS Øvre Telemark	105	143	-38	-27 %
Psykiatrisk sykehusavdeling	28	40	-12	-30 %
Poliklinisk avdeling TSB og psykose	264	262	2	1 %
Raskere tilbake PHV og TSB (underlagt Med. klinikk)	0	6	-6	-100 %
Klinikk for PHV og TSB + Raskere tilbake	654	717	-63	-9 %
Avdeling for barn og unges psykiske helse - ABUP	692	1 311	-618	-47 %
<b>Total ISF Psykisk helsevern og TSB ved STHF</b>	<b>1 346</b>	<b>2 028</b>	<b>-682</b>	<b>-34 %</b>

Hittil i år

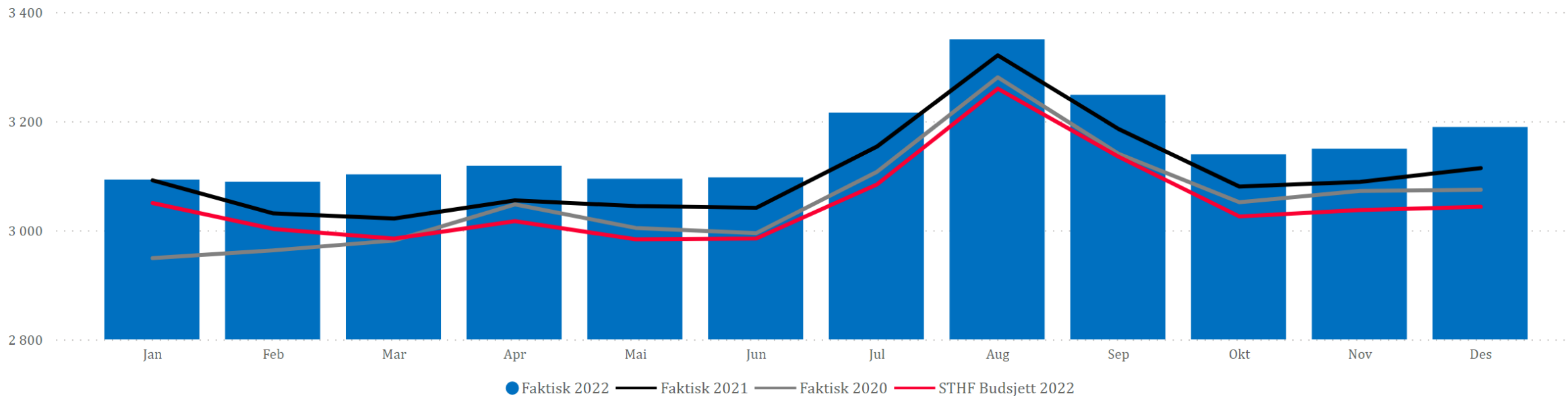
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	HiÅ 2021	Budsjett 2022	ISF bud.-avvik* (1000 kr)
	3 217	3 612	-395	-11 %	3 153	3 612	-1 302
	1 478	1 930	-451	-23 %	1 394	1 930	-1 487
	874	534	340	64 %	608	534	1 119
	2 799	2 457	342	14 %	2 638	2 457	1 127
	30	84	-54	-65 %	83	84	-179
	8 397	8 616	-219	-3 %	7 876	8 616	-721
	9 627	12 954	-3 328	-26 %	11 845	12 954	-10 962
	18 024	21 571	-3 547	-16 %	19 721	21 571	-11 683

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

## ISF-poeng PHV + TSB utført ved STHF



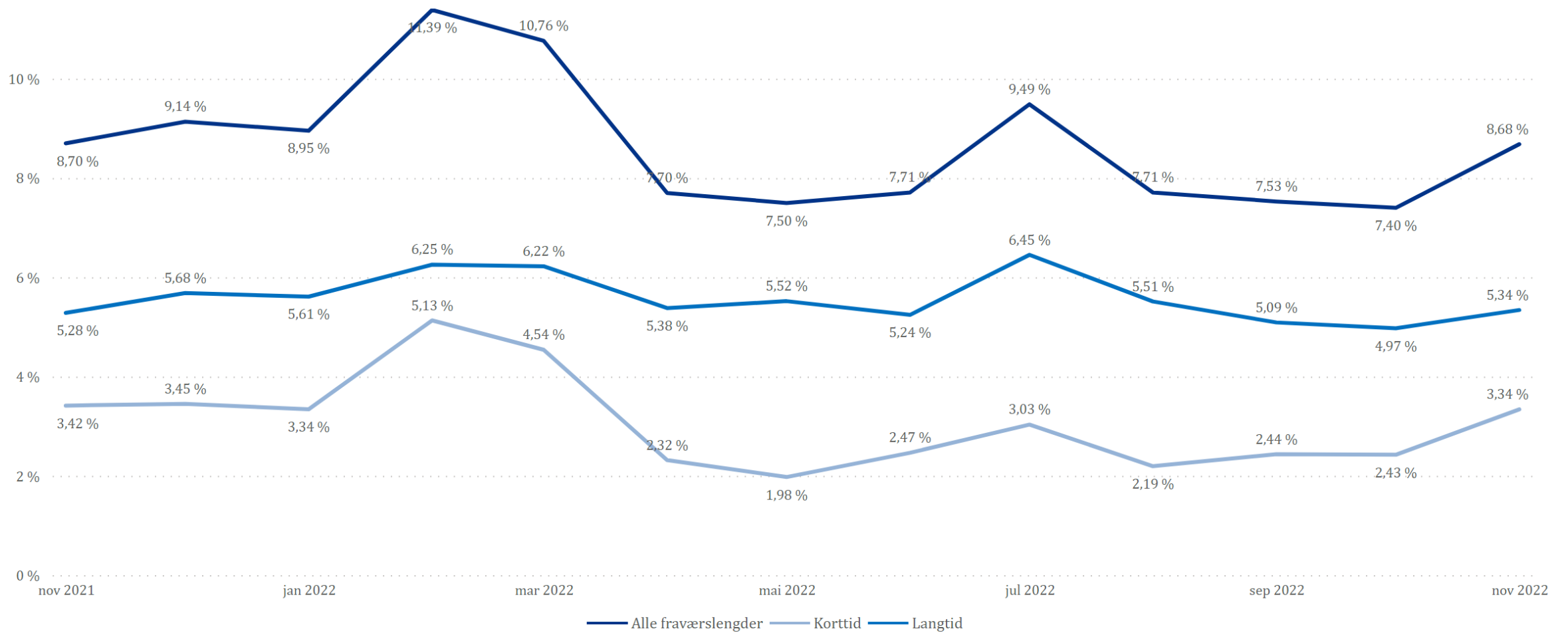
# Brutto månedsverk



Denne periode					Hittil i år (månedlig gjennomsnitt)				Endring HiÅ 2021 - 2022		
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	Prosentavvik	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	Prosentavvik	HiÅ 2021	Endring	% endring
Somatikk	2 249	2 128	-121	-5,7 %	2 211	2 133	-78	-3,7 %	2 166	-45	-2,1 %
VOP	539	529	-9	-1,8 %	541	530	-11	-2,0 %	535	-6	-1,2 %
BUP	165	160	-5	-3,4 %	165	160	-4	-2,7 %	163	-1	-0,8 %
Psykisk helsevern	704	689	-15	-2,2 %	706	691	-15	-2,2 %	698	-8	-1,1 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	61	61	1	1,3 %	59	61	2	3,8 %	60	1	1,3 %
Prehospitaltjenester	159	148	-11	-7,6 %	164	148	-16	-10,9 %	161	-3	-1,6 %
Annet	17	17	0	1,8 %	17	17	0	1,9 %	17	0	-1,3 %
Total	3 189	3 043	-146	-4,8 %	3 157	3 051	-107	-3,5 %	3 102	-55	-1,8 %

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

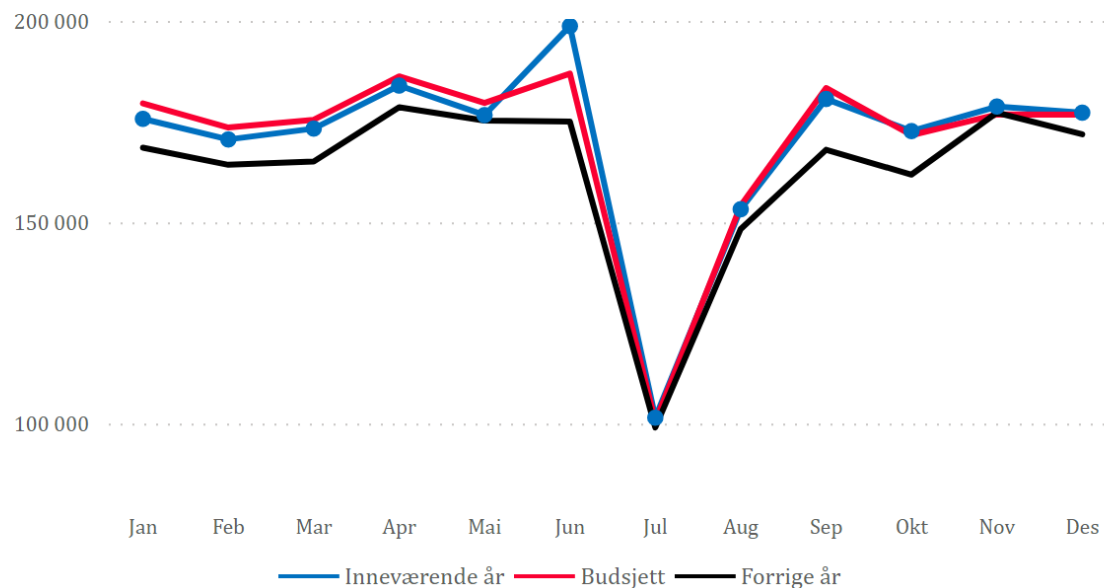
# Sykefravær



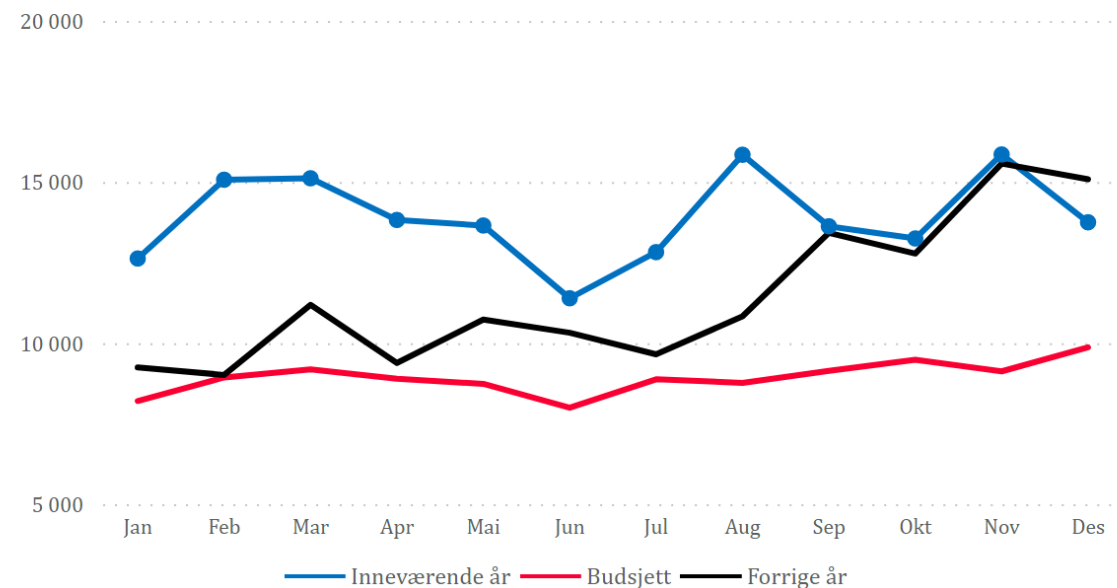
## Bemanning - Lønnskostnader/innleie helsepersonell (tall i 1.000 kr)

Denne periode	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Hittil i år	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	%	Endring HiÅ 2022 - 2021	Faktisk	Endring	%
	Lønn til fast ansatte	177 227	176 708	-519		-0,3 %	2 042 864	2 044 532	1 667		0,1 %	1 953 121	-89 743
Overtid og ekstrahjelp	13 751	9 869	-3 882	-39,3 %	166 837	107 209	-59 628	-55,6 %	137 240	-29 597	-21,6 %		
Total lønn	248 193	237 043	-11 150	-4,7 %	2 831 157	2 705 170	-125 987	-4,7 %	2 666 817	-164 340	-6,2 %		
Innleid arbeidskraft - del av kto 468	6 767	1 612	-5 155	-319,8 %	54 535	20 162	-34 373	-170,5 %	28 918	-25 617	-88,6 %		

Utvikling i fastlønn per periode



Utvikling i overtid og ekstrahjelp per periode



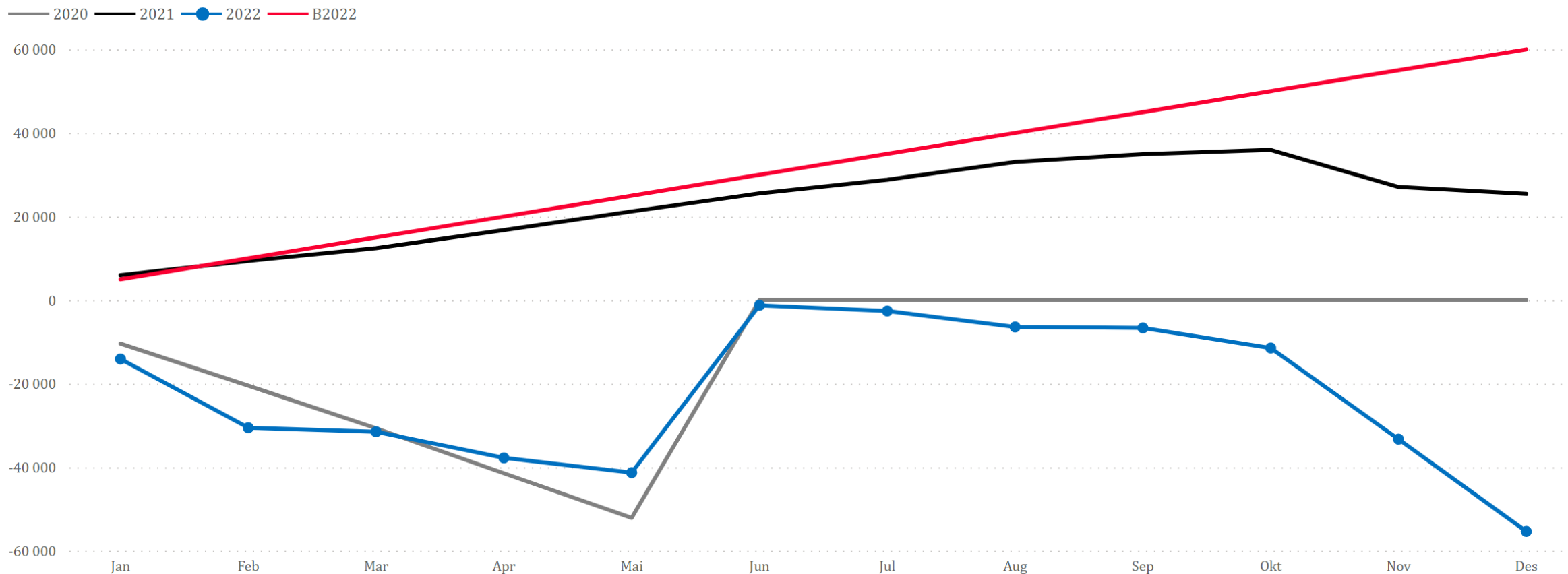
Confidential, Pedersen, Tone, 26.01.2023 08:29:59

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

# Resultat

2022-12	Denne Periode			Hittil i år			Helår	
	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	Faktisk	Budsjett	Budsjettavvik	Årsbudsjett	Estimat
Basisramme inkl. KBF	240 283	237 658	2 625	2 657 124	2 637 333	19 791	3 132 047	2 657 124
ISF egne pasienter	72 149	70 400	1 749	874 511	863 106	11 405	742 148	874 511
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	15 251	14 785	466	199 929	207 439	-7 510	169 091	199 929
ISF - refusjon poliklinisk PHV/TSB	4 745	5 310	-565	60 252	71 054	-10 802	68 934	60 252
ISF - refusjon pasientadministrative legemidler (H-resept...)	6 760	5 809	951	76 426	69 703	6 722	57 401	76 426
Poliklinikk inntekter	7 275	8 811	-1 537	113 848	113 067	781	124 412	113 848
Egenandel Poliklinikk inkl HELFO	8 691	8 496	195	99 561	106 743	-7 182	108 385	99 561
Egenandel HELFO pasientreiser	3 676	3 673	3	34 111	34 346	-235	33 557	34 111
Annen inntekt	36 063	27 912	8 151	444 881	333 551	111 330	347 452	444 881
<b>SUM DRIFTSINNTEKTER</b>	<b>394 892</b>	<b>382 854</b>	<b>12 038</b>	<b>4 560 643</b>	<b>4 436 342</b>	<b>124 301</b>	<b>4 783 427</b>	<b>4 560 643</b>
Varekostnad	117 421	88 565	28 856	1 174 095	1 073 572	100 523	1 107 780	1 174 095
Lønn eks. pensjon	210 848	204 448	6 400	2 407 988	2 326 097	81 891	2 515 806	2 407 988
Pensjonskostnader	30 578	30 983	-405	368 634	358 911	9 723	410 359	368 634
Andre driftskostnader	59 451	54 382	5 069	676 150	624 872	51 278	765 588	676 150
<b>SUM DRIFTSKOSTNADER</b>	<b>418 298</b>	<b>378 378</b>	<b>39 920</b>	<b>4 626 867</b>	<b>4 383 452</b>	<b>243 415</b>	<b>4 799 533</b>	<b>4 626 867</b>
<b>DRIFTSRESULTAT</b>	<b>-23 406</b>	<b>4 476</b>	<b>-27 882</b>	<b>-66 224</b>	<b>52 890</b>	<b>-119 114</b>	<b>-16 106</b>	<b>-66 224</b>
Finansresultat	1 320	524	796	10 874	7 110	3 763	26 106	10 874
<b>ÅRSRESULTAT</b>	<b>-22 085</b>	<b>5 000</b>	<b>-27 085</b>	<b>-55 351</b>	<b>60 000</b>	<b>-115 351</b>	<b>10 000</b>	<b>-55 351</b>
Endrede pensjonskostnader	0		0	0		0		0
<b>ÅRSRESULTAT JUSTERT FOR PENSJONSKOSTNADER</b>	<b>-22 085</b>	<b>5 000</b>	<b>-27 085</b>	<b>-55 351</b>	<b>60 000</b>	<b>-115 351</b>	<b>60 000</b>	<b>-55 351</b>

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



	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Akkumulert resultat justert for pensjonskostnader	-14 085	-30 539	-31 501	-37 748	-41 284	-1 238	-2 593	-6 423	-6 651	-11 455	-33 265	-55 351
Akkumulert budsjettavvik	-19 085	-40 539	-46 501	-57 748	-66 284	-31 238	-37 593	-46 423	-51 651	-61 455	-88 265	-115 351

## Risikovurdering per 3. tertial 2022

Virksomheten i sykehuset skal utøves i samsvar med gjeldende lover, retningslinjer og styringskrav fastsatt i oppdragsdokumentet eller foretaksmøtet samt vedtak som fattes av eget styre. Effektiv styring forutsetter at det er etablert en intern kontroll i virksomheten som skal identifisere systemsvikt, feil og mangler samt bidra til å nå gjeldende styringskrav og målsettinger.

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.

Etter mer enn 2 år med driftsforstyrrelser gjennom koronapandemien, er sykehuset tilbake i normal drift. Sykehusets kostnadsnivå utgjør en betydelig risiko, og det jobbes målrettet med å redusere kostnader på alle nivåer, og hovedsakelig knyttet til variabel lønn. ISF-aktivitet er i balanse, men kvalitetsparametere som ventetid og korridorpasienter viser fremdeles bekymringsfull utvikling. Det vil være krevende å forbedre resultater for ventetider samtidig med nødvendige kostnadsreduksjoner. Det er kapasitetsproblemer og rekrutteringsvansker i psykiatrien. Sykefraværet har vært høyt mot slutten av året, og sykehuset har vært i grønn beredskap i første halvdel av januar.

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

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

**1. Tilgjengelighet** – Økt sannsynlighet. Ventetidene ligger på et høyere nivå enn samme tid i fjor, og før pandemien, både for somatikk og psykiatri. Ventetid ventende og påstartet for somatikk er hhv. 77 og 66 dager, og 38 og 41 dager for psykiatri. Fristbrudd er 4,2 %, hvorav majoriteten gjelder Mage og tarm-avdelingen og barne- og ungdomsmedisin. Fristbrudd har bedret seg noe i fjerde kvartal, men økende ventelister, presset kapasitet og et forhøyet sykefravær øker risiko for ytterligere fristbrudd i tiden framover. Sykefraværet er i økende trend i fjerde kvartal, og ligger samlet ca 2 prosentpoeng høyere i 2022 enn gjennomsnitt 2015-2019 før pandemien.

**2. Økonomi** – Økt konsekvens. Sykehuset rapporterer et driftsresultat på -55,4 millioner kr. per desember, som er 115,4 millioner kroner lavere enn budsjett. Sykehusets økonomiske utvikling etter pandemien er svært bekymringsfull. Utviklingen henger i stor grad sammen med økte variable lønnskostnader og innleie som følge av økt sykefravær og rekrutteringsvansker. Det vil være krevende å forbedre resultater for ventetider samtidig med nødvendige kostnadsreduksjoner. Alle klinikker jobber med konkrete omstillingstiltak for å redusere kostnadsnivået. Underliggende utviklingstrekk, demografi i Telemark gjør det krevende å sikre økonomisk bærekraft over tid.

**3. Bemanning og kompetanse** – Uendret. Det er rekrutteringsvansker på flere fagområder, som fører til høyere variabel lønn og innleie. Det er opprettet utdanningsstillinger for spesialsykepleiere på flere seksjoner. Sommeravviklingen i 2022 har vært svært krevende og kostbar, og det er risiko for at dette også vil være tilfelle for 2023. Rekruttering av spesialister til BUP, VOP og TSB er svært krevende. Dette gir lav spesialistdekning og fører til forsinkelser i behandlingsforløp og dårligere pasienttilbud.

**5. Personvern og informasjonssikkerhet** - Ingen endring.

Det er risiko for eksterne dataangrep, blant annet på bakgrunn av situasjonen med Ukraina. Trusselvurderinger tilsier noe økt risiko. Sykehuspartner vurderer og melder forløpende om endringer i trusselnivået. Sykehuset får også direkte informasjon fra HelseCERT. Ansatte er informert om risiko for phishing-angrep, og får anbefalinger om hvordan man skal forholde seg til dette. Programmet «Hoxhunt» er rullet ut for at ansatte skal kunne rapportere mistenkelige e-poster og bli mer oppmerksomme i det daglige. Sykehuspartner HF har i perioder hatt økt beredskap og overvåkning av situasjonen.

IT-løsning for regional protokoll for håndtering av data etter GDPR Artikkel 30 er levert, men ikke hatt ønsket kvalitet. Sykehuspartner jobber med nå levere ny versjon av høyere kvalitet som gjør oversikt og vedlikehold enklere.

Personvernombudet sluttet desember 2022 og informasjonssikkerhetsleder ivaretar rollen inntil ny er på plass. Endringen er også innmeldt Datatilsynet.



**6. Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring** – Uendret. Korridorpatienter er i økende trend, spesielt på Medisinsk klinikk. Arbeidet med tiltak fra prosjektet Pasientflyt 24/7, med fokus på pasientforløp samt flere av tiltakspakkene fra «I trygge hender 24/7», blant annet tidlig oppdagelse av forverret tilstand (NEWS-2), fortsetter. Relevante kvalitetsindikatorer, herunder 30-dagers overlevelse, tematiseres i Helsefelleskap FSU Kvalitet og tjenestetutvikling. Et felles fokus fra kommuner og sykehus forventes å ha positiv effekt på pasientsikkerheten. Det er videre fokus på kreftområdet. Forbedringsarbeid knyttet til pakkeforløp lungekreft har vært gjennomført, og resultater avventes. Fagråd kreft er etablert i sykehuset. Hensikten er å øke kvaliteten langs hele forløpet, både når det gjelder diagnostisering og behandling, herunder økt 5-års overlevelse.

### **8. Aktivitet – Økt sannsynlighet.**

Aktivitetsnivået har økt med 13 % i prehospital og 5-10 % i akuttmottak og intensiv

Det har vært høy smittespredning i samfunnet i desember, som har påvirket aktiviteten. Sykehuset er i en periode i første halvdel av januar satt i grønn beredskap, men sykefraværet ser ut til å avta noe.

Det er høy aktivitet i Medisinsk klinikk. Kirurgisk klinikk ligger på et normalt nivå, men litt under budsjett. Det er høy aktivitet på poliklinikk, men ventelistene er økende. Fokus i hele sykehuset er på normalisering av drift etter en periode med høyt sykefravær og driftsforstyrrelser. Utskrivningsklare pasienter er på sitt høyeste nivå per desember siste 8 år med 6243 døgn, mot tilsvarende 5362 døgn på samme tid i fjor. Dette gjelder 1171 enkeltpasienter per desember. 94 % gjelder somatikk.

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

Aktiviteten innen BUP i 2022 er om lag på nivå med 2021 men lavere enn budsjett. Budsjett 2023 er fastsatt med bakgrunn i behovet for vekst i aktiviteten for å håndtere henvisningsmengde og redusere ventetider. Det er et stabilt høyt nivå på henvisningene til BUP, og dette utfordrer kapasiteten i en situasjon med vakante behandlerstillinger og få spesialister. Det er betydelige utfordringer med å rekruttere overleger, psykologer og psykologspesialister

### **9. Kapasitet innen psykisk helsevern/TSB – Redusert sannsynlighet.**

Kapasitet innenfor sikkerhetspsykiatri har over tid vært en utfordring, blant annet fordi flere dømmes til tvungent psykisk helsevern. STHF er nå i gang med å utvide sikkerhetspsykiatrien med 7 nye pasientrom.

Vedvarende høyt antall henvisninger til BUP, blant annet knyttet til økning i spiseforstyrrelser og andre ressurskrevende lidelser. Antall henvisninger ser ut til å ha stabilisert seg, men på et vesentlig høyere nivå enn før pandemien. Dette utfordrer kompetanse og kapasitet. BUP har fått tilført ressurser for å øke antall behandlere, men rekrutteringsutfordringer er til hinder for

økt kapasitet. Fire seksjoner i BUP samlokaliseres i Skien sentrum i mars 2023, for å styrke fagmiljø, øke rekrutteringskraft og minske uønsket variasjon. Samlokalisering legger også til rette for økt aktivitet og bedre kvalitet i pasientbehandlingen – som er nødvendig for å møte henvisningsmengde og kompleksitet i sykdomsbilde.

Driftssituasjon VOP er krevende og flere av poliklinikkene har kritisk få spesialister. Det er i dag mange små miljøer som er ekstra sårbare ved sykefravær og vakanser. Ved manglende spesialistrekruttering kan tilbud måtte stenge til høsten. Som følge av at BUP samles i eget bygg vil det frigjøres lokaler som VOP/TSB kan disponere. Dette vil legge til rette for å samlokalisere og styrke også disse behandlermiljøene.

**Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 3. tertial 2022**

	K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
<b>1 Tilgjengelighet</b>								
	K	3	→	Høyt sykefravær og presset kapasitet øker risiko for økte ventelister og ventetider. Økte ventetider reduserer sykehusets attraktivitet, og kan være et tegn på lav lønnsomhet.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Økt bruk av telefonkonsultasjoner for å opprettholde elektiv aktivitet der det er mulig</li> <li>Utrede mulighet for å bruke Checkware i somatikken for å redusere antall kontrollkonsultasjoner på venteliste</li> </ul>	Redusere unødig ventetid og administrative feil. Bidrar til økt kompetanse og felles praksis.	Klinikksjefer og ledere	Løpende
	S	4	→					
	K	4	→	Pasienter får ikke oppfylt sin rett til nødvendig helsehjelp. Spesialisthelsetjenesten overholder ikke juridisk bindende forpliktelse til å oppfylle pasientens rettighet, og pasientens rettslig krav på behandling innen den fristen som er fastsatt. Kraftig økning på Plast pga kapasitetsutfordringer.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fokus på lengre planleggingshorisont. Sekretærstyrt timebok.</li> <li>Jevnlige ventelistemøter mellom sekretaer og legeleder.</li> <li>Kontinuerlig rydding i ventelister for å unngå fristbrudd, langventere, unødig ventetid og løftebrudd.</li> </ul>	Pasientene skal ikke oppleve fristbrudd	Klinikksjefer og ledere	Løpende
	S	2	→					
<b>2 Økonomi</b>								
	K	4	→	<ul style="list-style-type: none"> <li>STHF må skape økonomisk handlingsrom for å sikre nødvendige investeringer.</li> <li>Styring og kontroll med ressursbruken er viktig for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen</li> <li>Akkumulert resultatet pr desember er -55,4 millioner, som er 115,4 millioner under budsjett.</li> <li>Underliggende utviklingstrekk, demografi i Telemark gjør det krevende å sikre økonomisk bærekraft over tid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Det jobbes kontinuerlig med gjennomgang av egen drift og identifisering av tiltak både på inntekt- og kostnadssiden.</li> <li>Arbeid med omstillingstiltak pågår.</li> <li>Klinikkene følger opp sine respektive tiltaksplaner jevnlig, og det er et kontinuerlig fokus på kostnadseffektivisering.</li> </ul>	Sikre økonomisk økonomisk bærekraft nødvendig for å opprettholde investeringer og vedlikehold og sikre bærekraft også etter USS	Klinikksjefer og stab	Løpende
	S	5	→					
	K	4	→	Redusert aktivitet og høye kostnader ifm Koronavirus har en sterk negativ effekt på sykehusets økonomi. Sykehusene vil ikke få ytterligere kompensasjon. Det er viktig at	<ul style="list-style-type: none"> <li>God kostnadskontroll og ressursplanlegging i klinikkene</li> <li>Det holdes løpende oversikt over kostnadseffekten av koronatiltakene</li> <li>Følge opp at overgang til normaldrift fører til reduserte</li> </ul>	Opprettholde aktivitet i så stor grad som mulig gjennom pandemien. Jobbe ned oppsamlinger i ventelistene.	Klinikksjefer og stab	Løpende
	S	3	→					

**Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 3. tertial 2022**

K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
			driftskostnader reduseres til normalnivå i samsvar med utvikling i koronasituasjonen.	koronakostnader og årsverk <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tettere oppfølging av koronakostnader i klinikkene</li> <li>• Regjeringen har besluttet at det vil også gis tilskudd i 2022 som skal kompensere for koronarelaterte kostnader.</li> </ul>			
<b>3 Bemanning</b>							
K 4 →	S 3 →		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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det arbeides med omstilling, nedbemanning og bedre ressursutnyttelse.</li> <li>• Aktivitetsstyrt bemanning på sengeposter</li> <li>• Læringseffekt fra tidligere perioder vil bidra til mer effektiv håndtering av eventuell ny smitte</li> <li>• Følge opp at overgang til normaldrift fører til reduserte koronakostnader og årsverk</li> <li>• Forventer effekt fra sengepostprosjekt, som ikke er lagt i budsjett.</li> <li>• Sikre god gjennomføring av sommerdrift</li> </ul>	Sikre økonomisk bæreevne og effektiv drift.	Kliniksjefer og ledere	Løpende
K 3 →	S 3 →	Sykefravær	Høyt sykefravær er kostnadsdrivende, en belastning for kontinuerlig drift på de ulike seksjonene, og kan være et tegn på et problematisk arbeidsmiljø. Offisielle tall foreligger per november på 8,7 %.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samarbeid med NAV for å redusere sykefraværet</li> <li>• Prosjekt "Tett på"</li> <li>• Har inngått avtaler med ansattorganisasjoner for å kunne sikre bemanning ved krevende situasjoner.</li> </ul>	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"> <li>• Forbedre arbeidet med tjenesteplaner og vaktplaner, som i minst mulig grad gir rom for AML brudd.</li> <li>• Prosjekt "bemanningsplanlegging og ressursstyring".</li> <li>• Pågående oppryddingsarbeid for å fjerne feilregistreringer</li> </ul>	Bemanningsplanlegging og drift skal utføres iht arbeidsmiljøloven.	HR-enhet / ledere	Løpende
K 3 →	S 4 →	Kompetanse og rekruttering	Kompetansemangel vil ha en negativ effekt på pasienttilbud og kvalitet.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Følge opp STHFs vedtatte strategi for å rekruttere og beholde spesialistkompetanse ved STHF.</li> <li>• Langsiktig mål om å utdanne egne spesialister i fag med rekrutteringsvansker</li> <li>• Utdanning av spesialsykepleiere innenfor anestesi, intensiv og operasjon.</li> </ul>	Riktig kompetanse på rett sted og til rett tid	HR-enhet / ledere	Løpende
K 4 →	S 3 →	Ressursplanlegging	Mangelfull ressursplanlegging kan føre til dårlig ressursutnyttelse, manglende kompetanse, høyere variable lønnskostnader og lavere aktivitet.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktivitetsstyrt bemanning pågå</li> <li>• Riktig effektivitetsnivå ved tverrfaglig arbeid, for eksempel tidsbruk på møter, antall deltagere etc.</li> <li>• Riktig bruk av bemanningscenteret</li> </ul>	Mer kostnadseffektiv drift, økt planleggingshorisont	HR-enhet / analyse / klinikker	Løpende

**Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 3. tertial 2022**

K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
			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"> <li>• Prosjekt "ressursstyring i et økonomisk perspektiv"</li> <li>• Prosjekt "Pasientflyt 24/7"</li> </ul>			
<b>5 Personvern og informasjonssikkerhet</b>							
K 3 →		Generelt forsinkelser i regionale prosjekter	Gamle løsninger blir ikke oppgradert eller skiftet ut, medfører fortsatt/økt informasjonssikkerhetsrisiko og personvernmessig for de registrerte	Utenfor vårt mandat å kunne påvirke.		Systemeiere	Løpende
S 5 →							
K 4 →		Datainnbrudd	Risiko for informasjonssikkerhet og personvern. Det er et kontinuerlig risikoområde. Vi har nå årlige trusselvurderinger fra Sykehuspartner i samarbeid med de andre RHFene, som baserer seg på en rekke åpne og kommersielle kilder. Aktører og måter å utnytte svakheter er til dels kjent fra før, men vi har hatt liten fokus på innsideproblematikken. Trusselvurderinger tilsier ikke at vi skal være et direkte mål pga. Ukraina-konflikten, men generelt noe vi har fokus på.	Nedbetaling av teknisk gjeld, eks.; i. Sanering STHF-domene pågår ii. Migrere WinXP/Win7 over på Win10: forsinket >2024 iii. Sanere gamle løsninger og standardisere/regionalisere		Utviklingsavdelingen	
S 2 →				Sikre nyanskaffelser iht krav Sikkerhetskultur: målinger og Hoxhunt etablert.			
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. Relatert til protokoll over behandling personopplysninger kommer også oversikt og kontroll med behandling i/eller tilgang fra 3. land, eksempelvis USA (og skytjenester).	Arbeidet med komplettering av protokollen videreføres, og systematikk og ansvars plassering for ajourføring av protokollen er definert og skal gjennomføres Q1 2023  Strategisk jobber RHFet med dette, lokalt gjør vi risikovurderinger fra gang til gang med vurdering opp mot pasientoppsider f.eks. Viktig at slike beslutninger gjøres på riktig nivå på riktig grunnlag. Konferer med PVO/ISL. EDPB		Utviklingsdirektør	
S 3 →							

**Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 3. tertial 2022**

K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
				(European Data Protection Board) jobber med et nytt rammeverk for overføring personopplysninger til USA.			
<b>6 Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring</b>							
K 3 → S 2 →		Pasientskader	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, koordinator: Kvalitetsavdelingen	2023
K 2 → S 2 →		Pasientsikkerhetskultur	God meldekultur er en forutsetning for at avvik blir registrert og bidrar til forbedring.  God pasientsikkerhetskultur er en forutsetning for åpenhet og læring etter uønskede hendelser	Opplæring i avvik og meldekultur Registrere grad av samsvar mellom meldte avvik og NPE-saker der pasienten har fått medhold.	God meldekultur sikrer at avvik blir registrert og bidrar til forbedring  God pasientsikkerhetskultur sikrer åpenhet og læring etter uønskede hendelser	Klinikksjefer, koordinator: Kvalitetsavdelingen	2023
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	2023
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	2023
K 4 → S 2 →		Korridorpasienter	Høy andel korridorpasienter gir dårligere kvalitet i pasientbehandling og kan øke risiko for infeksjoner.	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	Ingen korridorpasienter	Klinikksjefer og ledere	Løpende

**Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 3. tertial 2022**

K	S	Risikoområder	Beskrivelse / mulig konsekvens	Tiltak	Effekt	Ansvar	Frist
			Utviklingen har vist en økning i Medisinsk klinikk i 2022	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".			
<b>8 Aktivitet</b>							
K 3 →	S 2 →	Svingninger i pasientgrunnlag ØH	ØH-tilbudet må opprettholdes, men er kostnadskreven.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedre utnyttelse av tilgjengelig arbeidstid i operasjonsplanlegging (operasjon 2020)</li> <li>• Kartlegge muligheter for mer dynamisk styring</li> <li>• Pågående tiltak for poliklinikk</li> </ul>	<p>Mer effektiv pasientbehandling.</p> <p>Kostnadsreduksjoner</p> <p>Effektiv ressursutnyttelse</p>	<p>Klinikksjef/ledere KIR/ABK</p> <p>Klinikksjef / ledere</p>	Løpende
K 3 →	S 3 →	Voksenpsykiatri og TSB	<p>Lav aktivitet målt mot tidligere år. Aktiviteten og produktiviteten har falt betraktelig innenfor Rus-feltet fra nyttår. Det er stor nedgang i antall terapeuter sammenlignet med tidligere år, og rekrutteringsvansker over tid gjør det vanskelig å øke aktiviteten. Ventetidene er fremdeles veldig lave, avvisningsratene er historisk lave, så ingenting tyder på at det er pasienter som ikke får et tilbud.</p>	<p>Det jobbes kontinuerlig med rekruttering, opplæring og forbedring.</p>	<p>Ønsket effekt er korrekt koding, flere tellende konsultasjoner, vise bedre produktivitet og samtidig øke inntektene</p>	Klinikksjef	Løpende
<b>9 Kapasitet innen PHV</b>							
K 5 →	S 5 →	Manglende kapasitet i Sikkerhetspsykiatri	<p>Sikkerhetspasienter må legges på andre sengeposter, som ikke har lokaler, bemanning eller kompetanse til å behandle denne pasientgruppen. Økt press på akuttpostene. Dårligere pasienttilbud</p>	<p>Ombygging av eksisterende bygg vil gi ca 6-8 nye plasser</p>	<p>Tilstrekkelig kapasitet til å dekke dagens behov for plasser. Dette vil bedre situasjonen på de postene som i dag må ha sikkerhetspasienter</p>		
K 3 →	S 3 →	Sterk vekst i Henvisningsstrøm BUP	<p>Vedvarende høyt antall henvisninger, om lag 30 % høyere enn før pandemien. Utfordrer kapasiteten.</p>	<p>Rekruttering av flere behandlere. Samlokalisere og styrke fagmiljø og øke rekrutteringskraft</p>	<p>Tilstrekkelig kapasitet til å håndtere henvisningsmengde. Nå målsetting om 30 dager ventetid</p>		

**Planlagte og iverksatte tiltak i forhold til risikoområder i Sykehuset Telemark HF per 3. tertial 2022**

	<b>K</b>	<b>S</b>	<b>Risikoområder</b>	<b>Beskrivelse / mulig konsekvens</b>	<b>Tiltak</b>	<b>Effekt</b>	<b>Ansvar</b>	<b>Frist</b>
				Lengre ventetider Stort press og slitasje på ansatte				
	K	4 →	Driftssituasjon VOP	Akutt behov for spesialister, i verste konsekvens må enkelte poliklinikker stenges til høsten.	Rekruttere spesialister	Styrke fagmiljø og bedre pasienttilbudet		
	S	4 →						
	K	4 →	Generelle rekrutteringsutfordringer	Akutt behov for spesialister. Rekruttering til små fagmiljøer er ekstra vanskelig. BUP, VOP og TSB består av mange små poliklinikker som er svært sårbare ved vakanser og lite konkurransedyktige i rekrutteringssammenheng	Styrke rekrutteringskraft gjennom samling av fagmiljøer	Styrke fagmiljø og bedre pasienttilbudet		
	S	4 →						



## Saksfremlegg

### Saksgang:

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
Styret i Sykehuset Telemark HF	1. februar 2023

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

**Sak: 005-2023**

### Fullmakter ved Sykehuset Telemark

#### Hensikten med saken

I henhold til reglement *Fullmakter ved Sykehuset Telemark HF* (Heliks ID 8174), som er en del av lederavtalene, skal reglementet med vedlegg gjennomgå minst en gang pr år. Revidert fullmaktreglement skal behandles i ledermøte i forkant av nytt budsjettår og var derfor oppe til behandling i direktørens ledermøte 13. desember 2022.

#### Forslag til vedtak

Styret slutter seg til de foreslåtte endringene.

Skien, 25. januar 2023

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

### Bakgrunn for saken

Revisjon av fullmaktsreglementet er gjennomført i november/desember 2021. Revisjonen er utført på bakgrunn av løpende erfaring/tilbakemeldinger gjennom året, samt konkrete innspill mottatt etter intern høringsrunde i klinikkene/stabene. Årets revisjonsarbeid har kun medført mindre endringer/presiseringer.

### Saksfremstilling

I dokumentet *Administrerende direktørs fullmakter* er det ikke foretatt noen endringer under årets revisjon.

I dokumentet *Administrerende direktørs interne delegasjon i linjen* er det foretatt enkelte mindre endringer i fullmakts-matrisene:

I matrise 4 (innkjøpsfullmakter) er det fullmakten for nivå2-ledere til å inngå leieavtaler for mindre driftsmidler endret fra 3 til 4 år. Bakgrunnen for endringen er at nye leasingavtaler for biler normal løper for 4 år av gangen, og det er ønskelig at fullmakt til å signere for slike fortsatt skal tilligge nivå 2.

I matrise 5 (HR-fullmakter) er det gjort en presisering i beskrivelsen av fullmakten til å «Beslutte å opprette ny fast stilling, økning av stillingsbrøker og omgjøring av stillinger». Her det det presisert at fullmakten knyttet til økning av stillingsbrøker og omgjøring også gjelder faste stillinger, ikke midlertidige stillinger. Videre er fullmakten knyttet til å opprette midlertidige stillinger i medhold av arbeidsmiljøloven § 14-9 (2) bokstav f) strøket som følge av at denne bestemmelsen ble tatt ut av loven med virknings fom. 1.7.2022.

I matrise 6 (forskning) er det gjort enkelte presiseringer i avgrensningen av fullmakten knyttet til søknad om tilskuddsmidler. I tillegg er det for to fullmakter lagt til at forskningssjef skal signere i fellesskap med eksisterende fullmaktshaver. Dette gjelder for følgende fullmakter:

- Mottak av finansiering/signering av avtaler om finansiering med offentlige institusjoner og ideelle organisasjoner
- Oppstart av forskningssamarbeid – studier initiert av HF eller annen forskningsinstitusjon

For sistnevnte fullmakt er det også presisert at fullmakten gjelder kliniske behandlingsstudier, samt at det er klinikkssjef som skal vurdere ressursbruk, mens forskningssjef skal vurdere vitenskapelig kvalitet.

I matrise 7 (informasjonssikkerhet og personvern) er det foretatt en presisering av fullmakten til å inngå databehandleravtaler. Her er det nå angitt at slike avtaler kun ved behov skal forelegges personvernombud og/eller informasjonssikkerhetsleder før signering. Det er også inntatt en henvisning til Heliks ID 9711 «Bruk av Databehandler for behandling av personopplysninger hos annen juridisk enhet og Databehandleravtale (HSØ)». Det er også gjort en endring i beskrivelsen av innholdet til informasjonssikkerhetslederfullmakten. Her er setningen om at informasjonssikkerhetsleder «kan avgjøre om oppnådd sikkerhetsnivå og gjenværende risiko er akseptabel, eller om det er behov for ytterligere tiltak», fjernet. Dette fordi informasjonssikkerhetsleder nå kun kan godkjenne «grønn risiko».

### Spesielle forhold styret bør være kjent med

Ingen.

### **Prosess**

Gjeldende fullmaktsreglement har vært sendt ut på intern høringsrunde i klinikkene/stabene for eventuelle innspill. Mottatte tilbakemeldinger er innarbeidet i dokumentene.

### **Vurdering**

Tydelige ansvarsforhold er viktig for å sikre kvalitet i pasientbehandlingen samt flyt og effektivitet i interne arbeidsprosesser. Det har vært foretatt betydelig færre endringer av fullmaktene inneværende år, enn foregående år. Endringene som er gjort er av mindre art, og utgjør hovedsakelig presiseringer/tydeliggjøring av innhold. Tilbakemeldingene fra høringsrunden tilsier at reglementet etter hvert vurderes å samsvare godt med praksis og behov i klinikkene/stabene.

### **Vedlegg**

Fullmakter ved Sykehuset Telemark HF

1. Administrerende direktørs fullmakter, ajourført pr. 13.12.2022
2. Administrerende direktørs interne delegasjon i linjen, revidert pr. 13.12.2022

## Administrerende direktørs fullmakter

### Innledning

I henhold til helseforetaksloven § 37 har daglig leder fullmakter innenfor rammene for «daglig ledelse» og skal for øvrig følge de retningslinjer og pålegg som styret har gitt.

Den daglige ledelsen omfatter ikke saker som etter STHFs forhold er av uvanlig art eller av stor betydning. Slike saker kan administrerende direktør bare avgjøre når styret i den enkelte sak har gitt myndighet til det, eller når styrets beslutning ikke kan avventes uten vesentlig ulempe for STHFs virksomhet. Styret skal da i så fall snarest underrettes om saken. Ved tvil vil den generelle forståelse av hva som ligger i «daglig ledelse» være normgivende.

Styret i STHF har delegert signaturretten til styreleder og administrerende direktør. Disse har også begrenset signaturrett – prokura.

I STHF skal ingen godkjenne egne transaksjoner, slike skal godkjennes av overordnet eller dennes stedfortreder. For en hensiktsmessig daglig drift kan administrerende direktørs kostnader godkjennes av økonomidirektør. Det er sammenfallende med retningslinjen i Helse Sør-Øst for administrerende direktør.

Administrerende direktør kan som utgangspunkt delegere sine fullmakter, med mindre styret har begrenset delegasjonsadgangen. Fullmaktsmatrisen nedenfor viser administrerende direktørs fullmakter i STHF. Denne må sees i sammenheng med administrerende direktørs interne delegasjon, som er å finne i dokumentet *Administrerende direktørs interne delegasjon i linjen*.

### Begrepsforklaringer:

#### **Signaturrett**

Styret representerer foretaket utad og tegner dets firma. Signatur er en fullmakt til å opptre og underskrive på enhetens vegne i forretningsforhold. Styret kan iht. helseforetakslovens § 39 gi styremedlemmer eller administrerende direktør rett til å tegne foretakets firma. Signaturretten skal registreres i Foretaksregisteret. Begrensninger i signaturretten kan ikke registreres i Foretaksregisteret.

#### **Prokura**

Den som er gitt prokura er bemyndiget til å opptre på vegne av foretaket i alt som hører til driften av dette. Prokuristen kan likevel ikke uten uttrykkelig fullmakt overdra eller behefte foretakets faste eiendom, løsøre eller opptre på dets vegne i søksmål (prokura kan gis flere personer slik at disse kan nytte denne i fellesskap (kollektivprokura), jf. Prokuraloven §§ 1 og 2). Prokuristen skal underskrive med tilføyelsen «P.P» eller «prokura».

Det skal til enhver tid være registrert i foretaksregisteret hvem som har foretakets prokura dersom dette er meddelt (foretaksregisterloven § 3-7). Opprettelse eller endringer av prokura må tas opp som sak i styret og skal meddeles foretaksregisteret. Hvis flere har prokura må det fremgå om de har retten hver for seg eller i fellesskap. Dette skal registreres hos Foretaksregisteret.

Prokura følger ikke «stillingen», men vil følge vedkommende også etter at denne eventuelt fratrer sin stilling i foretaket. Skal prokura trekkes tilbake, er dette ikke rettslig foretatt før endringen er registrert i foretaksregisteret.

### Fullmaktsmatrise

Matrisen nedenfor viser fullmakter som ligger hos:

- Stortinget
- Styret i Helse Sør-Øst
- Styret ved STHF
- Administrerende direktør ved STHF

Matrisen er ikke fullstendig hva gjelder Administrerende direktørs fullmakter, enkelte av disse fremgår også av dokumentet *Administrerende direktørs interne delegasjon i linjen*.

Fullmakt	Fullmaktens Innhold	Omfang/ begrensninger	Fullmaktsinnehaver
<b>Signaturrett</b>	Fullmakt til å opptre på og å underskrive på vegne av foretaket i forretningsforhold	Helseforetaksloven § 39	Styrets leder og Administrerende direktør hver for seg
<b>Prokura</b>	Begrenset signaturrett. Fullmakt til å opptre på og å underskrive på vegne av foretaket i alt som hører til driften av dette.	Prokuraloven § 1. Prokuristen kan ikke selge eller pantsette foretakets faste eiendom, løsøre eller opptre på dets vegne i søksmål.	Styrets leder og Administrerende direktør hver for seg
<b>Inngå avtalen Oppdrag og bestilling</b>		Fullmakter i HSØ	Administrerende direktør
<b>Inngå avtaler som inngår i den daglige ledelsen</b>	Kan være av prinsipiell eller politisk karakter og angå helseforetakets omdømme. Eksempelvis samarbeidsavtaler, strategi, oppgavefordeling mellom helseforetak og flerårige avtaler.	Styret skal orienteres om alle vesentlige saker.  Fullmakter i HSØ	Administrerende direktør
<b>Retts- og prosessfullmakter</b>	Fullmakt til å ta ut forliksklage, tilsvarende til forliksrådet, stevning, tilsvarende anke og anketilsvarende (såkalt partsfullmakt), og/eller inngå rettsforlik	Kan delegeres til administrerende direktør i enkeltsaker	Styret i STHF
<b>Utenrettslige forlik</b>	Fullmakt til å inngå forlik i saker av økonomisk og annen karakter.	Styret skal orienteres om alle vesentlige saker	Administrerende direktør
<b>Begjære påtale</b>	Fullmakt til å begjære påtale på vegne av foretaket	Kan delegeres til administrerende direktør i enkeltsaker	Styret i STHF

<b>Fullmakt</b>	<b>Fullmaktens Innhold</b>	<b>Omfang/ begrensninger</b>	<b>Fullmaktsinnehaver</b>
<b>Gaver og donasjoner</b>	Fullmakt til å godkjenne gaver og donasjoner til foretaket med bindinger ut over budsjettår	Om gaven påvirker strategien til STHF skal styret godkjenne gaven	Administrerende direktør
<b>Politianmelde straffbare forhold mot foretaket</b>	Fullmakt til å anmelde straffbare forhold begått mot helseforetaket	Styret skal informeres om vesentlige saker.	Administrerende direktør
<b>Godkjenne utbetaling av erstatning i og utenfor kontraktsforhold</b>	Fullmakt til å godkjenne utbetaling i samsvar med kontraktsforpliktelser.  Fullmakt til å godkjenne utbetaling av erstatning, uten at dette har utgangspunkt i kontrakt.	Styret skal orienteres om alle vesentlige saker.	Administrerende direktør
<b>Godkjenne særskilte oppdrag</b>	Godkjenne oppstart av særskilte prosjekter på over 10 MNOK der det følger med særskilte midler og medfører kapasitetsutnyttelse utenfor STHFs primæroppgaver	Fullmakter i HSØ	Administrerende direktør
<b>Finansiering/låneopptak</b>		Helseforetaksloven § 33. STHF's vedtekter § 11	Styret i HSØ
<b>Salg av eiendom</b>	Fullmakt til å selge fast eiendom	Helseforetaksloven § 31	Styret i STHF < 10 MNOK Styret i HSØ > 10 MNOK
<b>Driftskreditt</b>	Fullmakt til å endre STHF's driftskredittramme (kortsiktige lån til driftsformål med løpetid på inntil 12 mnd)		Styret i HSØ
<b>Inngå driftsavtaler med RHF'et</b>			Administrerende direktør

Fullmakt	Fullmaktens Innhold	Omfang/ begrensninger	Fullmaktsinnehaver
<b>Salg av sykehusvirksomhet</b>	Fullmakt til å selge sykehusvirksomhet	Helseforetaksloven § 32	Stortinget
<b>Salg og utrangering av MTU</b>	Fullmakt til å beslutte salg eller utrangering av utstyr og til å fastsette pris ved salg ved antatt markedsverdi på 10 MNOK og mer	Fullmakter i HSØ Før salg bør det vurderes evt. behov for utstyret andre steder i sykehuset.  Ved salg skal leder for medisinsk teknologisk avdeling foreta verdivurdering av utstyret.	Administrerende direktør
<b>Beslutte investeringsramme for foretaket</b>	Fullmakt til å beslutte investeringsramme for foretaket basert på fremlagt forslag til investeringsbudsjett som omfatter bygg, MTU, Annet og lokal IKT	Overskuddet i driften kan ikke anvendes til investeringer.	Styret i STHF
<b>Investeringer: MTU/IKT/Annet</b>	Fullmaktsgrense på 20 MNOK for investeringer og operasjonelle leieavtaler	HSØ styresak 032-2015	Administrerende direktør
<b>Finansiell leasing</b>	Undertegne kontrakt	Godkjennes av HSØ, se styresak 032-2015	Administrerende direktør
<b>Bygginvesteringer</b>	Fullmaktsgrense på 50 MNOK for bygginvesteringer	HSØ styresak 029-2015 Behandling av utviklingsplaner og byggeprosjekter i HSØ	Administrerende direktør
<b>Vedta budsjett</b>	Fullmakt til å fastsette detaljert årsbudsjett ut fra styrets budsjettvedtak		Administrerende direktør
<b>Beslutte opprettelse av nye legestillinger</b>			Administrerende direktør

<b>Fullmakt</b>	<b>Fullmaktens Innhold</b>	<b>Omfang/ begrensninger</b>	<b>Fullmaktsinnehaver</b>
<b>Vedta betingelser på lansiktige lån</b>	Fullmakt til å vedta rente- og avdragsbetingelser og nedbetalingsperiode for lån når styret har vedtatt lånoptak	Lån kan bare tas opp fra HSØ	Administrerende direktør



Sykehuset Telemark HF

# Administrerende direktørs interne delegasjon i linjen

Delegasjoner gitt av administrerende direktør

Økonomiavdelingen  
13.12.2022

## Innhold

1.	Innledning .....	1
1.1	Formål .....	2
1.2	Delegasjon internt ved STHF .....	2
1.3	Avgrensning .....	3
2.	Om enkelte fullmaktsområder .....	4
2.1	Juridiske fullmakter .....	4
2.2	Økonomiske fullmakter .....	5
2.3	Innkjøpsfullmakter .....	5
2.4	HR-fullmakter .....	6
3.	Overholdelse av fullmaktene .....	6
4.	Definisjoner og begrepsbruk .....	7
	Matrise 1 – Beløpsgrenser for økonomiske fullmakter med unntak av investeringer <sup>4</sup> .....	9
	Matrise 2 – Juridiske fullmakter .....	10
	Matrise 3 – Økonomiske fullmakter .....	11
	Matrise 4 – Innkjøpsfullmakter .....	15
	Matrise 5 – HR-fullmakter .....	19
	Matrise 6 – Forskning .....	25
	Matrise 7 – Informasjonssikkerhet og personvern .....	27
	Matrise 8 – Arkiv .....	28
	Matrise 9 – Diverse .....	29

## 1. Innledning

Retningslinje for helseforetakene, sak 069-2008 Fullmakter i Helse Sør-Øst, ble vedtatt som forpliktende i styremøte i Helse Sør-Øst 19. juni 2008. Administrerende direktør har rett og plikt til å opptre på vegne av STHF i saker som hører til driften av helseforetaket, innenfor gjeldende lov- og regelverk. Helseforetaksloven m.fl. regulerer STHFs forskjellige roller som sykehus, forsknings/utdanningsinstitusjon, arbeidsgiver, offentlig myndighetsorgan og/eller forretningspart. STHF er også bundet av Helse- og omsorgsdepartementets krav som overordnet helsemyndighet. Helse Sør-Øst som eier gir konkrete føringer for daglig drift i vedtekter, instruks for styret, instruks for administrerende direktør og i oppdragsdokumentet. Helse Sør-Øst kan instruere administrerende direktør i enkeltsaker i foretaksmøtet.

I styrets [instruks for administrerende direktør](#) er administrerende direktør i medhold av helseforetaksloven § 37 gitt fullmakt til å representere foretaket utad i saker som inngår i den daglige ledelse, herunder å tegne foretakets firma.

Av loven følger disse begrensningene for administrerende direktørs myndighet:

Den daglige ledelsen omfatter ikke saker som etter foretakets forhold er av *uvanlig art eller av stor betydning*.<sup>1</sup> Slike saker kan daglig

---

<sup>1</sup> Må vurderes etter hva som er vanlig praksis. Det må gjøres en konkret vurdering av hvor vide fullmakter daglig leder har. Selv om en sak i seg selv synes å være av uvanlig art eller av stor betydning, kan den ligge innenfor daglig leders

leder/administrerende direktør bare avgjøre når styret i den enkelte sak har gitt myndighet til det, eller dersom styrets beslutning ikke kan avvendes uten *vesentlig ulempe* for foretakets virksomhet. Styret skal i så fall snarest underrettes om saken.

### "Vesentlig ulempe"

Administrerende direktør i STHF er gitt en hastekompetanse i saker som er av uvanlig art eller stor betydning. Dersom det vil medføre ulempe eller skade for STHF å vente på styrets behandling, kan administrerende direktør dermed treffe avgjørelsen. Ulempen ved å utsette må først veies opp mot ulempen ved at styret ikke får vurdert saken selv. Saker av vesentlig betydning skal i alle tilfelle forelegges departementet, jf. helseforetaksloven § 30.

Innenfor disse rammene kan administrerende direktør fordele myndighet og tildele fullmakter i organisasjonen. Den overordnede fullmakten kan dermed delegeres nedover i linjen, så langt loven eller eiers instruksjoner ikke er til hinder for det. Oversikt over fullmaktene er nødvendig. Det bidrar til effektiv intern styring og kontroll, skaper forutsigbarhet, legger til rette for god oppfølging og kan forebygge uregelmessigheter. Fullmaktene tydeliggjør den enkeltes ansvar for/rett til å handle på foretakets vegne, og gir trygghet for at vedkommende holder seg innenfor sine rammer.

Administrerende direktør har på denne bakgrunn delegert myndighet til ansatte med definerte roller, jf. fullmaktmatrisen. Matrisens formål er å bidra til forsvarlig drift ved å sørge for at ansatte har

---

kompetanseområde, dersom det går klart fram av foretakets budsjett hvilke avgjørelser foretaket skal ta.

oversikt over delegerte fullmakter. Dette er igjen en forutsetning for effektiv styring og kontroll. Behovet for klare kommandolinjer og ansvarsforhold ivaretas ved at den som delegerer en fullmakt alltid kan trekke denne tilbake.

Fullmaktene i matrisen forutsettes kjent av alle ansatte som er berørt av den. Kvaliteten på matrisen skal sikres gjennom løpende vedlikehold. Dette inkluderer arkivering av historikk, slik at det i ettertid er mulig å gjenfinne hvem som hadde en bestemt fullmakt når.

## 1.1 Formål

STHF's administrerende direktør delegerer i dette dokumentet fullmakter nedover i linjen for å sikre best mulig underbygde beslutninger der enkeltsakene oppstår. Dokumentet viser hvilke generelle fullmakter som er delegert ut. Den viser også laveste mulige myndighetsnivå for delegasjon. Det betyr at alle nivå over laveste mulige myndighetsnivå fortsatt har fullmakten.

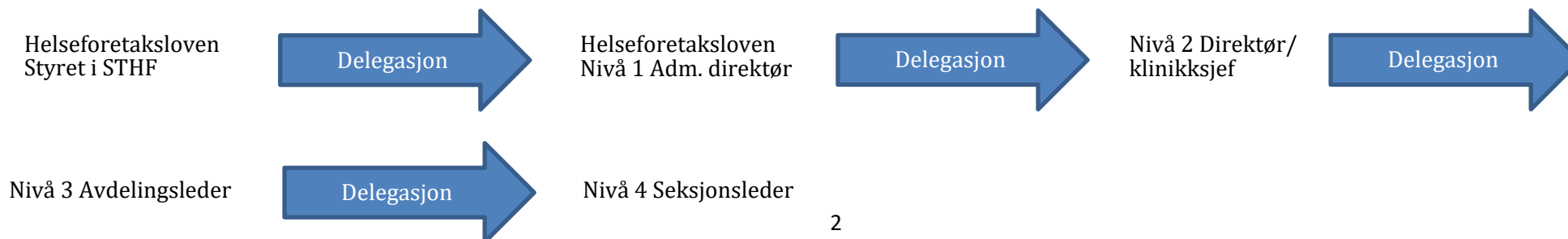
## 1.2 Delegasjon internt ved STHF

Begrensninger for videredelegasjon følger av dokumentet [instruks for administrerende direktør](#).

Styret er øverste organ i STHF med det alminnelige ansvar for forvaltning av helseforetaket. Overfor styret er administrerende direktør bindeleddet til foretakets administrasjon (daglige ledelse), og har et direkte ansvar for at den er organisert slik at den fungerer hensiktsmessig. Herunder at helseforetaket har en formålstjenlig og helhetlig fullmaktstruktur.

Fullmaktene er gitt ledere individuelt gjennom lederavtale og i administrerende direktørs delegasjon ved STHF.

Fullmaktene følger budsjettansvarsområdene. Ingen kan fatte beslutninger som innvirker på andre områder enn de en selv har ansvaret for. Er saken av klinikk- eller stabsovergripende art, må beslutningen fattes av involverte direktører og administrerende direktør. Saker av helseforetaksovergripende art besluttet av administrerende direktør, med mindre det er delegert. Saker som etter sin art ligger utenfor den daglige ledelse skal forelegges styret.



Confidential, Pedersen, Tone, 26.01.2023 08:29:59

Fig 1. Delegasjon

Administrerende direktør har som daglig leder det øverste ansvaret, men den daglige ledelsen i STHF er den samlede innsatsen fra alle lederne.

Administrerende direktør står fritt til å tilbakekalle og gi instruksjoner om utøvelsen både generelt og i enkeltsaker, og til å omgjøre beslutninger i linjen. Fullmakten kan delegeres videre (fig. 1) når det er nødvendig, forsvarlig og det støtter en effektiv myndighetsutøvelse ved STHF Ingen myndighet kan likevel delegeres til et lavere nivå enn laveste myndighetsnivå på området i fullmaktmatrisen.

Den som har delegert en fullmakt til en annen, beholder full instruksjonsrett og har et selvstendig ansvar for at fullmakten utøves i tråd med både delegasjonen og fullmaktmatrisen. Dersom fullmektigen går ut over sin rett, vil STHF kunne være forpliktet. Saken følges da opp av nærmeste leder.

### 1.3 Avgrensning

Fullmaktene i dette dokumentet gjelder det administrative nivået, primært saker av økonomisk og juridisk betydning i vid forstand. Saker som faller utenfor er dermed blant annet:

- Helsefag og helseadministrasjon
- Utdanning
- Informasjonshåndtering, herunder forholdet til presse/media
- Tilgang til IT-systemer
- Større investeringsprosjekter (Rutiner vedtatt av styret for HSØ, sak 082/2008, erstattet av 016/2012).

Videre er beslutningsmatrisen for byggeprosjekter i HSØ som fremgår

av sak 016-2012, komplettert av styresak 029-2015 «Behandling av utviklingsplaner og byggeprosjekter i Helse Sør-Øst».

## 2. Om enkelte fullmaktsområder

Fullmaktene i dette dokumentet er delt inn i områdene:

- Juridiske fullmakter
- Økonomiske fullmakter
- Innkjøpsfullmakter
- HR-fullmakter
- Forskning
- Informasjonssikkerhet og personvern
- Arkiv
- Diverse

Viktig å huske på:

- Alle transaksjoner relatert til en ansatt, skal godkjennes av leder. Dette gjelder eksempelvis reisekostnader, godkjenning av fakturaer for telefon- og internettutgifter, bestillinger, kurs, timelister, ferieuttak og andre registreringer i GAT og Personalportalen. Dette for å sikre habilitet og redusere muligheten for mislighet.
- Delegerte fullmakter gjelder det enkelte budsjettår.
- Den enkelte fullmakthaver skal forsikre seg om at hun/han ikke går utover sine fullmakter. En fullmakthaver som er i tvil, skal avklare med sin overordnede.
- Fullmaktshaver skal handle til beste for STHF uten motiver om egen eller andres private vinning.

### 2.1 Juridiske fullmakter

Overordnede juridiske fullmakter i STHF er:

- Signaturrett
- Prokura
- Inngå driftsavtale med RHF'et
- Inngå vesentlige avtaler innenfor rammen av den daglige ledelse
- Retts- og prosessfullmakter
- Inngå utenomrettslig forlik med vesentlig økonomisk konsekvens for STHF
- Beslutninger om erstatning/oppreisning i og utenfor kontraktsforhold
- Politianmeldelse av straffbare forhold

#### Vesentlig avtale

Avtale av stor politisk interesse som kan få betydelig oppmerksomhet også i media er typisk en avtale av prinsipiell, politisk karakter som angår STHFs omdømme, for eksempel overordnet samarbeid, strategier, oppgavefordeling mellom flere HF og flerårige avtaler.

#### Retts- og prosessfullmakt

Fullmakt til å ta ut stevning/anke og inngi tilsvarende/anketilsvar, såkalt partsfullmakt, og/eller å inngå rettslig forlik.

Et forlik inngått i retten vil ha rettslig virkning tilsvarende en rettskraftig dom. Saken er da endelig avgjort.

Saker som gjelder retts- og prosessfullmakter skal underlegges juridisk vurdering for å sikre ivaretagelse av rettslige og prosessuelle forhold, ikke minst sikre at absolutte frister overholdes.

### Politianmeldelse av straffbare forhold

En politianmeldelse er å gi politimyndighetene melding om et mulig straffbart forhold. Det er administrerende direktør ved STHF som overordnet har fullmakt til å anmelde straffbare forhold begått mot helseforetaket eller dets ansatte. Av hensyn til oversikt over og formelt korrekte anmeldelser kan fullmakten delegeres. Saken forberedes i den aktuelle avdeling hvor forholdet har oppstått og kvalitetssikres av juridisk kompetanse før saken anmeldes.

### Utenomrettslig forlik og lignende

Et utenomrettslig forlik vil normalt være som en regulær avtale mellom partene (motsatt er rettslig forlik en enighet som er oppnådd mellom partene i en rettstvist).

Fullmakt til å inngå utenomrettslig forlik, godkjenne utbetaling av erstatning i et kontraktsforhold og utbetale erstatning eller oppreisning utenfor kontraktsforhold ligger i utgangspunktet hos administrerende direktør. Ofte skyldes krav om slike utbetalinger uheldige forhold. Det må gjøres til dels kompliserte, juridiske vurderinger av om STHF a) er rettslig forpliktet, og/eller om b) andre forhold gjør at utbetaling bør/ikke bør gjennomføres. Det bør være mest mulig lik praktisering ved STHF, og juridisk kompetanse bør søkes ved et mulig utenomrettslig forlik. I mindre vesentlige saker kan myndigheten til å inngå utenomrettslig forlik delegeres i linjen.

## 2.2 Økonomiske fullmakter

Økonomifullmakter omfatter rammene for iverksettelse av disposisjoner som gir foretaket en økonomisk forpliktelse. Rammene setter beløpsmessige grenser, samt fastsetter hvilke disposisjoner som kan iverksettes.

Den overordnede økonomiske rammen er foretakets styrevedtatte budsjett. Det er administrerende direktør ved STHF som har

fullmakt til å fastsette detaljert årsbudsjett ut fra styrets budsjettvedtak.

## 2.3 Innkjøpsfullmakter

Innkjøp av varer og tjenester skal følge bestemmelsene beskrevet nedenfor. Generelt gjelder følgende:

- Lov og forskrifter om offentlige anskaffelser, samt andre gjeldende lover og regler.
- Ethvert innkjøp skal være relevant og nødvendig for driften. Det skal kontrolleres at det er dekning for kostnaden i tildelt budsjett og at den er økonomisk forsvarlig, herunder basert på en vurdering av om det foreligger en resultatrisiko for året.

## 2.4 HR-fullmakter

Ledernes fullmakter på HR-området er omfattende og sentrale for en effektiv ledelse og styring av STHF. Med arbeidsgiveransvaret utøver lederne også arbeidsgivers styringsrett. Arbeidsgivers styringsrett innebærer at lederen organiserer driften, leder de ansatte, fordeler og kontrollerer arbeidet. Med andre ord bestemmer hvem som skal gjøre hva, når og hvordan. Arbeidsgiver beslutter hvem som skal ansettes for å utføre oppgavene i enheten, og gjør beslutninger ved avslutning av ansattes arbeidsforhold. Fullmaktene på HR-området avspeiler arbeidsgiveransvaret og styringsretten.

I tillegg til den generelle lederfullmakten vil det være nødvendig med en tidsavgrenset engangfullmakt en såkalt stedfortrederfullmakt, eksempelvis i forbindelse med ferieavvikling og/eller sykdomsperioder. Om lederen på enheten har en formell stedfortreder er denne stedfortreder ved leders fravær. Stedfortreder må være dokumentert.

## 3. Overholdelse av fullmaktene

Fullmaktene er forpliktende. Overtredelse av fullmakt vil kunne få arbeidsrettslige følger. Den som går utover sine fullmakter vil urettmessig kunne forplikte STHF utad, på tvers av ledelsens ønsker og foretakets policy (legitimasjonsfullmakt). En slik avtale vil kunne medføre erstatningsansvar for STHF. Den som uaktsomt har medvirket til dette, vil kunne bli stilt økonomisk til ansvar (om avtalen heves eller avtalen medfører forpliktelser av uheldig art for STHF). Ansatte som mistenker/avdekker brudd på en fullmakt plikter å melde fra til nærmeste leder, eller leder på nivået over. Disse vurderer videre saksgang, herunder hvem som skal informeres og om juridisk kompetanse må innhentes.

Med mindre overtredelsen er bagatellmessig, skal et brudd tas opp med vedkommende i skriftlig form som en advarsel.

Endringer i fullmaktmatrisen vedtas av administrerende direktør i helseforetakets ledermøte. Fullmaktmatrisen er administrerende direktørs instruks for ledelse ved STHF. Justeringer og enkeltendringer vedtas fortløpende når behovet oppstår. Økonomiavdelingen ved STHF er eier av dette dokumentet og koordinerer arbeidet med oppdatering.



## 4. Definisjoner og begrepsbruk

### Sluttgodkjenner

En fullmakt til å godkjenne at foretaket skal betale for innkjøp av varer og tjenester. Utøves ved å sluttgodkjenne en faktura.

### Godkjenner

En fullmakt til å bestille varer og tjenester, og godkjenne varemottak av varen. Man godkjenner at varen/tjenesten er mottatt til korrekt pris, kvalitet og antall.

### Budsjettdelegert myndighet (BDM)

Den som har ansvar for budsjett innenfor gitt område. Vedkommende vil tilsvarende ha budsjett disponeringsmyndighet for dette området. Denne myndigheten kan ikke delegeres.

### Buffer

Buffer er en sum som klinikkene kan søke om til uforutsette, ikke planlagte, investeringer og havarier. I utgangspunkt skal hvert investeringsområde dekke dette selv.

### Daglig leder

Begrepet brukes i helseforetaksloven. Daglig leder er tilsatt av styret, jf. helseforetaksloven § 36. Daglig leder ved STHF kalles administrerende direktør.

### Delegasjon

Retten en fullmektig (fullmaktsinnehaver) har til å delegere myndighet videre. Fullmaktsgiver beholder samtidig selv myndigheten/det overordnede ansvaret og har instruksjonsrett om hvordan denne skal utøves av fullmektigen. Delegasjonen kan trekkes tilbake. All delegasjon ved STHF skal være begrunnet, forsvarlig og dokumenterbar/mulig å ettergå. Delegering fritar ikke for eget ansvar.

### Fullmakt

Rett/myndighet/legitimasjon/kompetanse gitt til en person til å handle på vegne av og forplikte STHF. Legitimasjonen utad vil kunne være større enn retten internt.

### Habilitet

For å være habil må det ikke være noen omstendigheter i saken som er egnet til å svekke tilliten til den som deltar i saksbehandlingen. Ingen skal altså kunne påvirke eller oppfattes som å kunne påvirke sakens behandling der vedkommende selv eller noen som står denne nær kan ha interesse av utfallet.

### Instruksjonsrett

Den som har delegert fullmakt videre, har rett til å instruere den man har gitt fullmakt til.

### Mislighet

Handlinger som innebærer uredelighet for å oppnå en urettmessig fordel for seg selv, virksomheten mv. eller andre. Misligheter skilles fra feil ved at den underliggende handlingen er tilsiktet.

### Prokura

Begrenset signaturrett.

Den som har en prokurafullmakt (prokuristen) kan ikke selge eller pantsette fast eiendom eller opptre på foretakets vegne i søksmål, uten at det er et styrevedtak på prokuristens navn. Prokura kan ikke delegeres.

Signaturrett

Styreleder og administrerende direktør ved STHF har retten til å tegne foretaket (firmategningsrett). Styremøtet ved STHF bestemmer hvem som har signaturrett i foretaket. Signaturretten kan ikke delegeres videre. Den skal være registrert i Foretaksregisteret.

## Matrise 1 – Beløpsgrenser for økonomiske fullmakter med unntak av investeringer<sup>4</sup>

Nivå	Benevnelse	Kostnadssteder/Prosjekt	Beløpsgrense	Rapporterer til
1	<b>Administrerende direktør</b>	Alle	Innenfor STHFs vedtatte budsjett – kan delegeres til Økonomidirektør	Styret
2	<b>Direktører/klinikkjefer</b>	Egne	1 MNOK  Spesialfullmakter:  Klinikkjef MSK og SSL – 3,5 MNOK Utviklingsdirektør – 2,5 MNOK	Administrerende direktør
3	<b>Avdelingsleder</b>	Egne	500 000,-  <u>Spesialfullmakter:</u> Økonomisjef – økonomifullmakt delegert fra Økonomidirektør (alle kostnadssteder)  Avdelingsledere delegeres fullmakter tilpasset fakturabeløp for felles kostnader (energi, komm.avgifter, SLA.)	Direktør/klinikkjef på eget område
4	<b>Seksjonsleder</b>	Egne	300 000,-	Avdelingsleder på eget område

<sup>4</sup> For investeringer gjelder egen fullmakt. Se dokumentet *Administrerende direktørs fullmakter*.

## Matrise 2 – Juridiske fullmakter

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
<b>Politianmelde straffbare forhold som involverer foretakets ansatte</b>	Fullmakt til å anmelde vold/trusler mot ansatte, lovbrudd mot pasienter/pårørende eller medikamenttyverier utført av ansatte mv.	Se Heliks ID 6804  Saken forberedes i berørt avdeling. Saken underlegges juridisk vurdering før anmeldelse.  Styret skal informeres om vesentlige saker.	HR-direktør
<b>Politianmelde tyveri av sykehusets eiendeler</b>	Fullmakt til å politianmelde tyveri av sykehusets eiendeler	Se Heliks ID 7079  Saken forberedes i berørt avdeling. Saken underlegges juridisk vurdering før anmeldelse.  Styret skal informeres om vesentlige saker.	Klinikkssjef SSL
<b>Partsrepresentant</b>	Opptre som part/lovlig stedfortreder i en rettslig prosess.	Må formelt besluttes fra styret i den enkelte sak	Nivå 2

### Matrise 3 - Økonomiske fullmakter

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
<b>Disponere budsjett</b>	Fullmakt til å benytte budsjettmidler innenfor eget ansvarsområde og vedtatt budsjett.		Nivå 4
<b>Disponere besluttet investeringsplan/ omdisponere investeringsmidler (inkl. havarier)</b>	Fullmakt til å være oppdragsgiver for vedtatte investeringsprosjekter samt foreta omdisponering av investeringsmidler mellom fagområder og mellom enkelte investeringer.	Overskudd i driften kan ikke anvendes til investeringer.  Inngåelse av avtaler som går over flere år, av en verdi over kr 100 000 (årlig beløp x kontraktens varighet i antal år), likestilles med investeringer	Økonomisjef  Fullmakter for gjennomføring av investeringsplanen (inkl. havarier) delegeres til lokal porteføljeansvarlige (LPA) Bygg, MTU, Annet og IKT  Jf. Delegert spesialfullmakt (se også innkjøpsfullmakter)
<b>IKT-investeringer</b>	Fullmakt til å godkjenne reinvesteringsplaner fra Sykehuspartner før igangsetting		Økonomidirektør
<b>Ekstraordinære investeringsbehov</b>	Fullmakt til å beslutte uforutsette investeringer og som ikke kan håndteres innenfor tildelte økonomiske rammer og fullmakter		Økonomidirektør

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
<b>Leiekontrakter for eiendom/bygg</b>	Fullmakt til å inngå leiekontrakter for eiendom/bygg.	<p>Før kontraktinngåelse skal alle leiekontrakter forelegges økonomiavdelingen som vurderer om det er operasjonell eller finansiell leasing.</p> <p>Operasjonelle avtaler for eiendom/bygg med avtalevarighet over 5 år og nåverdi av fremtidige leieforpliktelser over 20 MNOK i hele perioden, skal godkjennes av økonomidirektør.</p> <p>Operasjonelle avtaler for eiendom/bygg hvor nåverdien av fremtidige leieforpliktelser er mellom 20 MNOK og 50 MNOK skal godkjennes av styret ved STHF.</p> <p>Operasjonelle avtaler for eiendom/bygg hvor nåverdien av fremtidige leieforpliktelser er over 50 MNOK skal godkjennes av HSØ.</p>	LPA Bygg (Eiendomssjef)
<b>Kjøp og feste av fast eiendom</b>	<p>Fullmakt regulert i reglene for investeringer i bygg og eiendom.</p> <p>Se HSØ styresak 029-2015</p>		Økonomidirektør
<b>Leie ut arealer</b>	Utleie av arealer til eksterne	Kun tidsbegrensede og kortvarige avtaler er tillatt. Avtaler skal avklares med økonomiavdelingen og andre relevante fagområder.	Nivå 2
<b>Godkjenne regnskap for øremerkede midler</b>	Fullmakt til å undertegne særregnskap for bruk av øremerkede midler mottatt fra utenforstående (i hovedsak departement).		Økonomisjef

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
<b>Leiekontrakter for utstyr</b>	<p>Fullmakt til å inngå leiekontrakter av utstyr (MTU, IKT og Annet)</p> <p>Fullmaktsgrensene er satt ut ifra beregnet nåverdi (beregnes ved å diskontere årlige leieforpliktelser med 4 % for hele leieperioden, inkl. evt. opsjoner).</p>	<p>Leiekontrakten skal vurderes av Økonomiavdelingen for å avgjøre om det er operasjonell eller finansiell leieavtale før kontraktinngåelse. Det er kun Økonomidirektør som kan godkjenne en leieavtale som forplikter foretaket utover ett år.</p> <p>Forespørsel til finansieringsselskap skal sendes fra Økonomiavdelingen.</p>	<p>Nåverdi over 20 MNOK/10 år - Styret</p> <p>Nåverdi inntil 20 MNOK/10 år - Økonomidirektør</p>
<b>Opprette, endre eller slette bankkonti</b>	Fullmakt til å opprette, endre eller slette bankkonti hos foretakets bankforbindelse.	Alle endringer/slettinger må godkjennes av to personer.	Økonomisjef Regnskapsleder
<b>Avgjøre hvem som skal ha utbetalingsfullmakt på bankkonti</b>	Fullmakt til å avgjøre hvem som skal ha utbetalingsfullmakt på bankkonti.	Daglig administrasjon av nettbank/betalinger gjøres av ansatte i regnskapsavdelingen.	Økonomisjef Regnskapsleder
<b>Avskrive fordringer</b>	<p>Fullmakt til å avskrive uerholdelige fordringer.</p> <p>Beslutningsgrunnlag for tapsføring utarbeides av Regnskapsavdelingen.</p>	Kan først gjøres etter at ordinære purre- og inkassorutiner er fulgt og har vært formålsløst.	Økonomisjef opp til kr. 50.000 Økonomidirektør over kr. 50.000
<b>Godkjenne særskilte oppdrag</b>	Fullmakt til å godkjenne oppstart av særskilte prosjekter, der det følger med særskilte midler.		<p>Inntil 20 MNOK – Administrerende direktør</p> <p>Inntil 10 MNOK - Økonomidirektør</p>

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
<b>Motta pengegaver/donasjoner</b>	Fullmakt til å motta gaver på vegne av helseforetaket i henhold til etiske retningslinjer. Fullmakten gjelder kun i de tilfeller det ikke er bindinger tilknyttet gaven.	Gaver som generer vesentlige kostnader utover budsjettåret og/eller som det knyttes vesentlige bindinger til, skal vurderes av administrerende direktør.  Gaver som er av vesentlig størrelse og som kan ha innvirkning på strategien ved STHF skal vurderes av styret.	Nivå 2
<b>Salg og utrangering av utstyr</b>	Fullmakt til å beslutte salg eller utrangering av utstyr og til å fastsette pris ved salg.	Salg må godkjennes av ansvarlige for respektive investeringsområde (MTU, Bygg, IKT, Annet), og alltid godkjennes av økonomiavdelingen  Konsultasjonsplikt med informasjonssikkerhetsleder/personvernombud dersom personopplysninger er involvert.	Økonomisjef Kan delegeres til regnskapsleder
<b>Innlevere tilbud ved salg av tjenester</b>	Fullmakt til å innlevere tilbud der helseforetaket konkurrerer om å være leverandør.		Nivå 2
<b>Bokføring, bilag og ajourhold</b>	Fullmakt til å foreta avsetninger, korreksjoner og andre direkteføringer i regnskapet		Økonomisjef Kan delegeres til regnskapsleder



## Matrise 4 - Innkjøpsfullmakter

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
<b>Starte en innkjøpsprosess/foreta avrop på rammeavtale</b>	<p>Fullmakt til å beslutte at man skal starte en innkjøpsprosess. Omfatter oppstart av innkjøpsprosess både med sikte på å etablere rammeavtale og ved enkeltstående kjøp og avrop på rammeavtale</p> <p>Anskaffelsesoppdrag bestilles via innkjøpsportalen henhold til gjeldende prosedyrer</p>	<p>Praktisk gjennomføringsansvar for innkjøp ligger i avdeling for Innkjøp og Logistikk.</p> <p>Innenfor beløpsgrenser fastatt i matrise 1/tildelt budsjett</p> <p>Inngåelse av kontrakter som går over flere år og med en verdi over kr 100 000 likestilles med investeringer.</p>	<p>Ansatt med rekvisisjonsfullmakt</p> <p>LPA Bygg, MTU, Annet og IKT innenfor delegert investeringsramme som beskrevet i tildelt fullmakt (eget dokument).</p> <p>Prosjektledere Eiendoms-drift innenfor eget område</p>
<b>Innkjøp over kr 100 000 (inkl. MVA)</b>	Fullmakt til å gjennomføre kjøp	<p>Innkjøp IKT skal som utgangspunkt kjøpes via</p> <p>Sykehuspartner og alle IKT-investeringer må avklares med Sykehuspartner.</p>	LPA Bygg, MTU, Annet og IKT innenfor vedtatt investeringsramme
<b>Kontraktsfullmakt</b>	<p>Fullmakt til å signere kontrakt etter gjennomført konkurranse, samt reforhandle, forlenge og si opp kontrakt og utløse opsjoner.</p> <p>Gjelder både enkeltstående kontrakter og rammeavtaler.</p>	<p>Innenfor budsjettår: Generell fullmakt</p> <p>Utover budsjettåret: Nivå 1 inntil 20 MNOK</p> <p>Dersom kontrakten gjelder behandling av personopplysninger, se matrise 7.</p>	<p>LPA Bygg, MTU, Annet og IKT innenfor vedtatt investeringsramme/ investeringsplan og opp til 5 MNOK</p> <p>Administrerende direktør / delegert til Økonomidirektør</p>

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
<b>Foreta bestilling og/eller godkjenne faktura</b>	Fullmakt til å utarbeide bestillinger i de tilfeller det finnes rammeavtale.  Tilsvare å godkjenne kostnader.	Kan delegeres til ansatte med nødvendig bestillerkompetanse i avdelingen (rekvirent).	Nivå 4 eller utnevnte rekvirenter
<b>Godkjenne bestilling og/eller sluttgodkjenne faktura</b>	Fullmakt til å godkjenne bestillinger i de tilfeller det finnes rammeavtale.  Tilsvare å sluttgodkjenne kostnader.	Innenfor generell fullmakt.	Nivå 4
<b>Godkjenne varemottak</b>	Fullmakt til å signere for kontroll av at mottatte varer er i henhold til følgeseddel. Varemottak gjøres fortrinnsvis av bestiller.		Nivå 4
<b>Utbetaling bank</b>	Fullmakt til å foreta utbetaling fra bank.	Skal ikke kombineres med tilgang til å bokføre og oppdatere leverandørregisteret.	Økonomisjef Kan delegeres til regnskapsleder
<b>Bokføre</b>	Tilgang til å oppdatere regnskapet/leverandørreskontro (systemtilgang).	Skal ikke kombineres med utbetalingsfullmakt bank og tilgang til å oppdatere leverandørregisteret.	Økonomisjef Kan delegeres til regnskapsleder
<b>Godkjenne oppdatering av leverandørregister</b>	Tilgang til å opprette, endre og slette leverandører i økonomisystemet (systemtilgang).	Skal ikke kombineres med Utbetalingsfullmakt bank og bokføringstilgang.	Økonomisjef  Ved behov for endringer i leverandørregisteret, meldes saken inn til Sykehuspartner, som har driftsansvar for ERP systemet.

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
<b>Serviceavtaler</b>	Fullmakt til å inngå serviceavtaler og signere kontrakter knyttet til vedlikehold av bygg, MTU og Annet.	Relevant fagområde konsulteres  Innenfor eget ansvarsområde og budsjett	Nivå 2  LPA Bygg, MTU, Annet og IKT  Avdelingsleder Eiendomsdrift (nivå 3)
<b>Utleie av utstyr</b>	Fullmakt til utleie av utstyr til markedsleie (for utleie under markedsleie gjelder reglene for gaver)	MTU kan bare leies etter avklaring med Avdeling for MTU	Inntil 20 MNOK/10 år - Økonomidirektør  Innenfor driftsbudsjett/inntil 3 år - Nivå 2
<b>Kjøp av konsulent- og advokatjenester</b>			Økonomidirektør  Rekvirering av advokattjenester innen feltet arbeidsrett: HR-direktør  Rekvirering av advokattjenester øvrige felt: Foretaksjurister  Rekvirering av konsulenttjenester innenfor eget område: LPA Bygg, Avdelingsleder Eiendomsdrift

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
<b>Leieavtale for mindre driftsmidler (operasjonelle leieavtaler)</b>	Fullmakt til å inngå leieavtaler for mindre driftsmidler (ikke MTU, IKT eller bygningsrelaterte anskaffelser) der det ikke foreligger rammeavtale.	<p>Avtalene skal forelegges økonomiavdelingen for vurdering av klassifisering og godkjenning før signing.</p> <p>Fullmaktsgrensene gjelder hver enkelt avtale og hele leiebeløpet inkl. evt.opsjoner.</p> <p>For leieavtaler inngås skal det vurderes om kjøp er mer hensiktsmessig.</p>	<p>Inntil 20 MNOK/10 år – Økonomidirektør</p> <p>Innenfor driftsbudsjett/ inntil 4 år – Nivå 2</p>
<b>Salg av varer og tjenester tilvirket ved/levert av STHF</b>	<p>Fullmakt til å beslutte salg eller utrangering og fastette pris ved salg.</p> <p>Salg skal skje til markedpris.</p>	<p>Før salg bør det vurderes evt. behov utstyret andre steder i sykehuset.</p> <p>Økonomiavdelingen skal foreta verdivurdering av utstyr/kjøretøy.</p> <p>Ved salg til utland/eksport må det foreligge bankgaranti fra kjøper.</p>	Økonomisjef/regnskapsleder

## Matrise 5 – HR-fullmakter

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
<b>Beslutte å opprette ny fast stilling, økning av stillingsbrøker og omgjøring av stillinger</b>	<p>Fullmakt til å beslutte at det skal opprettes ny fast stilling, herunder økning av stillingsbrøker og omgjøring av stillinger</p> <p>I dette ligger at helårseffekten skal vurderes for å sikre at det ikke pådras kostnader frem i tid som det ikke er dekning for.</p>	Lønn fastsettes i henhold til gjeldende overenskomst eller sammenlignbare stillinger.	<p>Faste stillinger: Administrerende direktør</p> <p>Midlertidige stillinger: Nivå 2</p>
<b>Fastsettelse av individuell lønn og individuelle tillegg</b>	<p>Fullmakt til å beslutte lønnsbetingelser og annen godtgjøring i direkte innplasserte stillinger.</p> <p>Dette må samordnes og koordineres på tvers av STHF for å sikre enhetlig praksis.</p> <p>I dette ligger at helårseffekten skal vurderes for å sikre at det ikke pådras kostnader frem i tid som det ikke er dekning for.</p>	<p>Lønn fastsettes i henhold til gjeldende overenskomst eller sammenlignbare stillinger.</p> <p>Ved avvikende lønn fra ovennevnte har leder med fullmakt konsultasjonsplikt med Fohandlingssjef i HR.</p>	Nivå 2

<b>Fullmakt</b>	<b>Fullmaktens innhold</b>	<b>Avgrensning</b>	<b>Laveste myndighetsnivå</b>
<b>Rekruttering og ansettelse av stillinger med varighet over 1 måned</b>	Gjelder rekruttering til eksisterende stilling som er blitt ledig.  Iht. Prosedyre «Rekruttering og ansettelse», Heliks ID 7131  Ved rekruttering til LIS 1-stilling gjelder retningslinje fra HOD.	Forutsetter budsjettmessig dekning.  Lønn fastsettes i henhold til gjeldende overenskomst eller sammenlignbare stillinger.  Ved avvikende lønnsfastsettelse har leder konsultasjonsplikt med Forhandlingssjef HR før fastsettelse.  Endelig godkjenning av avvikende lønn skal fastsettes av nivå 2.	Faste stillinger – Nivå 2  Midlertidige stillinger – Nivå 3
<b>Rekruttering og ansettelse i midlertidig stillinger med varighet under 1 måned</b>	Fullmakt til å rekruttere og ansette i kortere vikariater uten utlysning, inkludert rekruttering av ferievikarer innen ferieperioden.	Lønn fastsettes i henhold til gjeldende overenskomst eller sammenlignbare stillinger.  Ved avvikende lønnsfastsettelse har leder konsultasjonsplikt med Forhandlingssjef HR før fastsettelse.  Endelig godkjenning av avvikende lønn skal fastsettes av nivå 2.	Nivå 4
<b>Fullmakt til å forlenge utlyste vikariater uten ny utlysning</b>	Fullmakt til å forlenge utlyste vikariatetr uten ny utlysning der det foreligger sykemelding for hele perioden ved sykefravær og hvor det er sterk grunn til å anta at fraværet blir langvarig.	Forlenging kan kun gjøres for inntil 3 måneder.  Vikariater på under 1 måned som ikke er utlyst kan ikke forlenges, men må utlyses.	Nivå 4
<b>Honoraravtaler</b>	Fullmakt til å inngå honoraravtaler med leger uten utlysning.	Fullmakten gjelder for avtaler med en varighet på inntil 1 år av gangen forutsatt at medarbeideren dokumenterer tilstrekkelig kvalifikasjoner for oppgaven. Honoraravtaler med andre personellgrupper må i hvert enkelt tilfelle godkjennes av administrerende direktør.	Nivå 2

<b>Fullmakt</b>	<b>Fullmaktens innhold</b>	<b>Avgrensning</b>	<b>Laveste myndighetsnivå</b>
<b>Produktivitetsavtaler</b>	Fullmakt til å inngå produktivitetsavtale med relevant fagpersonell om en frivillig, midlertidig, tidsavgrenset og individuell avtale om arbeidstidsordninger for tjenesteproduksjon ut over ordinær tjeneste-/arbeidsplan	Produktivitetsavtalet skal generere meraktivitet utover budsjett. Avtalen skal ikke benyttes som virkemiddel for gjennomføring av ordinær ferieavvikling. Avtalen skal ha start- og stoppdato. Lengste periode er inntil 1 år dersom avtalen organiseres som en rammeavtale.  Se for øvrig egen prosedyre i Heliks, ID 13038.	Nivå 2
<b>Konstituering</b>	Fullmakt til å konstituere i lederstilling i inntil 6 måneder uten krav til utlysning. og konstituering i ledig overlegestilling i inntil 12 måneder uten utlysning.	Konstituert lederstilling eller overlegestilling kan ikke omgjøres til fast stillingen uten utlysning	Nivå 2
<b>Avgjøre krav om utvidet eller fast stilling</b>	Fullmakt til å avgjøre krav om utvidet eller fast stilling i medhold av aml. § 14-2, § 14-3, § 14-4 a og § 14-9 (7)		HR-direktør
<b>Inngå rammeavtale med tilkallingsvikarer</b>	Fullmakt til å inngå rammeavtale med tilkallingsvikarer		Nivå 4

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
<b>Permisjoner</b>	<p>Fullmakt til å innvilge permisjon etter utløp av sykepengerettigheter, herunder:</p> <p>Velferdspermisjoner Studiepermisjoner Permisjon ved overgang til annen stilling (internt/eksternt)</p> <p>Lov- og avtalefestede permisjoner</p> <p>Overlegepermisjoner</p>	Iht. Retningslinje «Overlegepermisjon» (Heliks ID 9085)	<p>Nivå 2</p> <p>Etter konsultasjon med neste ledernivå</p> <p>Nivå 4</p> <p>Nivå 2</p>
<b>Lønnsforhandlinger med arbeidstakerorganisasjonene</b>	Fullmakt til å gjennomføre lønnsforhandlinger i foretaket.		HR-direktør Kan delegeres til Forhandlingssjef
<b>Utøvelse av daglig drift, herunder å kunne godkjenne personrelaterede kostnader</b>	<p>Fullmakt til å ivareta daglig personaloppfølging.</p> <p>Fullmakten omfatter, <i>men er ikke begrenset til</i>, fastsetting av arbeidsplaner/turnus og ferielister, pålegging av overtid og å innvilge avtalefestede permisjoner.</p> <p>Fullmakt til å ivareta daglig personaloppfølging vil også omfatte godkjenning av variabel lønnsliste for utbetaling (som time- og overtidslister, turnusplaner og reisegodtgjørelse).</p>		Nivå 4
<b>Advarsel</b>	Fullmakt til å gi ansatte muntlig og skriftlig advarsel.	Ved skriftlig advarsel er det konsultasjonsplikt med HR-direktør	Nivå 2



<b>Fullmakt</b>	<b>Fullmaktens innhold</b>	<b>Avgrensning</b>	<b>Laveste myndighetsnivå</b>
<b>Suspendere ansatte</b>	Fullmakt til å beslutte at ansatte skal suspenderes fra sitt arbeid.	Suspensjon skal signeres av HR-direktør	Nivå 2
<b>Oppsigelse fra arbeidstaker</b>	Fullmakt til å motta oppsigelse fra ansatt.		Nivå 4
<b>Oppsigelse av ansatt</b>	Fullmakt til å avslutte arbeidsforhold.	Oppsigelse skal signeres av HR-direktør	Nivå 2
<b>Avskjed</b>	Fullmakt til å avslutte arbeidsforhold.	Avskjed skal signeres av HR-direktør	Nivå 2
<b>Godkjenne sluttavtale</b>	Fullmakt til å godkjenne sluttavtale.	HR-direktør forhandler sluttavtaler i samarbeid med nivå 2.	Administrerende direktør
<b>Vedta omplassering av ansatte</b>	Fullmakt til å beslutte omplassering av ansatte.	Iht. retningslinje «Omstilling og organisasjonsprosesser ved STHF» (Heliks ID 8012)	Nivå 2
<b>Godkjenne legers bemanningsplaner</b>	Fullmakt til å godkjenne legers bemanningsplaner.		Nivå 3
<b>Godkjenne bierverv</b>	Fullmakt til å godkjenne bierverv.	Konsultasjonsplikt med Forhandlingssjef i HR ved tvilstilfeller.	Nivå 4
<b>Godkjenne ferie</b>	Fullmakt til å godkjenne ferie.		Nivå 4
<b>Godkjenne uttak av avspasering og fleksitid</b>	Fullmakt til å godkjenne uttak av avspasering og fleksitid		Nivå 4

<b>Fullmakt</b>	<b>Fullmaktens innhold</b>	<b>Avgrensning</b>	<b>Laveste myndighetsnivå</b>
<b>Leie av personalboliger</b>	Fullmakt til å leie lokaler som kan brukes til personalboliger	Avtalene må legges frem for Økonomidirektør før inngåelse.	Klinikksjef SSL
<b>Seniorpolitiske tiltak</b>	Fullmakt til å godkjenne uttak av seniordager og andre seniorpolitiske tiltak	Iht. retningslinje «Seniorpolitikk ved STHF» (Heliks ID 12963)	Nivå 4
<b>Godkjenning av deltakelse på kurs/konferanser</b>		HR-direktør skal konsulteres før godkjenning av kostbare/tidskrevende kurs/utdanninger som ikke er obligatoriske.	Nivå 4

## Matrise 6 - Forskning

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
<b>Søknad om tilskuddsmidler</b>	Godkjenning av egenfinansiering i søknader om forskningsmidler, herunder signering av støttebrev.	Prosjektet må være forankret i klinikk og egenfinansiering godkjent.  Klinikksjef skal konsultere avdelingsleder/seksjonsleder før signering .	Nivå 2
<b>Mottak av finansiering/signering av avtaler om finansiering med offentlige institusjoner og ideelle organisasjoner</b>	Godkjenne ekstern finansiering fra f.eks. NFR, Kreftforeningen, HSØ, EU mv.  Kopi av avtaler skal sendes til Forskningsavdelingen/arkiveres i P360.	Konsultasjonsplikt med leder (nivå 2/3) før signering	Prosjektleder og Forskningsjef i fellesskap
<b>Oppstart av forskningssamarbeid - studier initert av HF eller annen forskningsinstitusjon</b>	Fullmakt til å signere avtaler om forskningssamarbeid med en eller flere samarbeidspartnere, herunder kliniske behandlingsstudier, uavhengig av ekstern part.	Klinikksjef vurderer ressursbruk og Forskningsjef vurderer vitenskapelig kvalitet.	Leder (nivå 2) og Forskningsjef i fellesskap
<b>Oppstart av forskningssamarbeid - oppdragsforskning</b>	Fullmakt til å signere avtaler om forskningssamarbeid med en eller flere samarbeidspartnere, med full finansiering fra ekstern oppdragsgiver.	Etter konsultasjon med Forskningsjef	Nivå 2
<b>Beslutte opprettelse av akademiske stillinger finansiert av STHF og evt. videreføring av bistillinger</b>	Fullmakt til å utstede finansieringsbevis til universitet/høgskole.		Fagdirektør

<b>Fullmakt</b>	<b>Fullmaktens innhold</b>	<b>Avgrensning</b>	<b>Laveste myndighetsnivå</b>
<b>Utstede finansieringsbevis for søknad til universitet om opptak til PhD studier</b>	Fullmakt til å utstede finansieringsbevis til universitet/høgskole		Nivå 2
<b>Inngå overordnede samarbeidsavtaler på forskningsområdet (Inven2 AS, utdanningsinstitusjoner, etc.)</b>	Fullmakt til å signere overordnede samarbeidsavtaler		Fagdirektør
<b>Beslutte utlevering av data og/eller overføring av humant biologisk materiale for forskningsformål</b>	Fullmakt til å beslutte overføring av data og/eller humant biologisk materiale (biobank) for forskningsformål	Konsultasjonsplikt med Personvernombud	Nivå 2
<b>Inngåelse av interne avtaler vedr. gjennomføring av forskningsprosjekter ved STHF</b>	Fullmakt til å signere interne avtaler mellom forskningsprosjekter og avdelinger ved STHF, f.eks. innen «in kind»-bidrag eller salg av tjenester til et forskningsprosjekt.		Nivå 3

## Matrise 7 – Informasjonssikkerhet og personvern

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensing	Laveste myndighetsnivå
<b>Systemeier-fullmakt</b>	Systemeier er delegert dataansvarlig.  Fullmakt til å opptre som systemeier (ha ansvar for å stille krav til tilgjengelighet, konfidensialitet, integritet og kvalitet slik at det oppfyller lovbestemte og andre krav) , samt ansvar for strategisk utvikling og forvaltning.	Se Heliks ID 9896 Organisering av informasjonssikkerhetsarbeidet (HSØ)	Nivå 2
<b>Prosjekteier-fullmakt</b>	Fullmakt til å styre IT-prosjekter, herunder ha overordnet beslutnings- og ansvarsfullmakt både faglig og økonomisk.		Nivå 2
<b>Inngå databehandleravtaler</b>	Fullmakt til å inngå databehandleravtale med eksterne databehandlere om lagring og bearbeiding av personopplysninger, inkludert aidentifiserte opplysninger hos andre utenfor foretaket.	Ved behov skal avtalen forelegges for personvernombud og/eller informasjonssikkerhetsleder. Se Heliks ID 9711 «Bruk av Data-behandler for behandling av personopplysninger hos annen juridisk enhet og Databehandler-avtale (HSØ).»	Systemeier
<b>Informasjonssikkerhetsleder-fullmakt</b>	Fullmakt til å bestille virksomhetssertifikat på vegne av administrerende direktør. Denne fullmakten er også gitt til Sykehuspartner i 2022.		Informasjonssikkerhetsleder
<b>IKT-, BTU og MTU-anskaffelser/prosjekter</b>	Sikre at informasjonssikkerhet og personvern ivaretas i IKT-prosjekter, BTU-prosjekter (byggeteknisk) og MTU-anskaffelser.	Konsultasjonsplikt med informasjonssikkerhetsleder og personvernombud	Systemeier

## Matrise 8 - Arkiv

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
Arkivansvar	Sørge for at foretaket overholder relevant regelverk på arkivområdet, herunder utarbeide arkivplan og styrende dokumenter for foretakets arkivarbeid	Se retningslinje i Heliks ID 14143 (Post, arkiv og saksbehandling i Public360)	Nivå 4

## Matrise 9 - Diverse

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
<b>Innovasjon</b>	Fullmakt til å ivareta forholdet til Inven2 AS (STHF's kommersialiseringsenhet) og kommersialiserbare ideer	Søknader og avtaler om eksternt finansieringsbidrag til innovasjon skal forankres og godkjennes av klinikkledelsen og forelegges direktør for utviklingsavdelingen.	Nivå 2
<b>Motta gaver</b>	Fullmakt til å motta gaver på vegne av foretaket	Det er en forutsetning at giver ikke stiller krav om motytelser.  Retningslinjer fastsatt av HSØ RHF skal legges til grunn for godkjenning.	Nivå 2
<b>Utlån av MTU</b>	Fullmakt til å låne ut medisinteknisk utstyr	Kun etter avklaring med avdeling for Medisinsk teknologi	Nivå 3
<b>Eieransvar for bygg</b>	Fullmakt til å utøve eieransvar for bygg, herunder byggherreansvar iht. Plan- og bygningsloven og byggherreforskriften		LPA Bygg (Eiendomssjef)

## Saksfremlegg

### Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	01.02.2023

Type sak (sett kryss)							
Beslutning		Etterretning		Orientering	X	Tema	

Sak: 006-2023

### Avvikling Fritt behandlingsvalg - Status og tiltak

#### Hensikten med saken

Ordningen med Fritt behandlingsvalg ble avvirket med virkning fra sist årsskifte, med en overgangsordning på inntil 12 måneder. Det betyr at pasienter som er i behandling pr 31.12.2022, har rett til å fortsette behandlingen ved den aktuelle institusjonen i overgangsperioden, inntil behandling er ferdigstilt. I saken gis det orientering om status når det gjelder avvikling av ordningen og tiltak som er gjennomført eller planlagt for å sikre at pasienter får forsvarlig behandling også etter at ordningen er fjernet.

#### Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering og ber administrasjonen sørge for at det opprettholdes forsvarlig og god pasientbehandling i henhold til «sørge for-ansvaret» både under og etter avvikling av Fritt behandlingsvalg ordningen.

Skien, 23. januar 2023

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør



## 1. Hva saken gjelder

Saken tar utgangspunkt i sak 040 – 2022 Arbeidet med avvikling av ordningen med fritt behandlingsvalg, og er ment å skulle gi styret en oppdatering av status i avviklingen, samt en orientering om tiltak som er gjennomført eller planlagt for å ivareta aktuelle pasientgrupper.

Godkjenningsordningen ble innført i 2015 gjennom endringer i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 og ny § 4-3 i spesialisthelsetjenesteloven med tilhørende forskrift. Endringene trådte i kraft 1. november 2015. Endringen innebar at private leverandører kunne få godkjenning fra Helfo for å levere spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten.

Ordningen må ikke forveksles med fritt sykehusvalg som eksisterte allerede. Denne ordningen videreføres og omfatter alle offentlige sykehus, distriktpsikiatrisk senter, private radiologiske institusjoner og private institusjoner som de regionale helseforetakene har inngått avtale med.

Målet med å innføre godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg var å redusere ventetidene, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Fritt behandlingsvalg har bidratt til økt valgfrihet for noen pasienter, men godkjenningsordningen har i liten grad bidratt til å redusere ventetidene i spesialisthelsetjenesten eller stimulert de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Dette fremkommer i evalueringen av fritt behandlingsvalg (Kaarbøe, Lindén, Ervik, Holmås, Iversen, Hagen m.fl. Evaluering av fritt behandlingsvalg (2021)), se omtale under punkt 2.3. Departementet viser videre til at godkjenningsordningen har redusert forutsigbarheten for den offentlige spesialisthelsetjenesten ved at de godkjente leverandørene ikke har volumbegrensninger. Utfordringene forsterkes i tillegg ved at det er uforutsigbarhet knyttet til behandlingens lengde.

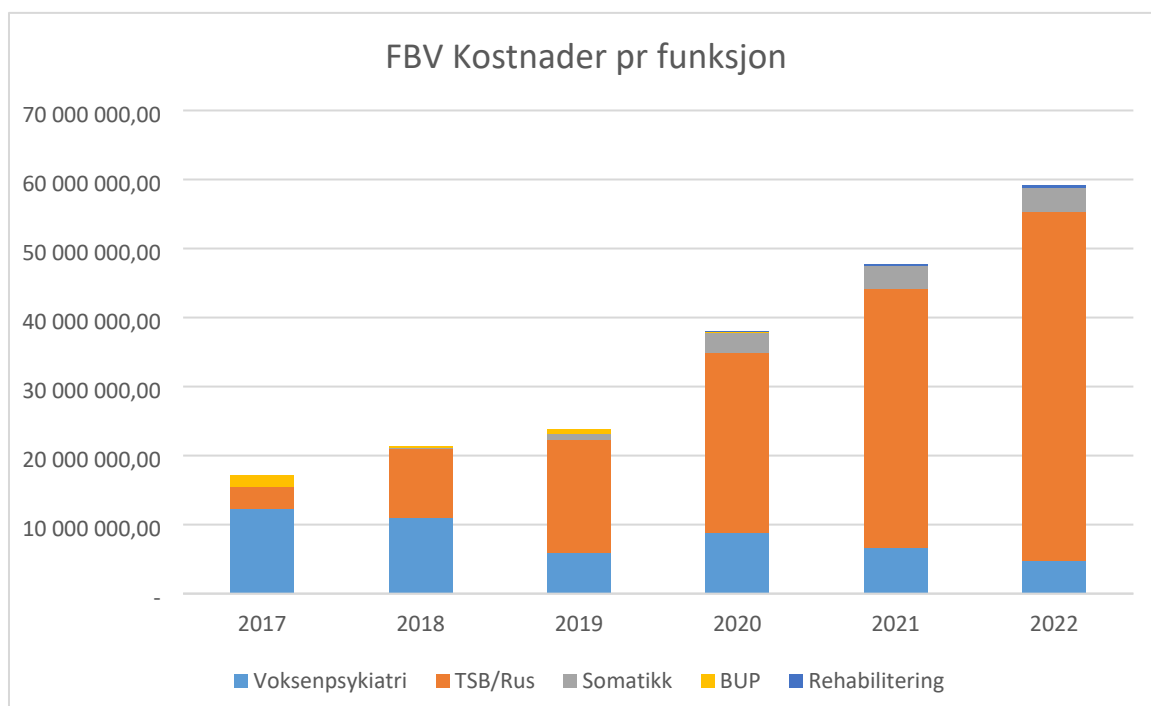
Leverandørene innen fritt behandlingsvalg er ikke jevnt fordelt mellom ulike deler av landet. Leverandørene er i større grad lokalisert i Helse Sør-Øst sitt opptaksområde enn det befolkningsgrunnlaget skulle tilsi. Det er naturlig at private aktører etablerer seg i områder der folk bor tett og det er enklest å rekruttere helsepersonell. I opptaksområdet til Sykehuset Telemark har det blitt etablert en betydelig behandlingsskapasitet innen TSB og ordningen har etter hvert medført en betydelig økonomisk utfordring.

Godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg oppheves fra 1. januar 2023, med en overgangsordning på inntil 12 måneder.

## 2. Konsekvenser av ordningen for Sykehuset Telemark

Behandlingsvolumet av FBV-pasienter har økt hvert eneste år siden oppstarten sent i 2015. Vi ble tilført ca. 8 millioner kroner i økt basisramme til finansiering av pasienter under ordningen, det overskytende er finansiert av egne midler. I ordningen fritt behandlingsvalg ble det etablert en godkjenningsordning, der private virksomheter som oppfylte visse krav, kunne levere definerte spesialisthelsetjenester til en pris fastsatt av staten. Godkjenningsadgangen var tillagt Helfo, som administrerte ordningen og sørget for viderefakturering til det aktuelle helseforetaket hvor pasienten er hjemmehørende.

Årlige kostnader fremkommer av tabellen nedenfor. Den relativt betydelige økningen fra 2019 til 2020 henger sammen med etablering av ny aktør i opptaksområdet, men vi konstaterer også at økningen er på et jevnt høyt nivå også i de etterfølgende årene:



Antallet pasienter som ble behandlet under ordningen i 2022 var som følger:

<b>Antall unike pasienter pr funksjon</b>			
	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>Totalt</b>
TSB/Rus	97	112	209
Somatikk	800	865	1665
Voksenpsykiatri	10	14	24
Rehabilitering	3	5	8
<b>Totalsum</b>	<b>910</b>	<b>996</b>	<b>1906</b>

Kostnaden for sykehuset utgjorde i 2022 59,2 millioner kroner, hvorav 55,3 millioner gikk til å behandle til sammen 126 pasienter innen PHV-Voksne og TSB.

Sykehuset har gjennom lengre tid problematisert utviklingen i FBV. Spesielt innenfor tjenesteområdene rus og tverrfaglig spesialisert rusbehandling mener vi det har bidratt til store utfordringer med å skape likeverdige helsetjenester og hindre uønsket variasjon. Et hovedproblem slik ordningen er innrettet, er at finansieringen er basert på en døgnpris som i alt for stor grad premierer lange opphold ved institusjon.

Innenfor somatikk er forbruket av FBV-tjenester i hovedsak knyttet til poliklinisk utredning av mage- og tarm sykdommer (gastroskoper og coloskopier). Sykehuset Telemark har over tid hatt et høyt forbruk av skoper, og det har vært utfordrende å ha tilfredsstillende nivå på ventetider og å unngå fristbrudd. Slike undersøkelser inngår ofte i utredningen i pasientforløp for kreft i mage- og tarmområdet. Tilstedeværelse av FBV- leverandør har bidratt til større kapasitet på utredninger. Bortfall av FBV vil på dette området øke utfordringene rundt tilgjengelighet. Det vurderes derfor i samråd med Helse Sør-Øst mulighet for å anskaffe større skopikapasitet i en periode.

Parallelt med å håndtere ventelisten jobbes det med å normalisere forbruket. Hospitering på sykehus med lavere skopirate, ventelistrydding med revurdering av behov for undersøkelse, veiledning av fastleger for å begrense henvisningsmengden, intern henvisningspraksis, samt pasientforløp for oppfølging av sykepleier eller fastlege er noen av tiltakene.

### **3. Status for det samlede tilbudet innen TSB**

Samdata-rapporten fra Helsedirektoratet viser at det ved utgangen av 2020 var 1119 døgnplasser innen TSB i Helse Sør-Øst. Det er 410 døgnplasser i helseforetakene og 709 døgnplasser blant avtaleparter i Helse Sør-Øst. Aktiviteten innen FBV-ordningen inngår ikke i dette tallet. Samdata-rapporten viser at det var en økning på 95 antall døgnplasser innen TSB i Helse Sør-Øst i perioden 2013 til 2020, hvilket representerer en økning på over 9 prosent. I samme tidsperiode har ventetiden til poliklinisk behandling innen TSB vært synkende. TSB er det virksomhetsområdet med lavest ventetid (rundt 30 dager) av alle virksomhetsområder.

Det har vært en marginal vekst i antall henvisninger til TSB siden 2019, i motsetning til den betydelige veksten vi ser innen andre deler av psykisk helsevern. Videre har Helse Sør-Øst et høyere antall døgnplasser innen TSB per innbygger enn landsgjennomsnittet. Kapasiteten for døgnbehandling innen TSB i Helse Sør-Øst vurderes å være god.

Siden 2015, da godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg ble innført, har det vært en betydelig vekst i forbruket av langtids døgnbehandling innen TSB. I perioden fra september 2021 til september 2022 har veksten vært på 41,4 prosent innen dette tjenesteområdet i FBV ordningen. Aktiviteten tilsvarer nå om lag 200 døgnplasser, som kommer i tillegg til de 1119 døgnplassene som driftes av helseforetak og avtaleparter. Flere helseforetak har de siste årene, i likhet med enkelte avtaleparter, rapportert om synkende belegg innen TSB.

Det er ikke noe i henvisningsmønsteret eller ventetidsmønsteret innen TSB som tilsier at en slik vekst i langtids døgnbehandling er godt medisinsk begrunnet. Andre helseregioner har ikke hatt en tilsvarende vekst, og veksten må i stor grad anses å være tilbudsstyrt som følge av veksten innen godkjenningsordningen. Det vil fremover være behov for langtidsbehandling innen TSB, men den faglige utviklingen innen TSB-feltet går i retning av å styrke tilbudene innen poliklinisk oppfølging og dagbehandling, som kan integreres med andre tjenester og med geografisk nærhet til pasientens hjemsted.

Forbruket av døgnbehandling innen TSB per 100.000 innbyggere viser relativt lite variasjon, med opptaksområdet til Sykehuset Telemark HF som et klart avvik (Se tabell nedenfor). Det er undersøkt hvem som har rettighetsvurdert de aktuelle pasientene behandlet av leverandører i FBV-ordningen, og tilhørende Sykehuset Telemark. Flertallet har sin rettighetsvurdering fra sykehuset.

Liggedøgn pr 100000 innbygger pr august 2022							
	Behandlet i HF	Avtale HSØ	Fritt behandlingsvalg	Totalt			
Ahus OO	2289	3766	1532	7586			
DS OO	1937	6377	1476	9790			
LDS OO	3992	5699	2060	11751			
OUS OO	2193	5041	1311	8544			
SI OO	2235	6270	284	8789			
SiV OO	2866	4307	2046	9219			
SS OO	3829	2045	2840	8714			
ST OO	1895	9497	5128	16520			
SØ OO	2050	5124	887	8061			
VV OO	1908	2427	652	4987			
<b>Totalsum</b>	<b>2442</b>	<b>4510</b>	<b>1568</b>	<b>8520</b>			

Helse Sør-Øst RHF har i 2022 gjennomført en behovsvurdering innen TSB hvor behov, belegg og utnyttelse av kapasiteten innen TSB i helseforetak og hos avtaleparter i 2021 systematisk er kartlagt og vurdert. I den regionale utviklingsplanen for Helse Sør-Øst fra 2018 er det lagt til grunn et belegg på 85 prosent for døgnplasser innen TSB. Det gjennomsnittlige belegget innen TSB var 81 prosent i 2017 og har sunket samtidig med innføringen av godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg. Hvis vi legger til grunn et belegg på 85 prosent har helseforetakene i Helse Sør-Øst en ledig kapasitet på 45 døgnplasser.

#### 4. Vurdering av handlingsalternativer og tiltak

Sykehuset Telemark har en plikt til å sørge for at vi har tilstrekkelig kapasitet for å ivareta behovene for nødvendig spesialisthelsetjenester for hele befolkningen i vårt opptaksområde. Vi må derfor løpende gjøre vurderinger av tilbud og prioritere innenfor de tildelte rammene. Når det skjer større endringer som vi står ovenfor når FBV ordningen avvikles, fordrer det naturligvis at vi vurderer konsekvensen for sykehuset og gjøre vurdering av hvordan vi skal levere forsvarlige og gode tjenester etter omleggingen. De viktigste tiltakene sammenfattes i kulepunktene nedenfor:

- Det er gjennomført en planarbeid for å sørge for at sykehuset vil være i stand til å overta og videreføre behandling av pasienter som får sitt behandlingstilbud avbrutt i løpet av avviklingsåret. Som en del av denne planen har vi involvert Borgestadklinikken, som en stor aktør med avtale, og vi har dessuten sett på muligheter for å omdisponere noe døgnkapasitet internt. Kompetanse og ressurser innen det polikliniske området vil også kunne være aktuelt å benytte i en overgangsperiode, for å sikre at vi ivaretar pasienter på en tilfredsstillende måte.
- Etablere utredningskapasitet. For å sikre pasienter god utredning om behov for rusbehandling, vil sykehuset tilpasse kapasiteten innen døgn- og/eller poliklinikk. Det er vurdert at det er mulig å få til innenfor rammen av dagens kapasitet ved å omdisponere ressurser. God utredning er viktig for å kunne tilby riktig og god behandling og sikre gode og helhetlige pasientforløp.
- Styrke det polikliniske tilbudet og gjennom det konvertere noe av behandlingen fra døgn- til dagbehandling. Som vi ser av tabellen under kapittel 3, har Sykehuset Telemark et

veldig høyt forbruk av liggedøgn innen TSB, sammenlignet med øvrige opptaksområder i Helse Sør-Øst. Det er grunn til å anta at vi her står ovenfor uønsket variasjon og at noe av behandlingen i fremtiden vil kunne ivaretas poliklinisk og gjennom større bruk av ambulering/oppøkende tjenester f.eks. gjennom FACT-team. Dette vil kreve et tettere samarbeid med kommunene for å sikre helhetlige forløp og vil bla. bli adressert inn i Helsefellesskapet.

For å sikre mulighetene for god behandling i fremtiden er det nødvendig å ha tilgang på spesialister innen rusbehandling. I løpet av 2022, har vi fått på plass spesialist med kompetanse og etablert to utdanningsstillinger innen fagområdet.

Sykehuset Telemark er det eneste helseforetaket i Helse Sør-Øst som ikke har egne døgnplasser innen rusbehandling. Imidlertid har vi gjennom mange år hatt en av de største private aktørene innen rusbehandling, Borgestadklinikken etablert i Skien. Behandlingsinstitusjonen har for tiden 64 døgnplasser, hvor en stor del av kapasiteten benyttes til pasienter fra vårt opptaksområde. Det er for tidlig å konkludere med om hvorvidt vi på sikt bør etablere mer behandlingsskapasitet for døgnbehandling selv. Vi vil vurdere alternative muligheter og hvilke kostnadmessige, kapasitetsmessige og kvalitative konsekvenser det vil kunne ha. Det vil igangsettes en ny anbudsprosess i HSØ, hvor nye avtaler skal være på plass i løpet av første halvår 2024, med virkning fra 01.01.2025. Så langt mulig vil vi følge denne prosessen tett.

## **5. Administrerende direktørs anbefaling**

Administrerende direktør anbefaler at klinikken arbeider videre med å sikre pasientene i Telemark god og tilpasset behandling under og etter avviklingen av Fritt behandlingsvalg. Det legges til grunn at det høye døgnforbruket i Telemark må reduseres og i større grad enn i dag erstattes med dagbehandling. I denne omleggingen av tjenestetilbudet skal det sikres god og forsvarlig behandling med fokus på helhetlige pasientforløp og resultater av behandlingen. For å bidra til måloppnåelse skal det legges vekt på utredningskompetanse og på godt samarbeide med kommunene.

**Vedlegg: Ingen**

## Saksfremlegg

### Saksgang

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
<b>Styret i Sykehuset Telemark HF</b>	01.02.2023

Type sak (sett kryss)							
Beslutning		Etterretning		Orientering	x	Tema	

Sak: 007-2023

### Varslingsutvalgets årsrapport 2022

#### Hensikten med saken

Varslingsutvalgets årsrapport for 2022 er den andre årsrapporten av sitt slag og har til formål å gi ledelsen og styret ved Sykehuset Telemark HF en overordnet innsikt i hvordan varslingsordningen har fungert ved sykehuset siste år. Rapporten redegjør for omfanget av varslings saker i sykehuset, hvordan disse er blitt håndtert og hva konklusjonen i de registrerte sakene behandlet i 2022 ble.

#### Forslag til vedtak

Styret tar varslingsutvalgets årsrapport for 2022 til orientering.

Skien, 24. januar 2023

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

### Hva saken gjelder

Ved revidert varslingsordning for sykehuset besluttet i direktørens ledergruppe 23. mars 2021 ble blant annet nytt mandat for varslingsutvalget vedtatt. I henhold til mandatet skal varslingsutvalget utarbeide årsrapport til administrerende direktør og styret innen 15/2 hvert år.

Etter gjeldende prosedyre for varslings saker (Heliks ID 7187), skal saksbehandlere i linja orientere varslingsutvalget om varslings saker i form av oversendelse av sluttrapport etter endt saksbehandling. Formålet med denne oversendelsen er å gi varslingsutvalget den informasjonen som er nødvendig for å kunne utarbeide årsrapporten.

I varslingsutvalgets mandat er det angitt at årsrapporten skal inneholde følgende:

- Antall saker behandlet i linja og i varslingsutvalget
- Kategorisering av tematikken i de behandlede sakene
- Konklusjon i de behandlede sakene (kritikkverdig/ikke kritikkverdig forhold)
- Oversikt over kategorier av tiltak som er blitt iverksatt
- Kort beskrivelse av hvordan varslervern/beskyttelse mot gjengjeldelse er ivaretatt

I tillegg inneholder rapporten noen mer overordnede betraktninger knyttet til evaluering av ordningen og gjeldende prosedyre, samt et avsnitt om risikovurdering ettersom varsling inngår som en del av sykehusets systematiske HMS-arbeid.

Rapporten er ført i pennen av utvalgets leder, og godkjent av et samlet varslingsutvalg. I forkant av styrebehandling, er rapporten blitt fremlagt i sykehusets arbeidsmiljøutvalg (AMU) (17.01.23) og i administrerende direktørs ledergruppe (24.01.23).

Innholdet i rapporten er basert på saker varslingsutvalget er gjort kjent med via direkte henvendelse eller via oversendelse av sluttrapport fra saksbehandlere i linja.

Oversikt over totalt antall varslings saker, hvor disse har vært behandlet samt hva slags tematikk og konklusjon de ulike sakene har hatt, gir viktig og nyttig informasjon til sykehusets systematiske HMS-arbeid. At eventuelle kritikkverdige forhold i virksomheten blir gjort kjent for arbeidsgiver, underlagt en forsvarlig saksbehandling og at forhold blir brakt til opphør er viktig både for de enkeltansatte og de arbeidsmiljøene som er påvirket av forholdet. Opphør av kritikkverdige forhold og fokus på varsling er også viktig for å ivareta god pasientsikkerhet og er i tillegg viktig for sykehusets omdømme både eksternt og internt.

### Vedlegg:

- Varslingsutvalgets årsrapport for 2022



## Årsrapport

## Varslings saker ved Sykehuset Telemark HF

### 2022

<b>Utarbeidet av:</b>	Varslingsutvalget v/ leder Åsne Dingsør-Dehlin
<b>Godkjent av:</b>	Øvrige medlemmer av varslingsutvalget
<b>Mottakere:</b>	Administrerende direktør Tom Helge Rønning og styret v/styrets leder
<b>Dato:</b>	10. januar 2023



## 1. INNLEDNING

Herværende årsrapport omhandler varslingssaker regulert og definert i arbeidsmiljøloven (aml.) kapittel 2A. I loven fremgår det at arbeidstaker (inkludert innleide, studenter, hospitanter og praktikanter) har rett til å varsle om kritikkverdige forhold i arbeidsgivers virksomhet.

Med kritikkverdige forhold menes forhold som er i strid med rettsregler, skriftlige etiske retningslinjer i virksomheten eller etiske normer som det er bred tilslutning til i samfunnet, for eksempel forhold som kan innebære:

- Fare for liv eller helse
  - o Eksempelvis sviktende rutiner, tiltak, teknisk utstyr, svikt eller mangler i organiseringen av virksomheten som er av en slik art at det er påregnelig at noen utsettes for livsfare eller forverret helsetilstand.
- Fare for klima eller miljø
  - o Eksempelvis mulige brudd på bestemmelser i forurensningsloven, klimavote- og produktkontrollloven.
- Korrupsjon eller annen økonomisk kriminalitet
  - o Eksempelvis arbeidslivskriminalitet, bedrageri, underslag, konkurskriminalitet, økonomisk utroskap, heleri, hvitvasking, dokumentforfalskning og brudd på regler om konkurranse, verdipapirhandel, skatt, merverdiavgift og toll.
- Myndighetsmisbruk
  - o Brudd på de rettslige krav som stilles til forvaltningen og de alminnelige forvaltningsrettslige normer om at myndighetsutøvelse må oppfylle materielle, personelle og prosessuelle kompetansekrav. Eksempelvis utøvelse av myndighet på en uforsvarlig måte ved at det tas utenforliggende hensyn, utøves usaklig forskjellsbehandling eller treffes avgjørelser som er vilkårlige eller klart urimelige.
- Uforsvarlig arbeidsmiljø
  - o Eksempelvis forhold som kan ha innvirkning på fysisk og psykisk helse, blant annet mobbing trakassering og annen utilbørlig atferd (brudd på bestemmelsene i aml. kapittel 4).
- Brudd på personopplysningssikkerheten
  - o Eksempelvis brudd som fører til utilsiktet eller ulovlig tilintetgjøring, tap, endring, ulovlig spredning av eller tilgang til personopplysninger som er overført, lagret eller på annen måte behandlet. Det kan også være brudd på konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet.

Ytring om forhold som kun gjelder arbeidstakers eget arbeidsforhold, eller som arbeidstaker mener er kritikkverdig ut fra egen politiske eller etiske overbevisning regnes ikke som varsling.

Arbeidsgiver har etter aml. § 2A-3 en aktivitetsplikt til å undersøke et varsel om kritikkverdige forhold innen rimelig tid, påse at den som har varslet har et fullt forsvarlig arbeidsmiljø og om nødvendig sørge for tiltak som er egnet til å forebygge gjengjeldelse.

Som en stor arbeidsgiver har Sykehuset Telemark HF (STHF) plikt til å utarbeide rutiner for intern for varsling, jf. aml. § 2A-6. Denne plikten er ivaretatt ved sykehusets prosedyre «Saksbehandling av varslingssaker», se HELIKS ID 7187.

Øvrig informasjon om STHFs varslingsordning, finnes på sykehusets intranett under temaside «Varsling». Nærmere informasjon om varslingsutvalget finnes på intranett under «Råd og utvalg» - «Varslingsutvalget».

## 1. OVERSIKT OVER SAKER BEHANDLET I 2022

### 1.1 ANTALL SAKER BEHANDLET I HHV. LINJA OG I VARSLINGSUTVALGET:

PERIODE	ANTALL SAKER	LINJA	VARSLINGSUTVALGET (VU)	MERKNAD
Januar	1 (10)		1	Det innkom 10 saker til VU i januar. Etter en habilitetsvurdering ble det avgjort at saksbehandlingsansvar skulle ligge hos VU. Videre ble sakene besluttet forent til felles behandling.  Merk: Det innkom ytterligere 2 saker i hhv. februar og juni som ble tatt inn i samme sakskompleks. Totalt ble dermed 12 saker forent til felles behandling.
Februar	- (1)			En sak i februar ble inkludert i den omforente saken fra januar.
Mars	-			
April	-			Det innkom 1 sak til VU i april. Saken ble omdefinert fra varslingssak til pasientklage og håndtert som sistnevnte etter orientering til klager. Saken er derfor ikke tatt med i oppstillingen over varslingssaker.
Mai	-			
Juni	- (1)			En sak i juni ble inkludert i den omforente saken fra januar.
Juli	-			Det innkom 1 sak til VU i juli. Utvalget foretok en habilitetsvurdering og overførte saken til linja for saksbehandling.*
August	-			
September	1	1		Det innkom 1 sak til VU i september. Utvalget foretok en habilitetsvurdering og overførte saken til linja for saksbehandling.
Oktober	-			Det innkom 1 sak til VU i oktober. Utvalget foretok en habilitetsvurdering og overførte saken til linja for saksbehandling.*
November	-			
Desember	-			
<b>TOTALT</b>	<b>2 (13)**</b>			

*Merk: Tabellen viser kun saker som varslingsutvalget er gjort kjent med via direkte henvendelse/oversendelse av sluttrapport fra saksbehandler i linja, eller saker som er innrapportert fra klinikkene/stabene til varslingsutvalget i forbindelse med utarbeidelse av årsrapporten. Det følger av saksbehandlingsprosedyren for varslingsaker (HELIKS ID 7187) punkt 7.5.1 at alle sluttrapporter fra saksbehandling i linja skal oversendes varslingsutvalget til orientering.*

*\* Sakene gjaldt varsler sendt til varslingsutvalget fra eksterne avsendere. I utgangspunktet må man ha status som arbeidstaker for å ha vern som varsler, jf. aml. § 2A-1. Sakene er av denne grunn ikke tatt med i opptellingen over varslingsaker fra 2022, men ble overført linja og underlagt en forenklet og tilpasset saksbehandling der.*

*\*\* I tillegg til sakene angitt i tabellen er utvalget gjort kjent med ytterligere en sak som formelt startet i 2021 men som ila. 2022 ble omdefinert til en varslings sak.*

Som det fremgår av tabellen legges det overordnet til grunn at det samlede antallet varslingsaker i 2022, var to saker. Av disse to utgjorde den ene i realiteten 12 saker forent til felles behandling. For å synliggjøre dette, vil antallet saker i årsrapporten i det videre angis «2 (13)».

## 1.2 ANTALL SAKER BEHANDLET FORDELT PER KLINIKK/STAB:

<b>KLINIKK</b>	<b>ANTALL SAKER I 2022</b>	<b>2021</b>
<i>Akutt- og beredskapsklinikken (ABK)</i>	-	3
<i>Barne- og ungdomsklinikken (BUK)</i>	-	-
<i>Kirurgisk klinikk (KIR)</i>	1	1
<i>Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling (KPR)</i>	1 (12)	1
<i>Medisinsk klinikk (MED)</i>	-	2
<i>Medisinsk serviceklinikk (MSK)</i>	-	2
<i>Service og systemledelse (SSL)</i>	-	-
<i>Fag og forskning</i>	-	-
<i>HR-avdelingen</i>	-	-
<i>Utviklingsavdelingen</i>	-	-
<i>Økonomiavdelingen</i>	-	-
<b>TOTALT</b>	<b>2 (13)</b>	<b>9</b>

## 2. HVA HANDLET SAKENE OM?

Tematisk angikk sakene fra 2022 påstander om uforsvarlig arbeidsmiljø, herunder påstander om mobbing, trakassering og annen utilbørlig opptreden og anførsler om kritikkverdig lederatferd som medvirkende faktor til et samlet sett uforsvarlig arbeidsmiljø.

Av de 2 (13) sakene har en vært behandlet i linja i henhold til saksbehandlingsprosedyrens grunnleggende prinsipp om saksbehandlingsansvar på nærmeste habile ledernivå. Den siste saken, som også er saken der 12 saker ble forent til felles behandling, er saksbehandlet i varslingsutvalget. I begge sakene var det fremsatt påstander som nødvendiggjorde grundig og omfattende saksbehandling, samt var ressurs- og tidkrevende.

## 3. KONKLUSJONEN I DE BEHANDLEDE SAKENE

Sakene listet opp i punkt 1.1 har vært underlagt saksbehandling i tråd med gjeldende saksbehandlingsprosedyre inntatt i Heliks (ID 7187). I begge sakene ble det konkludert med at det ikke forelå kritikkverdige forhold slik dette er definert i arbeidsmiljøloven kapittel 2A.

#### 4. KATEGORIER AV TILTAK SOM ER BLITT IVERKSATT

Saksbehandlingen av varslings saker avsluttes formelt ved at det fattes en konklusjon om hvorvidt det i saken foreligger eller ikke foreligger et kritikkverdig forhold slik definert i aml. § 2A-1. Deretter gis varsler og omvarslede (den det har vært varslet på) en orientering om denne konklusjonen, jf. saksbehandlingsprosedyren punkt 7.5. Prosedyren beskriver prosessen frem til konklusjon foreligger, men overlater ansvar for oppfølging, beslutning og iverksettelse av eventuelle tiltak til linjeledelsen, jf. prosedyren punkt 7.6. Dette gjelder også for saker som har vært saksbehandlet av utvalget selv.

Typiske oppfølgingstiltak i varslings saker kan være oppfølging på gruppenivå (seksjon/avdeling) eller oppfølging på individnivå (lederstøtte, veiledning mv). Som følge av det lave antallet saker, har utvalget vurdert at det av hensyn til identifikasjonsfare for de involverte ikke kan inntas noe konkret om iverksatte tiltak i årsrapporten for 2022.

#### 5. IVARETAKELSE AV VARSLERVERN

Flere av de innkomne varslene i 2022 har vært inngitt av anonyme varslere – enten fullt ut anonyme eller delvis anonyme i den forstand at identiteten har vært kjent for saksbehandler men anonym overfor omvarslede. Det er utfordrende å undersøke en sak tilstrekkelig når varslere krever anonymitet. Det har derfor i enkelte tilfeller i 2022 vært nødvendig å utfordre anonyme varslere på deres behov for anonymitet, av hensyn til å få opplyst saken så godt opplyst som mulig. Etter utvalgets vurdering har likevel varslervern blitt tilstrekkelig ivaretatt.

Utvalget presiserer for øvrig at gjeldende saksbehandlingsprosedyre punkt 7.6.2 legger opp til at den som har saksbehandlet et varsel, innen 6 måneder fra avsluttet saksbehandling, skal tilby varsler en samtale om risiko for/potensielt opplevd gjengjeldelse i etterkant av saken. Dersom det fortsatt på dette tidspunkt vurderes at det foreligger risiko for gjengjeldelse, skal varsler tilbys jevnlig samtaler videre. Dette for å sikre et reelt varslervern og for å ivareta den enkelte ettersom varslings saker ofte utgjør en stor belastning for de involverte.

#### 6. EVALUERING AV VARSLINGSORDNINGEN OG GJELDENE PROSEDYRE

Etter varslingsutvalgets oppfatning synes bevisstheten rundt varslings og varslingsordningen i sykehuset å være på tilsvarende nivå som i 2021 – dette er bedre enn hva bevisstheten var før arbeidet med revidering av ordningen ble igangsatt i 2020, men det synes imidlertid fortsatt å råde noe usikkerhet i organisasjonen knyttet til hva varslings er og hvordan man skal gå frem ved tilfelle av slike saker. Dette er ikke unaturlig gitt at varslings saker er noe som ikke forekommer veldig ofte, og typisk heller ikke forekommer samme sted i organisasjonen flere ganger eller hyppig etter hverandre. Det ligger derfor i ordningens natur at de linjelederne som får varslings saker til saksbehandling hos seg, ikke har vært borte i slike saker tidligere eller på lenge, og at de derfor ofte har behov for en oppfriskning av hva varslings er og hvordan varslings saker skal håndteres. Saksbehandlere i linja har ved flere tilfeller gjennom 2022 bedt om råd og bistand fra varslingsutvalget i forbindelse med håndtering av konkrete saker – både saker definert som varslings saker, men også saker som de er i tvil om skal anses som en varslings sak eller som er definert som noe annet men har likhetsstrekk med varslings saker. Slik veiledningsbistand er en viktig del av utvalgets oppgaver og noe utvalget gjerne ser at saksbehandlere i linja kan benyttes seg enda mer av. Dette gjelder først og fremst de sakene som er litt større og komplekse i art, ikke de sakene som kan underlegges en enklere form for saksbehandling. Her er de utvalgets erfaring at saksbehandlere i linja i større grad føler seg trygge på sakshåndteringen og derfor har mindre behov for veiledning og bistand.

For første gang siden det nåværende utvalget ble oppnevnt, har utvalget selv saksbehandlet en varslingssak. Erfaringene fra dette er mange, både hva gjelder praktisk håndtering og konkret saksbehandling av store varslingssaker, men ikke minst på det materielle/innholdsmessige planet. Utvalget har gjennom egen saksbehandling i 2022 fått en betydelig kompetanseheving og innsikt i hva som kreves rent prosessuelt, og hvilke materielle vurderinger som må foretas i varslingssaker. I forlengelsen av dette er det utvalgets erfaring at det bør gjøres et tillegg til gjeldende saksbehandlingsprosedyre som presiserer at utvalget, i de sakene hvor det er vurdert at saken skal behandles i utvalget og ikke i linja, selv må kunne beslutte hvorvidt det er behov for å innhente ekstern bistand. Dette fordi det av taushetsplikt- og konfidensialitetshensyn kun er utvalget som kjenner detaljene i sakene og dermed er best egnet til å vurdere hvorvidt det er behov for ekstern bistand for å sikre forsvarlig saksbehandling. Utvalget også er nærmest til kjenne sine egne begrensninger både mtp. kapasitet, kompetanse og gjennomføringstid.<sup>1</sup>

En erfaring fra 2022 er, som nevnt i punkt 5 over, utfordringene knyttet til anonym varsling. Dette er en adgang varslere har, men er en omstendighet som tidvis skaper betydelige utfordringer for saksbehandler. Bevisnormen i varslingssaker er alminnelig sannsynlighetsovervekt. Det innebærer at det faktum som etter gjennomførte undersøkelser samlet sett fremstår som mest sannsynlig (mer enn 50 % sannsynlig), er det faktumet som skal legges til grunn for de vurderingene som foretas i saken. At det varsles anonymt og fremsettes ønske om å forbli anonym under saksbehandlingen, fører ofte til at enkeltheter i varslene eller i de fremsatte påstandene ikke kan forelegges for den eller de som er omvarslet. Dette fordi varslersens identitet vil kunne bli identifisert. Når enkelte deler av et varsel eller enkelte påstander ikke kan fremlegges for den eller de som er omvarslet, vil ikke disse delene/påstandene være gjenstand for kontradiksjon (bli imøtegått av den som er omvarslet). Påstander som ikke har vært gjenstand for kontradiksjon kan ikke legges vekt på i en bevisvurdering, og som konsekvens må disse da sees bort ifra ved vurderingen av saken. Det er følgelig ønskelig å oppfordre varslere til å stå frem med sine påstander (både overfor saksbehandler og omvarslede) av hensyn til å få saken best mulig og så grundig opplyst som mulig.

## 7. RISIKOVURDERING

I årsrapporten for 2021 ble det påpekt at det kunne stilles spørsmål ved om antallet saker (da 9) utgjorde det reelle antallet varslingssaker i virksomheten, gitt at STHF er en virksomhet med over 3000 årsverk fordelt på rundt 4000 ansatte. Litt avhengig av hvordan man teller sakene (hhv. 2 eller 13) er det uansett klart at det samlede antallet varslingssaker i 2022 heller ikke er spesielt høyt sykehusets størrelse tatt i betraktning. Tilsvarende som for 2021 tror varslingsutvalget at noe av årsaken til dette, fortsatt er at det ved sykehuset er etablert flere ulike spor for håndtering av saker som er nært beslektet med/og noen ganger kan være overlappende med varslingssaker. Det vises her til melding av avvik, håndtering av personal- og konfliktsaker, samt politianmeldelse av straffbare forhold. At varslingssaker evt. håndteres i en av disse alternativene kanalene, og ikke som varslingssaker, er ikke i seg selv en risiko slik utvalget vurderer det. Det viktigste er at sakene håndteres og underlegges en forsvarlig saksbehandling, ikke hva saken isolert sett karakteriseres som.

Hvorvidt antallet saker for 2022 gir et riktig eller feilaktig totalbilde av de faktiske forhold, er det fortsatt vanskelig for utvalget å ha noen helt klare holdepunkter om. Utvalget har ikke gjennom 2022 fått noen signaler som taler for at det er en underrapportering på området, men noterer seg at antallet fremstår lavt. Utvalget er imidlertid kjent med at det pågår flere arbeidsmiljøprosesser i sykehuset som ikke er foranlediget av konkrete varslingssaker. Dette er etter utvalgets syn et sunnhetstegn for sykehusets da det viser at ledere evner å fange opp utfordringer i arbeidsmiljøer før disse når et punkt der ansatte anser det som nødvendig å sende et varsel

---

<sup>1</sup> Denne presiseringen er diskutert og godkjent av HR v/HR-direktør som formell eier av sykehusets varslingsordning, og vil derfor bli foreslått for direktørens ledergruppe samtidig som utvalgets årsrapport for 2022 fremlegges.

for at en bestemt problematikk skal tas tak i. Til tross for dette, er antallet saker er etter utvalgets syn fortsatt den største risikoen på området.

Kvaliteten på saksbehandlingen i linja, synes å ha vært god, og tilpasset sakens alvorlighetsgrad og kompleksitet. Kvaliteten på saksbehandlingen i saken utvalget selv har behandlet, er det ikke naturlig at utvalget uttaler seg om. Det kan imidlertid orienteres om at saksbehandlingen her ble kvalitetssikret eksternt.

Heller ikke i 2022 har det vært noen varslingssaker angående brudd på personopplysningssikkerheten i form av manglende tilgangsstyring, personopplysninger på avveie, datainnbrudd osv., og heller ingen varslingssaker om journalsnoking. Evt. slike forhold, avvik og andre hendelser vedrørende brudd på personopplysningssikkerheten, blir håndtert separat og holdt i av hhv. personvernombud og informasjonssikkerhetsleder. Etter varslingsutvalgets syn fremstår dette som en fornuftig ansvarsfordeling all den tid hendelser vedrørende brudd på personopplysningssikkerheten innebærer involvering av flere eksterne aktører, herunder ofte både Sykehuspartner og Datatilsynet.

Tilsvarende som i 2021, er erfaringen i 2022 at saker knyttet til arbeidsmiljøutfordringer er tidkrevende, innebærer mye planlegging, involverer mange ulike parter og medfører en kontinuerlig balansering av til dels motstridende hensyn (varsler vs. omvarslede). Dette er utfordrende, og utvalget ser at dette kan skape uro og oppleves belastende både for involverte miljøer og enkeltpersoner. Samtidig er det etter utvalgets syn til en viss grad ikke mulig å unngå slik belastning, når en varslingssak skal saksbehandles forsvarlig og undersøkes tilstrekkelig i tråd med både ulovfestede prinsipper for forsvarlig saksbehandling og arbeidsmiljølovens bestemmelser. Særlig i saken som utvalget selv saksbehandlet i 2022 ble det fra flere hold rettet kritikk mot den lange saksbehandlingstiden saken samlet sett fikk. Utvalget tar kritikken til etterretning og vil i sitt arbeid i 2023 være ekstra bevisste på dette momentet – bl.a. i vurderinger av hvorvidt innkomne saker skal behandles internt eller eksternt.

## Saksfremlegg

### Saksgang

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
<b>Styret i Sykehuset Telemark HF</b>	01.02.2023

Type sak (sett kryss)							
Beslutning		Etterretning	X	Orientering		Tema	

Sak: 008-2023

### Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester

#### Hensikten med saken

I 2022 gjennomførte konsernrevisjonens revisjon av uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester i sykehus og foretak i Helse Sør-Øst RHF.

Hensikten med saken er å presentere revisjonsrapporten og en plan for hvordan Sykehuset Telemark skal ivareta rapportens anbefalinger.

#### Forslag til vedtak

- Styret tar Konsernrevisjonens rapport 9/2021 Revisjon Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester til etterretning
- Styret ber administrerende direktør om å følge opp Konsernrevisjonens rapport i Handlingsplan mot uønsket variasjon i kvalitet og forbruk

Skien, 25.01.2023

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør



## 1. Hva saken gjelder

I de siste årene har det vært stort fokus på å sikre likeverdige og faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Til tross for at helsetjenesten i Norge kommer godt ut i internasjonale undersøkelser, er det på områder uønsket variasjon både i kvalitet på pasientbehandlingen og forbruk av helsetjenester. Å redusere uønsket variasjon er – og har over tid – vært et sentralt satsningsområde i nasjonale og regionale planer som følges opp i sykehusenes Oppdrags- og bestillingsdokumentet (OBD).

*Manglende system og forståelse for arbeidet med klinisk kvalitet og forbruk av helsetjenester, kan medføre over- og underforbruk, eller at pasientbehandlingen ikke samsvarer med beste praksis.*

### **Formål**

Revisjonen har undersøkt i hvilken grad sykehusene har etablert et system som sikrer oversikt over status på kvalitet og forbruk innen de ulike fagområdene, for gjennom det kunne redusere eventuell uønsket variasjon.

Revisjonen har videre kartlagt hvordan sykehus anvender nasjonale kvalitetsregistre og Helseatlas i arbeidet med å redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk.

### **Problemstillinger**

1. På hvilken måte er målet om å redusere uønsket variasjon knyttet til kvalitet og forbruk formidlet i styringslinjen?
  - Hvordan er mål og krav kommunisert i helseforetak og sykehus?
  - Hvilke mål og krav gis til klinikk-/divisjonsledere og avdelingsledere?
  - Hvilke forventninger stilles til kvalitet og forbruk av helsetjenester?
  - Fremstår styringsbudskapet balansert og realistisk?
  - Er det potensielle målkonflikter ved fastsettelse av krav til aktivitet versus kvalitet og forbruk?
2. På hvilken måte benyttes styringsinformasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas i arbeidet med å sikre et likeverdig tilbud og oppnå en god kvalitet i pasientbehandlingen?
  - Hvordan er det tilrettelagt for utøvelse av styring og ledelse?
  - Hvilken styringsinformasjon besitter avdelingslederne?
  - Hvilken styringsinformasjon benyttes i forbedringsarbeid knyttet til kvalitet og forbruk?
  - Hvordan benyttes Helseatlas?
  - Hvordan benyttes kvalitetsregistre?
3. På hvilken måte er målet om å redusere uønsket variasjon knyttet til kvalitet og forbruk fulgt opp i styringslinjen?
  - Hvilke områder er det klinikk-/divisjonsledere følger opp ved underliggende avdelinger, og hvor ofte gjøres dette?
  - Hvilke områder er det administrerende direktør følger opp klinikk-/divisjonsledere, og hvor ofte gjøres dette?

### **Metode og gjennomføring**

Revisjonen er gjennomført med dokumentgjennomgang, spørreundersøkelse og intervjuer.

Hensikten med spørreundersøkelsen har vært å kartlegge hvordan lederne opplever hvordan styring og oppfølging foregår i styringslinjen, herunder hvordan målet om uønsket variasjon operasjonaliseres og fordeles. I tillegg har vi spurt avdelingslederne hvilken styringsinformasjon de benytter i sitt forbedringsarbeid knyttet til kvalitet og forbruk.

Spørreundersøkelsene ble sendt til ledere innen flere fagområder/spesialiteter:

- 27 medisinske og kirurgiske klinikk-/divisjonsledere, hvorav 25 besvarte.
- 55 avdelingsledere med ansvar for de aktuelle fagområdene, hvorav 50 besvarte.

Følgende fagområder er inkludert i spørreundersøkelsen:

- Diabetes, voksne
- Hjerneslag
- Hjerteinfarkt
- Hoftebrudd
- Leddimplantater
- Dagkirurgi (Ortopedi)

For å få utdypende informasjon, ble det i etterkant av at spørreundersøkelsen gjennomført intervjuer med fagdirektør, klinikksjefer og avdelingsledere i Vestre Viken HF, Sykehuset Telemark HF og Sykehuset i Vestfold HF.

### **Avgrensning**

Revisjonen har valgt ut fagområder med nasjonale kvalitetsregistre som har høy dekningsgrad og fagområder med Helseatlas. Revisjonen har ikke hatt som formål å avdekke om det foreligger uønsket variasjon eller hva som eventuelt er årsakene til dette.

### **Revisjonsgrunnlag**

Revisjonsgrunnlaget er relevante lover og forskrifter som pasient- og brukerrettighetsloven, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst RHF, og andre styrende dokumenter på området.

### **Oppfølging av revisjonsrapporten**

Konsernrevisjonen har bedt administrerende direktør om å legge fram en plan for styret som redegjør for hvordan revisjonsrapportens anbefalinger vil bli ivaretatt.

## **2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer**

### **Revisjonsrapportens overordnede konklusjoner**

- Flere helseforetak har etablert hensiktsmessige strukturer og prosesser for å kunne nå målet om å redusere uønsket variasjon

- Andre helseforetak har imidlertid ikke kommet like langt i dette arbeidet, noe som innebærer risiko for at pasienter ikke tilbys riktig eller god behandling
- Behov for bedre balanse i styringen for å øke oppmerksomheten på kvalitet i helsetjenestene.

Konklusjon bygger på følgende vurderinger (utdrag fra rapporten):

**«Målet om å redusere uønsket variasjon er ikke tydelig kommunisert i styringslinjen»**

Overordnet viser kartleggingen at lederne opplever at det i større grad gis konkrete mål og krav rettet mot økonomi, aktivitet og HR-området enn det gjøres inn mot pasienttilbud og kvalitet på pasientbehandlingen. Det er imidlertid variasjon mellom helseforetak/sykehus, samt innad i disse. Enkelte ledere opplever at eget helseforetak eller sykehus nærmer seg en bedre balanse i styringsbudskapet, mens andre mener at det er en vei å gå før tilbud og kvalitet i helsetjenesten er balansert med øvrige mål og krav. Konsernrevisjonen vurderer det som positivt at tilbud av helsetjenester og kvalitet på pasientbehandlingen har kommet tydeligere frem i styringsbudskapet. Alle helseforetak og sykehus har imidlertid ikke kommet like langt med dette. Manglende oppmerksomhet om tilbud og kvalitet i styringsbudskapet, innebærer risiko for at det ikke gis insentiver for å synliggjøre og innarbeide disse temaene i avdelingenes plan- og oppfølgingsarbeid. En årsak til den noe lavere oppmerksomheten om tilbud og kvalitet, kan være hvordan virksomhetsstyringen i helseforetakene og sykehusene har blitt gjennomført. Virksomhetsstyringen har tradisjonelt vært innrettet mot å svare ut økonomi, aktivitet og HR-data, samt nasjonale indikatorer fastsatt i oppdrags- og bestillingsdokumentet. Det har i mindre grad vært en tradisjon for å operasjonalisere mål og krav til det enkelte nivå, for eksempel knyttet til styring av forløpenes faglige innhold. Dette har medført at mål og krav i mindre grad er tilpasset risiko og egenskaper ved fagområdene i de enkelte avdelingene. Kvalitetsdimensjonen har i større grad blitt ivaretatt av det enkelte fagmiljø, og har i mindre grad vært en del av den formelle styringen.

**«Det er varierende bruk av kvalitetsregistre og Helseatlas i avdelingenes forbedringsarbeid»**

Gjennomgangen viser at avdelingene benytter flere ulike informasjonskilder i arbeidet med å oppnå et riktig pasienttilbud med god kvalitet. De mest utbredte kildene er morgenmøter, NPE-saker og avviktsaker. Når det gjelder kvalitetsregistre og Helseatlas benytter om lag 2/3 av avdelingene disse kildene i sitt forbedringsarbeid.

Alle avdelinger som inngår i denne kartleggingen har kvalitetsregistre med god dekningsgrad.

Konsernrevisjonen vurderer det som positivt at informasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas benyttes i kvalitetsforbedring ved de fleste avdelingene. Vi er samtidig av den oppfatning at det er bekymringsfullt at 1/3 av avdelingene i liten grad benytter denne informasjonen.

Etttersom kvalitetsregistrene gir informasjon om resultatmål for beste faglige praksis og enhetens egne resultater, vurderer vi at manglende bruk av kvalitetsregistre innebærer en risiko for at behandlingsresultatene ikke blir optimale. Når det gjelder Helseatlasene gir disse informasjon om forbruk av ulike typer helsehjelp per opptaksområde. Vi vurderer at manglende bruk av Helseatlas innebærer risiko for at mulig over- eller under behandling ikke fanges opp. Dette vil igjen kunne medføre at ressursallokeringen i og mellom avdelinger ikke blir optimal.

Vi vurderer at det er ulike årsaker til at kvalitetsregistre og Helseatlas ikke benyttes gjennomgående i alle avdelingene. En grunnleggende årsak kan være fravær av insentiver på grunn av mindre tydelige forventninger til at lederne skal benytte dette i sitt plan- og oppfølgingsarbeid. En annen viktig årsak er utfordringer knyttet til tilgang på styringsdata. Det fremkommer at dataene ikke er tidsaktuelle, ikke har tilstrekkelig kvalitet eller ikke er dekkende for behovet. Av andre årsaker vises det til begrenset tid til å utøve lederrollen, herunder manglende ressurser til å understøtte et slikt arbeid.

**«Uønsket variasjon inngår i for liten grad som tema i styringslinjens oppfølgingsmøter»**

Gjennomgangen viser at det er ulik systematikk på hvordan informasjon om kvalitetsregistre og Helseatlas inngår i rapportering og oppfølging i helseforetakene og sykehusene. Enkelte har gode oversikter over resultater fra kvalitetsregistre og Helseatlas, og bruker disse gjennomgående i rapportering og oppfølging.

I andre helseforetak eller sykehus er det ikke etablert oversikter, samt at rapportering og oppfølging på kvalitet og forbruk varierer. Enkelte avdelingsledere viser til at de aldri blir fulgt opp på denne type styringsinformasjon.

Konsernrevisjonen vurderer at manglende rapportering og oppfølging av tilbud og kvalitet i helsehjelpen, innebærer risiko for at kritisk informasjon ikke når riktig ledelsesnivå, herunder til styret. Eventuelle utfordringer vil da ikke nødvendigvis fremkomme i beslutningsgrunnlaget og inngå i ledelsens avveininger og prioriteringer. På den måten kan virksomhetens styringsevne svekkes. Videre vil det være en risiko for at gode faglige resultater heller ikke vil bli synliggjort. Bak gode resultater vil det kunne være et forbedringsarbeid som bør deles som grunnlag for læring i virksomheten. Manglende oppmerksomhet om forbedringsarbeid og gode resultater, vil også kunne redusere fagmiljøenes engasjement for å skape læring på tvers.

Konsernrevisjonen vurderer at årsakene knyttet til mangler i rapportering og oppfølging i styringslinjen er sammensatte. Oppfølgingen av tilbud og kvalitet i helsetjenestene har tradisjonelt foregått innad i fagmiljøene og derfor ikke blitt synliggjort i virksomhetsstyringen. En viktig årsak er trolig at mål knyttet til tilbud og kvalitet på helsehjelpen ikke er tilstrekkelig tydeliggjort i styringsbudskapet. Videre kan det være uklare forventninger til hvordan avdelingene skal nyttiggjøre seg av ulike kilder, herunder kvalitetsregistre og Helseatlas, i sitt forbedringsarbeid. En annen årsak er at det i varierende grad er utarbeidet styringsinformasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas som er oversiktlige og oppdaterte.

### Konsernrevisjonens anbefalinger

Konsernrevisjonen anbefaler at det enkelte helseforetak og sykehus vurderer hvor de selv står innenfor temaene i denne revisjonen og eventuelt behov for tiltak. Her bør særlig følgende forhold vurderes:

1. Er det etablert tydelige strukturer og prosesser knyttet til hvordan mål og krav operasjonaliseres og kommuniseres til det enkelte nivå?
2. Er ledernes ansvar og oppgaver tydelige, herunder hvilken opplæring og støtte de må ha for å ivareta mål og krav på en hensiktsmessig måte?
3. Er det tydelige forventninger til hvordan lederne skal systematisere og dokumentere arbeidet med tilbud og kvalitet i helsehjelpen innenfor egne avdelinger og fagområder?
4. Er det tydelige forventninger til hvordan avdelingene skal benytte styringsinformasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas som grunnlag for å identifisere eventuell manglende kvalitet eller avvikende forbruksrater?
5. Er styringsinformasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas tilgjengelig, sammenlignbar og regelmessig oppdatert?
6. Er det tydelig hvordan avdelingenes forbedringsarbeid danner grunnlag for rapportering og oppfølging av kvalitet i styringslinjen?

### Oppfølging av konsernrevisjonens anbefalinger ved Sykehuset Telemark

Redegjørelse med vurdering av status og forslag til forbedringstiltak:

1. Er det etablert tydelige strukturer og prosesser knyttet til hvordan mål og krav operasjonaliseres og kommuniseres til det enkelte nivå?

Vurdering status	Forslag forbedringstiltak
Enkelte nasjonale kvalitetsindikatorer knyttet til kvalitet og klinisk praksis, har tydelige resultatmål og krav, og følges opp som en integrert del av virksomhetsstyringen; infeksjoner, 30-dagers overlevelse etter innleggelse i sykehus, 5 års overlevelse etter kreft og innsatsområder pasientsikkerhet/nasjonale faglige råd..	Systematisk gjennomgå og forbedre strukturer og prosesser for hvordan mål og krav for å redusere uønsket variasjon, operasjonaliseres og kommuniseres til det enkelte ledernivå og fagmiljø

2. Er ledernes ansvar og oppgaver tydelige, herunder hvilken opplæring og støtte de må ha for å ivareta mål og krav på en hensiktsmessig måte?

Vurdering status:	Forslag forbedringstiltak:
<p>Lederavtaler: Beskriver ansvar, oppgaver, mål og krav.</p> <p>Lederopplæring: Kompetansemål og læringsaktiviteter for sykehusets ledere styres og administreres i Kompetanseportalen.</p> <p>Lederopplæringen skal gjøre lederne i stand til å ivareta mål og krav – også knyttet til uønsket variasjon i kvalitet og forbruk – på en hensiktsmessig måte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tydeliggjøre ansvar og oppgaver knyttet til uønsket variasjon.</li> <li>• Sikre at ledere får opplæring og støtte som gjør dem i stand til å ivareta mål og krav for å redusere uønsket variasjon, på en hensiktsmessig måte.</li> <li>• Lederopplæring i forbedringsmodellen med vekt på uønsket variasjon kvalitet og forbruk (Forbedringsprogrammet) –som sørge for at kan initiere og følge opp klinisk forbedringsarbeid med fagmiljøene.</li> </ul>

3. Er det tydelige forventninger til hvordan lederne skal systematisere og dokumentere arbeidet med tilbud og kvalitet i helsehjelpen innenfor egne avdelinger og fagområder?

Vurdering status:	Forslag forbedringstiltak
<p>Klinikker og fagområder jobber aktivt med kvalitetsforbedring. Dekningsgraden og resultater fra kvalitetsregistre og helseatlas viser en positiv trend over tid.</p> <p>Tydelige forventninger til systematisering og dokumentasjon av arbeidet for å redusere uønsket variasjon. Spesielt fokus på kreftområdet (Fagråd kreft) og på andre områder der nasjonale kvalitetsindikatorer er målsatt og inngår i rapporteringen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Styringsinformasjon fra Helseatlas og kvalitetsregistre i forbedringsarbeid for å identifisere og redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk.</li> <li>• Etablere fagråd på fagområder der det er behov for særskilt oppfølging og oppmerksomhet.</li> </ul>

4. Er det tydelige forventninger til hvordan avdelingene skal benytte styringsinformasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas som grunnlag for å identifisere eventuell manglende kvalitet eller avvikende forbruksrater?

Vurdering status:	Forslag forbedringstiltak
<p>Det er kommunisert forventninger til fagmiljø og linjeledelsen om bruk av styringsinformasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas for å redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk.</p> <p>Særskilt oppfølging på kreftområdet (Fagråd kreft). I tråd med nasjonale og regionale planer er utvalgte nasjonale kvalitetsindikatorer målsatt og inngår i virksomhetsrapporteringen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Styringsinformasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas benyttes som grunnlag for å kartlegge risikoer for manglende måloppnåelse om å redusere uønsket variasjon kvalitet og forbruk.</li> <li>• Gjennomgang i klinikker/fagmiljø med vurdering av risiko, prioritering av områder, utarbeidelse av tidfestede mål og forbedringstiltak.</li> <li>• Gjennomgangen sees i sammenheng med forbedringsarbeid med avdelingens resultater fra brukerundersøkelser, klage- og tilsynssaker, uønskede hendelser og forbedringsprosesser knyttet til pasientforløp og driftseffektivisering.</li> <li>• Etablere fagråd innen områder der det vurderes å være behov for å samordne og styrke det kliniske forbedringsarbeidet for å redusere uønsket variasjon i klinisk tjenestekvalitet og forbruk av helsetjenester.</li> </ul>

5. Er styringsinformasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas tilgjengelig, sammenlignbar og regelmessig oppdatert?

Vurdering status:	Forslag forbedringstiltak:
Styringsinformasjon fra kvalitetsregistre legges fram som egen sak i ledergruppe og styre hvert år.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Etablere egen Intranettside som uønsket variasjon i kvalitet og forbruk med styringsinformasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas (tilgjengelig og oppdatert for sammenligninger og analyser) på sykehusets Intranett.</li> <li>Ta i bruk regionale Dashboard og lokale brukerundersøkelser så snart disse er tilgjengelig.</li> </ul>

**6. Er det tydelig hvordan avdelingenes forbedringsarbeid danner grunnlag for rapportering og oppfølging av kvalitet i styringslinjen?**

Vurdering status:	Forslag forbedringstiltak:
Ulik grad av oppfølging lokalt. Tiltak for systematisk oppfølging av styringsinformasjon fra Nasjonale kvalitetsregistre og Helseatlas, vedtatt i ledergruppe - og styresak høsten 2022.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Videreutvikle system for rapportering og oppfølging av lokalt kvalitetsforbedringsarbeid uønsket variasjon kvalitet og forbruk– som del av virksomhetsstyringen.</li> <li>Området «Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk» tydeliggjøres med risikovurdering og rapportering i den tertialvise virksomhetsrapporteringen</li> <li>Prioriterte forbedringsområder innarbeides i lederavtaler og følges opp i oppfølgingsmøter mellom ledere</li> </ul>

**Handlingsplan mot uønsket variasjon i kvalitet og forbruk**

For å sikre en systematisk oppfølging av konsernrevisjonens anbefalinger, etableres en egen handlingsplan mot uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester ved Sykehuset Telemark. Handlingsplanen skal koordinere forbedringstiltakene og sikre at de blir fulgt opp og får effekt over tid.

## HANDLINGSPLAN MOT UØNSKET VARIASJON I KVALITET OG FORBRUK – 2023

### Bakgrunn/mål

- Handlingsplanen er en oppfølging av anbefalingene i Konsernrevisjonens rapport 9/2021 Revisjon Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester
- Handlingsplanens overordnede mål er å redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester ved Sykehuset Telemark HF

### Forbedringsområder/tiltak

1. Gjennomgå og tydeliggjøre ledernivåenes ansvar og oppgaver for oppfølging av uønsket variasjon i kvalitet og forbruk i virksomhetsstyringen.

*Koordinerende ansvar: Økonomi. Sentrale bidragsytere: Økonomi, Fag og forskning.*

2. Ledere på alle nivå, får opplæring og støtte som gjør dem i stand til å ivareta mål og krav for å redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk, på en hensiktsmessig måte:

- Innføring i forbedringskunnskap for ledere
- Veiledning og støtte i forbedringsarbeid

*Koordinerende ansvar: Fag og forskning. Sentrale bidragsytere: HR*

3. Styringsinformasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas benyttes som grunnlag for å kartlegge risikoer for manglende måloppnåelse om å redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk.

- Klinikkenes avdelinger/seksjoner og fagmiljø – gjennomgår styringsinformasjon og vurderer risiko, prioriterer forbedringsområder, utarbeidelse av tidfestede mål og forbedringstiltak.
- Gjennomgangen sees i sammenheng med andre områder for forbedringsarbeid i avdelingen, med resultater fra brukerundersøkelser, klage- og tilsynssaker, uønskede hendelser, revisjons- og tilsynsrapporter og forbedringsprosesser knyttet til pasientforløp og driftseffektivisering.
- Etablere fagråd innen områder der det vurderes å være behov for å samordne og styrke det kliniske forbedringsarbeidet for å redusere uønsket variasjon i klinisk tjenestekvalitet og forbruk av helsetjenester

*Koordinerende ansvar: Fag og forskning. Sentrale bidragsytere: Økonomi, Direktørens stab*

4. Etablere egen Intranettside om uønsket variasjon i kvalitet og forbruk med styringsinformasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas (tilgjengelig og oppdatert for sammenligninger og analyser) på sykehusets Intranett. Herunder regionale Dashboard og lokale brukerundersøkelser, så snart disse er tilgjengelig.

*Koordinerende ansvar: Fag og forskning. Sentrale bidragsytere: Kommunikasjon, Analyse*

5. Videreutvikle system for rapportering og oppfølging av lokalt kvalitetsforbedringsarbeid uønsket variasjon kvalitet og forbruk– som del av virksomhetsstyringen.

- Området «Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk» med prioriterte forbedringsområder, innarbeides i lederavtalene på de ulike nivå og følges opp i oppfølgingsmøter mellom ledere
- Området «Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk» tydeliggjøres med risikovurdering og rapportering på status i den tertialvise virksomhetsrapporteringen

*Koordinerende ansvar: Økonomi. Sentrale bidragsytere: Fag og forskning*

Det etableres en egen referansegruppe for Handlingsplanen med representanter fra de ulike ledernivå og fra fagråd/fagmiljø.

### Rapportering/rullering

Det rapporteres på status forbedringstiltak i den tertialvise virksomhetsrapporteringen.

Handlingsplanen rulleres årlig.

Handlingsplanen må sees i sammenheng med sykehusets systematiske forbedringsarbeid for å etterleve Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, og bygger på mål om å redusere uønsket variasjon i nasjonale-, regionale- og lokale strategier og planer.

Utdrag fra Strategi 2023-2025 Sykehuset Telemark HF, suksessfaktor Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring:

- Innen utgangen av strategiperioden skal vi ha oppnådd følgende: Redusert uønsket variasjon i tilbud og kvalitet på tjenester
- Innsatsområde: Forbedre systemer og strukturer for virksomhetsstyring
- Aktiviteter/tiltak: Øke bruk og synliggjøre kvalitetsmålinger, indikatorer og registre i forbedringsarbeid

Sentrale forbedringsprosesser og satsningsområder for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i Sykehuset Telemark (utvalg):

- Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring følges systematisk opp i egne saker til sykehusets ledergruppe og styre. Det rapporteres på status og utvikling, herunder vurdering av risiko, som del av virksomhetsrapporteringen (måned/tertiar/år/ledelsens gjennomgang). Relevante mål og tiltak skal inngå i lederavtalene på alle aktuelle nivå.
- Årlig ledergruppe- og styresak med oversikt over nasjonale kvalitetsregistre og nasjonale kvalitetsindikatorer, med sykehusets utvikling og måloppnåelse. I 2022 ble det vedtatt tiltak som skulle sikre mer systematisk oppfølging i både fagmiljø og linjeledelse.
- Etablering av fagråd innen områder der det vurderes å være behov for å samordne og styrke det kliniske forbedringsarbeidet, for å redusere uønsket variasjon i klinisk tjenestekvalitet og forbruk av helsetjenester. Fagråd kreft og Akuttmedisinsk fagråd etablert på slutten av 2021.
- Særskilte risikoområder – som oppfølging av hendelsesanalyser etter alvorlige hendelser – følges systematisk opp i sykehusets felles og klinikkvise Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg og i administrerende direktørs oppfølgingsmøter med klinikkjefene.
- Risikobaserte interne- og eksterne tilsyn og revisjoner
- Infeksjonsforebygging og oppfølging av nasjonale innsatsområder pasientsikkerhet (I trygge hendelser 24/7) / Nasjonale faglige råd, følges opp med prevalensmålinger fire ganger per år. Resultatene behandles i felles forbedringsmøter med ledere og fagpersonell. Videre følges resultatene fortløpende i egne saker til sykehusets ledergruppe. Utviklingen følges gjennom tertiarrapporteringen.
- Utvikling av lokale brukerundersøkelser er et satsningsområde som skal sikre fersk og lokal styringsinformasjon om hvordan pasienter og pårørende opplever kvaliteten på helsetjenestene.
- Forbedringsprogrammet Ytre Oslofjordmodellen har som mål å styrke sykehusets kliniske forbedringskompetanse.
- Innføring av metodebok.no med nasjonale og regionale retningslinjer, skal gjennom standardisering og kunnskapsbasert praksis, bidra til likeverdig og faglig forsvarlig pasientbehandling.



- Sak om pasientsikkerhet og kvalitet med presentasjon av forbedringsarbeid fra klinikkene, i alle styremøter – gir styrket fokus.

#### 4. Administrerende direktørs anbefaling

Administrerende direktør anbefaler at konsernrevisjonens rapport følges opp i Handlingsplan mot uønsket variasjon i kvalitet og forbruk. For å sikre måloppnåelse og effekt, følges Handlingsplanen opp over tid og rulleres årlig.

Vedlegg:

Konsernrevisjonens rapport 9\_2021\_Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester

Lenker:

- [Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023](#)
- [Regional utviklingsplan 2040](#)
- [Regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i Helse Sør-Øst RHF](#)
- [Strategi 2023-2025 Sykehuset Telemark](#)

**Konsernrevisjonen**  
**Rapport 9/2021**

**Revisjon**

**Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester**

14. okt. 2022

# Introduksjon

I Norge er det et mål at befolkningen skal ha et likeverdig tilbud av helsetjenester på tvers av geografi og sosiale grupper. Pasient- og brukerrettighetslovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet.

Flere internasjonale studier tyder på at Norge kommer godt ut på denne type mål sammenlignet med andre høyinntektsland. Stiftelsen The Commonwealth Fund har siden 2004 sammenlignet helsetjenesten i elleve høyinntektsland, deriblant Norge. I undersøkelsen for 2021 blir helsetjenestene i Norge rangert som nummer 1. Studien har tatt for seg fem forskjellige kriterier på helsetjenestene; tilgang, behandling, effektivitet, rettferdighet og resultater.

Flere undersøkelser av helsetjenester som gis i Norge, har samtidig vist at det er variasjon i både kvalitet på pasientbehandlingen innenfor flere fagområder, samt i forbruk av helsetjenester. For noen pasientgrupper er variasjon ønsket, ventet og et kvalitetstegn. For andre pasientgrupper er variasjonen uforklarlig, uønsket og viser at helsehjelpen ikke er likeverdig i befolkningen. Uønsket variasjon kan i ytterste konsekvens medføre risiko for svekket kvalitet og pasientsikkerhet.

Å redusere uønsket variasjon er et av fem satsningsområder i Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst. Videre har det i Oppdrags- og bestillingsdokumentet (OBD) til helseforetak og sykehus gjennom flere år vært mål om å redusere uønsket variasjon.

Revisjonen har undersøkt om helseforetakene og sykehusene har etablert et system som sikrer at de har oversikt over status på kvalitet og forbruk innen ulike fagområder, for gjennom det kunne redusere eventuell uønsket variasjon. I den sammenheng har revisjonen kartlagt hvordan helseforetak og sykehus anvender nasjonale kvalitetsregistre og Helseatlas i arbeidet med å redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk.

For å undersøke dette har vi definert følgende problemstillinger:

1. På hvilken måte er målet om å redusere uønsket variasjon knyttet til kvalitet og forbruk formidlet i styringslinjen?
2. På hvilken måte benyttes styringsinformasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas i arbeidet med å sikre et likeverdig tilbud og oppnå en god kvalitet i pasientbehandlingen?
3. På hvilken måte er målet om å redusere uønsket variasjon knyttet til kvalitet og forbruk fulgt opp i styringslinjen?

Revisjonen er gjennomført i tidsrommet februar - september 2022

# Innhold

<b>1. KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER .....</b>	<b>4</b>
1.1 BEHOV FOR BEDRE BALANSE I STYRINGEN FOR Å ØKE OPPMERKSOMHETEN PÅ KVALITET I HELSETJENESTENE.....	4
1.2 ANBEFALINGER.....	6
<b>2. KONTEKST .....</b>	<b>7</b>
2.1 OPPMERKSOMHET PÅ UØNSKET VARIASJON .....	7
<b>3. TILNÆRMING.....</b>	<b>11</b>
3.1 INNFALLSVINKEL .....	11
3.2 METODIKK OG GJENNOMFØRING .....	12
3.3 AVGRENSNING .....	13
3.4 REVISJONSGRUNNLAG .....	13
<b>4. FORMIDLING AV MÅL OG KRAV .....</b>	<b>14</b>
4.1 OBSERVASJONER .....	14
4.2 VURDERINGER.....	18
<b>5. AVDELINGENES ARBEID MED Å REDUSERE UØNSKET VARIASJON ....</b>	<b>20</b>
5.1 OBSERVASJONER .....	20
5.2 VURDERINGER.....	25
<b>6. RAPPORTERING OG OPPFØLGING .....</b>	<b>27</b>
6.1 OBSERVASJONER .....	27
6.2 VURDERINGER.....	30
<b>VEDLEGG 1 .....</b>	<b>32</b>
<b>VEDLEGG 2 .....</b>	<b>33</b>

# 1. Konklusjoner og anbefalinger

## 1.1 Behov for bedre balanse i styringen for å øke oppmerksomheten på kvalitet i helsetjenestene

*Helsetjenesten skal være likeverdig og rettferdig fordelt i befolkningen. All utredning, diagnostisering og behandling skal legge kunnskapsbasert praksis til grunn. Dette fordrer at ledelsen på alle nivåer både planlegger og følger opp pasientbehandlingen gjennom prosesser for kontinuerlig forbedring.*

Helseforetakene er store og komplekse organisasjoner med en rekke mål og krav som kan være krevende å håndtere. Denne revisjonen har kartlagt hvordan helseforetak og sykehus i regionen arbeider med å nå målet om å redusere uønsket variasjon knyttet til hvilket pasienttilbud som gis, samt kvalitet på pasientbehandlingen. I den sammenheng har vi særskilt sett på hvordan forbruksrater fra Helseatlas og resultater fra nasjonale kvalitetsregistre anvendes i dette arbeidet.

Flere undersøkelser viser at kunnskapen om variasjon eller svak kostnads-/nytteeffekt av ulike prosedyrer i pasientbehandlingen, ikke i seg selv er tilstrekkelig for å redusere uønsket variasjon i sykehus. Studiene konkluderer med at det er behov for insentiver gjennom sterkere styring.

I kartleggingen har vi tatt utgangspunkt i at et hensiktsmessig system for virksomhetsstyring er en viktig forutsetning for å nå de mål og krav som er satt for en virksomhet. Vi har i den sammenheng sett på hvordan mål og krav knyttet til uønsket variasjon er operasjonalisert, fordelt og forankret i styringslinjen. Vi har videre kartlagt hvilke prosesser avdelingene har etablert for å planlegge og følge opp eventuell uønsket variasjon gjennom året. Deretter har vi kartlagt hvordan dette arbeidet rapporteres og følges opp i styringslinjen.

Revisjonen viser at flere helseforetak og sykehus har etablert hensiktsmessige strukturer og prosesser for å kunne nå samlede mål og krav, herunder målet om å redusere uønsket variasjon. Andre helseforetak og sykehus har imidlertid ikke kommet like langt i dette arbeidet, noe som innebærer en større risiko for at pasienter ikke tilbys riktig behandling eller at pasientbehandlingen ikke er i tråd med beste praksis. Ut ifra dette er vår konklusjon at det er behov for bedre balanse i styringen ved flere helseforetak og sykehus for å øke oppmerksomheten på kvalitet i helsetjenestene. Konklusjonen bygger på følgende vurderinger:

- Målet om å redusere uønsket variasjon er ikke tydelig kommunisert i styringslinjen
- Det er varierende bruk av kvalitetsregistre og Helseatlas i avdelingenes forbedringsarbeid
- Uønsket variasjon inngår i for liten grad som tema i styringslinjens oppfølgingsmøter

### **Målet om å redusere uønsket variasjon er ikke tydelig kommunisert i styringslinjen**

Overordnet viser kartleggingen at lederne opplever at det i større grad gis konkrete mål og krav rettet mot økonomi, aktivitet og HR-området enn det gjøres inn mot pasienttilbud og kvalitet på pasientbehandlingen. Det er imidlertid variasjon mellom helseforetak/sykehus, samt innad i disse. Enkelte ledere opplever at eget helseforetak eller sykehus nærmer seg en bedre balanse i styringsbudskapet, mens andre mener at det er en vei å gå før tilbud og kvalitet i helsetjenesten er balansert med øvrige mål og krav.

Konsernrevisjonen vurderer det som positivt at tilbud av helsetjenester og kvalitet på pasientbehandlingen har kommet tydeligere frem i styringsbudskapet. Alle helseforetak og sykehus har imidlertid ikke kommet like langt med dette. Manglende oppmerksomhet om tilbud og kvalitet i styringsbudskapet, innebærer risiko for at det ikke gis insentiver for å synliggjøre og innarbeide disse temaene i avdelingenes plan- og oppfølgingsarbeid.

En årsak til den noe lavere oppmerksomheten om tilbud og kvalitet, kan være hvordan virksomhetsstyringen i helseforetakene og sykehusene har blitt gjennomført. Virksomhetsstyringen har tradisjonelt vært innrettet mot å svare ut økonomi, aktivitet og HR-data, samt nasjonale indikatorer fastsatt i oppdrags- og bestillingsdokumentet. Det har i mindre grad vært en tradisjon for å operasjonalisere mål og krav til det enkelte nivå, for eksempel knyttet til styring av forløpene faglige innhold. Dette har medført at mål og krav i mindre grad er tilpasset risiko og egenskaper ved fagområdene i de enkelte avdelingene. Kvalitetsdimensjonen har i større grad blitt ivaretatt av det enkelte fagmiljø, og har i mindre grad vært en del av den formelle styringen.

#### **Det er varierende bruk av kvalitetsregistre og Helseatlas i avdelingenes forbedringsarbeid**

Gjennomgangen viser at avdelingene benytter flere ulike informasjonskilder i arbeidet med å oppnå et riktig pasienttilbud med god kvalitet. De mest utbredte kildene er morgenmøter, NPE-saker og avviksaker. Når det gjelder kvalitetsregistre og Helseatlas benytter om lag 2/3 av avdelingene disse kildene i sitt forbedringsarbeid.

Alle avdelinger som inngår i denne kartleggingen har kvalitetsregistre med god dekningsgrad. Konsernrevisjonen vurderer det som positivt at informasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas benyttes i kvalitetsforbedring ved de fleste avdelingene. Vi er samtidig av den oppfatning at det er bekymringsfullt at 1/3 av avdelingene i liten grad benytter denne informasjonen.

Ettersom kvalitetsregistre gir informasjon om resultatmål for beste faglige praksis og enhetens egne resultater, vurderer vi at manglende bruk av kvalitetsregistre innebærer en risiko for at behandlingsresultatene ikke blir optimale. Når det gjelder Helseatlasene gir disse informasjon om forbruk av ulike typer helsehjelp per opptaksområde. Vi vurderer at manglende bruk av Helseatlas innebærer risiko for at mulig over- eller under behandling ikke fanges opp. Dette vil igjen kunne medføre at ressursallokeringen i og mellom avdelinger ikke blir optimal.

Vi vurderer at det er ulike årsaker til at kvalitetsregistre og Helseatlas ikke benyttes gjennomgående i alle avdelingene. En grunnleggende årsak kan være fravær av insentiver på grunn av mindre tydelige forventninger til at lederne skal benytte dette i sitt plan- og oppfølgingsarbeid. En annen viktig årsak er utfordringer knyttet til tilgang på styringsdata. Det fremkommer at dataene ikke er tidsaktuelle, ikke har tilstrekkelig kvalitet eller ikke er dekkende for behovet. Av andre årsaker vises det til begrenset tid til å utøve lederrollen, herunder manglende ressurser til å understøtte et slikt arbeid.

#### **Uønsket variasjon inngår i for liten grad som tema i styringslinjens oppfølgingsmøter**

Gjennomgangen viser at det er ulik systematikk på hvordan informasjon om kvalitetsregistre og Helseatlas inngår i rapportering og oppfølging i helseforetakene og sykehusene. Enkelte har gode oversikter over resultater fra kvalitetsregistre og Helseatlas, og bruker disse gjennomgående i rapportering og oppfølging. I andre helseforetak eller sykehus er det ikke etablert oversikter, samt at rapportering og oppfølging på kvalitet og forbruk varierer. Enkelte avdelingsledere viser til at de aldri blir fulgt opp på denne type styringsinformasjon.

Konsernrevisjonen vurderer at manglende rapportering og oppfølging av tilbud og kvalitet i helsehjelpen, innebærer risiko for at kritisk informasjon ikke når riktig ledelsesnivå, herunder til styret. Eventuelle utfordringer vil da ikke nødvendigvis fremkomme i beslutningsgrunnlaget og inngå i ledelsens

avveininger og prioriteringer. På den måten kan virksomhetens styringsevne svekkes. Videre vil det være en risiko for at gode faglige resultater heller ikke vil bli synliggjort. Bak gode resultater vil det kunne være et forbedringsarbeid som bør deles som grunnlag for læring i virksomheten. Manglende oppmerksomhet om forbedringsarbeid og gode resultater, vil også kunne redusere fagmiljøenes engasjement for å skape læring på tvers.

Konsernrevisjonen vurderer at årsakene knyttet til mangler i rapportering og oppfølging i styringslinjen er sammensatte. Oppfølgingen av tilbud og kvalitet i helsetjenestene har tradisjonelt foregått innad i fagmiljøene og derfor ikke blitt synliggjort i virksomhetsstyringen. En viktig årsak er trolig at mål knyttet til tilbud og kvalitet på helsehjelpen ikke er tilstrekkelig tydeliggjort i styringsbudskapet. Videre kan det være uklare forventninger til hvordan avdelingene skal nyttiggjøre seg av ulike kilder, herunder kvalitetsregistre og Helseatlas, i sitt forbedringsarbeid. En annen årsak er at det i varierende grad er utarbeidet styringsinformasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas som er oversiktlige og oppdaterte.

## 1.2 Anbefalinger

Kartleggingen har vist at det er en positiv dreining i retning av at flere helseforetak og sykehus har fått kvalitetsaspektet mer inn i styringen. Samtidig vurderer vi at det er et potensial å styrke dette arbeidet i flere av helseforetakene og sykehusene. Konsernrevisjonen anbefaler at det enkelte helseforetak og sykehus vurderer hvor de selv står innenfor temaene i denne revisjonen og eventuelt behov for tiltak. Her bør særlig følgende forhold vurderes:

- Er det etablert tydelige strukturer og prosesser knyttet til hvordan mål og krav operasjonaliseres og kommuniseres til det enkelte nivå?
- Er ledernes ansvar og oppgaver tydelige, herunder hvilken opplæring og støtte de må ha for å ivareta mål og krav på en hensiktsmessig måte?

- Er det tydelige forventninger til hvordan lederne skal systematisere og dokumentere arbeidet med tilbud og kvalitet i helsehjelpen innenfor egne avdelinger og fagområder?
- Er det tydelige forventninger til hvordan avdelingene skal benytte styringsinformasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas som grunnlag for å identifisere eventuell manglende kvalitet eller avvikende forbruksrater?
- Er styringsinformasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas tilgjengelig, sammenlignbar og regelmessig oppdatert?
- Er det tydelig hvordan avdelingenes forbedringsarbeid danner grunnlag for rapportering og oppfølging av kvalitet i styringslinjen?

## 2. Kontekst

### 2.1 Oppmerksomhet på uønsket variasjon

Helse- og omsorgstjenesten har de siste årene hatt stor oppmerksomhet på å sikre likeverdige og faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Dette skal blant annet gjøres ved å redusere uønsket variasjon i kvalitet og tilbud på helsetjenestene.

For noen pasientgrupper er variasjon ønsket, ventet og et kvalitetstegn. For andre pasientgrupper er variasjonen uforklarlig, uønsket og viser at helsehjelpen ikke er likeverdig i befolkningen. Uønsket variasjon kan i ytterste konsekvens medføre risiko for svekket kvalitet og pasientsikkerhet. I tillegg kan det medføre feil bruk av ressurser ved at pasienter med liten eller ingen nytte av helsehjelp, får dette på bekostning av pasienter med behov for helsehjelp.

Variasjon i helsehjelp kan belyses gjennom ulike innfallsvinkler. En innfallsvinkel er å benytte indikatorer for nasjonale kvalitetsregistre for å se på variasjon i kvalitet på behandlingsresultatet. En annen innfallsvinkel er bruk av Helseatlas som viser ulik forbruk av helsetjenester innenfor ulike geografiske områder.

#### *Variasjon i kvalitet*

Når det gjelder kvalitet handler dette om behandlingsresultat, pasientopplevelser og pasientsikkerhet. I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten defineres kvalitet slik:

*Tjenester av god kvalitet som er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt.*

Det har over flere år vært økende oppmerksomhet på å sammenligne kvalitet gjennom ulike nasjonale kvalitetsindikatorer. En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, som sier noe om kvaliteten på området som måles. Kvalitetsindikatorer kan for eksempel være helsetjenestens

tilgjengelige ressurser, pasientforløpet og resultat av helsetjenestene for pasientene. Kvalitetsindikatorer bør ses i sammenheng, og kan samlet gi et bilde av kvaliteten i tjenesten.

Det er Helsedirektoratet som siden 2012 har hatt ansvar for nasjonale kvalitetsindikatorer. Utviklingen av indikatorer skjer i nært samarbeid med fagmiljø i helsesektoren, registermiljø, fagorganisasjoner og brukerrepresentanter. Kvalitetsindikatorerne skal blant annet:

- gi sentrale helsemyndigheter et grunnlag for prioritering og styring
- gi eiere og ledere på alle nivåer innen helse- og omsorgstjenestene grunnlag til å bruke resultatene til lokal kvalitetsforbedring
- gi pasienter mulighet til å kunne ta valg basert på konkret informasjon
- bidra til åpenhet om kvalitet og variasjon i helse- og omsorgstjenestene

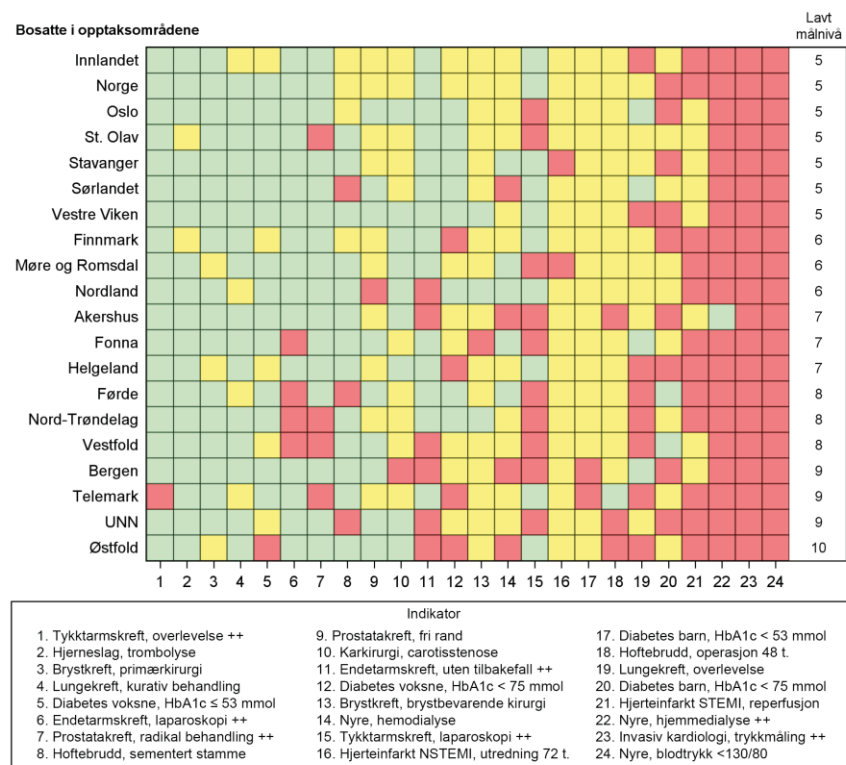
Det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet mottar informasjon fra ulike systemer som bearbeider og leverer data, deriblant medisinske kvalitetsregistre.

Det er per 2022 i overkant av 60 nasjonale medisinske kvalitetsregistre fordelt på om lag 20 fagområder. De medisinske kvalitetsregistrene samler strukturert informasjon om utredning, behandling og oppfølging av pasienter innenfor definerte sykdomsgrupper. Denne informasjonen kan benyttes for å gi kunnskap om kvalitet i helsetjenesten. Innenfor hvert register er det et sett med utvalgte indikatorer som de respektive fagmiljøene skal bruke for å arbeide med egen kvalitetsforbedring. Ved enkelte anledninger har også enkelte forvaltere av kvalitetsregistre hatt ressurser til å bistå enkelte helseforetak eller sykehus med kvalitetsforbedringsprosjekter.

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) har utarbeidet ett Helseatlas for kvalitet (2021). SKDE har med utgangspunkt i indikatorer fra



nasjonale kvalitetsregistre, sammenliknet kvaliteten for utvalgte *nødvendige* helsetjenester fordelt på pasientenes bosted. Hensikten har vært å undersøke om befolkningen får likeverdig kvalitet i utvalgte nødvendige helsetjenester, uavhengig av bosted og på tvers av fagområder.



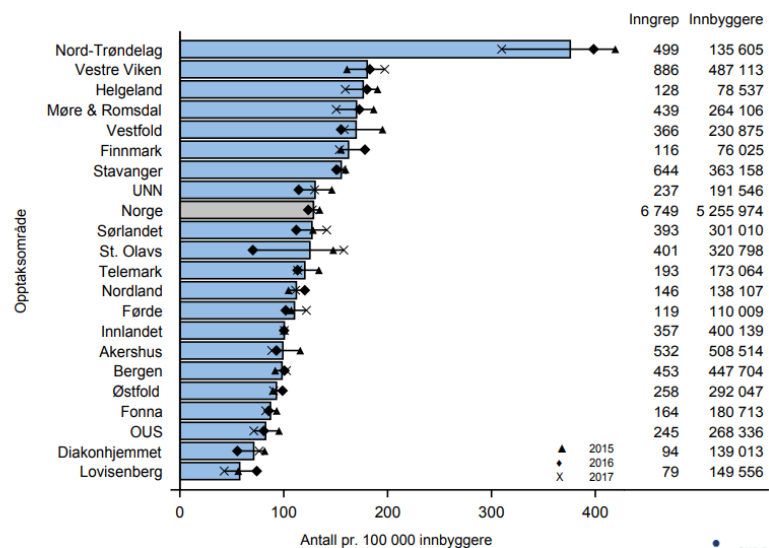
Figur 1 Samlet oversikt over kvalitet i utvalgte nødvendige helsetjenester, per opptaksområde. Høy, moderat og lav måloppnåelse er markert med henholdsvis grønn, gul og rød farge. Måloppnåelsen fremkommer ut fra resultater på et utvalg kvalitetsindikatorer i de respektive kvalitetsregistrene, der målsatt nivå er definert av fagrådet for det enkelte register. Kilde: Helseatlas for kvalitet i Norge 2021

Figur 1, som er hentet fra atlasen for kvalitet, viser en samlet oversikt over måloppnåelsen for 24 indikatorer fra fagområdene hjerte- og karsykdom, kreft, diabetes, nyresykdom og hoftebrudd. Av figuren fremgår det betydelig geografisk variasjon i måloppnåelse for bosatte i de ulike helseforetakene og sykehusenes opptaksområder. Dette innebærer at pasienter som var bosatt i noen opptaksområder fikk bedre kvalitet i utvalgte nødvendige helsetjenester, enn pasienter bosatt i andre områder.

Ved sammenstilling av ulike indikatorer for ulike fagområder, viser SKDE til at dette gir en forenklet framstilling av en kompleks virkelighet, men at det gir et grunnlag for å identifisere kvalitetsutfordringer innad i, og mellom, de ulike opptaksområdene og helseregionene.

### Variasjon i forbruk

Variasjon i forbruk av helsetjenester er uønsket når denne ikke kan forklares av ulikheter i demografi, geografi, sykkelighet eller andre forhold som sykehusene ikke kan gjøre noe med. SKDE har utarbeidet elleve Helseatlas som viser befolkningens forbruk av ulike typer helsetjenester. Ulik forbruk av helsetjenester mellom opptaksområder, kan indikere praksisforskjeller eller ulikheter i tilbud mellom helseforetak/sykehus. Eksempler fra Helseatlasene viser stor og uforklarlig variasjon mellom boområder. Helseatlas for dagkirurgi 2013-2017 viser for eksempel at antall operasjoner av ventilasjonsrør i trommehinnen, er mye høyere i Nord-Trøndelag enn i Oslo og Bergen (se figur 2). På bakgrunn av at det medisinske behovet for øredren antas å være omtrent likt uavhengig av hvor i Norge man bor, konkluderte SKDE at variasjonen anses som uberettiget.



Figur 2 Antall inngrep for øredren pr. 100 000 innbyggere, justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt pr. år for perioden 2015–2017 Kilde: Helseatlas for dagkirurgi i Norge 2013-2017

Målet med denne type styringsinformasjon er at variasjon gir et signal som bør undersøkes nærmere. Det kan enten være et signal på at man overbehandler eller at man underbehandler, eventuelt er det naturlige forklaringer til variasjonen. Informasjonen skal altså benyttes som utgangspunkt for kvalitetsforbedring og økt pasientsikkerhet.

På bakgrunn av en krevende ressursituasjon i helsesektoren, har temaet overbehandling fått mye oppmerksomhet de senere år. I den sammenheng er det diskusjoner om det brukes for mye behandlingsressurser på pasienter som kanskje ikke trenger det, og at pasienter som har et større behov for helsehjelp må vente.

Dette temaet er løftet opp gjennom Choosing Wisely kampanjen som ble lansert i USA i 2011 av American Board of Internal Medicine. Kampanjen er adaptert av mange land, deriblant Norge. Kampanjen har i Norge fått navnet

«Gjør kloke valg» og ble initiert av Legeforeningen i Norge. Kampanjen tar sikte på å redusere overbehandling og diagnostikk som pasienter ikke har nytte av og som i verste fall kan skade pasientene. Målet er at både helsepersonell og pasienter sammen skal gjøre kloke valg i diagnostikk og behandling. Et av formålene har vært å identifisere hvilke fagområder som er mest utsatt for overbehandling og i den sammenheng finne årsaker og drivere til dette.

### Mulige årsaker til uønsket variasjon

Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester kan skyldes mangel på nasjonale retningslinjer eller ulik grad av etterlevelse av retningslinjer, faglige råd og anbefalinger. Videre kan variasjonen relateres til ulik tilgang til og kunnskap om nasjonale faglige retningslinjer. Ofte vil det være behov for supplerende analyser for å få økt forståelse for årsakene til uønsket variasjon, samt å følge opp effektene av tiltak som iverksettes for å redusere variasjonen.

I tillegg kan det være ulike drivere som påvirker uønsket variasjon, særlig rettet mot overbehandling. Det skyldes at etterspørselen etter helsetjenester alltid vil være høy – det vil si at det mer eller mindre er en iboende egenskap i helsetjenesten. Årsakene er imidlertid komplekse og sammensatte. Ofte er det en kombinasjon av historiske og kulturelle forhold. I dette påvirker forhold som:

- ordninger som innsatsstyrt finansiering
- manglende eller uklare føringer (prioriteringsveiledere og faglige retningslinjer)
- lav pris på helsetjenestene for den enkelte pasient (pris er ikke rasjoneringsmekanisme)
- forventninger i det offentlige og av den enkelte pasient
- medienes rolle
- kapasitet og tilbud er styrende for hvem som får helsehjelp
- manglende kompetanse/erfaring hos helsepersonell
- mangel på kunnskap i befolkningen

### *Internasjonale erfaringer*

I 2018 lanserte National Health Service (NHS) i England Evidence Based Intervention program (EBI) for å redusere forbruket av prosedyrer med lav kost-nytte effekt. Erfaringer fra EBI har vist at arbeidet har hatt liten eller ingen effekt med tanke på endring av klinisk praksis (Anderson m.fl.). Tilsvarende funn er observert i studier som har vurdert effekt av Choosing Wisely kampanjen (Cliff m.fl. 2021).

### *Helse Sør-Øst RHF sine erfaringer og arbeid med uønsket variasjon*

Å redusere uønsket variasjon er et av fem satsningsområder i Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst RHF. Dette området er også kommunisert gjennom OBD fra Helse Sør-Øst RHF til helseforetakene og sykehusene de siste årene. Ut ifra dette har Helse Sør-Øst RHF iverksatt ulike tiltak for redusere uønsket variasjon de siste årene.

Et av tiltakene var på bakgrunn av internasjonale kunnskapsoppsummeringer hvor det vises til at flere prosedyrer har manglende kost/nytte effekt og at disse bør reduseres eller utfases. Helse Sør-Øst RHF initierte i den sammenheng et arbeid for å redusere forbruket av kne artroskopi hos pasienter med degenerativ menisk-lidelser og artrose. Det ble gjort endringer i kjøp av denne type tjenester fra private kommersielle aktører, samt målrettet arbeid av RHF-et i samarbeid med fagdirektørene og fagmiljøene i regionen. En undersøkelse av Holtedahl m.fl fra 2017 viste at dette arbeidet reduserte forbruket betraktelig i Helse Sør-Øst. Undersøkelsen viste at samlet forbruk av denne type inngrep ble halvert i Helse Sør-Øst i perioden 2012-2016. For de øvrige helseregionene var det en samlet reduksjon på 13 %.

Videre ble det igangsatt et arbeid som så på etterlevelsen av føringer fra fag- og funksjonsfordelinger for kreftkirurgi. I denne sammenheng ble finansiering av kirurgi som ikke var i henhold til vedtatt fag- og funksjonsfordeling fjernet, noe som hadde umiddelbar effekt på praksis.

Basert på ovennevnte erfaringer fra Norge, har vi grunnlag for å si at bruk av finansielle virkemidler er sentralt for å påvirke klinisk praksis.

Helse Sør-Øst RHF har videre igangsatt et arbeid for å gjøre relevante data for kvalitet og forbruk mer tilgjengelig for helseforetak og sykehus i regionen, slik at de får et bedre grunnlag for å vurdere egen virksomhet. I dette arbeidet er data fra nasjonale kvalitetsregistre inklusiv Kreftregisteret, Norsk Pasientregister (NPR), Folkehelseinstituttet (FHI) benyttet som grunnlag. I den forbindelse er det etablert et klinisk Dashboard hvor foreløpig følgende indikatorer skal inngå:

- 30 dagers total overlevelse for pasienter innlagt for hjerteinfarkt, hjerneslag og hoftebrudd
- fem års overlevelse for kreftsykdommene som tykk- og endetarm, lunge, bryst, bukspyttkjertel og prostata
- forbruksrater per opptaksområde for utvalgte preferanse- og tilbudsstyrte tjenester

Det arbeides videre med å etablere tilsvarende Dashboard for psykisk helse- og rusbehandling, medisinsk behandling, samt laboratoriemedisin og radiologi. Planen er å gjennomgå Dashboardet på ett årlig oppfølgingsmøte med Helseforetakene i regionen og at hovedfunnene skal presenteres for eget styre med en tilhørende tiltaksplan.

### *Tidligere revisjoner om uønsket variasjon*

Konsernrevisjonen har tidligere gjennomført flere revisjoner som berører temaet uønsket variasjon. Følgende tre revisjoner berører temaet:

- Uønsket variasjon ved Sykehuset Østfold HF – rapport 4/2018
- Uønsket variasjon ved Sykehuset Innlandet HF – rapport 3/2019
- Risikostyring og kvalitet ved Oslo universitetssykehus HF – rapport 3/2021

Disse rapportene er tilgjengelig på følgende område:

<https://www.helse-sorost.no/om-oss/styret/konsernrevisjonen>

# 3. Tilnærming

## 3.1 Innfallsvinkel

Målet med revisjonen er å kartlegge hvordan helseforetak og sykehus i regionen anvender kvalitetsregistre og Helseatlas i arbeidet med å redusere uønsket variasjon i pasienttilbud og kvalitet i selve pasientbehandlingen.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten har forsterket kravene til evaluering for å sikre kontinuerlig læring og forbedring. Forskriften tydeliggjør toppledelsens ansvar for at virksomheten planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres. Dette skal bidra til å gi pasienter helsetjenester av god kvalitet, kvalitetsforbedring og til at krav etterlevs. Forskrift om ledelses- og kvalitetsforbedring omtaler dette som kontinuerlig forbedring og illustrerer dette gjennom forbedringssirkelen. Se figur 3.

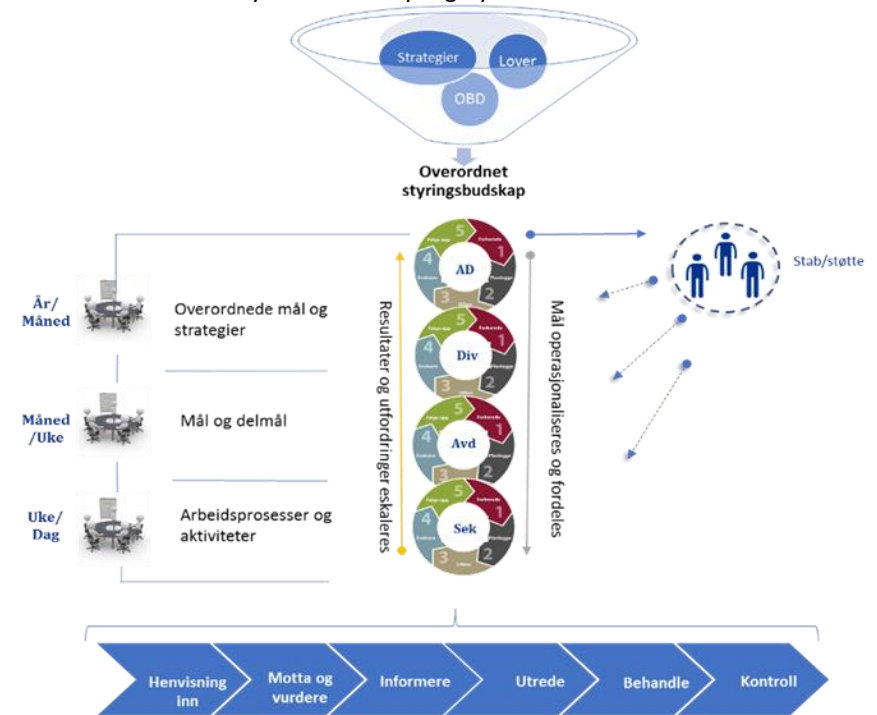


Figur 3 – Modell for kontinuerlig forbedring. Kilde: Kunnskapssenteret

God kvalitet på helsetjenesten avhenger av at ledelsen både planlegger og følger opp kjerne- og støtteprosesser på en strukturert måte. Et styrings-system med gode strukturer, prosesser og verktøy for styring og ledelse, er en viktig forutsetning for at sykehusene skal kunne imøtekomme overordnede mål og krav. Samlet sett omtales dette ofte som virksomhetsstyring. Dette er også tydeliggjort i forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring.

Som det illustreres i figur 4 er helseforetak og sykehus komplekse organisasjoner med flere ledelsesnivåer. Øverste leder har et ansvar for å sørge for at målene operasjonaliseres på relevante nivå i virksomheten og for

jevnlig å etterspørre og følge opp resultater og risikoer knyttet til mål og krav. Nivå-inndelingen krever tydelige roller der ansvar og oppgaver er avklart, og at det etableres et godt samarbeid mellom ledere på ulike nivåer. Den praktiske gjennomføringen og styringen av pasientbehandlingen, vil i de fleste tilfeller påligge førstelinje-lederne som utøver den daglige pasientnære og faglige ledelsen. Måloppnåelsen må samtidig følges opp i lederlinjen gjennom helseforetakenes eller sykehusenes styringssystemer.



Figur 4 Ledelse og kvalitetsforbedring forenklet visualisert i en styringsmodell i et helseforetak eller sykehus

### Tilnærming

I revisjonen har vi kartlagt hvordan mål og krav i det årlige oppdrags- og bestillingsdokumentet (OBD) blir operasjonalisert, fordelt og forankret i styringslinjen (beskrives i kapittel 4). Vi har her sett på om det er utformet mål og krav knyttet til å redusere uønsket variasjon i tilbud og kvalitet i helsetjenestene, herunder om det er gitt føringer om bruk av kvalitetsregistre og Helseatlas. For å belyse dette har vi kartlagt hvordan disse forholdene tas inn i styringslinjen – det vil i dette tilfellet være fra administrerende direktør, via klinikk-/divisjon og ned til avdelingsnivå. Årsaken til at vi avgrensner oss ned til avdelingsnivå, er at «eierskapet» til det enkelte forløp som oftest er plassert på dette nivået.

Vi har videre kartlagt hvilke prosesser avdelingene har etablert for å planlegge og følge opp eventuell uønsket variasjon gjennom året (beskrives kapittel 5). Til slutt har vi kartlagt hvordan dette arbeidet (resultater og utfordringer) rapporteres og følges opp i styringslinjen (beskrives i kapittel 6).

### 3.2 Metodikk og gjennomføring

Revisjonen er gjennomført med gjennomgang av dokumenter, spørreundersøkelse og intervjuer.



Figur 5 Metodebruk

### Dokumentundersøkelse

Innledningsvis ble det gjort en gjennomgang av oppdrag og bestillingsdokumenter, Helseatlas, medisinske kvalitetsregistre, styresaker fra det regionale helseforetaket og helseforetak, og aktuelle rapporter om temaet.

### Spørreundersøkelse

Konsernrevisjonen har innledningsvis i kartleggingen sendt et spørreskjema til klinikkledere/divisjonsledere og avdelingsledere i alle helseforetakene i Helse Sør-Øst, samt et utvalg private ideelle sykehus som Helse Sør-Øst RHF har samarbeid med. De private ideelle som er med i spørreundersøkelsen er Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus. Før utsendelse til helseforetakene og sykehusene ble spørreskjemaet testet ut på et utvalg ledere fra ulike helseforetak.

Hensikten med spørreundersøkelsen har vært å kartlegge hvordan lederne opplever hvordan styring og oppfølging foregår i styringslinjen, herunder hvordan målet om uønsket variasjon operasjonaliseres og fordeles. I tillegg har vi spurt avdelingslederne hvilken styringsinformasjon de benytter i sitt forbedringsarbeid knyttet til kvalitet og forbruk.

Spørreundersøkelsene ble sendt til ledere innen flere fagområder/spesialiteter:

- 27 medisinske og kirurgiske klinikk-/divisjonsledere, hvorav 25 besvarte.
- 55 avdelingsledere med ansvar for de aktuelle fagområdene, hvorav 50 besvarte.

Følgende fagområder er inkludert i spørreundersøkelsen:

- Diabetes, voksne
- Hjerneslag
- Hjerteinfarkt
- Hoftebrudd
- Leddimplantater
- Dagkirurgi (Ortopedi)

### *Intervjuer*

I etterkant av at spørreundersøkelsen var besvart, ble det gjennomført intervjuer med fagdirektør samt klinikk-/divisjonsledere og avdelingsledere ved tre helseforetak, henholdsvis Vestre Viken HF, Sykehuset Telemark HF og Sykehuset i Vestfold HF. Formålet med intervjuene var å få utdypende informasjon om de temaene som inngikk i spørreundersøkelsen.

### **3.3 Avgrensning**

Revisjonens formål har vært å kartlegge hvordan helseforetak og sykehus anvender styringsinformasjon fra nasjonale kvalitetsregistre og Helseatlas i arbeidet med å redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk. Vi har derfor valgt ut fagområder der det foreligger nasjonale kvalitetsregistre, samt fagområder hvor det er etablert Helseatlas.

I tilknytning til de nasjonale kvalitetsregistrene har vi valgt ut de registrene med høy dekningsgrad, det vil si at helseforetakenes og sykehusenes rapportering til registrene er relativt høy. Dette på bakgrunn av at dekningsgrad er en grunnleggende forutsetning for å kunne bruke registrene som grunnlag i et forbedringsarbeid.

Revisjonen har ikke som formål å belyse hvordan helseforetakene og sykehusene arbeider med å sikre at data faktisk registreres i medisinske kvalitetsregistre. En begrensning ved denne tilnærmingen, er at vi ikke fanger opp områder med lav dekningsgrad og hva som er bakenforliggende årsaker til dette. Resultater fra kartleggingen kan følgelig heller ikke generaliseres til fagområder hvor dekningsgraden er lav eller innenfor fagområder hvor det ikke er nasjonale kvalitetsregistre.

Revisjonen har videre ikke som formål å avdekke om det foreligger uønsket variasjon eller årsaker til eventuell uønsket variasjon.

### **3.4 Revisjonsgrunnlag**

Revisjonsgrunnlaget har vært relevante lover og forskrifter som pasient- og brukerrettighetsloven, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst, samt andre styrende dokumenter for området.

## 4. Formidling av mål og krav

*For å sikre god styring er det en forutsetning at det er etablert klare mål for det enkelte nivå. Øverste leder har ansvar for å sørge for at målene operasjonaliseres og fordeles på relevante nivå i virksomheten. I den sammenheng er det nødvendig å ha et hensiktsmessig system for hvordan dette skal praktiseres.*

I dette kapittelet fremkommer våre observasjoner og vurderinger knyttet til hvordan målet om å redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester, er formidlet i styringslinjen til klinikk-/divisjon og avdelingsnivå. I dette har vi også sett om det er gitt føringer om bruk av informasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas. Følgende problemstillinger er belyst:

- På hvilken måte er målet om å redusere uønsket variasjon knyttet til kvalitet og forbruk formidlet i styringslinjen?

### 4.1 Observasjoner

I undersøkelsen har vi kartlagt prosesser for å formidle mål og krav, samt stilt spørsmål om ledernes oppfatning av de mål og krav som er stilt.

- Hvordan er mål og krav kommunisert i helseforetak og sykehus?
- Hvilke mål og krav gis til klinikk-/divisjonsledere og avdelingsledere?
- Hvilke forventninger stilles til kvalitet og forbruk av helsetjenester?
- Fremstår styringsbudskapet balansert og realistisk?
- Er det potensielle målkonflikter ved fastsettelse av krav til aktivitet versus kvalitet og forbruk?

#### *Hvordan er mål og krav kommunisert i helseforetak og sykehus?*

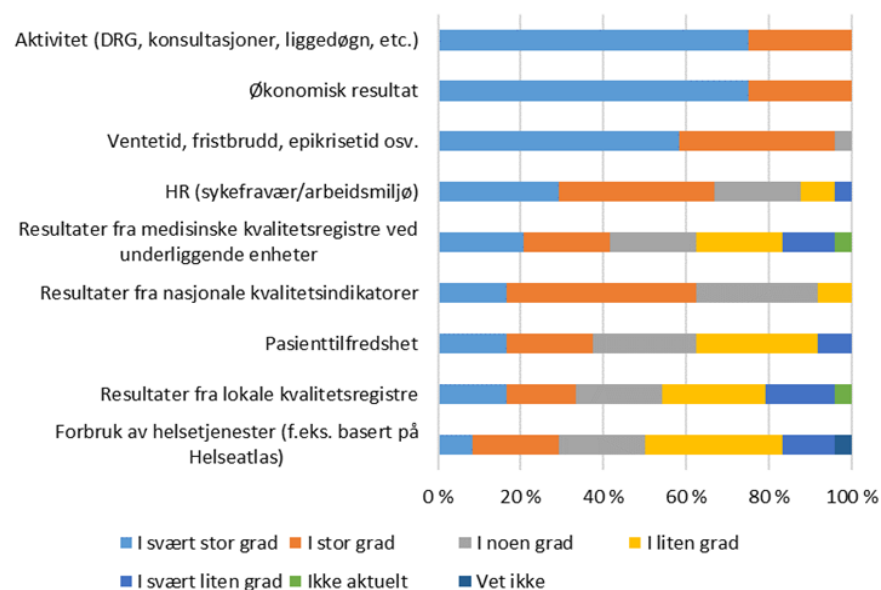
Det fremkommer gjennom intervjuer og i spørreundersøkelsen at det er etablert prosesser for å formidle mål og krav i styringslinjen. Det fremkommer

at mål og krav i OBD, samt det som fremkommer i utviklingsplanene, operasjonaliseres og videreformidles til klinikk-/divisjonsleder, som igjen tar dette videre til avdelingsnivå. Dette gjøres imidlertid på forskjellige måter både innad og mellom helseforetak/sykehus. Et helseforetak har utarbeidet driftsavtaler mellom alle ledelsesnivåene hvor det er operasjonalisert og forankret mål og krav til det enkelte nivå. Andre helseforetak/sykehus videreforder mål og krav fra OBD til ledernivåene uten nærmere operasjonalisering. Det fremkommer også at enkelte virksomheter får konkretisert mål og krav i lederavtaler eller i klinikkvise handlingsplaner, mens andre får mål og krav formidlet per e-post, eller muntlig i ledermøter. Enkelte viser også til at det formidles gjennom en kombinasjon av ovennevnte eksempler.

#### *Hvilke mål og krav gis til klinikk-/divisjonsledere og avdelingsledere?*

I spørreundersøkelsen ble klinikk-/divisjonsledere bedt om å ta stilling til i hvilken grad de opplever at overordnet ledelse har gitt konkrete resultatmål og krav innenfor ulike styringsområder som de har ansvar for. Som det fremgår av figur 6 oppgir alle klinikk-/divisjonslederne at de *i svært stor grad* eller *i stor grad* opplever å ha fått konkrete resultatmål og krav knyttet til aktivitet, økonomi og ventetider.

Når det gjelder konkrete resultatmål og krav relatert til kvalitetsregistre, pasienttilfredshet og forbruk av helsetjenester, varierer svarene mer. Om lag 30 % av klinikk-/divisjonsdirektørene svarer her at de *i liten eller svært liten grad* har fått dette. Nesten alle klinikk-/divisjonslederne svarer imidlertid at de har fått føringer om at de skal benytte tilgjengelig styringsinformasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas, i sin styring og utvikling.



Figur 6: I hvilken grad mottar klinikken/divisjonen konkrete resultatmål og krav på ulike styringsområder dere har ansvar for. Svar fra klinikk-/divisjonsledere

Vi har videre stilt spørsmål til klinikk-/divisjonsledere om de opplever at de har gitt underliggende avdelinger konkrete resultatmål og krav innenfor ulike styringsområder. Tilsvarende har vi også spurt hva avdelingslederne opplever av å ha mottatt av resultatmål og krav fra klinikk-/divisjonslederne.

Ut i fra figur 7 (side 15) er hovedbildet at det er en felles forståelse av i hvilken grad de ulike resultatmål og krav som gis er konkrete. Både klinikk-/divisjonsledere og avdelingsledere opplever at resultatmål og krav knyttet til økonomi og aktivitet i svært stor grad eller stor grad er konkrete, og at målene

er noe mindre konkret når det gjelder kvalitet og forbruk. Dette er også i samsvar med hvordan klinikk-/divisjonsledere opplever å ha mottatt mål og krav fra administrerende direktør, jf. det ble beskrevet for figur 6.

Når det gjelder spørsmålet om styring på kvalitet, uttrykker en av de intervjuede at det respektive helseforetaket har vært tydelige på at *klinikkene må eie sin egen kvalitet*. Dette ut i fra forventninger om at klinikkene selv skal operasjonalisere spesifikke mål og krav. For eksempel vises det til at dette gjøres ved å utarbeide «spissede» delmål og resultatindikatorer for den enkelte avdeling – alt etter hva man vurderer har størst risiko for ikke å levere ønsket kvalitet.

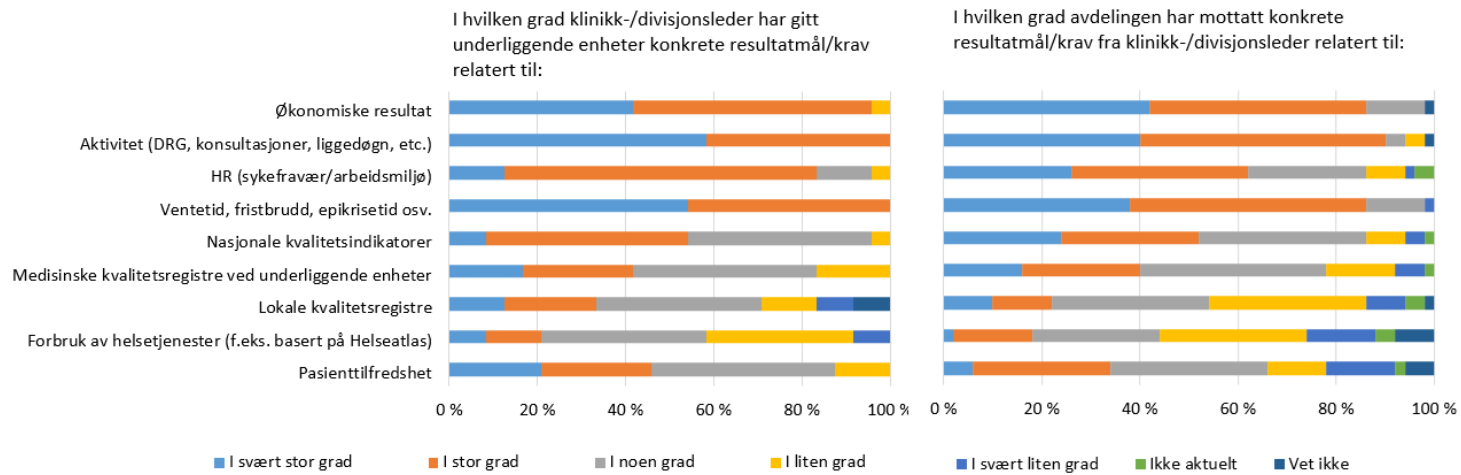
#### Hvilke forventninger stilles til kvalitet og forbruk av helsetjenester?

Vi har i spørreundersøkelsen stilt noen utdypende spørsmål til klinikk-/divisjonsledere og avdelingsledere om hvordan de opplever at kvalitet og klinisk praksis vektlegges i styringsbudskapet, se figur 8 (side 15).

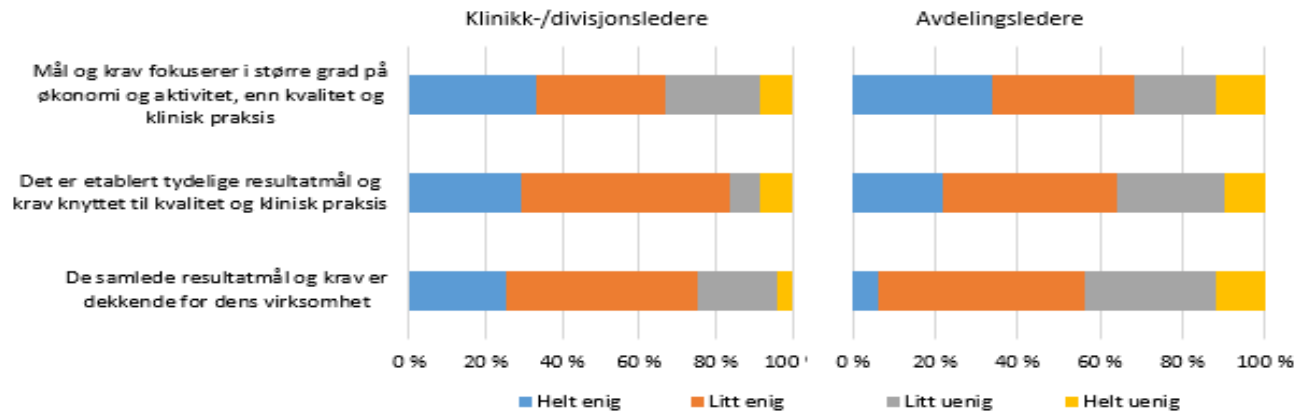
Figur 8 viser at konkretiseringen av styringsbudskapet oppleves noe ulikt mellom de to nivåene. Om lag 80 % av klinikk-/divisjonsledere er helt enig eller litt enig i påstanden om at det for klinikken/divisjonen er etablert tydelige resultatmål og krav knyttet til kvalitet og klinisk praksis, mens om lag 60 % av avdelingslederne opplever det samme.

Figuren viser videre at det for begge ledernivåene er en opplevelse av at mål og krav i noe større grad er rettet mot økonomi og aktivitet enn mot kvalitet og klinisk praksis (påstand 2). Videre oppgir om lag 65 % av klinikk-/divisjonslederne at de er helt enig eller litt enig i påstanden om at de samlede resultatmål og krav er dekkende for klinikkens-/divisjonens virksomhet, mens 35 % er litt uenige eller helt uenige. Når det gjelder avdelingslederne er svarene på samme spørsmål noe mer delt, ettersom 55 % er helt enig eller litt enig, mens 45 % er helt uenig eller litt uenig.





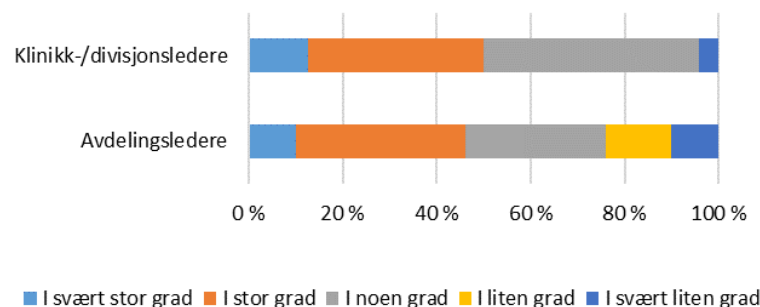
Figur 7 I hvilken grad er utvalgte resultatmål og krav formidlet fra klinikk-/divisjonsledere til avdelingslederne. Svar fra klinikk-/divisjonsledere og avdelingsledere



Figur 8 Hvor enig er henholdsvis klinikk-/divisjonsledere og avdelingsledere i ulike påstander knyttet til styringsbudskapet. Svar fra klinikk-/divisjonsledere og avdelingsledere

Vi har i spørreundersøkelsen også stilt et litt mer generelt spørsmål til klinikk-/divisjonsledere - om de opplever at de har kommunisert tydelige forventninger til avdelingslederne vedrørende arbeid med kvalitet og forbruk - og tilsvarende om avdelingslederne opplever å ha fått tydelige forventninger om disse temaene. Figur 9 viser at det til dels er samsvar i svarene fra klinikk-/divisjonslederne og avdelingslederne. Ca. 50 % av klinikk-/divisjonslederne og avdelingslederne svarer at de *i svært stor eller i stor grad* opplever at det gis og mottas tydelige forventninger om dette temaet. På den andre siden av svarskalaen er det imidlertid en forskjell i opplevelsen mellom klinikk-/divisjonslederne og avdelingslederne. Figuren viser at kun 3-4 % av klinikk-/divisjonsledere *i svært liten grad eller i liten grad* opplever at forventningene er tydelige, mens tilsvarende tall for avdelingslederne er over 20 %.

Flere av de vi har intervjuet viser til at det har vært en sterk dreining de siste årene mot økt oppmerksomhet på styring av kvalitet. En av de intervjuede påpeker samtidig at det har vært utfordringer knyttet til hva en legger i



Figur 9 I hvilken grad er det gitt tydelige forventninger knyttet til kvalitet og forbruk. Svar fra klinikk-/divisjonsledere og avdelingsledere

kvalitetsbegrepet. De har i den sammenheng de siste par årene arbeidet med å definere begrepet og knyttet dette opp mot målet om å redusere uønsket variasjon. Det vises til at dette arbeidet har vært konstruktivt og at de har fått en felles forståelse hva dette faktisk innebærer.

Intervjuede fra et annet helseforetak viser til at de ikke har fått konkrete resultatmål fra klinikklederne. Avdelingen får i stedet som oppgave å benytte

kvalitetsregistrene, og at de særskilt skal ha oppmerksomhet på de kvalitetsindikatorene der avdelingen scorer lavt. Det forventes i den sammenheng at det iverksetter tiltak/forbedringsprosjekter og at dette arbeidet skal rapporteres og følges opp i lederlinjen.

### Fremstår styringsbudskapet balansert og realistisk?

I tilknytning til spørsmålene ovenfor kommenterer flere respondenter at antallet mål ikke nødvendigvis må økes, men i større grad balanseres. Det påpekes i den sammenheng at manglende balanse i sammensetningen av mål kan gi uheldige vridningseffekter og målkonflikter. En leder uttrykker det slik:

*Vi erfarer at ansatte opplever at overordnede bestillinger ikke treffer den kliniske hverdagen. Det er et for sterkt fokus på å nå økonomiske mål og krav til aktivitet*

Enkelte respondenter kommenterer videre at det er viktig at foretaksledelsen forstår betydningen av hvilke endringer «nye» styringssignaler knyttet til kvalitet og forbruk ville kunne gi - særlig knyttet til ressursallokeringen i - og mellom avdelingene.

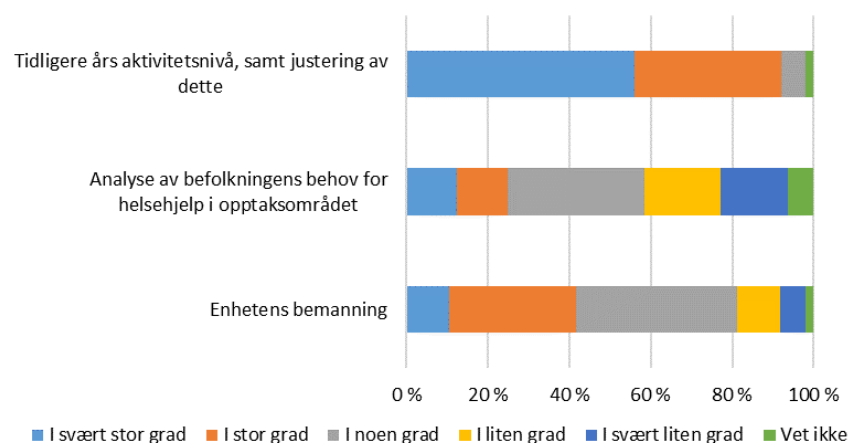
På bakgrunn av at dette er en kjent problemstilling i helsesektoren, har vi i spørreundersøkelsen stilt et spørsmål knyttet til fastsettelse av mål og krav til aktivitet versus kvalitet og forbruk.

### Er det potensielle målkonflikter ved fastsettelse av krav til aktivitet versus kvalitet og forbruk?

Befolkningens behov for helsetjenester vil være sammensatt og avhengig av demografiske endringer, sykdomsutvikling, flere behandlingsforløp, nye behandlingsmetoder samt medisinsk og teknologisk utvikling. Konsernrevisjonen har gjennom tidligere revisjoner erfart at mål knyttet til aktivitet ikke nødvendigvis er forsøkt avstemt mot befolkningens reelle behov for helsetjenester. Aktivitetskravet kan da komme i konflikt med målet om likeverdige tjenester, det vil si hvem som får helsehjelp og hvilke

helsetjenester som gis. Vi har i den forbindelse spurt avdelingslederne om hvilke forhold som legges til grunn ved fastsettelse av avdelingenes aktivitetskrav, se. figur 10.

Som det fremgår av figur 10 er det i stor grad tidligere års aktivitetsnivå som legges til grunn for avdelingenes aktivitetsmål for kommende år. Videre fremgår det at en stor andel tar hensyn til enhetens bemanning. Når det gjelder analyse av det reelle behovet for helsetjenester, er svarene mer delt. Her svarer ca. 25 % at i svært stor grad eller i stor grad tar utgangspunkt i behov, mens i underkant av 40 % svarer at de i liten eller i svært liten grad gjør analyser av dette.



Figur 10 I hvilken grad legges følgende forhold til grunn ved fastsettelse av avdelingens aktivitetskrav. Svar fra avdelingsledere

I tilknytning til dette temaet har flere respondenter gitt ulike kommentarer. For eksempel påpekes det at aktivitetskravene til dels er urealistiske innenfor avdelingenes tilgjengelige ressurser, men at aktivitetskravet likevel er dekkende for behovet i sykehusområdet. Andre viser til at det er mangelfulle analyser av befolkningens behov innenfor de ulike fagområdene, noe som innebærer risiko for aktivitetsmålene ikke er realistiske. Det vises i den sammenheng til mangelfulle analyseverktøy til dette formålet. En av de vi har intervjuet uttrykker det slik:

*Vi har ikke tilstrekkelig fokus på befolkningens behov for helsetjenester. Dette må vi bli flinkere til som ledere, det vil si ikke kun mellomledernivå, men også toppledelsen. Noe behandling må vi redusere eller slutte med for å få plass til andre pasienter.*

## 4.2 Vurderinger

### Flere ledere opplever at målet om å redusere uønsket variasjon ikke er tydelig kommunisert i styringslinjen

Overordnet viser karleggingen at lederne i hovedtrekk opplever at det i større grad gis konkrete mål og krav rettet mot økonomi, aktivitet og HR-området enn det gjøres inn mot pasienttilbud og god kvalitet. Det er imidlertid variasjon i opplevelse mellom helseforetak/sykehus, samt innad disse. Eksempelvis opplever avdelingslederne at det er noe mindre oppmerksomhet på forbruk og kvalitet enn hva klinikk-/divisjonslederne opplever.

Enkelte ledere opplever at eget helseforetak eller sykehus nærmer seg en bedre balanse i styringsbudskapet, mens andre mener at det er en vei å gå før tilbud og kvalitet i helsetjenesten er balansert med øvrige mål og krav. Det er samtidig en felles oppfatning av at det har vært en dreining mot økt fokus på kvalitet og forbruk i styringslinjen de siste årene.

### Hva er konsekvensene av manglende oppmerksomhet på kvalitet og forbruk?

Konsernrevisjonen vurderer det som positivt at tilbud av helsetjenester og kvalitet i pasientbehandlingen har kommet tydeligere frem i styringsbudskapet. Alle helseforetak og sykehus har imidlertid ikke kommet like langt med dette. Manglende oppmerksomhet om tilbud og kvalitet i styringsbudskapet, innebærer risiko for at det ikke gis insentiver for å synliggjøre og innarbeide disse temaene i avdelingenes plan- og oppfølgingsarbeid. Dette medfører videre at det ikke dannes et grunnlag for å rapportere informasjon i styringslinjen. Ytterste konsekvens av dette vil kunne

være at svake resultater på kvalitet i helsetjenestene ikke rapporteres til riktig nivå, og at virksomhetens styringsevne dermed svekkes.

### **Hva kan være årsakene?**

En årsak til den noe lavere oppmerksomheten om tilbud og kvalitet, kan være hvordan virksomhetsstyringen i helseforetakene og sykehusene har blitt gjennomført. Virksomhetsstyringen har tradisjonelt vært innrettet mot å svare ut økonomi, aktivitet og HR-data, samt nasjonale indikatorer fastsatt i oppdrags- og bestillerdokumentet (OBD). Det har i mindre grad vært en tradisjon for å operasjonalisere mål og krav til det enkelte nivå, for eksempel knyttet til styring av forløpenes faglige innhold. Dette har medført at mål og krav i mindre grad er tilpasset risiko og egenskaper ved fagområdene i de enkelte avdelingene. Kvalitetsdimensjonen har i større grad blitt ivaretatt av det enkelte fagmiljø, og har i mindre grad vært en del av den formelle styringen.

Når det gjelder denne kartleggingen viser både spørreundersøkelsen og intervjuer at det er etablert ulike strukturer og prosesser knyttet til virksomhetsstyring, herunder operasjonalisering og formidling av mål og krav. Noen helseforetak og sykehus har strukturerte og formaliserte prosesser som er felles for alle nivåene i virksomheten, mens i andre er dette mindre strukturert. På denne bakgrunn vurderer vi at "modenheten" på virksomhetsstyringen er relativt ulik mellom helseforetakene/sykehusene. For de med lav modenhet vurderer vi at det er stor risiko for ulik praksis i klinikker og avdelinger for hvordan man arbeider med målet om å redusere uønsket variasjon.

På bakgrunn av denne og tidligere revisjoner er imidlertid vårt inntrykk at praksisen som beskrives ovenfor er i endring. Flere helseforetak har de senere årene etablert systemer og prosesser for å bedre virksomhetsstyringen. Vi vurderer at dette henger sammen med tydeliggjøringen av kravene til virksomhetsstyring i forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring. Det er i den sammenheng arbeidet med målstyring, tydelige forventninger til styring og

ledelse, tilrettelegging gjennom ulike maler samt verktøy, opplæring og ledelsesstøtte.

### **Hva er ønsket retning?**

Et system for styring av kvalitet bør være tilpasset behovet i de ulike styringsnivåene, og samtidig kunne identifisere og eskalere vesentlige risikoer og avvik til overordnet nivå. Konsernrevisjonen vurderer i den sammenheng at etablering av tydelige strukturer og prosesser knyttet til styring, er en forutsetning for at kvalitetsaspektet i større grad blir integrert og synliggjort. I tillegg må en i et slikt arbeid tydeliggjøre ledelsens ansvar og oppgaver, herunder hvilken opplæring og støtte de må ha for å klare dette på en hensiktsmessig måte.

Når det gjelder operasjonalisering og formidling av mål og krav knyttet til uønsket variasjon, er vi ikke av den oppfatning at det bør settes en rekke nye konkrete resultatmål til de ulike klinikkene eller avdelingene. I første omgang bør helseforetak og sykehus ha en tilnærming med tydeligere forventninger til at avdelingene skal benytte tilgjengelige kvalitetsregistre og Helseatlas som grunnlag for å identifisere eventuell manglende kvalitet eller avvikende forbruksrater. Dette vil være et utgangspunkt for å identifisere tiltak og iverksette forbedringsprosjekter, og som igjen må inngå i periodisk rapportering til nivået over. Behovet for rapportering må være tilpasset risiko og måloppnåelse for kvalitet for det enkelte fagområde (mer om dette i kapittel 5 og 6).

Samtidig som det ikke alltid gis konkrete resultatmål i styringslinjen, er vi av den oppfatning at dette ikke hindrer lederne på det enkelte nivå å ha oversikter over status på resultater fra Helseatlasene og de nasjonale kvalitetsregistrene. Disse oversiktene vil være hensiktsmessige å benytte i styringsdialogen. Ved en eventuell vedvarende uønsket variasjon kan disse i neste omgang benyttes til å tydeliggjøre styringsbudskapet ved å sette konkrete resultatmål som grunnlag for tettere oppfølging.

# 5. Avdelingenes arbeid med å redusere uønsket variasjon

Hvert nivå i lederlinjen må ha egne prosesser for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere sine aktiviteter for å nå tildelte mål og krav. Som en del av planleggingen skal det gjennomføres risikovurderinger av fastsatte mål. På bakgrunn av eventuell manglete måloppnåelse og risikoer for fremtidig måloppnåelse, må det prioriteres hvilke tiltak som skal iverksettes. For å sikre at det jobbes systematisk må arbeidet dokumenteres, eksempelvis gjennom handlingsplaner som beskriver sammenhengen mellom mål, risiko og tiltak.

I dette kapittelet fremkommer våre observasjoner og vurderinger knyttet til hvordan helseforetakene og sykehusene arbeider med å redusere uønsket variasjon og gjennom det oppnå et likeverdig tilbud av god kvalitet. I denne sammenheng undersøker vi nærmere hvordan de benytter informasjon fra Helseatlas og medisinske kvalitetsregistre i dette arbeidet. Følgende problemstilling er belyst:

- På hvilken måte benyttes styringsinformasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas i arbeidet med å sikre et likeverdig tilbud og oppnå en god kvalitet i pasientbehandlingen?

## 5.1 Observasjoner

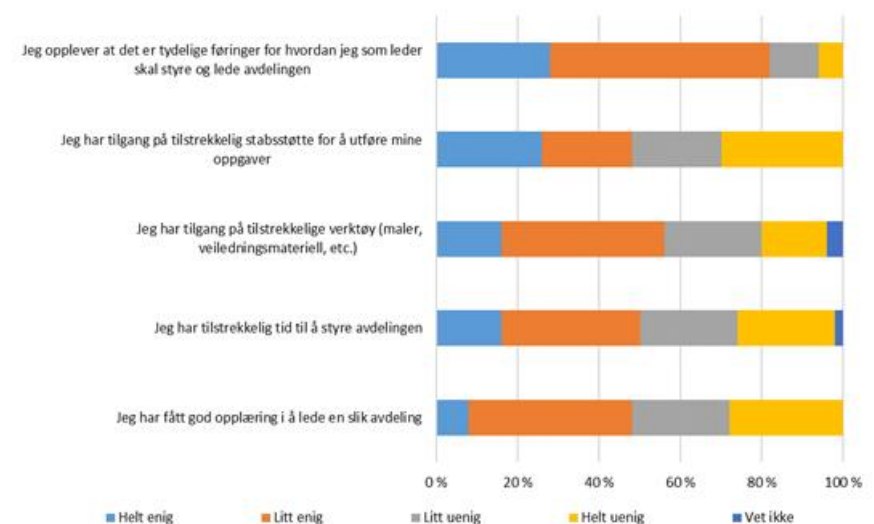
For å belyse problemstillingen har vi i undersøkelsen kartlagt forhold rundt lederrollen på avdelingsnivå, herunder tilgang til stab-støttefunksjoner for å understøtte arbeidet. Videre har vi undersøkt hvordan de i praksis arbeider med å redusere eventuell uønsket variasjon i tilbud av helsetjenester og kvalitet på behandlingen. I det kapittelet beskrives dette ut i fra følgende spørsmål:

- Hvordan er det tilrettelagt for utøvelse av styring og ledelse?
- Hvilken styringsinformasjon besitter avdelingslederne?
- Hvilken styringsinformasjon benyttes i forbedringsarbeid knyttet til kvalitet og forbruk?
- Hvordan benyttes Helseatlas?
- Hvordan benyttes kvalitetsregistre?

## Hvordan er det tilrettelagt for utøvelse av styring og ledelse?

En forutsetning for å nå målene og levere faglig forsvarlige tjenester av god kvalitet, er å ha en klar organisasjons- og lederstruktur. I tillegg er det nødvendig med en tydelig beskrivelse av ansvar, myndighet og oppgavefordeling. Kompetanse skal gjenspeile den kunnskap og de ferdigheter som er nødvendig for å utføre tildelte oppgaver. Ut i fra dette må helseforetaket eller sykehuset sikre at lederne har tilstrekkelig kompetanse og støtte knyttet til å planlegge og følge opp sitt ansvarsområde.

Ansvar og «eierskapet» til de enkelte pasientforløp er som oftest plassert på avdelingsnivå, og avdelingslederne har derfor en svært sentral rolle i arbeidet med kvalitet. I spørreundersøkelsen ble avdelingslederne innledningsvis bedt om å ta stilling til hvor enig eller uenig de er i ulike påstander rundt forutsetninger for å ivareta sin rolle som leder, se figur 11.

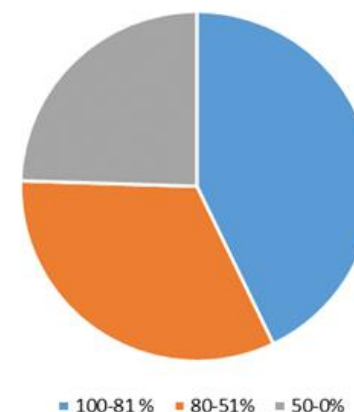


Figur 11 Hvor enig eller uenig er avdelingslederne i ulike påstander knyttet til forutsetninger for å ivareta lederrollen.

Som det fremgår av figur 11 er 80 % av avdelingslederne helt enig i eller litt enig i at det er tydelige føringer til hvordan de skal styre og lede avdelingen. Videre svarer om lag halvparten at de er *helt enig eller litt enig* i at de har tilstrekkelig stabsstøtte og verktøy, samt at de har fått god opplæring i å lede avdelingen.

Den resterende halvparten av respondentene er *litt uenig eller helt uenig* i dette. Flere respondenter kommenterer at de opplever en økning i administrative oppgaver og mål, samtidig som tilgangen på lederstøtte er redusert. Det kommenteres også at de opplever ulike kurs og opplæring som god, men at de etterlyser stabsfunksjoner og møteplasser med andre ledere for å utveksle erfaringer. Videre trekkes det frem at de mangler gode analyseverktøy som kan gi bedre oversikt over avdelingens drift. Andre respondenter viser til at de har god støtte i arbeidet, blant annet at det er etablert stabsressurser eller team som fungerer som prosessveiledere knyttet til forbedringsprosjekter. Disse viser også til at egen analyseenhet gir god støtte til at data gjøres tilgjengelig.

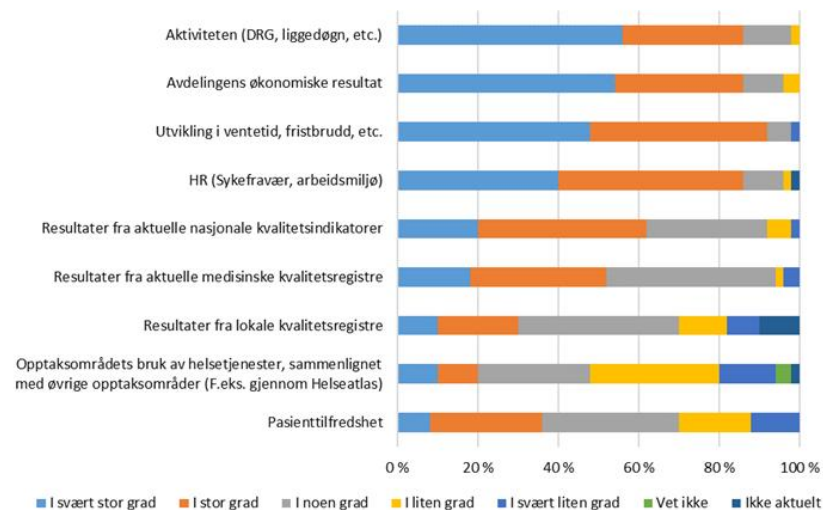
Figur 11 viser videre at om lag halvparten av avdelingslederne svarer at de er *helt enig eller litt enig* i at de har tilstrekkelig tid til å styre avdelingen. Den andre halvparten er *litt uenig eller helt uenig* i dette. Flere avdelingsledere kommenterer at de opplever at de ikke har tilstrekkelig tid til å styre avdelingen ettersom mye av tiden går til administrasjon. Vi ba i den sammenheng avdelingslederne anslå hvor mye av sin tid de bruker på å lede og styre avdelingen. Som det fremgår av figur 12 svarte omtrent 40 % av avdelingslederne at de bruker mellom 100-81 % av sin tid til å styre og lede avdelingen. Samtidig viser figuren at hver fjerde leder bruker mindre enn halvparten av sin tid til styring og ledelse. Vi har ikke undersøkt årsakene til disse forskjellene, men på bakgrunn av kunnskap fra tidligere revisjoner kan dette skyldes avdelingenes ulike størrelse og kompleksitet, ulike organisering og oppgavefordeling eller ulike ledelsespraksiser.



Figur 12 Anslå hvor mye tid du bruker på å lede avdelingen. Svar fra avdelingsledere

#### Hvilken styringsinformasjon besitter avdelingslederne?

Avdelingslederne har ansvar for mange områder, og ulike styringsinformasjon vil være et sentralt virkemiddel i planlegging og oppfølging i avdelingene. Spørreundersøkelsen har kartlagt i hvor stor grad avdelingslederne har oversikt over hvordan avdelingen ligger an på sentrale styringsparametere/-indikatorer innenfor ulike områder. Figur 13 viser at tilnærmet alle avdelingslederne oppgir at de *i svært stor grad eller i stor grad* har oversikt over hvordan avdelingen ligger an når det gjelder aktivitet, økonomi, ventetider og HR-relaterte forhold. Når det gjelder kvalitet i pasientbehandlingen og klinisk praksis svarer flesteparten *at de i stor grad og i noen grad* har oversikt over aktuelle nasjonale kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre. Ser vi på svarene knyttet til forbruk av helsetjenester er bildet annerledes. En betydelig andel svarer at de *i liten grad eller svært liten grad* kjenner til forbruk av helsetjenester innenfor sitt opptaksområde.



Figur 13 I hvilken grad har du oversikt over hvordan dere ligger an resultatmessig innenfor ulike styringsområder. Svar fra avdelingsledere

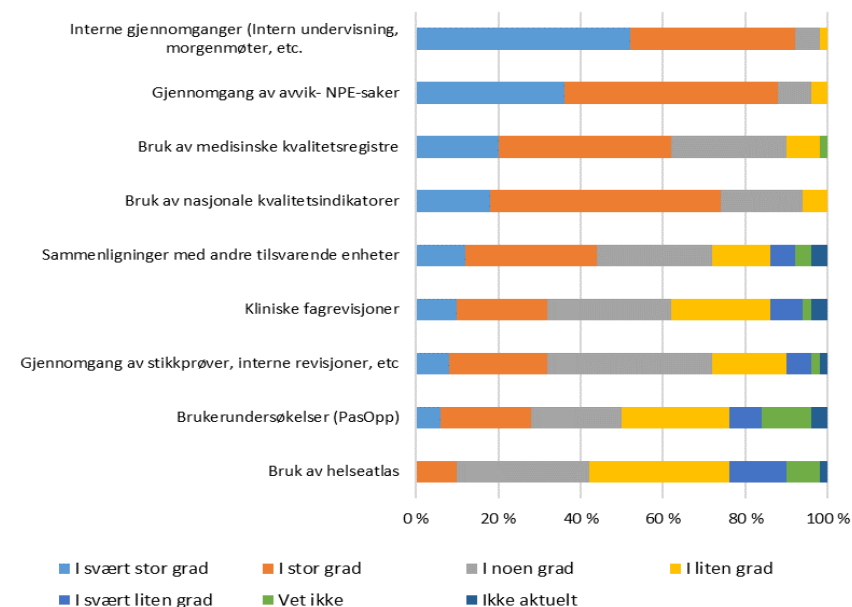
Helseatlasene gir informasjon per opptaksområde og ikke i for den enkelte avdeling, og dette gjør det vanskelig å vite hvordan man ligger an sammenlignet med andre (mer om dette senere i kapitlet). Av figur 13 fremgår det også at avdelingslederne i varierende grad har oversikt over pasienttilfredshet. I den sammenheng påpeker flere respondenter at pasienttilfredshet ikke måles systematisk, men at dette er et ønske og at temaet må settes høyere opp på dagsorden.

#### Hvilken styringsinformasjon benyttes i forbedringsarbeid knyttet til kvalitet og forbruk?

Det er mange informasjonskilder som avdelingslederne kan benytte i sitt arbeide for å oppnå et likeverdig tilbud av kvalitet i pasientbehandlingen. Vi har i den sammenheng spurt avdelingslederne hvilken styringsinformasjon som benyttes i et slikt arbeid. Som det fremgår av figur 14 benyttes ulik informasjon i arbeidet med å sikre god kvalitet og tilbud i pasientbehandlingen. Tilnærmet alle avdelingslederne oppgir at de i svært stor eller i

stor grad benytter egne interne gjennomganger gjennom morgenmøter og undervisning, samt gjennomganger av avviksmeldinger og NPE-saker for å sikre at helsehjelpen er i tråd med føringene.

Videre svarer rundt 70 % at de i svært stor eller i stor grad også benytter medisinske kvalitetsregistre og nasjonale kvalitetsindikatorer i dette arbeidet. Samtidig er det noen avdelingsledere som svarer at de i liten grad bruker kvalitetsregistre. Kliniske fagrevisjoner, stikkprøver, interne revisjoner og brukerundersøkelser benyttes i noe mindre grad enn de ovennevnte kildene. Enkelte har kommentert at det ikke gjennomføres brukerundersøkelser systematisk, og at de gir for lite informasjon som kan benyttes for læring. Det vises videre til at komplikasjonsmøter benyttes som en arena for kvalitetsforbedring.



Figur 14 I hvilken grad benyttes følgende styringsinformasjon i arbeidet med å følge opp at helsehjelpen er god. Svar fra avdelingsledere

### *Hvordan benyttes Helseatlas?*

Når det gjelder bruk av Helseatlas fremgår det av figur 14 at om lag 40 % av avdelingslederne *i stor grad eller i noen grad* benytter dette som grunnlag for å se om de gir et helsetilbud som er i tråd med nasjonale føringer eller anerkjent praksis. For flere av fagområdene i undersøkelsen eksisterer det i dag ikke et Helseatlas. For de fagområdene der det i dag foreligger Helseatlas, svarer 65 % at de *i svært stor eller i stor grad* benytter disse. I den sammenheng opplyser enkelte helseforetak at de har tilgang på ressursperson som gjør data fra Helseatlas tilgjengelig og som skal brukes som grunnlag for et eventuelt forbedringsarbeid. Det vises til eksempler der sammenligning med andre enheter har utløst et forbedringsarbeid som igjen har resultert i at egen praksis er endret i tråd med føringene på fagområdet. Flere viser til at de i denne sammenheng har rettet oppmerksomhet mot å sette riktig indikasjon, særlig innenfor kirurgi og medikamentell behandling. Et av helseforetakene viser til at Helseatlasene har vært brukt aktivt over lang tid og at de samlet kommer godt ut sammenlignet med andre helseforetak og sykehus.

Flere av de vi har intervjuet viser stor interesse for Helseatlasene og generelt for temaet under- og overbehandling. De er også godt kjent med *Gjør kloke valg*-kampanjen i regi av Legeforeningen. Når det gjelder bruk av Helseatlas vises det samtidig til flere utfordringer. Enkelte respondenter har kommentert at de tilhører helseforetak hvor det tilbys like tjenester på flere lokasjoner, og at en må være kjent med at det er forbruksrater per opptaksområde som presenteres i Helseatlasene, og ikke opptaksområdet for den enkelte lokasjon. Det vises til at det derfor er krevende å finne tall for egen lokasjon. Denne utfordringen forsterkes i Oslo-området hvor det er mange helseforetak og ideelle sykehus, høy grad av gjestepasienter, samt private avtaleparter. I tillegg vises det til at det kan være vanskelig å tolke resultatene på bakgrunn av geografiske og demografiske forskjeller som påvirker forbruk av helsetjenester.

Videre vises det til at flere av Helseatlasene ikke er i sanntid og at de dermed ikke like relevante å bruke som grunnlag i et forbedringsarbeid. En av informantene uttrykker det slik:

---

*Styringsdata må være ferske. Data som er 1,5-2 år gamle er alt for gamle. Helseatlas for ortopedi sier fortsatt noe om årene for 2012-2016.*

---

### *Hvordan benyttes kvalitetsregistre?*

I spørreundersøkelsen har vi bedt om en utdypning av hvordan avdelingslederne benytter nasjonale medisinske kvalitetsregistre i et forbedringsarbeid. Flere viser til at resultater fra disse registrene tas opp og diskuteres i ulike fora, som for eksempel kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalg (KPU), morgenmøter, internundervisning, internt i avdelinger og fagråd. Ved enkelte helseforetak har fagrådene eller overordnet KPU fått i oppdrag å gå gjennom alle aktuelle kvalitetsregistre som grunnlag for å iverksette forbedringsprosjekter.

I tillegg til de nasjonale kvalitetsregistrene har flere avdelinger etablert egne lokale kvalitetsregistre som benyttes aktivt og operativt. Det vises til at dette er et krevende arbeid, blant annet på bakgrunn av personvern hensyn, samt at det er kostbart og tungvint å drifte.

Gjennom intervjuer vises det til at oppmerksomheten om kvalitet og kvalitetsarbeid har blitt intensivert de seneste 2-3 årene. I dette arbeidet har enkelte helseforetak/sykehus utarbeidet en totaloversikt over alle kvalitetsregistrene. Det er i den sammenheng utarbeidet oversikter som viser hvilke indikatorer innenfor ulike registre som scorer under- eller over måltallet. Dette forvaltes av respektive analyseavdelinger som regelmessig sender ut informasjon til ledere på ulike nivå. Det vises til at de aktuelle analyseavdelingene også bistår avdelinger med å hente en oversikt over egne data. Denne type oversikter er ikke utarbeidet ved alle helseforetak og sykehus i regionen. En av de intervjuede viser i den sammenheng til at de har arbeidet intenst med forbedringsprosjekter knyttet til de nasjonale indikatorene som inngår i pakkeforløpene for kreft og at de nå ønsker tilsvarende foretaksovergrepene oppmerksomhet på de nasjonale kvalitetsregistrene.



Flere respondenter uttrykker at registrene er et svært godt verktøy som grunnlag for å undersøke egen behandlingspraksis. Svarene i undersøkelsen viser også at det er et bredt spekter av ulike registre som benyttes aktivt i forbedringsarbeidet i helseforetakene og sykehusene.

Flere respondenter i spørreundersøkelsen kommenterer at de aktivt benytter resultatene for å identifisere forbedringsområder og bevaringsområder. Spørreundersøkelsen viser at om lag 2/3 av avdelingslederne har iverksatt tiltak på bakgrunn av resultater fra ulike kvalitetsregistre. Det gis en rekke eksempler, blant annet innenfor bruk av hofteproteser, smertelindring i mottak, artrosebehandling, STEMI-behandling, hjerneslag, hjerteinfarkt, oppfølging av kolesterol hos diabetikere, endokrinologi, reoperasjoner etter hoftebrudd og korbåndkirurgi. Enkelte informanter viser til at forbedringsprosjektene har vært i regi av nasjonale kvalitetsprosjekter. Andre viser til at de selv har igangsatt forbedringsprosjekter i samarbeid med andre helseforetak og sykehus.

Utgangspunktet for disse forbedringsprosjektene, var at avdelingene tok tak i indikatorer med lav score. Her identifiserte enhetene eventuell avvikende praksis, for gjennom det å gjøre nødvendige endringer – som for eksempel justere og endre prosedyrer og rutiner for behandlingspraksis. Det vises til at det i oppfølgingen av nye rutiner og prosedyrer ble satt interne kvalitetsmål i avdelingen. Målene ble fulgt tett opp til de for eksempel kom over landsgjennomsnittet. En avdelingsleder oppsummerer arbeidet slik:

---

*Rent konkret går vi gjennom våre nasjonale og internasjonale data fra kvalitetsregistre og utarbeider tiltak knyttet til ulike områder som for eksempel valg av metode, implantater eller opplæring basert på denne gjennomgangen.*

---

Enkelte avdelingsledere viser også til at helseforetak med samme behandling ved flere lokasjoner, har iverksatt internt benchmarking, med det formålet å kontinuerlig utvikle seg og oppnå best mulig resultater samlet sett for helseforetaket. Det vises i den sammenheng til et eksempel hvor de samlet

som helseforetaket resultatmessig har ligget på nasjonalt nivå innenfor sentrale indikatorer på hoftebrudd, men hvor de har hatt intern variasjon. I den sammenheng identifiseres årsaker og tiltak som gjennomføres for å løfte kvaliteten til den enheten som har lavest score. På den måten vil de samlet kunne oppnå resultater som er høyere enn landsgjennomsnittet - eventuelt høyere score enn fastsatt resultatmål som fremgår av kvalitetsregisteret. Denne type benchmarking er imidlertid ikke mulig innenfor alle pasientregistre ettersom data kun finnes på foretaksnivå.

I tillegg til at helseforetakene og sykehusene benytter kvalitetsregistre, samt Helseatlas til forbedringsarbeid, viser flere av de vi har intervjuet til at de også informerer pasientene om nettsidene hvor denne informasjonen er tilgjengelig, slik at de er informert om hvordan de ligger an i forhold til resten av landet på sentrale indikatorer. På den måten vil pasientene være i stand til å få et innblikk i kvaliteten på behandlingen ved sykehuset sammenlignet med andre helseforetak og sykehus.

Samtidig som mange avdelinger benytter kvalitetsregistre aktivt, påpeker enkelte respondenter at de i mindre grad bruker kvalitetsregistre som styringsverktøy. De viser til en rekke årsaker:

- det er ikke etablert nasjonale registre for alle viktige pasientforløp
- det er treghet i rapporteringen - tilgangen på data
- det er ikke pålitelige og sammenlignbare tall
- vanskelig å tolke data
- det er ikke like dekkende måltall for kvalitet/klinisk praksis
- det ikke er avsatt midler til å ansatte ressurser som kan ha ansvar for å drifte arbeidet
- digitale verktøy er ikke optimale
- det er mange manuelle prosesser som er ressurskrevende

Enkelte av avdelingslederne viser til at de over tid ikke har vært tilstrekkelig oppmerksomhet på å anvende data fra registrene. Det vises til at det har vært fokus på rapportering til registrene og for lite bruk av dataene til styring. I tilknytning til styringsdata er det også et ønske at man kan få regelmessige oppsummeringer hvor også endringer fremkommer, det vil si om en har lavere

eller høyere score enn ved forrige måling. Enkelte viser til at de ønsker «online» styringsdata, som for eksempel vises ved bruk av et «Dashboard» som viser status på måloppnåelse. En av de intervjuede viste i denne sammenheng til hvordan dette ble gjort i et annet land:

---

*Jeg har vært med på et skotsk forbedringsarbeid hvor du på intensiv ble møtt med status på indikatorene. På den måten må man være på hele tiden».*

---

Videre påpekes det at styringsdata knyttet til tilbud og kvalitet kommer i konkurranse med aktivitetskrav og økonomi. Enkelte viser også til at bruk av kvalitetsregistre i noen grad er blitt nedprioritert i avdelingen de siste par år på bakgrunn av at pandemien har vært krevende.

En forutsetning for å bruke data fra kvalitetsregistre til kvalitetsforbedring eller forskning, er at avdelingene registrerer og rapporterer inn data til de som forvalter registrene, slik at man får en høyest mulig dekningsgrad på utførte behandlinger i den enkelte avdeling. Data viser imidlertid at dekningsgraden innfor ulike registre varierer innad og mellom helseforetak/sykehus. Flere informanter viser til at legene i varierende grad har tid til å registrere informasjon til registrene og at dekningsgraden dermed varierer.

Ut i fra intervjuer og kommentarer i spørreundersøkelsen, er det oppmerksomhet på å rapportere data til medisinske kvalitetsregistre. Det fremkommer også at det er etablert føringer for denne rapporteringen. Ut i fra intervjuer med et helseforetak vises det til at det er stort fokus på tidsriktig og kvalitet på rapportering til registrene ettersom dette skal benyttes i et forbedringsarbeid innenfor avdelingene, samt grunnlag for felles gjennomgang på foretaksnivå.

## 5.2 Vurderinger

### Varierende bruk av kvalitetsregistre og Helseatlas i avdelingene

Gjennomgangen viser at avdelingene benytter flere ulike informasjonskilder i arbeidet med å oppnå et riktig pasienttilbud med god kvalitet. De mest utbredte kildene er morgenmøter, samt gjennomgang av NPE-saker og avviksaker. Undersøkelsen viser at 60 % av avdelingene i svært stor grad eller i stor grad benytter tilgjengelige kvalitetsregistre for å følge med på om helsehjelpen er god. De øvrige benytter disse i noen grad eller i liten grad. Gjennomgangen viser at om lag 2/3 av avdelingslederne, har iverksatt tiltak på bakgrunn av resultater fra kvalitetsregistrene. Undersøkelsen viser videre at for de fagområdene der det i dag foreligger Helseatlas, svarer 65 % at de i svært stor eller i stor grad benytter disse.

### Hva er konsekvensene av at enkelte avdelinger ikke benytter Helseatlas og kvalitetsregistre i sitt arbeide?

Vi vurderer det som positivt at informasjon fra Helseatlas og kvalitetsregistre benyttes i kvalitetsforbedring ved de fleste avdelingene. Vi er samtidig av den oppfatning at det er bekymringsfullt at en relativt stor andel respondenter opplyser at de i mindre grad benytter denne informasjonen som grunnlag for arbeid med kvalitetsforbedring.

Ettersom kvalitetsregistrene gir informasjon om resultatmål for beste faglige praksis og enhetens egne resultater, vurderer vi at manglende bruk av kvalitetsregistre innebærer en risiko for at behandlingsresultatene ikke blir optimale. Når det gjelder Helseatlasene gir disse informasjon om forbruk av ulike typer helsehjelp per opptaksområde. Vi vurderer at manglende bruk av Helseatlas innebærer risiko for at mulig over- eller under behandling ikke fanges opp. Dette vil igjen kunne medføre at ressursallokeringen i og mellom avdelinger ikke blir optimal.

### Hva kan årsakene være?

Ut i fra observasjonene i kartleggingen vurderer vi det er ulike årsaker til at kvalitetsregistre og Helseatlas ikke benyttes gjennomgående i alle avdelingene. En grunnleggende årsak kan være fravær av insentiver på grunn av mindre tydelige forventninger til at lederne skal benytte dette i sitt plan- og

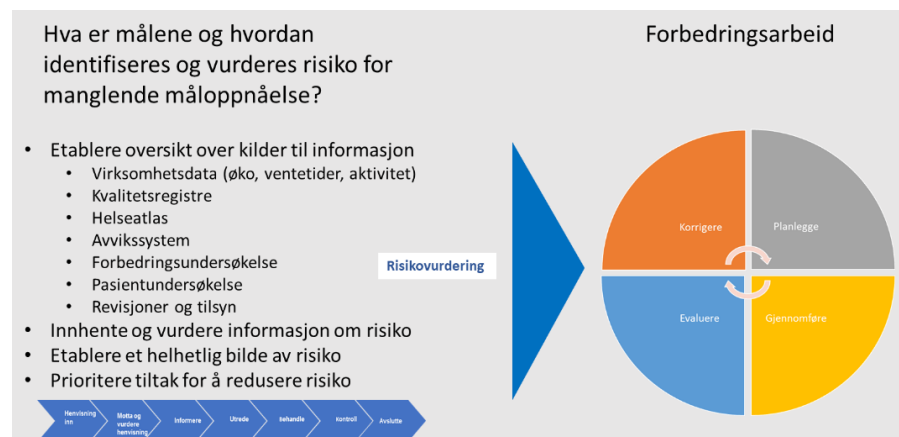
oppfølgingsarbeid, jf. vurderingene i kapittel 4. En annen viktig årsak er utfordringer knyttet til tilgang på styringsdata og/eller at dataene ikke er tidsaktuelle, kvalitet på dataene, dekkende data mm. Av andre årsaker vises det videre til begrenset tid til å utøve lederrollen, herunder manglende ressurser til å understøtte et slikt arbeid.

### Hva er ønsket praksis/retning?

Et system for kontinuerlig forbedring bør baseres på ulike informasjonskilder, herunder tilgjengelige styringsdata. Kvalitetsregistre og Helseatlas er sentrale kilder i denne sammenheng.

For å ta styrke arbeidet med å i større grad ta i bruk styringsinformasjon fra Helseatlas og kvalitetsregistre, vurderer vi det som avgjørende at styringsdata er lett tilgjengelig, sammenlignbare og regelmessig oppdatert. I den sammenheng vurderer vi det som positivt at flere helseforetak og sykehus arbeider med å etablere ulike verktøy som illustrerer status på indikatorer på en enkel og lettforståelig måte. Dette gjelder også det arbeidet som Helse Sør-Øst RHF har igangsatt knyttet til å tilgjengeliggjøre styringsdata på et regionalt nivå. Lett og god tilgang på styringsdata er avgjørende for at helseforetakene og sykehusene benytter dette i sitt forbedringsarbeid. I den sammenheng vurderer vi at det vil være hensiktsmessig å benytte denne type styringsinformasjon som en del av avdelingenes plan- og oppfølgingsarbeid. Styringsinformasjonen bør inngå som et grunnlag som benyttes for å kartlegge risikoer for manglende måloppnåelse, eksempelvis i forhold til målet om å redusere uønsket variasjon knyttet til kvalitet i klinisk praksis og tilbud på helsetjenester.

Figur 15 illustrerer at vurdering av risiko er en aktivitet som skal gjøres i forbindelse med planarbeidet. Figuren eksemplifiserer kilder som kan være informasjonsgrunnlag for å identifisere og vurdere risiko for manglende måloppnåelse i pasientbehandlingen. Her inngår for eksempel kvalitetsregistre og Helseatlas som en av flere mulige kilder. På bakgrunn av en eventuell manglende måloppnåelse eller risikoer for fremtidig måloppnåelse, skal denne type informasjon benyttes til å prioritere hvilke tiltak som skal iverksettes og inngå i et forbedringsarbeid. For å sikre at det jobbes systematisk må arbeidet dokumenteres, eksempelvis gjennom handlingsplaner som beskriver sammenhengene mellom mål, risiko og tiltak.



Figur 15 Illustrasjon av hvor arbeidet med risikovurderinger for manglende måloppnåelse kommer inn, for eksempel i forbindelse med mål knyttet til et pasientforløp og mulige kilder som kan benyttes som grunnlag for et forbedringsarbeid.

Etter valg av tiltak må det beskrives hvilke effekter og resultater disse forventes å gi. Det bør fremkomme hvordan dette skal måles og følges opp gjennom bruk av styringsinformasjon. Styringsinformasjon i et helseforetak eller sykehus kan være bruk av ulike indikatorer fra for eksempel nasjonale og/eller sykdomsspesifikke registre, Helseatlas, virksomhetsdata, egenutviklede data. Styringsinformasjon kan også være resultater fra kliniske revisjoner, bruker- og pasientopplevelser, gjennomgang av uønskede hendelser, NPE-saker mm.

## 6. Rapportering og oppfølging

Det er en forutsetning at det er etablert klare mål for det enkelte nivå for å sikre god styring. Ledelsen har ansvar for jevnlig å etterspørre og følge opp styringsinformasjon knyttet til måloppnåelse. Oppfølgingen skal gi informasjon om målene nås, og om gjennomførte tiltak etterleves og gir ønsket effekt.

I dette kapittelet fremkommer våre observasjoner og vurderinger knyttet til hvordan målet om å redusere uønsket variasjon følges opp i styringslinjen. Vi har her undersøkt hvilken styringsinformasjon som rapporteres og følges opp, herunder i hvilken grad informasjon fra Helseatlas og nasjonale kvalitetsregistre brukes i denne sammenheng. Følgende problemstilling er belyst:

- På hvilken måte er målet om å redusere uønsket variasjon knyttet til kvalitet og forbruk fulgt opp i styringslinjen?

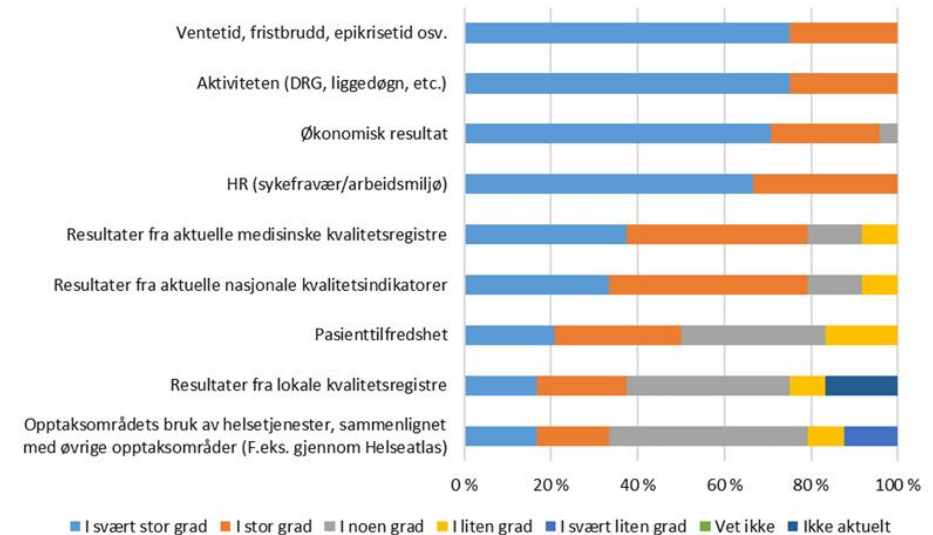
### 6.1 Observasjoner

For å belyse problemstillingen har vi i undersøkelsen kartlagt hvilken styringsinformasjon som benyttes i rapportering og oppfølging av mål og krav, herunder bruken av styringsinformasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas. I kapittelet belyses dette ut i fra følgende spørsmål:

- Hvilke områder er det klinikk-/divisjonsledere følger opp ved underliggende avdelinger, og hvor ofte gjøres dette?
- Hvilke områder er det administrerende direktør følger opp ved klinikk-/divisjonsledere, og hvor ofte gjøres dette?

*Hvilke områder er det klinikk-/divisjonsledere følger opp ved underliggende avdelinger, og hvor ofte gjøres dette?*

Klinikk-/divisjonslederne har ofte ansvar for mange underliggende avdelinger med til dels ulike fagområder. Vi har i den sammenheng først undersøkt i hvilken grad de opplever å ha oversikt over resultatene for underliggende avdelinger på utvalgte styringsområder, se figur 16.



Figur 16 I hvilken grad har du som klinikk-/divisjonsleder oversikt på utvalgte styringsområder ved underliggende avdelinger.

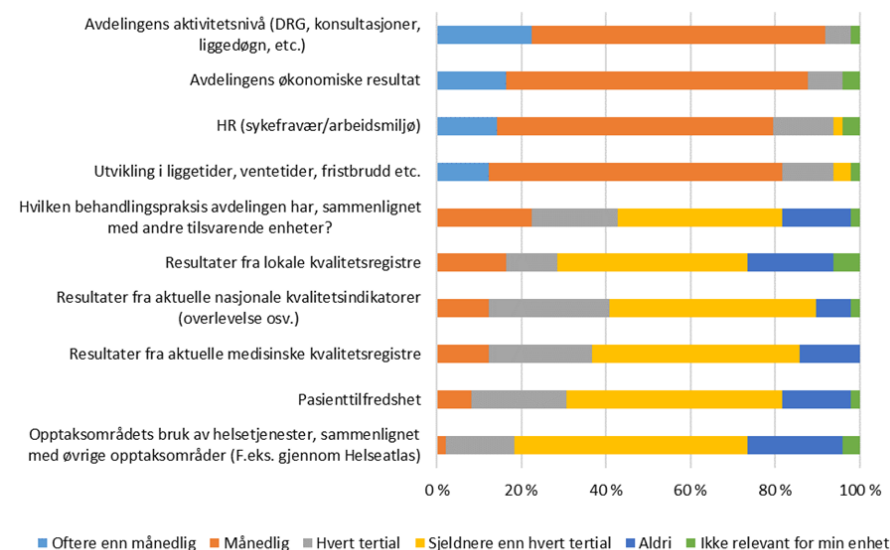
Figur 16 viser at tilnærmet alle klinikk-/divisjonslederne opplever at de i svært stor grad eller i stor grad har oversikt over resultatene til underliggende enheter når det gjelder ventetid, fristbrudd, aktivitet, økonomi og ventetider, samt HR-relaterte forhold. Når det gjelder kvalitet i behandlingen svarer ca. 80 % at de i svært stor grad og i stor grad opplever å ha oversikt over resultater fra nasjonale kvalitetsregistre og de nasjonale kvalitets-indikatorerne. Det er samtidig ca. 20 % som opplever at de i noen grad eller i liten grad har oversikt over denne informasjonen. En av respondentene påpeker at det er et stort ønske at helseforetaket gjør denne type styringsdata tilgjengelig på en enkel og oversiktlig måte for alle lederne.

Figur 16 viser videre at ca. 50 % av klinikk-/divisjonslederne opplever at de har *i svært god grad eller svært god grad* oversikt over pasienttilfredsheten i avdelingene. Enkelte har her kommentert at pasienttilfredshet ikke måles systematisk, men at man ser frem til hyppigere og mer kontinuerlige målinger ved hjelp av nye digitale løsninger, jf. kapittel 4 og 5.

Når det gjelder oversikt over forbruk av helsetjenester fremgår det av figur 16 at dette oppleves litt forskjellig. Det påpekes i den sammenheng at Helseatlasene oppdateres for sjelden til at de kan være gode verktøy for bruk i styring, samt at de gir informasjon per opptaksområde og ikke i forhold til den enkelte avdeling, jf. kapittel 4 og 5.

Videre har vi kartlagt hvor ofte avdelingslederne blir fulgt opp på ulike styringsområder. Figur 17 viser at avdelingslederne blir fulgt opp på aktivitet, økonomi, HR og ventetider månedlig eller hyppigere. Når det gjelder nasjonale kvalitetsindikatorer, medisinske kvalitetsregistre og forbruk av helsetjenester, svarer et stort flertall av avdelingslederne at dette følges opp tertialvis eller sjeldnere. Figuren viser samtidig at enkelte avdelingsledere oppgir at de aldri blir fulgt opp på denne type styringsinformasjon.

Intervjuer og kommentarer i spørreundersøkelsen, viser at det er noe ulik systematikk ved hvordan ledere i klinikkene/divisjonene følger opp avdelingenes arbeid med å redusere uønsket variasjon. Enkelte klinikker/divisjoner har etablert et system hvor alle avdelinger skal rapportere status på resultater fra kvalitetsregistre og Helseatlas som en del av den ordinære oppfølgingen. I den sammenheng har enkelte helseforetak etablert egne system som samler styringsdata fra ulike databaser, og bidrar til å synliggjøre forbedringsområder for fagområdene i de ulike avdelingene.



Figur 17 Hvor ofte blir du som avdelingsleder fulgt opp på følgende styringsområder av din leder.

Det vises her til at en slik oppfølging ofte gjøres en til to ganger per år. Andre avdelingsledere viser til at dette ikke er en del av den ordinære oppfølgingen i styringslinjen, men blir fulgt opp i fagråd og/eller kvalitetsutvalg hvor både avdelingsledere, klinikk-/divisjonslederne, samt fagdirektør deltar. Det påpekes ved flere helseforetak/sykehus at det er en ambisjon å få dette arbeidet også inn i den ordinære styringslinjen.

På den andre siden er det flere av avdelingsledere, samt enkelte klinikk-/divisjonsledere, som uttrykker at det i varierende grad er en helhetlig oppfølging på kvalitet og forbruk mellom klinikk/divisjon og avdeling. Flere avdelingsledere påpeker i den sammenheng at dette ikke trenger å bety at man ikke arbeider med å redusere uønsket variasjon. Flere viser til at dette

gjøres, men at informasjonen i varierende grad er etterspurt i oppfølgingen. I den sammenheng vises det også til at det er noe uklare ansvarsforhold mellom ledernivåene med hensyn til hva som skal rapporteres og følges opp. En av lederne oppsummerer det slik:

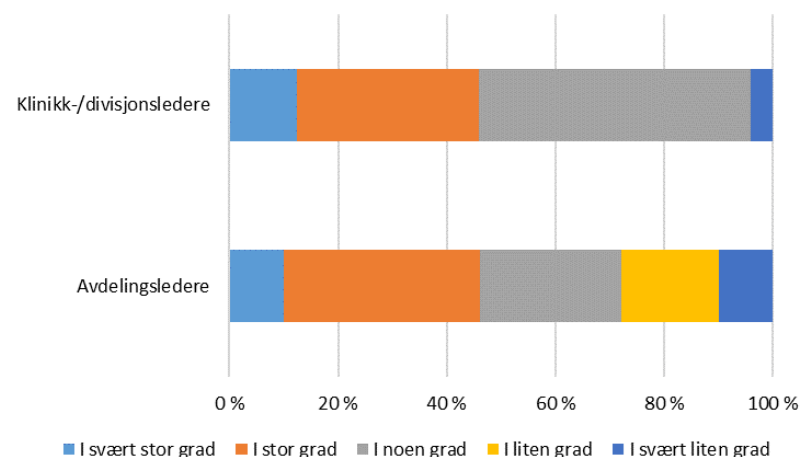
---

*Kvalitet i pasientbehandlingen må i større grad inn i styringsdialogen og alle nivåer må ta eierskap til kvalitet. Dette er krevende og et brudd i styringstradisjoner i helsesektoren.*

---

Flere avdelingsledere påpeker at det er variasjon når det gjelder hvilke styringsområder klinikk-/divisjonslederne er opptatt av i oppfølgingen. Enkelte opplever at det til enhver tid er den økonomiske tilstanden som er styrende for virksomheten. De beskriver at det er et betydelig fokus på økonomi og ventetider, og at øvrige forhold oppleves som underordnet. Dette fremkommer til tross for at risikoanalyser indikerer at avdelinger også har andre utfordringer, for eksempel innen kvalitet på pasientbehandlingen. Andre viser til at det er oppmerksom om rapportering og oppfølging av status på registrering til registrene, men at det i mindre grad er interessant å følge opp resultatet fra registrene.

Vi har i spørreundersøkelsen også stilt et litt mer generelt spørsmål til klinikk-/divisjonsledere om i hvilken grad de har vært opptatt av temaene kvalitet og forbruk i sin oppfølging av underliggende avdelinger. Vi har også stilt tilsvarende spørsmål til avdelingslederne av hvordan de opplever å bli fulgt opp på disse temaene. Figur 18 viser at om lag halvparten av klinikk-/divisjonslederne og avdelingslederne opplever i *svært stor grad* og i *stor grad* at dette er tema i oppfølgingen. Om lag 30 % av avdelingslederne opplever imidlertid at disse temaene i *liten grad* eller i *svært liten grad* inngår i oppfølgingen.

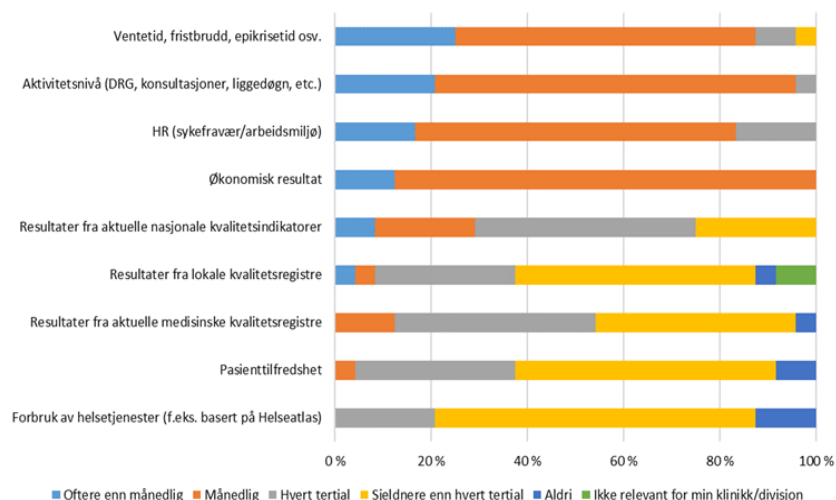


Figur 18 I hvilken grad opplever henholdsvis klinikk-/divisjonsledere og avdelingsledere at temaene kvalitet og forbruk inngår i styringsdialogen mellom klinikk/divisjon og avdeling. Svar fra klinikk-/divisjonsledere og avdelingsledere

#### *Hvilke områder er det administrerende direktør følger opp ved klinikk-/divisjonsledere, og hvor ofte gjøres dette?*

Tilsvarende som for avdelingslederne, har vi kartlagt hvor ofte administrerende direktør følger opp klinikk- og divisjonslederne på ulike styringsinformasjon. Av figur 19 fremgår det at tilnærmet alle klinikk-/divisjonslederne svarer at helseforetakets eller sykehusets øverste ledelse følger opp ventetider, aktivitet, HR og økonomi månedlig eller hyppigere. Når det gjelder resultater fra nasjonale kvalitetsindikatorer og medisinske kvalitetsregistre, samt forbruk av helsetjenester svarer et stort flertall av klinikk-/divisjonslederne at overordnet ledelse følger opp dette tertialvis eller sjeldnere. Et fåtall svarer at de aldri følger dette opp.

Enkelte har i undersøkelsen kommentert at ulikhet i oppfølging både skyldes at resultatene om kvalitet kommer sjeldnere enn de øvrige forholdene, samt at det er mindre tydelige mål innen kvalitet.



Figur 19 Hvor ofte blir klinikk-/divisjonsledere fulgt opp på følgende styringsområder av din leder. Svar fra klinikk-/divisjonsledere

Det fremkommer i intervjuer av fagdirektører og klinikk-/divisjonsledere, at systematikken på rapportering og oppfølging av kvalitet og forbruk på overordnet nivå gjøres på ulike måter i helseforetakene og sykehusene. Disse observasjonene samsvarer med beskrivelsene av hvordan rapportering og oppfølging mellom avdeling og klinikk/divisjon er satt i system. På et overordnet nivå har for eksempel enkelte fagdirektører oversikter over alle kvalitetsregistre og Helseatlas, og bruker disse systematisk i sin oppfølging av klinikkene/divisjonene, mens andre ikke gjør dette. Videre fremkommer det at flere helseforetak og sykehus har hatt gjennomganger av resultater fra

nasjonale kvalitetsregistre for styrene for det enkelte helseforetak og sykehus. Da gjennomgås et utvalg registre, og man viser frem både indikatorer med gode eller dårligere resultater, samt der det kan være intern variasjon i helseforetaket/sykehuset.

## 6.2 Vurderinger

### Flere ledere opplever at uønsket variasjon i for liten grad inngår som tema i styringslinjens oppfølgingsmøter

Gjennomgangen viser at det er ulik systematikk på hvordan informasjon om kvalitetsregistre og Helseatlas inngår i rapportering og oppfølging i helseforetakene og sykehusene. Enkelte har gode oversikter over resultater fra kvalitetsregistre og Helseatlas, og bruker disse gjennomgående i rapportering og oppfølging. I andre helseforetak eller sykehus er det ikke etablert oversikter, samt at rapportering og oppfølging på kvalitet og forbruk varierer. Enkelte avdelingsledere viser til at de aldri blir fulgt opp på denne type styringsinformasjon.

### Hva er konsekvensene av manglende rapportering og oppfølging på kvalitet?

Konsernrevisjonen vurderer at manglende rapportering og oppfølging av hvilket pasienttilbud som gis og kvalitet på pasientbehandlingen, innebærer risiko for at kritisk informasjon ikke når riktig ledelsesnivå, herunder opp til styret. Eventuelle utfordringer vil da ikke nødvendigvis fremkomme i beslutningsgrunnlaget og inngå å ledelsens avveininger og prioriteringer. Dette kan i ytterste konsekvens medføre at virksomheten blir «understyrt» på helsetjenestene som utøves i virksomheten.

Videre vil det være en risiko for at gode faglige resultater heller ikke vil bli synliggjort. Bak gode resultater vil det kunne være et forbedringsarbeid som bør deles som grunnlag for læring i virksomheten. Manglende oppmerksomhet om forbedringsarbeid og gode resultater vil også kunne redusere fagmiljøene engasjement for å skape læring på tvers.

**Hva kan være årsakene?**

Konsernrevisjonen vurderer at årsakene knyttet til mangler i rapportering og oppfølging i styringslinjen er sammensatte. Oppfølgingen av tilbud og kvalitet i helsetjenestene har tradisjonelt foregått innad i fagmiljøene og derfor ikke blitt synliggjort i virksomhetsstyringen. En viktig årsak er trolig at mål knyttet til kvalitet på helsetjenesten ikke er tilstrekkelig tydeliggjort i styringsbudskapet, jf. vurderingene i kapittel 4. Videre kan det være uklare forventninger til hvordan avdelingene skal nyttiggjøre seg av ulike kilder, herunder kvalitetsregistre og Helseatlas, i sitt arbeid med kvalitet, jf. vurderingene i kapittel 5. En annen årsak er at det i varierende grad er utarbeidet styringsinformasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas som er oversiktlige og oppdaterte.

**Hva er ønsket retning?**

Undersøkelsen indikerer at det er behov for å utvikle større balanse i styringen i helseforetakene og sykehusene, slik at kvalitet i helsetjenestene og forbruk av tjenester i større grad fremkommer som en del av styringsgrunnlaget. En god og balansert rapportering og oppfølging i styringslinjen er avhengig av et tydelig styringsbudskap i form av gode og tilpassete mål, for eksempel for en avdeling.

Videre krever dette tydelige forventninger til hvordan lederne skal systematisere og dokumentere arbeidet med kvalitet innenfor egne avdelinger og fagområder. Dette arbeidet bør videre brukes som grunnlag i oppfølgingen i styringslinjen. Et slikt system vil legge til rette for at ledere og styret blir informert om hvorvidt kvaliteten i helsetjenestene er på ønsket nivå – samt om eventuelle utfordringer og risikoer.



# Vedlegg 1

## Informasjonsgrunnlag

Dokumentasjon	
Oppdrags- og bestillingsdokument 2021 og 2022 til Helse Sør-Øst RHF, samt til helseforetak og sykehus	Gjør kloke valg: <a href="http://Legeforeningen.no/kloke-valg/">Legeforeningen.no/kloke-valg/</a>
Regional utviklingsplan 2035 Helse Sør-Øst RHF	FOR MYE, FOR LITE ELLER AKKURAT PASSE? Om variasjon, over- og underforbruk i helsetjenesten. Legeforeningen 2016
Regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Helse Sør-Øst RHF 2021	Riksrevisjonens undersøkelse av årsaker til variasjon i forbruk av helsetjenester. Del av Dokument 3:2 (2019–2020)
Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. 2017	Uønsket variasjon ved Sykehuset Østfold HF – Rapport 4/2018 konsernrevisjonen
Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst, Helse Sør-Øst RHF 2020	Uønsket variasjon ved Sykehuset Innlandet HF – rapport 3/2019 konsernrevisjonen
Måned-, tertial- og årsrapporter fra helseforetak og sykehus.	Risikostyring og kvalitet ved Oslo universitetssykehus HF – rapport 3/2021 konsernrevisjonen
Medisinske kvalitetsregistre: <a href="http://Kvalitetsregistre.no">Kvalitetsregistre.no</a>	Evaluation of the NHS England evidence-based interventions programme: a difference-in-difference analysis. Anderson m.fl. 2019
Helseatlasene: <a href="http://Helseatlas.no">Helseatlas.no</a>	The Impact of Choosing Wisely Interventions on Low-Value Medical Services: A Systematic Review. Betsy m.fl. 2021
Arbeidsgruppe for indikator- og metodeutvikling (AIM). Hovedrapport 2018:	Changes in the rate of publicly financed knee arthroscopies: an analysis of data from the Norwegian patient registry from 2012 to 2016. Holtedahl m.fl. 2017
Reduksjon av uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og effektivitet i spesialisthelsetjenesten Indikatorer for måling av uberettiget variasjon. Utredning fra SKDE for de regionale helseforetakene. November 2016	Reflecting Poorly. Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries. The Common Wealth Fund: Mirror, Mirror 2021:

# Vedlegg 2

## Gjennomførte samtaler

Foretak	Rolle	Navn	Dato
VVHF	Direktør fag	Ulrich Spreng	20.04.22
VVHF	Klinikkdirektør Drammen	Inger Meland Buene	20.04.22
VVHF	Avdelingssjef medisinsk avdeling, Drammen	Karianne Høstmark	20.04.22
VVHF	Klinikkdirektør Bærum	Trine Olsen	21.04.22
VVHF	Avdelingssjef Ortopedisk avdeling Bærum	Wender Figved	21.04.22
STHF	Fagdirektør	Halfrid Waage	21.04.22
STHF	Klinikksjef kirurgisk	Kjetil Christensen	22.04.22
STHF	Avdelingsleder ortopedi	Ingunn Holtar Rønning	22.04.22
SiV	Fagdirektør	Jon Anders Takvam	04.05.22
SiV	Konstituert Klinikksjef medisin	Jørn Evert Jacobsen	04.05.22
SiV	Avdelingssjef medisinsk avdeling	Vidar Ruddox	04.05.22

### **Om konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst**

Konsernrevisjonen er organisert direkte under styret i Helse Sør-Øst RHF og rapporterer funksjonelt til styrets revisjonsutvalg og administrativt til administrerende direktør i det regionale helseforetaket. Våre rapporter behandles av styret i det reviderte helseforetak eller sykehus.

Konsernrevisjonen ble etablert i 2005, og er fra 1. januar 2013 hjemlet i helseforetaksloven §37a.

Konsernrevisjon skal på vegne av styret i Helse Sør-Øst bidra til forbedring i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst RHF og underliggende helseforetak og sykehus.

### **Vår visjon**

Konsernrevisjonen skal være en etterspurt bidragsyter til læring og forbedring i Helse Sør-Øst og gjennom dette bidra til bedre helsetjenester.

Dette skal vi oppnå gjennom:

- Relevante revisjons- og rådgivningsoppdrag som skaper innsikt
- Effektiv kommunikasjon og godt samarbeid
- Deling av erfaringer og læringspunkter på tvers av helseforetakene og sykehusene

### **Om revisjonsprosjektet**

Revisjonsperiode: Februar 2022 – september 2022

Virksomhet: Alle helseforetak i Helse Sør-Øst, samt Lovisenberg  
Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus

Oppdragsgiver: Styret i Helse Sør-Øst RHF

Revisorer:

- Espen Anderssen (oppdragseier)
- Tove Farstad (oppdragsleder)
- Marianne Enger (internrevisor)
- Anders Tømmerås (internrevisor)
- Hans Petter Eide (internrevisor)

Rapporten er oversendt til:

- Styrets revisjonsutvalg i Helse Sør-Øst RHF
- Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF
- Styrene i helseforetakene i Helse Sør-Øst, samt for Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus
- Administrerende direktør i helseforetakene i Helse Sør-Øst, samt for Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus

### **Konsernrevisjonens rapporter**

Rapporter er tilgjengelig på følgende web-adresse:

<https://www.helse-sorost.no/om-oss/styret/konsernrevisjonen>

## Saksfremlegg

### Saksgang

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
<b>Styret i Sykehuset Telemark HF</b>	1. februar 2023

Type sak (sett kryss)							
Beslutning		Etterretning	X	Orientering		Tema	

### 009-2023 Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern

#### Hensikten med saken

Orientering om sykehusets arbeid med tiltak etter konsernrevisjons rådgivende revisjon om bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern. Revisjonen ble gjennomført våren 2022.

#### Forslag til vedtak

Styret tar konsernrevisjonens rapport til etterretning og ber administrasjonen følge opp og gjennomføre tiltak i henhold til identifiserte forbedringsområder.

Skien, 23. januar 2023

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

## 1. Hva saken gjelder

Det ble våren 2022 gjennomført en rådgivende revisjon om bruk av tvangsmidler i KPR sine lukkede akuttposter. Formålet var å kartlegge og vurdere hvordan foretaket forebygger bruk av tvangsmidler, hvordan det gjennomføres og følges opp i etterkant, slik at feil bruk av tvang forhindres samtidig som pasientene ivaretas på en forsvarlig måte.

Rapporten presenteres i styremøtet av konsernrevisor Torun Melhus

### **Status for oppfølging av råd gitt Klinik for psykisk helsevern og rusbehandling**

Det ble i revisjonen identifisert flere forbedringsområder;

- Det er uklarheter i bruk av innkostnotatet vs førstedagsnotatet
- Akuttseksjonene bruker ikke standardisert kartleggingsverktøy ved gjennomføring av aggresjons og voldsriskovurderinger
- Akuttseksjonene bruker ikke en overordnet behandlingsplan for pasientforløpet
- Ettersamtaler med pasient etter bruk av tvangsmidler gjennomføres ikke på en systematisk måte
- Det legges ikke godt nok til rette for gjennomføring av kurs og kompetanseheving
- Manglende kapasitet ved andre lukkede langtidsseksjoner medfører lange opphold i akuttseksjonene
- Seksjonene har utskrivningsklare pasienter liggende i påvente av tilbud i kommunen
- Seksjonene har ikke oversikt over uønskede reinnleggelser

## 2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

Klinikken har igangsatt et større arbeid og en handlingsplan etter revisjonen for å dekke forbedringsområdene, som er beskrevet i revisjonsrapporten. En del av tiltakene krever forankring og implementering i andre seksjoner i klinikken. Avdelingen har kommet godt i gang med tiltakene i handlingsplanen.

## 3. Administrerende direktørs anbefaling

Administrerende direktør anbefaler styret å ta konsernrevisjonens rådgivende revisjonsrapport til etterretning og ber administrasjonen følge opp og gjennomføre tiltak i henhold til identifiserte forbedringsområder.

### Vedlegg

- Konsernrevisjonens rapport 5-2022 Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern

Rapport 5/2022

Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern  
Rådgivningsoppdrag

Sykehuset Telemark HF

Dato: 13. juli 2022

HELSE  SØR-ØST

# Innholdsfortegnelse

1. Om rådgivningsoppdraget	side 3
2. Sammendrag	side 4
3. Rammer for bruk av tvang	side 5
4. Metodisk tilnærming	side 6
5. Analyse av identifiserte utfordringer	side 7
6. Handlingsplan	side 19
Vedlegg	

# 1. Om rådgivningsoppdraget

## **Formål:**

Formålet med oppdraget har vært å kartlegge og vurdere hvordan foretaket forebygger bruk av tvangsmidler, hvordan det gjennomføres og følges opp i etterkant slik at feil bruk av tvang forhindres samtidig som pasientene ivaretas på en forsvarlig måte.

## **Oppdraget omfatter**

- Pasientforløp i psykisk helsevern der pasientene har aggresjons- og voldsproblematikk og der bruk av tvangsmidler kan være nødvendig
- Kapasitetsutfordringer knyttet til pasienter med høy grad av aggresjons- og voldsproblematikk



I Telemark sykehus HF sitt innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan for 2022 ønsket foretaket en revisjon knyttet til styring og kontroll på området bruk av tvang i psykisk helsevern. I dialog mellom konsernrevisjonen og foretaket ble det besluttet å gjennomføre dette som et rådgivningsoppdrag. I innledende møter med ledere og fagansvarlige ble det besluttet å se dette i sammenheng med kapasitetsutfordringer.

Oppdraget er avgrenset til bruk av tvangsmidler etter § 4-8 i lov om psykisk helsevern og har omhandlet hvordan foretaket forebygger, gjennomfører og følger opp etter at tvangsmidler er brukt. Kartlegging av foretakets kapasitetsutfordringer har vært begrenset til å undersøke pasienter foretaket har vurdert med vedvarende høy grad av aggresjons- og voldsproblematikk.

Oppdraget omfatter Klinik for psykisk helsevern og rusbehandling (KPR) ved Psykiatrisk sykehusavdelings (PSA) to akuttpsykiatriske seksjoner, A og B.

Konsernrevisjonen har i samarbeid med klinikkens ledere, fagansvarlige og klinikere vurdert dagens praksis for bruk av tvangsmidler opp mot gjeldende føringer og interne rutiner. Ved gjennomgang av et utvalg journaler har vi kartlagt hvordan pasientforløpet dokumenteres og om dagens praksis ivaretar krav til journalføring. For å belyse kapasitetsutfordringene har vi innhentet informasjon fra foretakets rapporter og sett disse opp mot klinikkens organisering og prioriteringer.

Læringspunkter fra tidligere regional spørreundersøkelse, samt flere kliniske fagrevisjoner av samme tema har vært utgangspunktet for konsernrevisjonens innspill. Kartleggingen som er gjennomført i dette oppdraget ses i sammenheng.

Rapportens oppsummering av resultater, konklusjoner og handlingsplan for videre forbedringsarbeid er basert på en felles forståelse av utfordringsbildet. Ansvarlig for gjennomføring av det enkelte tiltak i handlingsplanen vil fastsettes av den aktuelle leder.



## 2. Sammendrag

*Bruk av tvang overfor pasienter i psykisk helsevern er et unntak fra grunnprinsippet om at undersøkelse og behandling skal være frivillig. Pasientens medbestemmelse og autonomi er forankret i pasient- og brukerrettighetsloven. Regelverket rundt bruk av tvang er omfattende, og vedtak blir fulgt opp av egne kontrollkommisjoner.*

Lederes og medarbeideres holdninger og verdier er en risikofaktor ved enheter som forvalter bruk av tvang. Den iboende ubalansen i maktforholdet mellom ansatt og pasient krever gode refleksjoner over egen praksis. Det kreves derfor god faglig og relasjonell kompetanse for å kunne gjøre gode beslutninger i å ivareta pasienter med voldsproblematikk.

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling har god oversikt over tvangsmiddelbruken. Det har vært stor oppmerksomhet på området gjennom flere år, men vi forstår det slik at det likevel har gitt mindre utslag på statistikken og på kvalitetsindikatorene enn hva som har vært forventet.

I oppdragsdokumentet for 2019 ble det gitt føring om at helseforetakene skal innføre anbefalingene som er gitt i rapporten *Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern*. Selv om dette oppdraget i utgangspunktet ikke har vært å undersøke om anbefalingene i rapporten er ivaretatt, ser vi at det er forbedringsmuligheter på flere områder.

Oppdraget har omfattet utfordringer knyttet til kapasitetsutfordringer. Klinikken er bekymret for at manglende sengekapasitet totalt i klinikken medfører ekstra belastninger og kanskje av og til beslutninger som ikke er til beste for pasienten. Bekymringen er i hovedsak om utskrivningene av

enkelte pasienter er innenfor forsvarlighetsgrensen i situasjoner der det ikke er praktisk mulig å få overført pasientene til rett behandlingsnivå.

Konsernrevisjonen har, sammen med klinikkens ledere og medarbeidere i akuttseksjonene, diskutert løsninger og fremmet forslag til tiltak som kan løse noen av utfordringene. Utfordringsbildet er godt kjent i klinikken og enkelte tiltak er allerede iverksatt.

Studier viser at standardisering i journalnotater i pasientjournalen reduserer risiko for uønskede hendelser. God struktur i pasientjournalen øker gjenkjennelighet, det øker lesbarheten og det er lett å finne informasjon. Dette gir god kommunikasjon mellom helsearbeiderne. I denne gjennomgangen er det identifisert enkelte forbedringsområder som vil styrke kvaliteten i pasientjournalene.

Klinikken har gjennomgått alle registrerte hendelser med personalskader i perioden 2017-2022. Gjennomgangen viser ingen økning i antall personalskader. Imidlertid oppleves det at pasientene har høyere voldsrisiko enn tidligere. Årsakene er komplekse, men opplevelse av lav bemanningsnorm og økt bruk av vikarer står sentralt. Ved tilpasninger av bemanningsnorm ut fra dagens behov vil dette kunne redusere risiko for uønsket bruk av tvang.

Basert på gjennomgangen er konsernrevisjonens hovedinntrykk at de akutt-psykiatriske seksjonene har en kultur hvor pasienten er godt ivaretatt og at etiske refleksjoner inngår som en viktig del av det daglige arbeidet. Seksjonene har et bevisst forhold til bruk av tvangsmidler der opplæring og trening har gitt gode resultater i tilnærmingen til pasienter med voldsproblematikk.

# 3. Rammer for bruk av tvang

## ***Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern***

I henhold til § 4-8 i Psykisk helsevernloven skal «tvangsmidler bare brukes overfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige».

### *Lovens § 4-8 a-d definerer tvangsmidler som:*

- a) Mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer samt forebyggende spesialklær
- b) Kortvarig anbringelse bak låst dør uten personale tilstede
- c) Enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt
- d) Kortvarig fastholding

## ***Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring***

God kvalitet på helsetjenesten, herunder bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern, er avhengig av at ledelsen planlegger og følger opp pasientbehandlingen. En forutsetning for at dette gjøres på en god måte er at det er etablert et hensiktsmessig styringssystem i virksomheten.

I forskriften fremkommer leders ansvar for at virksomheten planlegges, utføres, evalueres og følges opp til målene nås. Forskriften bruker begrepet kontinuerlig forbedring som en samlebetegnelse på denne prosessen.

## ***Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst***

I 2017 oppnevnte Helse Sør-Øst RHF en prosjektgruppe som fikk i oppdrag å foreslå tiltak for å redusere bruk av tvangsmidler i regionen. I rapporten *Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst* ble det gitt anbefalinger om at

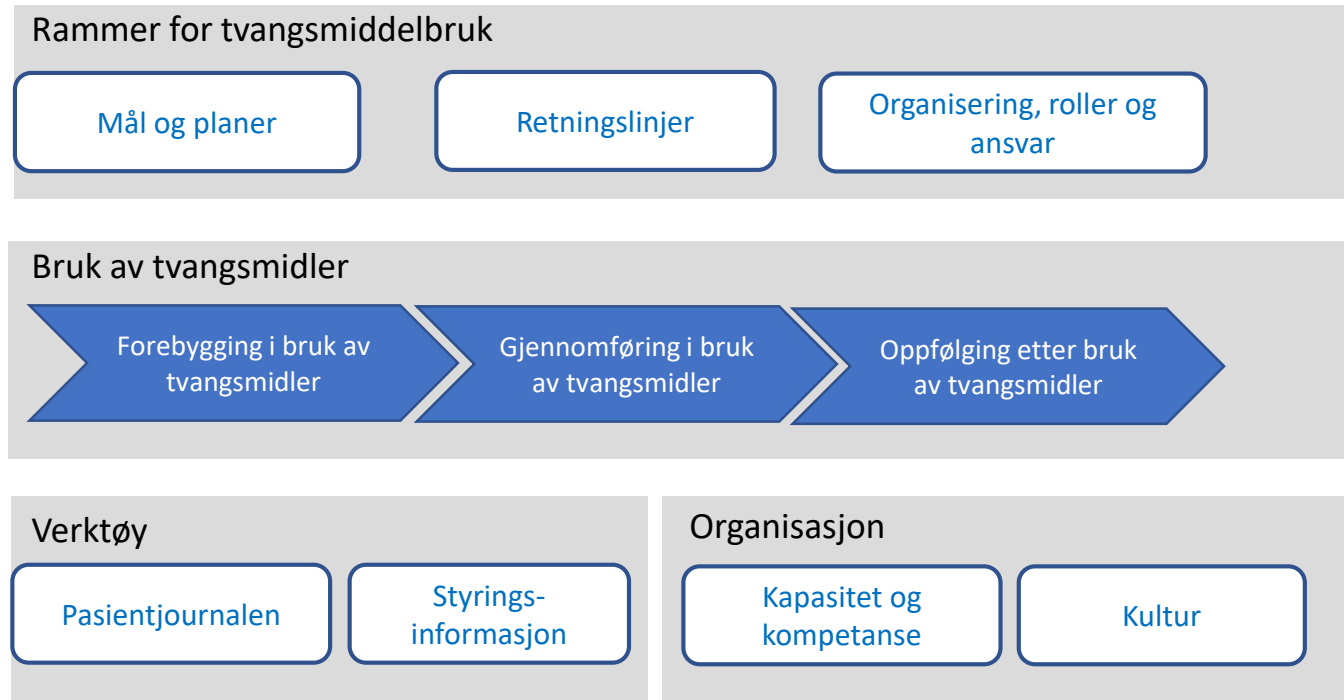
- ansvarshavende får myndighet til å fatte vedtak om bruk av tvangsmidler når faglig ansvarlig ikke er i umiddelbar nærhet
- bruk av trinnvis tilnærming i bruk av tvangsmidler
- felles kriterier for registrering av tvangsmidler
- gjennomgang av bygningsmessige forhold (ikke revidert)
- fjerning av ferdig monterte beltesenger
- gjennomgang av husordensregler
- kompetansetiltak
- systematisk bruk av voldsrisikovurderinger
- involvering av pasient i vurdering av voldsrisiko
- ettersamtaler etter situasjoner der tvang er benyttet

Rapporten ble sendt alle helseforetak og private ideelle sykehus våren 2019.

I oppdragsdokumentene for 2019 ble det gitt føringer om at anbefalinger i rapporten skal innføres i samtlige aktuelle avdelinger i regionen.

# 4. Metodisk tilnærming

Gjennomgangen har omfattet følgende elementer:



- Er det etablert tydelige mål og planer?
- Er hensiktsmessige rutiner etablert?
- Er det en tydelig plassering av ansvar?
  
- Gjennomføres voldsrisikovurderinger?
- Involveres pasient i vurdering av egen risiko for voldelig atferd?
- Er det beskrevet et helhetlig behandlingsforløp?
- Involveres pasienten i etterkant av tvangsmiddelbruk?
  
- Benyttes pasientjournalen til å understøtte behandlingsforløpet?
- Hvilke kvalitetsindikatorer benyttes for å vurdere måloppnåelse?
- Har ansatte tilstrekkelig kompetanse?
- Fremmer kulturen kvalitet i møte med voldsproblematikk?

# Utfordringene som ble diskutert og prioritert for videre analyse

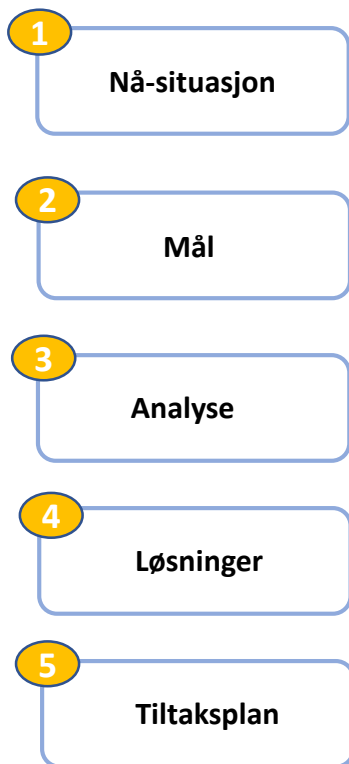
Alle områdene i tilnærmingen ble gjennomgått i workshop. Enkelte temaer ble prioritert for videre analyse. På noen områder var det pågående arbeid eller enklere tiltak som ikke krevde nærmere analyse. Temaer der det ikke ble identifisert utfordringer ble «parkert» og er vurdert som tilfredsstillende.

Områder	Tema	«Parkert»	Umiddelbare tiltak	Videre analyse
Rammer for bruk av tvangsmidler	Strategier og handlingsplaner	○		
	Prosedyrer og retningslinjer	○		
	Ansvar og roller	○		
Bruk av tvangsmidler	Innkostnotat vs Førstedagsnotat		○	
	Vedtaksskjema	○		
	Voldsrisikovurderinger			○
	Dokumenttyper og maler		○	
	Behandlingsplan			○
	Ettersamtaler		○	
	Kompetanse		○	
Kapasitetsutfordringer	Behandlingslengde/avdelingens oppdrag			○
	Utskrivningsklare pasienter			○
	Bistand til 3A			
	Re-innleggelser			○
	Bemanningsfaktor			○

- «Parkert»  
Fire av utfordringene som ble kartlagt ble ikke prioritert for videre arbeid og står som *parkert* i tabellen
- Umiddelbare tiltak  
Fem av de prioriterte utfordringene er godt kjent og forbedringstiltak er tidligere diskutert.
- Videre analyse  
Hver av de åtte prioriterte utfordringene ble drøftet videre i andre workshop. Området *Bistand til 3a* er lagt inn under Bemanningsfaktor i analysen

# 5. Analyse av identifiserte utfordringer

De prioriterte utfordringene ble analysert ved hjelp strukturert problemløsning



A3 er et enkelt verktøy for å strukturere problemløsning og forbedringsarbeid fordelt på ulike områder, 1-5.

*Formål med A3:*

- Strukturere problemløsningen og forbedringsarbeidet
- Gi en visuell oversikt over problemer, rotårsaker, ønsket situasjon og tiltak
- Sikre et faktabasert beslutningsgrunnlag
- Skape en felles forståelse av problemer
- Bidra til å fokusere på prosessen

Prosedyrer og retningslinjer	
Innkostnotat vs førstedagsnotat	
Dokumenttverer og maler	
Kompetanse	
Bakgrunn	
Voldsrisikovurderinger	
Behandlingsplan	
Kapasitet - behandling lengde/avdelingens oppdrag	
Kapasitet - utskrivningsklare pasienter	
Kapasitet - re-innleggelses	
Bakgrunn	
Hvorfor er dette et problem?	
Re-innleggelses betraktes ofte som uønskede hendelser. Av årsaker oppgis at det kan skyldes svikt i tjenestesystemet, knyttet til kvaliteten på behandlingen eller til mangelfull oppfølging etter utskrivning.	
Sykehuset Telemark HF har over flere år arbeidet aktivt for å redusere antall re-innleggelses. I 2016 ble det registrert 306 re-innleggelses innen 30 dager.	
Hva er gevinstene ved å løse dette?	
Det kan være en belastning for pasienten samtidig som det krever ressurser.	
Nå-situasjon	
Hva er problemet, hva gjøres nå og hvor ofte?	
Seksjonene oppgir at enkelte pasienter utskrives før de vurderes ferdigbehandlet.	
Mål	
I 2021 hadde klinikken 76 re-innleggelses innen 30 dager. Dette er en nedgang fra 96 re-innleggelses i 2020 (manuell telling).	
Målet er	
Det gis ikke antall på hva som for eksempel kan skyldes om liggetiden er for kort eller om det eksempelvis er bruk av «åpen retur» som et årsaken til innleggelse.	
Mål	
Hva vil dere oppnå?	
Å redusere re-innleggelses som kan betraktes som uønsket.	
Analyse	
Hvordan vil dere måle suksess?	
Å redusere antall uønskede re-innleggelses i tråd med forventet nedgang.	
Analyse	
Hva er rotårsaken til problemet?	
Akuttseksjonen har ikke kartlagt omfanget på uønskede re-innleggelses.	
Løsninger/tiltak	
Hvordan skal dere nå målet?	
Få oversikt over hvilke pasienter som re-innlegges, videre få oversikt over hvor mange som kan betraktes som en uønsket re-innleggelse og hvor mange av disse som ble re-innlagt på tving.	
Løsning	
Det er et dialog med pasientene i en viss tid etter utskrivelse vil det kunne forhindre re-innleggelses. Det gis forslag om 1-2 ukers oppfølging og at det fortrinnsvis bør gjøres av ansvarlig behandler. Dette gjelder i hovedsak nye pasienter. Det ses på om det er mulig å opprette en stilling som jobber mer utadrettet.	
Løsning	
En slik oversikt vil også kunne gi ambulante team bedre informasjon og dermed bedre forutsetningene for å følge opp pasientene. For å sikre økt forståelse og kunnskap om pasientenes behov foreslås det å vurdere om ambulante team kan hospitere i akuttseksjonen.	
Hva oppnår dere med å gjennomføre tiltakene?	
Seksjonene vil få en oversikt over hvilke pasienter dette er og kan gi dem en tettere oppfølging etter utskrivelse, og dermed hindre uønskede re-innleggelses. Dette vil også gi bedre grunnlag for økt samarbeid med klinikkens ambulante team og aktuelle kommuner.	
Tiltaksplan	



# Dokumenttyper og maler

*Det er krevende å finne frem i pasientjournalen*

## *Utfordringsbildet*

Det er noe tilfeldig hvilke dokumenttyper og overskrifter som benyttes av den enkelte behandler.

Det er utfordrende å vite hva det enkelte dokument handler om.

## *Konsekvens*

Det er utfordrende å «finne» igjen dokumentasjon i pasientjournalen fordi overskriften på notatene ikke gjenspeiler innholdet i notatet (f eks: ettersamtaler, legemiddelbehandling, telefonsamtale)

Det er risiko for at personell som er involvert i pasientens behandling ikke får informasjon om hva som er planlagt av behandling, medikamentelle endringer eller hva som er iverksatt av risikoreduserende tiltak.

## *Analyse - underliggende årsaker*

Det er noe uklart hvorfor praksis ikke er i tråd med gjeldende føringer. Enkelte gir imidlertid uttrykk for at de kjenner sine pasienter godt og er derfor ikke avhengig av en slik struktur.

## *Ønsket situasjon*

At pasientjournalen fremstår oversiktlig slik at det er mulig å raskt sette seg inn i dokumentene knyttet til pasientens forløp.

## *Løsninger*

Tilpasse prosedyren *Journalhåndbok Dokumenttyper og maler med forslag til innhold* etter dagens målsettinger, formelle krav og praksis.

- Gjøre prosedyren kjent for alle medarbeidere, sikre felles forståelse for nødvendigheten av ens praksis.
- Punkt om ettersamtaler vurderes inn i dokumenttypene «overflyttingsnotat» og «epikrise».
- Legge inn frase for behandlingsplan som er tilpasset akuttbehandling.

Navn	Content
Innkomsnotat	Aktuelt behandlingsplan, akuttstruktur, innkomstbehandlingsplan og innkomstrapport (ops-notat-aksaret)
Politisk notat (SP)	Politisk Notat (SP) (SP) so
Journalnotat	Evaluering/Behandlingsplan og journalnotat akuttstruktur og journalnotat og
Behandlingsplan	Behandlingsplan og
Sykepleiernotat ASA	Sykepleiernotat ASA
Temamøte	Temamøte
Dokumentasjon	Dokumentasjon

# Innkomsnotat vs førstedagsnotat

*Det er uklarerheter i bruk av innkomstnotatet vs førstedagsnotatet*

## Utfordringsbildet

Akuttseksjonene benytter tilnærmet samme mal for innkomst- og førstedagsnotat. Dette gjøres ved alle innleggelses. Noen journalnotater er svært lange og er ressurskrevende å skrive. Det medgår mye tid på å skrive notater i journalene.

Noen journalnotater inneholder avsnitt som er kopiert og limt inn fra et tidligere dokument. Man må lese samme tekst flere ganger.

Noen journalnotater er ofte beskrivende, men uten vurderinger eller konklusjoner. Det fremkommer i mindre grad en plan for videre forløp.

Foreløpig behandlingsplan og standard tiltakspakke er en del av standard mal i begge notatene.

## Konsekvens

Dagens praksis kan skape usikkerhet om hva som gjelder når foreløpig behandlingsplan og standard tiltakspakke er en del av standard mal i begge notatene.

Ved at «klipp og lim» gjøres fra innkomstnotat til førstedagsnotat gir dette risiko for at dokumentasjonen kan bli mangelfull eller feil.

Det er ressurskrevende og ofte uhensiktsmessig å dokumentere samme informasjon i flere dokumenter, og det kan være risiko for at feil oppstår.

## Analyse - underliggende årsaker

Den eksisterende bruk av innkomst- og førstedagsnotater har vært en etablert praksis i lang tid. Enkelte gir uttrykk for at det er nødvendig at akuttseksjonene ser på en mere hensiktsmessig inndeling av innhold i det enkelte journalnotat.

Førstedagsnotat er ikke omtalt i retningslinjen om *Dokumenttyper og maler med forslag til innhold*. Notatet er adoptert fra en annen seksjon og ikke forankret formelt i akuttseksjonene. Dette kan muligens ha innvirkning på hva som innholdsmessig skiller innkomstnotat fra førstedagsnotat.

## Ønsket situasjon

At innkomstnotatet inneholder nødvendig informasjon i henhold til føringer gitt i retningslinjen som nevnt over.

At førstedagsnotatet er strukturert og standardisert der det fremkommer informasjon om planlegging av utredning, behandling og utskrivning.

## Løsninger

Nedsette en arbeidsgruppe som ser begge notatene samlet og legger fram forslag om innhold som fremstår strukturert og informativt.

Avklare overskriften på notatet - er det et førstedagsnotat eller er det første samtale med behandler.



# Voldsrisikovurderinger

*Akuttseksjonene bruker ikke standardisert kartleggingsverktøy ved gjennomføring av aggresjons- og voldsrisikovurderinger*

## *Utfordringsbildet*

Akuttseksjonene bruker ikke standardisert kartleggingsverktøy ved gjennomføring av aggresjons- og voldsrisikovurderinger.

Dagens praksis for kartlegging av aggresjon- og voldsrisiko baseres på en klinisk vurdering av historikk og nå-situasjon. Ved indikasjon på forhøyet aggresjon- og voldsrisiko skal V-RISK-10, i følge retningslinjene, gjennomføres.

Journalgjennomgangen av 16 pasientjournaler viste at det var gjennomført en V-RISK-10. Seks pasienter ble vurdert å ha moderat voldsrisiko og åtte ble vurdert å ha høy aggresjons- og voldsrisiko.

## *Konsekvenser*

Manglende bruk av standardisert verktøy kan redusere muligheten for å iverksette hensiktsmessige tiltak.

Manglende bruk av standardisert verktøy ved aggresjons- og voldsrisikovurderinger kan føre til uønsket variasjon i tolkningen av hva som er forhøyet voldsrisiko.

## *Analyse – underliggende årsaker*

Akuttseksjonen har en etablert praksis og forståelse av at en klinisk vurdering er tilstrekkelig, og at bruk av standardisert verktøy ikke vil gi noen merverdi.

Prosedyren *Voldsrisiko – screening og vurdering* har flere forslag til verktøy som kan benyttes, og er konkret på at V-RISK-10 skal brukes ved mottak av pasienten. Prosedyren kan oppleves noe uklar.

## *Ønsket situasjon*

At aggresjons- og voldsrisiko vurderes likt, at uønsket variasjon reduseres og at relevante tiltak iverksettes.

Tydligere dokumentasjon i begrunnelsen av aggresjons- og voldsrisikovurderingene. At alle gjennomfører aggresjons- og voldsrisikovurderinger i tråd med vedtatte føringer.

## *Løsninger*

Det innføres standardiserte verktøy for aggresjons- og voldsrisikovurderinger. BVC skal gjennomføres ved pasientens inntak. Der BVC gir indikasjon på forhøyet risiko skal V-RISK 10 gjennomføres.

Det skal vurderes å innføre obligatorisk opplæring for gjennomføring av aggresjons- og voldsrisikovurderinger lik den som i dag gjøres på selvmordsrisiko.



# Overordnet behandlingsplan

## *Akuttseksjonene bruker ikke en overordnet behandlingsplan for pasientforløpet*

### Behandlingsplan

Behandlingsplan har minimum inneholde:

- behandlingens mål
- vurderer for behandlingens (tyngde, varighet)
- behandlingstiltakene og stik
- overvakte stik utenfor pasientens helsetilstand
- plan for evaluering og utbedring
- ansvar pasienten har for å følge opp behandlingen
- ansvar for evaluering
- ansvar for utbedring av stikene

### *Utfordringsbildet*

Ingen av pasientene i utvalget hadde en overordnet behandlingsplan for pasientforløpet.

Dagens praksis er at alle, både behandlere og miljøpersonell, benytter planen for sykepleie- og miljøpersonell for alle pasientene. Denne planen gjennomgås daglig i felles møter.

### *Konsekvens*

Ved at overordnet behandlingsplan for pasientforløpet ikke benyttes er det utfordrende å få en overordnet oversikt over pasientforløpet.

Når overordnet behandlingsplan ikke benyttes vil det mangle en samlet overordnet oversikt over mål for behandlingen, oversikt over planlagte tiltak, tidspunkt for å evaluere disse og forventet behandlingstid.

### *Analyse – underliggende årsaker*

Behandlingsplanen er ikke brukt fordi den oppleves å ikke være tilpasset behovet for akuttseksjonene.

Dagens praksis anses som tilstrekkelig. Det stilles spørsmål ved om innføring av behandlingsplan vil gi ytterligere oversikt og struktur. Bekymringen er også om dette vil gi økt dokumentasjonsmengde.

### *Ønsket situasjon*

At alle pasienter har en overordnet plan som gir en samlet oversikt over pasientens helsetilstand og behandlingstilbud og evaluering av disse.

### *Løsninger*

Behandlingsplan opprettes for alle pasienter ved første samtale med behandler. Malen *behandlingsplan* benyttes.

Utarbeidelse av frase (behandlingsplan) som er tilpasset akuttbehandling.

Ved innføring av malen *Behandlingsplan* i pasientjournalen (jf ST sin retningslinje om dokumenttyper og maler) må overskriften på sykepleie- og miljøplanen, som i dag benevnes som *behandlingsplan*, endres.



# Ettersamtaler

*Ettersamtaler med pasient etter bruk av tvangsmidler gjennomføres ikke på en systematisk måte*

## *Utfordringsbildet*

Ettersamtaler gjennomføres og dokumenteres i liten grad.

Det opplyses at det gjennomføres flere ettersamtaler med pasientene, men det brukes ikke som overskrift i dokumentet i journalen og er dermed vanskelig å finne igjen.

Journalgjennomgangen viste imidlertid at ettersamtaler var dokumentert for fem av 16 pasienter. Antall samtaler per pasient varierte fra 1-6.

Veiledende områder for samtaleinnhold som er beskrevet i retningslinjen *Ettersamtale etter bruk av tvang* er ikke brukt.

## *Konsekvens*

Manglende gjennomføring av ettersamtaler der bruk av tvangsmidler er brukt reduserer

- muligheten til å få innsikt i hvordan pasienten opplevde tvangsbruken og pasientens perspektiv og vurdering av hva som utløste situasjonen
- muligheten for behandlere til å forebygge fremtidige lignende situasjoner

## *Analyse - underliggende årsaker*

Det er uklart hva som er grunnen til at ettersamtaler ikke gjennomføres. Det er likevel enighet om at ettersamtaler har stor verdi for videre behandling av pasienten.

## *Ønsket situasjon*

At ettersamtaler gjennomføres og dokumenteres i tråd med gjeldende føringer.

## *Løsninger*

Gi opplæring i hvordan gjennomføre og dokumentere ettersamtaler

Være konsekvent i å bruke riktig overskrift på dokumentet i pasientjournalen

Vurdere innføring av ettersamtaler inn i VR-prosjektet som et kompetansehevende tiltak hos miljøpersonalet og behandlere.

Tilpasse nåværende prosedyre slik at den også omfatter akuttseksjonenes behov og at den ivaretar formelle krav.

Vurdere å ta inn et punkt om ettersamtaler i dokumenttypene «overflyttingsnotat» og «epikrise».

# Kompetanse



*Det legges ikke godt nok til rette for gjennomføring av kurs og kompetanseheving*

## *Utfordringsbildet*

Det legges ikke godt nok til rette for gjennomføring av opplæring, kurs og kompetansehevende tiltak.

Det uttrykkes at ledere i liten grad følger opp om medarbeidere gjennomfører opplæring.

Det er usikkerhet hvor vidt sykepleie- og miljøtjenesten har tilstrekkelig opplæring i å gjennomføre BVC og V-RISK-10. Ingen ansatte i seksjoner for akuttpsykiatri har sertifisering i bruk av HCR-20. Ved vedvarende risiko for vold og utagerende atferd må kvalifisert personell fra annen seksjon benyttes.

## *Konsekvens*

Manglende kompetanse medfører utrygghet i personellgruppen og en økt risiko for at vanskelige situasjoner og vold mot personellet øker.

Omfattende bruk av nye vikarer kan medføre økt bruk av tvangsmidler.

Manglende kompetanse i å gjennomføre BVC og V-RISK-10 kan redusere muligheten for å identifisere pasienter som trenger en mere omfattende utredning av voldsrisiko.

Manglende kompetanse for å gjennomføre HCR-20 i egen seksjon kan medføre høyere terskel for at pasientene får denne utredningen.

## *Analyse - underliggende årsaker*

Sosial distansering i forbindelse med pandemien har gjort det utfordrende å gjennomføre kurs og opplæring.

Kompetansebehov og faglig utvikling er i stadig endring. Pasientenes pleietyngde har også endret seg de siste årene.

## *Ønsket situasjon*

Å sikre at personalet har erfaring og oppdatert kompetanse.

Nøkkelpersonell har kompetanse til å gjennomføre V-RISK-10. Alle ansatte har kompetanse til å gjennomføre BVC. Ha egen kompetanse for gjennomføring av HCR-20.

## *Løsninger*

Gjennomføre eksisterende planer for kompetanseheving, herunder kurs i MAP/SIM , ukentlig SIM-trening, internundervisning og etisk refleksjonsmøter.

Seks ansatte starter i SEPREP-utdanning høsten 2022.

Alle ansatte får opplæring i bruk av BVC og vurdere opplæring av ansvarsvakter i V-RISK-10.

Sertifisere tilstrekkelig antall personell i HCR-20 i PSA.



# Oppholdslengde

*Manglende kapasitet ved andre lukkede langtidsseksjoner medfører lange opphold i akuttseksjonene*

## *Utfordringsbildet*

Pasienter som ikke lenger er i behov av akutt behandling blir liggende i akuttseksjonene på grunn av manglende kapasitet ved andre lukkede langtidsposter.

De siste tre årene har det til enhver tid vært langtidspasienter i akuttseksjonene. Det opplyses at 40-50 prosent av sengene benyttes til akutt plasser.

I 2021 hadde akuttseksjonene tilsammen fem pasienter inneliggende i mere enn tre måneder og tre pasienter mere enn seks måneder.

## *Konsekvens*

Kapasiteten i akuttseksjonene blir ikke benyttet til pasienter som er i behov av akutt behandling og oppfølging.

Pasientene som venter på langtidstilbud i annen seksjon får ikke tilstrekkelig tilrettelagt behandling i akuttseksjonen.

## *Analyse – underliggende årsaker*

Samlet sett oppleves det at klinikken har for liten kapasitet. På grunn av mangel på langtidsplasser i andre seksjoner må akuttseksjonene tilby intermediær behandling.

## *Ønsket situasjon*

Å frigjøre kapasitet i klinikken slik at akuttseksjonene kan benytte kapasiteten til pasienter som har behov for akutt- og subakutt behandling.

## *Løsninger*

Klinikken vil gjennomføre en kartlegging av kapasiteten i alle relevante seksjoner for å få en total oversikt over kapasiteten i klinikken som grunnlag for å vurdere videre tiltak.

Inntil videre vil akuttseksjonene iverksette opplæring for sykepleie- og miljøtjenesten som vil sikre adekvat behandling for pasienter som ikke lenger er i behov av akutt behandling.

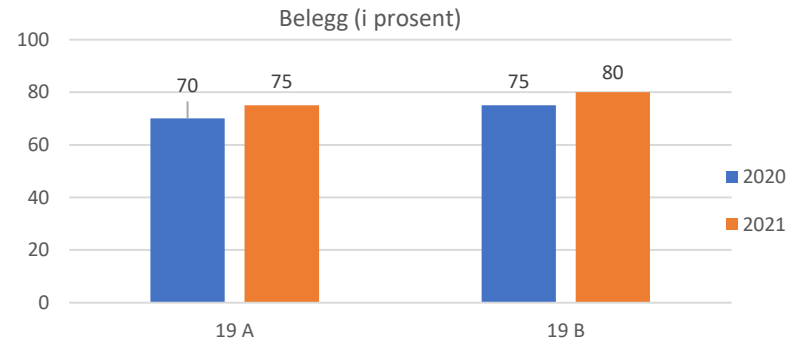


# Utskrivningsklare pasienter

*Seksjonene har utskrivningsklare pasienter liggende i påvente av tilbud i kommunen*

## Utfordringsbildet

Seksjonene har pasienter som ligger inne i påvente av behandlingsplass eller bolig i kommunene. Utskrivningsklare pasienter utgjorde totalt 351 døgn i 2021. I årene 2020 og 2021 hadde akuttseksjonene i gjennomsnitt et belegg på 75 prosent.



## Konsekvens

I perioder vurderes belegget i akuttseksjonene for høyt. Ved at utskrivningsklare pasienter blir værende reduserer akuttseksjonenes kapasitet til å behandle pasienter med behov for akuttinnleggelse.

Det er en belastning for utskrivningsklare pasienter å bli liggende i en akuttseksjon.

## Analyse – underliggende årsaker

Dette er en strukturell utfordring i hovedsak knyttet til en enkelt kommune som i flere situasjoner opplyser å ikke ha ledige plasser til nye pasienter.

## Ønsket situasjon

Å bedre forståelse og aksept i kommunene til å overta ansvaret for pasientene så fort de vurderes utskrivningsklare av akuttseksjonene.

## Løsninger

Klinikken sikrer at etablerte rutiner for oppfølging av dialogmeldinger med ansvarlige i kommunen gjennomføres. Videre sikre god informasjonsflyt internt i seksjonene.

Det vil bli gitt ytterligere opplæring i akuttseksjonen i hvordan dialogmeldingene skal fylles ut slik at tilstrekkelig informasjon gis så tidlig som mulig.

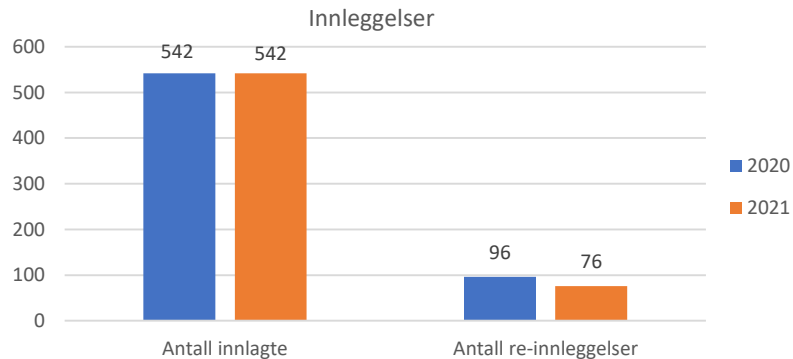
# Reinnleggelser

Seksjonene har ikke oversikt over uønskede reinnleggelser

## Utfordringsbildet

Reinnleggelser betraktes ofte som uønskede hendelser. Årsaker til at pasienter reinnlegges kan skyldes svikt i tjenestesystemet, kvaliteten på behandlingen eller mangelfull oppfølging etter utskrivning.

I 2021 hadde klinikken 76 reinnleggelser innen 30 dager. Dette er en nedgang fra 96 reinnleggelser i 2020.



## Konsekvens

Reinnleggelser kan øke belastningen på pasientene, gi lengre behandlingsforløp og legge beslag på kapasiteten.

## Analyse – underliggende årsaker

Akuttseksjonene har ikke ansett dette som en utfordring og har derfor ingen oversikt over hva reinnleggelsene skyldes. Seksjonene vurderer likevel å se nærmere på dette da årsaken til reinnleggelser kan være at pasienter skrives ut før de er tilstrekkelig behandlet.

## Ønsket situasjon

At akuttseksjonene har oversikt over hvilke pasienter som reinnlegges og reduserer reinnleggelser som kan betraktes som uønsket. Oversikten vil være et grunnlag for videre analyse.

At ansvarlig behandler følger opp pasientene i 1-2 uker etter utskrivning for i større grad kunne forhindre uønskede reinnleggelser.

## Løsninger

Akuttseksjonen lager en oversikt over hvor mange reinnleggelser som kan betraktes som uønsket, hvor mange pasienter som reinnlegges på tvang og hvor mange som reinnlegges som «åpen retur».

Diskutere muligheter for å følge opp nye pasienter 1-2 uker etter utskrivning.



# Bemanningsnorm

*Bemanningsnormen for sykepleie- og miljøtjenesten har ikke vært justert siden 2016*

## *Utfordringsbildet*

Pasientene har i dag økt grad av symptombelastninger ved innleggelse. Dette gir ofte utslag i høyere grad av vold og utagering.

Det opplyses at det er stor slitasje på de ansatte da det er utfordrende å håndtere høy grad av vold over tid. I tillegg fører for lav grunnbemanning til mer bruk av overtid og vikarer.

På grunn av begrensede skjermingsmuligheter ved seksjon for sikkerhetspsykiatri er det periodevis nødvendig å overføre pasienter til akuttseksjonene. Når pasienter overføres til akuttseksjonene følger det ikke alltid med personell.

## *Konsekvens*

Økt bruk av overtid og vikarer fører til ytterligere slitasje på faste ansatte. Manglende erfaring hos vikarer kan igjen føre til økt bruk av tvang.

Pasientene opptar skjermingsrommene og kapasitet i akuttseksjonene slik at akuttseksjonene har færre ressurser til «egne» pasienter.

## *Analyse – underliggende årsaker*

Bemanningsnormen er ikke justert siden 2016 og det oppleves at normen gir en for lav grunnbemanning vurdert mot dagens pleietyngde.

For lav bemanning fører til økt bruk av vikarer som har ikke tilstrekkelig kompetanse og erfaring til å håndtere pasienter med utagerende og voldelig adferd. Akuttseksjonene har også pasienter som vurderes å tilhøre andre seksjoner og som derfor opptar kapasitet og ressurser i akuttseksjonene.

## *Ønsket situasjon*

Å ha en personellgruppe med behandlere og miljøpersonell som er normert etter dagens faktiske behov.

Inntil lokalutfordringene til sikkerhetspsykiatrisk seksjon er utbedret, må det i hvert enkelt tilfelle tydelig avklares hvordan ressursene planlegges og fordeles.

## *Løsninger*

Det er satt ned et prosjekt som på klinikknivå skal kartlegge behov for endring i bemanningsnormen og endring i pleietyngde.

De akuttpsykiatriske seksjonene og seksjon for sikkerhetspsykiatri etablerer et samarbeid og rutiner om hvordan ressursene skal fordeles når pasienter overføres til akuttseksjonene.

# Handlingsplan

Områder	Temaer	Mål	Tiltak	Ansvarlig	Frist	Evaluering
Bruk av tvangsmidler	Dokumenttyper og maler		<ul style="list-style-type: none"> <li>Å gjennomgå og oppdatere retningslinjen <i>Dokumenttyper og maler med forslag til innhold</i> etter endret praksis</li> </ul>			
	Innkostnotat vs førstedagsnotat		<ul style="list-style-type: none"> <li>Vurderer struktur og innhold i notatene</li> <li>Revidere prosedyre</li> </ul>			
	Voldsrisikovurderinger		<ul style="list-style-type: none"> <li>BVC gjennomføres ved pasientens inntak</li> <li>V-RISK-10 gjennomføres ved første samtale med behandler</li> <li>Det innføres og gjennomføres obligatorisk opplæring for voldsrisikovurderinger</li> <li>Revidere prosedyren <i>Voldsrisiko – screening og vurdering</i></li> </ul>			
	Behandlingsplan		<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsplan opprettes ved første samtale med behandler</li> <li>Utarbeidelse av frase i dokumentet <i>Behandlingsplan</i> som er tilpasset akuttseksjonenes behov</li> </ul>			
	Ettersamtaler		<ul style="list-style-type: none"> <li>Opplæring i å gjennomføre og dokumentere ettersamtaler</li> <li>Revidere veileder <i>Ettersamtale etter bruk av tvang</i></li> </ul>			
	Kompetanse		<ul style="list-style-type: none"> <li>Gjennomføre eksisterende planer for kompetanseheving</li> <li>Beslutte en plan for å avsette ressurser for å sertifisere tilstrekkelig personell i HCR-20, tas inn i kompetanseutviklingsplanen</li> <li>Ansvarsvakter får opplæring i V-RISK 10</li> <li>Alle ansatte får opplæring i bruk av BVC.</li> </ul>			
Kapasitetsutfordringer	Behandlingslengde/avdelingens oppdrag		<ul style="list-style-type: none"> <li>Klinikken kartlegger kapasiteten i de ulike seksjonene - omrokere, sikre kompetanse</li> <li>Sikre adekvat behandling og oppfølging for pasienter som venter på overflytting - undervisning i aktuell problematikk</li> </ul>			
	Utskrivningsklare pasienter		<ul style="list-style-type: none"> <li>Ytterligere opplæring i utfylling av dialogmeldinger</li> <li>Klinikken etablerer kontrollrutiner for oppfølging av dialogmeldingene</li> </ul>			
	Re-innleggelser		<ul style="list-style-type: none"> <li>Lage en oversikt over årsaker til reinnleggelser</li> </ul>			
	Bemanningsnorm		<ul style="list-style-type: none"> <li>Gjennomføre forslag til tiltak fra prosjektet som kartlegger bemanningsnorm og pleietyngde</li> <li>Samarbeid med Sikkerhetspsykiatrisk seksjon om fordeling av ressurser ved overflytting av skjermingspasienter</li> </ul>			



# Vedlegg 1

*I samarbeid med overleger i de to akuttpsykiatriske seksjonene har vi undersøkt pasientjournaler*

## *Resultater fra journalgjennomgangen*

Undersøkt	Observasjoner
Innkomstnotat	<ul style="list-style-type: none"><li>• Foreligger og gjennomgått i alle journaler, utfylt ihht standard oppsett</li><li>• Klinisk vurdering av voldsrisiko<ul style="list-style-type: none"><li>- 15 av 16 journaler</li></ul></li><li>• 6 vurderes å ha moderat voldsrisiko, 8 vurderes å ha høy voldsrisiko<ul style="list-style-type: none"><li>- varierende innhold, varierende kvalitet, baseres i stor grad på status ved innkomst og tidligere voldshistorikk</li></ul></li></ul>
Førstedagsnotat	<ul style="list-style-type: none"><li>• Foreligger og gjennomgått i alle journaler, utfylt ihht standard oppsett.</li><li>• 11 av 16 førstedagsnotater inneholder en klinisk vurdering av voldsrisiko (èn innlagt med. avdeling, èn overflyttet fra DPS)</li></ul>
V-RISK-10	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 vurdering</li></ul>
Behandlingsplan	<ul style="list-style-type: none"><li>• 0 av 16 (samtlige pasienter har sykepleie og miljøplan)</li></ul>
Trinnvis tilnærming (utvalg)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dokumentert i de fleste gjennomgåtte vedtaksskjemaer</li></ul>
Ettersamtaler	<ul style="list-style-type: none"><li>• 5 av 16, varierer fra 1-6 samtaler, varierende innhold</li></ul>
Overflyttingsnotat/epi kriser	<ul style="list-style-type: none"><li>• Foreligger i alle pasientjournaler</li><li>• 14 av 16 klinisk vurdering av voldsrisiko – status (ikke relevant for de to øvrige)</li><li>• 1 vurderes å ha høy voldsrisiko - overført annet HF</li><li>• 2 vurderes å ha særdeles høy voldsrisiko hvor av 1 er overflyttet 3A</li><li>• 5 vurderes å ha moderat voldsrisiko</li></ul>

Pasientjournalene ble valgt på bakgrunn av vedtak etter § 4-8 a og d i perioden 1.7.2022 – 31.12.2022. Følgene to kriterier lå til grunn for utvelgelsen:

- Mer enn fem vedtak om kortvarig fastholding
- Mer enn ett vedtak om mekanisk tvang

Tabellen under gir en oversikt over det totale antall pasienter som var innlagt i perioden, samt det totale antallet tvangsmiddelvedtak som var gjennomført i perioden.

Kolonne tre og fire viser henholdsvis antall pasientjournaler som ble gjennomgått og hvor mange tvangsmiddelvedtak som var registrert på disse pasientene i valgte periode.

Totalt antall pasienter i perioden	Totalt antall vedtak i perioden	Utvalg antall journaler	Antall tvangsvedtak i utvalgte journaler
50	286	16	201
<ul style="list-style-type: none"><li>• Antall vedtak per pasient varierte fra 1 til 63</li><li>• Varighet på innleggelsene varierte fra to døgn til to år og fire md.</li></ul>			

# Vedlegg 2

## Statistikk 2020-2021

	Seksjon A	Seksjon B
Antall innlagte	2020: 203 2021: 298	2020: 339 2021: 244
Re-innleggelser (klinikk)	2020: 96 2021: 76	
Belegg	2020: 2821 liggedøgn - maks belegg 4026 (70,1 %) 2021: 3030 liggedøgn - maks belegg 4015 (75,5 %)	2020: 3042 liggedøgn - maks belegg 4026 (75,6 %) 2021: 3232 liggedøgn - maks belegg 4015 (80,5 %)
Utskrivningsklare	2020: 7 pasienter, totalt 53 døgn 2021: 13 pasienter, totalt 178 døgn	2020: 6 pasienter, totalt 73 døgn 2021: 7 pasienter, totalt 173 døgn
Lengde på opphold	2020: 3 pasienter innlagt i mer enn 3 mnd, 1 pasient innlagt i mer enn 6 mnd 2021: 2 pasienter innlagt i mer enn 3 mnd	2020: 3 pasienter innlagt i mer enn 3 mnd 2021: 3 pasienter innlagt i mer enn 3 mnd 3 pasienter innlagt i mer enn 6 mnd
	I 2020 var det i tillegg en pasient som var innlagt i nesten 3 mnd på 19A, deretter overført til 19B hvor pasienten var innlagt ca 2 mnd til	

Tabellen viser tall og statistikk over innlagte pasienter fordelt på akuttseksjonene i 2020 og 2021.

Tallgrunnlaget er benyttet i diskusjonene om opplevde kapasitetsutfordringer.

Tallene underbygger opplevelse av kapasitetsutfordringer da flere områder viser at akuttseksjonene har pasienter som i utgangspunktet tilhører annen seksjon eller er utskrivningsklare.

Gjennomsnittlig beleggsprosent for 2021 viser at det i perioder sannsynligvis har vært overbelegg.

Kilde: ST, DIPS-rapporter: 7297, 2057, 496, 5845, 8168

### *Om konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst*

Konsernrevisjonen er organisert direkte under styret i Helse Sør-Øst RHF og rapporterer funksjonelt til styrets revisjonsutvalg og administrativt til administrerende direktør i det regionale helseforetaket. Våre rapporter behandles av styret i det reviderte helseforetak.

Konsernrevisjonen ble etablert i 2005, og er fra 1. januar 2013 hjemlet i helseforetaksloven § 37a.

Konsernrevisjon skal på vegne av styret i Helse Sør-Øst bidra til forbedring i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst RHF og underliggende helseforetak.

### *Vår visjon*

Konsernrevisjonen skal være en etterspurt bidragsyter til læring og forbedring i Helse Sør-Øst.

Dette skal vi oppnå gjennom:

- Relevante revisjons- og rådgivningsoppdrag som skaper innsikt
- Effektiv kommunikasjon og godt samarbeid
- Deling av erfaringer og læringspunkter på tvers av helseforetakene

### *Om rådgivningsoppdraget*

Periode: April 2022 - juni 2022  
Virksomhet: Sykehuset Telemark HF

#### *Team:*

Espen Anderssen	Konsernrevisor - oppdragseier
Torun Vedal	Internrevisor - oppdragsleder
Hanne Bjørnstad Eide	Internrevisor

#### *Rapporten oversendes til:*

- Styret ved Sykehuset Telemark HF
- Administrerende direktør ved Sykehuset Telemark HF
- Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF

### *Konsernrevisjonens rapporter*

Rapporter er tilgjengelig på følgende web-adresse:

<https://www.helse-sorost.no/om-oss/styret/konsernrevisjonen>

## Saksfremlegg

### Saksgang

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
<b>Styret i Sykehuset Telemark HF</b>	1. februar 2023

Type sak (sett kryss)						
Beslutning		Etterretning		Orientering	X	Tema

### 010-2023 Forskningsåret 2022 samt nytt fra forskning

#### Hensikten med saken

Forskningsjef Hege Kersten vil i møtet gi sykehusets styre en presentasjon av status for forskningen ved Sykehuset Telemark, herunder en oversikt over forskningsproduksjonen i 2022, og en orientering om tiltak og nyheter som berører videre forskningsaktivitet ved sykehuset.

#### Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering

Skien, 23. januar 2023

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

## 1. Hva saken gjelder

Vi nærmer oss slutten av en planperiode for sykehusets handlingsplan for forskning 2020-2022. Status for gjennomførte tiltak og oppnådde resultater vil i møtet presenteres for styret ved Sykehuset Telemark. Forskingssjefen vil også orientere om gjennomførte tiltak og aktuelle nyheter knyttet til forskningsaktiviteten ved STHF. Det inviteres til diskusjon av utfordringer for å oppnå økt forskningsaktivitet i neste planperiode 2022-2025.

## 2. Forskningsproduksjonen og forskningsstøttefunksjoner

Forskningsstøttefunksjonene og infrastrukturen for forskning og innovasjon er styrket med flere ressurser i 2022. Vi håper dette vil bidra til økt forskningsproduksjon de neste årene.

Sykehuset Telemark vil bli kreditert for 55-60 vitenskapelige artikler, og 7 kliniske behandlingsstudier, som startet å rekruttere pasienter i 2022. Ingen doktorgrader ble avsluttet i 2022, men det forventes 5-6 doktorgrader i 2023. Noen av PhD-studentene har blitt litt forsinket med innlevering av avhandlingen grunnet pandemien. Antall vitenskapelige publikasjoner er nå tilbake til samme nivå som før pandemien, med en økning på ca 10 artikler fra 2021. Vi publiserer en relativt stor andel (ca 25 %) i nivå 2 tidsskrift (høy impact) sammenliknet med tidligere og også sammenliknet med andre helseforetak i HSØ. Dette betyr at kvaliteten på forskningspublikasjonene er høyere enn tidligere, noe som også gjenspeiles i medieoppmerksomheten noen av publikasjonene har fått. Dette er svært positivt for omdømme til sykehuset.

Det er nå etablert fem forskningsgrupper ved sykehuset. Dette er med på å bygge opp større og mer robuste forskningsmiljøer som er mer konkurransedyktige om eksterne forskningsmidler og som kan bidra til økt rekruttering av forskningsinteresserte fagpersoner.

## Saksfremlegg

### Saksgang

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
<b>Styret i Sykehuset Telemark HF</b>	1. februar 2023

Type sak (sett kryss)						
Beslutning	X	Etterretning		Orientering		Tema

### 011-2023 Samdata 2021

#### Hensikten med saken

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

Helsedirektoratet publiserer også informasjon om forbruk av tjenester i spesialisthelsetjenesten blant befolkningen per bostedsområde. Dataen skal være vasket og transformert som legger til rette for sammenligning på tvers av bostedsområder.

Helsedirektoratet har publisert både en nasjonal rapport og et dashbord med resultater av sine sammenligninger av helseforetak og av forbruk av tjenester i befolkningen. Basert på disse kildene har Sykehuset Telemark laget en fremstilling av de viktigste funnene. Fullversjonen av denne deles til gjennomlesing i forkant av Styremøtet, mens det i møtet fokuseres på de mest relevante og interessante hovedresultatene fra Samdata 2021.

Link til Helsedirektoratets nasjonale rapport: [SAMDATA spesialisthelsetjeneste 2021](#)

#### Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering

Skien, 23. januar 2023

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

Vedlegg: Presentasjon Samdata 2021

011-2023:  
**SAMDATA 2021**

Styret Sykehuset Telemark HF  
1. februar 2023

## Hva er SAMDATA?



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



Denne presentasjonen viser funn fra SAMDATA 2021 for Somatikk og Psykisk Helsevern og Rusbehandling (PHR) hver for seg

### **Somatikk**

- Kostnad per DRG-poeng
- Kostnad per liggedøgn
  
- Geografiske forskjeller i aktivitet innen Somatikk

### **Psykisk Helsevern og Rusbehandling (PHR)**

- Kostnad per pasient
- Kostnad per polikliniske pasient
- Kostnad per oppholdsdøgn
  
- Geografiske forskjeller i aktivitet innen PHR

# Somatikk

Kostnad per DRG-poeng og  
Kostnad per Liggedøgn

## Hvilke kostnader inngår i datagrunnlaget for produktivitetsberegninger innen Somatikk?



### **Inkluderte kostnader**

Kostnadene er knyttet til aktivitet utført ved eget foretak.

Kostnadsgrunnlaget for kostnadsindikatorene avgrenses til å gjelde behandlingsrelaterte driftskostnader ved det enkelte foretak. Kostnadene som inngår er ført på kontoklassene k4-k7. Eksempler er varekostnader, lønn og personalkostnader, driftskostnader, herunder av- og nedskrivninger.



### **Ekskluderte kostnader**

Ved avgrensning av kostnader til pasientbehandling ekskluderes følgende kostnadskomponenter fra brutto driftskostnader på k4 - k7:

- Kjøp av pasientbehandling
- Salg og utleie
- Forskning
- Annen ekstern virksomhet (utbetalinger til pasientskadeerstatning og ulike eksterne oppgaver, f.eks. drift av kompetansesenter , prosjektkostnader, administrasjon av behandlingshjelpemidler m.m.)
- Poliklinisk lab/røntgen

# SYKEHUSET TELEMARSK

På nasjonalt plan var det en produktivitetsvekst i somatikken på 2,1 % fra 2020-2021, som tilsvarer en nedgang i kostnad per DRG-poeng på 1.239 kr



- Regionen Helse Sør-Øst totalt opplevde en produktivitetsvekst fra 2020-2021 på 2,7 %, der kostnad per DRG-poeng gikk ned med 1.554 kr
- Til tross for en nedgang i kostnadsnivå fra 2020-2021, viser statistikken at pasientbehandlingen i Helse Sør-Øst i 2021 kostet 10,2% mer enn i 2019
- Kostnad per DRG-poeng Helse Sør-Øst totalt:

År	Kostnad per DRG-poeng
2017	51.014
2018	51.155
2019	51.542
2020	58.378
2021	56.824

Confidential, Pedersen, Tone, 26.01.2023 08:29:59

## Sykehuset Telemark har nest lavest kostnad per DRG-poeng for 2021. Kostnad per DRG-poeng falt med 2.516 kr (-4,9 %) fra 2020-2021

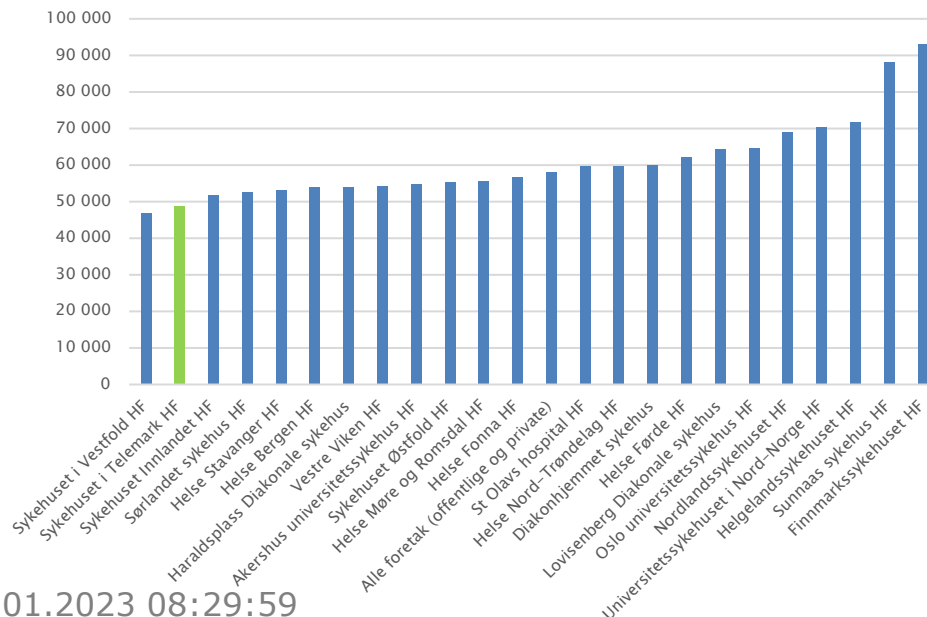
Helseforetak	Kostnad pr DRG-poeng*		Kostnadsendring 2020-2021	
	2020	2021	Absolutt	Relativ
Sykehuset i Vestfold HF	48 711	46 844	- 1 867	-3,8 %
Sykehuset i Telemark HF	51 332	48 817	- 2 516	-4,9 %
Sykehuset Innlandet HF	53 238	51 690	- 1 548	-2,9 %
Sørlandet sykehus HF	55 895	52 739	- 3 156	-5,6 %
Helse Stavanger HF	53 871	53 069	- 802	-1,5 %
Helse Bergen HF	55 951	53 977	- 1 975	-3,5 %
Haralds plass Diakonale sykehus	58 044	54 064	- 3 980	-6,9 %
Vestre Viken HF	53 619	54 263	645	1,2 %
Akershus universitetssykehus HF	54 927	54 930	3	0,0 %
Sykehuset Østfold HF	54 924	55 318	394	0,7 %
Helse Møre og Romsdal HF	57 398	55 668	- 1 730	-3,0 %
Helse Fonna HF	56 420	56 841	422	0,7 %
Nasjonalt Alle foretak (offentlige og private)	59 306	58 067	- 1 239	-2,1 %
St. Olavs hospital HF	58 905	59 681	776	1,3 %
Helse Nord-Tråndelag HF	61 825	59 877	- 1 947	-3,1 %
Diakonhjemmet sykehus	66 376	60 084	- 6 292	-9,5 %
Helse Førde HF	65 671	62 245	- 3 427	-5,2 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	61 715	64 264	2 549	4,1 %
Oslo universitetssykehus HF	67 162	64 796	- 2 367	-3,5 %
Nordlandssykehuset HF	69 028	69 149	121	0,2 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	69 733	70 467	734	1,1 %
Helgelandssykehuset HF	71 450	71 815	365	0,5 %
Sunnas sykehus HF	97 962	88 262	- 9 700	-9,9 %
Finnmarkssykehuset HF	95 502	93 178	- 2 323	-2,4 %

- En nedgang i kostnad per DRG-poeng forstås som en produktivitetsvekst. På samme måte vil et lavere nivå på kostnad per DRG forstås som høyere produktivitetsnivå når helseforetakene sammenlignes
- Sykehuset Telemark har nest lavest kostnad per DRG-poeng med sine 48.817 kr i 2021, og opplevde en nedgang på 2.516 kr (-4,9 %) fra 2020-2021
- Av foretak STHF normalt sammenligner seg med er det kun Sørlandet sykehus HF som har en bedre relativ utvikling, med sin nedgang i kostnad per DRG-poeng på -5,6 %

Confidential, Pedersen, Tone, 26.01.2023 08:29:59

Sammenlignet med andre foretak ligger STHF på en god andreplass med 1.973 kr mer i kostnad per DRG-poeng enn SiV (best i 2021)

Helseforetak	Kostnad pr DRG-poeng* 2021	Differanse fra "Best i klassen" 2021
Sykehuset i Vestfold HF	46 844	-
Sykehuset i Telemark HF	48 817	1 973
Sykehuset Innlandet HF	51 690	4 847
Sørlandet sykehus HF	52 739	5 895
Helse Stavanger HF	53 069	6 225
Helse Bergen HF	53 977	7 133
Haraldsplass Diakonale sykehus	54 064	7 220
Vestre Viken HF	54 263	7 419
Akershus universitetssykehus HF	54 930	8 086
Sykehuset Østfold HF	55 318	8 474
Helse Møre og Romsdal HF	55 668	8 824
Helse Fonna HF	56 841	9 997
Nasjonalt Alle foretak (offentlige og private)	58 067	11 223
St Olavs hospital HF	59 681	12 837
Helse Nord-Trøndelag HF	59 877	13 033
Diakonhjemmet sykehus	60 084	13 240
Helse Førde HF	62 245	15 401
Lovisenberg Diakonale sykehus	64 264	17 420
Oslo universitetssykehus HF	64 796	17 952
Nordlandssykehuset HF	69 149	22 305
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	70 467	23 623
Helgelandsykehuset HF	71 815	24 971
Sunnaas sykehus HF	88 262	41 418
Finmarkssykehuset HF	93 178	46 334

**Kostnad per DRG-poeng 2021**


Confidential, Pedersen, Tone, 26.01.2023 08:29:59

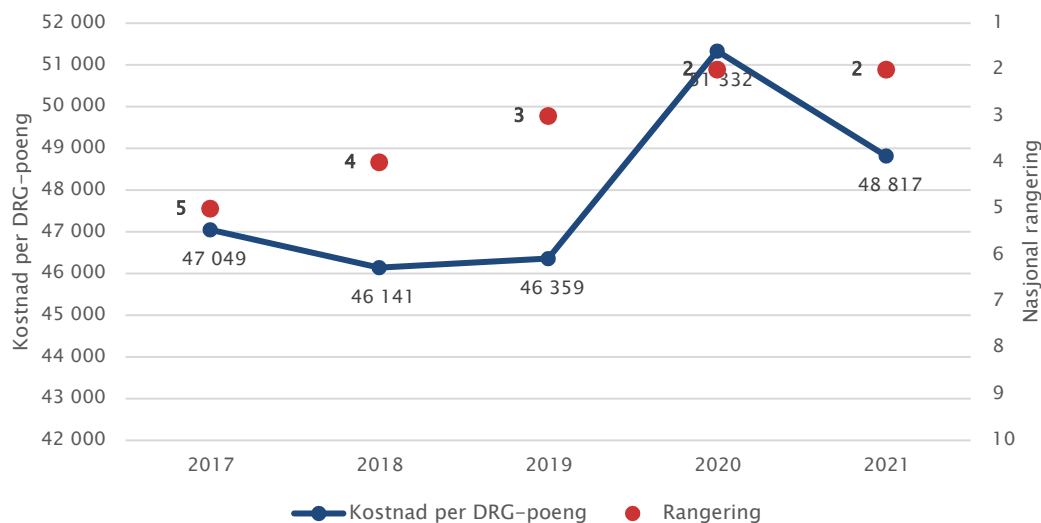
\*MERK: Alle kostnader presentert i 2021 prisindeks. Dette er grunnen til avvik i indikatoren Kostnad per DRG-poeng fra Samdata 2020.

Kilde: [Om SAMDATA spesialisthelsetjenesten – Helsedirektoratet](#); Produktivitet i Somatikken - Grunnlagstall


**SYKEHUSET TELEMARK**

Etter en markant vekst i kostnad per DRG-poeng i 2020 opplever STHF en produktivitetsvekst i 2021. STHF beholder andreplass på nasjonal rangering

Utvikling i kostnad per DRG-poeng og nasjonal rangering for STHF 2017–2021\*



Confidential, Pedersen, Tone, 26.01.2023 08:29:59

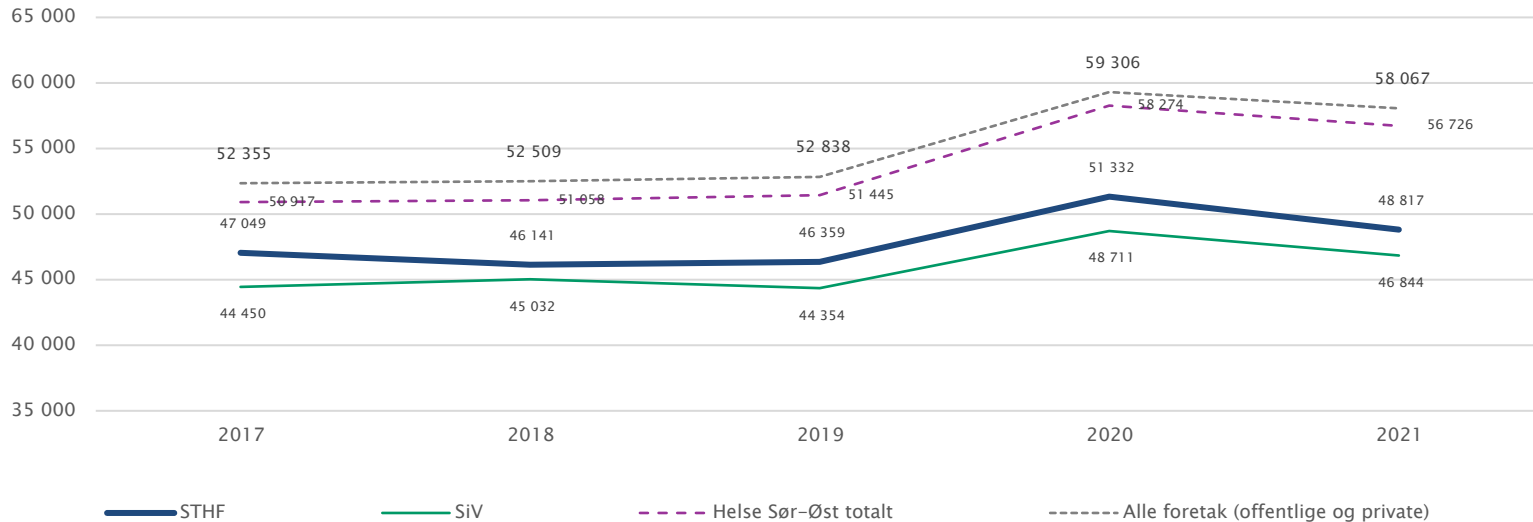
- Kostnad per DRG-poeng ligger ca. 2.500 kr over 2019-nivå
- I årene 2017-2019 opplevde STHF en moderat vekst i antall DRG-poeng. Sammenlignet med 2019 produserte STHF 3,4 % færre DRG-poeng i 2021
- Se tabell under for detaljer for antall DRG-poeng i somatikken:

År	Antall DRG-poeng STHF	% per år	% fra 2017 til 2021
2017	43.617	-	
2018	44.032	1,0 %	
2019	44.113	0,2 %	
2020	40.199	-8,9 %	
2021	42.628	6,0 %	

\*MERK: Alle kostnader presentert i 2021 prisindeks. Dette er grunnen til avvik i indikatoren Kostnad per DRG-poeng fra Samdata 2020.  
Kilde: [Om SAMDATA spesialisthelsetjenesten – Helsedirektoratet](#); Produktivitet i Somatikken - Grunnlagstall

## STHF følger tilsvarende trend for kostnad per DRG-poeng som SiV, foretakene i HSØ samlet og alle foretak på nasjonalt plan

Utvikling i kostnad per DRG-poeng\*



Confidential, Pedersen, Tone, 26.01.2023 08:29:59



## Sykehuset Telemark har lavest kostnad per Liggedøgn for 2021. Kostnad per Liggedøgn falt med 1.345 kr (-7,5 %) fra 2020-2021

Helseforetak	Kostnad pr Liggedøgn**		Kostnadsendring 2020-2021	
	2020	2021	Absolutt	Relativ
Sykehuset i Telemark HF	17 913	16 568	- 1 345	-7,5 %
Helse Fonna HF	17 295	17 541	247	1,4 %
Sykehuset i Vestfold HF	19 114	17 966	- 1 148	-6,0 %
Helse Stavanger HF	18 901	18 430	- 472	-2,5 %
Helse Førde HF	20 787	19 400	- 1 387	-6,7 %
Akershus universitetssykehus HF	19 179	19 535	356	1,9 %
Sykehuset Innlandet HF	20 199	19 826	- 373	-1,8 %
Helse Møre og Romsdal HF	20 044	20 022	- 22	-0,1 %
Vestre Viken HF	19 891	20 421	530	2,7 %
Sykehuset Østfold HF	21 155	21 125	- 30	-0,1 %
Sørlandet sykehus HF	22 350	21 234	- 1 116	-5,0 %
Nasjonalt Alle foretak (offentlige og private)	22 025	21 598	- 427	-1,9 %
Helgelandsykehuset HF	22 249	21 646	- 603	-2,7 %
Helse Nord-Trøndelag HF	22 766	22 070	- 696	-3,1 %
St Olavs hospital HF	22 148	22 221	74	0,3 %
Helse Bergen HF	23 153	22 275	- 878	-3,8 %
Nordlandssykehuset HF	22 423	22 879	457	2,0 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	22 404	23 121	717	3,2 %
Diakonhjemmet sykehus	25 329	23 385	- 1 944	-7,7 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	23 807	23 894	87	0,4 %
Oslo universitetssykehus HF	28 823	27 758	- 1 065	-3,7 %
Finnmarkssykehuset HF	27 796	28 244	448	1,6 %

- Sykehuset Telemark har lavest kostnad per Liggedøgn med sine 16.568 kr i 2021, og opplevde en nedgang på 1.345 kr (-7,5 %) fra 2020-2021
- Samdatas beskrivelse av aktivitetstallet  
**Liggedøgn** er som følger:  
*Liggedøgn beregnes som et aktivitetsmål knyttet til dag- og døgnepisoder. Episoder hvor pasienten er skrevet ut og inn samme dag er gitt liggetid lik 0,5 døgn*
- Merk at STHF har et relativt større antall liggedøgn per DRG-poeng enn andre:

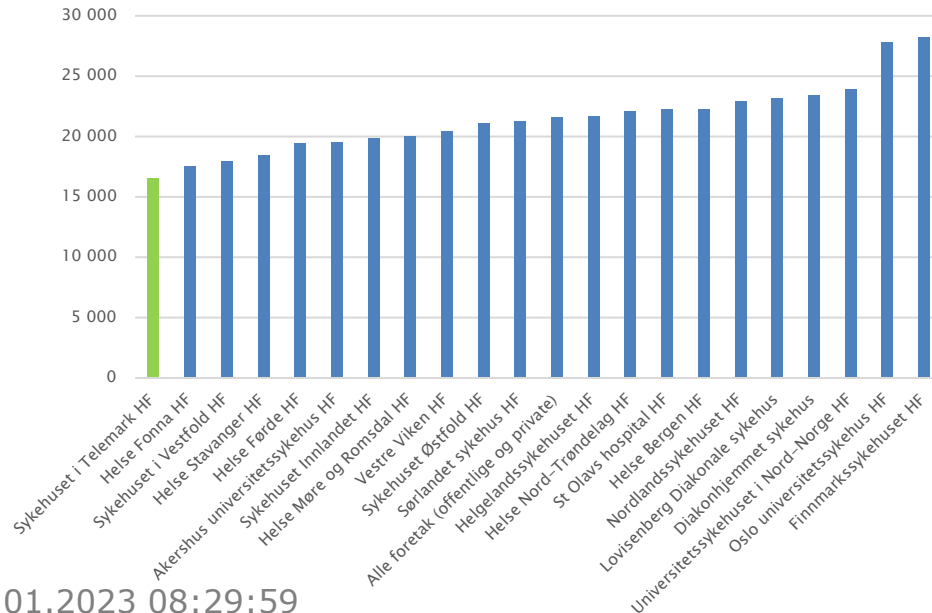
Foretak	Liggedøgn pr DRG-poeng	
	2020	2021
STHF	2,16	2,20
Siv	1,96	2,00
Sørlandet Sykehus	1,91	1,88
Helse Sør-Øst totalt	2,05	2,03
Alle foretak (offentlige og private)	2,12	2,10

Confidential, Pedersen, Tone, 26.01.2023 08:29:59

## Sammenlignet med andre foretak er STHF rangert øverst med hensyn til kostnad per Liggedøgn

Helseforetak	Kostnad pr Liggedøgn* 2021	Differanse fra "Best i klassen" 2021
Sykehuset i Telemark HF	16 568	-
Helse Fonna HF	17 541	974
Sykehuset i Vestfold HF	17 966	1 398
Helse Stavanger HF	18 430	1 862
Helse Førde HF	19 400	2 832
Akershus universitetssykehus HF	19 535	2 967
Sykehuset Innlandet HF	19 826	3 259
Helse Møre og Romsdal HF	20 022	3 455
Vestre Viken HF	20 421	3 854
Sykehuset Østfold HF	21 125	4 557
Sørlandet sykehus HF	21 234	4 667
Nasjonalt Alle foretak (offentlige og private)	21 598	5 030
Helgelandssykehuset HF	21 646	5 078
Helse Nord-Trøndelag HF	22 070	5 502
St Olavs hospital HF	22 221	5 654
Helse Bergen HF	22 275	5 708
Nordlandssykehuset HF	22 879	6 312
Lovisenberg Diagonale sykehus	23 121	6 554
Diakonhjemmet sykehus	23 385	6 817
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	23 894	7 326
Oslo universitetssykehus HF	27 758	11 190
Finnmarkssykehuset HF	28 244	11 677

Kostnad per Liggedøgn 2021



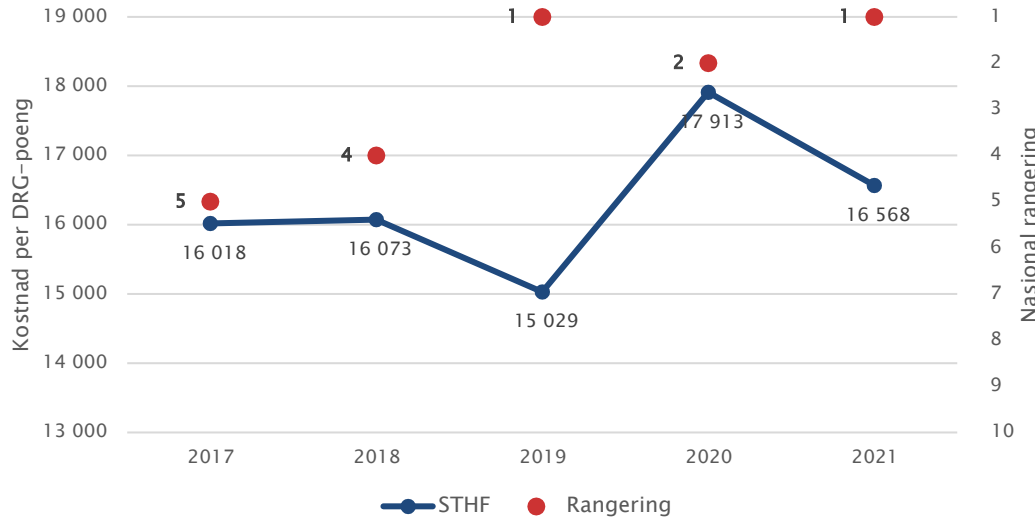
Confidential, Pedersen, Tone, 26.01.2023 08:29:59

\*MERK: Alle kostnader presentert i 2021 prisindeks.

 Kilde: [Om SAMDATA spesialisthelsetjenesten – HelseDirektoratet](#); Produktivitet i Somatikken - Grunnlagstall

Kostnad per liggedøgn i 2021 er høyere enn i årene før pandemien, men likevel rangeres STHF som nummer én på denne indikatoren

Utvikling i kostnad per Liggedøgn og nasjonal rangering for STHF 2017–2021\*



- Kostnad per Liggedøgn ligger ca. 1.500 kr over 2019-nivå
- I 2019 hadde STHF 104.254 liggedøgn. Antall liggedøgn ved STHF i 2021 ble 93.802, hvilket tilsvarer en nedgang på 10 %.  
 Se tabell under for detaljer:

År	Liggedøgn STHF	% per år	% fra 2017 til 2021
2017	99.256		
2018	97.226	-2,0 %	
2019	104.254	+7,2 %	
2020	86.868	-16,7 %	
2021	93.802	+8,0 %	-3,5 %

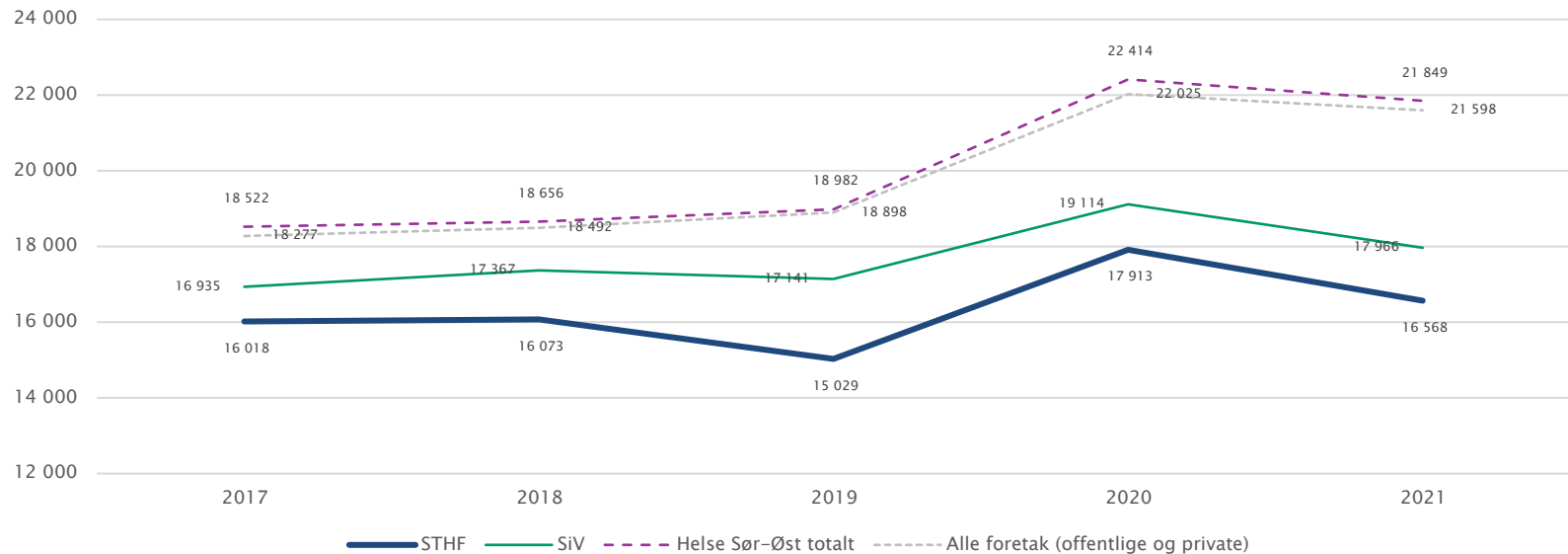
Confidential, Pedersen, Tone, 26.01.2023 08:29:59

\*MERK: Alle kostnader presentert i 2021 prisindeks.

Kilde: [Om SAMDATA spesialisthelsetjenesten – Helsedirektoratet](#); Produktivitet i Somatikken - Grunnlagstall

# Utviklingen i kostnad per liggedøgn er veldig tilsvarende for STHF og SiV

Utvikling i kostnad per Liggedøgn\*



Confidential, Pedersen, Tone, 26.01.2023 08:29:59

\*MERK: Alle kostnader presentert i 2021 prisindeks.

 Kilde: [Om SAMDATA spesialisthelsetjenesten – Helsedirektoratet](#); Produktivitet i Somatikken - Grunnlagstall

# Somatikk

## Forbruk av tjenester i befolkningen

Confidential, Pedersen, Tone, 26.01.2023 08:29:59

## Om datagrunnlaget for befolkningens bruk av tjenester



### **Datagrunnlag**

Indikatorene i statistikken er basert på innrapporterte pasientdata til Norsk Pasientregister (NPR)



### **Bostedsområder**

Befolkningsgrunnlaget i bostedsområdene er basert på folketall etter kommuner og bydeler per 1. januar påfølgende år, der kilden er SSB



### **Statistikken skal ikke tolkes som Sykehuset Telemarks aktivitet**

Statistikken om befolkningens bruk viser Telemarkingers bruk av tjenester, uavhengig av hvor behandlingen har skjedd

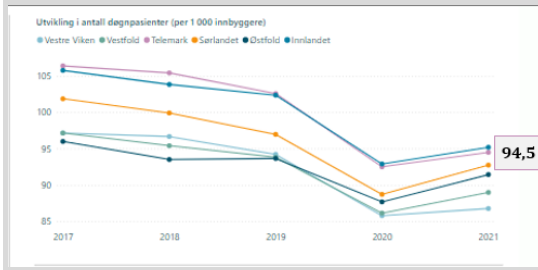
Confidential, Pedersen, Tone, 26.01.2023 08:29:59

# SYKEHUSET TELEMAR

Oppsummering bruk av tjenester innen somatikken:  
Telemarks befolkning bruker mer somatiske tjenester enn sine nabobostedsområder, og aktiviteten er i større grad ved sykehus

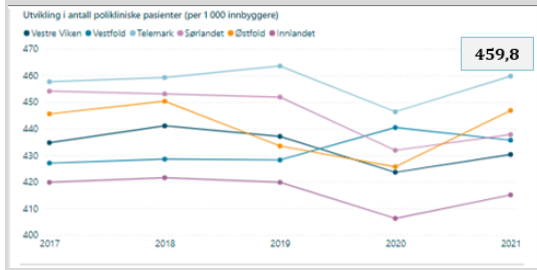
## Antall døgnpasienter

- Telemarks befolkning hadde i 2021 94,5 døgnpasienter per 1.000 innbygger. Kun Innlandet har høyere verdi
- En gjennomsnittlig døgnpasient innen somatikken hadde 1,43 døgnopphold per pasient



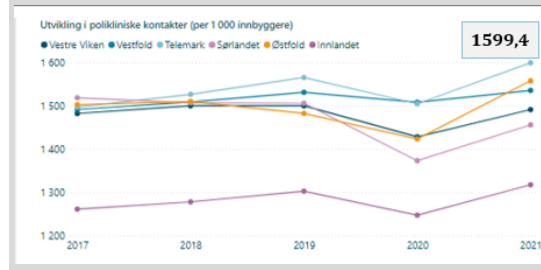
## Polikliniske pasienter

- Telemarks befolkning hadde i 2021 459,8 polikliniske pasienter per 1.000 innbygger ved sykehus/avtalespesialist. Høyest verdi av naboområder
- 55 % av pasientene hadde sine konsultasjoner kun ved sykehus, mot 53 % i HSØ



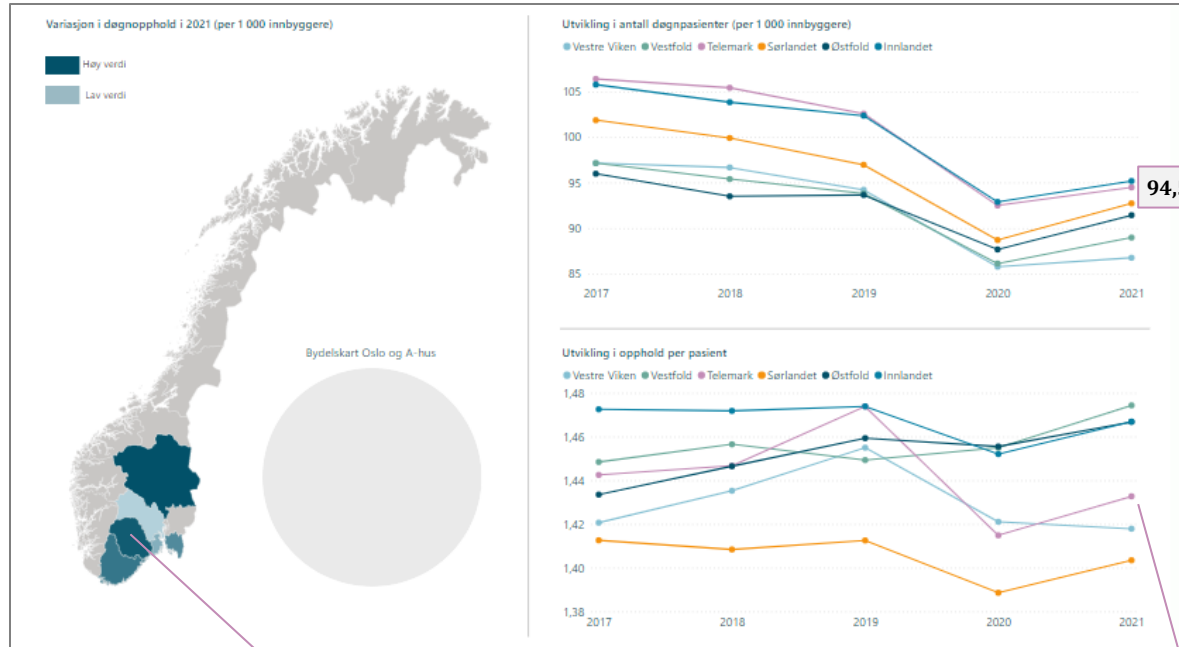
## Polikliniske kontakter

- Telemarks befolkning hadde i 2021 1.599,4 polikliniske kontakter per 1.000 innbygger ved sykehus/avtalespesialist. Høyest verdi av naboområder
- 76 % av kontaktene var ved sykehus, mot 69 % i HSØ som helhet



Confidential, Pedersen, Tone, 26.01.2023 08:29:59

## Pasienter i døgnbehandling etter bosted – somatikk



### Definisjoner

- Bostedsområde er sammenfallende med helseforetakenes «sørge for-ansvar»
- Døgnopphold defineres som avsluttede sykehusopphold (utskrivinger) hvor pasienten er på sykehuset over døgnskillet, det vil si at pasienten skrives ut en senere dato enn innleggelsesdatoen. Dersom en pasient har flere opphold på samme dag, f.eks. ved overføring fra et helseforetak til et annet, er oppholdene slått sammen (aggregert) til ett opphold.
- I døgnoppholdene inngår ikke opphold med 0 oppholdsdøgn eller opphold for pasienter som er innlagt for dagbehandling eller rehabilitering.

Rate for Telemark = 94,5

Tolkning: 9,45 % av befolkningen hadde ett eller flere døgnopphold i somatisk spesialisttjeneste i 2021

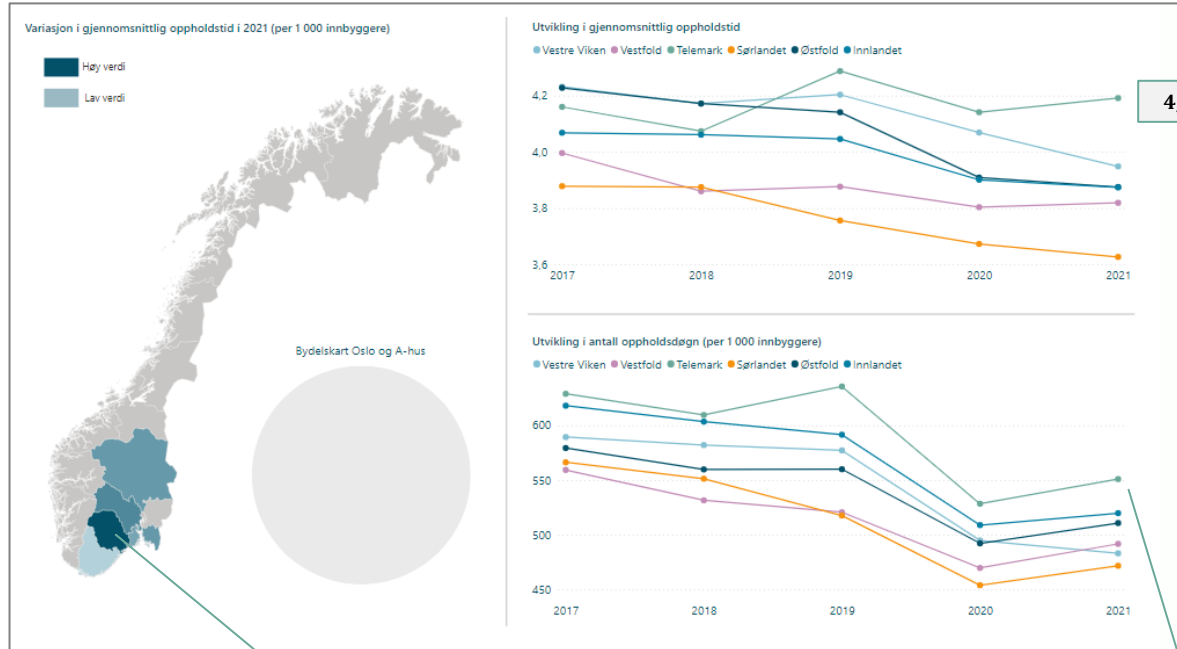
Verdi for Telemark = 1,43

Tolkning: En gjennomsnittlig døgnpasient innen somatikken med bostedsområde Telemark hadde 1,43 døgnopphold i 2021

Confidential, Pedersen, Tone, 26.01.2023 08:29:59



# Oppholdstid for døgntilrettelagt etter bosted – somatikk



4,2

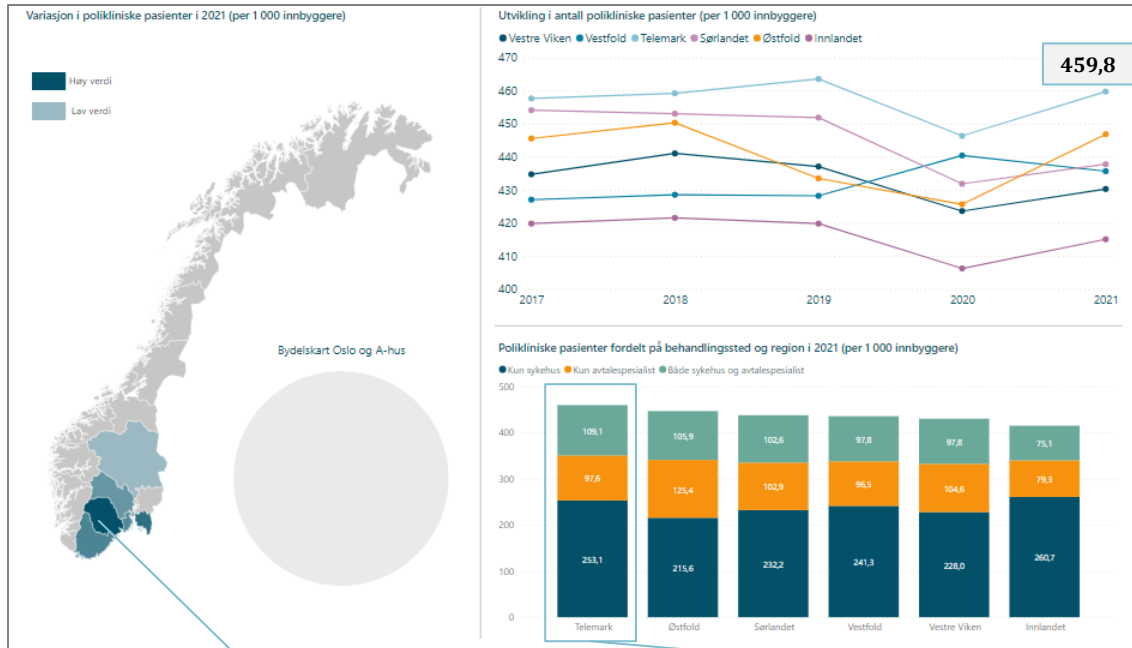
## Definisjoner

- Bostedsområde er sammenfallende med helseforetakenes «sørge for-ansvar»
- Døgnoophold defineres som avsluttede sykehusopphold (utskrivinger) hvor pasienten er på sykehuset over døgnskillet, det vil si at pasienten skrives ut en senere dato enn innleggelsesdatoen. Dersom en pasient har flere opphold på samme dag, f.eks. ved overføring fra et helseforetak til et annet, er oppholdene slått sammen (aggregert) til ett opphold.
- I døgnoopholdene inngår ikke opphold med 0 oppholdsdegn eller opphold for pasienter som er innlagt for dagbehandling eller rehabilitering.

Rate for Telemark = 4,2  
Tolkning: Den gjennomsnittlige oppholdstiden for en pasient med bostedsområde Telemark var i 2021 4,2 døgn

Verdi for Telemark = 551,0  
Tolkning: Per 1000 innbyggere hadde Telemark 551 oppholdsdegn i 2021

## Polikliniske pasienter etter bosted – somatikk



Rate for Telemark = 459,8

Tolkning: 45,98 % av befolkningen hadde én eller flere somatiske polikliniske kontakter i 2021 (se definisjon til høyre)

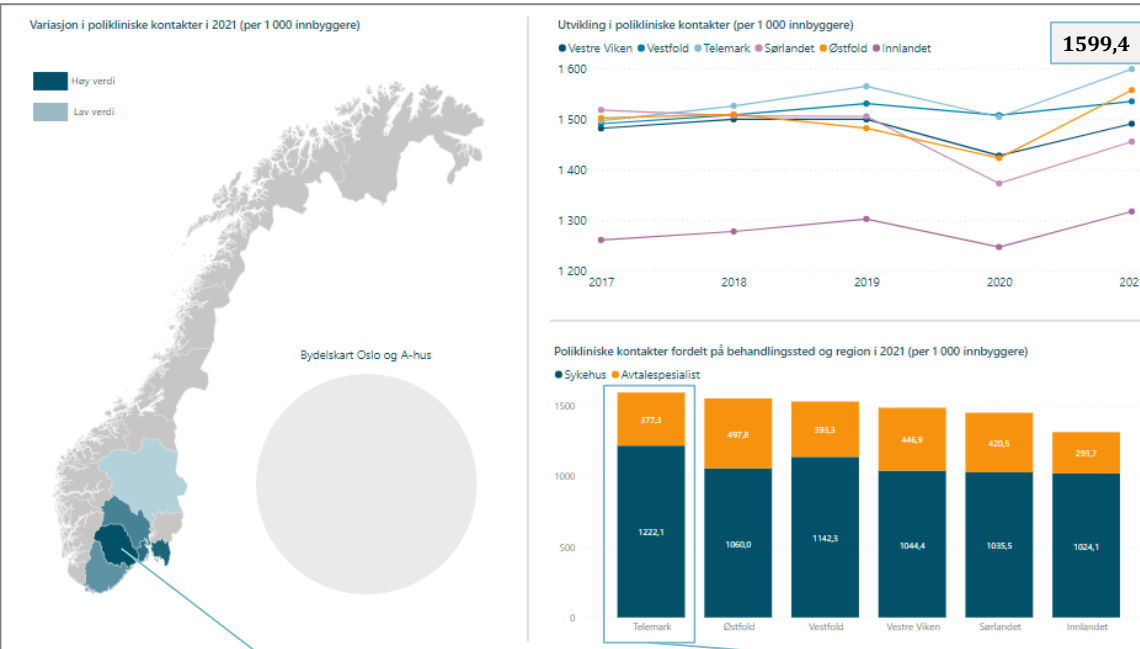
Fordeling pol.pasienter for Telemark (HSØ i parentes):

Kun sykehus = 55 % (53 %), Kun avtalespesialist = 21 % (24 %), Både sykehus og avtalespesialist = 24 % (23 %)

### Definisjoner

- Bostedsområde er sammenfallende med helseforetakenes «sørge for-ansvar»
- Definisjonen av polikliniske kontakter ved sykehus er episoder, samt aktivitet ved private sykehus, som ikke er gruppert i kirurgisk DRG, og som ikke er definert som rehabilitering, kjemoterapi, stråleterapi eller dialyse. Alle episodene er inkludert uavhengig av hvilket helsepersonell som har utført aktiviteten
- Definisjonen av polikliniske pasienter hos avtalespesialister er basert på Normaltariffen for avtalespesialister.
- Polikliniske pasienter defineres som unike pasienter som har hadde enten minst én kontakt kun ved sykehus samme år, minst én kontakt kun hos avtalespesialist samme år, eller minst én kontakt i sykehus og minst én kontakt hos avtalespesialist samme år

# Polikliniske kontakter etter bosted – somatikk



Rate for Telemark = 1599,4  
 Tolkning: Per person i bostedsområdet Telemark var det 1,6 polikliniske kontakter innen somatikk i 2021

Confidential, Pedersen, Tone, 26.01.2023 08:29:59  
 Fordeling pol.kontakter for Telemark (HSØ i parentes):  
 Sykehus = 76 % (69 %), avtalespesialist = 24 % (31 %)

## Definisjoner

- Bostedsområde er sammenfallende med helseforetakenes «sørge for-ansvar»
- Definisjonen av polikliniske kontakter ved sykehus er episoder, samt aktivitet ved private sykehus, som ikke er gruppert i kirurgisk DRG, og som ikke er definert som rehabilitering, kjemoterapi, stråleterapi eller dialyse. Alle episodene er inkludert uavhengig av hvilket helsepersonell som har utført aktiviteten
- Definisjonen av polikliniske pasienter hos avtalespesialister er basert på Normaltariffen for avtalespesialister.
- Polikliniske pasienter defineres som unike pasienter som har hadde enten minst én kontakt kun ved sykehus samme år, minst én kontakt kun hos avtalespesialist samme år, eller minst én kontakt i sykehus og minst én kontakt hos avtalespesialist samme år

# Psykisk helsevern og rus (PHR)

Kostnad per pasient,  
Kostnad per polikliniske pasient og  
Kostnad per oppholdsdøgn

## Hvilke kostnader inngår i datagrunnlaget for produktivitetsberegninger innen Psykisk Helsevern og Rus (PHR)?



### Inkluderte kostnader

Kostnadene er knyttet til aktivitet utført ved eget foretak.

Kostnadsgrunnlaget for kostnadsindikatorerne avgrenses til å gjelde behandlingsrelaterte driftskostnader ved det enkelte foretak. Kostnadene som inngår er ført på kontoklassene k4-k7. Eksempler er varekostnader, lønn og personalkostnader, driftskostnader, herunder av- og nedskrivninger.



### Ekskluderte kostnader

Ved avgrensning av kostnader til pasientbehandling ekskluderes følgende kostnadskomponenter fra brutto driftskostnader på k4 - k7:

- Medikamentkostnader til H-resepter og legemiddelassistert behandling i TSB (LAR) er trukket ut av kostnadene.
- Kjøp av pasientbehandling
- Salg og utleie
- Forskning
- Annen ekstern virksomhet (utbetalinger til pasientskadeerstatning og ulike eksterne oppgaver, f.eks. drift av kompetansesenter , prosjektkostnader, administrasjon av behandlingshjelpemidler m.m.)

## Øvrige detaljer om datagrunnlaget for produktivitets-beregninger innen Psykisk Helsevern og Rus (PHR)?



### **Fordeling av kostnader mellom døgnavdelinger og poliklinikker i psykisk helsevern og TSB**

For psykisk helsevern og TSB rapporteres kostnadene samlet for hvert tjenesteområde. Kostnader fordelt til henholdsvis døgnavdelinger og poliklinikker er derfor estimerte størrelser. Fordelingen er gjort for 2017 - 2021 og med utgangspunkt Kostnadsvekt-grunnlagene<sup>1</sup>



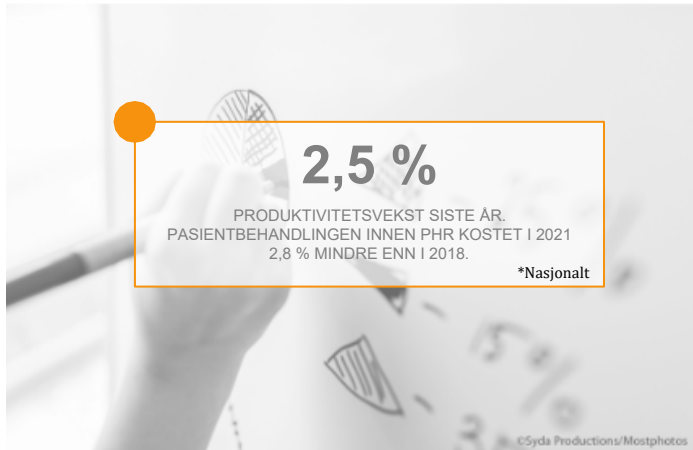
### **Private langtidsinstitusjoner i TSB inngår ikke i utvalget**

For TSB er private langtidsinstitusjoner holdt utenfor analysene, og for dette tjenesteområdet dekker utvalget dermed bare om lag halvparten av oppholdsdøgnene

Confidential, Pedersen, Tone, 26.01.2023 08:29:59

1) En kostnadsvekt er en relativ størrelse som uttrykker hva opphold i en diagnoserelatert gruppe (DRG) i gjennomsnitt koster i forhold til gjennomsnittspasienten, definert av Helsedirektoratet. Kostnadsvektene oppdateres årlig i forhold til endringer i medisinsk praksis og endringer i driftsforhold ved foretakene.

På nasjonalt plan var det en produktivitetsvekst i PHR på 2,5 % fra 2020-2021, med en nedgang i kostnad per pasient på 2.670 kr



- Regionen Helse Sør-Øst totalt opplevde en produktivitetsvekst innen PHR fra 2020-2021 på 3,4 %, der kostnad per pasient gikk ned med 3.627 kr
- Kostnad per pasient i 2021 er den laveste i tidsperioden i analysen. Sammenligner man 2021 med 2018, har kostnad per pasient innen PHR i HSØ gått ned med 3,7 %
- Kostnad per pasient, inkl. særfunksjoner Helse Sør-Øst totalt:

År	Kostnad per pasient PHR
2018	108.322
2019	105.991
2020	107.971
2021	104.343

Confidential, Pedersen, Tone, 26.01.2023 08:29:59

## Kostnad per pasient innen Psykisk helsevern og rus (PHR) ble redusert med 2.267 kr (-2,4 %) fra 2020-2021

Helseforetak	Kostnad per pasient PHR totalt*		Kostnadsendring 2020-2021	
	2020	2021	Abslutt	Relativ
St Olavs hospital HF	87 023	84 803	- 2 220	-2,6 %
Akershus universitetssykehus HF	96 214	86 713	- 9 501	-9,9 %
Helse Nord-Trøndelag HF	94 899	89 216	- 5 683	-6,0 %
Finnmarkssykehuset HF	88 554	90 634	2 080	2,3 %
Sykehuset i Telemark HF	94 897	92 630	- 2 267	-2,4 %
Helse Midt-Norge totalt	96 782	93 469	- 3 313	-3,4 %
Sykehuset i Vestfold HF	92 383	97 670	5 288	5,7 %
Vestre Viken HF	99 325	97 770	- 1 556	-1,6 %
Helse Stavanger HF	105 311	99 058	- 6 252	-5,9 %
Sykehuset Østfold HF	104 484	101 738	- 2 747	-2,6 %
Sørlandet sykehus HF	104 053	102 819	- 1 235	-1,2 %
Helse Sør-Øst totalt	107 971	104 343	- 3 627	-3,4 %
Nasjonalt Alle foretak (offentlige og private)	108 248	105 578	- 2 670	-2,5 %
Helse Møre og Romsdal HF	112 945	108 923	- 4 022	-3,6 %
Helse Fonna HF	117 440	117 911	470	0,4 %
Sykehuset Innlandet HF	119 584	119 380	- 203	-0,2 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	122 017	121 662	- 355	-0,3 %
Helse Bergen HF	122 154	124 660	2 506	2,1 %
Nordlandssykehuset HF	141 410	147 775	6 366	4,5 %
Oslo universitetssykehus HF	181 209	171 812	- 9 397	-5,2 %

- Kostnad per pasient i 2021 var 92.630 kr. Denne kostnaden er summen av Psykisk helsevern Voksne, Psykisk helsevern Barn og Unge og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Fra 2020-2021 opplevde STHF en nedgang i kostnad per pasient på 2.267 kr (-2,4 %)
- 10 helseforetak hadde en større prosentvis nedgang i kostnad per pasient fra 2020-2021 enn STHF
- STHF har lavest kostnad per pasient sammenlignet med helseforetak som vi normalt sammenligner oss med
  - Sykehuset Telemark 92.630 kr (-2,4 %),
  - Sykehuset i Vestfold 97.670 kr (+5,7 %),
  - Vestre Viken 97.770 kr (-1,6 %),
  - Sykehuset Østfold 101.738 kr (-2,6 %)
  - Sørlandet Sykehus 102.819 kr (-1,2 %),

Confidential, Pedersen, Tone, 26.01.2023 08:29:59

\*MERK: Alle kostnader presentert i 2021 prisindeks. Dette er grunnen til avvik i indikatoren Kostnad per pasient fra Samdata 2020.

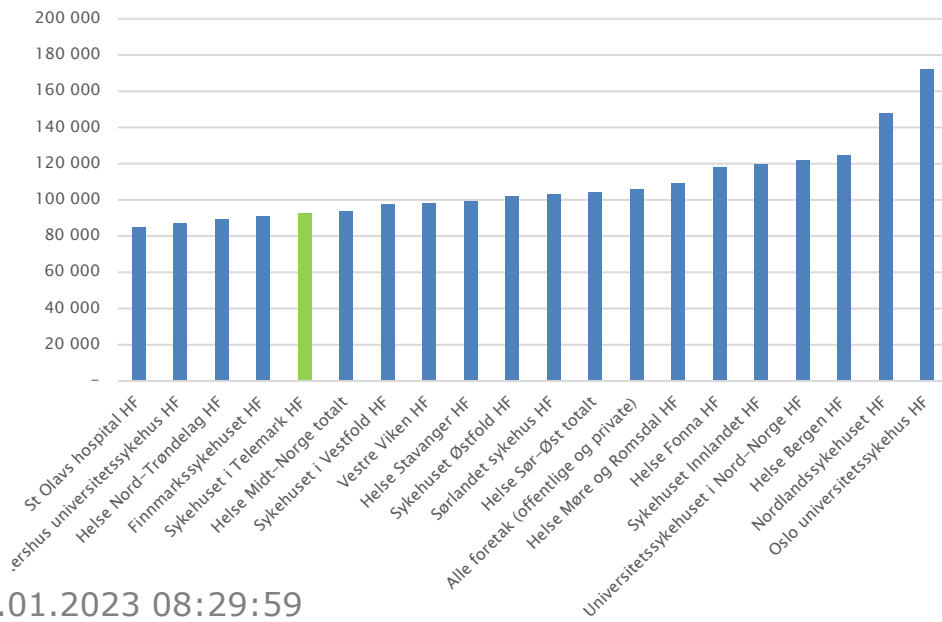
Kilde: [Om SAMDATA spesialisthelsetjenesten – HelseDirektoratet](#); Produktivitet innen Psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (PHR) – Kostnadsindikatorer



Sammenlignet med andre foretak ligger STHF på en femteplass med 7.827 kr mer i kostnad per pasient enn St. Olavs hospital HF

Helseforetak	Kostnad per pasient PHR totalt 2021	Differanse fra "Best i klassen" 2021
St Olavs hospital HF	84 803	-
Akershus universitetssykehus HF	86 713	1 910
Helse Nord-Trøndelag HF	89 216	4 413
Finnmarkssykehuset HF	90 634	5 831
Sykehuset i Telemark HF	92 630	7 827
Helse Midt-Norge totalt	93 469	8 666
Sykehuset i Vestfold HF	97 670	12 867
Vestre Viken HF	97 770	12 967
Helse Stavanger HF	99 058	14 256
Sykehuset Østfold HF	101 738	16 935
Sørlandet sykehus HF	102 819	18 016
Helse Sør-Øst totalt	104 343	19 541
Nasjonalt Alle foretak (offentlige og private)	105 578	20 775
Helse Møre og Romsdal HF	108 923	24 120
Helse Fonna HF	117 911	33 108
Sykehuset Innlandet HF	119 380	34 578
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	121 662	36 859
Helse Bergen HF	124 660	39 857
Nordlandssykehuset HF	147 775	62 973
Oslo universitetssykehus HF	171 812	87 009

Kostnad per pasient PHR totalt 2021

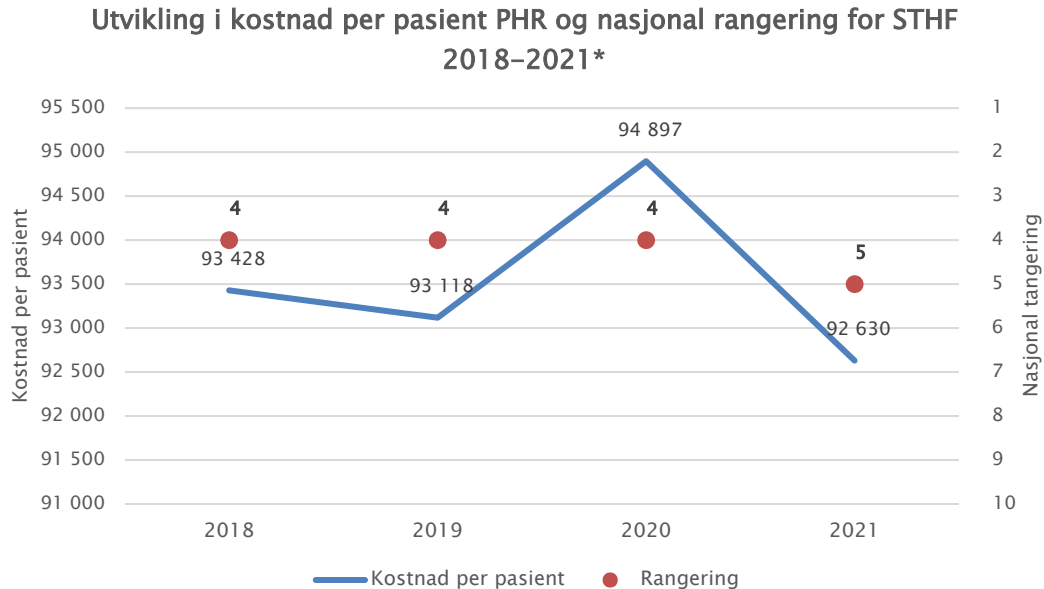


Confidential, Pedersen, Tone, 26.01.2023 08:29:59

\*MERK: Alle kostnader presentert i 2021 prisindeks. Dette er grunnen til avvik i indikatoren Kostnad per pasient fra Samdata 2020.

Kilde: [Om SAMDATA spesialisthelsetjenesten – HelseDirektoratet](#); Produktivitet innen Psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (PHR) – Kostnadsindikatorer

## Etter tre år med fjerde laveste kostnad per pasient faller STHF til en femteplass i sammenligningen mot andre foretak



- Til tross for den laveste kostnaden per pasient i perioden faller STHF én plass i rangeringen mot andre foretak
- Antall PHR-pasienter ved STHF var i 2021 1,3 % lavere enn i 2018
- Fra 2020-2021 økte antall pasienter med 4,1 %. Se tabell under for detaljer:

År	Ant. pasienter PHV STHF	% per år	% fra 2018 til 2021
2018	8.196		
2019	8.147	-0,6 %	
2020	7.772	-4,6 %	
2021	8.093	+4,1 %	-1,3%

Confidential, Pedersen, Tone, 26.01.2023 08:29:59

\*MERK: Alle kostnader presentert i 2021 prisindeks. Dette er grunnen til avvik i indikatoren Kostnad per pasient fra Samdata 2020.

Kilde: [Om SAMDATA spesialisthelsetjenesten – Helsedirektoratet](#); Produktivitet innen Psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (PHR) – Kostnadsindikatorer

## Kostnad per polikliniske pasient innen Psykisk helsevern og rus (PHR) ved STHF ble redusert med 4.108 kr (-3,4 %) fra 2020-2021

- Sykehuset Telemark har lavest kostnad per polikliniske pasient i forhold til foretak STHF normalt sammenlignes med
- Antall polikliniske pasienter innen PHR har falt med 2,1 % fra 2018-2021.
- Fra 2020-2021 økte antall polikliniske pasienter med 3,5 %

År	Antall pol. pasienter STHF	% per år	% fra 2018 til 2021
2018	7.870		
2019	7.844	-0,3 %	
2020	7.440	-5,2 %	
2021	7.703	+3,5 %	-2,1%

Helseforetak	Kostnad per polikliniske pasient PHR Totalt*		Kostnadsendring 2020-2021	
	2020	2021	Abslutt	Relativ
Finnmarkssykehuset HF	46 235	58 787	12 551	27,1 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	76 845	79 136	2 291	3,0 %
Helse Nord-Trøndelag HF	98 683	83 279	- 15 404	-15,6 %
Helse Fonna HF	112 567	99 868	- 12 700	-11,3 %
Akershus universitetssykehus HF	124 667	114 572	- 10 095	-8,1 %
Sykehuset i Telemark HF	122 225	118 118	- 4 108	-3,4 %
Helse Midt-Norge totalt	129 997	118 467	- 11 531	-8,9 %
Helse Bergen HF	144 467	123 924	- 20 543	-14,2 %
Nasjonalt Alle foretak (offentlige og private)	127 972	124 080	- 3 892	-3,0 %
St Olavs hospital HF	125 013	124 151	- 862	-0,7 %
Sykehuset Østfold HF	131 242	124 745	- 6 497	-5,0 %
Helse Stavanger HF	120 814	125 566	4 752	3,9 %
Vestre Viken HF	130 242	131 232	990	0,8 %
Helse Sør-Øst totalt	135 008	132 529	- 2 479	-1,8 %
Sørlandet sykehus HF	137 570	135 859	- 1 712	-1,2 %
Helse Møre og Romsdal HF	160 442	136 573	- 23 869	-14,9 %
Sykehuset Innlandet HF	136 737	144 312	7 575	5,5 %
Oslo universitetssykehus HF	154 650	151 604	- 3 046	-2,0 %
Sykehuset i Vestfold HF	148 940	153 921	4 981	3,3 %
Nordlandssykehuset HF	160 233	172 668	12 436	7,8 %

\*MERK: Alle kostnader presentert i 2021 prisindeks. Dette er grunnen til avvik i indikatoren Kostnad per pasient fra Samdata 2020.

Kilde: [Om SAMDATA spesialisthelsetjenesten – HelseDirektoratet](#); Produktivitet innen Psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (PHR) – Kostnadsindikatorer

## Kostnad per oppholdsdøgn innen Psykisk helsevern og rus (PHR) ved STHF ble redusert med 3.684 kr (-7,1 %) fra 2020-2021

Helseforetak	Kostnad per oppholdsdøgn PHR Totalt*		Kostnadsendring 2020-2021	
	2020	2021	Abslutt	Relativ
Sykehuset Innlandet HF	43 972	37 470	- 6 502	-14,8 %
Helse Møre og Romsdal HF	37 184	39 156	1 972	5,3 %
Akershus universitetssykehus HF	41 471	39 691	- 1 779	-4,3 %
St Olavs hospital HF	45 226	39 747	- 5 479	-12,1 %
Sykehuset Østfold HF	42 158	44 248	2 090	5,0 %
Helse Midt-Norge totalt	42 184	44 848	2 665	6,3 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	46 024	45 696	- 328	-0,7 %
Sørlandet sykehus HF	46 805	46 827	22	0,0 %
Helse Sør-Øst totalt	50 563	46 906	- 3 657	-7,2 %
Helse Stavanger HF	48 426	47 182	- 1 243	-2,6 %
Vestre Viken HF	52 561	47 250	- 5 311	-10,1 %
Sykehuset i Telemark HF	51 772	48 088	- 3 684	-7,1 %
Nasjonalt Alle foretak (offentlige og private)	49 162	48 319	- 843	-1,7 %
Nordlandssykehuset HF	53 976	48 658	- 5 318	-9,9 %
Helse Bergen HF	44 786	54 173	9 387	21,0 %
Oslo universitetssykehus HF	70 703	59 775	- 10 927	-15,5 %
Sykehuset i Vestfold HF	51 899	62 452	10 553	20,3 %
Finnmarkssykehuset HF	56 352	62 881	6 529	11,6 %
Helse Nord-Trøndelag HF	53 893	71 836	17 943	33,3 %
Helse Fonna HF	78 497	93 030	14 533	18,5 %

- Til tross for en god prosentvis utvikling fra 2020-2021 har STHF en høy kostnad per oppholdsdøgn innen PHR sammenlignet med andre foretak
- Antall oppholdsdøgn er redusert med 1,7 % fra 2018 til 2021
- Etter en markant nedgang i 2020 på 11,4 % økte antall oppholdsdøgn med 9,2 % fra 2020-2021

År	Ant. Oppholdsdøgn STHF	% per år	% fra 2018 til 2021
2018	37.665		
2019	38.316	+1,7 %	
2020	33.932	-11,4 %	
2021	37.038	+9,2 %	-1,7 %

\*MERK: Alle kostnader presentert i 2021 prisindeks. Dette er grunnen til avvik i indikatoren Kostnad per pasient fra Samdata 2020.

Kilde: [Om SAMDATA spesialisthelsetjenesten – HelseDirektoratet](#); Produktivitet innen Psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (PHR) – Kostnadsindikatorer

# Psykisk helsevern og rus (PHR)

## Forbruk av tjenester i befolkningen

Confidential, Pedersen, Tone, 26.01.2023 08:29:59

## Om datagrunnlaget for befolkningens bruk av tjenester



### **Datagrunnlag**

Indikatorene i statistikken er basert på innrapporterte pasientdata til Norsk Pasientregister (NPR)



### **Bostedsområder**

Befolkningsgrunnlaget i bostedsområdene er basert på folketall etter kommuner og bydeler per 1. januar påfølgende år, der kilden er SSB



### **Statistikken skal ikke tolkes som Sykehuset Telemarks aktivitet**

Statistikken om befolkningens bruk viser Telemarkingers bruk av tjenester, uavhengig av hvor behandlingen har skjedd

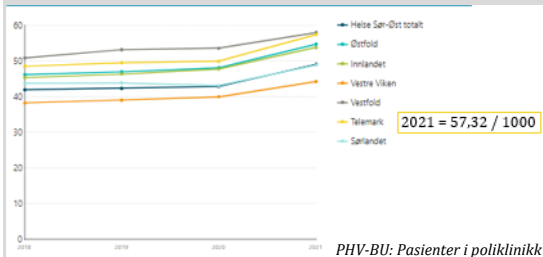
Confidential, Pedersen, Tone, 26.01.2023 08:29:59

# SYKEHUSET TELEMAR

## Oppsummering bruk av tjenester innen Psykisk helsevern og rus: Telemarks befolkning ligger høyt i forbruk av tjenester innen PHR sammenlignet med nabobostedsområder

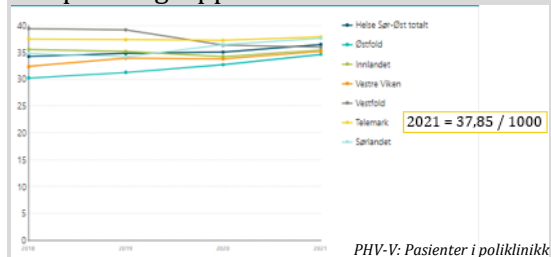
### PHV-BU

- 2,22 pasienter i *døgnbehandling* per 1000 innbygger
- 57,32 pasienter i *poliklinikk* per 1000 innbygger. Nest øverst av våre naboer, rett under Vestfold
- Sterk økning innenfor begge pasientgrupper fra 2020-2021



### PHV-V

- 6,88 pasienter i *døgnbehandling* per 1000 innbygger. Vurderes som høyt forbruk på nasjonalt plan av Helse- direktoratet. Kun Østfold har høyere
- 37,85 pasienter i *poliklinikk* per 1000 innbygger. Høyest verdi av våre naboer
- Økning innenfor begge pasientgrupper fra 2020-2021



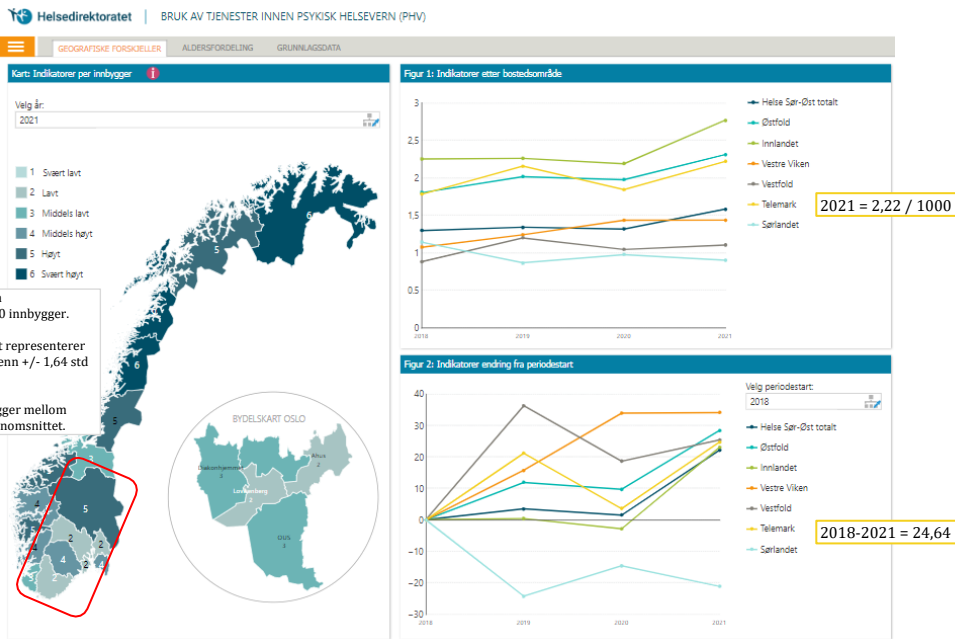
### TSB

- 3,22 pasienter i *døgnbehandling* per 1000 innbygger. Kraftig vekst fra 2020-2021, og markant høyest av våre naboer
- 7,10 pasienter i *poliklinikk* per 1000 innbygger. Nest øverst av våre naboer, rett under Vestre Viken. Nedgang fra 2020-2021



Confidential, Pedersen, Tone, 26.01.2023 08:29:59

# Pasienter i døgnbehandling (HF/Foretak) per 1000 innbygger for PHV Barn og Unge (18 år og eldre) i 2021



- 2,22 pasienter per 1000 innb. vurderes som *middels høyt* på nasjonalt plan
- Sterk vekst i Telemark for nøkkeltallet fra 2020-2021

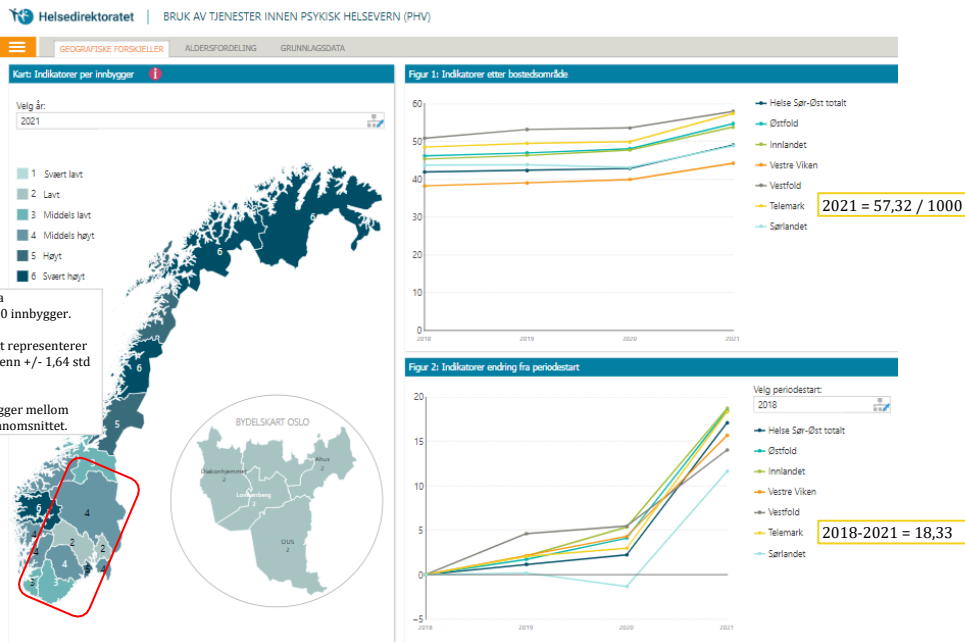
## Definisjoner

- Bostedsområde er sammenfallende med helseforetakenes «sørge for-ansvar»
- Definisjonen av pasienter i døgnbehandling er pasienter som har vært innlagt ved døgnavdeling innen psykisk helsevern i løpet av det aktuelle året
- Rater – bruken av spesialisthelsetjenester relatert til befolkningsgrunnet: Bruken av spesialisthelsetjenestene i de geografiske områder er beskrevet ved bruk av dekningsrater og pasientrater. Ratene er beregnet ved at den aktuelle valgte indikatoren er relatert til antall innbyggere i den aktuelle befolkningsgruppen i det aktuelle geografiske området ved utgangen av aktivitetsåret. Ratene er angitt per 1.000 innbygger i den aktuelle befolkningsgruppen

Confidential, Pedersen, Tone, 26.01.2023 08:29:59



# Pasienter i poliklinikk (HF/Foretak) per 1000 innbygger for PHV Barn og Unge (18 år og eldre) i 2021



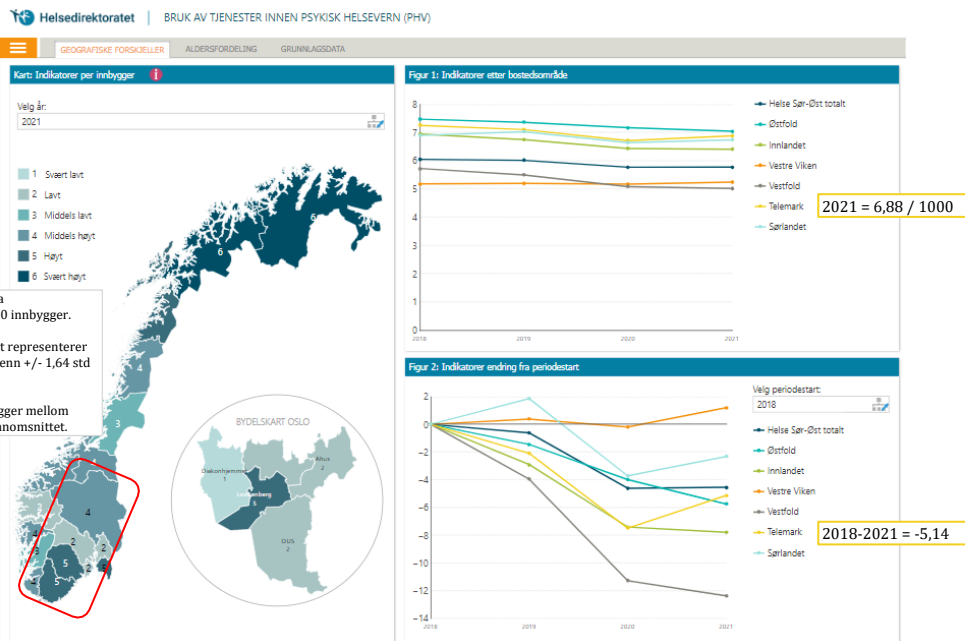
Confidential, Pedersen, Tone, 26.01.2023 08:29:59

- Telemark nest høyest av våre naboer
- 57,32 pasienter per 1000 innb. vurderes som *middels høyt* på nasjonalt plan
- Sterk vekst i Telemark for nøkkeltallet fra 2020-2021

## Definisjoner

- Bostedsområde er sammenfallende med helseforetakenes «sørge for-ansvar»
- Definisjonen av pasienter i døgntilrettelagt behandling er pasienter som har vært innlagt ved døgnavdeling innen psykisk helsevern i løpet av det aktuelle året
- Rater – bruken av spesialisthelsetjenester relatert til befolkningsgrunnlaget:  
Bruken av spesialisthelsetjenestene i de geografiske områder er beskrevet ved bruk av dekningsrater og pasientrater. Ratene er beregnet ved at den aktuelle valgte indikatoren er relatert til antall innbyggere i den aktuelle befolkningsgruppen i det aktuelle geografiske området ved utgangen av aktivitetsåret. Ratene er angitt per 1.000 innbygger i den aktuelle befolkningsgruppen

# Pasienter i døgnbehandling (HF/Foretak) per 1000 innbygger for PHV Voksne (18 år og eldre) i 2021



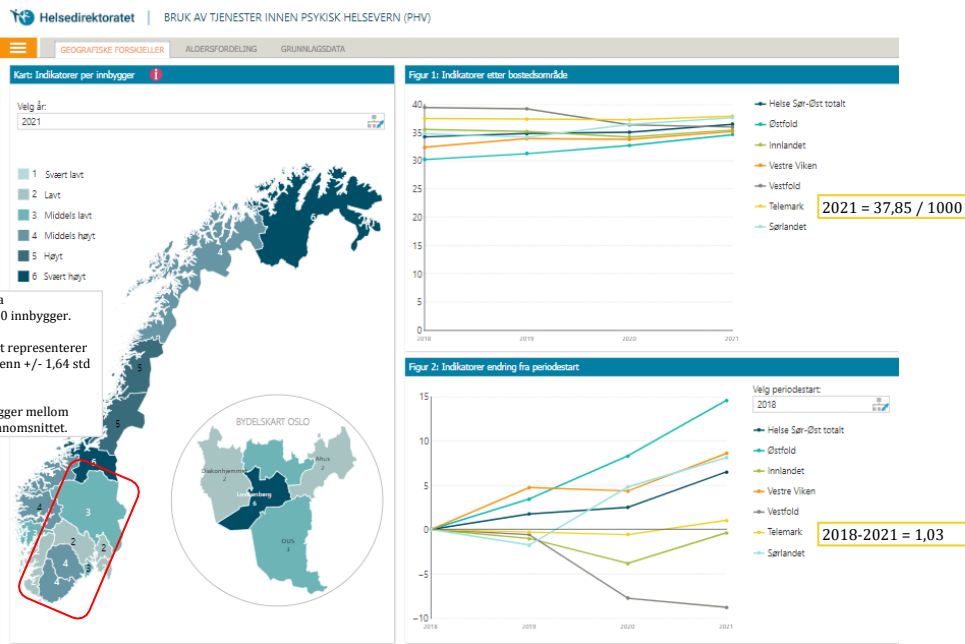
- Telemark nest høyest av våre naboer
- 6,88 pasienter per 1000 innb. vurderes som *høyt* på nasjonalt plan
- Vekst i Telemark for nøkkeltallet fra 2020-2021

## Definisjoner

- Bostedsområde er sammenfallende med helseforetakenes «sørge for-ansvar»
- Definisjonen av pasienter i døgnbehandling er pasienter som har vært innlagt ved døgnavdeling innen psykisk helsevern i løpet av det aktuelle året
- Rater – bruken av spesialisthelsetjenester relatert til befolkningsgrunnet: Bruken av spesialisthelsetjenestene i de geografiske områder er beskrevet ved bruk av dekningsrater og pasientrater. Ratene er beregnet ved at den aktuelle valgte indikatoren er relatert til antall innbyggere i den aktuelle befolkningsgruppen i det aktuelle geografiske området ved utgangen av aktivitetsåret. Ratene er angitt per 1.000 innbygger i den aktuelle befolkningsgruppen

Confidential, Pedersen, Tone, 26.01.2023 08:29:59

# Pasienter i poliklinikk (HF/Foretak) per 1000 innbygger for PHV Voksne (18 år og eldre) i 2021



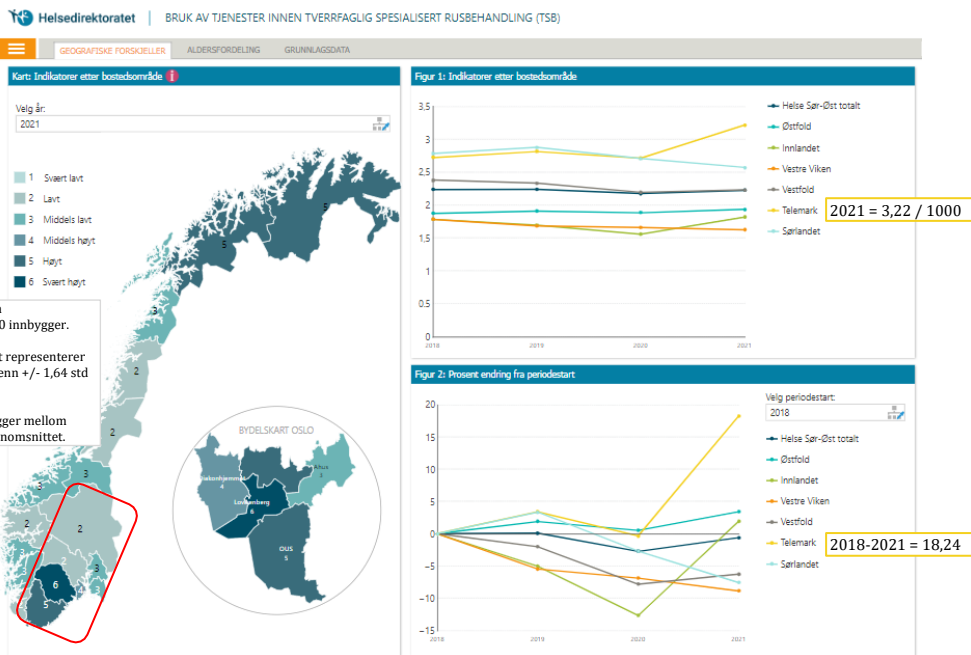
- Telemark høyest i forbruk av våre naboer
- 37,85 pasienter per 1000 innb. vurderes som *middels høyt* på nasjonalt plan
- Liten vekst i Telemark for nøkkeltallet fra 2020-2021

## Definisjoner

- Bostedsområde er sammenfallende med helseforetakenes «sørge for-ansvar»
- Definisjonen av pasienter i døgntilrettelagt behandling er pasienter som har vært innlagt ved døgnavdeling innen psykisk helsevern i løpet av det aktuelle året
- Rater – bruken av spesialisthelsetjenester relatert til befolkningsgrunnet: Bruken av spesialisthelsetjenestene i de geografiske områder er beskrevet ved bruk av dekningsrater og pasientrater. Ratene er beregnet ved at den aktuelle valgte indikatoren er relatert til antall innbyggere i den aktuelle befolkningsgruppen i det aktuelle geografiske området ved utgangen av aktivitetsåret. Ratene er angitt per 1.000 innbygger i den aktuelle befolkningsgruppen

Confidential, Pedersen, Tone, 26.01.2023 08:29:59

# Pasienter i døgnbehandling (HF/Foretak) per 1000 innbygger for TSB (18 år og eldre) i 2021



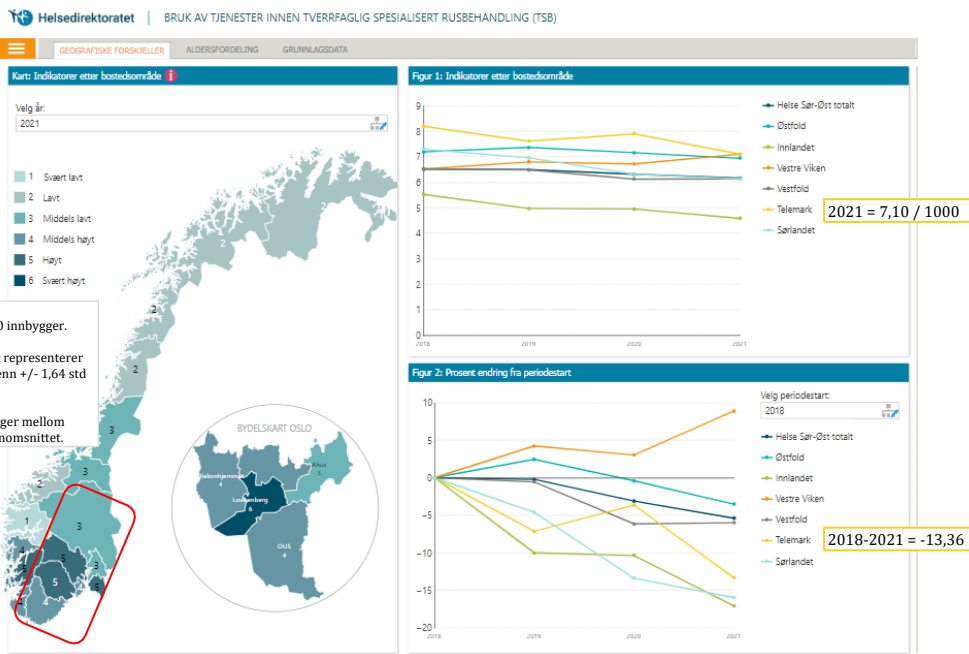
- Telemark klart høyest av våre naboer
- 3,22 pasienter per 1000 innb. vurderes som *svært høyt* på nasjonalt plan
- Sterk vekst i Telemark for nøkkeltallet fra 2020-2021

## Definisjoner

- Bostedsområde er sammenfallende med helseforetakenes «sørge for-ansvar»
- Definisjonen av pasienter i døgnbehandling er pasienter som har vært innlagt ved døgnavdeling innen psykisk helsevern i løpet av det aktuelle året
- Rater – bruken av spesialisthelsetjenester relatert til befolkningsgrunnlaget:  
Bruken av spesialisthelsetjenestene i de geografiske områder er beskrevet ved bruk av dekningsrater og pasientrater. Ratene er beregnet ved at den aktuelle valgte indikatoren er relatert til antall innbyggere i den aktuelle befolkningsgruppen i det aktuelle geografiske området ved utgangen av aktivitetsåret. Ratene er angitt per 1.000 innbygger i den aktuelle befolkningsgruppen

Confidential, Pedersen, Tone, 26.01.2023 08:29:59

# Pasienter i poliklinikk (HF/Foretak) per 1000 innbygger for TSB (18 år og eldre) i 2021



- Telemark nest høyest av våre naboer
- 7,10 pasienter per 1000 innb. vurderes som *høyt* på nasjonalt plan
- Markant nedgang i Telemark for nøkkeltallet fra 2020-2021

## Definisjoner

- Bostedsområde er sammenfallende med helseforetakenes «sørge for-ansvar»
- Definisjonen av pasienter i døgntilrettelagt behandling er pasienter som har vært innlagt ved døgnavdeling innen psykisk helsevern i løpet av det aktuelle året
- Rater – bruken av spesialisthelsetjenester relatert til befolkningsgrunnlaget:  
Bruken av spesialisthelsetjenestene i de geografiske områder er beskrevet ved bruk av dekningsrater og pasientrater. Ratene er beregnet ved at den aktuelle valgte indikatoren er relatert til antall innbyggere i den aktuelle befolkningsgruppen i det aktuelle geografiske området ved utgangen av aktivitetsåret. Ratene er angitt per 1.000 innbygger i den aktuelle befolkningsgruppen

Confidential, Pedersen, Tone, 26.01.2023 08:29:59

# VEDLEGG

## Detaljer innen PHR

Confidential, Pedersen, Tone, 26.01.2023 08:29:59

# Psykisk helsevern og rus (PHR): Psykisk Helsevern Barn og Unge (PHV-BU)

Kostnad per pasient,  
Kostnad per polikliniske pasient og  
Kostnad per oppholdsdøgn

## Kostnad per pasient innen Psykisk helsevern Barn og Unge (PHV-BU)

Helseforetak	Kostnad per pasient PHV-BU		Kostnadsendring 2020-2021	
	2020	2021	Abslutt	Relativ
Helse Stavanger HF	62 110	58 863	- 3 247	-5,2 %
Helse Nord-Trøndelag HF	72 767	62 308	- 10 459	-14,4 %
Helse Møre og Romsdal HF	73 201	65 266	- 7 936	-10,8 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	70 181	67 567	- 2 614	-3,7 %
Helse Midt-Norge totalt	73 913	68 260	- 5 653	-7,6 %
Sørlandet sykehus HF	68 263	69 665	1 402	2,1 %
Akershus universitetssykehus HF	80 495	69 931	- 10 565	-13,1 %
Helse Fonna HF	74 465	71 364	- 3 102	-4,2 %
Sykehuset Østfold HF	79 674	71 967	- 7 708	-9,7 %
St Olavs hospital HF	75 159	74 511	- 648	-0,9 %
Nasjonalt Alle foretak (offentlige og private)	80 445	76 207	- 4 238	-5,3 %
<b>Sykehuset i Telemark HF</b>	<b>89 216</b>	<b>78 974</b>	<b>- 10 241</b>	<b>-11,5 %</b>
Sykehuset i Vestfold HF	78 765	80 349	1 584	2,0 %
Helse Sør-Øst totalt	86 223	80 921	- 5 302	-6,1 %
Helse Bergen HF	80 184	81 081	896	1,1 %
Sykehuset Innlandet HF	82 872	81 685	- 1 187	-1,4 %
Finnmarkssykehuset HF	82 486	88 825	6 339	7,7 %
Vestre Viken HF	89 095	89 146	52	0,1 %
Nordlandssykehuset HF	107 716	110 889	3 173	2,9 %
Oslo universitetssykehus HF	131 640	120 102	- 11 538	-8,8 %

År	Ant. pasienter PHV-BU STHF	% per år	% fra 2018 til 2021
2018	1.898		
2019	1.864	-1,8 %	
2020	1.833	-1,7 %	
2021	2.115	+15,4 %	+11,4 %

\*MERK: Alle kostnader presentert i 2021 prisindeks. Dette er grunnen til avvik i indikatoren Kostnad per pasient fra Samdata 2020.

Kilde: [Om SAMDATA spesialisthelsetjenesten – Helsedirektoratet](#); Produktivitet innen Psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (PHR) – Kostnadsindikatorer



# Kostnad per polikliniske pasient innen Psykisk helsevern Barn og Unge (PHV-BU)

Helseforetak	Kostnad per polikliniske pasient PHV-BU		Kostnadsendring 2020-2021	
	2020	2021	Abslutt	Relativ
Helse Fonna HF	24 200	21 102	- 3 099	-12,8 %
Finnmarkssykehuset HF	17 181	23 389	6 208	36,1 %
Helse Nord-Trøndelag HF	57 991	31 551	- 26 440	-45,6 %
Helse Stavanger HF	43 633	41 893	- 1 740	-4,0 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	41 779	42 501	723	1,7 %
Oslo universitetssykehus HF	46 227	42 524	- 3 703	-8,0 %
Helse Bergen HF	56 087	45 556	- 10 531	-18,8 %
Helse Midt-Norge totalt	57 482	49 384	- 8 098	-14,1 %
Nasjonalt Alle foretak (offentlige og private)	53 761	49 843	- 3 918	-7,3 %
Akershus universitetssykehus HF	56 738	50 188	- 6 549	-11,5 %
Helse Møre og Romsdal HF	59 052	50 313	- 8 738	-14,8 %
Sykehuset Østfold HF	58 486	50 938	- 7 549	-12,9 %
Helse Sør-Øst totalt	59 111	55 431	- 3 680	-6,2 %
Sørlandet sykehus HF	59 863	55 458	- 4 405	-7,4 %
Sykehuset i Telemark HF	63 229	57 079	- 6 150	-9,7 %
St Olavs hospital HF	55 880	59 009	3 129	5,6 %
Sykehuset Innlandet HF	62 454	62 988	534	0,9 %
Vestre Viken HF	66 052	64 646	- 1 406	-2,1 %
Sykehuset i Vestfold HF	62 012	64 730	2 719	4,4 %
Nordlandssykehuset HF	63 982	75 414	11 432	17,9 %

År	Ant. Pol. Pasienter PHV-BU STHF	% per år	% fra 2018 til 2021
2018	1.879		
2019	1.853	-1,4 %	
2020	1.822	-1,7 %	
2021	2.107	+15,6 %	+12,1 %

\*MERK: Alle kostnader presentert i 2021 prisindeks. Dette er grunnen til avvik i indikatoren Kostnad per pasient fra Samdata 2020.

Kilde: [Om SAMDATA spesialisthelsetjenesten – Helsedirektoratet](#); Produktivitet innen Psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (PHR) – Kostnadsindikatorer

# Kostnad per oppholdsdøgn innen Psykisk helsevern Barn og Unge (PHV-BU)

Helseforetak	Kostnad per oppholdsdøgn PHV-BU		Kostnadsendring 2020-2021	
	2020	2021	Abslutt	Relativ
Sykehuset Innlandet HF	14 670	12 442	- 2 228	-15,2 %
Akershus universitetssykehus HF	15 754	16 056	302	1,9 %
Helse Møre og Romsdal HF	14 175	16 472	2 297	16,2 %
Sykehuset Østfold HF	19 000	19 574	574	3,0 %
St Olavs hospital HF	24 114	19 779	- 4 335	-18,0 %
Nordlandssykehuset HF	24 940	20 434	- 4 506	-18,1 %
Vestre Viken HF	25 761	21 286	- 4 475	-17,4 %
Helse Sør-Øst totalt	23 972	21 437	- 2 535	-10,6 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	21 572	21 520	- 52	-0,2 %
Helse Stavanger HF	27 364	22 597	- 4 767	-17,4 %
Helse Midt-Norge totalt	19 470	23 425	3 955	20,3 %
Nasjonalt Alle foretak (offentlige og private)	24 392	23 738	- 654	-2,7 %
Sykehuset i Telemark HF	26 613	24 626	- 1 987	-7,5 %
Oslo universitetssykehus HF	34 638	26 532	- 8 106	-23,4 %
Sørlandet sykehus HF	26 501	27 069	568	2,1 %
Helse Bergen HF	20 784	27 981	7 197	34,6 %
Finnmarkssykehuset HF	28 525	31 136	2 610	9,2 %
Sykehuset i Vestfold HF	29 563	37 622	8 059	27,3 %
Helse Nord-Trøndelag HF	22 756	46 458	23 702	104,2 %
Helse Fonna HF	46 205	54 624	8 420	18,2 %

År	Ant. Oppholdsdøgn PHV-BU STHF	% per år	% fra 2018 til 2021
2018	1.875		
2019	2.089	-11,4 %	
2020	1.816	-13,1 %	
2021	1.899	+4,6 %	+1,3 %

\*MERK: Alle kostnader presentert i 2021 prisindeks. Dette er grunnen til avvik i indikatoren Kostnad per pasient fra Samdata 2020.

Kilde: [Om SAMDATA spesialisthelsetjenesten – Helsedirektoratet](#); Produktivitet innen Psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (PHR) – Kostnadsindikatorer

# Psykisk helsevern og rus (PHR): Psykisk Helsevern Voksne (PHV-V)

Kostnad per pasient,  
Kostnad per polikliniske pasient og  
Kostnad per oppholdsdøgn

## Kostnad per pasient innen Psykisk helsevern Voksne (PHV-V)

Helseforetak	Kostnad per pasient PHV-V		Kostnadsendring 2020-2021	
	2020	2021	Abslutt	Relativ
St Olavs hospital HF	89 935	87 286	- 2 650	-2,9 %
Finnmarkssykehuset HF	92 764	89 900	- 2 864	-3,1 %
Akershus universitetssykehus HF	103 085	93 702	- 9 384	-9,1 %
Sykehuset i Vestfold HF	93 946	99 041	5 095	5,4 %
Helse Midt-Norge totalt	102 321	100 343	- 1 978	-1,9 %
Sykehuset i Telemark HF	104 489	103 739	- 750	-0,7 %
Helse Nord-Trøndelag HF	108 854	104 250	- 4 605	-4,2 %
Vestre Viken HF	109 952	108 515	- 1 437	-1,3 %
Sørlandet sykehus HF	117 216	114 045	- 3 171	-2,7 %
Nasjonalt Alle foretak (offentlige og private)	117 701	115 252	- 2 449	-2,1 %
Helse Sør-Øst totalt	119 231	115 611	- 3 621	-3,0 %
Helse Stavanger HF	129 692	119 596	- 10 096	-7,8 %
Helse Møre og Romsdal HF	119 422	120 004	582	0,5 %
Sykehuset Østfold HF	124 144	122 838	- 1 306	-1,1 %
Helse Bergen HF	131 401	135 399	3 998	3,0 %
Sykehuset Innlandet HF	138 134	136 010	- 2 123	-1,5 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	136 710	137 261	551	0,4 %
Helse Fonna HF	140 694	141 218	525	0,4 %
Nordlandssykehuset HF	161 542	168 887	7 345	4,5 %
Oslo universitetssykehus HF	214 225	204 722	- 9 503	-4,4 %

År	Ant. pasienter PHV-V STHF	% per år	% fra 2018 til 2021
2018	5.248		
2019	5.287	+0,7 %	
2020	4.941	-6,5 %	
2021	5.013	+1,5 %	-4,5 %

\*MERK: Alle kostnader presentert i 2021 prisindeks. Dette er grunnen til avvik i indikatoren Kostnad per pasient fra Samdata 2020.

Kilde: [Om SAMDATA spesialisthelsetjenesten – Helsedirektoratet](#); Produktivitet innen Psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (PHR) – Kostnadsindikatorer

# Kostnad per polikliniske pasient innen Psykisk helsevern Voksne (PHV-V)

Helseforetak	Kostnad per polikliniske pasient PHV-V		Kostnadsendring 2020-2021	
	2020	2021	Abslutt	Relativ
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	23 438	19 373	- 4 065	-17,3 %
Finnmarkssykehuset HF	20 587	21 419	832	4,0 %
Sykehuset i Telemark HF	28 694	28 215	- 480	-1,7 %
Helse Stavanger HF	31 250	29 971	- 1 280	-4,1 %
Helse Nord-Trøndelag HF	21 835	32 652	10 816	49,5 %
Helse Bergen HF	38 441	32 812	- 5 629	-14,6 %
St Olavs hospital HF	36 699	33 523	- 3 176	-8,7 %
Nasjonalt Alle foretak (offentlige og private)	37 883	37 128	- 755	-2,0 %
Vestre Viken HF	35 919	37 234	1 315	3,7 %
Helse Midt-Norge totalt	38 762	38 014	- 748	-1,9 %
Akershus universitetssykehus HF	36 395	38 657	2 263	6,2 %
Sykehuset Østfold HF	38 873	39 112	239	0,6 %
Sykehuset i Vestfold HF	39 116	39 311	195	0,5 %
Helse Sør-Øst totalt	38 679	39 577	898	2,3 %
Helse Fonna HF	49 509	40 933	- 8 576	-17,3 %
Sykehuset Innlandet HF	40 139	43 532	3 393	8,5 %
Nordlandssykehuset HF	51 254	44 863	- 6 390	-12,5 %
Sørlandet sykehus HF	45 586	45 846	261	0,6 %
Helse Møre og Romsdal HF	50 795	48 184	- 2 611	-5,1 %
Oslo universitetssykehus HF	49 640	50 096	456	0,9 %

År	Ant. Pol. pasienter PHV-V STHF	% per år	% fra 2018 til 2021
2018	5.058		
2019	5.118	+1,2 %	
2020	4.758	-7,0 %	
2021	4.788	+0,6 %	-5,3 %

\*MERK: Alle kostnader presentert i 2021 prisindeks. Dette er grunnen til avvik i indikatoren Kostnad per pasient fra Samdata 2020.

Kilde: [Om SAMDATA spesialisthelsetjenesten – HelseDirektoratet](#); Produktivitet innen Psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (PHR) – Kostnadsindikatorer

## Kostnad per oppholdsdøgn innen Psykisk helsevern Voksne (PHV-V)

Helseforetak	Kostnad per oppholdsdøgn PHV-V		Kostnadsendring 2020-2021	
	2020	2021	Abslutt	Relativ
Sørlandet sykehus HF	11 310	11 058	- 252	-2,2 %
Helse Stavanger HF	11 841	11 826	- 16	-0,1 %
St Olavs hospital HF	12 422	11 870	- 551	-4,4 %
Sykehuset i Telemark HF	12 855	12 036	- 818	-6,4 %
Akershus universitetssykehus HF	14 530	12 833	- 1 697	-11,7 %
Helse Midt-Norge totalt	14 301	13 381	- 920	-6,4 %
Sykehuset i Vestfold HF	13 431	13 866	435	3,2 %
Nordlandssykehuset HF	13 640	14 301	661	4,8 %
Sykehuset Østfold HF	13 730	14 323	593	4,3 %
Helse Nord-Trøndelag HF	17 231	14 369	- 2 862	-16,6 %
Nasjonalt Alle foretak (offentlige og private)	14 820	14 620	- 200	-1,3 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	15 005	14 833	- 171	-1,1 %
Helse Sør-Øst totalt	15 622	15 016	- 606	-3,9 %
Helse Bergen HF	13 735	15 183	1 448	10,5 %
Helse Møre og Romsdal HF	15 618	15 252	- 365	-2,3 %
Vestre Viken HF	15 766	15 972	206	1,3 %
Sykehuset Innlandet HF	16 957	16 143	- 815	-4,8 %
Helse Fonna HF	14 150	16 238	2 088	14,8 %
Oslo universitetssykehus HF	22 590	20 485	- 2 105	-9,3 %
Finnmarkssykehuset HF	24 153	25 925	1 772	7,3 %

År	Ant. Oppholdsdøgn PHV-V STHF	% per år	% fra 2018 til 2021
2018	33.394		
2019	32.621	-2,3 %	
2020	29.542	-9,4 %	
2021	31.983	+8,3 %	-4,2 %

\*MERK: Alle kostnader presentert i 2021 prisindeks. Dette er grunnen til avvik i indikatoren Kostnad per pasient fra Samdata 2020.

Kilde: [Om SAMDATA spesialisthelsetjenesten – Helsedirektoratet](#); Produktivitet innen Psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (PHR) – Kostnadsindikatorer

# Psykisk helsevern og rus (PHR): Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Kostnad per pasient,  
Kostnad per polikliniske pasient og  
Kostnad per oppholdsdøgn

# Kostnad per pasient innen Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Helseforetak	Kostnad per pasient TSB		Kostnadsendring 2020-2021	
	2020	2021	Abslutt	Relativ
Sykehuset i Telemark HF	57 846	64 850	7 003	12,1 %
Vestre Viken HF	72 869	69 884	- 2 986	-4,1 %
Sykehuset Østfold HF	69 982	71 799	1 817	2,6 %
Helse Nord-Trøndelag HF	71 802	79 726	7 924	11,0 %
St Olavs hospital HF	88 032	87 258	- 773	-0,9 %
Akershus universitetssykehus HF	91 843	87 503	- 4 339	-4,7 %
Helse Sør-Øst totalt	92 636	94 694	2 058	2,2 %
Nordlandssykehuset HF	100 055	103 902	3 847	3,8 %
Sykehuset Innlandet HF	92 986	108 889	15 903	17,1 %
Helse Midt-Norge totalt	111 235	109 690	- 1 545	-1,4 %
Sørlandet sykehus HF	105 850	112 012	6 162	5,8 %
Finnmarkssykehuset HF	62 968	114 330	51 361	81,6 %
Helse Fonna HF	99 156	114 412	15 256	15,4 %
Nasjonalt Alle foretak (offentlige og private)	112 515	116 768	4 253	3,8 %
Helse Stavanger HF	107 927	118 962	11 034	10,2 %
Sykehuset i Vestfold HF	109 743	123 726	13 983	12,7 %
Oslo universitetssykehus HF	150 254	146 314	- 3 940	-2,6 %
Helse Bergen HF	156 741	165 880	9 139	5,8 %
Helse Møre og Romsdal HF	184 560	166 107	- 18 454	-10,0 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	174 912	202 403	27 491	15,7 %

År	Ant. pasienter TSB STHF	% per år	% fra 2018 til 2021
2018	1.050		
2019	996	-5,1 %	
2020	998	+0,2 %	
2021	965	-3,3 %	-8,1 %

\*MERK: Alle kostnader presentert i 2021 prisindeks. Dette er grunnen til avvik i indikatoren Kostnad per pasient fra Samdata 2020.

Kilde: [Om SAMDATA spesialisthelsetjenesten – Helsedirektoratet](#); Produktivitet innen Psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (PHR) – Kostnadsindikatorer



# Kostnad per polikliniske pasient innen Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Helseforetak	Kostnad per polikliniske pasient TSB		Kostnadsendring 2020-2021	
	2020	2021	Abslutt	Relativ
Finnmarkssykehuset HF	8 468	13 979	5 511	65,1 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	11 628	17 262	5 634	48,4 %
Helse Nord-Trøndelag HF	18 856	19 075	219	1,2 %
Akershus universitetssykehus HF	31 535	25 727	- 5 808	-18,4 %
Vestre Viken HF	28 271	29 352	1 081	3,8 %
Helse Midt-Norge totalt	33 753	31 069	- 2 684	-8,0 %
St Olavs hospital HF	32 434	31 619	- 815	-2,5 %
Sykehuset i Telemark HF	30 302	32 824	2 522	8,3 %
Sørlandet sykehus HF	32 121	34 554	2 432	7,6 %
Sykehuset Østfold HF	33 882	34 695	813	2,4 %
Nasjonalt Alle foretak (offentlige og private)	36 328	37 109	781	2,2 %
Helse Sør-Øst totalt	37 217	37 521	303	0,8 %
Sykehuset Innlandet HF	34 144	37 793	3 648	10,7 %
Helse Fonna HF	38 858	37 833	- 1 025	-2,6 %
Helse Møre og Romsdal HF	50 595	38 076	- 12 520	-24,7 %
Helse Bergen HF	49 940	45 556	- 4 384	-8,8 %
Sykehuset i Vestfold HF	47 812	49 880	2 068	4,3 %
Nordlandssykehuset HF	44 997	52 391	7 394	16,4 %
Helse Stavanger HF	45 931	53 703	7 772	16,9 %
Oslo universitetssykehus HF	58 784	58 984	200	0,3 %

År	Ant. Pol. pasienter TSB STHF	% per år	% fra 2018 til 2021
2018	933		
2019	873	-6,4 %	
2020	860	-1,5 %	
2021	808	-6,0 %	-13,4 %

\*MERK: Alle kostnader presentert i 2021 prisindeks. Dette er grunnen til avvik i indikatoren Kostnad per pasient fra Samdata 2020.

Kilde: [Om SAMDATA spesialisthelsetjenesten – Helsedirektoratet](#); Produktivitet innen Psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (PHR) – Kostnadsindikatorer

## Kostnad per oppholdsdøgn innen Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Helseforetak	Kostnad per oppholdsdøgn TSB		Kostnadsendring 2020-2021	
	2020	2021	Abslutt	Relativ
Finnmarkssykehuset HF	3 674	5 821	2 147	58,4 %
Helse Møre og Romsdal HF	7 391	7 431	40	0,5 %
Helse Midt-Norge totalt	8 412	8 042	- 370	-4,4 %
St Olavs hospital HF	8 690	8 098	- 592	-6,8 %
Sørlandet sykehus HF	8 993	8 700	- 293	-3,3 %
Sykehuset Innlandet HF	12 344	8 885	- 3 459	-28,0 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	9 447	9 343	- 104	-1,1 %
Nasjonalt Alle foretak (offentlige og private)	9 950	9 961	11	0,1 %
Vestre Viken HF	11 034	9 992	- 1 043	-9,4 %
Sykehuset Østfold HF	9 428	10 351	923	9,8 %
Helse Sør-Øst totalt	10 969	10 454	- 515	-4,7 %
Akershus universitetssykehus HF	11 187	10 802	- 385	-3,4 %
Sykehuset i Vestfold HF	8 905	10 964	2 059	23,1 %
Helse Nord-Trøndelag HF	13 906	11 009	- 2 897	-20,8 %
Helse Bergen HF	10 266	11 009	743	7,2 %
Sykehuset i Telemark HF	12 304	11 425	- 879	-7,1 %
Oslo universitetssykehus HF	13 475	12 758	- 716	-5,3 %
Helse Stavanger HF	9 221	12 760	3 539	38,4 %
Nordlandssykehuset HF	15 396	13 923	- 1 473	-9,6 %
Helse Fonna HF	18 142	22 168	4 026	22,2 %

År	Ant. Oppholdsdøgn TSB STHF	% per år	% fra 2018 til 2021
2018	2.396		
2019	3.606	-50,5 %	
2020	2.574	-28,6 %	
2021	3.156	+22,6 %	+31,7 %

\*MERK: Alle kostnader presentert i 2021 prisindeks. Dette er grunnen til avvik i indikatoren Kostnad per pasient fra Samdata 2020.

Kilde: [Om SAMDATA spesialisthelsetjenesten – HelseDirektoratet](#); Produktivitet innen Psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (PHR) – Kostnadsindikatorer

## Saksfremlegg

### Saksgang

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
<b>Styret i Sykehuset Telemark HF</b>	1. februar 2023

Type sak (sett kryss)						
Beslutning		Etterretning		Orientering	X	Tema

### 012-2023 Styrets årsplan - oppdatert

#### Hensikten med saken

Denne saken omhandler styrets oppdaterte årsplan for 2023. Som ledd i virksomhetsstyringen ved Sykehuset Telemark HF, i henhold til veilederen «Styrearbeid i regionale helseforetak» utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet punkt. 4.4, samt som ledd i forskriften «ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten» § 6 a), utarbeides det en plan for styrets arbeid for det enkelte år..

Årsplan 2023 arbeidstidfester styremøter, styreseminar og kjente foretaksmøter. Planen gir oversikt over de viktigste kjente sakene, som skal behandles i hvert av styremøtene.

Ytterligere saker kan legges inn i løpet av året og en oppdatert årsplan vil derfor legges fram for styret i hvert styremøte.

#### Forslag til vedtak

Styret fremlagte oppdaterte årsplan for 2023 til orientering

Skien, 23. januar 2023

Tom Helge Rønning  
administrerende direktør

#### Vedlegg

- Styrets oppdaterte årsplan 2023

# Årsplan 2023 for styret i Sykehuset Telemark

Ajourført per 25. januar 2023

Styremøter 2023			
Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
<b>Ekstraordinært styremøte</b> 1. februar Kl. 0900 – 1600  Direktørens møterom	<ul style="list-style-type: none"><li>Godkjenning av innkalling og saksliste</li><li>Godkjenning av protokoll</li><li>Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester</li><li>Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern</li><li>Fullmakter ved STHF</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Driftsorienteringer fra AD</li><li>Virksomhetsrapport per 3. tertial 2022</li><li>Varslingsutvalgets årsrapport 2022</li><li>Forskningsåret 2022 samt nytt fra forskning</li><li>Samdata 2021</li><li>Avvikling Fritt behandlingsvalg – status og tiltak</li><li>Styrets årsplan 2023 – oppdatert</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Kommunikasjon, intern og ekstern. Hvordan jobbes det og litt om utfordringsbildet</li></ul>
<b>Styremøte</b> 15. februar Kl. 0900 – 1600  Direktørens møterom	<ul style="list-style-type: none"><li>Godkjenning av innkalling og saksliste</li><li>Godkjenning av protokoll</li><li>Årlig melding 2022</li><li></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Driftsorienteringer fra AD</li><li>Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark (1)</li><li>Utbygging somatikk Skien - Status</li><li>Virksomhetsrapport per januar</li><li>Sommerferieplanlegging</li><li>Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring – status 2022/prioriteringer 2023</li><li>Brukerutvalgets leders orientering</li><li>Styrets årsplan 2023 – oppdatert</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li></li></ul>
<b>Styremøte</b> 22. mars Kl. 0900 – 1600  Direktørens møterom	<ul style="list-style-type: none"><li>Godkjenning av innkalling og saksliste</li><li>Godkjenning av protokoll</li><li>Årsregnskap og årsberetning 2022</li><li>Protokoll fra foretaksmøte 17. februar og oppdragsdokument 2023</li><li>Internrevisjon resultater 2022 og plan 2023</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Driftsorienteringer fra AD</li><li>Utbygging Somatikk Skien</li><li>Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark (2)</li><li>Virksomhetsrapport per februar</li><li>Sak om fag og kvalitet (I)</li><li>Status økonomisk langtidsplan</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Brukermedvirkning Brukerutvalget kommer med en tilbakemelding slik at styret kan diskutere «hvordan styrke og utvikle brukermedvirkning</li></ul>

# Årsplan 2023 for styret i Sykehuset Telemark

Ajournført per 25. januar 2023

Styremøter 2023			
Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Møteplan for styret 2024</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Årsmelding 2022 Pasient- og brukerombudet i Telemark</li> <li>Brukerutvalgets leders orientering</li> <li>Styrets årsplan 2023 - oppdatert</li> </ul>	<p>ved sykehuset Telemark i 2023»</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Styrets egenevaluering – lukket møte</li> </ul>
<p><b>Styremøte</b> 25. mai Kl. 0900 – 1600</p> <p>Direktørens møterom</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Godkjenning av innkalling og saksliste</li> <li>Godkjenning av protokoll</li> <li>Økonomisk langtidsplan 2024-2027</li> <li>Styreinstruks og instruks for administrerende direktør i Sykehuset Telemark</li> <li>Styrende dokumenter for Sykehuset Telemark HF i 2023</li> <li>Oppnevning av medlemmer til brukerutvalget og valg av leder og nestleder for perioden 2023 – 2025</li> <li>Utbygging Somatikk Skien – B4 beslutning</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Driftsorienteringer fra AD</li> <li>Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark (3)</li> <li>Virksomhetsrapport per 1. tertial 2023</li> <li>Virksomhetsovergrepene prosjekter - status</li> <li>Årsrapport 2022 HMS</li> <li>Resultat ForBedring 2023</li> <li>Uønskede pasienthendelser 2022 - statistikk og analyse (NOKUP)</li> <li>Alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser 2022</li> <li>Status tiltak med timeavlysninger/ikke møtt</li> <li>Brukerutvalgets leders orientering</li> <li>Helsefellesskapet i Telemark – årsrapport 2022</li> <li>Styrets årsplan 2023 – oppdatert</li> </ul>	
<p><b>Styremøte</b> 23. juni Kl. 0900 – 1600</p> <p>Direktørens møterom</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Godkjenning av innkalling og saksliste</li> <li>Godkjenning av protokoll</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Driftsorienteringer fra AD</li> <li>Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark (4)</li> <li>Utbygging Somatikk Skien - status</li> <li>Virksomhetsrapport per mai 2023</li> <li>Sak om fag og kvalitet (II)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Styrets felles møte med BU</li> </ul>

# Årsplan 2023 for styret i Sykehuset Telemark

Ajourført per 25. januar 2023

Styremøter 2023			
Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Brukerutvalgets leders orientering</li> <li>Styrets årsplan 2023 – oppdatert</li> </ul>	
<p><b>Styremøte</b> 11. september Kl. 0900 - 1600</p> <p>Direktørens møterom</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Godkjenning av innkalling og sakliste</li> <li>Godkjenning av protokoll</li> <li>Protokoll fra foretaksmøte 23. juni</li> <li>Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2024</li> <li>Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2023</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Driftsorienteringer fra AD</li> <li>Utbygging Somatikk Skien -</li> <li>Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark (5)</li> <li>Virksomhetsrapport per 2. tertial 2023</li> <li>Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar</li> <li>Status styringskrav i oppdrag og bestilling 2023 til STHF</li> <li>Styresaker i Sykehuset Telemark HF - status og oppfølging</li> <li>Styrets årsplan 2023 - oppdatert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Styrets egenevaluering – lukket møte</li> </ul>
<p><b>Styremøte</b> 25. oktober Kl. 0900 - 1600</p> <p>Notodden sykehus</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Godkjenning av innkalling og sakliste</li> <li>Godkjenning av protokoll</li> <li>Årlig evaluering AD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Driftsorienteringer fra AD</li> <li>Utbygging Somatikk Skien - Status</li> <li>Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark (6)</li> <li>Status budsjett 2024</li> <li>Virksomhetsrapport per september</li> <li>Nasjonale kvalitetsregistre og kvalitetsindikatorer</li> <li>Ledelsens gjennomgang 2023</li> <li>Evaluering sommerdrift 2023 og sommerferieplanlegging 2024</li> <li>Brukerutvalgets leders orientering</li> <li>Styrets årsplan 2023 - oppdatert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Temasak</li> <li>Styrets egenevaluering – lukket møte</li> </ul>

# Årsplan 2023 for styret i Sykehuset Telemark

Ajourført per 25. januar 2023

Styremøter 2023			
Dato, tid og sted	Saker til beslutning/etterretning	Saker til orientering	Temasaker
<b>Styremøte</b> 23. november Kl. 0900 - 1600  Direktørens møterom	<ul style="list-style-type: none"><li>• Godkjenning av innkalling og saksliste</li><li>• Godkjenning av protokoll</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Driftsorienteringer fra AD</li><li>• Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark (7)</li><li>• Utbygging Somatikk Skien – Status</li><li>• Virksomhetsovergrepene prosjekter - status</li><li>• Virksomhetsrapport per oktober</li><li>• Status budsjett 2024</li><li>• Sak om fag og kvalitet (III)</li><li>• Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring – status 2023/prioriteringer 2024</li><li>• Helsefelleskapet i Telemark – fokus/status 2023</li><li>• Brukerutvalgets leders orientering</li><li>• Styrets årsplan 2023 - oppdatert</li></ul>	
<b>Styremøte</b> 13. desember Kl. 0900 - 1600  Direktørens møterom	<ul style="list-style-type: none"><li>• Godkjenning av innkalling og saksliste</li><li>• Godkjenning av protokoll</li><li>• Budsjett 2024</li><li>• Styrets årsplan 2024</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Driftsorienteringer fra AD</li><li>• Virksomhetsrapport per november</li><li>• Utbygging Somatikk Skien - Status</li><li>• Kvalitet og forbedringsarbeid i Sykehuset Telemark ((8)</li><li>• Overordnet HMS mål- og handlingsplan 2024</li><li>• Forskning</li><li>• Styresaker i Sykehuset Telemark HF - status og oppfølging</li><li>• Brukerutvalgets leders orientering</li></ul>	

## Årsplan 2023 for styret i Sykehuset Telemark

Ajourført per 25. januar 2023

### Foretaksmøter og styreseminar:

**Foretaksmøte:**

17. februar kl. 1215 – 1245 (digitalt)

23. juni (tidspunkt ikke fastlagt)

**Styreseminar i regi av Helse Sør-Øst:**

20. april kl. 1200 – 1800

**Styreseminar:**

21. mars kl. 1300 – 1800

Sted: Administrerende direktørs møterom; Tema Ikke avklart

26. oktober kl. 1300 – 1700

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

13. desember kl. 1630 – 2000

Sted: Administrerende direktørs møterom; Årlig egnevaluering av styrets arbeid og arbeidsform



**Protokoll**

<b>Protokoll:</b>	Brukerutvalg STHF	<b>Dato:</b>	08.desember 2022
<b>Møteleder:</b>	Rita Andersen	<b>Tid:</b>	1000 – 1400
<b>Referent:</b>	Anne Borge Kallevig	<b>Sted:</b>	Direktørens møterom
<b>Deltakere:</b>	Sykehuset Telemarks brukerutvalg Linda Charlotte Grunnreis, Pasient og brukerombud Vestfold og Telemark, kontor Skien Egil Rye-Hytten, regional brukerrepresentant Tom Helge Rønning, administrerende direktør (til lunsj) Per Urdahl, klinikkjef medisin (fra lunsj) Anne Olaug Aase, avdelingsleder medisin Notodden – vedr sak 62-2023 Ellen Marie Troland Tufthammer, fagutviklingssykepleier/lungesykepleier medisin Notodden – vedr sak 62-2023 Anne Borge Kallevig, administrasjonskonsulent, referent		
<b>På Skype</b>	Heidi Knarrum, spesialrådgiver kvalitetsavdelingen – vedr sak 60-2023		
<b>Fravær:</b>	Rita Slåbakk, HLF Vestfold og Telemark Sondre Otervik A-larm Olav Kristiansen, Profo Telemark Gun Inger Heibø, MS Forbundet Halfrid Waage, fagdirektør Anne Brynjulfsen, rådgiver klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling (KPR)		

<b>Saksnr.</b>	<b>Sak</b>
<b>00-2022</b>	<b>Godkjenning av innkalling og saksliste</b>  <b><u>Vedtak:</u></b> Brukerutvalget godkjenner innkalling og saksliste.
<b>55-2022</b>	<b>Godkjenning av protokoll fra 27. oktober 2022</b>  <b><u>Vedtak:</u></b> Brukerutvalget godkjenner protokoll fra brukerutvalgsmøte 27.oktober 2022.
<b>56-2022</b>	<b>Virksomhetsrapport per oktober</b>  <i>Oppsummering oktober – aktivitet, tilgjengelighet, kvalitet og økonomi</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antall pasienter på <b>venteliste</b> øker. Venteliste til operasjon stabil. Antall og andel pasienter <b>passert planlagt tid</b> er noe lavere enn foregående måneder, men fortsatt langt over mål (12,0%)</li> <li>• Målsetninger for <b>ventetider</b> er oppnådd i BUP, VOP og TSB. Ventetidene faller også i somatikken.</li> <li>• <b>Fristbrudd</b> er fallende for både påstartede (4,8%) og ventende pasienter (3,3%). MATA det største området.</li> <li>• Andel <b>korridorpasienter</b> er noe lavere enn foregående måned men fortsatt på høyt nivå (3,1%).</li> <li>• Fortsatt <b>høyt belegg</b>. Samlet belegg 101%, varierende mellom 81-111%.</li> <li>• Samlet <b>ISF-aktivitet</b> i somatikken 2% under budsjett.</li> <li>• Andelen <b>telefon/video-konsultasjoner</b> er 12,5% for alle fagområdene hittil i år, og viser en fallende trend.</li> </ul>

Saksnr.	Sak
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultater for <b>pakkeforløp kreft</b> hittil i år er gode (76%). Det har vært en bedring over de siste to månedene.</li> <li>• Resultat for oktober på -4,8 mnok mot budsjett +5,0 mnok. Avvik = - 9,8 mnok <ul style="list-style-type: none"> <li>– Lønnsoppgjør, overtid, innleie og FBV viktigste enkeltårsaker + legemidler (cytostatika) og kjøp av helsetjenester (gjestepasienter) og noe lavere aktivitet enn foregående måneder</li> </ul> </li> <li>• Resultat per oktober – 11,5 mnok vs budsjett 50,0 mnok. Avvik= - 61,5 mnok <ul style="list-style-type: none"> <li>– høye kostnader til variabel lønn og innleie</li> <li>– fortsatt sterk kostnadsvekst knyttet til fritt behandlingsvalg</li> <li>– betydelig høyere pris- og lønnsvekst enn forutsatt i budsjett</li> <li>– svært høyt aktivitetsnivå i pre-hospitale tjenester og akuttmottak</li> <li>– høyt belegg med krevende driftsituasjon på somatiske sengeposter og i akuttpsykiatrien</li> <li>–</li> </ul> </li> <li>• Estimat for året er nedjustert til -20 mnok (vs budsjett 60 mnok).</li> </ul> <p><b><u>Vedtak:</u></b> Brukerutvalget tar saken til orientering.</p>
57-2022	<p><b>Aktuelle orienteringer</b> Saken ble presentert av Tom Helge Rønning, administrerende direktør.</p> <p><u>Oppsummering:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Den økonomiske situasjonen for Sykehuset Telemark HF er svært krevende.</li> <li>• Dette gjelder også for Helse Sør-Øst, da tilsvarende situasjon er gjeldende for samtlige av helseforetakene i gruppen.</li> <li>• Statsbudsjettet for 2023 blir et krevende budsjett. Sykehuset/sykehusene må forberede seg på omstilling og tøffere prioriteringer.</li> <li>• Utfordring for hele personalgruppa.</li> <li>• Alle klinikkene må jobbe med omstillingsplaner – planene vil måtte variere fra klinikk til klinikk - kan ikke være like over hele «fjøla» Omstillingsplanene/arbeidet vil være hovedfokus på oppfølgingsmøtene direktøren har med klinikkene.</li> <li>• Utdanningskapasiteten må utvides.</li> <li>• Fundamental mangel på ressurser/kompetanse.</li> <li>• Sørge for å rekruttere, beholde og utdanne bemanningen</li> <li>• Utfordrende med fastlegemangelen.</li> <li>• Viktig at brukerutvalget involverer seg i omstillingsprosessen. På noen områder vil sykehuset kanskje ikke klare å opprettholde alle dagens tilbud.</li> <li>• Psykisk helsevern – mange små poliklinikker – sårbare. Bygge større og mer robuste enheter.</li> <li>• Utfordringer med at store bedrifter gir helseforsikring til sine ansatte.</li> <li>• Utbyggingsprosjektet: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Foreløpige kalkyler ligger langt over styringsrammen</li> </ul> </li> </ul>

Saksnr.	Sak
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Må inn i en prioriteringsprosess og nedskalere</li> <li>○ Strålesenter vil bli prioritert og bygget</li> <li>○ Somatikk sengebygg – høyt på listen. Må sikre utvikling av STHF</li> <li>○ Rapport forprosjekt USS opp i styret i Helse Sør-Øst våren 2023</li> <li>• Fritt behandlingsvalgt – opp i Stortinget i dag 08.12.22. Spent på evt overgangsordninger</li> </ul>
<b>58-2022</b>	<p><b>Aktuelle orienteringer</b> Saken ble presentert av Egil Rye-Hytten, regional brukerrepresentant</p> <p><u>Oppsummering:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosjektet «Klart språk» - Språkrådet har registrert det gode arbeidet som er gjort i dette prosjektet, og dette vil bli tema på et web-seminar i regi av Språkrådet.</li> <li>• Info om bygging av Nye Aker og Nye Rikshospitalet «Finne fram» - viktig med enkle veivisere for å finne fram på disse store nybyggene</li> <li>• BU HSØ går imot at man skal godta flersengsrom i.f.m utbyggingen av OUS. Brukerutvalget vil ta dette opp i styret i HSØ også.</li> <li>• Møte med revisjon – Revisjonen hadde positiv omtale av Sykehuset Telemark HF.</li> <li>• Fagplan for habiliteringstjenestene for barn og unge. Behandlingen av denne er utsatt til våren 2023.</li> <li>• Forskningskonferanse om habilitering – «hva med søsken av handikappede barn?»</li> <li>• ICD implantering- brukerne har gitt klare signaler til HSØ om at de ønsker at dette også skal utføres på Sykehuset Telemark HF</li> <li>• Gjennomgang av økonomi – De økonomiske rammebetingelsene for 2023 medfører en krevende økonomisk situasjon.</li> </ul>
<b>59-2022</b>	<p><b>Status prosjekter</b> Brukerutvalget hadde en kort gjennomgang av prosjektene. Nye prosjekter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosjektgruppe Samvalg – brukerrepresentant Rita Andersen</li> <li>• Styringsgruppe – samarbeidsprosjekt med SiV innenfor fagområdet fysikalskmedisin og rehabilitering – brukerrepresentant Christian Vik</li> </ul>
<b>60-2022</b>	<p><b>Samvalg</b> Saken ble presentert av Heidi Knarrum, spesialrådgiver kvalitetsavdelingen</p> <p>Dennes saken gikk dessverre ut på grunn av tekniske problemer. Settes opp igjen på møtet i januar (26.01.23)</p>
<b>61-2022</b>	<p><b>Pasient- og brukerombudets orienteringer</b> Saken ble presentert av Linda Charlotte Grunnreis, pasient og brukerombud Vestfold og Telemark, kontor Skien.</p> <p><u>Oppsummering:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• For 2022 vil det kun lages Nasjonal årsmelding</li> </ul>

Saksnr.	Sak
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasient og brukerombudet vil presentere hovedtrekk som gjelder Sykehuset Telemark HF</li> <li>• Ganske lik rapport som sist – hvordan brukes tilbakemeldingene ?</li> <li>• Pasient- og brukerombudet opplever godt samarbeid med Sykehuset Telemark. Gode dialogmøter</li> <li>• Kommunikasjon og samhandling viktig</li> <li>• Fritt behandlingsvalg – hva skjer i overgangsfasen? Viktig at de som allerede er i løp får god oppfølging.</li> </ul>
<b>62-2022</b>	<p><b>«Gode pasientforløp»</b> Anne Olaug Aase, avdelingsleder medisin Notodden og Ellen Marie T. Hufthammer, fagutviklingssykepleier/lungesykepleier medisin Notodden presenterte prosjektet.</p> <p>Dette forbedringsarbeidet arrangeres via KS i samarbeid med Folkehelseinstituttet, og finansieres av Helse- og omsorgsdepartementet.</p> <p>Formålet er å støtte kommunene og helseforetakene i å bedre overgangen i pasientforløpet og sikre brukernes behov for å møte helhetlige, trygge og koordinerte tjenester. Pr nå dekkes arbeidet 75% av Norges befolkning</p> <p>Forbedringsarbeidet vedlegger spørsmålet: «Hva er viktig for deg»</p> <p>Notodden sykehus opplever gode resultater av arbeidet og samarbeid med kommunene.</p> <p>Brukerutvalget takker for en god presentasjon og vil skryte av arbeidet som er gjort.</p>
<b>63-2022</b>	<p><b>Eventuelt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingen saker ble tatt opp</li> </ul>
	<p><u>Til møtet i januar – i tillegg til faste poster:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Samvalg</b></li> <li>• <b>Fastsette dato for felles møte med ungdomsrådet</b></li> </ul>

Presentasjoner avholdt i møtet sendes i egen mail i etterkant av møtet.

Møtet ble avsluttet kl. 14.00.

**Neste møte i brukerutvalget er 26. januar 2023**

Skien, 8. desember 2022  
Anne Borge Kallevig  
referent

**Protokoll**

<b>Protokoll:</b>	Ungdomsråd STHF	<b>Dato:</b>	13.desember 2022
<b>Møteleder:</b>	Ada-Marie Riis	<b>Tid:</b>	1800 – 2100
<b>Referent:</b>	Anne Borge Kallevig	<b>Sted:</b>	Direktørens møterom
<b>Deltakere:</b>	Ada-Marie Riis, Amalie Hansen, Kristine Bjørbekk Kjellin, Amund Oterholt, Safira Karoli, Hege Arvesen, Elise Haugerø , Anne Borge Kallevig		
<b>Fravær:</b>	Birk Pettersvold- Foss		
<b>I tillegg møtte</b>	Vibeke Rystad, prosjektleder Helselogistikk STHF og Heidi Glenna Mjaaseth, Systemforvalter Helselogistikk STHF vedr. sak 47-2022		

Saksnr.	Sak
<b>00-2022</b>	<p><b>Innkallelse og saksliste til møtet</b></p> <p><b><u>Vedtak:</u></b> Innkalling og saksliste ble godkjent</p>
<b>45-2022</b>	<p><b>Godkjenning av protokoll</b></p> <p><b><u>Vedtak:</u></b> Ungdomsrådet godkjenner protokoll fra ungdomsrådsmøte 18.10.2022.</p>
<b>46-2022</b>	<p><b>Presentasjon – gamle og nye medlemmer</b></p> <p>Saken utgikk da det ikke var noen nye medlemmer på møtet.</p>
<b>47-2022</b>	<p><b>Prosjekt Helselogistikk</b></p> <p>Vibeke Rystad og Heidi Glenna Mjaaseth, presenterte prosjektet.</p> <p>Hselogistikk skal gjøre det lettere å administrere pasientflyt og bedre effektiviteten på sykehusene.</p> <p>Prosjektet har anskaffet IKT-løsninger, som skal støtte prosessforbedringen på de tre delområdene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Innsjekk og oppgjør</li> <li>• Styring av pasientflyt og ressurser</li> <li>• Intern kommunikasjon og varsling på mobil</li> </ul> <p>Sykehuset Telemark er et av fire helseforetak i Helse Sør-Øst som skal pilotere og teste ut Helselogistikk.</p> <p>Følgende lokasjoner skal pilotere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ØNH poliklinikk</li> <li>• Akuttmottak Skien</li> <li>• Kirurgisk sengepost 6.etg.</li> <li>• Mage-tarm og infeksjon sengepost</li> </ul> <p>Prosjektet er forsinket, men jobber nå for oppstart av punktet: <i>Innsjekk og oppgjør</i> på ØNH poliklinikk i september 2023.</p>

Saksnr.	Sak
	<p><u>Pasientnyttene ved prosjektet</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindre venting for pasienten på poliklinikk</li> <li>• Pasient kan foreta direkte betaling</li> <li>• Forbedret pasientopplevelse</li> </ul>
<p><b>48-2022</b></p>	<p><b>Nytt BUP-bygg</b> v/Ove Kleppa, avdelingsleder ABUP</p> <p>Saken utsettes til neste møte grunnet sykdom. Ungdomsrådet sammenfatter en «ønskeliste» om hva de synes er viktig å ta med seg når de fire seksjonene i ABUP: BUP Skien, BUP Porsgrunn, seksjon for autismespekterforstyrrelser og seksjon for familiebehandling flytter inn i et felles nytt lokale i Gjerpensgate mars -23. Ada-Marie ferdigstiller listen.</p>
<p><b>49-2022</b></p>	<p><b>Status prosjekter (oppdatering):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ungdomsrådets ansikt utad</b> Gruppen, som jobber med dette er nå Amalie og Kristine. Amund og Safira går fra i dag også inn i arbeidsgruppen.</li> </ul> <p>Kristine har forespurt på Skien videregående skole om mulighet for stand og fått positivt svar. Hun og Safira vil presentere ungdomsrådet på denne skolen.</p> <p>Amalie har tatt kontakt med Skogmo videregående skole. Skolen stilte seg positiv, men må også ha en henvendelse fra en av koordinatorene. Elise har sendt mail. Amalie og Amund jobber videre med tidspunkt for stand og presentasjon på skolen. Alle fire vil jobbe videre med selve presentasjonen. Safira lager forslag til flyers.</p> <p>Anne sjekker opp lån av rollup, drops og reflekser</p> <p><u>Vedr. organisasjoner:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kristine har fremdeles ikke fått svar fra ungdomsgruppa i diabetesforbundet. Hun prøver å ringe.</li> <li>- Amalie tar ny kontakt med astmaforbundet.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>BUP prosjektet ved Sykehuset Telemark HF</b> Dette punktet utgår på grunn av sykdom</li> <li>• Ungdomsrådet og brukerutvalget ved sykehuset var invitert til et felles møte med brukerutvalget og Sykehusapotekene. Møtet var i Skien, 1. desember, i og startet med omvisning på Sykehusapoteket. Ungdomsrådet presenterte seg og sitt arbeide – det samme gjorde de to andre brukerutvalgene. Ett av temaene som ble tatt opp var:</li> </ul>

Saksnr.	Sak
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lukket legemiddelsløyfe – Økt pasientsikkerhet ved å ta i bruk blant annet elektronisk kontroll av pasient ID og legemiddel ID ved utdeling av legemidler på post</li> </ul> <p>Ungdomsrådet synes møtet både var interessant og lærerikt.</p>
<b>50-2022</b>	<p><b>Veien videre – fokusområder</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Overgang til voksenavdeling – lage en liste med råd</b></li> </ul> <p>Ungdomsrådet har startet med dette kulepunktet. Ungdomsrådet lager en liste med råd som de synes er viktige. Listen fullføres på neste møte, og målet er å distribuere listen til alle avdelingsledere ved sykehuset.</p> <p><u>Andre fokusområder som ungdomsrådet ønsker å jobbe med utover våren:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Samarbeid spesialisthelsetjenesten- skole</li> <li>• Ungdom på sengepost</li> <li>• Hvordan bør ungdom møtes på sykehus</li> </ul>
<b>51-2022</b>	<p><b>Eventuelt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Helgesamling for UR i Helse Sør-Øst, som skulle vært arrangert i Sarpsborg i januar, er utsatt til nærmere sommeren</li> <li>• Brukerutvalget inviteres til felles møte med ungdomsrådet 21.mars -23.</li> <li>• Ungdomsrådet har sendt søknad om budsjettøkning til økonomidirektør Geir Olav Ryntveit.</li> </ul> <p>Budsjettet økes fra kr 50.000,- til kr 60.000,- (dvs. 20%) Videre vil det være åpning for å søke om støtte til konkrete aktiviteter og arrangementer.</p>
	<p><u>Til neste møte, 24.01.23, inviteres:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Heidi Kristin Knarrum, spesialrådgiver – sak Samvalg (kl 18.30)</li> <li>○ Ove Kleppa, avdelingsleder ABUP (kl. 19.00)</li> </ul>

Presentasjonen holdt i møtet sendes i egen mail i etterkant av møtet.

Møtet ble avsluttet kl. 21.00

Skien, 13.desember 2022

Anne Borge Kallevig

Saker neste møte:

- Innkallelse og saksliste
- Godkjenning av protokoll
- Samvalg – Heid K. Knarrum
- Nytt BUP bygg v/ Ove Kleppa
- Dagssamling – når og hvor ?
- Samarbeid med ungdomsrådet i Vestfold (invitere til 23.10.23)
- Forslag til saker – fellesmøte med brukerutvalget 21.03.23



## Møteprotokoll

---

**Styre:** Helse Sør-Øst RHF  
**Møtested:** Hamar  
**Dato:** Fredag 16. desember 2022  
**Tidspunkt:** Kl. 09:15 – 17:00

---

### Følgende styremedlemmer møtte:

---

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

---

### Fra brukerutvalget møtte:

---

Aina Nybakke  
Odvar Jacobsen

---

### Fra administrasjonen deltok:

---

Administrerende direktør Terje Rootwelt  
Spesialrådgiver Hilde Jacobsen  
Fungerende fagdirektør Lars Eikvar, eierdirektør Tore Robertsen, konst. økonomi-  
direktør Line Alfarrustad, direktør innsatsteam bygg Hanne Gaaserød, direktør teknologi  
og e-helse Rune Simensen, direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø og  
konserndirektør Mona Stensby

---

**Saker som ble behandlet:**

143-2022	Godkjenning av innkalling og sakliste
----------	---------------------------------------

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og sakliste til styremøte 16. desember 2022.

144-2022	Godkjenning av protokoll fra styremøte 18. og 29. november 2022
----------	---

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Protokoller fra styremøter 18. og 29. november godkjennes.

145-2022	Virksomhetsrapport per november 2022
----------	--------------------------------------

**Oppsummering**

Saken presenterer virksomhetsrapporten per november 2022 som er vedlagt saken.

**Kommentarer i møtet**

Styret merker seg utfordringene i driften etter pandemien, med lavere aktivitet og høyere bemanning. Forbedringer i driften er nødvendig for å møte denne utfordringen. Øyeblikkelig hjelp må utføres. Samtidig vektlegger styret at psykisk helsevern til barn og unge skal søkes skjermet.

Styret ber administrasjonen følger opp den videre håndteringen av innleie og håndtere de utfordringer dette representerer kostnadsmessig.

Styret vektlegger at det må sees realistisk på målene for virksomheten opp mot rammene for neste år. Samtidig må et godt arbeidsmiljø for ansatte i spesialisthelsetjenesten ivretas.

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret tar virksomhetsrapport per november 2022 til etterretning.

146-2022	Oslo universitetssykehus HF – forprosjektrapport Nye Aker og Nye Rikshospitalet
----------	---

### Oppsummering

Helse Sør-Øst RHF's prosjektorganisasjon har i perioden januar 2021 til oktober 2022 utviklet forprosjektet for Nye Aker og Nye Rikshospitalet i henhold til mandat fra det regionale helseforetaket. Arbeidet har hatt som formål å utrede konseptet tilstrekkelig til å gi grunnlag for beslutning om gjennomføring av investeringsprosjektet (beslutningspunkt B4 iht. *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*). I sak 142-2022 *Oslo universitetssykehus HF – Nye Aker og Nye Rikshospitalet, orientering forprosjekt*, ble styret sist informert om forprosjektet. Da fikk styret en utvidet beskrivelse av blant annet bakgrunn og beskrivelse av forprosjektrapportene med vedlegg.

I denne saken legges forprosjektet for Nye Aker og Nye Rikshospitalet fram for styret i Helse Sør-Øst RHF for investeringsbeslutning, og med det videreføring til gjennomføringsfasen.

### Kommentarer i møtet

Styret understreker de utløsende behovene for nye sykehusbygg i Oslo og viser til det omfattende arbeidet som er gjort over tid for å bringe saken frem. Videre viser styret til vedtak fattet av regjeringen og Stortinget knyttet til målbilde og bevilgning av lån. Styret vektlegger betydningen av å komme videre i arbeidet med nye sykehusbygg i Oslo og understreker den betydelige risikoen som også ligger i å ikke komme til en beslutning nå. Styret viser til at administrasjonen på en god måte har fulgt opp styrets tidligere merknader i det saksunderlaget som nå er lagt frem til beslutning.

Styret understreker at det er vesentlig kostnadmessig usikkerhet knyttet til gjennomføring av prosjekter av denne størrelse og kompleksitet. De innsparingene det legges opp til vil også være krevende å gjennomføre og tilsier stor vekt på organisasjonsutvikling. Styret bygger sin beslutning på at spesialisthelsetjenesten ikke vil bli nedprioritert over tid i statsbudsjettene. Styret legger til grunn en forventning om vekst i inntekter som godt dekker demografikostnader og en vekst som er på linje med veksten i offentlige utgifter og den forventede veksten i fastlandsøkonomien.

Kuttlisten kan synes liten, i tillegg til at den anbefalte muligheten for trinnvise utbyggingen ikke har et omfang som vil gi vesentlig ønsket handlingsrom underveis.

Det ble fremmet et alternativt forslag til vedtak fra styremedlemmene Kirsten Brubakk, Lasse Sølvberg og Christian Grimsgaard:

1. *Styret konstaterer at det er gjennomført et omfattende arbeid i forprosjektfasen for Nye Aker og Nye Rikshospitalet. Prosjektet er særdeles stort og komplisert, og gjennomføring forutsetter betydelige investeringer*
2. *Investeringsnivået forutsetter omfattende krav til effektivisering og gevinstrealisering. Sett i lys av dagens økonomiske situasjon konstaterer styret at måloppnåelsen vil bli ytterligere krevende*
3. *Styret merker seg at styret i Oslo universitetssykehus påpeker at prosjektet er beheftet med risiko og at risikoreduserende tiltak må iverksettes*

4. *Styret merker seg at det har tilkommet vesentlige endringer i plan for rokade C1 etter at rapporten ble ferdigstilt og kvalitetssikret. Styret anmoder om at rokadeplanen videreutvikles til modent nivå, og endelig plan gjennomgår kvalitetssikring*
5. *Styret konstaterer at flere elementer er tatt ut av prosjektet Nye Aker og Nye Rikshospitalet og overført til Oslo universitetssykehus. Gjennomføring av prosjektet forutsetter at flere av disse tiltakene gjennomføres. Styret ber om at disse tiltakene konsekvensutredes, kostnadsberegnes, innplasseres i overordnet prosjektplan, og innlemmes i underlaget til bærekraftsanalysen og beregning av nå-verdi*
6. *Styret ber om at arbeidet med trinnvis utbygging videreføres med sikte på å redusere investeringsomfang og risiko i prosjektet*
7. *Styret forutsetter at det foreligger godkjent reguleringsplan før B4 beslutning (endelig godkjenning av forprosjektet) i tråd med fremdriftsplanen vedtatt ved oppstart av forprosjektet*
8. *Med bakgrunn av ovennevnte ber styret administrerende direktør om å komme tilbake til styret med endelig sak for beslutning*

#### Votering:

Forslaget falt mot 3 stemmer

Det ble deretter votert over administrerende direktørs forslag til vedtak.

#### **Styrets**

### **VEDTAK**

1. Styret godkjenner forprosjekt for Nye Aker og Nye Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus HF og ber om at det legges til grunn for den videre gjennomføringen av prosjektet. Prosjektene Nye Aker og Nye Rikshospitalet videreføres til gjennomføringsfasen, under forutsetning av at tilhørende reguleringsplaner vedtas.
2. Prosjekt Nye Aker skal gjennomføres innenfor en økonomisk styringsramme (P50-estimat) på 17 962 millioner kroner (prisnivå januar 2021), inkludert ikke-byggnær IKT med inntil 762 millioner kroner. Kostnader til tomteerverv kommer i tillegg.
3. Prosjekt Nye Rikshospitalet skal gjennomføres innenfor en økonomisk styringsramme (P50-estimat) på 18 083 millioner kroner (prisnivå januar 2021), inkludert ikke-byggnær IKT med inntil 783 millioner kroner. Kostnader til tomteerverv kommer i tillegg.
4. Styret legger til grunn at Oslo universitetssykehus HF viderefører sitt arbeid med organisasjonsutvikling, og at helseforetaket iverksetter tiltak som sørger for økonomisk utvikling i tråd med planene om effektivisering i forkant av, og gevinstuttak i etterkant av, innflytting. Gevinstrealiseringsplanene skal holdes oppdatert i tråd med etablert praksis i foretaksgruppen.
5. Styret ber om at arbeidet med trinnvis utvikling, hvor noe bygningsmassen vurderes tatt i bruk stegvis, videreføres.
6. Styret ber om at det arbeides for å skaffe alternative finansieringskilder for miljøtiltak, og understreker at også målsettingene på dette området må underlegges samme

prioritering som øvrige tiltak, hvis prosjektet kommer i en krevende økonomisk situasjon.

7. Styret tar til etterretning at Nye Aker og Nye Rikshospitalet inngår i et program av prosjektene for videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF, med program- og prosjektleidelse fra Sykehusbygg HF. Styret ber administrerende direktør lede styringsgruppen for prosjektene Nye Aker og Nye Rikshospitalet, og tar til etterretning at det regionale helseforetaket tilrettelegger for forsterket eierstyring av porteføljen av byggeprosjekter.
8. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å utforme mandat for gjennomføringsfasen, i overenstemmelse med styrets vedtakspunkter over.

### Votering

Forslaget ble vedtatt mot 3 stemmer

<b>147-2022</b>	<b>Oslo universitetssykehus HF – forprosjektrapport rokade ved rivning av C1 på Rikshospitalet</b>
-----------------	--

### **Oppsummering**

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

I denne saken legges forprosjektet for prosjekt Rokade ved rivning av C1 på Rikshospitalet fram for styret i Helse Sør-Øst RHF for beslutning om videreføring av prosjektet til gjennomføringsfasen. Videre anbefales det at Helse Sør-Øst RHF overtar prosjekteierskapet.

### **Kommentarer i møtet**

Styret vektlegger betydningen av god medvirkning i den videre utviklingen av løsningene og at dette tydeliggjøres i vedtaket.

Det ble fremmet alternativt forslag til vedtak fra styremedlemmene Christian Grimsgaard, Lasse Sølvberg og Kirsten Brubakk:

*Styret merker seg kvalitetssikrers tilrådninger til forprosjektet. Styret ber om at det fremmes en ny sak hvor kvalitetssikrers tilrådninger er ivarettet.*

### Votering:

Forslaget falt mot 3 stemmer

Det ble deretter votert over administrerende direktørs forslag til vedtak.

### **Styrets**

## VEDTAK

1. Styret godkjenner forprosjekt for Oslo universitetssykehus HF's prosjekt Rokade ved rivning av C1 på Rikshospitalet, og ber om at det legges til grunn for den videre gjennomføringen av prosjektet.
2. Prosjektet skal gjennomføres innenfor en samlet økonomisk styringsramme (P50-estimat) på 725 millioner kroner (prisnivå juni 2022-kroner).
3. Helse Sør-Øst RHF overtar prosjekteierskapet fra og med gjennomføringsfasen. Prosjekt Rokade ved rivning av C1 på Rikshospitalet organiseres underlagt Nye Rikshospitalet, og mandat for gjennomføringsfasen for Nye Rikshospitalet skal også inkludere rokade-tiltakene.
4. Styret ber om at planer for etablering av rokadearealer kvalitetssikres tidlig i detaljprosjektering, med sikte på kostnadsoptimalisering. Løsningene må avstemmes med Helse Sør-Øst RHF's prosjektorganisasjon for Nye Rikshospitalet og Oslo universitetssykehus HF. Løsningene skal ivareta kravet til god pasientbehandling og gode arbeidsforhold for de ansatte i interimsperioden før innflytting i nye bygg.
5. Prosjekt Rokade ved rivning av C1 på Rikshospitalet forutsettes egenfinansiert av Oslo universitetssykehus HF. Helse Sør-Øst RHF yter et kortsiktig mellomfinansieringslån på inntil 600 millioner kroner (2022-kroner) som utbetales i 2023-2024. Lånet skal tilbakebetales i perioden 2025-2031.
6. Styret understreker viktigheten av å forankre løsninger i organisasjonen på samme nivå som for resten av prosjektet.

### Votering:

Forslaget ble vedtatt mot 3 stemmer

<b>148-2022</b>	<b>Oslo universitetssykehus HF – Ny sikkerhetspsykiatri, status og fastsettelse av styringsramme</b>
-----------------	--

### **Oppsummering**

Forprosjektet for Ny sikkerhetspsykiatri startet i april 2022, og ventes ferdigstilt mars 2023. Prosjektet omfattet opprinnelig (ved godkjent konseptrapport) kun arealer for regional sikkerhetsavdeling (RSA) og regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER). I 2021 ble det besluttet å inkludere lokal sikkerhetsavdeling (LSA) i prosjektet, og i februar 2022 ble også plasser for psykisk utviklingshemming og autisme (PUA) besluttet tatt inn i prosjektet.

I sak 068-2021 Oslo universitetssykehus HF – oppstart forprosjekt for ny sikkerhetspsykiatri ba styret om at det fremmes forslag til ny styringsramme for prosjektet inkludert LSA og PUA. I denne saken fremmes forslag til ny styringsramme for prosjektet. Videre bes det om anledning til å søke utvidet låneramme for det samlede prosjektet. Det redegjøres også for kostnadssituasjonen i prosjektet, herunder reetablering av gartneri for Ila fengsel og parkering, og fremdriften i prosjektet, samt status for prosess for erverv av tomt.

Administrerende direktør presiserte i sin innledning til saken at det i det fremlagte saksunderlaget var inkludert en indeksregulering av RSA (etappe 1) og krav til etablering av parkering i grunnlaget for økt låneopptak. Etappe 1 ble innvilget investeringslån i Prop 1 S (2020-2021). Det var ikke intensjonen å søke utvidet lån til etappe 1. Styret inviteres til å vedta å søke lån utelukkende til det nye omfanget i prosjektet (lokal sikkerhetsavdeling og psykisk utviklingshemming og autisme). Kostnadsrammen for lokal sikkerhetsavdeling og psykisk utviklingshemming og autisme er på 525 millioner kroner (prisnivå 2022-kroner), og grunnlaget for økt låneopptak er 70 prosent, 368 millioner kroner. Administrerende direktør foreslår at dette presiseres i justert forslag til vedtakspunkt 4:

*«Styret ber administrerende direktør om å søke Helse- og omsorgsdepartementet om utvidet lån i henhold til gjeldende retningslinjer, slik at inkludering av lokal sikkerhetsavdeling og psykisk utviklingshemming og autisme sikres finansiering tilsvarende 70 prosent andel av foreslått økt kostnadsramme på 525 millioner kroner (P85-estimat; prisnivå august 2022)»*

### **Kommentarer i møtet**

Styremedlem Harald Nikolaisen har, som administrerende direktør i Statsbygg, vurdert seg inhabil knyttet til vurdering av den delen av saken som gjelder parkeringsplass på Ila.

Styret merker seg administrerende direktørs forslag til justering av vedtakspunkt 4 og ber om at dette reflekteres i vedtaket.

### **Styrets enstemmige**

## **V E D T A K**

1. Styret tar status for forprosjekt for Ny sikkerhetspsykiatri og erverv av tomt til orientering.
2. Styret fastsetter en styringsramme for prosjektet inkludert lokal sikkerhetsavdeling og psykisk utviklingshemming og autisme, til 1 773 millioner kroner (P50-estimat; prisnivå august 2022).
3. Styret tar til etterretning at kalkylen for ny sikkerhetspsykiatri er i samsvar med estimater fra konseptfasen, men konstaterer at kostnadene til reetablering av gartneri og parkering er høyere enn opprinnelig antatt.
4. Styret ber administrerende direktør om å søke Helse- og omsorgsdepartementet om utvidet lån i henhold til gjeldende retningslinjer, slik at inkludering av lokal sikkerhetsavdeling og psykisk utviklingshemming og autisme sikres finansiering tilsvarende 70 prosent andel av foreslått økt kostnadsramme på 525 millioner kroner (P85-estimat; prisnivå august 2022).
5. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å erverve tomt fra Statsbygg innenfor en ramme på 44 millioner kroner.
6. Styret ber om at rapport fra forprosjekt legges fram for godkjenning senest juni 2023, samt at arbeidet med videre detaljprosjektering av prosjektet fortsetter i perioden fram til investeringsbeslutning innenfor en økonomisk ramme på inntil 50 millioner kroner.

149-2022	<b>Sørlandet sykehus HF – videreføring til konseptfase steg 2 for nytt akuttbygg Kristiansand</b>
----------	---

### Oppsummering

Styret godkjente oppstart av konseptfasen for nytt akuttbygg Kristiansand i sak 142-2021 *Sørlandet sykehus HF – videreføring til konseptfase for akuttbygg Kristiansand*.

Styret skal i tråd med gjeldende fullmaksstruktur for byggeinvesteringer (styresak 073-2019 *Revisjon av fullmaktstruktur for byggeinvesteringer*), godkjenne hovedprogram og hovedalternativ etter steg 1 av konseptfasen, og videreføring til konseptfasens steg 2, for alle prosjekter over 50 millioner kroner.

Denne saken gjør rede for arbeidet med steg 1 av konseptfasen for akuttbygg Kristiansand, Sørlandet sykehus HF, og anbefaler valg av hovedalternativ og hovedprogram, og videreføring til konseptfasens steg 2.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

1. Styret godkjenner fremlagt *Konseptrapport steg 1* for prosjekt akuttbygg Kristiansand, og ber om at dette legges til grunn for det videre arbeidet i steg 2 av konseptfasen.
2. Styret godkjenner at alternativ 3B for akuttbygg ved Sørlandet sykehus HF Kristiansand, bearbeides videre som hovedalternativ i steg 2 av konseptfasen.
3. Styret tar til etterretning at beregnet styringsramme overstiger tidligere økonomisk planleggingsramme, og forutsetter at Sørlandet sykehus HF arbeider videre med kostnadstilpasning og prioritering. Endelig styringsramme fastsettes ved behandling av konseptfasen.
4. Styret ber om at det utarbeides en plan for samarbeid og eventuell integrasjon mellom nytt akuttbygg og nytt kommunalt helsehus. Planen fremlegges for styret sammen med behandling av steg 2 av konseptfasen.

150-2022	<b>Oslo universitetssykehus HF – fullmakt til inngåelse av leieavtale for arealer til reproduksjonsmedisinsk avdeling</b>
----------	---

### Oppsummering

Oslo universitetssykehus HF søker om å utvide arealer og anskaffe nytt medisinskteknisk utstyr for å ivareta endringene i det regionale tjenestetilbudet innen reproduksjonsmedisin som følge av endringene i bioteknologiloven. I denne saken behandles fullmaktssøknad for



leieavtale for arealer, søknad om økte inntekter samt investering i medisinsk-teknisk utstyr, basert på Oslo universitetssykehus HF's styresak 58/2022 *Arealer til fostermedisinsk avdeling og reproduksjonsmedisinsk avdeling*. Avtalen klassifiseres regnskapsmessig som en operasjonell leieavtale. Da avtalens verdi er over 100 millioner kroner, behandles saken av styret etter gjeldende fullmaktsregelverk for leieavtaler, jamfør sak 067-2021 *Revisjon av finansstrategi for Helse Sør-Øst*.

Administrerende direktør opplyste om at internrenten var – 1,4 % for 3A og 2,2 % for 3 B

### Kommentarer i møtet

Styret ber om at de forutsetninger som legges til grunn i administrerende direktørs forslag til vedtakspunkt 2, omtales i styrets merknader til saken, men ikke som vedtak i saken.

Forutsetningen er: Fullmakten gis under forutsetning av at betingelsene i den endelige leieavtalen ikke avviker vesentlig fra opplysningene som fremgår av saken, og at avtalen er regnskapsmessig klassifisert som operasjonell.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

1. Styret gir Oslo universitetssykehus HF fullmakt til å inngå leieavtale for arealer til reproduksjonsmedisinsk avdeling ved Ullevål stadion innenfor en kontraktsverdi på inntil 116 millioner kroner, samt gjennomføre anskaffelser av medisinskteknisk utstyr for inntil 38 millioner kroner.

151-2022	Tildeling av regionale, konkurranseutsatte forskningsmidler for 2023
----------	--

### Oppsummering

Regionale forskningsmidler i Helse Sør-Øst skal fremme helseforskning i regionen og bidra til videreutvikling og kvalitetsforbedring av tjenestene, gjennom utvikling av kunnskap og kompetanse. Forskningsmidlene benyttes for å realisere de regionale forsknings- og innovasjonsstrategiene og for å understøtte hovedmålene i *Regional utviklingsplan 2040*.

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.

For 2023 har styret i Helse Sør-Øst RHF ved behandling av sak 29-2022 vedtatt målretting av regionale forskningsmidler til prioriterte områder. I sak 129-2022 vedtok styret budsjettrammen for de regionale forskningsmidlene for 2023, og avsatte i alt 136 millioner kroner; 126 millioner kroner som søknadspott for den regionale, tematisk åpne utlysningen og inntil 10 millioner kroner til forskningsprosjekter innen prioriterte områder.

Saken redegjør for forslag til tildeling av regionale, konkurranseutsatte forskningsmidler for 2023, inkludert tildeling av regionale forskningsmidler til prioriterte områder.

### Kommentarer i møtet

Styret er svært fornøyd med det systemet som er lagt for å innhente, kvalitetssikre og vurdere søknader.

Styremedlem Christian Grimsgaard presiserte at det feilaktig fremgår av saksunderlaget at han har deltatt i strategisk komité for vurdering av forskningsprosjekter. Grimsgaard trakk seg fra deltakelse i komiteen grunnet vurdering av inhabilitet.

### 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 regionale, konkurranseutsatte forskningsmidler for 2023 i samsvar med innstillingen.
2. Styret slutter seg til innstilling og tildeling av regionale forskningsmidler til prosjekter innen prioriterte områder, jf. styresak 29-2022.

152-2022	Revisjonsplan 2023 for konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
----------	--

### Oppsummering

Saken gjelder fremleggelse av forslag til revisjonsplan 2023 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 ber revisjonsutvalget se på en egnet oppfølging av prosjektet Nye Aker og Nye Rikshospitalet og komme tilbake til styret med forslag til oppfølging.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Styret vedtar revisjonsplan for 2023 i tråd med fremlagt forslag.

153-2022	Fornytt framskrivning av behov innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
----------	--

### Oppsummering

Den nasjonale framskrivningsmodellen for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet 1. juli 2021. Modellen tok utgangspunkt i aktivitetsdata for 2019, for å vurdere utviklingen av helsetilbudet i årene frem mot 2040. Det ble anbefalt at modellen skulle revideres hvert fjerde år. I kjølvannet av koronapandemien har det vært en stor økning i henvisninger innen psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne, noe som gjør at det har vært nødvendig å gjøre en fornyet framskrivning av behov. Denne saken presenterer hovedfunn fra den fornyede gjennomgangen.

### Kommentarer i møtet

Styret er fornøyd med det viktige arbeidet som er gjort med å fremskrive behovet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Styret støtter prosjektets anmodning om at det legges til rette for videre arbeid med framskrivning av bemanningsbehov, og ber om at dette presiseres i vedtaket.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

1. Styret slutter seg til den fornyede framskrivningen av behov i nasjonal framskrivningsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og ber om at den fremlagte rapporten legges til grunn for videre arbeid i regionen.
2. Styret ber om at det arbeides videre med tiltak for å øke kapasiteten på prioriterte områder innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, der det er nødvendig på kort og lengre sikt.
3. Styret ber om at det arbeides med tiltak for å beholde, rekruttere og utvikle personell innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling slik at behov for bemanning og kompetanse dekkes.
4. Styret ber om at det legges til rette for videre arbeid med framskrivning av bemanningsbehov

154-2022	Fag- og funksjonsfordeling for invasiv kardiologi i HSØ
----------	---

### Oppsummering

I sak 103-2020 *Akershus universitetssykehus HF – leie av lokaler og utstyr ved LHL-sykehuset* ga styret i Helse Sør-Øst RHF (HSØ) sin tilslutning til at Akershus universitetssykehus HF (AHUS) overtok den invasive kardiologiske virksomheten lokalisert ved LHL sykehuset Gardermoen fra Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) med virkning fra 1. januar 2021. Styret ba videre administrerende direktør komme tilbake med en egen sak om fordelingen av opptaksområder for invasiv kardiologi i HSØ.

For å utrede denne problemstillingen opprettet HSØ et eksternt ekspertutvalg ledet av professor Rune Wiseth, St Olavs hospital, med representanter fra de invasive miljøene ved universitetssykehusene i Stavanger, Bergen, Trondheim og Tromsø i tillegg til representanter fra henholdsvis Sverige (Lund) og Danmark (Århus).

Ekspertgruppen har gjennomført grundige vurderinger og besøkt de ulike lokalisasjonene som driver invasiv kardiologisk virksomhet ved Oslo universitetssykehus (Ullevål og Rikshospitalet) og Akershus universitetssykehus (Nordbyhagen og Gardermoen). Ekspertgruppen ga følgende anbefalinger:

- *AHUS med sine to sentre har kapasitet til å utvide sitt opptaksområde for klaffeutredninger hvor invasiv koronar angiografi inngår. Basert på en vurdering hvor reiseavstand/reisetider er tatt med, mener utvalget at Ahus har kapasitet til å overta ansvaret for denne type utredning for pasienter tilhørende Sykehuset Innlandet.*
- *AHUS med sine to sentre har kapasitet til å utvide sitt opptaksområde for invasiv utredning av stabil koronarsykdom. Basert på en tilsvarende vurdering som ovenfor, hvor beregning av reiseavstand/reisetider i regionen inngår, mener utvalget at Ahus har kapasitet til å overta ansvaret for invasiv utredning av stabil koronarsykdom for pasienter tilhørende Sykehuset Innlandet HF.*
- *Vedr behandling av STEMI pasienter: AHUS har klart et potensial til å bli et solid senter for STEMI-behandling, men har hatt noen utfordringer med rekruttering av invasive kardiologer. Bedre samkjøring av den invasive kompetansen ved AHUS sine to sentre anbefales. Det kan gjøre AHUS mer robust også i forhold til STEMI-behandling.*
- *En hovedproblemstilling for ekspertutvalget har vært triagering av STEMI-pasienter hvor diagnosen er stilt med prehospitalt EKG. Ahus har på tross av eksisterende anbefalinger fra det regionale kardiologiutvalget i HSØ RHF, igangsatt behandling av denne pasientgruppen.*
  - *Det er ikke behov for tre vaktlinjer for STEMI-behandling i Oslo-regionen.*
  - *OUS, Ullevål og Rikshospitalet har sammenlignet med Ahus et mer robust tilbud for denne pasientgruppen hvor det kliniske bildet av og til kan utvikle seg i negativ retning med behov for mer avanserte tiltak enn PCI.*
  - *Ulike algoritmer for triagering gjennom døgnet er uheldig og frarådes.*
  - *I dagens struktur med de korte avstander det her dreier seg om, anbefales at den vedtatte ordning med triagering av prehospitalt diagnostiserte STEMI-pasienter til OUS, Ullevål og Rikshospitalet videreføres.*

Utgangspunktet for den aktuelle saken er at styret ønsket en vurdering av fag- og funksjonsfordeling for invasiv kardiologi i regionen for å sikre utnyttelse av kapasiteten på LHL sykehuset på Gardermoen som Akershus universitetssykehus har overtatt.

**Styrets enstemmige**

**VEDTAK**

1. Styret slutter seg til foreslåtte fag og funksjonsfordeling for invasiv kardiologi/PCI, som innebærer at Akershus universitetssykehus HF overtar ansvar for utredning av pasienter med klaffesykdommer og stabil koronarsykdom for pasienter i opptaksområdet til Sykehuset Innlandet HF i 2023.
2. Administrerende direktør bes iverksette nødvendige tiltak med sikte på at Akershus universitetssykehus HF gis ansvar for akuttbehandling av ST-elevasjon-myokardinfarkt (STEMI) for eget opptaksområde fra 1. januar 2025.

155-2022	Oppdragsdokument 2023 – Felleseide helseforetak
----------	---

### Oppsummering

Denne styresaken er behandlet i det interregionale AD-møtet 21. november 2022 og fremlegges likelydende i de fire regionale helseforetakene. Saken omhandler utarbeidelsen av oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakenes felleseide helseforetak for 2023, hva som legges til grunn for arbeidet samt prosess for arbeidet frem mot at oppdragene gis de felleseide helseforetakene i foretaksmøte 13. februar 2023.

Saken gir en overordnet oversikt over:

- A. Felles føringer som legges for alle felleseide helseforetak
- B. Hovedprioriteringer for de enkelte foretakene

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

1. Styret slutter seg til forslaget til oppdragsdokumenter for de felleseide helseforetakene, med de merknader som fremkom i møtet.
2. Administrerende direktør gis fullmakt til å slutføre dokumentene i samarbeid med de øvrige RHF-ene.

156-2022	Oppdrag og bestilling 2023 – økonomiske resultatkrav
----------	--

### Oppsummering

Hensikten med denne saken er å fastsette økonomiske resultatkrav for helseforetakene i 2023. Resultatkravet for 2023 er basert på styrevedtatte resultatmål i helseforetakene.

Oppdrag og bestilling 2023, som også inneholder de økonomiske resultatkravene, forelegges styret i egen sak, og vil bli gjort gjeldende for helseforetakene i foretaksmøter i februar 2023.

### Kommentarer i møtet

Styret ber administrasjonen se på innretningen for det regionale helseforetakets lånebetingelser ut til helseforetakene i forbindelse med neste revisjon av finansstrategi.

Styret uttrykker bekymring for realismen i forventninger om betydelige effektiviseringer i helseforetakene.

## Styrets enstemmige

### VEDTAK

Det fastsettes følgende krav til økonomisk resultat eksklusive salgsgvinster, i 2023:

Resultat (tall i hele 1 000 kr.)	2023
Akershus universitetssykehus HF	60 000
Oslo universitetssykehus HF	50 000
Sunnaas sykehus HF	6 000
Sykehusapotekene HF	5 000
Sykehuset i Vestfold HF	-60 000
Sykehuset Innlandet HF	25 000
Sykehuset Telemark HF	10 000
Sykehuset Østfold HF	-50 000
Sykehuspartner HF	100 000
Sørlandet sykehus HF	0
Vestre Viken HF	178 000
Helse Sør-Øst RHF	400 000
Helse Sør-Øst foretaksgruppen	724 000

Styret legger til grunn at eventuelle salgsgvinster i 2023 medfører forbedret resultat tilsvarende oppnådde gevinster, og at gevinstene skal framkomme i helseforetakenes årsestimater for økonomisk resultat.

<b>157-2022</b>	<b>Protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF vedørende videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF</b>
-----------------	---

## Oppsummering

Helse- og omsorgsdepartementets styring av de regionale helseforetakene gjøres i form av styringsbudskap gjennom:

- Oppdragsdokumentet som omhandler «sørge for»-ansvaret og supplerer den styring som skjer gjennom foretaksmøter, lover, forskrifter og øvrige myndighetstiltak. I oppdragsdokumentet fastslås spesialisthelsetjenestens overordnede mål og det bevilges midler til å gjennomføre oppgavene som er lagt til det regionale helseforetaket.
- Vedtak i foretaksmøter, der det stilles krav i kraft av at Helse- og omsorgsdepartementet er eier. Foretaksmøtet omhandler overordnede styringsbudskap, styringskrav og rammer.

I foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 21. november 2022 ble det gitt tilleggsoppdrag knyttet til videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Styret tar protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF av 21. november 2022 til etterretning.

158-2022	Valg av ansattvalgte styremedlemmer – oppnevning av valgstyre
----------	---

### Oppsummering

Inneværende to-års valgperiode for de ansattvalgte styremedlemmer og varamedlemmer gjelder frem til og med 15.03.23. Ut i fra gjeldende størrelse på styret i Helse Sør-Øst RHF skal de ansatte i helseforetaksgruppen velge tre medlemmer med tilhørende varamedlemmer til styret i det regionale helseforetaket.

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

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

1. Ny valgperiode for ansattvalgte styremedlemmer er 2 år med virkning fra 16.03.2023.
2. Styret oppnevner følgende valgstyre:
  1. Svein Tore Valsø, leder (vara: Irene Sætran)
  2. Ida Kinn (vara: Nina Thorbjørnsen Roland)
  3. Anne Bi Hoffsten (vara: Berit Averstad)
  4. Geir Tollefsen (vara: Ellinor Lønnå)
  5. Morten Sæheim (vara: Birgit Aanderaa)
  6. Linda Nilsen (vara: Mona Elisabeth Teilman Geelmuyden)
  7. Bryndhild Asperud (vara: Marie-Therese Strand Larsen)
3. Valgstyret konstituerer seg selv med nestleder.
4. Valggjennomføringen samordnes innen helseforetaksgruppen.

<b>159-2022</b>	<b>Oslo universitetssykehus HF – fullmakt til erverv av eiendommer for Nye Aker</b>
-----------------	---

*Saken ble behandlet i lukket møte jf. helseforetaksloven §26a*

Styrets vedtak fremgår i B-protokoll.

<b>160-2022</b>	<b>Vestre Viken HF – salg av Drammen sykehus, Bragernes</b>
-----------------	---

*Saken ble behandlet i lukket møte jf. helseforetaksloven §26a*

Styrets vedtak fremgår i B-protokoll.

<b>161-2022</b>	<b>Årsplan styresaker</b>
-----------------	---------------------------

**Styrets enstemmige**

#### **VEDTAK**

Årsplan styresaker 2023 tas til orientering.

<b>162-2022</b>	<b>Driftsorienteringer fra administrerende direktør</b>
-----------------	---

Administrerende direktør ga en orientering om nyhets sak knyttet til at ny statssekretær for statsminister Jonas Gahr Støre, Kristoffer Thoner, en periode i 2020 gjorde et oppdrag for Helse Sør-Øst.

Administrerende direktør ga videre en orientering om prosess for fordeling av midler fra nysaldering for statsbudsjett for 2022.

**Styrets enstemmige**

#### **VEDTAK**

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.



## Orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 15. og 16. november 2022
3. Foreløpig protokoll fra møte i revisjonsutvalget 19. oktober 2022
4. Brev fra Ragnar Solbraa-Bay
5. Brev fra Legeforenings regionutvalget sør-øst
6. Brev fra Berit Thiis (*unntatt offentlighet*)
7. Brev fra Bente Odner og Randi Werner-Erichsen
8. Brev fra Eli Johanne Nordal
9. Brev fra Marit Larsen
10. Brev fra Morten Larsen
11. Brev fra Tor Ingolf Winsnes
12. Brev fra Hans Erik Heier
13. Brev fra Vibeke Engh
14. Brev fra Jan Borring
15. Brev fra Bodil Erdal
16. Drøfteprotokoll RHF-KTV datert 13. desember 2022
17. Brev fra Redd Ullevål Sykehus
18. Tor Ingolf Winsnes
19. Brev fra Lisbeth Johnsen
20. Uttalelse fra brukerutvalget til sak 146-2022

*Møtet hevet kl. 16:45*

Hamar, 16. desember 2022

---

Svein I. Gjedrem  
styreleder

---

Nina Tangnæs Grønvold  
nestleder

---

Kirsten Brubakk

---

Christian Grimsgaard

---

Bushra Ishaq

---

Einar Lunde

---

Harald Vaagaasar Nikolaisen

---

Peder Kristian Olsen

---

Lasse Sølvberg

---

Kristin Vinje

---

Hilde Jacobsen  
styresekretær